


## DOCUMENT STRUCTURANT

### Référentiel interne du Service départemental d'incendie et de secours du Puy-de-Dôme

### Aptitude médicale aux fonctions de sapeur-pompier et à la conduite des véhicules de service

Rédacteur	Version du :	Validation	Approbation
Pôle santé et secours médical 	Avril 2026	<del>           Pôle santé et secours médical            Médecin de classe exceptionnelle            Chef de pôle / Médecin chef départemental            Docteur Christy BAILLON         </del>	Le Contrôleur Général Christophe GLASIA Directeur départemental des services d'incendie et de secours du Puy-de-Dôme, Chef du Corps départemental



## Table des matières

1	Introduction .....	5
2	Les visites médicales.....	6
2.1	Visite médicale initiale (VMI) .....	6
2.2	Visite médicale de maintien en activité renforcée (VMAR) .....	6
2.3	Visite de fin d'exposition .....	6
2.4	Visite médicale de maintien en activité (VMA) .....	6
2.5	Visites ponctuelles.....	7
3	Le suivi médical .....	8
3.1	Le suivi médical général (SMG) .....	8
3.2	Le suivi médical renforcé (SMR) .....	9
3.3	Le suivi médical renforcé annuel (SMRA) .....	10
3.4	Tableau récapitulatif des examens paracliniques et complémentaires.....	11
4	Gestion des inaptitudes .....	13
4.1	Inaptitude temporaire totale versus inaptitude opérationnelle.....	13
4.2	Inaptitude temporaire versus inaptitude définitive .....	13
4.3	Suspension d'engagement pour raison médicale .....	14
4.4	Cas particulier de la consommation de substances psychoactives .....	14
5	SIGYCOP .....	16
5.1	Principes .....	16
5.2	S et I .....	17
5.3	G .....	17
5.4	Y .....	21
5.5	C .....	21
5.6	O .....	21
5.7	P .....	21
6	Principales expositions opérationnelles .....	23
6.1	Risques communs à l'ensemble des missions opérationnelles .....	23
6.2	Risques spécifiques.....	23
6.3	Tableau récapitulatif .....	27
7	Le certificat médical d'aptitude .....	28
7.1	Aptitude au travail de nuit .....	29
7.2	SSUAP.....	29
7.3	INC/SR.....	29
7.4	PPABE.....	30
7.5	Aptitude à assurer les missions de la chaîne de commandement .....	30
7.6	Activités spécialisées et fonctions spécifiques .....	30
7.7	Conduite des véhicules de service .....	32
7.8	Missions extra-départementales.....	33
7.9	Aptitudes aux formations pratiques et aux manœuvres .....	34
7.10	Aptitude aux activités physiques et sportives (APS) .....	34
7.11	Aptitude provisoire .....	35

Références .....	36
Annexes.....	37
1 Table de calcul du SCORE 2 pour la France .....	38
8 Délais de négativation des tests de dépistage des stupéfiants.....	39
9 Conditions d'immunisation contre l'hépatite B.....	40

## Liste des abréviations

AES : *accident d'exposition au sang*

BMPM : *bataillon des marins-pompiers de Marseille*

BSPP : *brigade des sapeurs-pompiers de Paris*

CAN : *secours en canyon*

CeMA : *certificat médical d'aptitude*

CIRC : *Centre International de Recherche sur le Cancer*

CITIS : *congés d'invalidité temporaire imputable au service*

CMA : *commission médicale d'aptitude*

CMO : *congés maladie ordinaire*

CMR : *cancérogène, mutagène, toxique pour la reproduction*

DDSS : *Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours*

DGSCGC : *Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise*

EAP : *éducateur des activités physiques*

FDRCV : *facteurs de risque cardiovasculaire*

GRIMP : *groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux*

HAP : *hydrocarbures aromatiques polycycliques*

ICP : *indicateurs de la condition physique*

IMP : *interventions en milieux périlleux*

INC : *Missions de lutte contre les incendies*

ISS : *interventions en site souterrain*

ITT : *inaptitude temporaire totale*

MSP : *médecin de sapeur-pompier*

PPABE : *Missions de protection des personnes, des animaux des biens et de l'environnement*

PSSM : *Pôle Santé et Secours Médical*

RAD : *spécialistes en risque radiologique*

RCH : *spécialistes en risque chimique*

RPS : *risque psychosocial*

SAL : *scaphandrier autonome léger*

SAV : *sauveteur aquatique*

SDIS : *Service Départemental d'Incendie et de Secours*

SDS : *sous-direction santé*

SMO : *secours en montagne*

SMPM : *milieu périlleux et en montagne*

SMR : *suivi médical renforcé*

SMRA : *suivi médical renforcé annuel*

SMS : *suivi médical général*

SP : *sapeurs-pompiers*

SPP : *sapeur-pompier professionnel*

SPV : *sapeur-pompier volontaire*

SR : *Missions de secours routier, : secours routier*

SSUAP : *Secours et soins d'urgence à personne*

USAR : *unités de sauvetage appui et recherche*

VMA : *visite médicale de maintien en activité*

VMAR : *visite médicale de maintien en activité renforcée*

VMI : *visite médicale initiale*

## 1- INTRODUCTION

La révision des textes régissant les conditions d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires a abouti à la publication de l'arrêté du 10 avril 2025 [1] qui remplace celui du 6 mai 2000 [2] et à la publication d'un référentiel à destination des médecins de sapeurs-pompiers établi par le Conseil scientifique de la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise (DGSCGC).

L'arrêté du 10 avril 2025 revoit l'organisation des visites avec l'introduction des visites intermédiaires telles qu'elles existent déjà dans les services de santé au travail aussi bien du public que du privé et l'obligation de réaliser des visites de fin d'exposition lorsqu'un agent quitte définitivement ses fonctions de sapeur-pompier volontaire (SPV) ou professionnel (SPP). Cette visite de fin d'exposition correspond à la mise en application du décret du 5 novembre 2015 [3] relatif aux modalités du suivi médical post-professionnel des agents de la fonction publique territoriale exposés à une substance cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction (CMR). Elle est la première étape de la mise en œuvre d'un suivi médical post-exposition. La révision par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) en juillet 2023 [4] du risque cancérigène lié aux activités de lutte contre les incendies a abouti à la reclassification en risque avéré pour le mésothéliome lié aux fibres d'amiante et les cancers de la vessie liés aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP). Le ministère de la santé est actuellement chargé de la révision des tableaux de maladie professionnelle correspondants.

D'un point de vue statutaire, les SPV ne relèvent pas des dispositions du décret susmentionné. Etant soumis aux mêmes risques que les SPP, l'arrêté du 10 avril 2025 leur permet de bénéficier des mêmes prestations.

A partir de 2026, suite à la circulaire du 14 janvier 2025<sup>1</sup>, le SDIS 63 remettra annuellement à chaque agent une attestation relevant les expositions auxquelles il a été soumis durant l'année précédente. Cette attestation d'exposition est également transmise au PSSM. Elle contient le temps passé en missions de lutte contre les incendies, en formations/activités exposantes CMR ou contraignantes physiologiquement (caissons de feu, travail de nuit, plongées, ...), le récapitulatif des accidents de service/maladies professionnelles dont l'agent a été victime. Une attestation récapitulative sera fournie à l'agent lorsqu'il quittera définitivement les effectifs.

Le référentiel construit par la DGSCGC insiste sur l'importance de la prévention du risque cardiovasculaire et préconise l'utilisation du SCORE2 [5] pour l'indication d'un bilan spécialisé chez un agent ne présentant pas de facteurs de risque particulier. Il est également discuté du recrutement et du maintien en activité de personnes présentant des pathologies chroniques (diabète insulino-dépendant, séropositivité VIH, ...) ou sous anticoagulation orale. Il est ainsi demandé au médecin de sapeur-pompier une évaluation plus individualisée de l'aptitude d'un agent au regard des expositions auxquelles il est ou sera soumis de par son activité au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS). Les visites médicales et intermédiaires permettent de s'assurer des capacités du sapeur-pompier ou du candidat sapeur-pompier à accomplir les missions demandées et à assumer les fatigues et les risques de l'activité ou, le cas échéant, de prendre en compte une aggravation d'une affection préexistante liée à l'accomplissement des fonctions ou des missions qui lui sont confiées.

Chaque SDIS est tenu, sous la direction du médecin-chef de sa sous-direction santé (SDS) de rédiger un référentiel interne, déclinaison départementale du référentiel national, fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des activités d'évaluation de l'état de santé et de détermination de l'aptitude des sapeurs-pompiers (SP). Ainsi, le Pôle Santé et Secours Médical (PSSM) du SDIS 63 a rédigé le présent référentiel en tenant compte des particularités du département. Ce référentiel interne sera amené à être complété ou modifié en fonction l'évolution de l'organisation du SDIS 63 (en particulier du schéma d'analyse et de couverture des risques<sup>2</sup>, du règlement intérieur et du règlement opérationnel) ou du référentiel national.

---

<sup>1</sup> Circulaire du 14 janvier 2025 relative à la santé et la sécurité en service des agents des SIS et Instruction concernant la traçabilité des expositions professionnelles nocives à la santé des agents des SIS

<sup>2</sup> SDACR – téléchargeable sur [Le Sdis - Site du SDIS 63](#)

## **2- LES VISITES MEDICALES**

L'organisation du suivi médical des SP professionnels et des volontaires est désormais la même. Les visites de fin de période probatoire et de titularisation sont supprimées.

Chaque visite effectuée par un médecin de sapeur-pompier (MSP) agréé donne lieu à la rédaction d'un certificat médical d'aptitude (CeMA) dont la durée de validité est indiquée par le MSP agréé (en pratique, soit jusqu'à la prochaine visite périodique obligatoire, soit jusqu'à une visite à la demande du MSP agréé). Le MSP agréé indique la nature de la prochaine visite.

### **2.1 - Visite médicale initiale (VMI)**

La VMI est effectuée pour tout nouvel engagement qu'il s'agisse d'un premier engagement, d'une mutation ou double affectation, ou d'un réengagement.

Elle est obligatoirement réalisée par un MSP agréé du SDIS 63, aucun CeMA d'une autre structure ne peut dispenser le candidat de la VMI.

La remise du CeMA déclarant apte le candidat, permet à ce dernier d'obtenir un matricule, son paquetage auprès du service habillement et de s'inscrire aux formations. Lorsque la décision d'aptitude ne peut être prise lors de la VMI (par exemple, demande d'avis ou d'exams spécialisés), le MSP agréé ne remet pas de CeMA, la décision sera alors prise en chefferie.

### **2.2 - Visite médicale de maintien en activité renforcée (VMAR)**

A 45 ans, le SP bénéficie d'une VMAR. Cette visite a pour objectif de faire le point sur son état de santé et les conséquences éventuelles des expositions auxquelles il a été soumis, qu'elles soient d'origine personnelle (ex., tabagisme et BPCO, hypoacousie chez un SPV exposé au bruit dans son travail) ou liées à son activité au sein du SDIS (ex. : gonarthrose sur entorse lors d'une mission). Le cas échéant, elle permet de discuter des hypothèses d'adaptation future du suivi médical ou de l'activité du SP au regard de l'aggravation que le vieillissement physiologique pourrait avoir sur ses conséquences et ainsi d'anticiper la prise en charge et les problématiques de fin de carrière.

### **2.3 - Visite de fin d'exposition**

Lors de la fin d'engagement d'un SPV ou fin de carrière d'un SPP, le médecin du SIS agréé reçoit l'intéressé pour :

- Dresser son état de santé à la fin de son engagement.
- Lui remettre les éléments médicaux importants de son dossier médical à destination de son médecin traitant :
  - son carnet de vaccination ;
  - le contenu de la visite de fin d'engagement.
- L'informer sur ses expositions et le cas échéant, sur le suivi médical qui lui est proposé.

