

NOM

ADRESSE ENTREPRISE

Médecin référent :

Adhérent :

Le XX/XX/XX

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).
- Reprendre les faits et poser la loi par rapport à ces faits : aborder l'épisode de ces troubles comportementaux par le biais 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 les éventuelles conséquences disciplinaires pour la personne.
- L'échange oral s'appuiera donc sur un document **écrit** qui restera dans le factuel uniquement.
- L'employeur explique 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 supérieur hiérarchique et au médecin du travail.

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

Pour le docteur

## Fiche établie par le responsable en cas de troubles du comportement d'un salarié dans l'entreprise

Entreprise :

Nom du responsable faisant l'entretien et remettant la fiche :

Date :

### **Identification du salarié**

Nom :

Prénom :

Service :

### **Description de l'état anormal**

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

### **Description de l'incident :**

#### **Description du retentissement sur le travail :**

- |                                                                                                   |                          |                                                                                                                                                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Retard fréquents                                                                                  | <input type="checkbox"/> | Diminution de la productivité (dépassement des délais, erreurs plus fréquentes, ...)                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Absences sans autorisation ou excuses plausibles                                                  | <input type="checkbox"/> | Mauvaises relations avec les collègues (Réactions agressives aux remarques, emprunt d'argent, évitement des rencontres de supervision ou de contrôle...) | <input type="checkbox"/> |
| Absences du poste de travail (pauses fréquentes ou longues...)                                    | <input type="checkbox"/> | Accident (implication fréquente dans des accidents réels ou potentiels)                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Absences répétées pour maladie de courte durée                                                    | <input type="checkbox"/> | Irrégularité concernant le travail (alternance entre grande et faible productivité, réactions imprévisibles,..)                                          | <input type="checkbox"/> |
| Diminution de la concentration (plus de temps qu'avant pour effectuer les tâches habituelles,...) | <input type="checkbox"/> | Signes particuliers (tremblements, changement de l'apparence physique, perte de poids, apparence négligée,...)                                           | <input type="checkbox"/> |

### **Constat effectué**

Le (*jour/heure/minutes*) :

Lieu (*précis*) :

Par (*nom/prénom/fonction/service*) :

Témoin(s) (*nom/prénom/services*) :

### **Avis du salarié sur l'incident et l'état décrit**

## **Prise en charge**

Appel (s) :

- |                                             |                                                     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin du travail | <input type="checkbox"/> 17 (Police ou gendarmerie) |
| <input type="checkbox"/> 15 (SAMU)          | <input type="checkbox"/> Médecin de ville           |

Suivi :

- |                                                                    |                                                 |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maintien de la personne dans l'entreprise |                                                 |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Evacuation                                | <input type="checkbox"/> Retour au domicile par | <input type="checkbox"/> La famille                                          |
|                                                                    |                                                 | <input type="checkbox"/> Un accompagnant personnel, extérieur à l'entreprise |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> Vers l'hôpital par     | <input type="checkbox"/> Le SAMU                                             |
|                                                                    |                                                 | <input type="checkbox"/> Ambulance adressée par le SAMU                      |

Signature du responsable :

Signature du salarié :