

# PROTOCOLE

## En cas de troubles du comportement

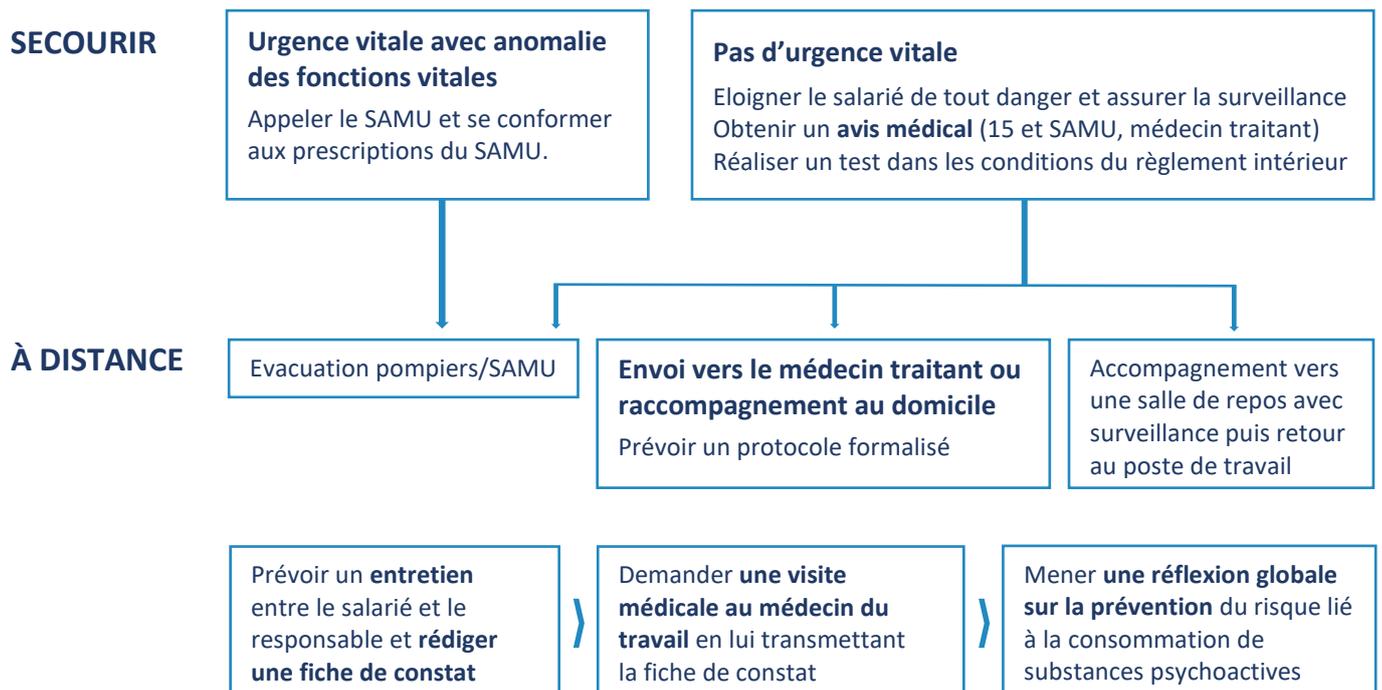
### MISE EN OEUVRE

**Art. L.4121-1 du Code du travail :** « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Cette obligation de sécurité est assortie d'une obligation de résultat. Elle se décline notamment par la mise en place des procédures de secours aux accidentés et aux personnes malades ou présentant des troubles du comportement aigu.

**L'article R.4228-21 du Code du travail :** « Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux du travail des personnes en état d'ivresse ».

IDENTIFIER	PROTEGER	ALERTER
<p>Les signes de troubles du comportement aigu du salarié</p> <p>Etat d'excitation, agitation, propos incohérents ou inadaptés, troubles de l'équilibre, confusion, somnolence, chutes, agressivité inhabituelle</p> <p><b>ÉVALUER</b> si le salarié est en danger ou dangereux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirer le salarié du poste et le placer dans un lieu sécurisé</li> <li>Ne pas laisser la personne seule (mais éviter les attroupements) jusqu'à sa prise en charge et l'avis médical : maintenir le lien par la parole et le regard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'encadrement</li> <li>Et si présence sur site, un Secouriste Sauveteur du Travail (SST), personnel infirmier ou médical</li> </ul>

### GESTION DE LA CRISE



# FICHE DE CONSTAT

## En cas de troubles du comportement

L'objectif de cette fiche est de faciliter l'entretien avec le salarié. Ces éléments complémentaires peuvent vous aider dans votre démarche :

- Il est conseillé de préparer cet entretien managérial dans un espace confidentiel et avec suffisamment de temps.
- Expliquer la politique de l'entreprise à ce sujet quand elle existe, les règles et procédures, le code du travail, les démarches de prévention.
- Aborder l'épisode de trouble du comportement en reprenant les faits au travers du rôle de l'employeur pour la santé et la sécurité des salariés, l'obligation de protection. Evoquer d'éventuelles conséquences disciplinaires que pourrait avoir la personne.
- Indiquer au salarié qu'une visite occasionnelle au médecin du travail sera demandée dans les jours qui suivent l'évènement. Une copie de la fiche de constat sera communiquée au médecin du travail en vue de cet entretien.

# FICHE DE CONSTAT

Etablie par le responsable en cas  
de troubles du comportement

**Nom de l'entreprise :**

**Nom du responsable hiérarchique faisant l'entretien :**

**Identification du salarié :**

Nom et 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"/> | • Trouble 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"/> |
| • Haleine alcoolisée     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                          |   |

**Observations :**

**Avis du salarié :**

**Constatation :**

Effectuée le (jour et heure) :

Lieu (précis) :

Par (nom, prénom, fonction, service) :

Témoin(s) (nom, prénom, services) :

**Prise en charge :**

- Appel(s)  médecin du travail (tél. à préciser)  
 15 (SAMU)  17 (police ou gendarmerie)  médecin de ville (tél à préciser)
- Suivi  Maintien en sécurité du salarié dans l'entreprise  
 Evacuation  
 Retour à domicile par :  famille  accompagnant extérieur  
 Vers l'hôpital par :  SAMU  ambulance adressée par SAMU

**Fiche :**

- Transmise au médecin du travail
- Remise au salarié pour une consultation avec le médecin du travail à la demande de l'employeur

**Signature de l'employeur :**

**du salarié :**