

SIGNALEMENT DES AGRESSIONS

**Puisque la direction ne communique pas
FODGFIP 67 vous informe**

Que ce soit lors de comité technique ou lors des réunions d'information sur le Tableau de bord de veille sociale (TBVS), dont le nombre de signalement des agressions est un indicateur, FO DGFIP 67 a exigé que tous les agents soient informés directement de l'existence de la fiche de signalement figurant sur Ulysse.

Comme la direction ne l'a pas fait, FO DGFIP 67 l'a mise au verso de ce document.

En effet, seule la remontée de cette fiche permet de comptabiliser l'agression !
Pas de fiche, pas d'agression !!...

Aujourd'hui, les agressions verbales sont trop nombreuses sur tous les sites du département pour continuer à être passées sous silence ! **Il faut que cela cesse** car il est anormal qu'un agent de l'Etat dans l'exercice de ses fonctions se fasse insulter !!

Selon le TBVS 2011, il n'y a eu aucune agression verbale ou physique dans le département du Bas-Rhin !!! Qui peut y croire ???

Certainement pas les collègues officiant aux caisses, aux guichets, au contact du public en général.

N'HESITEZ PLUS A FAIRE REMONTER UNE FICHE DE SIGNALEMENT, même si cela prend du temps, **car l'agression, même verbale, ne doit pas et ne peut pas être banalisée.**

MÉMENTO DE LA FICHE DE SIGNALEMENT

1°) Qui doit l'utiliser et quand ?

C'est la victime de l'agression elle-même, ou bien – en cas d'incapacité – un témoin et à défaut un(e) collègue de bureau qui doit la servir dans les délais les plus brefs après l'événement.

2°) Comment la remplir ?

Il suffit de servir tous les cadres du recto qui ne sont pas grisés. Les cases à cocher doivent être utilisées en fonction des situations. Des commentaires peuvent être ajoutés sur une feuille annexe si les cadres prévus à cet effet sont insuffisants.

3°) A qui la transmettre ?

Le document original sera transmis à Christian Oberlé, l'assistant de prévention, à la DRFIP (voir entête de la fiche) qui assurera la transmission aux différents acteurs de l'hygiène et de la sécurité (Insp. de santé et sécurité au travail, Médecin de prévention, Assistant(e) de Service Social, CHSCT).

Une copie sera transmise au chef de service qui pourra y porter des annotations dans l'espace réservé. Il se chargera ensuite de transmettre une copie au service RH de la direction qui pourra également l'annoter. Dès lors que le chef de service ou la direction porteront des annotations, une nouvelle copie devra être transmise aux différents acteurs de prévention.

Section FO DGFIP 67

fo.drifip67@dgfip.finances.gouv.fr

site local : www.fo-dgfip-sd.fr/067/

site national : www.fo-dgfip.fr/

BULLETIN D'ADHESION à retourner à **Section FO DGFIP 67 - DRFIP**

NOM : PRENOM :

GRADE : ECHELON : AFFECTATION :

déclare vouloir adhérer au Syndicat FORCE OUVRIERE DGFIP

Fait à le

(signature)

→ 66 % de la cotisation syndicale est déductible du montant de l'impôt sur le revenu

Secrétaire Départemental : José PEREIRA ☎03.88.56.54.25

PREVENTION DU RISQUE D'AGRESSION

FICHE DE SIGNALEMENT

<u>Assistant de prévention destinataire :</u> Nom, Prénom : Christian Oberlé Courriel : christian.oberle@dgfip.finances.gouv.fr Téléphone : 03 88 56 55 01 Fax : COPIE : Chef de service : Nom, prénom : Téléphone :		<u>Victime :</u> Nom et prénom : Téléphone : Service : Direction :			
<u>Événement survenu le :</u> Heure : Lieu (service, locaux, précisions) :	<u>Rédacteur :</u> (nom, prénom, lien avec la victime, signature)	<u>Victimes :</u> <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Autres :	<u>Nombre et Qualité des :</u> <table border="1"> <tr> <td> <u>Auteurs :</u> <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Autres : </td> <td> <u>Témoins :</u> <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Autres : </td> </tr> </table>	<u>Auteurs :</u> <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Autres :	<u>Témoins :</u> <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Autres :
<u>Auteurs :</u> <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Autres :	<u>Témoins :</u> <input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Usagers <input type="checkbox"/> Autres :				
<u>Fréquence de l'événement :</u> <input type="checkbox"/> premier événement de ce type <input type="checkbox"/> l'événement s'est déjà produit à reprises.		<u>Interventions :</u> <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Forces de l'ordre <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> SAMU/SMUR <input type="checkbox"/> Médecin de ville <input type="checkbox"/> Autres :			
<u>Type d'événement :</u> <u>Atteinte aux personnes :</u> <input type="checkbox"/> Injures <input type="checkbox"/> Menaces (verbales, comportementales) <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Coups et blessures		<u>Arme :</u> <input type="checkbox"/> avec ou <input type="checkbox"/> sans <u>Atteinte aux biens :</u> <input type="checkbox"/> Objet(s) volé(s) : <input type="checkbox"/> Dégradations : <input type="checkbox"/> Autres :			
<u>Circonstances et description des faits :</u>					
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION					
<u>Déclaration d'accident du travail :</u> Date : Avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (jours) Date de réception par le Chef de service :		<u>Dépôt de plainte :</u> Date : <input type="checkbox"/> par le service <input type="checkbox"/> par la victime <u>Copie transmise :</u> Le : Service RH			
<u>Autres :</u>		<u>Autres suites données</u>			
<u>Annotations du Chef de service</u>					