



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

## Formulaire « fil rouge » pour le suivi et la préparation au retour du personnel en incapacité de travail de moyenne à longue durée

**Public-cible** : Ce formulaire est destiné à tout supérieur qui a une responsabilité de conduite de personnel et dont l'un,-e des collaborateurs est en incapacité de travail.

### Objectifs du formulaire :

- Donner un cadre afin de favoriser les échanges réguliers entre supérieur et collaborateur ou collaboratrice en incapacité de travail
- Envisager aussi rapidement que possible des options de reprise de travail pour le collaborateur ou la collaboratrice en incapacité de travail
- Permettre au supérieur de détecter les situations nécessitant des mesures de soutien supplémentaires (Office de l'assurance invalidité (OAI), Espace santé-social)

**Fréquence d'utilisation** : Lorsqu'un collaborateur ou une collaboratrice est en incapacité de travail, des contacts réguliers sont recommandés et sont à définir en fonction de la situation. En principe la fréquence minimale représente un contact mensuel.

**Si le collaborateur ou la collaboratrice refuse ou n'est pas en état d'avoir un contact avec sa hiérarchie**, la communication de détection précoce auprès de l'Assurance d'invalidité doit automatiquement être effectuée au bout de 30 jours d'incapacité de travail ; le collaborateur ou la collaboratrice en sera alors informé,-e par écrit (email ou courrier) par sa ligne.

**Conservation du document** : Ce document doit être conservé par le supérieur ayant mené l'entretien ; vu la sensibilité des données traitées, il ne doit pas être accessible à d'autres personnes, sauf accord explicite du collaborateur concerné. Ce document peut être détruit une fois que le collaborateur a repris complètement son activité et que la situation s'est stabilisée.

### INFORMATIONS CONCERNANT LE / LA COLLABORATEUR,-TRICE

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| Nom, Prénom | Date de naissance          |
| Téléphone   | Email                      |
| Fonction    | Nombre d'années de service |

### ENTRETIEN

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Date                                 |   |
| Moyen/Lieu                           | <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Entretien sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Visite à domicile |
| Présence d'une tierce personne (RH)? | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>  |
|                                      | Si oui,<br>Nom, prénom<br>Fonction  |

### ACCUEIL

- Mettez votre collaborateur,-trice à l'aise, établissez une relation de confiance
- Annoncez clairement en préambule de quoi vous souhaitez parler lors de l'entretien.  
Les objectifs principaux sont de prendre des nouvelles de la personne atteinte dans sa santé, de lui donner les informations nécessaires ; les nouvelles permettront ainsi de prévoir l'organisation du service lors de l'absence de la personne et en vue de son retour.



## DONNEES SUR L'INCAPACITE DE TRAVAIL (IT)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Début de l'IT<br>(date)   | Taux de l'IT   |
| Durée présumée<br>de l'IT | Transmission des certificats médicaux? Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> Demandé le : |

Les informations médicales ne peuvent pas être exigées du collaborateur ou de la collaboratrice.

Evolution  
supposée de l'état  
de santé  
*(avis du collaborateur  
ou de la collaboratrice)*

Informations nécessaires pour l'organisation du service : remplacement, préparation du retour.

Encouragement de la reprise : compte tenu de son état de santé (médication, incapacité, etc.) qu'est-ce que le collaborateur ou la collaboratrice est en mesure d'effectuer ?

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| Reprise<br>envisagée ?<br><i>(Proposition du<br/>collaborateur ou de la<br/>collaboratrice)</i> | <input type="checkbox"/> | Totale, dès le _____  |
|   | <input type="checkbox"/> | Partielle à taux réduit : _____ %, dès le _____   |
|   | <input type="checkbox"/> | Avec adaptation des activités   |
|   | Type d'adaptation        | <input type="checkbox"/> Horaires<br><input type="checkbox"/> Tâches<br><input type="checkbox"/> Autres |
|   |                          | Précisions : _____<br>_____<br>_____  |
|   | <input type="checkbox"/> | Avec adaptation ergonomique du poste de travail (par exemple rampe d'accès, bureau adapté,...)          |
|   |                          | Type d'adaptation : _____   |
|   | <input type="checkbox"/> | Pas de reprise envisagée  |
|   | <input type="checkbox"/> | A court terme (2 mois après le début de l'IT) Date indiquée : _____                                     |
|   | <input type="checkbox"/> | A moyen terme (5 mois après le début de l'IT) Date indiquée : _____                                     |
|   | <input type="checkbox"/> | A long terme (au-delà de 5 mois après le début de l'IT)   |

|   |  |
|---|--|
| Accord médical donné pour la proposition de reprise faite (à faire figurer explicitement dans le prochain certificat médical) ? | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |
|---|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| Compatibilité de la proposition faite avec le fonctionnement du service? | Oui <input type="checkbox"/> | Difficultés éventuelles d'application :<br>_____<br>_____<br>_____ |
|  | Non <input type="checkbox"/> | Raisons : _____<br>_____<br>_____                                  |

Remarques /  
Précisions



L'incapacité de travail du collaborateur ou de la collaboratrice peut être liée à certaines problématiques ayant ensuite un impact sur la santé (par exemple conflits, cahier des charges pas clair, problèmes privés, etc.). Il est important d'examiner ces aspects afin de pouvoir prendre des mesures favorisant la reprise d'activité (par exemple intervention dans l'équipe, mesures organisationnelles, orientation de la personne vers des dispositifs d'aide adaptés, etc.)

