



## 6.2.3 | Examen d'aptitude à l'exposition à la farine pour les candidats à une place d'apprentissage de boulanger-pâtissier ou pâtissier-confiseur



### Pourquoi cet examen d'aptitude est-il important?

D'un point de vue botanique, les céréales panifiables telles que le blé, le seigle et l'épeautre appartiennent à la famille des graminées qui, de par leur pollen notamment, peuvent provoquer une réaction allergique chez de nombreuses personnes, pouvant se manifester par un rhume des foins pendant la floraison et ultérieurement par des éternuements, des rhumes ou de l'asthme en cas de contact avec de la farine. Tôt ou tard, les professionnels concernés se voient souvent interdire d'exercer la profession (décision d'inaptitude de la SUVA en vertu de l'art. 78 OPA). Outre les souffrances occasionnées, la déception et la perte de salaire en découlant pour les professionnels, les allergies impliquent généralement une augmentation des primes d'assurance pour les entreprises.

### Remplir le questionnaire dès le stage!

Le **questionnaire** dûment rempli permet de détecter de bonne heure les personnes sujettes aux allergies et, si nécessaire, de les orienter vers un médecin spécialiste, qui puisse les informer et les conseiller sur le sujet.

### Comment procéder?

- Si la réponse à la question A2 et/ou à toutes les questions suivantes est «**non**», il n'est **pas nécessaire de procéder à un examen complémentaire**. Le questionnaire rempli et signé peut être envoyé directement au Service de la formation professionnelle, en même temps que le contrat d'apprentissage.
- Si la réponse à la question A2 et/ou à certaines des questions suivantes est «**oui**» ou «**ne sait pas**», des examens complémentaires sont nécessaires. **Le présent formulaire doit être envoyé avec la mention «confidentiel» à l'antenne MSST de l'BCS, Seilerstrasse 9, case postale, 3001 Berne.**

Après concertation avec le **médecin-conseil**, ladite antenne communiquera au candidat s'il doit se soumettre ou non à un **autre examen médical d'aptitude**, et lui remettra une liste des spécialistes recommandés.

**Frais:** ne faisant l'objet d'aucune réglementation légale, la prise en charge des frais d'un tel examen doit préalablement être fixée entre l'entreprise et les parents ou la/le responsable de l'éducation.

#### Attestation médicale

Nom / Prénom ..... Date de naissance .....

Entreprise .....

s'est soumis(e) le ..... à un examen visant à tester l'aptitude à l'exercice de l'activité prévue.

- À mon avis, rien ne s'oppose à ce que la personne susmentionnée exerce le métier souhaité.
- La personne susmentionnée est apte à exercer l'activité prévue sous certaines conditions.
- La personne susmentionnée n'est pas apte à l'exercice de l'activité prévue, en raison d'une prédisposition accrue aux allergies ou à l'asthme.

Date ..... Signature + timbre du médecin .....

# Questionnaire visant à tester l'aptitude à l'exposition professionnelle à la farine

Nom / Prénom .....  Madame  Monsieur  
Adresse ..... Téléphone .....

NPA / Localité ..... Date de naissance .....

**A.** 1. Avez-vous déjà eu des contacts professionnels avec la farine?  
(Veuillez cocher les cases correspondantes.)

oui  non  ne sait pas

2. Si oui, avez-vous souffert alors de troubles tels que rhume, éternuements, toux, asthme ou eczéma?

oui  non  ne sait pas

**B.** Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement des maladies suivantes??

1. Croûtes de lait, eczéma infantile

oui  non  ne sait pas

2. Eczéma des mains, des poignets ou des plis des coudes

oui  non  ne sait pas

3. Toux/bronchite durant plus de 4 semaines au cours des 2 dernières années

oui  non  ne sait pas

4. Asthme

oui  non  ne sait pas

5. Rhume des foins

oui  non  ne sait pas

6. Autres allergies

oui  non  ne sait pas

**C.** Avez-vous déjà été examiné ou traité par un médecin en raison de l'une de ces maladies?

Si oui, quand et par qui? .....

**D.** Est-ce qu'un des membres de votre famille a souffert ou souffre actuellement d'une des maladies énumérées sous A2 et B?

Non, pas que je sache.

Oui, je sais que les maladies ci-après sont connues chez les membres de ma famille suivants:

	Asthme	Rhume des foins	Eczéma
1. Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frère/Sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le/la soussigné/e confirme avoir répondu aux questions conformément à la vérité.

Date ..... Signatures .....

Parents/Responsable de l'éducation/Candidat/e

**Décision de l'antenne MSST «Sécurité au travail et protection de la santé» de l'BCS**

Rien ne s'oppose à ce que la personne susmentionnée exerce le métier prévu.  
Motivation .....

Un **examen d'aptitude par un médecin spécialiste** est nécessaire.  
Spécialiste recommandé .....

Voir lettre

Date ..... Signature ..... Timbre .....