| REPUBLIQUE DU CANTON DE GENEVE  Département des finances, des ressources humaines et des affaires extérieures  Office du personnel de l'Etat | Demande d'évaluation au service de prévention et de santé au travail (SPST)  Version du 23.10.2024 |
| --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***A transmettre par e-mail à*** *:* [*evaluations.medicales-spst@etat.ge.ch*](mailto:evaluations.medicales-spst@etat.ge.ch) | | | |
| ***La collaboratrice ou le collaborateur doit avoir été informé de cette demande d'évaluation adressée au Service de prévention et de santé au travail et peut en obtenir une copie. La copie de la lettre d'information doit impérativement être jointe à la demande d'évaluation.***  *Ce document est intégré dans son dossier médical et son dossier administratif.* | | | |
| 1. **Date de la présente demande** | | **/**    **/** | |
| 1. **Département ou entité (champ obligatoire):**   **Direction / service / établissement (champ obligatoire):** | | | |
| **Responsable RH** | | | |
| 1. **NOM :** | **Prénom :** | | **N° de téléphone :** |
| **Responsable hiérarchique** | | | |
| 1. **NOM :** | **Prénom :** | | **N° de téléphone :** |
| **Collaboratrice ou Collaborateur** | | | |
| 1. **NOM :** | **Prénom :** | | **Nommé:**  **oui**  **non** |
| **Date de naissance :** | **N° de téléphone privé :** | | **Matricule SIRH :** |
| **Questions** | | | |
| 1. **Nombre de jours d'absence sur les 3 dernières années** | |  | |
| 1. **Date du début de la dernière incapacité de travail et %** | |  | |
| 1. **Nature de l'absence actuelle** | | maladie  AP  ANP | |
| 1. **Merci de préciser les éléments qui vous sont connus** | |  | |
| 1. **Pendant l'absence, le lien a-t-il été maintenu entre la hiérarchie et la collaboratrice ou le collaborateur?** | | oui  non | |
| 1. **Si 'non', merci d'en préciser les raisons** | |  | |
| 1. **Une date de reprise de l'activité est-elle annoncée ?** | | oui🡪Date:    /    /       non | |
| 1. **La problématique de santé actuelle a-t-elle déjà été la cause de difficultés professionnelles antérieures?** | | oui  non | |
| 1. **Si 'oui', merci d'expliquer** | |  | |
| 1. **Un entretien de type "Lien au travail" (modèle 3P) a-t-il été effectué?** | | oui  non | |
| 1. **Des éléments professionnels** *(conflits, organisation du travail, charge de travail, clarté du rôle, ergonomie…)* **vous paraissent-ils être en lien avec le problème de santé ?** | | oui  non | |
| 1. **Concernant ces éléments professionnels, merci de nous communiquer les informations en votre possession:**    1. **Quels sont les facteurs de mal-être identifiés ?** | |  | |
| * 1. **Quelles mesures managériales ont été prises ?** | |  | |
| * 1. **Quels arguments justifient la transmission de ce dossier au Service de santé?** *(valeur ajoutée de l'intervention du SPST ?)* | |  | |
| **Motifs de la demande** | | | |
| 1. **Médecine et/ou hygiène du travail - Prévention** | | Analyse de risques pour la maternité  Analyse de risques liés à des dangers particuliers (voir Directive MSST 6508, annexe 1 – dangers physiques, biologiques ou chimiques, bruit, qualité de l'air...)  Analyse ergonomique du poste et/ou de l'activité  *🡪 Voir mode d'emploi Ergonomie publié par le SPST. Une analyse préalable doit avoir été réalisée par le répondant SST de votre département. Le SPST intervient uniquement en cas de suivi.* | |
| 1. **Médecine du travail  (aptitude, retour au travail et accompagnement)** | | Pronostic de retour, de reprise au taux ordinaire  Aptitude au poste ou à la fonction  Estimation du délai pour une aptitude complète sans restriction  Avis sur les éventuelles restrictions d'aptitude, évaluation des adaptations à apporter (poste et/ou organisation du travail) – éventuelles reconfigurations à entrevoir (contexte, activité)  Conseils et orientation pour une situation de dépendance à l'alcool  *🡪 La problématique doit avoir été abordée avec la personne concernée afin de permettre au SPST d'évoquer ces éléments lors de son investigation.*  Evaluation visant à identifier ou écarter une raison médicale à des prestations dégradées ou à des comportements inadéquats/atypiques  *🡪 Un descriptif détaillé doit être joint afin de permettre au SPST d'évoquer ces éléments lors de son investigation.*  Aptitude à la conduite professionnelle  Aptitude au port d'armes (merci de préciser le contexte sous point 21)  *🡪* Retrait du port d'arme  non  oui🡪Date:    /    /  Conseils dans le cadre d'une démarche AI | |
| 1. **Suivi des 730 jours** | | Perspective de reprise à court et moyen termes  *🡪 A 540 jours, une demande d'évaluation doit obligatoirement être transmise au SPST. Elle doit impérativement être accompagnée de la lettre adresse adressée à la personne l'informant de sa fin de droit au salaire.* | |
| 1. **Autre question ou commentaire éventuel** | |  | |
| **Le SPST n'est pas en mesure de se prononcer sur l'aptitude à participer à un entretien de service.** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documents à annexer impérativement à la demande:** | |
| 1. **Récapitulatif des absences (URAB006B sur 1095j (3 ans)** 2. **Copie du dernier certificat médical** 3. **Coordonnées du médecin traitant (si pas de certificat)** 4. **Copie lettre d'information à la collaboratrice ou au collaborateur de la demande au SPST** | 1. **Cahier des charges** 2. **Demande AI et courriers liés** 3. **Déclaration accident (AP ou ANP)** 4. **Autres (copies de lettres, courriels, etc.) à joindre au formulaire** |