ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du personnel et d'organisation SPO
Amt für Personal und Organisation POA

Rue Joseph-Piller 13, 1700 Fribourg

T +41 26 305 32 52, F +41 26 305 32 49
www.fr.ch/spo

Aide-mémoire pour le personnel de l'Etat

Relatif aux prestations de l'Etat et à l'intervention des assurances sociales en cas d'absences pour cause d'accident, de maladie, de grossesse, de maternité ou d'adoption

Version originale : janvier 2004 ; mises à jour : octobre 2014 ; janvier 2019 ; mars 2023

Table des matières

I. Principes généraux p. 4

II. Garantie de la rémunération en cas de maladie et d'accident p. 4

A. Garantie complète p. 4
1. Personnel bénéficiaire p. 4
2. Début et fin de la garantie p. 4
3. Prestations p. 5
a. Début et fin des prestations p. 5
b. Composition des prestations p. 5
c. Cas particulier de la résiliation des rapports de service avant l'échéance des 365 premiers jours d'incapacité de travail p. 5
d. Calcul de la durée des prestations p. 6
e. Exemple p. 6
4. Retenue salariale p. 6
5. Fonds de la garantie de la rémunération p. 7

B. Garantie partielle p. 7
1. Personnel bénéficiaire p. 7
2. Prestations p. 7
a. Composition p. 7
b. Durée p. 7
c. Fin p. 8
d. Calcul de la durée du droit au traitement p. 8

C. Prestations en cas de congé non payé p. 8

D. Prestations en cas de taux d'activité variable p. 8

E. Que faire avec ses assurances perte de gain privées (individuelles ou collectives)? p. 9
1. Personnel au bénéfice de la garantie complète de la rémunération p. 9
2. Personnel au bénéfice de la garantie partielle de la rémunération p. 9

III. Extinction des rapports de service et réengagement

1. Principe
2. Possibilité de réengagement p. 10

IV. Prestations de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) en cas d'accidents non professionnels et professionnels et en cas de maladies professionnelles p. 10

1. Fin de la couverture pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels – possibilité de la prolonger p. 11
2. Cessation de la couverture des accidents non professionnels p. 11
3. Informations complémentaires p. 11

V. Intervention de l'AI fédérale (ci-après : AI) et de la Caisse de prévoyance p. 11

VI. Droit au traitement en cas de grossesse, de maternité et d'adoption p. 12

1. Grossesse p. 12

2. Maternité
   a. Personnel engagé pour une durée indéterminée p. 12
   b. Personnel engagé pour une durée déterminée p. 13
3. Adoption p. 13

VII. Personnes de contact et adresses utiles p. 13

I. Principes généraux

En cas d'absence pour cause de maladie, accident, grossesse ou maternité, l'Etat-employeur continue de verser le salaire du collaborateur ou de la collaboratrice pendant une certaine durée. Ce droit n'existe que pour autant qu'un certificat médical soit produit dès le 4e jour d'absence. En outre, en cas d'accident, le collaborateur ou la collaboratrice doit faire remplir en ligne la déclaration d'accident LAA qui est à disposition auprès de chaque service de l'administration et des établissements. La durée du droit au traitement va dépendre du type de contrat dont bénéficie le collaborateur ou la collaboratrice.

Afin d'assumer ses obligations en matière de poursuite du versement du salaire en cas d'incapacité de travail, l'Etat-employeur fonctionne comme son propre assureur. Il convient de rappeler qu'en ce qui concerne l'assurance des soins (frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers), le système est le suivant :

> en vertu de l'article 109 de la loi du 17 octobre 2001 sur le personnel de l'Etat (LPers), le collaborateur ou la collaboratrice doit s'assurer pour les soins en cas de maladie non professionnelle, conformément à la législation sur l'assurance-maladie;
> le collaborateur ou la collaboratrice est obligatoirement assuré-e par l'Etat contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels et de maladie professionnelle, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Les primes afférentes aux risques professionnels sont prises en charge par l'Etat. Les primes afférentes aux risques non professionnels sont supportées par le collaborateur ou la collaboratrice et prélevées directement sur le traitement.

Le présent aide-mémoire a dès lors pour but d'informer le collaborateur ou la collaboratrice de la durée du droit au traitement en cas d'incapacité de travail et des conséquences de la fin de ce droit.

