# ARA_LOGO.jpg

Chaque structure informe les autorités administratives compétentes des faits qui relèvent de son périmètre d’activité et renseigne les items qui lui sont adaptés et pertinents au regard de ses missions et de son mode d’intervention. **La transmission de ces informations aux autorités administratives ne dispense en aucune manière de signaler, le cas échéant, le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l’article L. 331-8-1 du code de l’action sociale et des familles aux autorités judiciaires compétentes.** Le directeur ou le responsable de la structure actualisera ou complétera ces informations en cas de nouveaux développements.

Protocole à transmettre au Conseil Départemental pour les signaux concernant les ESMS sous compétence conjointe.

**Direction de l'Autonomie**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **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** |  |

**N° de DOSSIER SIVSS : (réservé à l'administration)**

**Date et heure de l’évènement :**

**I/ ÉTABLISSEMENT ET SERVICE**

**Déclarant** :

Nom et adresse de l’établissement ou service médico-social :

**Numéro FINESS de l'établissement :**

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 :

Date et heure du signalement aux autorités:

Autorités administratives informées: Président Conseil Départemental – Préfet – signalement au procureur

Nom(s) et qualité(s) des personnels présents lors de l’événement :

**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/maltraitances 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 :***[ ] sexuelles[ ] physiques[ ] psychologiques et morales[ ] médicales ou médicamenteuses[ ] Maltraitances non précisées[ ] Comportements violents de la part d’usagers, à l’égard d’autres usagers ou à l’égard de professionnels[ ] Mise en danger par dérive sectaireet radicalisation |  | [ ] Situations de perturbation de l’organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille[ ] Manquements graves au règlement du lieu d’hébergement ou d’accueil qui compromettent la prise en charge[ ] Négligences graves ou erreurs successives[ ] Autre (à préciser) : |  |

**Évènements relatifs à la sécurité des usagers**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  [ ] Vols récurrents à l’encontre des résidents, si dépôt de plainte[ ] Sinistres et évènement météorologiques exceptionnels (incendie, inondation, tempête) |  | [ ] Actes de malveillance au sein de l’établissementPrésentation de faux diplômes[ ] Autre (à préciser) : |

**Évènements relatifs au fonctionnement et organisation de l’établissement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Conflits sociaux ou menaces de conflits sociaux pouvant entrainer un risque pour l'usager |  | [ ] Défaillances techniques significatives et durables [ ] Intrusion informatique[ ] Autre (à préciser) : |

**Evènements indésirables associés aux soins**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Prise en charge médicamenteuse :***[ ] Non-respect de la prescription, erreur dans la dispensation, la préparation ou l'administration[ ] Erreur d'identité de patient dans la délivrance d'un médicament | [ ]  Disparition inquiétantes de personnes accueillies (services de police ou gendarmeries alertés)[ ] Fugues inquiétantes de personnes accueillies (services de police ou gendarmeries alertés)[ ]  Suicide [ ]  Tentative de suicide |

**Critères généraux**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Evènement inhabituel par sa nature, son ampleur ou sa gravité[ ] Evènement ayant pour conséquence une exclusion temporaire ou définitive[ ] Evènement ayant pour conséquence une sanction disciplinaire grave ou une procédure judiciaire à l'encontre de personnels |  |  [ ] Evènement nécessitant l'activation du plan bleu [ ] Evènement nécessitant l'activation d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) |
|  |  |

**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)*

**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** :

**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](https://signalement.social-sante.gouv.fr) |  |  |  |  |  |
| * **Pour les personnels**

 [ ] Interruption temporaire de travail [ ] Autre (y compris suicide ou tentative de suicide) : [ ] Réquisition |  | [ ]  Autre, à préciser : |  |  |  |
|  |

* **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?**

**XIII/ ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES QUE LE REPRÉSENTANT**

**DE LA STRUCTURE SOUHAITE APPORTER**

À (lieu) :

Le (date)

Nom et qualité (préciser) :

Signature