

# Observatoire pour la sécurité des médecins: recensement national des incidents

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 200\_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ heures.

Cachet et signature  
(à défaut  
n° d'identification ordinal) :

## Qui est la victime de l'incident ?

**Vous-même**

**Un collaborateur**

**Autre** (à préciser) \_\_\_\_\_

## Qui est l'agresseur ?

**Patient**

**Personne accompagnant le patient**

**Autre** (à préciser) \_\_\_\_\_

**A-t-il utilisé une arme ?** (Préciser le type d'arme) \_\_\_\_\_

## Quel est le motif de l'incident ?

**Un reproche relatif à une prise en charge**

**Un temps d'attente jugé excessif**

**Un refus de prescription** (médicament, arrêt de travail...)

**Le vol**

**Autre** (à préciser) \_\_\_\_\_

**Pas de motif particulier**

## Atteinte aux biens

**Vol**

**Objet du vol :** \_\_\_\_\_

**Vol avec effraction**

**Acte de vandalisme**

**Autre** (à préciser) \_\_\_\_\_

## Atteinte aux personnes

**Injures ou menaces**

**Coups et blessures volontaires**

**Intrusion dans le cabinet**

**Autre** (à préciser) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en \_\_\_\_\_ (à compléter)

Vous êtes une femme  un homme

## Cet incident a eu lieu...

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

**Au cabinet**

**Ailleurs** (à préciser) \_\_\_\_\_

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

**Établissement public**  **Établissement privé**

**Dans un service d'urgence**

**Ailleurs** (à préciser) \_\_\_\_\_

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

**À préciser :** \_\_\_\_\_

## À la suite de cet incident, vous avez :

**Déposé une plainte**

**Déposé une main courante**

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

**Oui :** (indiquer le nombre de jours) \_\_\_\_\_

**Non**

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

**Oui**

**Non**

## L'incident a eu lieu...

**En milieu rural**

**En milieu urbain, en centre ville**

**En milieu urbain, en banlieue**

## Déclaration d'incident

remplie le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 201 \_\_\_\_\_

Je désire rencontrer un conseiller départemental

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.