II. Garantie de la rémunération en cas de maladie et d'accident

La base légale est l'ordonnance du Conseil d'Etat du 16 septembre 2003 sur la garantie de la rémunération en cas de maladie ou d'accident du personnel de l'Etat.

A. Garantie complète

1. Personnel bénéficiaire

Sont bénéficiaires de la garantie de la rémunération sur 730 jours (ci-après : garantie complète) les collaborateurs et collaboratrices sous contrat de travail d'une durée indéterminée ou d'une durée déterminée d'au moins deux ans (art. 2 de l'ordonnance).

2. Début et fin de la garantie

Il faut bien distinguer la garantie et le droit aux prestations. La garantie correspond en quelque sorte à la durée de la couverture d'assurance. Le droit aux prestations résulte de la survenance d'un sinistre, soit une incapacité de travail. La garantie complète existe dès le premier jour de l'entrée en fonction fixée par le contrat, mais au plus tard le premier jour effectif de travail. Cette garantie complète prend fin lors de l'extinction des rapports de service, quelle que soit la cause de cette extinction (démission, licenciement, retraite, etc

3. Prestations

a. *Début et fin des prestations*

Le droit aux prestations prend naissance dès le 1er jour de l'incapacité de travail.

Le droit aux prestations prend fin:

> lorsque le délai de 730 jours d'incapacité totale ou partielle de travail, dans le délai cadre de 912 jours, est atteint (pour le calcul de la durée des prestations, cf. ci-dessous, 3. d) ;
> en cas de récupération de la capacité totale de gain ;
> à la date effective de la retraite ;
> à l'expiration d'un contrat de durée limitée ;
> à la fin du mois suivant le décès du collaborateur ou de la collaboratrice.

b. *Composition des prestations*

Les prestations se composent :

> d'un droit au traitement versé par l'Etat-employeur pendant les 365 premiers jours d'incapacité totale ou partielle de travail, dans un délai cadre de 547 jours; le droit au traitement versé par l'Etat-employeur durant les 365 premiers jours d'incapacité totale ou partielle de travail correspond au traitement brut, y compris le 13e salaire, l'éventuelle prime de fidélité, les indemnités forfaitaires mensuelles, les indemnités ponctuelles (service de piquet, de garde, etc.) dès le 5e mois ainsi que les allocations familiales et les allocations d'employeur pour enfant ;

> d'indemnités journalières versées par la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat (ci-après : Caisse de prévoyance) du 366e jour au 730e jour d'incapacité totale ou partielle de travail, dans un délai cadre de 912 jours. Les indemnités journalières correspondent au montant du traitement net; le ou la bénéficiaire des indemnités journalières doit déclarer celles-ci à l'AVS et payer la part employeur et la part employé (cf. en outre ci-dessous, 4, explications sur la retenue salariale).

Enfin, il est important de souligner que le versement des indemnités journalières est subordonné à une demande de prestation AI auprès de l'Office cantonal AI.

c. *Cas particulier de la résiliation des rapports de service avant l'échéance des 365 premiers jours d'incapacité de travail*

Que se passe-t-il en cas de résiliation des rapports de service par le collaborateur ou la collaboratrice ou par l'Etat-employeur avant l'échéance des 365 premiers jours d'incapacité totale ou partielle de travail ?

Si le collaborateur ou la collaboratrice n'est pas malade lors de la date de la cessation effective des rapports de service, le droit aux prestations prend fin à cette même date.

En revanche, si le collaborateur ou la collaboratrice est malade lors de la date effective de la fin des rapports de service, le droit aux prestations ne s'éteint pas. La Caisse de prévoyance prend le relais immédiatement et verse des indemnités journalières jusqu'à l'expiration de 730 jours d'incapacité totale ou partielle dans une période de 912 jours. La Caisse de prévoyance intervient donc dans cette hypothèse avant l'expiration des 365 premiers jours d'incapacité (cf. ci-dessus, b).

d. ***Calcul de la durée des prestations***

On distingue l'épuisement du droit au traitement versé par l'Etat et l'épuisement du droit aux indemnités journalières versées par la Caisse de prévoyance.

L'épuisement du droit au traitement se détermine par l'addition des jours d'incapacité de travail totale ou partielle, jusqu'à concurrence de 365 jours, compris dans une période de 547 jours consécutifs calculée rétroactivement à partir de chaque nouveau jour d'incapacité. Reste réservé le cas exposé sous lettre c) ci-dessus.

