

**PREVENTION DU RISQUE D'AGRESSION**

**FICHE DE SIGNALEMENT**

<u>Assistant de prévention destinataire :</u> Nom, Prénom : Courriel : Téléphone : Fax : <b>COPIE :</b> 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)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>Nombre et Qualité des :</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <u>Victimes :</u>  <input type="checkbox"/> Agents  <input type="checkbox"/> Usagers  <input type="checkbox"/> Autres :         </td> <td style="padding: 5px;"> <u>Auteurs :</u>  <input type="checkbox"/> Usagers  <input type="checkbox"/> Agents  <input type="checkbox"/> Autres :         </td> <td style="padding: 5px;"> <u>Témoins :</u>  <input type="checkbox"/> Agents  <input type="checkbox"/> Usagers  <input type="checkbox"/> Autres :         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <u>Interventions :</u>  <input type="checkbox"/> Personnel  <input type="checkbox"/> Forces de l'ordre  <input type="checkbox"/> Pompiers         </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SAMU/SMUR  <input type="checkbox"/> Médecin de ville  <input type="checkbox"/> Autres :         </td> </tr> </table>		<b>Nombre et Qualité des :</b>			<u>Victimes :</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>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 :
<b>Nombre et Qualité des :</b>													
<u>Victimes :</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>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>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>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>													
<b>RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>													
<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>Annotations du Chef de service</u>											
		<u>Autres suites données</u>											

## 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 l'assistant de prévention dont les coordonnées figurent en entête de la fiche. Il assurera la transmission aux différents acteurs de l'hygiène et de la sécurité (Inspecteur 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.

Si vous ne connaissez pas le nom et les coordonnées de l'assistant de prévention dont vous dépendez, le service des ressources humaines de votre direction pourra vous les fournir. A défaut, il conviendra de contacter le bureau RH-2C par courriel ([bureau.rh2c-actionsociale@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:bureau.rh2c-actionsociale@dgfip.finances.gouv.fr)).