|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [http://10.133.6.81/signature/imgs_signature/Logo_ARS.png](http://www.ars.centre-val-de-loire.sante.fr/) | **FORMULAIRE DE SIGNALEMENT des dysfonctionnements GRAVES et évènements indésirables HORS EIG-S\*** | Version Juin 2021 |
| **Destinataires** | **Etablissements médico-sociaux** |
| **Textes réglementaire** | Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l’obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales |

\*EIG-S = Evènement Indésirable Grave Associé aux Soins

Tout évènement indésirable lié à un soin ou à la décision de ne pas faire un soin, inattendu au regard de l’état de santé et de la pathologie du patient, ayant pour conséquence soit la mise en jeu du pronostic vital, le décès ou le risque de déficit fonctionnel permanent

1. **ÉTABLISSEMENT ET SERVICE**

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

Numéro FINESS de l'établissement :

Nom du déclarant :

Profession du déclarant :

Tél. : courriel :

Type d’établissement :  Personnes âgées  Personnes handicapées

Compétence / tutelle :  ARS  Conseil Départemental  Conjointe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Sinistre ou évènement météorologiques | 2. Accident ou incident lié à une défaillance technique et évènement en santé environnementale | 3. Comportements Violents ou inappropriés |
| Inondation  Tempête  Incendie  Rupture de fourniture d’électricité, eau  Autre (préciser) : | Pannes prolongées d’électricité  Panne prolongée de chauffage  Panne prolongée d’ascenseur  Epidémie (Hors IRA – GEA)  Intoxication (hors plomb et CO2)  Légionnelles  Maladies infectieuses hors MDO  Autres (préciser) : | Violence entre usagers  Violence usagers envers le personnel  Comportement inapproprié d’ordre sexuel  Manquements graves aux règlements du lieu d’hébergement de la structure qui compromettent la prise en charge des personnes accueillies  Autre (préciser) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance | 5. Perturbation du fonctionnement de la structure liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches /personnes extérieures à la structure | 6. Perturbation dans l’organisation du travail et gestion des ressources humaines |
| Non-respect de la prescription, erreur dans la dispensation ou l’administration du médicament\*  Disparition inquiétante/fugue de personnes accueillies\*  *(Service de police ou gendarmerie alertés)*  Suicide*\**  Tentative de suicide*\**  Décès accidentels *(chute, accident de contention…) \**  Autre défaut de soin (préciser) :  Autre défaut de surveillance (préciser) : | Situations conflictuelles avec un ou des tiers (difficultés relationnelles récurrentes avec les familles)  Autre (préciser) : | Mouvements sociaux  Sécurité des établissements et des organismes (malveillance, vols des biens des résidents, vols du matériel)  Absences imprévues de plusieurs professionnels  Autre (préciser) : |
| 7. Situation de maltraitance | 8. Actes de malveillance |  |
| Physique  Sexuelle  Psychologique  Médicale ou médicamenteuse  Privation de droit  Comportement d’emprise  Négligence grave  Autre (préciser) : | Détérioration volontaire des locaux  Détérioration volontaire des équipements/matériel  Vols  Sécurité des réseaux et cyberattaques (déclaration SSI via portail des signalements)  Autre (préciser) : |  |

**II. Circonstances et déroulements des faits**

Date et heure des faits : / / H

Lieu (préciser si unité/service particulier) :

Nombre de victimes déclarées :

Nombre de victimes présumées :

Description des faits : *(🖝 ne pas inscrire de nom d’usager, de professionnel ou de tiers)*

**III. Information faite sur le dysfonctionnement/ evenement AUPRES DE :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| La/les personne(s) concernée(s) : | | OUI | NON |
| Le représentant légal /proches | | OUI | NON |
|  |  | | |

**IV. Conséquences constatées au moment de la transmission de l’information**

* **Pour les personnes prises en charge**

Conséquence bénigne

Aggravation de l’état de santé du patient nécessitant son hospitalisation\*

Décès du patient\*

*\* 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 indésirable grave associé aux soins via le portail* [*signalement-sante.gouv.fr*](https://signalement.social-sante.gouv.fr)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Pour les personnels**   Interruption temporaire de travail  Empêchement de venir sur le lieu de travail  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

Intervention des forces de l'ordre ou des secours

Autre, à préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………..

**V. 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...) :

**VI. INFORMATION AUX AUTORITÉS ADMINISTRATIVES**

Préfet Président Conseil départemental autre (préciser):

**VII. INFORMATION AUX AUTORITÉS JUDICIAIRES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Les autorités judiciaires ont-elles été informées | OUI |  | NON |  |

**Si oui :** Date de saisine : **/  /**

**Auteur de la saisine** :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | | |
| Enquête de police ou gendarmerie | | OUI | |  | NON |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIII. REPERCUSSIONS MEDIATIQUES**  L'événement peut-il avoir ou a-t-il eu un impact médiatique ?  Oui Non  Si oui, par quel support (à préciser) :  Communication effectuée ou prévue?  Oui Non  Si oui, préciser:  **IX. Maitrise du risque**  Le risque est-il maitrisé ?  Oui Partiellement Non  **Actions correctrices envisagées et délais de mise en œuvre ?** |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  | |  | |  |  |  | |

**X. EVOLUTIONS PREVISIBLES OU DIFFICULTES ATTENDUES**



**Formulaire à transmettre sur** [**ars45-alerte@ars.sante.fr**](mailto:ars45-alerte@ars.sante.fr)