L'épuisement du droit aux indemnités journalières se détermine par l'addition des jours d'incapacité de travail totale ou partielle, jusqu'à concurrence de 730 jours, déduction faite des jours ayant donné droit au traitement pour la période des 365 premiers jours. Le décompte s'effectue dans une période de 912 jours consécutifs calculés rétroactivement à partir de chaque nouveau jour d'incapacité de travail totale ou partielle.

e. ***Exemple***

Un collaborateur est en incapacité de travail entre le 30 juin 2019 et le 31 décembre 2019. Au 1er janvier 2020, il reprend son activité au bénéfice d'une pleine capacité de travail, durant une année, soit jusqu'au 31 décembre 2020. Dès le 1er janvier 2021, il subit une nouvelle incapacité de travail qui dure jusqu'au 31 décembre 2021. Quel est son droit au traitement jusqu'à cette dernière date ?

En calculant les 547 jours rétroactivement à partir de chaque nouveau jour d'absence, on arrive au résultat suivant : le dernier jour d'absence pris comme base de calcul est le 31 décembre 2021 ; 547 jours calculés rétroactivement nous amènent au 30 juin 2020 ; dans cette période de 547 jours, allant du 30 juin 2020 au 31 décembre 2021, le collaborateur ou la collaboratrice a droit à son traitement durant 365 jours. Les premiers 182 jours, relatifs à la première incapacité de travail du 30 juin 2019 au 31 décembre 2019, sont en quelque sorte « effacés ».

Si l'incapacité de travail de ce collaborateur se poursuit au-delà du 31 décembre 2021, le collaborateur aura droit aux indemnités journalières versées par la Caisse de prévoyance. Ce droit s'étendra sur 365 jours puisqu'il aura déjà bénéficié de 365 jours de droit au traitement, soit jusqu'au 31 décembre 2022 si l'incapacité est continue.

Si l'incapacité n'est pas continue, le collaborateur peut faire une demande de réengagement et son cas sera traité selon les règles relatives au réengagement (cf. ci-dessous, III)

4. Retenue salariale

La garantie complète est financée par l'Etat et par les collaborateurs et les collaboratrices. L'Etat prend totalement à sa charge le financement du droit au traitement durant les 365 premiers jours. Par une retenue salariale, les collaborateurs et collaboratrices supportent la charge des indemnités journalières. De cette charge, sont déduites les prestations AI de la Caisse de prévoyance et les prestations versées par l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire. Concrètement, en pratique, dès lors que les assurances précitées interviennent et versent leurs prestations déjà après une année d'incapacité de travail, il en résulte que la charge financière des indemnités journalières peut être fortement réduite et c'est pour cette raison que le montant de la retenue salariale est si faible.

La retenue salariale est de 2,3 ‰ du traitement soumis à l'AVS. La retenue salariale est prélevée tant qu'un traitement est versé. Elle n'est pas effectuée sur les indemnités journalières.

5. Fonds de la garantie

Les retenues salariales sont versées sur un fonds dénommé « fonds de la garantie de la rémunération sur 730 jours ». Ce fonds est géré par la Caisse de prévoyance ; les intérêts du compte courant bancaire et, le cas échéant, des placements sont bonifiés au fonds. Le fonds alimente le versement des indemnités journalières. Les prestations de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité fédérale et de l'assurance militaire sont acquises à la Caisse de prévoyance. Celle-ci étant en outre tenue au versement de la pension d'invalidité, elle ne facturera au fonds de la garantie que la différence entre toutes les prestations précitées et le traitement net du collaborateur ou de la collaboratrice en incapacité de travail. Le fonds de la garantie couvre en outre les coûts de la gestion administrative de la Caisse de prévoyance.

L'état du fonds est soumis annuellement à la Direction des finances, à la Délégation du Conseil d'Etat pour les questions de personnel (ci-après : la DCEQP) et aux partenaires reconnus selon l'art. 128 LPers. L'Inspection des finances contrôle annuellement les comptes du fonds et communique son rapport à laDCEQP. Tous les trois ans, sur la base de l'état du fonds, la Direction des finances propose au Conseil d'Etat, après consultation de laDCEQP, le maintien ou la modification des retenues salariales.

B. Garantie partielle

1. Personnel bénéficiaire

Le personnel engagé pour une période inférieure à deux ans est mis au bénéfice d'une garantie partielle de la rémunération. Il ne participe pas au financement de cette garantie partielle par le biais d'une retenue salariale.

