|  |  |
| --- | --- |
| Fiche de signalement  Actes de violence, harcèlement, discrimination et agissement sexiste | |
| **Mode d’emploi** | |
| **A quoi sert ce formulaire ?**  Il a pour but d’alerter la DRH sur une situation de travail dégradée afin de permettre son traitement et de prévenir son éventuelle récidive. | |
| **Qui en est destinataire ?**  Ce document est rempli de manière dématérialisée via « En lien » et il est transmis à un groupe spécifique composée d’agent de la DRH : directrice des ressources humaines, responsable du Service gestion des personnels, responsable et infirmières du Service de santé au travail, chargé de vielle juridique et statutaire, responsable du Service formation. | |
| **Qui peut l’utiliser ?**  Le signalement peut être opéré par tout agent, quelle que soit sa fonction, pour sa propre situation ou pour celle d’un de ses collègues. Il le réalisera auprès d’une personne ressource du dispositif : Responsable hiérarchique ou N+2, infirmières du SST ou gestionnaire carrière, qui renseignera la fiche. | |
| **Dans quelles situations ?**  Cette fiche est destinée à alerter lorsque les situations d’exposition aux risques psychosociaux (acte de violence, harcèlement, agissement sexiste, discrimination) déclenchent des troubles, notamment dans les cas de conflits interpersonnels, de violence entre agents, de souffrance au travail, etc.  Elle concerne aussi bien les situations collectives que les situations individuelles. | |
| **L’alerte est-elle anonyme ?**  L’objectif est de traiter les situations difficiles et de prévenir leur récidive, ce qui n’est possible qu’en analysant ces situations de travail qui doivent donc se rattacher explicitement à un service et parfois à des fonctions ou des personnes. Les éventuels destinataires des informations contenues dans les fiches de signalement sont couverts par le secret professionnel ou par une obligation de discrétion.  Les données individuelles figurant dans une fiche ne sont consignées ni dans le dossier administratif de l’agent, ni dans son dossier médical en santé au travail. | |
| **Signalement** | |
| **Service concerné par le signalement**  Nom du service :  Nom et Prénom du chef de service**:** | |
| **Auteur du signalement**  Nom et prénom : Fonction :    Courriel : Téléphone :  Service (si différent de celui du signalement) : | |
| **Date du signalement :** | |
| **Personnes concernées et témoins** | |
| **Noms et prénoms des personnes concernées** | **Fonctions** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Noms et prénoms des témoins** | **Fonctions** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Description de la situation** | |
| **Description des faits (sans interprétation ni jugement personnel)** | |
| **Antériorité** | |
| **La situation ou l’évènement se sont-ils déjà produits avant les faits décrits?**  Oui  Non  Si oui, indiquer la ou les dates ou périodes : | |
| **Conséquences de la situation** | **Description des actions déjà menées par les agents / la hiérarchie** |
| Arrêts de travail (date début / date fin):  Déclaration d’accident de service ou de maladie professionnelle (rayée la mention inutile) déposée le (date) :  Dépôt de plainte le (date) :  Pour (indiquer le motif) : |  |