Les sapeurs-pompiers professionnels peuvent choisir d'effectuer leur suivi médical post professionnel auprès de leur dernière collectivité d'emploi.

### **2.4 - Visite médicale de maintien en activité (VMA)**

En cas de double-affectation dans un autre SDIS, à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) ou au bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM), à condition que la visite médicale soit effectuée avant l'expiration du CeMA en cours de validité au sein du SDIS 63, l'agent peut fournir le CeMA obtenu auprès de son autre structure d'affectation. Afin d'assurer la traçabilité de son suivi et la mise à jour de son dossier médical, l'agent devra remplir l'auto-questionnaire de santé et fournir les résultats des examens paracliniques effectués (biométrie, EFR, biologie sanguine, test de dépistage

des stupéfiants, ECG, etc.). Le CeMA pourra alors dispenser l'agent d'effectuer une visite médicale dans le SDIS 63. Cette dispense n'est pas possible si les spécialités et fonctions opérationnelles de l'agent ne sont pas les mêmes dans le SDIS 63 (ex. : un SP formateur caisson dans le SDIS 63 qui ne le serait pas dans son autre structure d'affectation). Tout changement d'aptitude par rapport au dernier CeMA ou nouvel évènement de santé pourra, si le médecin-chef ou le médecin référent en santé au travail le jugent nécessaire, faire l'objet d'une demande d'examen complémentaire, d'avis spécialisé ou d'une visite de contrôle par un MSP agréé du SDIS 63.

## **2.5 - Visites ponctuelles**

### **2.5.1 - Visite de reprise et de pré reprise**

La visite de reprise est obligatoire après 30 jours d'absence consécutifs (disponibilité, détachement, congé, arrêt maladie, ...). Elle doit avoir lieu dans des 8 jours qui suivent la reprise, le SP ne pouvant avoir aucune activité opérationnelle durant ce délai. Cette visite peut être réalisée par téléconsultation.

### **2.5.2 - Visites à la demande**

#### **➤ Visite à la demande de l'agent**

Un agent peut solliciter une visite médicale auprès du PSSM y compris au cours d'un arrêt de travail pour maladie ou d'un congé. Cette visite ne peut lui être refusée, l'agent n'ayant cependant pas le choix du MSP agréé qui le recevra. La visite est organisée dans les meilleurs délais, elle peut avoir lieu dans un cabinet autre que celui dont dépend habituellement l'agent (selon l'affectation de l'agent).

#### **➤ Visite à la demande de la hiérarchie**

L'autorité d'emploi (via la hiérarchie) peut solliciter une visite médicale auprès du PSSM. Elle est tenue d'informer l'agent concerné de cette démarche. L'agent ne peut refuser cette visite, il doit cependant être en situation d'activité (c'est-à-dire hors congé, disponibilité, arrêt maladie, etc.). Cette visite peut être organisée au sein du cabinet dont dépend l'agent ou, sur décision du médecin-chef ou du médecin référent en santé au travail, avoir lieu au cabinet médical de la chefferie départementale.

#### **➤ Visite à la demande du MSP agréé**

Le MSP agréé peut, à son initiative, organiser une visite médicale pour un agent en dehors des visites périodiques, y compris pour une reprise après une absence inférieure à 30 jours. L'agent ne peut refuser cette visite, il doit cependant être en situation d'activité (c'est-à-dire hors congé, disponibilité, arrêt maladie, etc.). Le MSP agréé peut effectuer la visite au sein du cabinet dont dépend l'agent ou, à sa demande, en confier la réalisation au médecin-chef ou au médecin référent en santé au travail. Dans ce cas, la visite a lieu au cabinet médical de la chefferie départementale.

## 3- LE SUIVI MEDICAL

### 3.1 - Le suivi médical général (SMG)

#### 3.1.1 - Périodicité des visites

Après la VMI, le sapeur-pompier bénéficie jusqu'à ses 45 ans d'une VMA tous les 4 ans. A partir de 45 ans, cette visite a lieu tous les 2 ans.

La législation prévoit qu'une visite intermédiaire (VI) soit intercalée à mi période entre chaque visite médicale. Cette visite est effectuée par des infirmiers ou étudiants en deuxième ou en troisième cycle des études de médecine habilités. Elle donne lieu à la remise d'une attestation de visite. Elle n'a pas pour but d'évaluer l'aptitude du SP mais d'assurer un suivi de son état de santé, l'informer des risques liés à ses fonctions et discuter des moyens de préventions adaptés à sa situation. Les intervenants sont formés à ces visites et au repérage des situations nécessitant de recourir l'avis du MSP agréé.

Au sein du SDIS 63, ces VI seront remplacées par des VMA jusqu'à la formation d'un nombre suffisant d'ISP pour assurer ces VI.

Ainsi, le SMG permet au SP de bénéficier d'une visite tous les 2 ans avant 45 ans, puis tous les ans. Parmi ces visites seules les VMA, effectuées par un MSP agréé, impliquent la détermination de l'aptitude au poste.

Les SP non spécialistes, les spécialistes RCH, RAD, CYNO, USAR et drones bénéficient du SMG. Les spécialistes RCH et RAD doivent bénéficier d'une visite médicale au recrutement dans leur spécialité.

#### 3.1.2 - Bilans biologiques et examens complémentaires

Le SMG comprend un bilan biologique standard contenant :

- numération formule sanguine avec plaquettes ;
- glycémie à jeun ;
- profil lipidique ;
- fonction rénale (créatinine, débit de filtration glomérulaire) ;
- fonction hépatique (gamma-GT, transaminases) ;
- CDT.

##### ➤ *Au recrutement*

- bilan biologique standard auquel s'ajoutent une sérologie hépatite B et les béta HCG ;
- radiographie pulmonaire de face de moins de 2 ans.

Pour les spécialistes RAD s'ajoutent (sauf si présentation d'examens de moins de 4 ans) :

- un fond d'œil avec biomicroscopie du cristallin ;
- dosage de l'urémie et un compte d'Addis.

L'entrée dans la spécialité se faisant en général en cours de carrière, il est inutile (sauf élément nouveau) de demander à nouveau une radiographie pulmonaire ou le bilan biologique si le SP est à jour de son suivi.

##### ➤ *En cours de carrière*

Le bilan biologique standard est réalisé :

- avant 40 ans, tous les 8 ans ;
- à 40 ans ;
- à 45 ans ;
- après 45 ans, tous les 4 ans.

### **3.1.3 - Examens paracliniques**

#### ➤ *Au recrutement*

- Recherche de dyschromatopsie.

À cet examen spécifique au recrutement s'ajoutent les examens prévus en cours de carrière, soit :

- mesure de l'acuité et du champ visuel horizontal et vertical ;
- mesure de l'acuité auditive ;
- bandelette urinaire avec recherche de glycosurie, protéinurie et hématurie ;
- dépistage des stupéfiants ;
- biométrie (taille, poids, périmètre abdominal, pression artérielle) ;
- ECG ;
- EFR avec courbe débit-volume.

#### ➤ *En cours de carrière*

De façon systématique :

- mesure de l'acuité et du champ visuel ;
- mesure de l'acuité auditive ;
- bandelette urinaire avec recherche de glycosurie, protéinurie et hématurie ;
- biométrie (taille, poids, périmètre abdominal, pression artérielle).

Tous les 4 ans avant 45 ans puis tous les 2 ans :

- ECG ;
- EFR avec courbe débit-volume ;
- dépistage des produits stupéfiants.

Le dépistage des stupéfiants a également lieu lors d'une demande de renouvellement du permis poids lourd.

### **3.2 - Le suivi médical renforcé (SMR)**

Le SMR comprend la même périodicité de visite que le suivi standard mais l'ensemble des visites sont réalisées par un MSP agréé. Il n'y a donc pas de VI dans le SMR. Le SMR comprend donc une VMA tous les 2 ans avant 45 ans puis une VMA annuelle après 45 ans.

En dehors des personnes nouvellement engagées, porteuses de pathologies chroniques le justifiant, aucun SP ne bénéficie d'emblée d'un SMR. Le passage en SMR s'effectue en cours de carrière soit du fait de la spécialité ou fonction opérationnelle qu'il est amené à exercer, soit en raison de son état de santé.

Les spécialités/fonctions spécifiques bénéficiant du SMR sont les formateurs caisson et les secours en milieu périlleux et en montagne (SMPM) regroupant les domaines des interventions en milieux périlleux (IMP), secours en montagne (SMO), secours en canyon (CAN) et interventions en site souterrain (ISS).

Au sein du SDIS 63, seuls les formateurs caisson et les spécialistes SMPM sont concernés par le SMR au titre de la fonction qu'ils exercent. L'intégration dans la spécialité/fonction spécifique se faisant en cours de carrière, l'objectif de la visite de recrutement est de s'assurer que l'agent est apte à assurer ses nouvelles missions.

### **3.2.1 - Bilans biologiques et examens complémentaires**

➤ *Au recrutement dans la fonction spécifique formateur caisson*

Un bilan biologique standard est réalisé sauf si le dernier date de moins de 4 ans pour les moins de 40 ans et de moins de 2 ans pour les plus de 40 ans.

➤ *En cours de carrière*

Le bilan biologique standard est réalisé :

- avant 40 ans, tous les 4 ans ;
- après 40 ans, tous les 2 ans.

En sus, les formateurs caisson bénéficient dès 20 ans d'exposition :

- d'une anatomocytologie urinaire tous les 6 mois ;
- d'un TDM basse dose tous les 10 ans.

### **3.2.2 - Examens paracliniques**

➤ *Au recrutement*

Pas d'examen spécifique au recrutement.

➤ *En cours de carrière*

Aux examens systématiques du SMG s'ajoutent à chaque VMA soit tous les 2 ans avant 45 ans puis tous les ans :

- ECG ;
- EFR avec courbe débit-volume ;
- dépistage des produits stupéfiants.

### **3.3 - Le suivi médical renforcé annuel (SMRA)**

Le SMRA comprend une VMA annuelle quel que soit l'âge. Il n'y a pas de VI dans le SMRA.

Le SMRA ne concerne à ce jour que les spécialités de sauveteur aquatique (SAV) et de scaphandrier autonome léger (SAL).

Le suivi des spécialistes SAL ne peut être effectué que par un MSP agréé titulaire d'un diplôme de médecine hyperbare.

#### **3.3.1 - Suivi des SAV**

Les examens compris dans le suivi des SAV sont les mêmes que pour le SMG. L'ECG est effectué à chaque VMA.

#### **3.3.2 - Suivi des SAL**

➤ *Bilans biologiques et examens complémentaires*

3.3.2.1 - Au recrutement dans la spécialité

Systematique :

- à la biologie standard est ajouté un ionogramme sanguin.

Selon l'anamnèse et l'examen clinique :

- avis spécialisé stomatologique ;
- TDM thoracique basse ou ultra-basse dose ;
- avis ORL avec impédancemétrie ;
- avis pneumologique ;
- avis cardiologique avec épreuve d'effort
- EEG avec hyperpnée et stimulation lumineuse
- avis ophtalmologique ;
- IRM des grosses articulations.

### 3.3.2..2 - En cours de carrière

L'ensemble des examens prévus au recrutement est répété :

- avant 40 ans tous les 4 ans ;
- après 40 ans tous les 2 ans.

### ➤ Examens paracliniques

#### 3.3.2.3 - Au recrutement

Systématique :

- l'ensemble des examens de recrutement prévus au SMG en dehors du dépistage d'une dyschromatopsie et la RP de face (normalement déjà faite au recrutement SP) ;
- otoscopie avec manœuvre d'équilibration active.

#### 3.3.2.4 - En cours de carrière

L'ensemble des examens prévus au recrutement est répété à chaque VMA.

