

**PROCÉDURE D'INTERVENTION  
ÉVÉNEMENTS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUE**

**1 – TEST SYMPTOMATIQUE :**

**2 - IDENTIFICATION :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Point de service : \_\_\_\_\_

- |                                               |                                                       |                                     |                                                              |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| - Difficulté d'élocution :                    | voix normale <input type="checkbox"/>                 | - Équilibre :                       | possible <input type="checkbox"/>                            |
|                                               | voix pâteuse <input type="checkbox"/>                 |                                     | difficile <input type="checkbox"/>                           |
|                                               | voix inintelligible <input type="checkbox"/>          |                                     | impossible <input type="checkbox"/>                          |
| - Débit de la parole :                        | normal <input type="checkbox"/>                       | - Démarche :                        | normale <input type="checkbox"/>                             |
|                                               | lent <input type="checkbox"/>                         |                                     | chancelante <input type="checkbox"/>                         |
|                                               | rapide <input type="checkbox"/>                       |                                     | impossible <input type="checkbox"/>                          |
| - Propos incohérents :                        | explications nettes <input type="checkbox"/>          | - Marche en ligne droite :          | possible <input type="checkbox"/>                            |
|                                               | explications embrouillées <input type="checkbox"/>    |                                     | difficile <input type="checkbox"/>                           |
|                                               | explications incohérentes <input type="checkbox"/>    |                                     | impossible <input type="checkbox"/>                          |
| - Désorientation /<br>incohérence/confusion : | oui <input type="checkbox"/>                          | - Agitation :                       | oui <input type="checkbox"/>                                 |
|                                               | non <input type="checkbox"/>                          |                                     | non <input type="checkbox"/>                                 |
| - Agressivité :                               | oui <input type="checkbox"/>                          | - Comportement général :            | normal <input type="checkbox"/>                              |
|                                               | non <input type="checkbox"/>                          |                                     | ralenti <input type="checkbox"/>                             |
|                                               |                                                       |                                     | agité <input type="checkbox"/>                               |
|                                               |                                                       |                                     | violent <input type="checkbox"/>                             |
| - Haleine alcoolisée :                        | odeur d'alcool non perçue <input type="checkbox"/>    | - Somnolence :                      | oui <input type="checkbox"/>                                 |
|                                               | odeur d'alcool perceptible <input type="checkbox"/>   |                                     | non <input type="checkbox"/>                                 |
|                                               | odeur d'alcool incontestable <input type="checkbox"/> |                                     |                                                              |
| - Yeux :                                      | vitreux <input type="checkbox"/>                      |                                     |                                                              |
|                                               | Rouge <input type="checkbox"/>                        |                                     |                                                              |
|                                               | Injectés de sang <input type="checkbox"/>             |                                     |                                                              |
| - Gestes imprécis :                           | oui <input type="checkbox"/>                          | - Flagrant délit de<br>CONSOMMATION | oui <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> |
|                                               | non <input type="checkbox"/>                          |                                     | non <input type="checkbox"/> drogue <input type="checkbox"/> |

**Précisez les comportements ou les incidents observés :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3 - CERTIFICATION :**

Constat effectué

- Le (date/heure/minutes) : \_\_\_\_\_
  - Lieu (précis) : \_\_\_\_\_
  - Par (nom/prénom/fonctions) : \_\_\_\_\_
  - Témoin(s) (nom/prénom/fonctions) : \_\_\_\_\_
- Une copie du rapport a été remise à l'employé :                      oui     non

**4 –**

4.1  Contact aux services des ressources humaines : Nom : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**4.2 - PRISE EN CHARGE :**

- maintien de la personne dans ses fonctions
- Action
  - retour au domicile par
    - la famille
    - un accompagnant personnel, au choix de l'employé
    - syndicat
  - vers un établissement de santé
    - ambulanciers
    - autre identification: \_\_\_\_\_

4.3 - **AUTRES ACTIONS PRISES :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5 - Transmettre cette fiche aux Services des ressources humaines par numérisation**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoins : 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_