

# Note d'information du 8 décembre 2000

Note d'information du 8 décembre 2000 portant sur l'Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des SPP et SPV (non publiée au Journal Officiel)

**Note d'information du 8 décembre 2000 portant sur l'Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitudes médicale des SPP et SPV (non publiée au journal officiel).**

08.12.00 - NIT DDSC10/CG n° 2000-575

Réf.: Code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 1424 - 1 à L. 1424 - 50 et R 1424 - 1 à R1425 - 28.

L'application de l'arrêté cité en référence, paraît soulever au sein des services de santé et de secours médical un certain nombre d'interrogations. La présente note, établie en fonction des questions posées par différents médecins-chefs devrait apporter les précisions et éclaircissements souhaités.

## 1- LES OBJECTIFS

- Les objectifs poursuivis concernent le personnel sapeur-pompier, les services d'incendie et des secours ainsi que les médecins sapeurs-pompiers dont le rôle d'expert en matière d'aptitude doit être restauré.
- Les sapeurs-pompiers, qu'ils soient professionnels ou volontaires doivent présenter des critères d'aptitude communs, les risques encourus étant les mêmes. Leur aptitude au recrutement doit correspondre strictement aux coefficients 1 et 2 du profil SIGYCOP pour les sigles S.I.G. et P. Le coefficient 3 sera accepté pour les sigles C.O et Y. (vision non corrigée).
- En effet, le vieillissement physiologique rapide rencontré dans la profession ne peut permettre de recruter des sujets déjà déficients et dont les atteintes risquent de s'amplifier au fil du temps, conduisant à obérer dès les premières années de service le petit nombre d'emplois réservés possibles dans un service d'incendie et de secours.
- En cours de service, il sera tenu compte de ce vieillissement physiologique, des profils différents selon l'âge étant retenus. L'acquisition de ces profils conduira, selon les pathologies rencontrées à des aménagements de postes à envisager avec la hiérarchie, sachant que le maximum devra être fait pour conserver au sein de la profession, les agents qui s'y seront investis.
- En cas de dépassement. du profil seuil du SIGYCOP défini à l'article 10, le médecin pourra définir une aptitude restreinte de manière à conserver la possibilité d'une activité de terrain, en fonction du poste, du grade et des risques encourus. Ce n'est qu'en dernier recours qu'un reclassement dans une autre collectivité territoriale devra être proposé à la commission départementale de réforme, ou pour les volontaires la mise en application du 1<sup>o</sup> alinéa de l'article 44 du décret 99-1039 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires.
- Après 50 ans et avec 25 ans de service, les possibilités offertes par le congé pour difficultés opérationnelles devront être étudiées pour un sapeur-pompier professionnel.
- Le Service Départemental d'incendie et de Secours, par la création du corps départemental, devient souvent le plus gros employeur du département. Il convient que la réglementation en matière de médecine de prévention y soit parfaitement respectée et pour faciliter la tâche des médecins sapeurs-pompiers qui ont aussi en charge cette activité, la gestion médicale individualisée des centres d'incendie et de secours doit être modifiée. Des centres d'aptitude devront être aménagés conformément à l'annexe technique de l'arrêté du 12 janvier 1984.
- Dans ces centres, les médecins et les infirmiers du secteur, chargés de l'aptitude, viendront assurer les examens médicaux par des vacations, aisément programmables et disposeront du matériel technique nécessaire à la bonne réalisation des visites d'aptitude. La réalisation de ces équipements demandera un certain délai et devra s'inscrire dans le plan d'équipement du Service Départemental d'Incendie et de secours.
- Les médecins, enfin, voient, dans ce texte, leur rôle d'expert confirmé. L'examen d'aptitude doit être essentiellement clinique. Les examens biologiques et complémentaires ne seront justifiés que par les résultats de celui-ci en s'efforçant de concilier les données de l'art médical avec un juste souci d'économie. Comme il l'a été explicité plus haut, lors du recrutement, les investigations complémentaires doivent être l'exception, et toujours motivées.
- En revanche, en cours de carrière, mais toujours en fonction des données de l'examen clinique, tout doit être fait pour avoir une juste idée du retentissement des affections dépistées sur la capacité de travail du sapeur-pompier concerné et sur les risques que peut entraîner son handicap tant pour lui-même, que pour ses co-équipiers ou pour les victimes secourues. Toutefois, la visite de maintien en activité doit être aussi rigoureuse que la visite de recrutement, tant dans l'examen clinique que pour les examens complémentaires, dont la détermination nécessite un appareillage identique à celui du recrutement.

