

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 : _____

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 ☐

Votre Conseil départemental et le Cnom recueillent ces informations afin d'acquies une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Elles sont analysées statistiquement après anonymisation. Les données d'identification seront conservées par l'Ordre le temps des vérifications nécessaires et accessibles au seul personnel habilité. Vous disposez de droits sur les données vous concernant (droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition sous certaines conditions, droit de s'adresser à la Cnil), que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données du Cnom : dpo@cn.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.