

## Fiches de constats proposées en cas de troubles du comportement aigu ou récurrent

**AIST-84**

**Dr**

**Médecin du Travail**

**Tel :**

X, Le

**Entreprise :**

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint un modèle-type de **fiche de constat à renseigner après un épisode de troubles comportementaux** dans l'entreprise (fiche établie d'après les Recommandations pour la Pratique Clinique concernant le « Mésusage des Substances Psychoactives en milieu professionnel » du 20 mars 2013).

Pour introduire cette fiche et **faciliter l'échange oral** que vous pourrez avoir avec votre salarié, voici quelques pistes complémentaires qui aideront éventuellement :

- Il est conseillé de préparer cet entretien managérial (dans un espace confidentiel et avec suffisamment de temps).
- Expliquer la politique de l'entreprise à ce sujet, les règles et procédures, le code de travail, démarches de prévention.
- Aborder l'épisode de ces troubles comportementaux en reprenant les faits au travers du rôle propre de l'employeur pour la santé et la sécurité des salariés, l'obligation de protection (et non en terme de diagnostic, jugement...). Evoquer d'éventuelles conséquences disciplinaires que pourrait avoir la personne.
- L'échange oral s'appuiera sur un document écrit (ci-joint) qui, à nouveau, dans le descriptif de l'évènement et des modalités de prise en charge au moment de l'incident, restera dans le **factuel** uniquement.
- **L'employeur explique à ce moment qu'il demande une visite occasionnelle au médecin du travail dans les jours qui suivent l'évènement. Il est important de préciser que cet écrit sera communiqué au médecin du travail.**
- En complément, proposer l'aide des ressources médico-sociales internes ou externes (affichage...)

Notre Service de Santé au travail et moi-même, restons à votre entière disposition sur cette thématique et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Dr

, Médecin du Travail

**A) FICHE établie par le responsable en cas de troubles aigus du comportement d'un salarié dans l'entreprise**

*Copie à remettre au salarié*

Nom de l'entreprise :

Nom du responsable hiérarchique faisant l'entretien :

Identification du salarié

Nom et prénom :

Service :

**Description de l'état anormal**

- |                         |   |                          |   |
|-------------------------|---|--------------------------|---|
| -Difficulté d'élocution | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | -Gestes imprécis         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| -Propos incohérents     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | -Troubles de l'équilibre | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| -Désorientation         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | -Agitation               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| -Agressivité            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | -Somnolence              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| -Haleine alcoolisée     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                          |   |

**Observations :**

**Avis du salarié :**

**Certification :**

Constat effectué

-le (jour/heure/minutes) :

-lieu (précis) :

-par (nom/prénom/fonction/service) :

-témoin(s) (nom/prénom/service) :

**Prise en charge :**

-appel(s)  15 (SAMU)  17 (Police ou gendarmerie)  médecin de ville

-suivi  Maintien en sécurité de la personne dans l'entreprise

Évacuation

-  retour au domicile par -

-  la famille

-  un accompagnant personnel extérieur à l'entreprise

-  vers l'hôpital par -  le SAMU

-  ambulance adressée par le SAMU

**Fiche :**

transmise au **médecin du travail**

et remise au salarié pour **une consultation avec le médecin du travail** à la demande de l'employeur

Signature : de l'employeur

du salarié

**B) FICHE établie par le responsable en cas de troubles récurrents du comportement d'un salarié dans l'entreprise**

*Copie à remettre au salarié*

Nom de l'entreprise :  
Nom du responsable hiérarchique faisant l'entretien :

Identification du salarié  
Nom et prénom : Service :

**Description des dysfonctionnements notés :**

-Retards fréquents	<input type="checkbox"/>	-Diminution de la productivité (dépassement des délais, erreurs plus fréquentes, perte ou vol de matériel, plaintes des collègues ou de clients, prises de décisions discutables)	<input type="checkbox"/>
-Absences sans autorisations ou excuses plausibles pour expliquer les absences	<input type="checkbox"/>	-Mauvaises relations avec les collègues (réactions agressives aux remarques ou plaintes des collègues, attitude suspicieuse envers les autres, emprunt d'argent, évitement des rencontres de supervision ou de contrôle).	<input type="checkbox"/>
-Absences du poste de travail (prise de pauses fréquentes ou de pauses très longues)	<input type="checkbox"/>	-Accident (implication plus fréquente dans des accidents réels ou potentiels)	<input type="checkbox"/>
-Absences répétées de congé de maladie de courte durée	<input type="checkbox"/>	-Attitude irrégulière concernant le travail (alternance entre grande et faible productivité, augmentation des gestes irresponsables, réactions imprévisibles)	<input type="checkbox"/>
-Diminution de la concentration (présence physique mais absence mentale, besoin de plus de temps et d'énergie qu'auparavant pour effectuer les tâches habituelles)	<input type="checkbox"/>	-Signes particuliers(ex :odeur d'alcool, tremblements des mains, changement important de l'apparence physique, perte de poids, apparence négligée...)	<input type="checkbox"/>

**Observations :**

**Avis du salarié :**

**Certification :** Constat effectué

- le (jour/heure/minutes) :
- lieu (précis) :
- par (nom/prénom/fonction/service) :
- témoin(s) (nom/prénom/service) :

- **Fiche :**

- transmise au **médecin du travail**
- et remise au salarié pour une **consultation avec le médecin du travail** à la demande de l'employeur

Signatures : de l'employeur

du salarié