2. Prestations

a. ***Composition***

La garantie partielle de la rémunération consiste dans le versement du traitement pendant une durée limitée. Par traitement, on entend le traitement soumis à l'AVS, y compris le 13e salaire, ainsi que les allocations familiales et les allocations d'employeur pour enfants.

b. ***Durée***

Le collaborateur ou la collaboratrice qu'une maladie ou un accident empêche d'entrer en fonction a droit à son traitement durant un mois au plus.

En cas de maladie professionnelle ou d'accident professionnel, le droit au traitement est d'emblée de douze mois.

En cas de maladie non professionnelle et d'accident non professionnel, la durée du droit au traitement est de :

> un mois, lorsque le collaborateur ou la collaboratrice est engagé-e pour une durée égale ou inférieure à un an ;
> trois mois, lorsque le collaborateur ou la collaboratrice est engagé-e pour une durée supérieure à un an et que l'incapacité de travail survient au cours de la première année de service ;

> six mois, lorsqu'elle survient au cours de la deuxième année de service.

En cas de prolongation exceptionnelle du contrat au-delà de deux ans, le droit au traitement est de neuf mois durant la troisième année de service et de douze mois durant la quatrième année de service.

Exceptionnellement et dans des cas particulièrement pénibles, la durée de versement du traitement peut être prolongée de trois mois au maximum.

c. ***Fin***

Le droit aux prestations prend fin :

> dès la récupération de la capacité totale de travail ;
> dès la fin des rapport de service ;
> dès l'écoulement du délai lié au droit au traitement.

d. ***Calcul de la durée du droit au traitement***

L'épuisement du droit au traitement se détermine par l'addition des jours d'incapacité totale ou partielle de travail, compris dans une période de 547 jours calculée rétroactivement à partir de chaque nouveau jour d'incapacité totale ou partielle de travail.

L'extinction des rapports de service au terme du contrat de durée limitée, ou pour des motifs qui ne sont pas inhérents à la maladie ou à l'accident du collaborateur ou de la collaboratrice, met fin au droit au traitement.

C. Prestations en cas de congé non payé

Les règles sont les mêmes pour la garantie complète que pour la garantie partielle.

Pendant toute la durée d'un congé non payé, les prestations dues en cas d'incapacité de travail ne sont pas versées.

Lorsque le collaborateur ou la collaboratrice est en incapacité de travail avant le début d'un congé non payé, les prestations de la garantie de la rémunération sont versées jusqu'au dernier jour précédant le congé, sous réserve d'un report ou d'une annulation du congé.

Lorsque, au terme du congé non payé, le collaborateur ou la collaboratrice est en incapacité de travail, le droit aux prestations de la garantie de la rémunération prend naissance le premier jour suivant la fin du congé non payé.

D. Prestations en cas de taux d'activité variable

Les prestations sont versées en fonction du taux d'activité fixé dans le contrat le plus récent. Si le contrat fixe un taux d'activité variable, on se référera alors à la moyenne des six derniers mois. Pour le personnel enseignant, les prestations correspondent à l'horaire convenu pour l'année scolaire en cours.

E. Que faire avec ses assurances perte de gain privées (individuelles ou collectives) ?

1. Personnel au bénéfice de la garantie complète de la rémunération

1.1. Maladie

La garantie complète de la rémunération comprend des prestations identiques à celles versées par les assurances perte de gain. Toutefois, il n'y a pas de libre passage entre le système de la garantie de la rémunération et une future assurance perte de gain que le collaborateur ou la collaboratrice, ayant quitté l'Etat, serait amené-e à conclure. Cela signifie d'une part que, dans le cas de la conclusion d'une nouvelle assurance perte de gain, des réserves pourraient être faites pour d'éventuels problèmes de santé, d'autre part qu'aucune prestation de libre passage ne sera versée au collaborateur ou à la collaboratrice. Ainsi, la décision de résiliation des assurances individuelles perte de gain conclues par le collaborateur ou la collaboratrice doit tenir compte des principes énoncés ci-dessus et des dispositions transitoires de l'ordonnance du 16 septembre 2003 (cf. ci-dessus, E). Dans tous les cas où le collaborateur ou la collaboratrice entend poursuivre ou terminer sa carrière auprès de l'Etat, il ou elle peut envisager de résilier son éventuelle assurance individuelle perte de gain auprès de son assureur.

