

**FORMULAIRE DE SIGNALEMENT des évènements indésirables en lien
avec la prise en charge et la sécurité des usagers, le fonctionnement
et l'organisation de l'établissement**

I/ ÉTABLISSEMENT - SERVICE

Date et heure de l'évènement :

Nom et qualité de la personne adressant le signalement :

Tél. : courriel :

Nom et qualité de la personne à contacter pour plus d'informations si différente du signalant :

Tél. : courriel :

Nombre de victimes déclarées :

Nombre de victimes présumées :

II/ RESUME DES FAITS (en 2 à 3 lignes)

III/ NATURE DES ÉVÈNEMENTS DÉCLARÉS

(type de violences/maltraitements ou de risques et conséquences pour la santé et la sécurité des personnes)

Il est possible de cocher plusieurs cases

Évènements relatifs à l'accompagnement des usagers

Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sexuelles | <input type="checkbox"/> Situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille |
| <input type="checkbox"/> physiques | |
| <input type="checkbox"/> psychologiques et morales | <input type="checkbox"/> Manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge |
| <input type="checkbox"/> médicales ou médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Négligences graves ou erreurs successives |
| <input type="checkbox"/> Maltraitements non précisés | |
| <input type="checkbox"/> Comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Mise en danger par dérive sectaire et radicalisation | |

Évènements relatifs à la sécurité des usagers

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vols récurrents à l'encontre des résidents, si dépôt de plainte | <input type="checkbox"/> Actes de malveillance au sein de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Sinistres et évènement météorologiques exceptionnels (incendie, inondation, tempête) | Présentation de faux diplômes |
| | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |

Évènements relatifs au fonctionnement et organisation de l'établissement

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conflits sociaux ou menaces de conflits sociaux pouvant entraîner un risque pour l'utilisateur | <input type="checkbox"/> Défaillances techniques significatives et durables |
| | <input type="checkbox"/> Intrusion informatique |
| | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |

Évènements indésirables associés aux soins

Prise en charge médicamenteuse :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non-respect de la prescription, erreur dans la dispensation, la préparation ou l'administration | <input type="checkbox"/> Disparition inquiétantes de personnes accueillies (services de police ou gendarmeries alertés) |
| <input type="checkbox"/> Erreur d'identité de patient dans la délivrance d'un médicament | <input type="checkbox"/> Fugues inquiétantes de personnes accueillies (services de police ou gendarmeries alertés) |
| | <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Tentative de suicide |

Critères généraux

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Évènement inhabituel par sa nature, son ampleur ou sa gravité | <input type="checkbox"/> Évènement nécessitant l'activation du plan bleu |
| <input type="checkbox"/> Évènement ayant pour conséquence une exclusion temporaire ou définitive | <input type="checkbox"/> Évènement nécessitant l'activation d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) |
| <input type="checkbox"/> Évènement ayant pour conséquence une sanction disciplinaire grave ou une procédure judiciaire à l'encontre de personnels | |

IV/ CIRCONSTANCES et DÉROULEMENT DES FAITS

Date et heure des faits :

Date et heure de la constatation des faits:

Lieu (préciser si unité/service particulier) :

Nombre de personnes victimes ou exposées:

Circonstances :

V/ VICTIME(S) DÉCLARÉE(S)

(Répéter le cadre autant de fois que de victime déclarée)

Identifiée : oui non

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date de naissance : _____

Attention au respect de l'anonymat

Transmettre les données nominatives par mail au service gestionnaire

Qualité (personnel, résident, famille...) :

Information faite à la famille ou au représentant légal sous réserve de l'accord de la personne concernée selon la nature des faits (à préciser par le responsable de la structure) :

Oui Non

Date et heure de l'information :

VI/ AUTEUR PRÉSUMÉ (LE CAS ÉCHÉANT)

(Répéter autant de fois que d'auteurs présumés)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date de naissance : _____

Attention au respect de l'anonymat

Transmettre les données nominatives par mail au service gestionnaire

Auteur non connu

Auteur connu

Auteur présumé

Qualité (personnel, résident, famille...) :

Dispositions prises (à préciser par le responsable de la structure) :

(Exemple : mesure disciplinaire envers un membre du personnel)

VII/ CONSEQUENCES CONSTATEES AU MOMENT DE LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION

➤ **Pour les personnes prises en charge**

- Décès* Mise en jeu du pronostic vital* (mesures de réanimation) Probable déficit fonctionnel permanent*
- Soins internes
- Hospitalisation

* : conformément au décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, sur la base de l'analyse des premiers éléments, l'ARS pourra demander une déclaration d'évènement indésirables grave associé aux soins *via* le portail signalement-sante.gouv.fr

➤ **Pour les personnels**

- Interruption temporaire de travail Autre (y compris suicide ou tentative de suicide) :
- Réquisition

➤ **Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure**

- Difficultés d'approvisionnement
- Difficultés d'accès à la structure ou lieu de prise en charge
- Nécessité de déplacer les résidents
- Suspension d'activité
- Autre, à préciser
- Intervention des forces de l'ordre ou des secours

VIII/ MESURES IMMEDIATES PRISES PAR LA STRUCTURE (à préciser par le responsable de la structure)

- Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées
- Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant

A l'égard des autres personnes prises en charge ou du personnel (information générale, soutien psychologique...)

- autre (à préciser) :

IX/ INFORMATION AUX AUTORITÉS JUDICIAIRES

Les autorités judiciaires ont-elles été informées

OUI

NON

Si oui : Date de saisine :

Auteur de la saisine :

Victime présumée

Directeur de la structure

Représentant légal de la victime présumée

Personnel de la structure

Membre de la famille de la victime présumée

Autre, à préciser :

Enquête de police ou gendarmerie

OUI

NON

X/ REPERCUSSIONS MEDIATIQUES

L'événement peut-il avoir un impact médiatique ?

Oui

Non

Les médias sont-ils au courant de l'événement ?

Oui

Non

Si oui, par quel support (à préciser) :

Communication effectuée ou prévue? oui/non

Oui

Non

Si oui, préciser:

XI/ EVOLUTIONS PREVISIBLES OU DIFFICULTES ATTENDUES

XII/ DISPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT OU DE SOINS PRISES OU ENVISAGEES

(à préciser par le responsable de la structure)

- **Concernant les usagers ou les résidents** (par exemple: adaptation des soins ou de la prise en charge, révision du projet de soins, soutien, transfert, fin de prise en charge...) :

- **Concernant le personnel** (par exemple: formation, sensibilisation, soutien, mesure conservatoire, mesure disciplinaire...)

- **Concernant l'organisation du travail** (par exemple: révision du planning, des procédures...)

- **Concernant la structure** (par exemple: aménagement ou réparation des locaux ou équipements, information ou communication interne et/ou externe, demande d'aide ou d'appui, notamment à l'autorité administrative, activation d'une cellule de crise, activation d'un plan...)

- **Y a-t-il des enseignements à tirer au niveau de l'établissement, ou au niveau régional, de l'évènement pour prévenir sa reproduction?**

La fiche de signalement peut être adressée par :

- Mail : signalement@eurodouet.com
- Courrier : COURRIER CONFIDENTIEL – SIGNALEMENT –
Les Ateliers du Douet
3, allée du Douet
35133 Saint-Sauveur des Landes