

Le Certi+

Certificat médical
complémentaire



Fédération des
Entreprises
Romandes



Neuchâtel

APIAH

Association patronale
des industries de l'Arc-horloger

> cnci

Objectifs

- Faciliter la communication entre le médecin traitant, le collaborateur et l'entreprise
- Permettre un retour au travail sûr, adapté et durable après une maladie ou un accident

Dans le respect du secret médical et de la protection des données personnelles.



Employeur

complète la partie 1 du CERTI+

Travailleur

en prend connaissance et le remet à son médecin

Médecin traitant

complète la partie 2 avec son patient et le lui rend

Partie 2 – A remplir par le médecin
 Je ne souhaite pas établir le CERTI+
 (Veuillez également compléter la partie 5. Coordonnées du médecin*)

4. INCAPACITÉ de travail
 Le médecin soussigné atteste que son-sa patient-e :

Présente une incapacité totale
 Aucune capacité de travail.
 Du au

Présente une incapacité partielle
 Je ne suis pas en mesure de me prononcer plus précisément.
 Capacité de travail partielle à% du taux d'occupation habituel de%
 Du au

Le temps de présence doit être réparti sur la semaine de travail soit% par jour.
 Sur le temps de présence, l'ensemble des tâches au poste habituel peuvent être réalisées.
 Activités en télétravail possible
 Sur ce temps de présence, les exigences listées au point 3.2 doivent être évitées ou limitées.

Partie 1 – À remplir par l'employeur

1. Informations sur l'entreprise

Raison sociale Nom de l'entreprise	
Adresse	
NPA Localité	
Personne de contact	
Fonction	
Courriel	
N° de téléphone	
Remarques	

2. Patient(e)

Nom et prénom	
Date de naissance	

Partie 1 – À remplir par l'employeur

3. Description de l'environnement de travail

IMPORTANT : L'employeur doit impérativement remplir les **sections 3.1 à 3.4.**

3.1. Place de travail

Poste de travail	Département
.....
Taux d'occupation %	
Responsable	
Nom et prénom Fonction N° de téléphone ...	Date Signature 

Partie 1 – à remplir par l'employeur

3.2. Exigences de la place de travail

A. Cognitive / Psychique / Organisationnel A.1 <input type="checkbox"/> Travail sur écran >4h par jour A.2 <input type="checkbox"/> Activités nécessitant une concentration importante A.3 <input type="checkbox"/> Travail à la chaîne /contrainte de temps importante A.4 <input type="checkbox"/> Travail en équipe A.5 <input type="checkbox"/> Travail de nuit A.6 <input type="checkbox"/> Forte contrainte émotionnelle	B. Physiques B.1 <input type="checkbox"/> Port de charges de plus de 5 kg B.2 <input type="checkbox"/> Port de charges de plus de 10 kg B.3 <input type="checkbox"/> Port de charges de plus de 20 kg B.4 <input type="checkbox"/> Vibrations membres supérieurs B.5 <input type="checkbox"/> Vibrations corps entiers
C. Ergonomiques / Biomécaniques C.1 <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs des bras/mains/doigts C.2 <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs du tronc C.3 <input type="checkbox"/> Posture accroupie /agenouillée fréquente C.4 <input type="checkbox"/> Posture bras au-dessus des épaules fréquente C.5 <input type="checkbox"/> Posture penchée en avant fréquente	D. Déplacement / Travail en hauteur D.1 <input type="checkbox"/> Déplacement à pied D.2 <input type="checkbox"/> Marche sur terrain accidenté D.3 <input type="checkbox"/> Utilisation fréquente d'escalier D.4 <input type="checkbox"/> Utilisation échelle / échafaudage D.5 <input type="checkbox"/> Autres travaux en hauteur
E. Environnement de travail E.1 <input type="checkbox"/> Exposition à des produits chimiques E.2 <input type="checkbox"/> Exposition à des fumées / poussières E.3 <input type="checkbox"/> Travail à la chaleur E.4 <input type="checkbox"/> Travail au froid E.5 <input type="checkbox"/> Bruit	F. Autre

3.3. Description succincte de l'activité

.....	
Activité assise :% ou h/j Activité debout :% ou h/j Marche :% ou h/j	Conduite voiture :% ou h/j Conduite d'engin :% ou h/j

3.4. Organisation du travail envisageable dans l'entreprise

	Option(s) d'adaptation	Remarques
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Télétravail
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Affectation temporaire à un poste de travail allégé
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aménagement du poste de travail actuel
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aménagement des horaires de travail

Partie 2 – À remplir par le médecin

4. INCAPACITÉ de travail

Le médecin soussigné atteste que son-sa patient-e :

<input type="checkbox"/> Présente une incapacité totale	Aucune capacité de travail. Du au <input type="checkbox"/> Je ne suis pas en mesure de me prononcer plus précisément.
<input type="checkbox"/> Présente une incapacité partielle	Capacité de travail partielle à% du taux d'occupation habituel de% Du au <input type="checkbox"/> Le temps de présence doit être réparti sur la semaine de travail soit h par jour. <input type="checkbox"/> Sur le temps de présence, l'ensemble des tâches au poste habituel peuvent être réalisées. <input type="checkbox"/> Activités en télétravail possible <input type="checkbox"/> Sur ce temps de présence, les exigences listées au point 3.2 doivent être évitées ou limitées :
<input type="checkbox"/> Ne présente pas d'incapacité	La capacité de travail est complète sans limitation dès le
Remarques :
Cas à annoncer à l'assureur LAA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Situation à clarifier (Suspicion de maladie professionnelle)	

Le médecin peut indiquer qu'il ne souhaite pas établir ce document

Questions fréquentes

- Peut-on obliger le collaborateur à utiliser le CERTI+ ?
- Est-ce utile de compléter ce document alors que le collaborateur a été licencié ?
- Est-ce que ce document peut-être envoyé à notre assurance perte de gain maladie ?
- Est-ce que tous les médecins sont informés de la démarche ?
- Est-ce valable ailleurs que sur le canton de Neuchâtel ?

Personnes de contact



M. Olivier Sandoz
Directeur adjoint
olivier.sandoz@fer-ne.ch



Mme Séverine Favre
Secrétaire générale
severine.favre@apiah.ch



Mme Régine de Bosset
Avocate et médiatrice FSM
regine.debosset@cnci.ch