## 3.4 - Tableau récapitulatif des examens paracliniques et complémentaires

		SMG				SMR					SMRA						
		non spécialistes USAR CYN0 RCH		RAD		non spécialistes		SMPM		Formateurs caïsson		non spécialistes		SAV		SAL	
		VMI	VMA VI	VMI	VMA VI	VMA	VMI	VMA	VMI	VMA	VMA	VMI	VMA	VMI	VMA	VMI	VMA
Biologie sanguine	standard	X	1	X	1	2	2	2	2	2	2	X	1	X	2		
	ionogramme			X													
	urémie			X													
examen urinaire	compte d'Addis			X													
	anatomocytologie								4	4							
examens complémentaires	RP de face	X		X								X					
	Fond d'œil			X													
	TDM thoracique basse dose								5	5							
examens paracliniques	Acuité visuelle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acuité auditive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X
	BU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Stupéfiants	X	3	X	3	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X
	Biométrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ECG	X	3	3	3	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X
	EFR	X	3	3	3	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X
	otoscopie														X	X	X

Figure 1 : 1 : Tous les 8 ans avant 40 ans, à 45 ans, tous les 4 ans après 45 ans ; 2 : Tous les 4 ans avant 40 ans puis tous les 2 ans ; 3 : à chaque VMA ; 4 : Tous les 6 mois après 20 ans d'exposition ; 5 : Tous les 10 ans après 20 ans d'exposition ; 6 : Selon décision MSP agréé, a minima tous les 4 ans avant 45 ans et tous les 2 ans après 45 ans

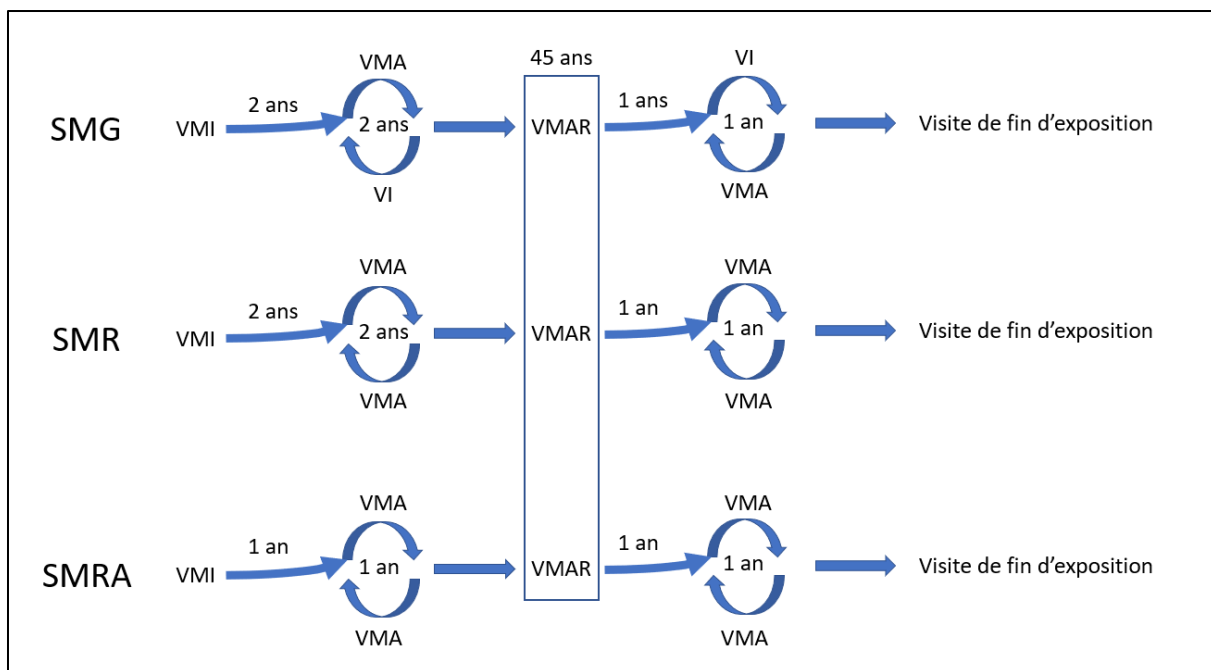


Figure 2 : dans le SDIS 63, les SP en SMG et SMR ont les mêmes périodicité et nature de visite tant que les VI ne sont pas mises en place.

## **4 - GESTION DES INAPTITUDES**

### **4.3 - Inaptitude temporaire totale versus inaptitude opérationnelle**

Une inaptitude temporaire totale (ITT) est obligatoirement prononcée lorsqu'un agent est en situation de congés maladie ordinaire (CMO) ou de congés d'invalidité temporaire imputable au service<sup>3</sup> (CITIS).

Un agent placé en ITT ne peut participer à aucune activité ou mission au sein du SDIS 63, y compris les cérémonies. L'ITT est donc à différencier de l'inaptitude opérationnelle qui interdit uniquement les missions opérationnelles.

La décision de placer un agent en ITT ou en inaptitude opérationnelle seule dépend non seulement de la capacité à exercer des activités opérationnelles mais également du poste que l'agent occupe (grade et fonctions).

Ainsi, un SPV dont les fonctions sont uniquement opérationnelles (comme par exemple un agent au grade de Sapeur) et dont l'état de santé est incompatible avec les missions opérationnelles est généralement placé en ITT. Cependant, si son état de santé reste compatible avec les formations pratiques, il peut justifier d'une inaptitude opérationnelle seule dans le cas où son état est susceptible d'évoluer positivement à court terme. Ainsi l'agent pourra maintenir ses compétences et reprendre son activité opérationnelle sans délai lorsqu'il retrouvera son aptitude opérationnelle. Si l'état de santé de l'agent est peu susceptible de lui permettre une reprise opérationnelle dans les 6 mois, la question de l'ITT doit être posée.

L'inaptitude opérationnelle de longue durée d'un SPP homme du rang ou sous-officier doit faire l'objet d'un avis en chefferie pour évaluation des possibilités d'aménagement de poste.

Un SPV dont les missions ou fonctions comportent des activités non opérationnelles peut justifier du maintien en inaptitude opérationnelle quelle que soit la durée de l'inaptitude. Par exemple, il est justifié de maintenir en inaptitude opérationnelle un chef de caserne dont l'activité comprend essentiellement des tâches administratives. Un contact avec la hiérarchie et le service RH sera indispensable.

### **4.4 - Inaptitude temporaire versus inaptitude définitive**

#### **4.4.2 - Définition**

Une inaptitude définitive peut être partielle, ne concernant qu'une partie des tâches ou missions, ou totale pour l'ensemble des missions ou tâches du poste/fonctions exercées. Elle est prononcée lorsque l'état de santé de l'agent ne lui permet plus d'effectuer la mission ou que la mission comporte un risque non négligeable d'aggraver son état de santé (par exemple le travail de nuit ou les missions incendie chez un agent ayant présenté un syndrome coronaire aigu sur une pathologie coronaire évolutive). L'inaptitude définitive est prononcée avant tout en raison du caractère irréversible de la pathologie l'ayant entraîné et/ou d'une faible chance d'amélioration même à long terme.

Le MSP agréé ne prononce pas d'inaptitude définitive lors de la visite médicale. Il doit cependant la proposer sur le CeMA. La commission médicale d'aptitude (CMA) devra alors se réunir pour trancher.

Cependant, en dehors de circonstances particulières (par exemple, un SPP ayant été déclaré inapte à toutes les fonctions de son grade par le conseil médical départemental), le caractère définitif de l'inaptitude n'emporte pas de contrainte juridique/réglementaire l'empêchant d'être réévaluée. Ainsi, à la demande de l'agent ou du MSP agréé qui le reçoit en visite, la CMA peut lever une inaptitude définitive. Evidemment, par construction, ces situations doivent rester exceptionnelles (par exemple, arrêt d'anticoagulation orale antérieurement considérée comme définitive, levée de contre-indication à un vaccin, etc.)

---

<sup>3</sup> Le CITIS est le congés maladie sous lequel l'agent est placé lorsqu'il est arrêté en raison d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle.

#### **4.4.3 - Commission médicale d'aptitude**

La CMA se réunit lorsqu'une inaptitude définitive partielle ou totale est proposée lors d'une visite par le MSP agréé. Tous les SP, volontaires comme professionnels, relèvent de la CMA. Elle est la seule habilitée à se prononcer sur le caractère définitif de l'inaptitude. L'avis de la CMA peut également être sollicité à la demande du Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours (DDISIS), du médecin-chef ou du SP concerné.

La CMA, présidée par le médecin-chef, est composée du médecin référent en santé au travail et de deux MSP agréés.

Lorsque la CMA est sollicitée, le médecin référent en santé au travail est chargé de la préparation du dossier. Il informe l'agent du déroulement de la procédure et prescrit tout examen ou avis spécialisé nécessaire. Lorsque son avis est sollicité, la CMA se réunit dans un délai d'un mois. Dans le cas où le médecin référent en santé au travail sollicite des examens ou avis complémentaires, la CMA se réunit dans un délai d'un mois après l'obtention des résultats.

Le SP peut être présent lors de la CMA, éventuellement accompagné de son chef de caserne et/ou d'un médecin de son choix. Le chef de caserne ne peut assister à aucun échange ayant rapport à la pathologie de l'agent.

Lors de la session, le médecin référent en santé au travail présente le dossier aux membres de la CMA puis le SP est invité à participer au débat avant de se retirer pendant la délibération. L'avis de la CMA est ensuite présenté et expliqué au SP. La CMA peut sursoir à rendre un avis dans l'attente de nouveaux examens. Le médecin référent en santé au travail est chargé de rédiger l'avis, signé par le médecin-chef, et d'en informer l'autorité territoriale. Une copie est adressée au SP.

#### **4.5 - Suspension d'engagement pour raison médicale**

A partir du 3<sup>e</sup> mois d'ITT, un SPV est placé en suspension d'engagement pour raison médicale. Elle peut être interrompue à tout moment dès que le SPV retrouve une aptitude partielle ou totale. La suspension d'engagement pour raison médicale ne peut durer plus de 3 ans successifs. Au bout de 3 ans de suspension pour raison médicale, une visite médicale est obligatoire. En cas de poursuite de l'ITT, le dossier est soumis à l'avis de la CMA. La CMA se prononce sur l'inaptitude définitive de l'agent. Si le SPV n'est toujours pas en mesure de reprendre une activité, il est radié des effectifs. Le SPV peut également solliciter une disponibilité pour raison personnelle. Un SPV ne peut cumuler plus de 5 ans de suspension d'engagement sur sa carrière quelle qu'en soit la raison.

#### **4.6 - Cas particulier de la consommation de substances psychoactives**

Le dépistage des substances psychoactives (produits ou médicaments) dans le cadre du suivi médical a pour but de repérer les usages abusifs et les addictions et d'assurer l'information sur les conséquences et risques de l'usage de ces substances notamment dans le cadre de la conduite des véhicules du service. La prise de médicaments (ex. : antidépresseurs, somnifères, anxiolytiques, etc.), même sans usage abusif, impose d'évaluer l'aptitude à la réalisation des missions, notamment sur l'activité de nuit et la conduite de véhicule/manipulation d'outils dangereux.

La consommation occasionnelle de substances réglementées ou interdites relève de la sanction disciplinaire lorsque le SP consommateur accomplit son service sous l'influence de telles substances. Cependant, en parallèle de toute enquête administrative/sanction disciplinaire, le MSP agréé peut être sollicité pour accompagner l'agent (orientation, suivi de l'aptitude) et sa hiérarchie (en tant que conseiller technique).

A chaque visite le MSP agréé interroge le SP sur ses consommations et les thérapeutiques médicamenteuses qui lui sont prescrites. Un dépistage urinaire des toxiques et le dosage des CDT sont réalisés selon la périodicité prévue dans le suivi médical dont bénéficie l'agent. Cette périodicité peut être revue au cas par cas à la demande du MSP agréé.

