



Circulaire 9403

du 10/01/2025

Médecine du travail – Documents relatifs aux listes du personnel

**WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT**

Mise à jour des tableaux reprenant le personnel soumis et non soumis à la Médecine du Travail

Cette circulaire abroge et remplace la(les) circulaire(s) : n° 9095

La « Fédération Wallonie-Bruxelles » est l'appellation désignant usuellement la « Communauté française » visée à l'article 2 de la Constitution.

Type de circulaire	circulaire administrative
Validité	à partir du 10/01/2025
Documents à renvoyer	oui, pour le 31/01/2025

Information succincte	<i>Mise à jour des tableaux reprenant le personnel soumis et non soumis à la Médecine du Travail</i>
-----------------------	--

Mots-clés	Médecine du travail - tableaux
-----------	--------------------------------

Établissements

Réseaux d'enseignement	Unités d'enseignement	
Wallonie-Bruxelles Enseignement	Maternel ordinaire Primaire ordinaire Secondaire ordinaire Secondaire en alternance (CEFA) Maternel spécialisé Primaire spécialisé Secondaire spécialisé Secondaire artistique à horaire réduit Promotion sociale secondaire Promotion sociale secondaire en alternance Promotion sociale supérieur	Centres psycho-médico-sociaux Centres d'Auto-Formation Centres de Technologie Avancée (CTA) Centres de dépaysement et de plein air (CDPA) Centres techniques Homes d'accueil permanent Internats primaire ordinaire Internats secondaire ordinaire Internats prim. ou sec. spécialisé Internats supérieur Ecoles supérieures des Arts Hautes Ecoles

Signataire(s)

WBE - M. Julien NICAISE, Administrateur général

Personne(s) de contact concernant la mise en application de la circulaire

Nom, prénom	SG + DG + Service	Téléphone et email
VANHELLEPUTTE Christel	Direction générale de l'Organisation et des Finances – Cellule de la Coordination avec la Médecine du Travail	02/690.81.64 christel.vanhelleputte@cfwb.be
HADDOUCHI Hanane	Direction générale de l'Organisation et des Finances – Cellule de la Coordination avec la Médecine du travail	02/690.88.99 hanane.haddouchi@cfwb.be
CARPENTIER Marie	Direction générale de l'Organisation et des Finances – Cellule de la Coordination avec la Médecine du Travail	02/413.37.74 marie.carpentier@cfwb.be



WALLONIE-BRUXELLES ENSEIGNEMENT

Madame, Monsieur,

En vue d'assurer le suivi de la surveillance de la santé des travailleurs, conformément aux dispositions prévues dans le Code du Bien-être au travail, la cellule de la Coordination avec la médecine du travail sollicite, comme chaque année, les données informatives relatives à votre établissement scolaire ou institution apparentée et les renseignements administratifs des membres du personnel enseignant, administratif et ouvrier qui y travaillent.

Cette année, vous trouverez deux colonnes supplémentaires dans le tableau (annexe 1). Il s'agit des colonnes « Obligatoirement soumis à la surveillance de la santé (oui-non) » et « Si obligatoirement soumis à la surveillance de la santé : date de la dernière évaluation ». Afin de vous aider à compléter ces données, vous trouverez la date de la dernière évaluation sur le formulaire d'évaluation de santé (voir annexe 3) du membre du personnel concerné.

En effet, afin de remplir les obligations légales définies à l'article 1.4-5 du Code du bien-être au travail, les données relatives à la périodicité de la surveillance de la santé des travailleurs obligatoirement soumis sont souhaitées. Pour cette année scolaire 2024-2025, **ces renseignements supplémentaires sont facultatifs**. Pour votre information, nos différents services travaillent actuellement sur une liste définissant les classes de risques par fonction. Celle-ci permettra de déterminer les catégories de membres du personnel soumis ou non à la surveillance de la santé compte tenu des risques auxquels ils sont soumis. Cette liste vous sera communiquée ultérieurement afin de vous aider à identifier et compléter les tableaux pour les années scolaires à venir.

Aujourd'hui, je vous invite donc à compléter les deux tableaux annexés à la présente circulaire et à les renvoyer par courriel, **pour le 31 janvier 2025 au plus tard**, à l'adresse mail suivante : christel.vanhelleputte@cfwb.be

- le tableau (annexe 1) porte sur l'ensemble du personnel travaillant dans votre établissement scolaire ou institution apparentée. Il reprend les données administratives suivantes : matricule école, nom, prénom, sexe, fonction précise, numéro de registre national, matricule du travailleur, adresse, téléphone fixe, GSM et adresse mail, mention soumis ou non à la surveillance de la santé obligatoire et, le cas échéant, date de la dernière évaluation ;
- le tableau (annexe 2) porte sur des données informatives de l'établissement scolaire ou institution apparentée.

