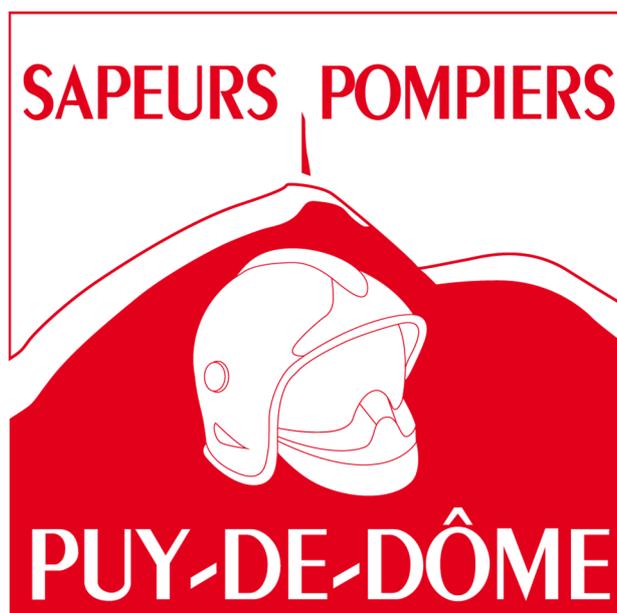


GUIDE DES VISITES MEDICALES DE MAINTIEN EN ACTIVITE

Partie médecins



OBJECTIF

Déterminer si l'aptitude médicale d'un SP est compatible avec la réalisation des missions en application de la réglementation, en toute sécurité et ce, sans risque déraisonnable d'altérer de façon prématurée et prévisible, sa santé.

GENERALITES

Les SP doivent remplir les conditions d'aptitude médicale définies par l'arrêté du 06 mai 2000 pour participer aux missions et accomplir les fonctions qui leurs sont dévolues. Le contrôle de l'aptitude médicale, tout au long de la carrière constitue également une première démarche de médecine de prévention permettant de s'assurer de ses capacités à assumer les fatigues et risques ou à prévenir une éventuelle aggravation d'une affection préexistante liée à accomplissement des fonctions ou des missions qui lui sont confiées.

Les SPV (volontaires) de moins de 39 ans sont vus tous les deux ans alors que les SPV ayant 39 ans et plus ainsi que les SPP (professionnels) sont reçus tous les ans.

Le PSSM réalise annuellement, en moyenne 3400 visites médicales de maintien en activité au sein des cabinets fixes (site de la direction/caserne de Clermont/Riom/Thiers/Ambert et Issoire) et du cabinet itinérant (Besse, La Bourboule, Rochefort/les Ancizes/ Giat et St Eloy).

Les SP sont recrutés pour assurer des missions SAP (87%), INCENDIE-SECOURS ROUTIER, INTERVENTIONS DIVERSES :

Le « **SAP** » comprend la prise en charge de malaises ou de détresses vitales à domicile ou sur la voie publique, suivis de brancardages.

L'« **INCENDIE** » est caractérisé par des missions ayant une charge cardiaque importante pour la plupart des intervenants (sauvetage de victimes, secours routier, établissement des moyens, port des EPI...) dans des conditions généralement hostiles.

Le « **DIV** » consiste à intervenir sur des assèchements de cave, des bâchages de toits, des tronçonnages d'arbres après accidents climatiques, destruction de nids d'hyménoptères, interventions animalières...

Depuis le 01/01/2017, un agent peut demander à n'être recruté que pour un seul type de mission (compétences ciblées en SAP). Tout cela doit être validé par sa hiérarchie avant la visite médicale.