Le dépistage urinaire comprend la détection du tétrahydrocannabinol, des opioïdes, de la cocaïne et des benzodiazépines.

Le refus de se soumettre au test de dépistage lors du temps de visite entraîne l'inaptitude.

En dehors des positivités liées à un traitement médical, la positivité du test lors du recrutement entraîne l'inaptitude.

En cas de dépistage positif :

- Il n'est pas forcément nécessaire de faire confirmer le résultat par un dosage sanguin ou urinaire en laboratoire d'analyse médicale, sauf contestation du résultat. Dans ce cas, en attendant le résultat, une inaptitude temporaire conservatoire est prononcée.
- Le sapeur-pompier est déclaré inapte temporaire aux fonctions opérationnelles, à la conduite des véhicules du service et à toute activité considérée dangereuse jusqu'à la réalisation d'un nouveau test par le service de santé du SIS.

Le nouveau test est programmé par le médecin qui tient compte des délais de négativation des produits détectés (cf. annexe 8).

- La persistance de la positivité entraîne la poursuite de l'inaptitude durant trois mois au minimum permettant la mise en place d'un accompagnement au sevrage.
- Après trois mois, une visite médicale complète associée à un nouveau test est réalisée permettant soit la reprise de l'activité opérationnelle totale ou partielle, soit de prononcer une inaptitude définitive aux fonctions de sapeur-pompier.
- Dès lors qu'un sapeur-pompier aura été dépisté positif, le dépistage lui sera alors appliqué systématiquement à chaque visite médicale ou paramédicale en lien avec son aptitude.

En cas de positivité liée à la prise d'un traitement médical, la situation sera évaluée au cas par cas par le MSP agréé.

## 5 - SIGYCOP

### 5.3 - Principes

Les sigles correspondent respectivement :

S : à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs ;  
I : à la ceinture pelvienne et aux membres inférieurs ;  
G : à l'état général et à toute affection susceptible de retentir sur l'organisme dans son ensemble ;  
Y : aux yeux et à la vision (sens chromatique exclu) ;  
C : au sens chromatique ;  
O : aux oreilles et à l'audition ;  
P : au psychisme.

Coefficient 1 : il traduit l'aptitude à tous les emplois, même les plus pénibles, les plus contraignants ou les plus stressants.

Coefficient 2 : il autorise la plupart des emplois. Attribué au sigle P, il traduit l'existence d'un trouble psychopathologique léger sans influence sur les capacités à réaliser et tolérer psychologiquement les activités opérationnelles du sapeur-pompier. Ce coefficient peut entraîner des inaptitudes opérationnelles partielles, temporaires ou définitives ;

Coefficient 3 :

- attribué à l'un des sigles S, I ou G, il entraîne une restriction significative dans l'entraînement et limite l'éventail des emplois (en particulier les activités de lutte contre les incendies) ;
- attribué au sigle P associé à la lettre « T », il traduit l'existence d'un trouble psychopathologique dont la nature, la sévérité et/ou la prise en charge médicale sont temporairement incompatibles avec l'activité opérationnelle. Il entraîne une inaptitude opérationnelle temporaire. Sans la mention « T », il traduit l'existence d'un trouble psychopathologique dont la nature, la sévérité et/ou la prise en charge médicale sont incompatibles avec l'activité opérationnelle. Il peut permettre le maintien dans une activité de sapeur-pompier correspondant au profil D uniquement pour les troubles mentaux organiques, les troubles de l'humeur ou les symptomatologies névrotiques. A défaut, il entraîne une inaptitude définitive aux fonctions de sapeur-pompier.

Coefficient 4 :

- attribué à l'un des sigles S, I ou G, il impose des restrictions importantes d'activité, précisées par le médecin ;
- attribué au sigle C, il indique une inaptitude à la conduite des véhicules du groupe II (poids lourd et transport en commun). Il n'est attribué que sur avis spécialisé ;
- attribué au sigle P, il indique une inaptitude définitive aux fonctions de sapeur-pompier en raison de troubles psychopathologiques, de troubles importants de la personnalité ou de l'adaptation, de pathologie psychiatrique évolutive ou d'antécédents de pathologie psychiatrique qui ne correspondraient pas aux cotations 2 à 3.

Coefficient 5 :

- attribué au sigle Y, il est incompatible avec les activités de lutte contre les incendies, les spécialités opérationnelles et la conduite des véhicules du groupe II ;
- attribué à l'un des sigles S, I, G ou O, il impose une inaptitude opérationnelle en raison des restrictions majeures d'activité, précisées par le médecin et entraîne une inaptitude à la conduite des véhicules du groupe II ;
- attribué au sigle P, il indique une inaptitude définitive aux fonctions de sapeur-pompier en raison de troubles psychopathologiques, de troubles importants de la personnalité ou de l'adaptation, de

pathologie psychiatrique évolutive ou d'antécédents de pathologie psychiatrique qui ne correspondraient pas aux cotations 2 à 4.

Coefficient 6 : quel que soit le sigle auquel il est attribué, il entraîne une inaptitude totale.

## **5.4 - S et I**

Lorsqu'une atteinte des membres supérieurs ou inférieurs est consolidée, le médecin peut estimer la capacité du sapeur-pompier à réaliser les missions confiées par des mises en situation. Comme indiqué précédemment, il conserve la cotation liée à la pathologie, indique le résultat des tests et motive sa décision d'aptitude dans le dossier médical.

## **5.5 - G**

### **5.5.1 - *Appréciation des effets d'une pathologie ou d'un cumul de pathologies***

Le médecin tient compte des effets d'une pathologie ou d'un cumul de pathologies, notamment sur la résistance et la fatigabilité du sapeur-pompier durant l'effort. A cet égard, il peut être amené à aggraver sa décision par rapport à la cotation du G.

### **5.5.2 - *Troubles du langage écrit***

Les troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe et dysgraphie) ne sont pas des causes d'inaptitude médicale lors du recrutement et en cours de carrière.

### **5.5.3 - *Appréciation de l'équilibre staturo-pondéral***

L'examen clinique permet d'évaluer si l'harmonie - taille, poids, musculature- est compatible avec une activité opérationnelle. En cas de doute, un exercice de mise en situation peut être utilisé. En cas d'inaptitude, l'avis doit être motivé dans le dossier médical.

### **5.5.4 - *Excès pondéral***

L'excès de poids isolé n'est pas à lui seul une cause d'inaptitude, il en est de même de l'IMC. Ces indications sont à combiner avec les éléments péjoratifs que sont le tour de taille excessif, la sédentarité, le tabagisme, l'âge supérieur à 45 ans ou l'existence de complications (cardio-vasculaires, tensionnelles, métaboliques, sur l'appareil locomoteur, etc.) ou d'antécédents familiaux.

Il est également nécessaire de prendre en compte l'évolution dans le temps (en cours d'amaigrissement ou au contraire de prise de poids), en fonction des éventuelles prises en charge (médecin traitant, diététicien, psychologue, etc.) et de la compliance du sapeur-pompier.

L'IMC doit être considéré comme une indication approximative car il ne correspond pas nécessairement à la même masse grasseuse pour chaque individu.

Le périmètre abdominal (mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque) est jugé trop élevé s'il est supérieur ou égal à 80 cm pour une femme et à 94 cm pour un homme.

L'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires (qu'il faut alors rechercher).

Pour mémoire, la HAS indique que la mesure de la composition corporelle par impédancemétrie, la mesure du pli cutané et le rapport tour de taille/tour de hanche ne sont pas recommandés en médecine de premier recours.

Seule l'obésité massive est un facteur d'inaptitude à elle seule. En deçà, la cotation G = 2 ou 3 peut être appliquée en fonction de la mesure du périmètre abdominal, de l'absence de complication, de

l'activité physique quotidienne, des ICP et, le cas échéant, de l'efficacité des traitements suivis construisant le faisceau d'arguments sur lequel la décision se base.

Bases de décision d'aptitude :

- Surpoids (IMC 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup>)
  - o non compliqué, quel que soit le tour de taille : apte toutes fonctions, y compris des spécialités.
  - o non isolé, quel que soit le tour de taille : aptitude en fonction de la nature de la symptomatologie associée.
- Obésité modérée (IMC 30 à 34,9 kg/m<sup>2</sup>)
  - o non compliquée, non associée à l'augmentation du tour de taille (< 80 cm chez la femme et < 94 cm chez l'homme) : apte toutes fonctions, y compris des spécialités.
  - o non compliquée, associée à l'augmentation du tout de taille : apte toutes fonctions opérationnelles et de commandement, aptitude aux fonctions des spécialités à discuter et à argumenter.
  - o compliquée avec traitement efficace et sans sédentarité : apte toutes fonctions opérationnelles et de commandement, inapte aux fonctions des spécialités.
  - o compliquée ou avec traitement efficace mais sédentarité : inapte aux fonctions de lutte contre les incendies, inapte aux fonctions des spécialités.
- Obésité sévère (IMC 35 à 39,9 kg/m<sup>2</sup>) : inapte aux fonctions de lutte contre les incendies, inapte aux fonctions des spécialités, les autres aptitudes peuvent être discutées.
- Obésité massive (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) : inapte aux fonctions opérationnelles et des spécialités.

Des aptitudes et des inaptitudes temporaires, partielles ou totales, peuvent être indiquées pour des périodes d'accompagnement, de mise en place de traitements visant à réduire le poids, les effets métaboliques ou tensionnels.

Il sera aussi tenu compte de l'absence de prise de conscience de la problématique de santé lors des visites successives.

Afin de maintenir l'aptitude d'un sapeur-pompier tout au long de sa carrière, l'identification d'un excès pondéral doit s'accompagner d'informations et de conseils tels qu'indiqués par la Haute Autorité de Santé. L'orientation vers la diététicienne doit être proposée.

### **5.5.5 - Cas particulier de l'infection au VIH**

L'infection au VIH peut être une contre-indication aux activités de sapeur-pompier en fonction de sa symptomatologie, de la mauvaise tolérance à son traitement et d'un niveau d'immunité cellulaire réduit.

Ainsi, pour être apte aux activités de sapeur-pompier, il conviendra que l'infection au VIH soit asymptomatique, traitée, avec charge virale inférieure à 50 copies/ml et lymphocytes T CD4+ supérieurs à 500/mm<sup>3</sup>, et que le traitement soit bien toléré.

### **5.5.6 - Cas particulier du diabète insulino-dépendant**

#### **5.5.6.1 - Au recrutement**

Au regard de l'évolution des techniques de gestion du diabète insulino-dépendant (notamment les possibilités offertes par les pompes à insuline associées aux capteurs de glucose interstitiel en continu), de la réglementation relative à l'accès aux professions et des mesures de sécurité à mettre en œuvre lors des interventions, une aptitude aux fonctions de sapeur-pompier peut être autorisée dans tous les domaines opérationnels hors équipes spécialisées et à l'exclusion des colonnes de renfort ou des projections outre-mer ou à l'étranger.

De manière générale, le sapeur-pompier diabétique insulino-dépendant est inapte aux situations d'isolement, d'éloignement sans possibilité de prise en charge immédiate, de durée avec impossibilité de s'alimenter et de difficulté de conservation ou d'approvisionnement du traitement.

Pour être déclaré apte, le candidat doit remplir les conditions suivantes :

- il ne doit pas présenter de complication de son diabète ;
- il doit être suivi médicalement avec régularité par son médecin traitant et un endocrinologue ;
- il doit être parfaitement autonome pour gérer sa maladie et son équilibre glycémique ;
- son diabète doit présenter les critères d'un bon équilibre ;
- il ne doit pas présenter d'hypoglycémie lors d'efforts intenses ;
- son traitement et les outils qui l'administrent et l'adaptent doivent tolérer les conditions d'activité des sapeurs-pompiers.

