|  |
| --- |
| **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 □ NON  Éthylotest accepté par l’agent : □ OUI □ NON  Résultat : □ POSITIF □ NÉGATIF | Si oui, **test salivaire proposé** : □ OUI □ NON  Éthylotest accepté par l’agent : □ OUI □ NON  Résultat : □ POSITIF □ NÉGATIF |
| L’agent est informé qu’il peut solliciter une contre-expertise (obligation légale) : □ OUI □ NON  L’agent a souhaité une contre-expertise : □ OUI □ NON | |
| **Prise de sang** : □ OUI □ NON  Résultat : □ POSITIF □ NÉGATIF | **Test urinaire** : □ OUI □ NON  Résultat : □ 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 :**