**PROJET D’ESSAI ENCADRE**

## **Présentation de l’essai encadré**

L’essai encadré permet pendant l’arrêt de travail de tester les capacités du salarié à reprendre son poste de travail ou un autre poste.

## **Les parties**

|  |  |
| --- | --- |
| **Salarié** | **Entreprise d’accueil de l’essai encadré** |
| Nom du Salarié : Prénom : Adresse : Tel : Mail : N° de Sécurité sociale : Bénéficiaire de la RQTH :  Oui Non Demande en cours Poste de travail (avant essai encadré) :  | Nom : Adresse : Tél : Mail : Activité de l’entreprise : Code NAF : N° de SIRET : Effectif de l’entreprise : Nom du responsable : Nom de l’interlocuteur (si différent) : |
| **Médecin du travail**Nom du service :Nom du médecin du travail : Adresse :Tel : Adresse mail : |
| **Intervention d’un opérateur externe (Cap emploi – Comète France - Autre)**  Oui Non**Si oui, précisez :**Nom de la structure :Nom / prénom du référent :Adresse :Tel : Adresse mail : |

## **La mise en œuvre de l’essai encadré**

1. **L’organisation de l’essai**
* L’essai a lieu
* Dans l’entreprise
* Même poste
* Autre poste dans l’entreprise – lequel : …………………………………………………….
* Dans une autre entreprise

* La période de l’essai encadré
* Date de début de session : …/…/…
* Date de fin de session : ../…/…
* La durée (en demi-journées) : ……………………………………
* Les taches / missions (merci de joindre la fiche de poste) :

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **Les objectifs de l’essai**

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

1. **Les éléments à évaluer au cours de l’essai**
* Capacité à exécuter certaines taches
* Capacités à faire face aux contraintes du poste (rythme, environnement, …)
* Adéquation des aménagements proposés. Lesquels : …………………………………………………………………………………….
* Besoin d’aménagement complémentaire
* Besoin de formation éventuel
* Autres, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

## **L’évaluation de l’essai encadré**

1. **Acteur en charge de la supervision de l’essai encadré**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure** * Equipe Santé Travail (médecin du travail, membres de l’équipe pluridisciplinaire)
* Cap emploi
* Comète France
* Autres, précisez …………………………………………………..
 | Nom de la structure :Nom / prénom du référent :Adresse :Tel : Mail :  |

1. **Modalités d’organisation de la supervision**
* Observation directe :
	+ En continu sur la durée de l’essai
	+ Programmée : précisez date (s) et durée : ../../.. - ../../.. - ../../.. - ../../..
* Entretiens
* Téléphonique, précisez date (s)
* Présentiel, précisez date (s)
1. **Date prévisionnelle de la réunion de restitution :** …/…/…

**Engagement des parties**

|  |  |
| --- | --- |
| **L’employeur** | **Le salarié** |
| Date et signature (cachet)  | Date et signature |
| **Le médecin du travail** | **Le superviseur** |
| Date et signature (cachet) | Date et signature (cachet) |

**BILAN DE L’ESSAI ENCADRE**

**Date de la réunion de restitution :** …/…/…

**Nom du superviseur** : …………………………………………

**Bilan de l’essai de l’essai encadré**

1. **Pour chacun des éléments à évaluer identifiés dans la fiche Projet, quel bilan retirer de l’essai ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eléments évalués[[1]](#footnote-1)** | **Bilan[[2]](#footnote-2)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Les facteurs facilitant le retour à l’emploi**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Les facteurs limitant le retour à l’emploi**

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

1. **Suites envisagées à la date de réunion (prochaines étapes, autres pistes à explorer, reprise de travail…)**

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Signature du superviseur

|  |
| --- |
| **Nom – Prénom – Structure** |
| Date et signature (cachet) |

**Suivi à 3 mois**

**L’essai encadré a-t-il répondu à votre attente ?**

* Oui
* Non

**Si non, Pourquoi ? (Commentaire libre)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Depuis la fin de l’essai encadré, quelle est votre situation ?**

* En arrêt de travail
* Au poste testé pendant l’essai encadré
* A un autre poste dans l’entreprise
* Autre, précisez

**Diriez-vous que l’essai encadré a favorisé votre retour à l'emploi ?**

❑ Oui tout à fait ❑ Oui plutôt ❑ Non plutôt pas ❑ Non pas du tout

**Quelle est votre niveau de satisfaction concernant le dispositif essai encadré ?** \_\_\_\_\_/ sur 10

*(1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait 10 que vous êtes très satisfait)*

**Avez-vous des remarques ou améliorations à nous faire part pour la mise en place d’un essai encadré**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Les reprendre selon fiche projet/ les compléter le cas échéant [↑](#footnote-ref-1)
2. Appréciations pouvant être complétées par (ou renvoyer à) un rapport détaillé (ergonome, etc.) [↑](#footnote-ref-2)