Je vous remercie de renommer ces deux documents selon l'exemple ci-dessous :

1. (Annexe 1)
Membre du personnel 2024-2025 + nom de l'établissement + n° fase
Exemple : Membre du personnel 2024-2025 – AR Verdi VERVIERS – 2354
2. (Annexe 2)
Etablissement 2024-2025 + nom de l'établissement + n° fase
Exemple : Etablissement 2024-2025 – EFACF CIPLET – 2384

Le tableau du personnel de l'établissement est à actualiser sans en changer la structure. Les modifications sont à effectuer en présentant le personnel par ordre alphabétique, en mentionnant les éventuelles

implantations concernées (par l'usage de couleurs différentes) et en respectant le canevas proposé (pas d'ajout, de suppression ou de modification des colonnes).

Je vous rappelle par ailleurs, conformément à l'article I.4-37 du Code du bien-être du travail, la nécessité d'informer tous les travailleurs, soumis ou non à la surveillance de la santé, de la possibilité de demander une consultation spontanée auprès du service externe pour la prévention et la protection au travail dont les coordonnées sont affichées visiblement dans un endroit accessible aux travailleurs.

Enfin, je vous invite à réserver une attention toute particulière à la surveillance de la santé des travailleuses dans le cadre de la protection de la maternité.

Je vous remercie de votre collaboration.

Julien NICAISE
Administrateur général

ANNEXES A LA CIRCULAIRE

Etablissement			
Nom			
Adresse principale			
Numéro(s) matricules de l'établissement			
Direction			
Nom et Prénom			
adresse(s) e-mail			
Numéro(s) de téléphone			
Contact administratif			
Nom et Prénom			
Fonction			
adresse(s) e-mail			
Numéro(s) de téléphone			
Veuillez ne pas modifier le format de ce tableau - A envoyer par mail sous format Excel - Pas de <u>PDF</u>			

Annexe 3 :

1. Où trouver les informations requises dans le tableau de l'annexe 1 ?

Les informations sont reprises sur le dernier formulaire d'évaluation de santé du travailleur concerné (voir surlignage ci-dessous)



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE SANTÉ

visé à l'article I.4-46 du code du bien-être au travail

Adresse expéditeur :

ZONE BRUXELLES / BRUSSEL
Bischoffsheimlaan 1-8 1000 BRUXELLES -
BRUSSEL



* 1 6 3 0 3 2 8 0 6 4 1 *

Coordonnées du travailleur examiné :

- Poste de travail effectivement
 Activité à risque ou liée aux denrées alimentaires effectivement
 Proposé(e) à partir de Occupé(e) depuis le 01-12-

Profession : Educateur d'internat
 Classe de risques :

Dossier :

Coordonnées de l'employeur :

WALLONIE BRUXELLES ENSEIGNEMENT

EVALUATION DE SANTE PERIODIQUE			
<input type="checkbox"/> Poste de Sécurité (C)	<input type="checkbox"/> Manutention manuelle de charges (M)	<input type="checkbox"/> Risques psychosociaux élevés (P)	<input type="checkbox"/> Travail sur Ecran (T)
<input type="checkbox"/> Poste de Vigilance (V)	<input type="checkbox"/> Travail monotone et répétitif (Y)	<input checked="" type="checkbox"/> Travail de Nuit (U)	<input type="checkbox"/> Non-soumis (G)
<input type="checkbox"/> Risque défini (physique/biologique/chimique) (B)	<input type="checkbox"/> Pénibilité de travail (N)	<input type="checkbox"/> Travail Posté (K)	<input type="checkbox"/> Permis de conduire Grp II (W)
<input type="checkbox"/> Extension de la surveillance de la santé (H)	<input type="checkbox"/> Contraintes ergonomiques (S)	<input type="checkbox"/> Travail de week-end (Z)	<input type="checkbox"/> Denrées alimentaires (F)
C. S'il s'agit de tout autre examen :			
Le conseiller en prévention-médecin du travail soussigné (*)			
<input checked="" type="checkbox"/> déclare que la personne prénommée a les aptitudes suffisantes pour le poste ou l'activité précités <input type="checkbox"/> recommande que la personne prénommée soit mutée définitivement à un poste ou une activité répondant aux recommandations en F ci-après <input type="checkbox"/> recommande que la personne prénommée soit mutée pour une période de à un poste ou une activité répondant aux recommandations en F ci-après <input type="checkbox"/> doit être mise en congé de maladie par son médecin traitant. <input type="checkbox"/> est inapte définitivement.			
F. Recommandations et propositions du conseiller en prévention-médecin du travail concernant les conditions d'occupation et d'aménagement et les mesures de prévention, relatives au poste ou à l'activité.			
G. Concertation			
Date de communication du formulaire à l'employeur : 24-01-2023 , au travailleur : 24-01-2023			
Date de l'examen médical : 24-01-2023			
Durée de validité : 2 ans			
Nom, prénom et signature du conseiller en prévention-médecin du travail :			
	Date	RISQUES : U 2024	

(*) Cocher la case ad hoc.