BASES REGLEMENTAIRES

- Code Général des Collectivités Territoriales (art 1424-24)
- Arrêté du 06 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires
- Instruction des armées 2100 dite du « SIGYCOP »
- Règlement intérieur du SDIS 63

RISQUES

- Laisser un agent s'exposer de façon déraisonnable à un risque connu.
- Créer de l'incompréhension et de la frustration en n'expliquant pas les décisions, en n'accompagnant pas les agents vers une diminution des risques ou des facteurs de risque et enfin en n'appliquant pas collectivement des décisions d'une homogénéité acceptables et compréhensibles par tous. Chaque médecin possède un certain degré de libre arbitre dans sa prise de décisions notamment pour certains cas particuliers mais l'application de règles départementales est à recommander. En cas de doute ne pas hésiter à surseoir à la décision en demandant l'avis de la chefferie.
- En cas d'accidents graves survenant en intervention, une des premières pièces demandées par la DGSCGC est la date de la visite d'aptitude et la décision prise. En cas de décès, le dossier serait analysé par le médecin référent. Une décision non cohérente avec la réalité des ATCD, des traitements, de l'interrogatoire serait à justifier par le médecin examinateur et le médecin chef.

ORGANISATION DES VISITES

- Médecins inscrits sur une liste d'habilitation à l'issue d'une formation interne
- Chaque médecin est préférentiellement rattaché à un cabinet médical. Il est contacté par le secrétariat pour obtenir ces disponibilités. Lorsqu'un créneau commun est trouvé avec un infirmier (ISP), la plage horaire est transmise aux chefs de centre. Les agents apparaissant sur la requête des personnels éligibles à une visite médicale se positionnent ensuite.
- En cas de difficultés, ne pas hésiter, en cours de visite, à contacter le médecin référent du cabinet médical ou le médecin chef par téléphone pour une décision ou une conduite à tenir concertée.

DIVERS

- Partant du principe que le temps de réalisation des visites est souvent contraint et que chacun peut commettre des erreurs, dans un esprit « démarche qualité », une relecture des dossiers est, à ce jour effectuée lors de leurs informatisations à la chefferie.

-Vérifier que la première page ait bien été signée par la personne (« attestation de ne rien avoir omis... ») et lui faire signer la quatrième à la fin de la visite, avant la remise du certificat.

-La décision d'aptitude tend de plus en plus à se prendre en fonction des séquelles /conséquences d'une pathologie plutôt que sur l'application strict du SYGICOP utilisé par les armées. Toutefois ce dernier peut parfois apporter une aide.

Pour être maintenu en activité opérationnelle les profils seuils exigés sont :

1° Pour un sapeur-pompier volontaire toute mission :

- Jusqu'à 39 ans **profil B**
- De 40 à 49 ans **profil C**
- Après 49 ans **profil D**

2° Pour un sapeur-pompier volontaire hors incendie (Y4) et pour un sapeur-pompier professionnel ou volontaire appartenant au service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours, le profil seuil exigé est le **profil D**.

	S	I	G	Y	C	O	P
Profil A	2	2	2	2		2	2
Profil B	2	2	2	3		3	2
Profil C	3	3	3	3		4	2
Profil D	3	3	3	4		4	2
Profil E	4	4	4	4		5	

-Ne pas refuser de recevoir quelqu'un sous prétexte qu'il manque des éléments (dossier médical, résultat de l'analyse biologique, carnet de santé...). Faire tout ce qui est réalisable, quitte à laisser la décision d'aptitude se prendre à la chefferie secondairement. Prévenir la personne.

- Ne pas hésiter à remplir le cadre « AVIS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES » pour apporter des informations permettant au relecteur ou au médecin réalisant la prochaine visite de comprendre la décision d'aptitude/inaptitude ou de prendre à son compte les objectifs fixés.

POINTS IMPORTANTS

Voici une liste non exhaustive des points devant attirer l'attention du médecin lors de la visite. Il s'agit toutefois, des principaux éléments rencontrés.

1/ Vaccinations :

- DTP à jour selon nouveau calendrier (25, 45, 65 ans, pas moins de 5 ans ni plus de 25 ans entre deux injections). Proposer un Repevax (DTP + coqueluche) si adulte ayant des jeunes enfants ou travaillant dans le milieu de la petite enfance pour les SPV.

