Formulaire: Entretien de soutien (détection précoce ou absence de courte durée)

|  |  |
| --- | --- |
| **Indications sur l’entretien** | |
| Nom / prénom de l’agent/e: | Office / section: |
| Supérieur/e hiérarchique: | Date de l’entretien: |
| ☐ Critères de détection précoce ☐ Changement de comportement / détection précoce | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation initiale**(**pas de diagnostic** **!)** | |
| **Les changements et/ou les absences sont-elles en lien avec le travail ? Si oui, de quelle manière ?**  a) Cochez les cases appropriées. b) Soulignez les thèmes (en italique) appropriés. | |
| ☐ | Activité *(organisation du travail; sollicitation excessive ou insuffisante; stress et surmenage; volume de travail; planning du personnel; autres: …)* |
| ☐ | Sollicitations physiques *(levage / port de charges; position debout/assise prolongée; sollicitation unilatérale; autres: …)* |
| ☐ | Poste de travail *(bruit; température; lumière; courants d’air; autres: ...)* |
| ☐ | Encadrement *(équité; motivation; soutien; compliments / critiques; communication; contrôle; autres: …)* |
| ☐ | Équipe *(coopération; ambiance de travail; entraide; conflits; harcèlement moral ou sexuel; autres: …)* |
| ☐ | Contraintes multiples *(problèmes d’ordre privé; équilibre entre travail et vie privée; autres: …)* |
| ☐ | Autres: ……………………………………………………. |
| **Explications / indications complémentaires** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mesures / conventions / objectifs impératifs** | **Responsable** | **Délai** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Un entretien de suivi est-il nécessaire ?

Si oui, date et heure de cet entretien: heure:       date:

Les données doivent être traitées de manière **strictement confidentielle**.

Une copie du formulaire complété est remise à l’agent/e concerné/e.

Le formulaire est classé dans le dossier personnel.