

Fiche constat n°2

Trouble du comportement récurrent d'un salarié en entreprise

PARTIE 1 - À remplir au moment de la crise

Nom de l'entreprise :

Nom du responsable hiérarchique faisant l'entretien :

Identification du salarié

Nom et prénom :

Service :

Description des dysfonctionnements notés : cocher et entourer les items concernés

- | | |
|---|--|
| • Retards fréquents ☐ | • Contenu du travail (dépassement des délais, erreurs plus fréquentes, perte ou vol de matériel, plaintes des collègues ou de clients, prises de décisions discutables) ☐ |
| • Absences sans autorisations ou excuses plausibles pour expliquer les absences ☐ | • Mauvaises relations avec les collègues (réactions agressives aux remarques ou plaintes des collègues, attitude suspicieuse envers les autres, emprunt d'argent, évitement des rencontres de supervision ou de contrôle.) ☐ |
| • Absences du poste de travail (prise de pauses fréquentes ou de pauses très longues) ☐ | • Accident (implication plus fréquente dans des accidents réels ou potentiels.) ☐ |
| • Absences répétées de congé de maladie de courte durée ☐ | • Attitude irrégulière concernant le travail (alternance entre grande et faible productivité, augmentation des gestes irresponsables, réactions imprévisibles, désintérêt marqué pour la vie du service, non respect du règlement intérieur et des consignes données par le manager.) ☐ |
| • Diminution de la concentration et de l'attention, besoin de plus de temps et d'énergie qu'auparavant pour effectuer les tâches habituelles ☐ | • Signes particuliers (ex : odeur d'alcool, tremblement des mains, changement important de l'apparence physique, perte de poids, apparence négligée...), autres faits en lien possible avec une consommation de substances psycho actives (lesquels ?) : ☐ |

Observations :

Avis éventuel du salarié :

- ☐ Constat initial ☐ récursive
- ☐ prise en charge par le médecin du travail lors d'un précédent épisode
- ☐ Exemplaire transmis au salarié
- ☐ Exemplaire transmis au Service de Santé au Travail
- ☐ Orientation vers le médecin du travail (demande de visite occasionnelle employeur)

Signatures

L'employeur

Le salarié

Autre