2/ ATCD

- Familiaux : recherche attentive de facteurs de risque cardio-vasculaires (mort subite, IDM jeune, dyslipidémie, diabète...). Conseils à propos des ATCD de cancers, si besoin. Ne pas hésiter à refaire le point chez les agents jeunes dont les ascendants directs sont encore « jeunes »
- Personnels : tout évènement de santé intervenu depuis la dernière visite, penser à demander s'il y a eu un arrêt maladie ou un accident de travail

3/ Biométrie

- **IMC entre 30 et 35**, éducation et information sur l'impact de l'obésité sur l'état de santé dans un premier temps, information sur les conséquences possibles sur l'aptitude opérationnelle. Proposer une consultation auprès de la diététicienne du PSSM.

- **IMC > à 35**, Selon le SIGYCOP, une inaptitude opérationnelle devrait normalement être posée. Au cas par cas et selon les FdR associés (tabac, dyslipémie, HTA, le périmètre abdominal, le pourcentage de masse grasse, la sédentarité, état psychologique de l'agent,...) une inaptitude incendie et maintien en SAP peut être discuté si la balance bénéfique (psychologique avec le maintien d'une activité opérationnelle)/risque (pour l'agent mais aussi pour ses équipiers) est en faveur. Que l'inaptitude opérationnelle soit totale ou partielle, ne pas hésiter à proposer une consultation avec la diététicienne et à orienter vers le médecin traitant (courrier à l'appui). Ces mesures sont toujours temporaires et à réévaluer lors d'une visite de contrôle.
- En cas **d'IMC <18.5**, bien mesurer l'impact des importantes activités de portage dans les missions SP, pour valider le maintien de l'aptitude opérationnelle (risque de ne pas assurer les missions, risque de blessure, contexte d'anorexie...?). Alerter la chefferie via le dossier médical.

4/ Cardiovasculaire

- Intérêt de l'ECG et de son interprétation. En cas de doute, adresser une photo de l'ECG par mail au Dr Geoffroy (cardiologue en CCV) : egeoffroy@chu-clermontferrand.fr (et copie Dr Taillandier pour suivi de l'affaire). En règle, il répond dans les 24h.
- Périodicité : tous les 3 ans ou en cas de signe d'appel
- La prise d'un traitement anticoagulant est une contre-indication absolue à la poursuite d'une activité opérationnelle.

5/ Respiratoire

- La survenue d'une pathologie chronique obstructive ou restrictive, en fonction de son retentissement, fera considérer en premier lieu l'aptitude incendie (port de l'ARI, exposition aux fumées, efforts physiques intenses) puis l'aptitude SAP (efforts physiques uniquement)

6/Allergies

- Recherche d'allergie aux hyménoptères.

7/Appareil locomoteur

- Prendre en compte la présence de doléances articulaires ou rachidiennes en lien avec des lésions antérieures et les noter attentivement.
- Rechercher des éléments ne rendant pas ou difficilement réalisable les missions SP. De façon générale, toute lésion ou processus pathologique susceptible de s'aggraver lors de l'activité de l'agent voir d'empêcher la réalisation des tâches qui lui incombent doit faire discuter l'aptitude opérationnelle. Les activités principalement impactées par les TMS sont les tâches de manutention manuelle de charges et les contraintes posturales (station à genou ou accroupi, station debout prolongée).

8/ Psychisme

- Rechercher des situations traumatisantes en intervention ou des signes en lien avec un traumatisme vicariant
- Rechercher une consommation régulière ou ponctuelle de substances interdites
- Rechercher la prise de médicaments psychotropes :

-conséquences sur l'aptitude: inaptitude? Inaptitude à la conduite? Inaptitude aux interventions nocturnes si risque de somnolence... ?)

- orientant vers des maladies psychiatriques contre indiquant ou non la participation aux interventions mais incitant à assurer un suivi rapproché.

