**Informations générales :** voir en dernières pages
**MODELE PROPOSE PAR COHEZIO SUR BASE DE L’ART. I.4-74 DU CODE DU BIEN-ETRE AU TRAVAIL**

**Coordonnées de l’employeur**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………......

Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………..

Code Nace/activité : ………………………………………………………………………………………………...

Numéro d’entreprise : …………….…………………………………………………………………………………

Responsable RH (nom et tél.) : …………….………………………………………………………………………

**Coordonnées du travailleur**

Nom : …..……………………………………………………………………………...……………………………...

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………...

Date de naissance : ……………………………….. Numéro NISS : ………………….………………………….

Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………..

E-mail : …………………………………………………………………..……………………………………………

Numéro du travailleur : …..………………………………………………………………………………………….

**Données générales**

Service externe pour la prévention et la protection au travail : Cohezio

Conseiller en prévention-médecin du travail : ……………………………………………………………………

Mutuelle du travailleur : ……………………………………………..………………….…………………………...

Médecin-conseil de la mutuelle (si connu) : ………………………………………………………………………

**Travail actuellement convenu**

Fonction :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Description des activités du dernier travail que le travailleur a effectué avant l’incapacité de travail :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Décision du conseiller en prévention-médecin du travail**

1. Le travailleur pourra, à terme, reprendre le travail convenu, le cas échéant avec une adaptation du poste de travail, et il peut entretemps effectuer un travail adapté ou un autre travail.
2. Le travailleur est définitivement inapte à effectuer le travail convenu, mais il peut effectuer un travail adapté ou un autre travail.

Conditions et des modalités du travail adapté ou autre travail :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Proposition de plan de réintégration**

1. Description du travail adapté: (= adaptations permettant de continuer le travail convenu)
2. adaptations raisonnables du poste de travail: (adaptations matérielles, aides)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. volume de travail (heures/semaine)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. horaire

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. progressivité des adaptations

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. formation et/ou accompagnement nécessaire pour effectuer le travail adapté

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Description de l’autre travail: (= la reprise du travail convenu n’est pas possible, mais le travailleur peut effecter un autre travail)
2. contenu des nouvelles tâches avec les adaptations éventuelles

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. volume de travail (heures/semaine)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. horaire

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. progressivité des adaptations

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. formation et/ou accompagnement nécessaire pour effectuer l’autre travail

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Durée de validité du plan après sa signature par le travailleur: (en semaines ou en mois)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Accords :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problématique****(quoi ?)** | **Activité****(solution ?) (comment ?)** | **Par (qui ?)** | **Planning****(pour quand ?)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Remarques du travailleur :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Signature de l’employeur Date**

**Signature du travailleur Date**

1. Pour accord
2. Pas d’accord

Indiquer les motifs pour lesquels vous n’êtes pas d’accord :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informations générales**

**L’employeur examine les** **possibilités concrètes de travail adapté ou d’autre travail et/ou d’adaptations du poste de travail,**

* après avoir reçu l’évaluation de réintégration, lorsqu’il s’agit d’une décision A (inaptitude temporaire),
* après l’expiration du délai pour introduire un recours (21 jours calendrier) qui confirme la décision du conseiller en prévention-médecin du travail, lorsqu’il s’agit d’une décision B (inaptitude définitive),

en tenant compte, dans la mesure du possible, des conditions et modalités déterminées par le conseiller en prévention-médecin du travail, du cadre collectif sur la réintégration visé à l’article I.4-79 et, le cas échéant, du droit à un aménagement raisonnable pour les personnes handicapées, **et élabore ensuite**, en concertation avec le travailleur, le conseiller en prévention-médecin du travail et, le cas échéant, les autres personnes pouvant contribuer à la réussite de la réintégration visées à l'article I.4-73, §3, 3° et 4°, **un plan de réintégration adapté à l'état de santé et au potentiel du travailleur.**

L’employeur remet le plan de réintégration au travailleur et lui fournit les explications nécessaires :

* dans un délai de maximum **63 jours calendrier** à compter du lendemain du jour où il reçoit l’évaluation de réintégration, lorsqu’il s’agit d’une décision A (inaptitude temporaire).
* dans un délai de maximum **6 mois** à compter du lendemain du jour où il reçoit l’évaluation de réintégration, lorsqu’il s’agit d’une décision B (inaptitude définitive).

Le plan de réintégration contient une ou plusieurs des **mesures suivantes**, de la façon la plus concrète et détaillée possible :

1. une description des adaptations raisonnables du poste de travail, notamment une adaptation des machines et équipements et/ou la mise à disposition d’outils appropriés ;
2. une description du travail adapté, notamment les tâches adaptées ou l’autre division des tâches, du volume de travail et de l’horaire auquel le travailleur peut être soumis, et le cas échéant, la progressivité des mesures ;
3. une description de l’autre travail, notamment du contenu du travail que le travailleur peut effectuer, ainsi que le volume de travail et l’horaire auquel le travailleur peut être soumis, et le cas échéant, la progressivité des mesures ;
4. la nature de la formation et/ou de l’accompagnement proposés en vue d'acquérir les compétences qui doivent permettre au travailleur d’effectuer un travail adapté ou un autre travail, ainsi que les acteurs (internes ou externes) concernés qui seront responsables de cette formation et/ou accompagnement ;
5. la durée de validité du plan de réintégration.

Le cas échéant, le conseiller en prévention-médecin du travail remet le plan de réintégration au médecin-conseil qui prend une décision sur la reprise progressive du travail et l’incapacité de travail visées à l’article 100 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le plan de réintégration mentionne cette décision. Si nécessaire, l’employeur adapte le plan de réintégration.

Un employeur qui, après la concertation et l’examen des possibilités concrètes de travail adapté ou d’autre travail et d’adaptions du poste de travail, ne peut pas établir de plan de réintégration, établit un rapport motivé dans lequel il explique pourquoi cela est techniquement ou objectivement impossible, ou que cela ne peut être exigé pour des motifs dûment justifiés, et montrant que les possibilités d’adaptation du poste de travail et/ou de travail adapté ou d’autre travail ont été sérieusement considérées.

Il prend en compte, le cas échéant, le droit à un aménagement raisonnable pour les personnes handicapées en se référant aux indicateurs du Protocole entre l’Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française, en faveur des personnes en situation de handicap, conclu le 19 juillet 2007 et publié au Moniteur belge du 20 septembre 2007.

Le travailleur dispose d’un délai de 14 jours calendrier à compter du lendemain du jour où il reçoit le plan de réintégration, pour accepter le plan ou non, et le remettre à l’employeur :

* si le travailleur se rallie au plan de réintégration, il le signe pour accord;
* si le travailleur refuse le plan de réintégration, il y mentionne les raisons de son refus.
* si le travailleur ne réagit pas dans le délai imparti, il est contacté par l’employeur. Si le travailleur ne réagit toujours pas, cela est considéré comme un refus du plan de réintégration.

L’employeur remet un exemplaire du plan de réintégration au travailleur et au conseiller en prévention-médecin du travail, et le tient à la disposition des fonctionnaires chargés de la surveillance.

Le **trajet de réintégration est terminé** au moment où l’employeur a remis

* le plan de réintégration accepté par le travailleur au conseiller en prévention-médecin du travail et au travailleur.
* le plan de réintégration refusé par le travailleur au conseiller en prévention-médecin du travail.