Certificat médical détaillé axé sur les ressources

# Attestation d’incapacité de travail et examen d’une éventuelle capacité de travail partielle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom |  | Date de naissance |
|  |  |  |
| Lieu de travail |  | Fonction |  | Degré d’occupation en % |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description de la fonction / du poste de travail |  |  |
| Joindre description du posteou décrire le poste |

**Incapacité de travail / capacité de travail partielle dans l’activité exercée jusque-là**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| de | Date | à | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  incapacité de travail totale (100%) |  |
| [ ]  capacité de travail partielle en présence | à Chiffre % du degré d’occupation contractuel |
| [ ]  capacité de travail partielle en rendement | à Chiffre % du temps de présence possible |

**Capacité de travail partielle dans une activité aménagée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| de | Date | à | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  capacité de travail partielle en présence | à Chiffre % du degré d’occupation contractuel |
| [ ]  capacité de travail partielle en rendement | à Chiffre % du temps de présence possible |

**Exigences et conditions-cadre du lieu de travail**

*Adapter et raccourcir le formulaire : Ne sélectionnez que les exigences qui correspondent au profil du poste. Les exigences doivent être complétées par des conditions spécifiques au poste de travail afin de donner une image claire de l'activité et de l'environnement.*

En cochant une rubrique, le médecin donne son appréciation et en cas de besoin la complète en précisant dans quelle mesure sa patiente ou son patient est en mesure, d’un point de vue médical, de remplir les exigences attendues de lui ou de travailler sous le régime des conditions-cadre (colonne de droite).

**Exigences physiques requises sur le lieu de travail**

|  |  |
| --- | --- |
| Exigences relatives à la position du corps ou à la capacité de se mouvoir | **Avis du médecin traitant** |
| Travail assis |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail debout |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail exigeant la marche |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail à l’écran / PC / laptop / tablette |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail en position agenouillée ou accroupie |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail nécessitant de grimper ou de glisser |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail exigeant de lever les bras au-dessus de la tête |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Posture inconfortable du corps au poste de travail |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Posture unilatérale du corps au travail |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Résistance physique sur la durée nécessaire |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Changement de position/Détente possible au travail |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Exigences relatives à la mobilité (se tourner, incliner, se pencher, pivoter et s’étirer) | **Avis du médecin traitant** |
| Mouvements de la tête |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Mouvements du tronc, y compris des épaules et des hanches |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Mouvements des bras, des mains et des doigts |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Préhension manuelle précise (habileté manuelle et habileté dans le travail de précision) |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Mouvements des jambes et des pieds |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Exigences en matière de force physique | **Avis du médecin traitant** |
| Soulèvement d’objets ou de charges |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Port d’objets ou de charges |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Action consistant à pousser, tiret ou rouler des objets ou des charges |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Utilisation des mains / des doigts nécessaire |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Exigences faisant appel aux sens | **Avis du médecin traitant** |
| Capacité visuelle |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Capacité auditive |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Maintien de l‘équilibre |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

**Exigences en matière de compréhension, de réflexion, de personnalité et concernant d’autres aspects psychosociaux**

|  |  |
| --- | --- |
| Exigences en matière ce compréhension et de capacité de réflexion | **Avis du médecin traitant** |
| Réflexion en séquences logiques |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Capacité de concentration |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Planification autonome du travail |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Capacité intellectuelle et rétention |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Créativité (développement d’idées personnelles / concepts / projets) |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Exigences concernant les traits de personnalité | **Avis du médecin traitant** |
| Soin / exactitude |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Attention |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Ponctualité |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Endurance |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Accepter la critique |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Flexibilité et aptitude à s’adapter à des situations nouvelles |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Motivation personnelle et prise de responsabilités |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Capacité d’assumer un rôle de leader |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Organisation du travail et aspects psychosociaux | **Avis du médecin traitant** |
| Travail par objectifs définis dans les grandes lignes (autonomie, pas d’instructions détaillées) |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Exécution de tâches sur instructions précises (peu de marge de manœuvre) |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Dérangements fréquents / interruptions du travail |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Traitement en parallèle de différentes tâches |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Contact avec les clients |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Aptitude à contrôler ses émotions |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail en équipe |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail sous surveillance |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail sous pression du temps |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail isolé sans possibilité d’échange avec d’autres personnes / travail en solitaire |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