## II - LA MISE EN APPLICATION.

Les profonds changements induits par la publication de l'arrêté précité ne permettent pas une mise en œuvre à la date de parution. Celle-ci devra être modulée dans le temps en fonction du bon sens et des situations existantes, service d'incendie par service d'incendie.

- D'une façon générale, les obligations d'aptitude édictées par l'arrêté ne s'appliquent qu'au personnel volontaire recruté après le 6 mai 2000. Pour le personnel professionnel, recruté par voie de concours, les dispositions de

l'arrêté ne peuvent s'appliquer qu'à partir des concours de recrutement organisés en 2001. Jusqu'à cette date, ce sont les dispositions de l'article 44 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale qui s'appliquent.

- En ce qui concerne la délivrance du certificat médical, prévu dans la constitution du dossier d'inscription au concours, celui-ci est bien un certificat d'aptitude à subir les épreuves théoriques et physiques du concours. Le médecin sapeur-pompier ne devra cependant pas perdre de vue le but de cette démarche et, si, au cours de l'entretien singulier, des raisons d'envisager une inaptitude au recrutement se font jour, il lui appartient d'en informer clairement le postulant.

- Pour les personnels antérieurement recrutés selon les critères de l'arrêté du 25 janvier 1964, maintenant abrogé, les coefficients réels du SIGYGOP ne doivent être inscrits que dans le dossier médical. Au fil du temps, les personnels concernés rentreront dans le cadre des profils correspondant à leurs tranches d'âge. Le certificat d'aptitude ne faisant plus, maintenant, mention du SIGYCOP pour des raisons de secret professionnel, cette mesure n'a de signification que pour les acteurs du service de santé et de secours médical.

- Les titres II et III sont d'application immédiate. Seule la réalisation ou la création des centres d'aptitude découlant de l'application de l'article 32, pourra faire l'objet d'une programmation sur plusieurs années en fonction du programme d'équipement fixé par le conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours. Ces centres peuvent être fixes ou mobiles.

### **III - LE TEXTE DE L'ARRETE**

#### **TITRE 1er, Section I**

- Le maniement de l'instruction relative à la détermination de l'aptitude médicale au service militaire nécessite que les médecins chargés de l'aptitude aient reçu une formation adaptée. Cette formation peut avoir été donnée au service national, ou lors de la formation initiale ou même au cours de formations continues réalisées dans les SDIS d'appartenance. C'est en fonction de ce critère que le médecin-chef établira la liste des médecins auxquels il souhaite confier la responsabilité des visites d'aptitude, liste qu'il proposera au président du conseil d'administration après validation par la commission médicale consultative auprès du service de santé et de secours médical.

- Cette activité qui fait partie des missions du service de santé et de secours médical visées à l'article 24 du décret 97-1225 du 26 décembre 1997, peut fort bien, pour certains médecins à la disponibilité limitée, n'être que leur seule activité d'autant qu'elle est aisément programmable.

- Les médecins habilités déterminent l'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, et ne doivent en aucune façon être confondus avec les médecins de prévention visés à l'article 11 du décret 2000-542 du 16 juin 2000, dont les missions sont totalement différentes. Le décret 85-603 du 10 juin 1985 dispose en son article 11-2 que le médecin de prévention ne peut être chargé de vérifier l'aptitude physique des agents, confusion trop fréquente qui est bien souvent le fait des médecins de prévention eux-mêmes.

- La direction de la défense et de la sécurité civiles se préoccupe, de la coordination des rôles respectifs des médecins du service de santé et de secours médical affectés au contrôle de l'aptitude et des médecins affectés à la médecine de prévention, prévus à l'article 40 de la loi 2000-321 du 12 avril 2000.

- Cette coordination des rôles passe par une définition des missions respectives à préciser dans un texte réglementaire relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail dans les services départementaux d'incendie et de secours.

- La possibilité de porter à deux ans la périodicité de la visite d'aptitude pour les personnels âgés de 38 ans et moins est une option déjà envisagée par le ministère du travail et de l'emploi à condition que le personnel considéré occupe dans ce laps de temps le même emploi et n'ait pas fait l'objet d'une inaptitude temporaire durant cette période, ce qui est fréquemment le cas dans nos services d'incendie et de secours.

