

**DEMANDE D'INTERVENTION**

**SANTE AU TRAVAIL**

Qui fait une demande d'intervention ?

La demande d’intervention ne peut être effectuée que par l'autorité territoriale.

Dans quels cas ?

Cette fiche peut être utilisée pour toute demande d'intervention concernant la santé au travail des agents, que ce soit des demandes individuelles ou collectives, en prévention ou pour traiter des difficultés rencontrées dans la collectivité.

A titre d'exemple :

* évaluation et prévention des risques professionnels (aide à la rédaction du document unique, TMS, RPS, …)
* aménagement et conception de postes et de locaux de travail
* aide au maintien dans l'emploi et reclassement professionnel ou toute autre intervention autour du handicap
* dégradation d'une ambiance de travail
* sensibilisation des agents
* etc.

Quand ?

La demande d'intervention doit être réalisée de la façon la plus anticipée possible pour que l'accompagnement proposé soit pertinent.

Quelle sera la suite donnée ?

A réception de cette fiche, le Centre de Gestion procédera auprès de la collectivité à un recueil de données pour évaluer les possibilités d'intervention.

Le cas échéant, une proposition d’accompagnement sera formalisée et soumise pour accord à l’autorité territoriale.

Les réponses apportées peuvent être individuelles et / ou collectives.

A qui l'envoyer ?

Cette fiche soumise à confidentialité doit être adressée au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pyrénées-Atlantiques par l’un des moyens suivants :

* Par courrier : CDG 64 - Direction Santé et conditions de travail - Maison des Communes - Rue Auguste Renoir - CS 40609 – 64 006 PAU CEDEX
* Par courriel : ***direction-sante@cdg-64.fr***

Contact secrétariat Direction Santé et conditions de travail :

🕿 05.59.90.18.29



**DEMANDE D'INTERVENTION SANTE AU TRAVAIL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de la demande : | | |  | |
| COLLECTIVITE: |  | | | |
| Contacts (Nom, fonction, tel, mail) : | | | |  |
|  | | | | |
| Médecin du travail : | |  | | |
| Assistant/Conseiller de prevention : | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMATIONS CONCERNANT LA DEMANDE | | | | | | |
| ❒ Situation individuelle | | NOM – Prénom de l'agent : |  | | | |
|  | | Poste occupé : |  | | | |
| ❒ Situation collective | | Effectif concerné : |  | | | |
|  | | Préciser nom du / des services : |  | | | |
| Préciser la demande (éléments de contexte / besoins repérés) : | | | | | | |
| □ Situation - problème | | |  | | □ Situation - projet | |
|  | | |  |  | | |
| *Dans ce cas, détailler la situation et les difficultés repérées (restrictions médicales, arrêts de travail, gestes répétitifs, problèmes d'organisation, conflits, tensions...)* | | |  | *Dans ce cas, détailler le type de projet (sensibilisation, document unique, construction ou aménagement de locaux...)* | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ATTENTES DE LA COLLECTIVITÉ | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ACTIONS DEJA MISES EN PLACE PAR LA COLLECTIVITE DANS LE CADRE DE CETTE DEMANDE | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

Signature de l'autorité territoriale