



FICHE DE LIAISON

Envoyé en préfecture le 17/11/2023

Reçu en préfecture le 17/11/2023

Publié le 17/11/2023

ID : 083-218300044-20231113-DLH2374H1-DE

S²LOW

DRH/LES
ARCS
2023
Nb pages : 2

NOM et Prénom de l'agent :
Direction / service :

CONSTAT

Description de l'état inhabituel (présence de plusieurs faits avérés, objectifs et convergents) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gestes imprécis | <input type="checkbox"/> Changement d'attitude / de comportement |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Agitation |
| <input type="checkbox"/> Désorientation | <input type="checkbox"/> Agressivité |
| <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Problèmes relationnels |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution | <input type="checkbox"/> Haleine alcoolisée |
| <input type="checkbox"/> Propos incohérents | <input type="checkbox"/> Erreurs grossières |
| <input type="checkbox"/> Retards | <input type="checkbox"/> Tâches simples ayant nécessité 2 à 3 fois le temps normal de réalisation |
| <input type="checkbox"/> Absences injustifiées | |

☐ Autres :

Constat effectué le [date] à [heure]

Lieu précis :

Par [NOM / Prénom / fonction / service] :

Témoins [NOM / Prénom / service] :

Recours à éthylotest : ☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de l'agent

Par [NOM / Prénom / fonction / service] :

Témoins [NOM / Prénom / service] :

Si oui résultats : ☐ Positif ☐ Négatif

Recours à test salivaire (repérage drogues) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de l'agent

Par [NOM / Prénom / fonction / service] :

Témoins [NOM / Prénom / service] :

Si oui résultats : ☐ Positif ☐ Négatif

Si positif, quel produit ?

Prise en charge :

Appel(s) : ☐ Médecin de prévention ☐ 112 ou 18 (pompiers) ☐ 15 (SAMU)
☐ 17 (police ou gendarmerie) ☐ Médecin de ville

Suivi : ☐ Maintien de la personne sur le lieu de travail

☐ Retour au domicile par :

☐ La famille

☐ Accompagnant personnel, extérieur à la Collectivité :

☐ Évacuation vers l'hôpital par :

☐ Pompiers

☐ SAMU

☐ Ambulance

Remarques complémentaires :

Feuillet à photocopier en 3 exemplaires pour l'agent, le médecin de prévention et la DRH

Visa de l'auteur du constat

[Nom / Prénom / Signature]

Visa du témoin

[Nom / Prénom / Signature]

ENTRETIEN HIÉRARCHIQUE OU « DU LENDEMAIN »

[feuillet confidentiel à transmettre à la Direction des Ressources Humaines]

But de l'entretien :**Rappel des faits relatifs au travail** (voir partie Constat) :

- ☐ Problème pour le service
- ☐ Ecart de perception entre l'agent et son supérieur sur la qualité / quantité du travail effectué et les conditions de sécurité
- ☐ Tâches qui ne peuvent plus être confiées à l'agent dans ces conditions
- ☐ Autres :

Difficultés rencontrées par l'agent :

- ☐ Souffrance
- ☐ Manque de soutien professionnel ou familial
- ☐ Autres :

Commentaires :**Orientation** sur :

- ☐ Médecin de prévention (aptitude à déterminer si risques particuliers)
- ☐ Assistante sociale
- ☐ Intervenants externes spécialisés (remise d'une liste)
- ☐ Autres :

Accord et contrat de confiance → Objectifs de changement positifs :

- ┌
- ┌
- ┌

Echéances de suivi [prochains entretiens d'étapes] :

Commentaires:**Visa de l'auteur du constat**
[Nom / Prénom / Signature]**Visa de l'agent**
[Nom / Prénom / Signature]