1.2. Accidents non professionnels et professionnels, maladies professionnelles

Etant donné que la durée du droit aux prestations est de 730 jours, on peut se demander s'il est nécessaire de maintenir une assurance à titre individuel, auprès d'un assureur LAA. En effet, durant 730 jours, le traitement de la personne accidentée est couvert à 100% par l'Etat. En conséquence, les éventuelles assurances complémentaires à la LAA déjà conclues par le collaborateur ou la collaboratrice (couverture à 100% du salaire dès le 366e jour et dès cette date au-delà de 148'200 francs) perdent de leur pertinence. Les collaborateurs et collaboratrices qui sont au bénéfice d'une telle assurance complémentaire et/ou supplémentaire auprès d'un assureur LAA devraient discuter avec celui-ci de l'opportunité du maintien de cette assurance ou de son report au-delà de 730 jours.

2. Personnel au bénéfice de la garantie partielle de la rémunération

2.1. Maladie

Pour éviter toute lacune dans la couverture d'assurance, compte tenu de la brièveté des périodes de droit au traitement, il est vivement conseillé au collaborateur ou à la collaboratrice de conclure, auprès d'un assureur-maladie ou d'une compagnie privée, une assurance perte de gain pour la durée non couverte, soit avec délai d'attente correspondant à la durée du droit au traitement selon les années de service.

2.2. Accidents non professionnels et professionnels, maladies professionnelles

Le collaborateur ou la collaboratrice peut, à titre individuel, s'assurer auprès d'un assureur LAA pour le complément (soit 100% du salaire dès la fin du droit au traitement versé par l'Etat et/ou pour le supplément, soit la part du salaire qui dépasse 148'200 francs dès la fin du droit au traitement versé par l'Etat).

III. Extinction des rapports de service et réengagement

1. Principe

Que ce soit dans le système de la garantie complète de la rémunération ou de la garantie partielle, la fin des rapports de service ne coïncidera pas nécessairement avec la fin du droit aux prestations. La cessation de plein droit des rapports de service interviendra après une année d'incapacité totale ou partielle de travail (art. 48 al. 1 LPers). Conformément à l'article 36 RPers, l'entité de gestion du personnel au sein des Directions et établissements (art. 13 LPers et art. 6 et 7 RPers) ou, lorsque l'entité de gestion n'est pas encore opérationnelle, le Service du personnel et d'organisation, avise le collaborateur ou la collaboratrice de la cessation de plein droit des rapports de service deux mois avant l'écoulement des 365 jours complets ou partiels d'incapacité de travail. Cet avis est purement constatatoire.

2. Possibilité de réengagement

Conformément à l'article 48 al. 1 in fine LPers, sur requête écrite du collaborateur ou de la collaboratrice, l'autorité d'engagement peut le ou la réengager, soit dès la cessation des rapports de service, soit de manière différée. L'Etat n'a toutefois aucune obligation de réengagement.

La question se pose de savoir si le réengagement peut d'emblée se faire pour une durée indéterminée. En cas de réponse affirmative à cette question, le collaborateur ou la collaboratrice aura à nouveau un droit au traitement de deux ans, ce qui pourrait porter ce droit à une durée totale de quatre ans. En règle générale, le réengagement suivant une extinction de plein droit des rapports de service se fera donc pour une durée limitée de moins de deux ans. Le droit aux prestations de la personne réengagée sera alors réglé ainsi : en cas d'incapacité de travail, étant donné qu'il ou elle sera au bénéfice d'un contrat de durée déterminée de moins de deux ans, il ou elle aura droit d'abord aux prestations résultant de la garantie partielle de la rémunération (cf. ci-dessus, II. B). Ensuite, il ou elle percevra le solde éventuel de ces indemnités journalières (cf. ci-dessus, II. A), jusqu'à l'épuisement de celles-ci dans un délai cadre total de 912 jours. Pendant toute la durée du contrat de durée déterminée, le collaborateur ou la collaboratrice ne sera pas soumis-e à la retenue salariale de 2,3 ‰. Si le contrat se poursuit durablement au-delà de deux ans, il devra être transformé en contrat de durée indéterminée. A ce stade, le collaborateur ou la collaboratrice sera à nouveau soumis-e à la garantie complète de la rémunération.