Autre(s) cause(s)  Non  
supposée(s) de l'IT  Oui

Si oui, lesquelles ?

- Difficultés relationnelles
- Problèmes organisationnels
- Difficultés financières
- Difficultés privées
- Autres: \_\_\_\_\_

Eventuels compléments d'explications :

---

---

---

---

#### INFORMATIONS CONCERNANT LA GARANTIE DE RÉMUNÉRATION EN CAS DE MALADIE / ACCIDENT

Cet échange est l'occasion d'informer ou de rappeler à votre collaborateur, -trice en incapacité de travail quelle est la couverture en vigueur à l'Etat de Fribourg : nombre de jours avec salaire, fin de droit au traitement et extinction de plein droit des rapports de service, fonds de garantie de rémunération.

Pour plus d'informations : <http://intranet.fr.ch/spo/files/pdf68/Aide-memoire.pdf>

#### MESURES DE SOUTIEN A ENVISAGER (AI OU AUTRES)

Dans le cadre d'une atteinte à la santé, il est également nécessaire de discuter avec le collaborateur ou la collaboratrice d'éventuelles mesures de soutien.

**Démarche AI** : Si seul le collaborateur ou la collaboratrice ne peut effectuer une demande de prestations AI, l'employeur peut effectuer la communication de détection précoce auprès de l'AI tout en informant le collaborateur ou la collaboratrice de cette démarche. Cette communication est un « signalement » de la situation à l'AI. L'AI peut ainsi rapidement contacter la personne concernée et proposer des mesures de soutien afin de permettre une reprise d'activité aussi rapide et durable que possible.

Déjà effectuée par le collaborateur ou la collaboratrice, ou par un tiers (médecin, famille, employeur, autre personne de soutien ou thérapeute)

Communication de détection précoce à effectuer auprès de l'OAI du domicile du collaborateur par l'employeur



La communication de détection précoce est signée par le / la chef-fe de service ou le / la répondant-e RH de votre unité administrative.

Annonce AI ?

Critères :

- IT ininterrompue de 30 jours ou plus
- Absences répétées de courte durée pendant 1 an
- Atteinte à la santé physique ou psychique
- Incapacité à accomplir les tâches habituelles
- Longue durée présumée ou durée indéterminée de l'IT
- Rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'IT



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Pour plus d'informations à ce sujet, vous pouvez consulter et mettre à disposition les mementos élaborés par le centre d'information AVS/AI (<https://www.ahv-iv.ch/fr/Mémentos-Formulaires/Mémentos/Prestations-de-IAI>).

Aucune démarche AI à effectuer : reprise prévue dans un délai moyen défini (max. 2 mois après le début de l'incapacité de travail)

Vous avez la possibilité de solliciter le dispositif de soutien proposé au sein de l'Etat de Fribourg, l'**Espace santé-social** en :

- orientant votre collaborateur ou votre collaboratrice directement vers l'Espace santé-social (démarche volontaire)
- vous adressant vous-même à l'Espace santé-social pour un conseil.

Une orientation vers l'Espace santé-social peut être particulièrement indiquée si, par exemple :

- complexité, dimensions multiples de la situation : problèmes de santé, difficultés professionnelles, difficultés personnelles, difficultés financières, etc.
- difficultés relationnelles existantes au sein de l'équipe dans laquelle travaille la personne
- multiplicité des professionnels impliqués dans la situation : médecins, thérapeutes, assurances, tuteur, etc.
- absence de réseau de soutien
- situations de crise

Besoin de soutien par l'Espace santé-social ?

Oui   
Non

Remarques

### INFORMATIONS CONCERNANT LA VIE DU SERVICE

- Cet entretien est également l'occasion de donner à votre collaborateur,-trice des informations sur la vie du service.
- Encouragez également votre collaborateur,-trice à passer sur le lieu de travail, par exemple pour un café, s'il le souhaite. Le maintien du contact avec les collègues facilitera une reprise future.
- Prévoyez une rencontre préalable avec l'équipe si cela permet de mettre votre collaborateur,-trice en confiance avant la reprise de l'activité.

### PROCHAIN CONTACT

Date

Qui prend contact? \_\_\_\_\_

Moyen/Lieu

Téléphone

Entretien sur le lieu de travail

Visite à domicile

Date

Signature (*personne qui a mené l'entretien*)