



PLATEFORME EXPÉRIMENTALE DE PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE



Mon plan d'actions personnalisé

Carnet de suivi « Santé et travail »

Mon plan d'actions personnalisé

Avec mon accord*, mon plan d'action personnalisé est élaboré avec l'appui de professionnels spécialisés du domaine social, professionnel et médical. Ce document me permet de visualiser l'ensemble des actions que je vais réaliser avec l'aide de ces professionnels durant mon accompagnement. Mon plan d'actions n'est pas figé, il est complété et modifié chaque fois que nécessaire à l'occasion des temps d'échanges qui me sont proposés.

La coordination de mon accompagnement

L'Assurance Maladie désigne un coordonnateur, il est mon interlocuteur privilégié pour toutes les questions ou difficultés auxquelles je suis confronté(e). Je peux lui poser toutes mes questions sur le déroulé et le contenu de mon projet de retour à l'emploi. Mon service de prévention et santé au travail et mon médecin traitant pourront être informés et sollicités.

Les temps d'échange

1. Des rendez-vous réguliers avec les professionnels afin de trouver les solutions adaptées à ma situation
2. Un bilan à l'issue de l'accompagnement
3. Un bilan 6 mois après la fin de l'accompagnement

*Mon consentement [Détail à la fin de ce livret dans la notice]

Je signe ci-dessous mon plan d'actions personnalisé pour indiquer que j'ai pris connaissance et que j'accepte l'offre d'accompagnement de l'Assurance Maladie, et pour donner mon accord sur le traitement de mes données personnelles nécessaires à la mise en place de mon parcours, à son suivi et à son évaluation.

Si je suis salarié(e), je précise si je suis d'accord pour que mon employeur soit informé de mon entrée dans le parcours : **OUI – NON (barrer la mention inutile)**

Je peux, à tout moment, décider de mettre fin à cet accompagnement sans impact sur mes droits à indemnité journalière ou sur la durée initiale de mon arrêt de travail.

NOM et Prénom:

Date et signature :

Mes informations

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

.....

.....

Travailleur indépendant

Mon médecin traitant ou médecin prescripteur (nom et adresse) :

.....

.....

Mon entrée dans le parcours

Je suis en arrêt de travail
depuis le :/...../.....

Date de reprise envisagée :
...../...../.....

Date de mon entrée
dans le parcours :
...../...../.....

Mes interlocuteurs (nom / coordonnées)

*Surligner le nom du coordonnateur de parcours

Ma Cpm :	Médecin traitant :
.....
.....
.....	Médecin prescripteur (si différent) :
Conseiller service Assurance maladie* :
.....
.....	Service médical :
.....
Assistant.e de service social* :	Service de santé au travail / Partenaire Consultation médico-professionnelle, nom et coordonnées du médecin du travail :
.....
.....
.....	Référent.e service de santé au travail :
.....
.....

Le déploiement de mon plan d'actions personnalisé (points d'étape)

Actions préconisées	Date	Réalisée	Commentaires
/...../.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
/...../.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
/...../.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
/...../.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
/...../.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**Mes rencontres avec le Service de Santé au Travail /
Partenaire consultation médico-pro / médecin
du travail / employeur**

Visite médecin du travail / équipe pluridisciplinaire :	Commentaires
..... / /	
Nom	
..... / /	
Nom	
..... / /	
Nom	
..... / /	
Nom	

Mes entretiens avec le médecin traitant

Dates	Commentaires / recommandations / étapes clés (à noter par le Service social ou l'assuré.e lui-même)
..... / /	
..... / /	
..... / /	
..... / /	
..... / /	
..... / /	
..... / /	

Notice

L'Assurance Maladie vous propose de vous aider à préparer votre reprise du travail*. Il s'agit :

- **De bénéficier d'une offre coordonnée qui vise une meilleure coordination de votre parcours** entre vos médecins (médecin traitant ou médecin prescripteur, médecin conseil, médecin du travail pour les salariés) et les professionnels du maintien en emploi,
- **Pour les salariés : de favoriser le contact rapide de votre service de Prévention Santé au travail** afin d'anticiper au mieux les difficultés que vous pourriez rencontrer au moment de la reprise et de rechercher des solutions avec votre employeur,
- **De suivre votre parcours** avec les professionnels que vous rencontrez ainsi que l'attribution des aides proposées,
- **D'établir avec vous** des bilans des actions mises en œuvre durant et au terme de votre accompagnement.