- L'application de cette mesure donne alors toute son importance à l'application de l'article 6 de l'arrêté et il importe de persuader la hiérarchie de renseigner très régulièrement le service de santé et de secours médical, sur les arrêts de travail et les suspensions d'activité éventuelles.

- Cette disposition ne prend pas en compte la délivrance des certificats de non contre-indication à la pratique sportive qui restent de périodicité annuelle, y compris pour les compétitions (loi du 23 mars 1999).

- En ce qui concerne les vaccinations, le candidat doit se présenter à la visite de recrutement avec l'ensemble de ses vaccinations réalisées. Il n'appartient pas au médecin sapeur-pompier d'engager des frais ou la responsabilité du service pour un candidat non encore sapeur-pompier. Il en est de même pour le contrôle de la vaccination par le B.C.G.

- L'aptitude physique sera déterminée par la réalisation d'épreuves physiques dont les barèmes sont en cours d'élaboration. L'expérimentation portant sur ces barèmes demande un certain délai, aussi, un arrêté distinct fixera prochainement les modalités de ces épreuves. Ce texte devrait envisager la possibilité de remédier à la périodicité annuelle des certificats de non contre-indication à la pratique sportive.

#### **Section 2**

Les articles 12 et 13 concernent la visite de recrutement. La taille minimale requise est passée à 1,60 m en raison de l'accroissement progressif de la taille moyenne et de la modification des agrès qui en découle. Ce changement concerne les hommes et les femmes sans dérogation possible.

- La chirurgie oculaire réfractive est tolérée si la technique utilisée, vérifiée sur le compte-rendu opératoire, est bien le Laser Excimer de surface (P.K.R.). Les kératotomies radiaires, les anneaux cornéens, le L.A.S.I.K. restent des contre-indications absolues par la fragilisation de l'œil que ces techniques induisent.

- Afin d'attirer l'attention sur la non-intégrité oculaire, il est demandé de coter cette intervention Y 3 quelle que puisse être l'acuité visuelle obtenue après cette correction, dès lors qu'elle est supérieure aux normes requises pour établir le coefficient 3.
- L'existence de problèmes rachidiens ou allergologiques ne feront l'objet de bilans approfondis que motivés, l'une ou l'autre de ces altérations de santé devant, bien sûr, être la seule présentée dans un tableau physiologique normal.
- Dans le même ordre d'idée, les examens spécialisés envisagés à l'avant dernier alinéa de l'article 13 doivent être l'exception et toujours motivés. Ces examens feront l'objet d'une concertation avec le médecin-chef, et restent financièrement à la charge du candidat qui devra en être averti.
- Le contrôle prévu avant titularisation ou à l'issue du stage probatoire est en quelque sorte un contrôle après épreuve de service. Ce contrôle permet de préciser l'aptitude de certains sujets parue incertaine au recrutement et, pour les volontaires surtout, il permet de vérifier que le cumul de l'activité professionnelle et des interventions n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour l'intéressé.

### Section 3

Pour les visites de maintien en activité, l'optique change totalement par rapport à la stricte rigueur du recrutement. Dans la mesure du possible, tout devra être fait pour conserver dans le sein du service, les agents dont l'intégrité physiologique aura été altérée par l'âge et l'usure due à la profession.

- Le médecin sapeur-pompier doit garder à l'esprit cette notion importante et relativiser la notion d'inaptitude opérationnelle par rapport aux risques inhérents à la fonction et au grade. Il s'agit, en l'occurrence, plus de définir une aptitude restreinte qu'une inaptitude totale quand celle-ci n'est pas motivée par un état de santé par trop déficient. Cette décision ressort de l'art médical et de la responsabilité du médecin d'aptitude.

- La question s'est posée de l'attitude à adopter en cas de correction optique par Laser Excimer de surface, au cours de l'activité. En concordance avec les mesures de cicatrisation envisagées au recrutement, le personnel ayant subi cette chirurgie réfractive devra être placé en aptitude restreinte durant une période de deux années, aptitude limitée à des postes adaptés. Pour les officiers, le médecin d'aptitude aura à apprécier la durée de la restriction selon les postes de travail ; une durée minimum de six mois de cicatrisation restant obligatoire. La levée de la restriction se fera avec l'autorisation du chirurgien ophtalmologiste.

