**DEMANDE DE TRAJET DE RÉINTÉGRATION – TRAVAILLEUR :**

(remplir et transmettre uniquement à Empreva : par mail ou courrier)

*Chapitre VI.- Le trajet de réintégration d’un travailleur qui ne peut plus exercer le travail convenu temporairement ou définitivement du livre 1er, titre 4 du code (Art. I.4-72.- Art. I.4-82.-)*

**Je soussigné**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |   |
| Date de naissance |   | Numéro de registre national |   |
| Téléphone / GSM  |   |
| e-mail |   |
| Adresse |   |
| Statut administratif | ☐ Statutaire ☐ Contractuel  |
| Mutualité(Nom et adresse) |  |

**Données de l’employeur**

|  |  |
| --- | --- |
| Employeur (nom de l’institution, service) |  |
|  (adresse) |   |

**Demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration**

[ ] De ma propre initiative.

[ ] Avec mon consentement à l’initiative de mon médecin traitant.

[ ] Avec certificat « d’inaptitude définitive à exercer le travail convenu » (copie du certificat à joindre en annexe à

 l’attention du conseiller en prévention – médecin du travail).

[ ] À l’initiative du médecin conseil de la mutualité.

|  |  |
| --- | --- |
| **Travail convenu**: |  |
| Incapacité de travail du : |  | au : |  |

Raison de l’incapacité (le trajet de réintégration n’est pas applicable à la remise au travail en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle: aussi bien la Loi sur les accidents du travail du 10 avril 1971 que les Lois coordonnées sur les maladies professionnelles du 3 juin 1970 contiennent une procédure pour le retour au travail qui est indépendante de ce trajet de réintégration : Art. I.4-72):

[ ] Maladie. [ ] Accident du travail. [ ] Maladie professionnelle.

|  |
| --- |
| Raison de la demande de réintégration et conditions requises pour que la réintégration puisse être envisagée (*donner une description détaillée dans le formulaire en annexe*) : |
|  |
| Date et signature du travailleur: |  |

**Procédure de trajet de réintégration:**

1. **Vous recevez une convocation de la part d’Empreva pour une évaluation de réintégration.**

Lorsque vous ne vous rendez pas au rendez-vous ou lorsque vous refusez de fournir l’information médicale au médecin du travail, le médecin du travail ne peut prendre de décision.

Le médecin du travail en informe l’employeur et le médecin conseil de la mutualité (uniquement pour les travailleurs contractuels)

1. **L’évaluation de réintégration par le médecin du travail**

**Lors d’une évaluation de réintégration le médecin du travail peut prendre une des décisions suivantes :**

[ ] **A.** Il existe une possibilité que le travailleur précité puisse reprendre le travail convenu à terme. Entre-temps un travail adapté ou un autre travail est possible.

[ ] **B.** Il existe une possibilité que le travailleur précité puisse reprendre le travail convenu à terme. Entre-temps un travail adapté ou un autre travail n’est pas possible.

[ ] **C.** Le travailleur précité est définitivement inapte à reprendre le travail convenu chez l’employeur, mais il est en état d’effectuer un travail adapté ou un autre travail chez l’employeur.

[ ] **D.** Le travailleur précité est définitivement inapte à reprendre le travail convenu chez l’employeur et n’est pas en état d’effectuer aucun travail adapté ni un autre travail chez cet employeur.

[ ] **E.** Il n’est pas opportun actuellement de démarrer un trajet de réintégration pour des raisons médicales (cette décision ne peut pas être cochée si le trajet est démarré à la demande du médecin conseil)

1. **Lors d’une décision C et D vous pouvez faire un recours** contre la décision comme stipulé sur le formulaire d’évaluation. Vous informez aussi l’employeur lorsque vous faites un recours contre la décision du médecin du travail.
2. **Lors d’une décision A et C l’employeur élabore un plan de réintégration** en concertation avec le travailleur et le médecin du travail. Lorsqu’aucun travail adapté n’est possible, l’employeur doit le motiver dans un **rapport de motivation**.
3. **Vous pouvez accepter ou refuser le plan de réintégration de l’employeur**

**Formulaire à renvoyer au médecin du travail :**

Pour une évaluation de réintégration nous avons besoin de l’information suivante. Vous pouvez remplir ce formulaire en concertation avec votre médecin traitant.

1. **Raison de l’absence ou de l’inaptitude ?**

Nous vous demandons, via un rapport circonstancié de votre médecin traitant, de transmettre au médecin du travail le diagnostic, le traitement et le pronostic de votre affection médicale. Vous pouvez transmettre le rapport sous pli scellé ou bien le prendre avec vous chez le médecin du travail.

1. **Conditions pour une reprise éventuelle :**

Vous sentez-vous en état de reprendre le travail convenu actuel ? Si oui, quand et sous quelles conditions ?

|  |  |
| --- | --- |
| Adaptation du régime de travail ou de la durée du travail ? |  |
| Avec une reprise progressive ? préciser la durée et le régime |  |
| Quelles tâches spécifiques de votre fonction actuelle pensez-vous encore pouvoir effectuer ? |  |
| Pensez-vous que des adaptations sont nécessaires dans l’organisation du travail ? |  |
| Autres adaptations ? |  |

1. **Vous sentez-vous en état de reprendre le travail convenu actuel ?**

|  |  |
| --- | --- |
| Si pas, quelles autres tâches pensez-vous encore pouvoir effectuer ? |  |

**Quelle décision dans le cadre de l’évaluation de réintégration est, d’après-vous, d’application dans votre situation ? A B C D E**

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature du travailleur |  |