Le médecin du SIS agréé à l'aptitude s'aide de l'avis du médecin spécialiste référent du candidat en lui demandant :

- une confirmation de la qualité de l'auto-gestion par l'individu de sa maladie et de la stabilité du diabète (au quotidien et en situation d'activité physique et sportive) ;
- un avis par rapport au panel des activités et situations SP et à leurs conditions de réalisation.

Une expertise psychologique peut être demandée, de même qu'une mise en situation avec effort intense encadrée médicalement.

Le candidat est informé qu'il devra communiquer tous les éléments de son suivi médical personnel à chaque visite d'aptitude. Si ces éléments ne sont pas communiqués, une décision d'inaptitude sera prononcée.

Le candidat est averti de la possibilité de révision de son aptitude médicale à tout moment en fonction de l'évolution de sa pathologie.

#### *5.5.6.2 - Survenue en cours de carrière ou d'engagement*

La décision d'inaptitude du sapeur-pompier professionnel ou volontaire diabétique insulino-dépendant ne doit pas être systématique. Elle se fait au cas par cas, en fonction des critères d'équilibre glycémique et des éventuelles complications. Il s'agit d'évaluer la capacité réelle du sapeur-pompier à assurer les missions qui lui sont confiées sans risque pour sa santé, pour sa sécurité et celles des autres intervenants.

Une inaptitude opérationnelle temporaire peut être nécessaire jusqu'à stabilisation de l'équilibre glycémique et assurance de la qualité du suivi et des capacités de gestion de la maladie par le sapeur-pompier.

Une aptitude opérationnelle restreinte peut être autorisée.

Une aptitude limitée aux horaires les plus favorables du nyctémère peut être envisagée.

Les critères indiqués au paragraphe précédent sont à respecter.

#### *5.5.6.3 - Maintien en activité d'un sapeur-pompier diabétique insulino-dépendant*

Les sapeurs-pompiers diabétiques insulino-dépendants sont suivis en visite médicale d'aptitude au moins annuellement quel que soit leur âge. Ils bénéficient du suivi médical dit SMRA (cf. 3.3).

Les visites médicales sont utilement programmées consécutivement à la consultation du diabétologue ou, le cas échéant, du médecin traitant suivant le diabète.

Les éléments recherchés au recrutement sont évalués à chaque visite médicale d'aptitude.

### **5.5.7 - Cas particulier de la prise d'anticoagulants**

En cas de traitement par un anticoagulant et durant toute la durée de ce dernier, la balance bénéfice/risque est en faveur d'une inaptitude aux fonctions opérationnelles du domaine de la lutte contre les incendies, du domaine de la protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement ainsi que du secours routier.

Seul un traitement anticoagulant en monothérapie peut permettre une aptitude opérationnelle pour l'activité de secours à personne. Cette dernière est toutefois décidée en fonction de la pathologie justifiant ce traitement et de l'état de santé du sapeur-pompier.

### **5.5.8 - Vaccinations**

#### *5.5.8.1 - Au recrutement*

Concernant l'immunisation contre l'hépatite B, le candidat peut être déclaré apte au recrutement et participer à sa formation d'intégration ou à sa formation initiale dès lors qu'il a débuté sa vaccination.

Toutefois, il ne pourra participer aux interventions qu'une fois les conditions d'immunisation acquises (cf. annexe 9).

#### *5.5.8.2 - En cours de carrière ou d'engagement*

Le SDIS 63 procède aux vaccinations qui sont obligatoires pour les sapeurs-pompiers. Il peut procéder aux vaccinations conseillées par le calendrier vaccinal à la population générale<sup>4</sup>.

Les missions en outre-mer et à l'étranger peuvent nécessiter des vaccinations complémentaires qui sont soit obligatoires, soit conseillées.

En général, le délai de mobilisation est incompatible avec l'acquisition d'une protection immunitaire post vaccinale. Il est donc conseillé aux sapeurs-pompiers qui souhaitent participer à ces missions d'être préalablement immunisés contre la fièvre jaune et l'hépatite A.

Concernant des sapeurs-pompiers non vaccinés alors que la vaccination est conseillée, le médecin évalue l'intérêt de la proposer en fonction du délai d'arrivée dans la zone concernée et, à défaut, informe le sapeur-pompier du risque encouru et des éventuelles mesures de précaution à prendre. Une fois informé, le sapeur-pompier décide de confirmer ou non son intention de partir en mission.

### **5.5.9 - Prise en compte du risque cardiovasculaire**

Le repérage d'un sapeur-pompier symptomatique entraîne une inaptitude opérationnelle temporaire jusqu'à l'analyse des résultats des avis spécialisés.

En prévention primaire, l'analyse du risque cardiovasculaire des sapeurs-pompiers asymptomatiques sans facteur de risque cardiovasculaire majeur s'appuie sur les recommandations éditées par la HAS<sup>5</sup>. A partir de 40 ans, un index SCORE 2 (en utilisant la table correspondante au territoire concerné, figurant en annexe 1) est calculé et noté dans le dossier médical.

Cette évaluation est ensuite réalisée à chaque fois qu'un bilan biologique est réalisé dans le cadre du suivi de l'agent. Pour les agents en SMG, l'évaluation a lieu à 40 ans, 45 ans puis tous les 4 ans. Pour les autres, l'évaluation a lieu tous les 2 ans à partir de 40 ans. Cet intervalle peut être réduit au cas par cas à la demande du MSO agréé.

Les risques estimés hauts et très hauts, selon la classification européenne du risque cardiovasculaire, comme toute symptomatologie d'effort, donnent lieu à un avis médical spécialisé afin de prévoir les examens paracliniques adaptés. En attendant cet avis, le sapeur-pompier est placé en inaptitude

<sup>4</sup> [calendrier\\_vaccinal-octobre2025.pdf](#)

<sup>5</sup> [Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours](#)

opérationnelle temporaire. L'avis peut être pris en charges par le SDIS 63, les examens complémentaires demandés par le spécialiste non.

Le médecin s'appuie aussi sur les résultats et leur évolution dans le temps des indicateurs de la condition physique (VO2max, tests de Luc Léger ou de VAM-éval s'ils lui sont fournis, ou de tout test validé scientifiquement).

L'utilisation systématique d'une grille de lecture de l'électrocardiogramme est recommandée pour optimiser l'interprétation. Un ECG dont l'analyse montre un tracé « non normal » doit être adressé au cardiologue référent par mail au cours de la visite.

## **5.6 - Y**

L'acceptation d'un sigle Y supérieur à 3 dans les différents profils est possible uniquement pour la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, dès lors qu'ils sont corrigés.

La cotation Y4, ou au-delà, nécessite le port d'un appareillage de correction de la vue, y compris dans l'ARI ou dans le masque de plongée.

Le port de lentilles de contact est possible dans le cadre des activités opérationnelles des sapeurs-pompiers en dehors des activités SAV et SAL. La mention « sous réserve du port d'un dispositif de correction de la vue » est indiquée sur le certificat médical.

En cas de chirurgie, le délai avant la reprise de l'activité est soumis à l'avis de l'ophtalmologue traitant.

Pour la conduite des véhicules du service, les règles définies pour l'obtention ou le renouvellement du permis de conduire s'appliquent.

Ces règles sont aggravées pour la conduite des véhicules de service en intervention : les troubles du champ visuel constituent une contre-indication à la conduite des véhicules de service en intervention.

## **5.7 - C**

Le sigle C n'est pas coté pour établir le profil d'aptitude à l'activité de sapeur-pompier.

Cependant, durant l'examen, vérifier la vision des couleurs reste intéressant pour dépister les dyschromatopsies, notamment acquises pour alors en faire rechercher l'étiologie (cette recherche n'est alors pas prise en charge par le SIS).

En cas de dyschromatopsie, le médecin évalue avec l'intéressé son degré de gêne et informe le sapeur-pompier des difficultés que cela peut lui poser dans certaines circonstances.

## **5.8 - O**

La cotation O3 peut être obtenue par audiométrie vocale, y compris à l'engagement.

La présence d'un implant cochléaire contre-indique l'activité de lutte contre les incendies, protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement ou de secours routier.

En cours de carrière, l'utilisation d'appareils auditifs n'est pas une contre-indication.

## **5.9 - P**

La détermination de l'aptitude nécessite de porter une attention particulière à l'équilibre psychologique de l'intéressé.

Elle peut donner lieu à une demande d'expertise psychologique ou d'une demande d'expertise psychiatrique par le médecin du SIS agréé pour lui permettre d'établir la cotation « P ». Cette demande

précise les attendus des fonctions du sapeur-pompier, les affects potentiels associés et les nécessités de relations avec autrui. Le compte-rendu de cette expertise est intégré au dossier médical.

En cas de contestation de la cotation du « P » en cours de carrière, l'inaptitude prononcée doit être confirmée après avis spécialisé.

## 6 - Principales expositions opérationnelles

Pour chaque risque considéré, un renvoi vers la partie aptitude correspondante est proposé sous la forme « A : numéro de chapitre ».

### 6.1 - Risques communs à l'ensemble des missions opérationnelles

Certaines expositions sont communes à l'ensemble des missions et peuvent donc impacter l'aptitude opérationnelle de façon globale. Il s'agit principalement de l'exposition aux efforts physiques, du contact avec le public, du travail de nuit et horaires atypiques et du risque routier.

L'exposition aux efforts physiques doit faire considérer la condition physique des agents d'une part et l'existence de troubles musculosquelettiques susceptibles de s'aggraver d'autre part.

L'appréciation de la condition physique s'appuie, en sus de l'interrogatoire, sur les indicateurs de la condition physique (ICP). Une condition physique inadéquate n'est pas, à elle seule une cause d'inaptitude. Une inaptitude totale ou partielle, temporaire ou définitive, peut être prononcée en raison d'une pathologie limitant la capacité d'entraînement et de maintien de la condition physique. En l'absence d'une telle pathologie, il convient d'informer l'agent des risques (de blessures, de difficulté à mener ses missions à bien), de délivrer les messages et conseils appropriés, et, si nécessaire, d'alerter sa hiérarchie.

Au recrutement, une vigilance particulière doit être apportée aux troubles musculosquelettiques susceptibles de se compliquer, en particulier les défauts d'axes (scolioses avec angle de Cobb > 20°, genu varum/valgum, ...).

Le contact du public est un risque psychosocial (RPS) particulièrement prévalent. Son intensité est également plus importante pour les SP en intervention qui sont au contact de personnes (victimes, leur entourage et témoins) pouvant être agressives. Au recrutement, il est nécessaire de considérer la capacité du candidat à supporter ce risque particulièrement en présence de pathologies psychiatriques ou de troubles de la personnalité. En cours de carrière, l'anamnèse comprendra systématiquement une recherche de symptômes de psycho traumatisme.

Le travail de nuit et les horaires atypiques ont un impact multiplicatif sur le risque cardiovasculaire. L'activité de nuit des SP en garde postée ou en astreinte se caractérise par une organisation irrégulière pouvant entraîner des difficultés d'adaptation du rythme circadien et par des périodes de sommeil interrompues avec réveils brutaux. Dans ce contexte, il convient d'être vigilant sur les risques de décompensation des pathologies chroniques, les difficultés d'adaptation de leurs traitements et aux troubles du sommeil. (A : 7.1)

Le risque routier en tant que passager ou conducteur d'un agrès lorsque l'équipage se rend sur les lieux d'une intervention, ou en tant que piéton sur la voie publique pendant l'intervention, impose une attention particulière lors de la détermination de l'aptitude. Cela est important chez les conducteurs qui doivent remplir des conditions d'aptitude particulières, mais il ne faut pas négliger les troubles de l'audition qui peuvent entraîner des difficultés pour le SP à prendre en compte des situations dangereuses dans un environnement souvent bruyant.