9/ Analyse d'urine

- Bandelettes urinaires : peu d'impact en règle sur l'aptitude sauf symptomatologie associée (vérifier glycosurie par glycémie capillaire). Dans le doute, adresser la personne à son médecin traitant (le notifier sur le dossier) pour contrôle et demander que nous soit communiqués les comptes rendus.
- Recherche de substances interdites (cannabis, cocaïne, ecstasy et dérivés amphétaminiques) : en cas de positivité, informer la personne de la situation (si non reconnue après entretien, vérifier le tableau des réactions croisées, envoi du reste des urines au laboratoire), conseil d'aide à l'arrêt, voire selon le degré de dépendance orienter vers une prise en charge spécialisée via son médecin traitant. Inaptitude et contrôle à 2 mois.

10/ Acuité visuelle

- Bien s'assurer qu'il n'y a pas de port de lentilles pendant la visite.
- Compléter les résultats de l'ergovision par un test de Monoyer, si inadéquation entre la perception et le résultat du ticket. Si doute persistant pour AV dans une zone impactant la décision, demander une AV chez un ophtalmologue (préciser à l'agent de signaler au secrétariat qu'il ne s'agit que d'une mesure d'acuité visuelle, cela peut permettre de gagner du temps) ou plus simplement chez un opticien (bien meilleur délai!).
- Si AV > ou égale à 6/10 sans la présence de 0 à un œil (5 et 1, 4 et 2, 3 et 3) soit Y 1 ou 2 ou 3, le maintien toute mission est validé.
- Si AV < 6/10 (2 yeux cumulés) et >1/20 pour chaque œil soit Y4 : **obligation du port de moyen de correction avec l'ARI (notification gérée à la chefferie)**
- Si AV <1/20 à chaque œil : inaptitude totale.

11/ Acuité auditive

- Audiogramme réalisé systématiquement au recrutement pour servir de bilan initial, à comparer ultérieurement en cours de carrière si besoin.
- En règle générale, les échanges à voix normales sont déjà une bonne base d'aide à la décision

12/ Biologie sanguine

Les ordonnances d'analyse sanguine sont adressées en amont de la visite. Les résultats sont soit déjà présents au cabinet médical (papier, boîte mail selon l'organisation locale), soit l'agent les possède et les transmet le jour même. Il peut arriver que les résultats ne soient pas disponibles le jour de la visite. La décision d'aptitude n'interviendra qu'après la réception de ceux-ci.

Points à surveiller : glycémie, dyslipémie, même s'il arrive très rarement de prononcer une inaptitude à ce sujet (sauf DID en cours de découverte). Cependant, c'est l'occasion de discuter avec l'agent des conséquences éventuelles des facteurs de risques cardiovasculaire sur l'aptitude à long terme.

Le bilan hépatique et surtout les CDT doivent donner lieu, en cas d'anomalie, à un entretien rigoureux. En cas de consommation excessive d'alcool avérée, il faut prononcer une inaptitude totale. Selon les cas, prévoir un contrôle (à 1 ou 2 mois), voire lorsque l'addiction aura été prise en charge efficacement. Au cas par cas, une inaptitude uniquement à la conduite peut être délivrée. Attention, l'inaptitude à la conduite comprend les trajets domicile-caserne, il convient donc de s'assurer que le maintien dans le poste reste cohérent.

13/ Remise du certificat médical d'aptitude

Lors de la rédaction du certificat tenir compte de :

- De façon générale, l'activité incendie impose de plus grande contraintes physiques que l'activité SAP et permet moins de marge d'adaptation. Selon les cas, un maintien de l'activité SAP uniquement peut être possible.
- Une inaptitude prolongée ou définitive à l'incendie implique une inaptitude aux interventions diverses, ses missions ayant des formations indissociables.

La visite s'achève par la remise des deux derniers feuillets du certificat (si une aptitude ou inaptitude a été prononcée) ou par l'information que l'avis sera donné à réception des éléments manquants et que quoi qu'il arrive, le dossier sera relu à la chefferie.

Dans l'attente de la modification de la gestion des aptitudes par les médecins via le logiciel Diadème, il convient de prévenir rapidement la chefferie en cas de changement d'aptitude. En effet il est important que le système d'alerte soit mise à jour rapidement pour permettre à l'agent de partir en intervention ou au contraire le bloquer si nécessaire.