

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

Le Cnom a mis en place l'Observatoire pour la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.

Événement survenu le :

L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.

Cachet et signature
(à défaut n° RPPS) :

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



(Étudiant/interne/docteur junior : Conseil départemental du lieu de l'incident)

Département : _____

Qui est la victime de l'incident ?

- Vous-même Un collaborateur Un interne
 Un médecin
 Autre

> Préciser : _____

Vous êtes :

Une femme Un homme Autre

Nombre d'années d'expérience : _____

Spécialité : _____

Qui est l'agresseur ?

Genre : Femme Homme Autre

- Un patient connu Un patient inconnu
 Une personne accompagnant le patient
 Autre

> Préciser : _____

L'agresseur avait-il rendez-vous ?

Oui Non

Quel est le motif de l'incident ? (Choix multiple)

- Un reproche relatif à une prise en charge
 Un temps d'attente jugé excessif
 Un refus de prescription (médicament...)
 Un refus d'établir un document (certificat...)
 À la suite d'un signalement d'un patient ou d'une victime
 Le vol
 La contestation du montant des honoraires
 Pas de motif particulier
 Autre

> Préciser : _____

Atteinte aux personnes (Choix multiple)

- Violences sexuelles
 Coups et blessures volontaires
 Intrusion dans le cabinet L'agresseur a-t-il utilisé une arme ? Oui Non
 Harcèlement
 Menaces
 E-violence (campagne de dénigrement...)
 Injures
 Autre > Préciser : _____

Atteinte aux biens (Choix multiple)

- Vol avec violence > Objet du vol : _____
 Vol avec effraction > Objet du vol : _____
 Acte de vandalisme
 Autre
> Préciser : _____

Cadre d'exercice de l'incident

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

- Au cabinet
 Ailleurs

> Préciser : _____

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

- Établissement public Établissement privé
 Dans un service d'urgence Ailleurs

> Préciser : _____

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

> Préciser : _____

L'incident s'est-il produit dans un lieu où un autre membre du personnel est présent ?

Oui Non

À la suite de cet incident, quelle démarche avez-vous entreprise ?

- Déposé une plainte Déposé une main courante
 Aucune démarche n'a été effectuée

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui Non > Si oui, de combien de jours : _____

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui Non

Avez-vous bénéficié d'une assistance physique ou psychologique ?

Oui Non

Environnement de l'incident

- En milieu rural En milieu urbain, en centre-ville
 En milieu urbain, en banlieue
 Dans une structure de soins
 Au domicile du patient
 Dans un environnement extérieur
 En distanciel (téléconsultation...) Autre
> Préciser : _____

DÉCLARATION D'INCIDENT

remplie le ____ / ____ / 20 ____

Je désire rencontrer un conseiller départemental