Enfin, un risque commun à l'ensemble des missions, moins fréquent mais à ne pas négliger : les maladies pouvant être transmises par les animaux de compagnies/animaux sauvages (le plus souvent par griffure/morsure d'un SP sur les lieux de l'intervention) et en particulier la rage.

### 6.2 - Risques spécifiques

#### 6.2.1 - Secours et soins d'urgence à personne (SSUAP)

(A :7.2)

Le principal risque spécifique au SSUAP est le risque biologique, en lien avec la prise en charge de victimes porteuses de pathologies infectieuses ou parasitaires. La contamination peut avoir lieu par

accident d'exposition au sang (AES), par voie aérienne ou par contact. Les principaux agents pathogènes rencontrés sont :

- Les maladies sexuellement transmissibles lors des AES : hépatites, VIH
- Les pathologies infectieuses graves ou touchant des personnes fragiles : méningites bactériennes, grippe, COVID, etc.
- Les infestations parasitaires : punaises de lit, puces, gale

Le port de charges lourdes n'est pas une exposition spécifique au SSUAP. Cependant, pour les SPP, les missions SSUAP, de par la manutention de malades qu'elles impliquent (souvent dans des conditions dégradées par rapport aux structures de soins) entrent dans la liste limitative du tableau de maladies professionnelles n°98 du régime général de la sécurité sociale. Un SPP remplit les conditions du tableau s'il présente :

- Un conflit disco radiculaire sur les étages L2 à S1 entraînant une sciatique ou une cruralgie (la symptomatologie doit correspondre à l'imagerie)
- Une exposition à ces missions d'au moins 5 ans avant le début de la maladie (si la maladie débute après cessation de l'exposition, cette cessation doit avoir eu lieu moins de 6 mois avant)

Tout SPP remplissant les conditions de ce tableau doit en être informé et orienté vers son médecin traitant, si possible avec un courrier.

Les SPV n'exerçant pas ces missions à temps plein, ils ne remplissent pas les conditions du tableau. L'obtention d'une reconnaissance de maladie contractée en service pour une sciatique ou une cruralgie devra être traitée comme une maladie hors tableau.

### **6.2.2 - Missions de protection des personnes, des animaux des biens et de l'environnement (PPABE)**

(A : 7.4)

Les missions PPABE (anciennement interventions diverses ou DIV) sont marquées par des expositions spécifiques à l'utilisation d'outils dangereux (tels que tronçonneuse), par le travail en hauteur (bâchage de toiture par exemple), l'utilisation de produits chimiques dangereux (destruction de nids d'insectes) et l'exposition aux CMR (en particulier l'amiante lors du travail sur bâti détérioré par des événements météorologiques exceptionnels).

Il convient d'être particulièrement vigilant sur les troubles de l'équilibre et les TMS à risque de chute.

### **6.2.3 - Missions de lutte contre les incendies (INC)**

(A : 7.3)

Les missions INC sont marquées par l'exposition à des chaleurs et effort physiques intenses, le travail en hauteur (notamment pour les écheliers mais pas exclusivement) et les CMR via les fumées d'incendies. C'est dans les missions incendie que l'exposition CMR est la plus intense.

L'exposition aux fumées d'incendie donne lieu, lorsque certains critères sont remplis, à la remise d'une attestation d'exposition lors de la visite de fin d'exposition. Cette attestation permet au SP d'accéder au suivi médical post exposition. Lorsque les critères sont réunis avant la fin d'exposition (c'est-à-dire en cours de carrière ou d'engagement), le suivi médical doit s'adapter.

L'attention doit porter sur la condition physique et le risque cardiovasculaire avant tout mais il ne faut pas négliger les TMS pouvant limiter la capacité du SP à effectuer un dégagement d'urgence d'une personne ou à se mettre lui-même en sécurité. A noter, les missions INC du fait de la manipulation des tuyaux notamment sont des missions pouvant entraîner des sollicitations importantes des membres supérieurs en particulier des épaules. Le MSP agréé doit garder à l'esprit qu'un SP en tenue de feu complète avec ARI porte déjà à minima 30 kg d'EPI (variations possibles en fonction du type d'EPI et en particulier du type de bouteille). Il n'est donc pas rare qu'un équipier BAT doive supporter des

charges > 55 kg sur intervention. Pour une femme, le poids des EPI dépasse déjà la limite de 25 kg admise par le code du travail pour la manutention manuelle habituelle sans avis d'un médecin du travail.

#### **6.2.4 - Missions de secours routier (SR)**

(A : 7.3)

Les missions de secours routier sont à risque d'exposition CMR en raison des lieux d'intervention (voie publique avec circulation) et des activités (poussière de silice dans la découpe de pare-brise). Il n'y a pas de preuve d'un surcroît de morbi-mortalité lié à ces activités (en particulier pour la silice en raison d'une exposition peu fréquente). Il convient tout de même d'être vigilant sur le cumul d'exposition chez les SPV en raison de leur activité professionnelle.

#### **6.2.5 - Missions des spécialistes en risque chimique (RCH)**

(A : 7.6.4)

Les spécialistes RCH sont soumis à la chaleur et efforts physiques intenses liés au port des EPI. Les tenues de protection étanches aux liquides sont les plus contraignantes en particulier en termes de confort thermique. Une vigilance particulière est à accorder à la condition physique et au risque cardiovasculaire.

#### **6.2.6 - Missions des spécialistes en risque radiologique (RAD)**

(A : 7.6.5)

Outre les contraintes liées au port des EPI, les spécialistes RAD sont soumis aux risques liés aux rayonnements ionisants. Ils doivent être équipés de dosimètres dont les résultats doivent être transmis au PSSM annuellement.

#### **6.2.7 - Missions des spécialistes SAV et SAL**

(A : 7.6.1 et 7.6.2)

Les SAV et SAL sont soumis au risque biologique des zoonoses et en particulier de la leptospirose. Après une forte diminution en 2020 des cas de leptospirose, liée au COVID, on observe une recrudescence importante ces dernières années. La région Auvergne-Rhône-Alpes faisait partie des plus touchées en 2023. D'après le CNR leptospirose<sup>6</sup>, Il existe une forte variation annuelle des zones les plus touchées, des régions présentant une incidence bien inférieure à la moyenne nationale pouvant se trouver parmi les zones les plus touchées d'une année sur l'autre. Dans le SDIS 63, la vaccination n'est plus obligatoire. Elle est proposée aux agents à chaque visite. Des rappels, des conseils de prévention et la conduite à tenir en cas de fièvre dans les 2 à 3 semaines suivant une intervention ou un entraînement sont donnés à chaque visite médicale.

Les SAL sont soumis aux risques des plongeurs en milieu hyperbare, leur suivi médical ne peut être effectué que par un médecin titulaire d'un diplôme de médecine hyperbare.

#### **6.2.8 - Missions de l'unité de sauvetage appui et recherche (USAR) et de l'unité sauvetage en milieu périlleux et en montagne (SMPM)**

(A : 7.6.3)

L'USAR permet d'intervenir en matière de reconnaissance, de dégagement de victimes, et de sécurisation d'un site dans les milieux effondrés ou en ruine, lorsque les moyens traditionnels des sapeurs-pompiers sont inadaptés ou insuffisants.

Le SMPM permet d'intervenir en matière de reconnaissance et de sauvetage et d'aide à la progression d'autres équipes de sauveteurs dans les milieux naturels et artificiels où les moyens traditionnels des

---

<sup>6</sup> Rapport annuel 2024 disponible sur [rapportCNRL\\_2024](#)

sapeurs-pompiers sont inadaptés, insuffisants ou dont l'emploi s'avère dangereux en raison de la hauteur ou de la profondeur et des risques divers liés au cheminement.

Les spécialistes USAR et SMPM sont particulièrement exposés au risque biologique lié au contact avec les animaux de par la fréquence des missions de sauvetage d'animaux impliquant ces équipes. De plus, il ne faut pas négliger les risques liés au travail en hauteur (particulièrement pour les SMPM), et l'exposition aux CMR (particulièrement pour les USAR) lors d'intervention sur des bâtiments effondrés en particulier sur l'exposition à l'amiante. Ces interventions restent tout de même peu fréquentes.

#### **6.2.9 - Drones**

(A : 7.6.6)

L'unité drone est engagée en appui technique du commandant des opérations de secours afin de l'aider dans la compréhension et la prise de décision sur des interventions souvent complexes et/ou dangereuses (milieux inaccessibles, feux d'espaces naturels, risques technologiques, recherche de personne...).

Les missions des spécialistes drone impliquent des contraintes physiques moindres qu'en SSUAP. Les drones utilisés par ces unités n'impliquent pas de port de charges lourdes au contraire des drones d'épandage utilisés dans l'agriculture par exemple. Ils sont tout de même amenés à évoluer sur des terrains accidentés.

#### **6.2.10 - Fonction spécifique de formateur caisson**

(A : 7.6.7)

Les formateurs caisson sont particulièrement exposés aux efforts physiques intenses et à la chaleur. L'exposition aux CMR liés aux fumées d'incendie est considérée comme importante de par la fréquence de l'exposition. Cependant l'intensité de l'exposition reste moindre dans ce contexte où la composition des fumées est contrôlée et les mesures de prévention en général mieux maîtrisées car hors contexte opérationnel au sein d'une structure pensée pour faciliter la mise en œuvre des mesures de protection.

#### **6.2.11 - Missions outre-mer et à l'étranger**

(A : 7.8)

Ces missions doivent être considérées comme aussi exigeantes que les missions INC. Elles ont la particularité de se dérouler dans des conditions sanitaires dégradées où l'accès au soin est limité.

Elles exposent particulièrement au risque biologique. Les vaccinations recommandées pour les voyageurs doivent être vérifiées et le SP immunisé. Les conditions dans lesquelles les missions sont exercées sont source de RPS.

Le sapeur-pompier engagé en outre-mer ou à l'étranger est reçu en visite d'information avant son départ. Une fiche de liaison sanitaire individuelle est établie par le PSSM et remise au SP. Cette fiche comprend, le cas échéant, les antécédents médicaux personnels notables, les traitements en cours, les allergies, les vaccins et un électrocardiogramme de référence.

Le MSP agréé peut, le cas échéant, prescrire les traitements prophylactiques qui s'avèreraient nécessaires aux sapeurs-pompiers qui partent en mission en outre-mer et à l'étranger.

#### **6.2.12 - Chaine de commandement**

(A : 7.5)

Lors d'interventions d'ampleur impliquant plusieurs agrès et/ou la présence de moyens spécialisés, une chaîne de commandement est mise en place.

Le premier niveau est celui de chef de groupe. Pour les interventions engageant plusieurs chefs de groupe un poste de commandement est mis en place. Au niveau colonne, le groupe de commandement comprend plusieurs officiers (officiers renseignement, officier moyen, officier sécurité) commandés par un chef de colonne. Au niveau site, le groupe de commandement est commandé par un chef de site et comprend en plus des personnels du niveau colonne tels qu'un officier anticipation, des chefs de secteur et une astreinte SIC (systèmes d'information et de communication).

Les missions des personnels affectés sur la chaîne de commandement impliquent des contraintes physiques moindres qu'en SSUAP. Les SP sont tout de même amenés à évoluer sur des terrains accidentés. C'est au niveau chef de groupe que les contraintes physiques restent les plus importantes.