- Les articles 16 et 17 posent le problème des vaccinations préventives en milieu du travail, et il convient de distinguer à ce propos, les conduites à tenir pour les vaccinations obligatoires et les vaccinations recommandées devant un risque particulier.

- Les vaccinations obligatoires

Les vaccinations obligatoires sont imposées par les articles L.5 à L.7-1, L.10 et L.215 du code de la santé publique. L'article L. 10 concerne les obligations de vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B pour certaines catégories de personnels exposés à des risques de contamination.

- Trois arrêtés fixent la liste des établissements concernés par la vaccination contre l'hépatite (arrêté du 15 mars 1991), la liste des formations au cours desquelles les étudiants doivent être immunisés (arrêté du 23 août 1991) ; le troisième indiquait les conditions d'immunisation et précisait que les personnes non vaccinées ou dont la vaccination n'était pas terminée ne peuvent occuper un poste à risque (arrêté du 6 février 1991).

- Cet arrêté a été abrogé par l'arrêté du 26 avril 1999, fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.10 du code de la santé publique qui reprend l'idée que l'obligation est liée au risque et que celui-ci est apprécié par le médecin du travail. Cependant, les vaccinations ne sont considérées comme obligatoires que dans les établissements dont la liste est donnée par l'arrêté du 15 mars 1991.

- Dans ce dernier texte qui intéresse essentiellement les professions de santé sont inclus les blanchisseurs, les entreprises de pompes funèbres et de transport de corps, mais les sapeurs-pompiers n'y figurent pas. Depuis la parution de cet arrêté, un avis du comité technique des vaccinations et de la section des maladies transmissibles du conseil supérieur d'hygiène publique de France cite nommément les sapeurs-pompiers comme groupe à risque qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposés au sang et autres produits biologiques soit directement soit indirectement.

- La direction de la défense et de la sécurité civiles a demandé que soit modifiée dans ce sens, la rédaction de l'arrêté du 15 mars 1991.

- L'obligation d'immunisation est donc une obligation vaccinale, les agents étant tenus d'apporter la preuve qu'ils ont subi les vaccinations exigées. Il s'agit là d'une obligation individuelle de l'agent, de nature contractuelle et susceptible, si elle n'est pas respectée d'entraîner un changement d'affectation, voire une rupture de contrat en cas de non-possibilité d'affectation.

- Dans ce cas précis, c'est à l'employeur de vérifier la preuve vaccinale et le médecin n'agit que par délégation. C'est pourquoi il est indispensable qu'il informe l'autorité d'emploi que l'agent ne répond pas aux obligations légales, ce qui reste totalement différent de la décision d'aptitude. Cependant, dans le cas particulier de la vaccination contre l'hépatite B, le médecin d'aptitude peut se trouver confronté à trois populations différentes :

- \* les agents qui présentent une contre-indication à la vaccination ;
- \* les agents qui, bien que correctement vaccinés, n'ont pas accompli leur séroconversion ;
- \* les personnes qui refusent la vaccination.

Au recrutement, ces personnes tombent sous le coup de l'application du dernier alinéa de l'article 12. Pour le maintien en activité, les deux premières catégories de population peuvent faire l'objet, après information claire et précise sur les risques encourus d'une aptitude, restreinte qui évitera l'affectation en V.S.A.B. et le secours à

personne. Il s'agit là d'une décision purement médicale conforme aux données de l'article 5 de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 10 du code de la santé publique. En cas d'accident avec lien de causalité dûment prouvé, ces agents rentreront dans le cadre de la maladie contractée en service.

- Le refus de vaccination donnera lieu à l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article 16.
- En effet, pour les sapeurs-pompiers, le risque encouru n'est pas maîtrisable par les techniques habituelles de prévention. C'est pourquoi la décision d'aptitude pourra être modulée ou refusée.
- Les vaccinations recommandées (non obligatoires)

Ces vaccinations doivent être considérées comme des mesures spéciales de protection individuelles, appréciées comme nécessaires.