IV. Prestations de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) en cas d'accidents non professionnels et professionnels et en cas de maladies professionnelles

Dès la fin du droit aux prestations (que ce soit dans le système de la garantie complète de la rémunération ou de la garantie partielle), le collaborateur ou la collaboratrice reçoit de l'assureur LAA, soit un pool d'assureurs privés représentés par la Visana ou la SUVA, des indemnités journalières qui correspondent à 80% du gain annuel assuré (jusqu'à un maximum de 148'200 francs). Le droit aux indemnités journalières s'éteint dès que l'assuré-e a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente d'invalidité est versée ou dès que l'assuré-e décède. L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré-e a droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

1. Fin de la couverture pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels – possibilité de la prolonger

La couverture pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels s'éteint le 30e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins (art. 3 al. 2 LAA). Les collaborateurs ou les collaboratrices peuvent prolonger, au maximum pendant 6 mois, l'assurance des accidents non professionnels par convention spéciale (art. 3 al. 3 LAA, art. 8 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, OLAA). Une convention existe entre l'Etat et la Visana. A préciser que cette couverture d'assurance concerne les soins et la perte de gain. La documentation peut être demandée au Service du personnel et d'organisation. Cette information est spécialement destinée aux personnes qui bénéficient d'un congé non payé ou qui cessent momentanément d'exercer une activité lucrative.

2. Cessation de la couverture des accidents non professionnels

Lors d'une diminution du taux d'activité en dessous de 8 heures par semaine et un mois après la fin des rapports de travail (art. 3 al. 2 et art. 8 al. 2 LAA, art. 13 OLAA), le collaborateur ou la collaboratrice cesse d'être assuré-e contre les accidents non professionnels. Pour le personnel enseignant, les accidents non professionnels ne sont pas couverts lorsque le nombre d'heures d'enseignement est inférieur à quatre heures par semaine.

Dans chaque cas, le collaborateur ou la collaboratrice est informé-e par écrit, avant la fin des rapports de travail ou de la couverture des accidents non professionnels, qu'il ou elle doit indiquer à son assureur-maladie le moment où cesse la couverture des accidents non professionnels. Celle-ci peut donc être assurée auprès de son assureur-maladie.

3. Informations complémentaires

Les renseignements concernant l'assurance-accidents peuvent être obtenus auprès de la réception LAA par e-mail au laa@fr.ch ou par téléphone au 026 305 32 60.

V. Intervention de l'AI fédérale (ci-après : AI) et de la Caisse de prévoyance

~~Dès que la probabilité d'une diminution durable de sa capacité de travail peut être pronos~~tiquée soit par le médecin-traitant, soit par le médecin-conseil de l'Etat, et avant la fin du droit au traitement, le collaborateur ou la collaboratrice peut faire une demande de rente d'invalidité auprès de l'AI et de la Caisse de prévoyance. Pour le personnel bénéficiaire de la garantie complète de la rémunération (cf. ci-dessus, II. A. 3b), le versement des indemnités journalières est d'ailleurs subordonné à une demande de prestation AI auprès de l'Office AI (art. 4 al. 3 de l'ordonnance du 16 septembre 2003).

Une invalidité inférieure à 50%, mais de 40% au moins, donne droit à une pension d'invalidité de la Caisse de prévoyance de 25%. Une invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-pension de la Caisse de prévoyance et une invalidité égale ou supérieure à 66,66 % donne droit à une pension complète de la Caisse de prévoyance.

En ce qui concerne les prestations de l'AI fédérale, une invalidité de 40 à 50% donne droit à un quart de rente AI; une invalidité de 50 % à 59,99 % donne droit à une demi-rente AI ; une invalidité de 60% à 69,99 % donne droit à trois quarts de rente AI et une invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière de l'AI . Ces éléments sont nouveaux. Ils sont valables dès le 1er janvier 2004, en raison de la 4ème révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Les rentes entières en cours de personnes qui ont eu 50 ans avant le 1er janvier 2004 continuent d'être versées

même après l'introduction de la 4ème révision de la LAI. En revanche, toutes les autres rentes entières correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 70% seront révisées dans l'année suivant l'entrée en vigueur des modifications de la LAI, et adaptées au nouveau barème.

Il y a lieu de relever que tant pour le calcul de la pension d'invalidité de la Caisse de prévoyance que pour le calcul de la rente AI fédérale, l'invalidité ne dépend pas seulement d'une appréciation purement médicale de l'affection mais s'apprécie aussi en rapport avec l'activité professionnelle antérieure de l'assuré ou de l'assurée, ainsi qu'avec la possibilité professionnelle postérieure.

