

# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



|                    |  |
|--------------------|--|
| N° de l'incident : |  |
|--------------------|--|

| PERSONNE DÉCLARANTE |  | ÉTABLISSEMENT |  |
|---------------------|--|---------------|--|
| NOM                 |  | LIEU          |  |
| PRÉNOM              |  | DATE          |  |
| FONCTION            |  | HEURE         |  |

| PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) - 1 |                                                           |                                        |                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| INFORMATIONS PERSONNELLES    |                                                           | QUALITÉ                                |                                      |
| NOM                          |                                                           | <input type="checkbox"/> Usager        | <input type="checkbox"/> Participant |
| PRÉNOM                       |                                                           |                                        |                                      |
| CONCERNE L'ENFANT            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Témoin      |
| ÂGE                          |                                                           |                                        |                                      |
| ÉDUC. RÉFÈRENT               |                                                           | <input type="checkbox"/> Visiteur      | <input type="checkbox"/> Victime     |



# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



| PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) - 2 |                                                           |                                        |                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| INFORMATIONS PERSONNELLES    |                                                           | QUALITÉ                                |                                      |
| NOM                          |                                                           | <input type="checkbox"/> Usager        | <input type="checkbox"/> Participant |
| PRÉNOM                       |                                                           |                                        |                                      |
| CONCERNE L'ENFANT            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Témoin      |
| ÂGE                          |                                                           |                                        |                                      |
| ÉDUC. RÉFÈRENT               |                                                           | <input type="checkbox"/> Visiteur      | <input type="checkbox"/> Victime     |

| PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) - 3 |                                                           |                                        |                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| INFORMATIONS PERSONNELLES    |                                                           | QUALITÉ                                |                                      |
| NOM                          |                                                           | <input type="checkbox"/> Usager        | <input type="checkbox"/> Participant |
| PRÉNOM                       |                                                           |                                        |                                      |
| CONCERNE L'ENFANT            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Témoin      |
| ÂGE                          |                                                           |                                        |                                      |
| ÉDUC. RÉFÈRENT               |                                                           | <input type="checkbox"/> Visiteur      | <input type="checkbox"/> Victime     |



# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



| PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) - 4 |                                                           |                                        |                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| INFORMATIONS PERSONNELLES    |                                                           | QUALITÉ                                |                                      |
| NOM                          |                                                           | <input type="checkbox"/> Usager        | <input type="checkbox"/> Participant |
| PRÉNOM                       |                                                           |                                        |                                      |
| CONCERNE L'ENFANT            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Témoin      |
| ÂGE                          |                                                           |                                        |                                      |
| ÉDUC. RÉFÈRENT               |                                                           | <input type="checkbox"/> Visiteur      | <input type="checkbox"/> Victime     |

| PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) - 5 |                                                           |                                        |                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| INFORMATIONS PERSONNELLES    |                                                           | QUALITÉ                                |                                      |
| NOM                          |                                                           | <input type="checkbox"/> Usager        | <input type="checkbox"/> Participant |
| PRÉNOM                       |                                                           |                                        |                                      |
| CONCERNE L'ENFANT            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Témoin      |
| ÂGE                          |                                                           |                                        |                                      |
| ÉDUC. RÉFÈRENT               |                                                           | <input type="checkbox"/> Visiteur      | <input type="checkbox"/> Victime     |



# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



| NATURE ET CIRCONSTANCES DE L'ÉVÈNEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJET</b><br>Actes ayant un rôle majeur dans la constitution de la situation incidente : les faits marquants.                                                                                                                                                                                      | <b>CIRCONSTANCES</b><br>Éléments de contexte permettant de comprendre la survenance de l'incident, présentés dans un ordre chronologique et/ou causal : situation antérieure, relations entre les antagonistes, profil du jeune, etc. |
| <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>                                                                                                                                                                                                 | <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>                                                                                                                                 |
| <b>LIEU(X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>GRAVITE IMMÉDIATE APPARENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div><input type="checkbox"/> AUCUNE</div> <div><input type="checkbox"/> DOMMAGE MATÉRIEL</div> <div><input type="checkbox"/> DOMMAGE CORPOREL ET/OU PSYCHOLOGIQUE</div> <div><input type="checkbox"/> DOMMAGE NON ÉVALUABLE</div> <div><input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser) :<br/>.....</div> |                                                                                                                                                                                                                                       |



# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



| CLASSIFICATION DE L'ÉVÈNEMENT                                                          |                                                        |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| MALTRAITANCES                                                                          | SÉCURITÉ DES BIENS                                     | ORGANISATION<br>PRISE EN CHARGE                             |
| Négligence, non-respect des droits, manque de prise en compte <input type="checkbox"/> | Disparition <input type="checkbox"/>                   | Retard dans la prise en charge <input type="checkbox"/>     |
| Violence des jeunes entre eux <input type="checkbox"/>                                 | Casse <input type="checkbox"/>                         | Erreur d'exécution <input type="checkbox"/>                 |
| Violence des jeunes vers les professionnels <input type="checkbox"/>                   | Vol (avéré ou soupçonné) <input type="checkbox"/>      | Annulation d'une action programmée <input type="checkbox"/> |
| Violences des professionnels entre eux <input type="checkbox"/>                        | Vandalisme <input type="checkbox"/>                    | Absence d'un professionnel <input type="checkbox"/>         |
| Violence des professionnels vers les jeunes <input type="checkbox"/>                   | Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/>          | Retard d'un professionnel <input type="checkbox"/>          |
| Abus matériel (vol, emprunt, racket...) <input type="checkbox"/>                       | .....                                                  | Non-respect d'une règle interne <input type="checkbox"/>    |
| Abus sexuels <input type="checkbox"/>                                                  | .....                                                  | Erreur traitements médicamenteux <input type="checkbox"/>   |
| Autres (à préciser) : <input type="checkbox"/>                                         | .....                                                  | Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/>               |
| .....                                                                                  | .....                                                  | .....                                                       |
| LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS                                                                  | LOGISTIQUE HÔTELLERIE                                  | AUTRE ÉVÈNEMENT<br>(à préciser)                             |
| Problème SSI <input type="checkbox"/>                                                  | Restauration <input type="checkbox"/>                  | .....                                                       |
| Problème d'éclairage <input type="checkbox"/>                                          | Lingerie <input type="checkbox"/>                      | .....                                                       |
| Problème de chauffage <input type="checkbox"/>                                         | Approvisionnement énergie <input type="checkbox"/>     | .....                                                       |
| Problème système ouverture des portes et fenêtres <input type="checkbox"/>             | Maintenance des installations <input type="checkbox"/> | .....                                                       |
| Feu <input type="checkbox"/>                                                           | Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/>          | .....                                                       |
| Fuite eau <input type="checkbox"/>                                                     | .....                                                  | .....                                                       |
| Fuite gaz <input type="checkbox"/>                                                     | .....                                                  | .....                                                       |
| Équipement absent <input type="checkbox"/>                                             | .....                                                  | .....                                                       |
| Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/>                                          | .....                                                  | .....                                                       |
| .....                                                                                  | .....                                                  | .....                                                       |

# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



| ANALYSE DES CAUSES                                                                      |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| DÉFAILLANCE HUMAINE                                                                     | FACTEURS INDIVIDUELS PROFESSIONNELS                                                |
| Non-respect des règles <input type="checkbox"/>                                         | Qualification inadaptée <input type="checkbox"/>                                   |
| Défaut d'attention <input type="checkbox"/>                                             | Formation et expérience insuffisantes <input type="checkbox"/>                     |
| Violence des jeunes vers les professionnels <input type="checkbox"/>                    | Manque d'appropriation des consignes et des données <input type="checkbox"/>       |
| Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....                                  | Défaut de surveillance <input type="checkbox"/>                                    |
|                                                                                         | Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....                             |
| FACTEURS LIÉS À L'ÉQUIPE                                                                | DÉFAILLANCE ORGANISATIONNELLE                                                      |
| Conflits ou tensions au sein de l'équipe <input type="checkbox"/>                       | Définition insuffisante des responsabilités et des tâches <input type="checkbox"/> |
| Coordination inadéquate <input type="checkbox"/>                                        | Absence de procédure ou de protocole <input type="checkbox"/>                      |
| Non-respect d'une position définie collectivement <input type="checkbox"/>              | Défaut de coordination entre professionnels <input type="checkbox"/>               |
| Non-respect de l'application des règles de vie collectives <input type="checkbox"/>     | Documentation de référence erronée <input type="checkbox"/>                        |
| Défaut de communication des données <input type="checkbox"/>                            | Charge de travail mal répartie <input type="checkbox"/>                            |
| Retard dans l'accomplissement des tâches <input type="checkbox"/>                       | Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....                             |
| Autres (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....                                 | .....                                                                              |
| DÉFAILLANCE TECHNIQUE                                                                   | FACTEURS LIÉS AU JEUNE                                                             |
| Défaut structurel des installations <input type="checkbox"/>                            | Passage à l'acte <input type="checkbox"/>                                          |
| Défaut de fonctionnement d'une installation ou d'un équipement <input type="checkbox"/> | Mise en acte <input type="checkbox"/>                                              |
| Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....                                  | Jeune qui se soustrait à la surveillance <input type="checkbox"/>                  |
|                                                                                         | Violence <input type="checkbox"/>                                                  |
|                                                                                         | Accident de santé <input type="checkbox"/>                                         |
|                                                                                         | Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....                             |
| AUTRE (à préciser)                                                                      |                                                                                    |
| .....                                                                                   |                                                                                    |
| .....                                                                                   |                                                                                    |

# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



| ÉVALUATION DE LA SITUATION IMMÉDIATE                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nature des actions mises en œuvre immédiatement par le professionnel en situation | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Dans la relation avec le jeune                                                    | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sollicitation d'un membre extérieur (Direction, éducateur, etc.)                  | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nom et Prénom des responsables avisés de l'évènement                              | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Évaluation du caractère évitable de l'évènement                                   | Caractère évitable exclu <input type="checkbox"/><br>Caractère évitable peu probable <input type="checkbox"/><br>Caractère évitable assez probable <input type="checkbox"/><br>Caractère évitable certain <input type="checkbox"/>                                                                                                                    |
| SUITES DONNÉES À L'ÉVÈNEMENT                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Signalement fait à                                                                | Famille et/ou responsable légal <input type="checkbox"/><br>MDR <input type="checkbox"/><br>Autorités de contrôle (ASE, PJJ,) <input type="checkbox"/><br>Procureur de la République <input type="checkbox"/><br>Cellule Enfance en danger (CRIP), Information Préoccupante <input type="checkbox"/><br>Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/> |
| Démarches à effectuer                                                             | Déclaration de sinistre à l'assurance <input type="checkbox"/><br>Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                            |



# FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



## ACTIONS CORRECTIVES À ENVISAGER

### À DESTINATION DE L'AUTEUR DE L'INCIDENT

Impliquer le référent dans la démarche pour la mise en lien avec le PAP.

.....

.....

.....

### À DESTINATION DE LA VICTIME

Ex : Mesure de réparation.

.....

.....

.....

### À DESTINATION DU GROUPE

Ex : Intervention de la direction, apaisement de la situation, etc.

.....

.....

.....

## ACTIONS PRÉVENTIVES À ENVISAGER

### À DESTINATION DE L'AUTEUR DE L'INCIDENT

Impliquer le référent dans la démarche pour la mise en lien avec le PAP.

.....

.....

.....

### À DESTINATION DE LA VICTIME

Ex : Posture, éloignement, etc.

.....

.....

.....

### À DESTINATION DU GROUPE

Ex : Rappel des règles de fonctionnement, des devoirs de chacun, etc.

.....

.....

.....

SIGNATURE DÉCLARANT

SIGNATURE CHEF DE SERVICE

SIGNATURE DIRECTEUR

Vu le :     /     /

.....

.....

.....



10 avenue de Dallas  
21000 Dijon  
FRANCE

Direction EVO & GO

☎ 06 48 80 64 35

✉ [contact@evo-et-go.fr](mailto:contact@evo-et-go.fr)