**Conditions-cadre sur le lieu de travail**

|  |  |
| --- | --- |
| Réglementation du temps de travail | **Avis du médecin traitant** |
| Horaire quotidien fixe |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Horaire flexible / horaire variable |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Service de nuit exigé |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail de nuit exclusivement |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Service de piquet |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Pauses à heures fixes |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu de travail, accès et trajets | **Avis du médecin traitant** |
| Site de travail fixe de l‘employeur |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Possibilité de travailler à domicile |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Accessibilité permanente |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Lieux de travail variables |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

|  |  |
| --- | --- |
| Autres aspects de l’environnement de travail | **Avis du médecin traitant** |
| Humidité, froid, courants d‘air |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Chaleur |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Nuisances dues à la fumée, aux vapeurs, aux gaz, aux odeurs, à la poussière |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Contact avec des produits chimiques |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Nuisance liée à des vibrations |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Marche sur un sol inégal |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Nécessité de monter sur un escalier ou sur une échelle |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Marche rapide ou course indispensable |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail avec des foules |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail dans des espaces restreints |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Travail en hauteur (toits, échelles, échafaudages) |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Port d’un équipement de protection personnel |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

**Exigences spécifiques sur le lieu de travail**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Avis du médecin traitant** |
| Conduite de machines |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
| Conduite de véhicules |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |
|  |  | Possible |
|  | Pas possible |
|  | Possible aux conditions suivantes |

## Conditions générales

|  |
| --- |
|  |

**Avis médical**

Un pronostic plus approfondi sur l’intégration professionnelle est vraisemblablement possible par …

|  |
| --- |
|  |

Date

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu, date |  | Signature du médecin |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  | Text |

**Indications au médecin traitant appelé à donner son avis:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Votre appréciation:*** | ***Adressée à la personne responsable chez l'employeur:*** |
| **Possible** | Votre patiente / votre patient est apte à satisfaire sans limitation aux exigences en fonction de son état de santé ou est apte à remplir les conditions-cadre définies en fonction de son état de santé  |
| **Pas possible** | Votre patiente / votre patient n'est pas apte à satisfaire aux exigences de l'emploi en raison de son état de santé ou n'est pas apte à remplir les conditions-cadre définies en raison de son état de santé  |
| **Possible aux conditions suivantes** | Votre patiente / votre patient ne peut satisfaire que partiellement aux exigences de l'emploi ou est partiellement apte à satisfaire aux conditions-cadre définies en raison de son état de santé. Pour ce qui est de l'option « Possible aux conditions suivantes », vous pouvez compléter librement le texte en y adjoignant les descriptions des limitations de performances liées à l'état de santé de la personne. Vous pouvez déterminer une limitation temporelle dans chaque catégorie:*par exemple, jusqu'à 4 heures.* Vous pouvez limiter la productivité ou la résistance:par exemple, pour ce qui est du soulèvement ou du port de charges, *ajouter jusqu'à 5 kg ou* pour le travail assis: *avec des pauses régulières* ou *possibilité de changer de position indispensable ou* pour un travail nécessitant soin/exactitude: *capacité d'attention limitée.*Vous pouvez fournir des indications sur la mobilité limitée en ajoutant des remarques telles que: *pas de rotations du genou* ou *ne pencher le torse que de manière limitée*Vos recommandations concernant le recours à des moyens auxiliaires seront les bienvenues de même que celles consistant à soutenir l'intégration ou l'application de mesures d'intégration professionnelles.  |

Si vous vous attendez à des **changements de capacités** au bout d'un certain temps, vous pouvez inscrire une date dans la case d'appréciation finale correspondant au moment où vous pensez qu'une nouvelle estimation relative à l'intégration sera judicieuse.

***N'oubliez pas que vous n'êtes pas censé donner les diagnostics ni de fournir des résultats d'examen.***