### 6.3 - Tableau récapitulatif

Risque	précision	INC	SR	SUAP	DIV	CAISSON	RCH	RAD	USAR/SMPMI	SAV	SAL	CYNO	DRONES/COMMANDEMENT
activité physique	APS en caserne, efforts physiques ops	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
contraintes posturales /charges lourdes	manutention de malades tableau 98RG	X	X	X	X								
travail en hauteur	echelier, chute de toiture, fosses, ...	X			X				X				
outils dangereux	désincarcération, tronçonneuse, etc.	X	X		X								
bruit	avertisseurs, voie publique, etc,	X	X	X	X								
électricité	sur intervention	X			X								
explosion	sur intervention	X											
chaleur		X				X							
milieu hyperbare											X		
horaires atypiques / travail de nuit	astreintes gardes postées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
risques routiers	sur intervention, conduite d'urgence	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
risques biologiques	aes			X									
	parasitaire			X									
	zoonoses		X	X	X					X	X	X	
risques chimiques	CMR	X	X						X			X	
	CO	X											
RPS	travail au contact du public	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
	épuisement professionnel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	stress au travail	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 7 - LE CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

<b>SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DU PUY-DE-DÔME</b>	<b>CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE</b>	<b>PÔLE SANTÉ ET SECOURS MÉDICAL</b>
Nom d'usage ..... Prénom ..... Matricule ..... Date de naissance [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] SPP <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> Caserne d'affectation ..... Fonctions ..... Suivi médical : SMG <input type="checkbox"/> SMR <input type="checkbox"/> SMRA <input type="checkbox"/>		
<b>NATURE DE L'EXAMEN</b>		
Visite périodique ..... Recrutement ..... <input type="checkbox"/> - du médecin de prévention ... <input type="checkbox"/> Visite de reprise ..... <input type="checkbox"/> Maintien en activité ..... <input type="checkbox"/> - de l'agent ..... <input type="checkbox"/> Visite de pré reprise ..... <input type="checkbox"/> Visite renforcée ..... <input type="checkbox"/> - de la hiérarchie ..... <input type="checkbox"/>		
<b>CONCLUSIONS</b>		
Inaptitude temporaire totale ..... <input type="checkbox"/> Inapte au travail de nuit ..... <input type="checkbox"/>		
APTÉ      INAPTE      INAPTE Temporaire définitif?		
<b>Activités opérationnelles</b> SSUAP ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Précisions</b> INC/SR ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apte chaîne de commandement ..... <input type="checkbox"/> PPABE ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispositif de correction visuelle obligatoire ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inapte interventions sur hyménoptères ..... <input type="checkbox"/>		
<b>Activités spécialisées / fonctions spécifiques</b> SAV ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... SAL ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... USAR ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... SMPM ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... CYNO ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... RCH ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... RAD ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Drones ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Formateur caisson ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....		
<b>Conduite des véhicules du SDIS</b> groupe B (VL) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispositif de correction visuelle obligatoire ..... <input type="checkbox"/> groupe C (VSAV, PL) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inapte conduite en intervention ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inapte conduite de nuit ..... <input type="checkbox"/>		
<b>Missions extra départementales</b> Colonnes de renfort ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Outre-mer et à l'étranger ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....		
<b>Formations</b> Théoriques ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Pratiques/manœuvres ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....		
APS statutaires ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inapte sports collectifs ..... <input type="checkbox"/> Compétitions statutaires ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orientation EAP : réathlétisation <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		
La décision d'aptitude portée ci-dessus est provisoire et devra être réexaminée par le Médecin-Chef..... <input type="checkbox"/>		
Docteur ..... le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Prochaine visite Dans 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> Autre (précisez) ..... Visite de maintien en activité <input type="checkbox"/> Visite intermédiaire <input type="checkbox"/> Visite à la demande du MSP <input type="checkbox"/> Autre (précisez) .....		Signature du médecin sapeur-pompier
* Toute inaptitude définitive totale ou partielle fera l'objet d'une saisine de la commission médicale d'aptitude		

Pour chaque aptitude considérée, un renvoi vers la partie exposition correspondante est proposé sous la forme « E : numéro de chapitre ».

### 7.1 - Aptitude au travail de nuit

(E :6.1)

Une pathologie athéromateuse évolutive non ou mal contrôlée doit faire discuter l'aptitude au travail de nuit. Tout antécédent cardiovasculaire majeur (infarctus du myocarde, syndrome coronarien aigu, stents, ...) constitue une contre-indication au travail de nuit en raison de la nécessité d'un contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV).

La prise de traitements susceptibles d'entraîner des troubles de la vigilance doivent faire discuter l'aptitude au travail ou astreintes de nuit.

### 7.2 - SSUAP

(E : 6.1 et 6.2.1)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
B	3	3	3	5	-	3	2

Une attention particulière doit être portée aux SP atteints de pathologies auto-immunes ou greffés en raison du risque biologique. Un avis spécialisé peut être nécessaire.

### 7.3 - INC/SR

(E : 6.1 ; 6.2.3 ; 6.2.4)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
A	2	2	3	4	-	3	2

L'aptitude aux missions de lutte contre l'incendie ne peut être séparée des missions de secours routier (SR) dans le Puy-de-Dôme car les agrès utilisés sont les mêmes (FPTSR). Les agents affectés sur ces engins doivent donc répondre à l'aptitude la plus exigeante qui est celle des missions de lutte contre les incendies.

Une attention particulière doit être portée sur l'asthme et la BPCO. Tout syndrome obstructif à l'EFR doit faire discuter l'aptitude à l'INC.

Un antécédent d'asthme dans l'enfance, sans traitement et asymptomatique depuis plus de 3 ans, associé à une EFR normal n'est pas une contre-indication au recrutement.

Un asthme léger, parfaitement contrôlé chez une personne non fumeuse connaissant bien sa pathologie et son traitement peut autoriser les missions INC sous réserve d'un suivi spécialisé régulier. Le placement en SMR voire SMRA doit être discuté et la personne prévenue du risque d'inaptitude temporaire ou définitive en cas de dégradation de sa fonction respiratoire.

## 7.4 - PPABE

(E : 6.1 et 6.2.2)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
B	3	3	3	5	-	3	2

Une attention particulière doit être portée aux contre-indications au travail en hauteur (troubles de l'équilibre, pathologies pouvant entraîner de graves conséquences en cas de chute telle que la prise d'anticoagulant oral).

## 7.5 - Aptitude à assurer les missions de la chaîne de commandement

(E : 6.1 et 6.2.12)

Au niveau chef de groupe :

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
B	3	3	3	5	-	3	2

Au niveau chef de colonne ou chef de site :

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
C	4	4	3	5	-	3	2

## 7.6 - Activités spécialisées et fonctions spécifiques

### 7.6.1 - SAV

(E : 7.3)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
AS	2	2	2	4	-	3	2

L'information sur la leptospirose et sa vaccination doit être donnée à chaque visite.

### 7.6.2 - SAL

(E : 6.2.7)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
AS	2	2	2	4	-	3	2

Par dérogation, et sous réserve de l'utilisation d'un moyen de correction adapté intégré au casque de plongée, la cotation Y= 5, donnée en raison d'une amétropie reste compatible avec l'activité.

L'aptitude ne peut être délivrée que par un médecin hyperbariste.

Les points de vigilance pouvant entraîner une inaptitude au recrutement ou en cours de carrière concernent :

- antécédent de cryo-allergie ;
- état bucco-dentaire et articulé dentaire ;
- VEMS < 90% et VEMS/CV < 75% ;
- antécédent de pneumothorax spontané, kyste gazeux séquellaire d'un pneumothorax ;
- antécédent de chirurgie thoracique ;
- dysperméabilité tubaire, perte d'audition significative ;
- shunt droit-gauche connu non traité ;
- antécédent de traumatisme crânien grave, pertes de connaissance itératives, syndrome déficitaire ;
- antécédent de chirurgie ophtalmologique ;
- antécédent digestif susceptible de fragiliser les parois (ex : diverticulose).

Un avis spécialisé peut être nécessaire pour déterminer l'aptitude.

### 7.6.3 - USAR et SMPM

(E : 6.2.8)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
AS	2	2	2	4	-	3	2

Une attention particulière doit être portée aux contre-indications au travail en hauteur (troubles de l'équilibre, pathologies pouvant entraîner de graves conséquences en cas de chute telle que la prise d'anticoagulant oral). Il faudra également être vigilant sur les TMS des membres supérieurs et les troubles de la préhension.

### 7.6.4 - RCH

(E : 6.2.5)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
AS	2	2	2	4	-	3	2

Une attention particulière doit être portée sur la condition physique, les pathologies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque en raison des contraintes liées au port des EPI.

### 7.6.5 - RAD

(E : 6.2.6)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
AS	2	2	2	4	-	3	2

Une attention particulière doit être portée sur la condition physique, les pathologies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque en raison des contraintes liées au port des EPI.

### **7.6.6 - Drones**

(E : 6.2.9)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
C	4	4	3	5	-	3	2

### **7.6.7 - Formateur caisson**

(E : 6.2.10)

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
A	2	2	3	4	-	3	2

Ils sont suivis par le médecin référent en santé au travail.

Le carnet de brûlage doit être fourni à chaque visite, les ICP sont obligatoires. Une attention particulière doit être portée sur la condition physique, les pathologies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque.

La fonction respiratoire doit être normale, la présence d'un syndrome obstructif même minime doit faire l'objet, a minima d'un avis spécialisé.

Tout antécédent de pathologie cancéreuse doit faire discuter l'aptitude à ces fonctions.

## **7.7 - Conduite des véhicules de service**

(E : 6.1)

Les conditions minimales d'aptitude à la conduite de véhicules figurent dans l'arrêté du 28 mars 2022<sup>7</sup>.

En sus de ces conditions minimales, le MSP agréé devra évaluer la capacité du SP à la conduite d'urgence, en particulier de nuit.

### **7.7.1 - Groupe B**

#### *7.7.1.1 - Vision*

L'acuité visuelle binoculaire doit être  $\geq 5/10$ . Si une correction est nécessaire pour l'atteindre, la mention doit en être faite sur le CeMA.

Le champ visuel horizontal binoculaire est  $> 120^\circ$ . Le champ visuel vertical est d'au moins  $20^\circ$  vers le haut et le bas. Il ne doit pas y avoir de défaut dans un rayon de  $20^\circ$  autour de l'axe central.

Une vigilance est à porter sur la vision nocturne, crépusculaire et la photosensibilité.

Tout autre trouble de la vision peut faire l'objet d'une demande d'avis spécialisé.

---

<sup>7</sup> NOR : INTS2206503A

## 7.7.2 - Groupe C

### 7.7.2.1 - Vision

L'acuité visuelle doit être  $\geq 8/10$  pour le meilleur œil et  $\geq 1/10$  pour l'autre. Si cette acuité n'est obtenue que par le moyen de dispositifs de correction, ces derniers doivent être signalés comme obligatoires sur le CeMA ainsi que sur le CERFA de renouvellement du permis le cas échéant. Il n'est cependant pas admis comme dispositif de correction, des lunettes dont les verres seraient de plus de 8 dioptries.

Le champ visuel horizontal binoculaire est  $>$  à  $160^\circ$ . Le champ visuel vertical est d'au moins  $30^\circ$  vers le haut et le bas. Il ne doit pas y avoir de défaut dans un rayon de  $30^\circ$  autour de l'axe central.

Une vigilance est à porter sur la vision nocturne, crépusculaire et la photosensibilité.

Tout autre trouble de la vision peut faire l'objet d'une demande d'avis spécialisé.

## 7.7.3 - Aptitude à la conduite en intervention

Profil médical minimal groupe lourd							Profil médical minimal groupe léger								
	S	I	G	Y	C	O	P		S	I	G	Y	C	O	P
B	3	3	3	-	-	3	2	C	4	4	3	-	-	3	2

Pour la conduite en intervention, il convient d'être vigilant sur les médicaments susceptibles d'entraîner des troubles de la vigilance et une augmentation des temps de réaction particulièrement la nuit lorsque le SP est réveillé pour partir en intervention.

## 7.7.4 - Aptitude à la conduite de nuit

Une vigilance est à porter sur la vision nocturne, crépusculaire et la photosensibilité (risques d'éblouissement).

