

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>CENTRE HOSPITALIER<br/>DE SAINT-QUENTIN</b>                                                                                                                                                                          | <b>Version A</b>         |
|                                                                                   | <b>Formulaire de SIGNALEMENT des actes de<br/>violences physiques et verbales, de violences<br/>sexuelles, de discrimination, de harcèlement<br/>moral ou sexuel et d'agissements sexistes</b><br><b><u>VICTIME</u></b> | <b>Date : 26/09/2025</b> |

Cette fiche de signalement est destinée aux victimes et témoins d'actes de violences physiques et verbales, de violences sexuelles, de discrimination, de harcèlement moral ou sexuel et d'agissements sexistes. Elle a pour vocation de permettre le signalement auprès du Centre Hospitalier de Saint-Quentin et d'accompagner l'agent concerné dans ses démarches. Elle doit être transmise avec d'éventuelles pièces jointes à la « Cellule SIGNALEMENT » de l'établissement par mail à [signalement@ch-stquentin.fr](mailto:signalement@ch-stquentin.fr).

La « Cellule SIGNALEMENT » est composée d'un responsable de la Direction des Ressources Humaines, du psychologue du travail, d'un référent juridique, d'un référent Egalité professionnelle et Diversité et, selon les situations, d'un référent médical.

Les membres de la « Cellule SIGNALEMENT » **sont soumis au secret professionnel** (article L 121-6 du code général de la fonction publique) et à l'**obligation de discrétion professionnelle** (article L 121-7 du code général de la fonction publique).

Les témoins d'actes de violences, de discrimination, de harcèlements et d'agissements sexistes, qui souhaitent signaler une situation, doivent informer de manière explicite la victime de cette démarche.

|                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Date du signalement :</b>                                                                                                   |  |
| <b>1- Auteur du signalement :</b> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre |  |
| <b>Je signale en qualité de VICTIME.</b>                                                                                       |  |
| Nom :                                                                                                                          |  |
| Prénoms :                                                                                                                      |  |
| Date de naissance :                                                                                                            |  |
| Courriel :                                                                                                                     |  |
| Téléphone :                                                                                                                    |  |
| Fonction :                                                                                                                     |  |
| Statut :                                                                                                                       |  |
| Service :                                                                                                                      |  |

**2- Nom, prénom, qualité et fonction des TEMOINS :**

☐ Il n'y a pas de témoin.

☐ Il s'agit du / des témoin(s) de ma situation :

*//\ [Veuillez télécharger et joindre le formulaire de recueil des attestations de témoignages.](#)*

| Nom - Prénom | Fonction | Service et UF |
|--------------|----------|---------------|
|              |          |               |
|              |          |               |
|              |          |               |
|              |          |               |
|              |          |               |

**3- Nom, prénom, qualité et fonction de la / des personne(s) mise(s) en cause :**

| Nom - Prénom | Fonction | Service et UF |
|--------------|----------|---------------|
|              |          |               |
|              |          |               |
|              |          |               |

**4- Date / lieu / heure ou périodes des faits signalés :****Fréquence des faits signalés :**

- ☐ L'évènement serait le premier de ce type.
- ☐ L'évènement se serait déjà produit à ..... reprises.

**Ces faits continuent-ils toujours ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**5- Qualification présumée des faits :**

De quoi pensez-vous être ou avoir été victime ?

- |                                              |                                               |                                             |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Violences verbales  | <input type="checkbox"/> Agissements sexistes | <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel |
| <input type="checkbox"/> Violences physiques | <input type="checkbox"/> Violences sexuelles  | <input type="checkbox"/> Harcèlement moral  |
| <input type="checkbox"/> Discrimination      |                                               |                                             |

## 6- DESCRIPTION PRÉCISE et CHRONOLOGIQUE DES FAITS :

Veillez détailler **les faits le plus précisément possible** (les faits, les gestes, les propos, les circonstances), **les stratégies d'évitement** que vous avez pu employer (changer de lieu de travail, éviter des réunions), **les documents qui peuvent attester des faits** (SMS, mails), **les témoins directs ou indirects** (qui peuvent attester que vous vous êtes confié à elles et eux, ou que votre état de santé s'est dégradé), **les impacts professionnels, les conséquences sur votre santé**, éventuellement **d'autres victimes connues**.

**7- Conséquences des faits en termes d'arrêts de travail, de déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle ou de dépôt de plainte :**

☐ **Arrêt(s) de travail** : Dates de début et de fin :

☐ **Déclaration d'accident de service et / ou maladie professionnelle** : Date :

☐ **Dépôt de plainte** : Date et motif :

☐ **Autre** :

**8- Décrire les démarches / actions que vous avez pu déjà faire pour traiter la situation ou les faits signalés** (déclaration de FEI, échanges avec les collègues, échanges avec l'encadrement / la direction, visite auprès du service de santé au travail / du médecin traitant, dépôt d'une main courante, etc.) :

☐ **J'autorise** la communication de mes données personnelles et des informations précitées uniquement dans le cadre du traitement de mon signalement, de mon accompagnement et des mesures envisagées.

☐ **Je n'autorise pas** la communication de mes données personnelles et des informations précitées.

**Signature de l'auteur du signalement :**

Lors de l'envoi, ce formulaire peut, éventuellement, être accompagné des pièces suivantes :

- **Des preuves matérielles,**
- **Des pièces de procédure,**
- **Des témoignages directs ou indirects** : dans ce cas, merci d'utiliser le formulaire de recueil des attestations de témoignages.

## **Information sur le traitement des données personnelles des personnes utilisant la fiche de signalement**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Centre Hospitalier de Saint-Quentin pour recueil et analyse des signalements dans le cas d'actes de violences, de discrimination, de harcèlements et d'agissements sexistes (cf. durée ci-dessous). Ce traitement est fondé sur l'obligation légale dont le Centre Hospitalier de Saint-Quentin est tenu au regard du décret n°2020-256 du 13 mars 2020 relatif au dispositif de signalement des actes de violences, discrimination, de harcèlements et d'agissements sexistes dans la fonction publique.

Les données collectées seront communiquées aux membres de la Cellule SIGNALEMENT chargés du traitement et du suivi du signalement.

Les données sont conservées selon la population concernée :

- Pour le personnel : conservation pendant toute la durée de l'emploi du personnel puis suppression définitive 1 an après cessation de ses fonctions.
- Pour les étudiants : conservation pendant toute la scolarité de l'étudiant puis suppression définitive 1 an après son départ de l'établissement.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'établissement :

- Par e-mail adressé à : [dpo@ch-stquentin.fr](mailto:dpo@ch-stquentin.fr),
- Par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'attention du Délégué à la protection des données du CH de Saint-Quentin - 1 avenue Michel de l'Hospital - 02 321 Saint-Quentin Cedex.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

### **Cadre réservé aux membres de la « Cellule SIGNALEMENT » :**

*Date de réception du formulaire de signalement : .....*

*Mode de transmission : ☐ Mail ☐ Autre : .....*

*Date de transmission par mail à la « Cellule SIGNALEMENT » : .....*

*Date de la 1ère rencontre de la « Cellule SIGNALEMENT » pour traitement : .....*