

SERVICE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE



02 47 66 71 74 | medecine.preventive@cdg37.fr | 27, rue du Rempart - 37041 TOURS Cedex 1



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

Pour une demande de Visite par l'employeur au service de Médecine Préventive

Problème de souffrance au travail, de comportement inhabituel ou d'addiction suspectée

Les éléments à renseigner ci-dessous sont indispensables pour engager une démarche de prévention des risques, en amont du RDV en Médecine Préventive.

Pour rappel, le médecin de prévention n'a pas de rôle à jouer dans les procédures disciplinaires

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, fonction, service) :

Circonstances du constat (tâche(s) effectuée(s) par l'agent...) :

.....

.....

.....

Description du comportement inhabituel de l'agent (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...)

.....
.....
.....
.....

RDV entre l'agent et sa hiérarchie :

Un RDV a-t-il été organisé entre l'agent et sa hiérarchie pour analyser les faits constatés ? OUI NON

Date de ce RDV :

Personnes présentes à ce RDV *(Noms, prénoms, fonctions, services)* :

Conclusions de ce RDV : Actions mises en place.....

.....
.....
.....
.....

RDV Médical demandé pour l'agent au service de Médecine Préventive

L'agent doit être informé par l'employeur de la demande de visite médicale au service de Médecine Préventif et du motif de la visite

Quelle(s) personne(s) a proposé le RDV à l'agent *(Nom, prénom, fonction, service)* :

Comment l'agent a-t-il été informé du motif de la visite ? *(Courrier, appel téléphonique, mail, SMS, oralement)* :

.....

Observations et précisions complémentaires du responsable hiérarchique :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si suspicion de consommation d'alcool, de substance psychoactive :

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

Si oui, **test salivaire proposé** : OUI NON

Éthylotest accepté par l'agent : OUI NON

Éthylotest accepté par l'agent : OUI NON

Résultat : POSITIF NÉGATIF

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

Test urinaire : OUI NON

Résultat : POSITIF NÉGATIF

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*)

Documents à fournir au service de Médecine Préventive : medecine.preventive@cdg37.fr

- Copie du message transmis à l'agent par l'employeur pour l'informer d'une demande de RDV médical au service de Médecine préventive
- Copie du règlement intérieur

Signature du responsable hiérarchique :

Signature de l'agent :