## 7.8 - Missions extra-départementales

(E : 6.2.11)

### 7.8.1 - Missions outre-mer et étranger

Profil médical minimal							
	S	I	G	Y	C	O	P
AS	2	2	2	4	-	3	2

En raison des conditions d'activité dans des zones où la situation sanitaire est difficile, il est déraisonnable d'autoriser un SP dont l'état de santé peut, de façon prévisible, nécessiter un recours aux soins. Les SP porteurs de pathologies susceptibles de décompenser et/ou nécessitant un traitement dont l'accès pourrait être limité (ex : asthme, diabète insulino-dépendant, pathologies psychiatriques), sont inaptes aux missions outre-mer ou à l'étranger.

### 7.8.2 - Colonnes de renfort FDFEN

Ces missions sont particulièrement exposantes aux fumées d'incendies et ont généralement lieu lors de période de fortes chaleurs. Une vigilance particulière doit être apportée à la condition physique, aux pathologies respiratoires et aux traitements ou pathologies rendant l'adaptation à la chaleur difficile.

L'ANSM met régulièrement à jour sur son site une liste des médicaments susceptibles d'effets indésirables ou limitant l'adaptation de l'organisme aux épisodes caniculaires<sup>8</sup>.

## **7.9 - Aptitudes aux formations pratiques et aux manœuvres<sup>9</sup>**

Moins exigeantes en termes de condition physique et moins risquées en raison d'un contexte maîtrisé, l'aptitude aux manœuvres et formations pratiques peut être discutée pour un agent en inaptitude opérationnelle, à la condition qu'elle ne soit pas définitive, avec une fin prévisible dans les mois suivant la visite.

## **7.10 - Aptitude aux activités physiques et sportives (APS)**

### **7.10.1 - Sports collectifs**

Les sports collectifs sont, en termes de fréquence et de gravité, les plus grands pourvoyeurs d'accidents de service. Ils sont caractérisés par des activités pivot-contact pouvant entraîner des lésions par traumatisme direct ou indirect (sur défaut d'appui par exemple).

Au décours d'un TMS ayant mis en jeu la stabilité d'une articulation, en particulier des membres inférieurs, l'aptitude au sport collectif doit être discutée et une inaptitude temporaire envisagée.

### **7.10.2 - Compétitions sportives dans le cadre du service**

Toute pathologie impactant la condition physique et les TMS doivent faire discuter l'aptitude à participer aux compétitions sportives, en particulier si des restrictions d'aptitude opérationnelles ont été émises.

Le CeMA n'est pas un certificat médical valant pour les compétitions sportives associatives non statutaires. Le MSP agréé peut, s'il le souhaite, fournir des certificats dédiés à la demande d'un SP. Le MSP agréé engage alors sa responsabilité personnelle et doit s'assurer qu'il connaît les risques liés à la pratique du sport en question et les exigences de la fédération concernée. De plus, ces certificats exigent que l'agent ait été examiné au moment de sa rédaction, il ne peut donc pas être fait a posteriori après d'une visite médicale, même récente. Aucune demande intervenant en dehors d'une visite médicale déjà prévue ne sera acceptée.

### **7.10.3 - Orientation vers un éducateur des activités physiques (EAP)**

Lors de la reprise d'activité suite à la survenue d'un TMS ou après un arrêt long, il peut être utile d'orienter le SP vers un EAP afin de diminuer le risque de blessure. En dehors de la réathlétisation, le but de l'orientation doit être précisé (ex : proprioception, renforcement musculaire ciblant une chaîne précise, etc.).

L'EAP n'est pas un kinésithérapeute et ne doit pas faire de soin. Il peut cependant apporter une aide importante à la reprise d'activité physique adaptée. Une orientation EAP qui ressemblerait à un programme de rééducation doit faire évoquer une reprise trop précoce.

Le secret médical doit être respecté. Par exemple, si la mention d'une orientation EAP pour « proprioception cheville droite » peut être faite suite à la reprise post entorse dans le cadre d'un accident de service, ce n'est pas le cas si l'entorse est survenue en dehors du travail. L'employeur n'a en effet pas à connaître le motif de l'arrêt d'un agent en maladie ordinaire. Aucune mention dans le CeMA ne doit en dévoiler la cause. Toutefois, le MSP agréé peut conseiller le SP lors de la visite et l'orienter vers l'EAP en lui remettant les consignes en main propre. Le SP est libre de donner suite ou non.

En dehors des casernes mixtes, les casernes ne disposent pas toujours d'un EAP dans leurs effectifs. Si besoin, l'EAP référent de la compagnie peut être sollicité.

---

<sup>8</sup> [Dossier thématique - Votre traitement en cas de fortes chaleurs - ANSM](#)

<sup>9</sup> FMPA : formations au maintien et perfectionnement des acquis

## 7.11 - Aptitude provisoire

En cas de doute, ou si des éléments médicaux supplémentaires sont nécessaires, le MSP agréé peut poser une décision d'aptitude provisoire qui sera secondairement revue en chefferie.

Les éléments ayant conduit à cette décision doivent être clairement précisés dans le dossier médical. Le délai de validité de cette décision doit être précisé clairement après avoir coché « autre » pour la date de la prochaine visite.

Exemple :

Un SP présente une EFR anormale avec un VEMS/CVF à 68 % sur manœuvre bien conduite. Cet élément est parfaitement isolé :

- l'examen clinique est normal ;
- il est asymptomatique en bonne condition physique et pratique des activités physiques de façon importante sans gêne ;
- il n'a aucun antécédent personnel ou familial, il ne fume pas

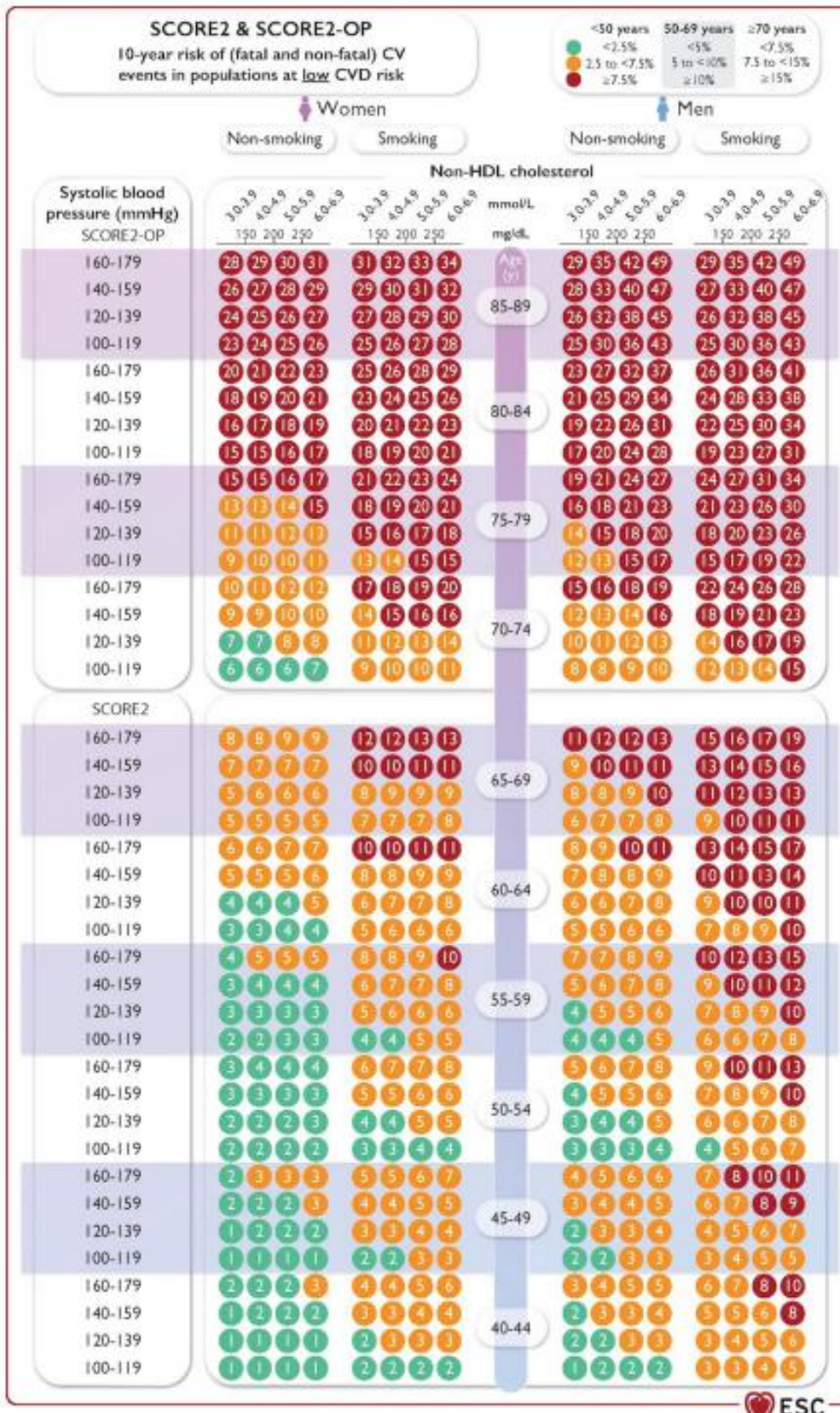
Le MSP agréé pourrait maintenir une aptitude sans restriction mais vouloir un avis spécialisé pneumologique pour valider/invalidier le diagnostic et adapter le suivi médical. Dans ce cas, il précise que la décision est temporaire, rédige l'ordonnance pour le spécialiste qu'il remet à l'agent avec une copie de l'EFR. En fonction des missions exercées par l'agent, le délai accordé pour réviser l'aptitude peut être plus ou moins long. Le MSP agréé sera beaucoup moins exigeant pour un SP n'exerçant que des missions SSUAP que celui exerçant des missions INC et souhaitant partir en colonne de renfort FDFEN, le premier pouvant sans doute attendre la prochaine visite périodique, le second pouvant être exigé sous quelques mois.

## REFERENCES

- [1] « Arrêté du 10 avril 2025 relatif à l'appréciation des conditions de santé particulières exigées pour l'exercice des fonctions des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et pour l'aptitude à la conduite des véhicules du service - Légifrance ». Consulté le: 16 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000051452098/>
- [2] « Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours - Légifrance ». Consulté le: 14 décembre 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000765094>
- [3] « Décret n° 2015-1438 du 5 novembre 2015 relatif aux modalités du suivi médical post-professionnel des agents de la fonction publique territoriale exposés à une substance cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction - Légifrance ». Consulté le: 16 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031444519/>
- [4] IARC, *Occupational Exposure as a Firefighter*. Consulté le: 16 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur : <http://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Occupational-Exposure-As-A-Firefighter-2023>
- [5] SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration, « SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe », *Eur. Heart J.*, vol. 42, n° 25, p. 2439-2454, juill. 2021, doi: 10.1093/eurheartj/ehab309.

# **ANNEXES**

# 1 - TABLE DE CALCUL DU SCORE 2 POUR LA FRANCE



## 8 - DELAIS DE NEGATIVATION DES TESTS DE DEPISTAGE DES STUPEFIANTS

Substance	Usage	Durée de présence	
		Dans le sang	Dans les urines
Cannabis	Occasionnel	THC : 2 à 8 heures THC-COOH : < 72 h	3 à 5 jours
	Régulier	THC/THC-COOH : jusqu'à plus d'un mois après la dernière consommation	30 à 70 jours
Cocaïne	Occasionnel	Moins de 24h	2 à 4 jours
	Usage intensif et quotidien pendant plusieurs mois		10 à 14 jours
Opiïdes (Héroïne, codéine)		< 24h	24 à 48 h
Benzodiazépines		Souvent non détectable si faible dose, courte durée d'usage, jusqu'à quelques jours en cas de dosage élevé, usage long	3 jours à 6 semaines selon l'usage

## 9 - CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B