- Une évaluation précise du risque et de sa gravité et le degré d'efficacité du vaccin conduiront le médecin à établir à l'attention de l'autorité d'emploi une liste des personnels à vacciner. Après information de l'organisme chargé de l'hygiène et de la sécurité, sur décision du conseil d'administration du service d'incendie et de secours, le président du conseil d'administration recommandera, s'il y a lieu, la vaccination aux agents non immunisés.
- Celle-ci est à la charge de l'employeur et ne pourra être exigée, restant, après information claire et précise du médecin, de la libre volonté de l'agent. Toutefois, dans le choix des agents postulant pour une activité à risque, la priorité pourra être donnée par l'autorité d'emploi à ceux qui apporteront la preuve de leur immunité.
- De plus amples informations pourront être retrouvées dans la lettre circulaire du 26 avril 1998 de l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre, relative à la pratique des vaccinations en milieu du travail par les médecins du travail.
- La notion d'atteinte immédiate de la capacité opérationnelle du sapeur-pompier demande à être précisée. Il s'agit, en fait d'autoriser la prise en charge initiale par le médecin sapeur-pompier de toute situation pathologique, en dehors du cadre habituel des accidents de service, survenant chez un sapeur-pompier, au cours de sa période de garde, de façon à éviter toute possibilité d'aggravation par négligence ou discrétion.
- Une fois le diagnostic établi ou approché, la continuité de l'action médicale sera naturellement assurée par le médecin traitant, mais la connaissance que le médecin sapeur-pompier aura de l'affection lui permettra de renseigner la hiérarchie sur la durée approximative de l'indisponibilité, le retentissement sur le service et les modifications éventuelles de l'aptitude.

#### **Section 4.**

A propos de l'article 20, l'objectif recherché est d'éviter la répétition inutile des visites médicales, source non négligeable de perte d'argent et de temps. Il conviendra, dans la programmation des visites d'aptitude, de tenir compte des dates des différents renouvellements des certificats nécessaires.

- En ce qui concerne la délivrance des certificats médicaux exigés pour la délivrance ou le renouvellement des permis de conduire les véhicules du groupe lourd, ils ne peuvent être établis que par un médecin sapeur-pompier agréé à cet effet par le préfet.

- Dans un souci de simplification, il paraît judicieux d'envisager que la liste des médecins habilités soit transmise à la préfecture pour agrément dans ce sens. L'aptitude à conduire les VSAB en sera dans le même temps, réglée.

#### **TITRE II.**

- En cas de décision d'inaptitude ou de restriction d'aptitude, l'information du médecin-chef sera aussi rapide que possible. En effet, celui-ci dispose en tant que chef du service de santé et de secours médical, d'une compétence particulière en matière de médecine professionnelle et d'aptitude pour les sapeurs-pompiers professionnels. Cette compétence peut s'exercer, notamment lors du suivi des procédures de présentation devant la commission départementale de réforme des agents de la fonction publique territoriale.

- En matière de médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, où la compétence du service de santé est pleine et entière, le médecin-chef doit veiller à la saisine de la commission d'aptitude prévue à l'article 28 du décret du 26 décembre 1997. Comme président, il lui appartient de transmettre au président du conseil d'administration du service d'incendie et de secours, l'avis des membres de cette commission. C'est, en effet, à l'autorité territoriale d'emploi, de prendre la décision finale après avis du comité consultatif des sapeurs-pompiers volontaires.

- Les membres de la commission zonale d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier volontaire, visée à l'article 25, sont désignés, ainsi qu'il suit :

- Les deux médecins-chefs sont tirés au sort à partir d'une liste zonale arrêtée par le préfet de zone de défense sur proposition du chef d'état-major de sécurité civile.

- Le médecin spécialiste agréé est choisi sur une des listes départementales des médecins agréés de la zone.

- Il est évident que la commission zonale d'aptitude, comme d'ailleurs la commission d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier volontaire ne sont compétentes que pour les personnels déjà sapeur-pompier, donc engagés. Il ne s'agit pas de commissions de recrutement.

#### **TITRE III.**

La chute de la démographie médicale, le vieillissement de la population généraliste, l'amélioration de la protection sociale engendrent un accroissement notable de la charge de travail des médecins sapeurs-pompiers ce qui

réduit leur disponibilité en proportion. Compte tenu de cet état de fait, il devient difficile de demander à ceux-ci de continuer à assurer individuellement, la polyvalence des missions médicales du service de santé et de secours.

