

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.