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

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

*Chapitre VI-SECTION 2- 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.

[ ] à la demande du médecin traitant avec mon consentement

[ ] sur avis du médecin - conseil (mutualité ou Medex) avec mon consentement

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

 *En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le trajet de réintégration visé à la présente section peut être démarré, au plus tôt, pour le travailleur qui ne peut effectuer le travail convenu, au moment où l'incapacité de travail temporaire résultant de cet accident du travail ou de cette maladie professionnelle a cessé conformément à la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (Art. I.4-72).*

|  |
| --- |
| 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 (TRI):**

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

Le médecin du travail notifie votre demande à l’employeur et au médecin conseil (mutuelle ou Medex).

Si vous n’acceptez pas l’invitation après avoir été invité 3 fois ( avec un intervalle d’au moins 14 jours calendrier), le TRI est terminé et nous en informons l’employeur et le médecin conseil.

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, le cas échéant avec adaptation du poste de travail.

[ ]  B. Le travailleur précité est définitivement inapte à effectuer le travail convenu, mais est en état d’effectuer un travail adapté ou un autre travail.

[ ]  C. Pour des raisons médicales, il n’est (pour le moment) pas possible de procéder à une évaluation de la réintégration. Le trajet est terminé et pourra être relancé ultérieurement

1. **Lors d’une décision B 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 ou B, 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. **Dans le cadre de votre TRI :**

**Vous sentez-vous en état de reprendre le travail convenu actuel à terme?**

[ ]  Si oui, quand et avec quelles adaptations du poste de travail ?

[ ]  Si non, quel travail adapté ou autre travail pourriez-vous envisager ?

**Descriptions des conditions et modalités :**

|  |  |
| --- | --- |
| Quelles tâches spécifiques de votre fonction actuelle pensez-vous encore pouvoir effectuer ?(Contenu de la tâche :monotone, répétitive, variée, charge mentale, …)  |  |
| Conditions de travail (horaires, nuit, travail posté), accompagnement de carrière, reprise progressive (durée et régime souhaité) |  |
| Environnement physique – aménagement du lieu de travail (bruit, luminosité, gestes et postures, …) |  |
| Relations interpersonnelles (contact avec des tiers, avec le public, …) |  |
| Autres adaptations ? |  |
| 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**

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