|  |
| --- |
| **Fiche de constat d’un comportement****inhabituel au travail**À établir par le supérieur hiérarchique en cas de comportement inhabituel d’un agent au travail |

|  |
| --- |
| **Collectivité :** ……………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………**Nom du responsable hiérarchique faisant l’entretien :** ………………………………………………………………………..………………….. |

|  |
| --- |
| **Identification de l’agent :**Nom, prénom : ……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Service : ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Constat effectué :**Date : ………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………Heure : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Lieu : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Par (Nom, prénom, fonction, service) : ……………………….…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Témoin (Nom, prénom, service) : ……………….………………….………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Circonstances du constat (tâche(s) effectuée(s) par l’agent…) :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| **Description du comportement inhabituel de l’agent au travail (faits constatés par le responsable hiérarchique) :***(Difficulté d’élocution, désorientation, agressivité, gestes imprécis, trouble de l’équilibre, odeur de l’haleine…)*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| **Signes professionnels, comportementaux et physiques évocateurs d’un problème chronique :***(Retards, absences régulières, abandon de poste, mauvaise qualité du service, troubles de la mémoire, isolement, tremblement des extrémités…)*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| **Observations et précisions complémentaires du responsable hiérarchique :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| La collectivité dispose d’une procédure à suivre lors du comportement inhabituel d’un agent (**présomption d’une consommation d’alcool**, **présomption d’une consommation de substance psychoactive**), définie dans son règlement intérieur :□ OUI □ NON |
| Si oui, **éthylotest proposé** : □ OUI □ NONÉthylotest accepté par l’agent : □ OUI □ NONRésultat : □ POSITIF □ NÉGATIF | Si oui, **test salivaire proposé** : □ OUI □ NONÉthylotest accepté par l’agent : □ OUI □ NONRésultat : □ POSITIF □ NÉGATIF |
| L’agent est informé qu’il peut solliciter une contre-expertise (obligation légale) : □ OUI □ NONL’agent a souhaité une contre-expertise : □ OUI □ NON |
| **Prise de sang** : □ OUI □ NONRésultat : □ POSITIF □ NÉGATIF | **Test urinaire** : □ OUI □ NONRésultat : □ POSITIF □ NÉGATIF |

|  |
| --- |
| **Appel au médecin régulateur du SAMU (15) pour évaluer l’état de santé de l’agent. Prise en charge selon les indications délivrées par le médecin :**□ Prise en charge par un service de secours :□ le SAMU□ une ambulance adressée par le SAMU□ les pompiers**Heure de prise en charge :** ………………………………….□ Prise en charge par un membre de la famille ou un ami (attestation de prise en charge obligatoire)**Heure de prise en charge :** ………………………………….□ Maintien de l’agent sur le lieu de travail (retrait du poste de travail – mise en sécurité – sous surveillance) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Reprise du travail :** □ OUI □ NON | **Heure de reprise du travail :** …………………………………. |

|  |
| --- |
| **Fiche de constat :**□ Transmise au Service des ressources humaines□ Transmise au Médecin de prévention / du travail (visite demandée : □ OUI □ NON)□ Notifié à l’agent le : …………………………………. (copie à remettre à l’agent) |

**Signature du responsable hiérarchique : Signature de l’agent :**