Cette offre expérimentale coordonnée s'inscrit dans le cadre des missions de l'Assurance maladie et nécessite le traitement de vos données personnelles.

En acceptant l'offre d'accompagnement proposée, vos données personnelles seront utilisées dans le cadre du parcours établi notamment pour vous recontacter.

Les droits d'accès et de rectification s'exercent auprès du Directeur de votre Caisse d'Assurance Maladie ou de son délégué à la protection des données.

À tout moment, vous pouvez demander d'une part, à sortir de cet accompagnement sans aucune incidence sur vos droits (indemnisation, remboursement), et d'autre part, la suppression des données traitées à l'occasion de cet accompagnement.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur notre site d'information ameli.fr. En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés : CNIL – 3 Place de Fontenoy TSA -80715 -75334 PARIS CEDEX 07

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de bénéficier de cet accompagnement.

Si vous signez la première page de votre plan d'actions personnalisé :

Vous acceptez les conditions suivantes :

1. L'intégration dans le parcours de Prévention de la Désinsertion Professionnelle proposé par l'Assurance Maladie
2. L'utilisation de partage d'information entre les différents intervenants de mon parcours (médecin traitant, Cnam, Service médical, médecin du travail, Service social, partenaires du maintien en emploi ou de la formation professionnelle)
3. Pour les salariés : l'information de votre employeur, à condition d'avoir donné votre accord explicite en première page de votre plan d'actions personnalisé
4. L'utilisation de mes données à des fins d'analyse statistique et de bilan

À tout moment, vous pouvez décider de sortir de cet accompagnement sans aucune incidence sur vos droits (indemnisations, remboursements).

Pour mettre en place votre plan d'actions personnalisé :

- Vous acceptez d'être accompagné(e) par un conseiller de l'Assurance Maladie,
- Vous autorisez à prendre contact avec l'ensemble des personnes intervenant dans votre prise en charge médicale, sociale et professionnelle,
- Vous autorisez les médecins qui vous suivent à échanger à propos de votre travail et de vos capacités professionnelles compte-tenu de votre état de santé. Il s'agit du médecin-conseil de l'Assurance Maladie, du médecin du travail du Service Prévention en santé au travail de votre entreprise et de mon médecin traitant ou du médecin prescripteur de mon arrêt de travail, et, le cas échéant, si vous êtes Travailleurs Indépendant, du partenaire de consultations médico-professionnelles avec lequel l'Assurance Maladie a passé convention
- Vous vous engagez à fournir aux professionnels qui vous accompagnent les informations nécessaires à l'analyse de votre situation (poste et rythme de travail, compétences, contraintes, attentes et besoins, etc.) et à suivre le plan d'actions personnalisé que vous aurez validé ainsi que votre médecin traitant ou prescripteur de votre arrêt de travail,
- Vous serez contacté(e) par un conseiller de l'Assurance Maladie pour la réalisation de bilans durant et au terme de mon accompagnement,
- Vous pouvez à tout moment décider de sortir de cet accompagnement sans que votre indemnisation déjà versée ou à venir n'en soit affectée.

Si vous ne signez pas la première page de votre plan d'actions personnalisé, cela signifie que vous n'acceptez pas l'offre proposée :

- Vous ne serez pas relancé(e) pour une adhésion à cet accompagnement
- Le refus de participer à cet accompagnement n'a aucune conséquence sur votre prise en charge et vos prestations
- Le refus de participer à cette offre n'a aucune conséquence sur la possibilité de bénéficier d'un accompagnement social de la part du Service social de l'Assurance Maladie

*Loi du 2 août 2021- Pour renforcer la prévention en santé au travail - Art 28 (extrait) « Les organismes locaux et régionaux d'Assurance Maladie et le Service social mentionné au 4° de l'article L. 215-1 [...] du code de la sécurité sociale [...] mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie »

Ma santé impacte mon emploi J'ai besoin d'informations et d'aide

Un site pour tout savoir sur le maintien en emploi

eime.carsat-bfc.com