Il faut rappeler enfin que la personne au bénéfice de la garantie complète de la rémunération, dans la mesure où son incapacité de travail persiste, recevra de la Caisse de prévoyance des indemnités journalières du 366e jour au 730e jour d'incapacité de travail. La pension AI de la Caisse de prévoyance et la rente AI fédérale, auxquelles a droit le collaborateur ou la collaboratrice, sont comprises dans le montant des indemnités journalières et ne se rajoutent pas à celles-ci. Dès l'épuisement du droit aux indemnités journalières, le collaborateur ou la collaboratrice perçevra la pension AI de la Caisse de prévoyance et la rente AI fédérale, en fonction du taux d'invalidité qui lui aura été reconnu.

Pour le personnel au bénéfice de la garantie partielle de la rémunération, étant donné la brièveté des périodes de droit au traitement, il est peu probable qu'une incapacité de travail se prolongeant au-delà de la période de droit au traitement, donne droit d'emblée à des rentes d'invalidité. Pour ces motifs, il est d'autant plus recommandé au collaborateur ou à la collaboratrice de souscrire, à titre individuel, une assurance complémentaire perte de gain (cf. ci-dessus, F).

VI. Droit au traitement en cas de grossesse, de maternité et d'adoption

1. Grossesse

L'absence pour cause de grossesse est assimilée à un congé non payé. Lorsque l'absence est due à des raisons médicales attestées par un médecin, la grossesse est assimilée à une maladie. La collaboratrice a droit à son traitement, comme en cas de maladie. L'étendue de ce droit au traitement dépendra du régime auquel est soumise la collaboratrice, soit la garantie complète de la rémunération, soit la garantie partielle de la rémunération (cf. ci-dessus, II. A et B). Les absences attestées médicalement durant la grossesse, même peu de temps avant la date de l'accouchement, ne sont pas imputées sur la durée du congé de maternité.

2. Maternité

a. *Collaboratrices engagées pour une durée indéterminée*

La collaboratrice a droit à un congé payé de maternité de seize semaines consécutives. Le congé de maternité peut être pris en partie avant et en totalité ou en partie après l'accouchement. La part du congé de maternité prise après l'accouchement n'est pas fractionnable. La collaboratrice peut prendre jusqu'à deux semaines de son congé payé de maternité avant la date présumée de l'accouchement et cela sans avoir à produire un certificat médical d'incapacité de travail. Si le solde du congé payé de maternité n'est pas suffisant pour couvrir les seize semaines qui suivent l'accouchement, les semaines non couvertes sont, sur requête de la collaboratrice, considérées comme congé non payé. Dans tous les cas, la collaboratrice ne peut revenir travailler dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

b. ***Collaboratrices engagées pour une durée déterminée***

Les règles valant pour les collaboratrices engagées pour une durée indéterminée (cf. ci-dessus, a) valent aussi pour les collaboratrices engagées pour une durée déterminée. Toutefois, le congé payé de maternité de seize semaines prend fin au plus tard au terme du contrat de durée déterminée..

3. Adoption

Le collaborateur ou la collaboratrice a droit à douze semaines de congé payé.

Si les deux parents adoptifs travaillent à l'Etat, le ou la partenaire du collaborateur ou de la collaboratrice a droit à un congé payé de quinze jours ouvrables.

Le congé d'adoption vaut uniquement pour l'adoption d'une personne mineure n'étant pas déjà l'enfant du conjoint ou de la conjointe au sens de l'art. 264c CC.

VII. Personnes de contact et adresses utiles

En cas d'absences de plus de deux mois, le ou la chef-fe de service s'enquiert périodiquement de l'état de santé du collaborateur ou de la collaboratrice. Le contact est établi directement avec la personne absente ou, si les circonstances le justifient, avec la famille de celle-ci. Avec l'autorisation de la personne absente, le ou la chef-fe de service peut prendre contact avec le médecin traitant ou la médecin traitante. Sont en outre à disposition pour apporter une aide ou des renseignements complémentaires :

> l'entité de gestion du personnel de la Direction ou de l'établissement, pour autant que celle-ci existe ;
> le Service du personnel et d'organisation (secrétariat, tél. 026/305 32 52, e-mail : SPO@fr.ch);
> - la Caisse de prévoyance (tél. 026/ 305 32 62).

En tout temps, le collaborateur ou la collaboratrice peut donc s'adresser aux instances susmentionnées pour y trouver l'assistance nécessaire.

Service du personnel et d'organisation