- C'est pourquoi il ne paraît pas choquant qu'en fonction du choix de chacun, le médecin-chef constitue des groupes fonctionnels chargés soit de l'aptitude, soit de la formation, soit du soutien sanitaire et de la première urgence dont la disponibilité et donc la fiabilité pourront être ainsi améliorées.

- Par ailleurs, le Conseil national de l'ordre des médecins a tenu à rappeler son attachement aux prescriptions du code de déontologie médicale qui sépare nettement les rôles du médecin traitant et du médecin expert. Rappelons que la médecine d'expertise n'est pas une médecine de soins et consiste à définir une aptitude, ce qui est bien le cas des médecins habilités.

- Cette expertise doit être consignée dans le dossier médical, rendu obligatoire en matière de médecine du travail par l'article R 241-56 du code du travail. A notre époque de mutations de population, mutations facilitées aussi au sein du département par l'organisation départementale du service d'incendie et de secours, il importe que le dossier médical suive l'agent au cours de sa carrière.

- Le Conseil national de l'ordre des médecins et l'Inspection médicale du travail ont donc défini à ce sujet les éléments communicables du dossier médical sur lesquels nous reviendrons en traitant des annexes.

- Enfin, pour rester en harmonie avec la législation du travail, il est indispensable d'envisager la réalisation de centres d'examen d'aptitude conformes aux données de l'annexe technique de l'arrêté du 12 janvier 1984 concernant les locaux et équipements des services médicaux du travail (J.O.N.C. du 21 janvier 1984) dont l'équipement, servi par des infirmiers sapeurs-pompiers permettra de cumuler en un seul déplacement la visite médicale et les examens complémentaires dont le médecin examinateur aura les résultats extemporanément.

#### **IV- LES ANNEXES**

Annexe 1 - Le dossier médical.

Le dossier médical de l'agent est constitué lors de la première visite (recrutement) et complété après chaque examen ultérieur. Sa création et sa tenue à jour sont obligatoires.

Sur un plan général, le dossier médical comprend d'une part, des données objectives telles que les antécédents, les doléances, les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires et d'autre part, des données subjectives telles que les confidences de l'agent, les appréciations du médecin examinateur et de façon générale tout ce qui, sans relation avec l'avis d'aptitude, aura été vu, entendu ou compris.

Cette distinction conduit donc à adapter le contenu du dossier médical de la façon suivante: Les éléments communicables:

- identification de l'agent;
- antécédents médicaux et personnels;
- conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs;
- comptes-rendus des examens complémentaires;
- détermination de l'aptitude, et restrictions éventuelles;
- avis du médecin-chef.

Les éléments non communicables sont rassemblés sur la fiche d'observation personnelle du médecin examinateur, prévue à l'article 45 du code de déontologie médicale.

Le dossier figurant en annexe I tient compte de ces obligations et il n'y figure que les éléments transmissibles. Il appartient donc au médecin examinateur de le compléter par une fiche personnelle d'observation, distincte du dossier lui-même et dont il reste propriétaire. C'est ainsi que sera personnalisé et amélioré un dossier médico-administratif, fatalement univoque selon les entreprises, dont le modèle retenu a été validé par le conseil national de l'ordre des médecins et expérimenté depuis quelques années par la direction générale de l'aviation civile.

Les adaptations nécessaires à l'aptitude sapeur-pompier ont été réalisées et, il est prévu d'améliorer ce dossier au fil du temps, en fonction des observations transmises par les différents services de santé et de secours médical.

De plus amples renseignements pourront être donnés par la consultation de la note d'information conjointe de la Direction des relations du travail et du Conseil national de l'ordre des médecins du 12 décembre 1995.

Le certificat d'aptitude ne comporte plus la mention du SIGYCOP ni des différents coefficients attribuables aux différents sigles. En effet, la signification de ceux-ci était de notoriété publique et la révélation de chiffres supérieurs à 2 pouvait induire d'illégitimes suspensions.

De plus, l'aptitude d'un sujet est liée à un ensemble de données et l'art du médecin d'aptitude consiste à apprécier l'état clinique global d'un sujet par rapport aux travaux que l'on attend de lui. Cette notion de synthèse globale se retrouvera également lors de l'appréciation des difficultés opérationnelles conduisant à l'aménagement de la fin de carrière, aucune codification exhaustive ne pouvant être établie à priori.

Annexe II - Aptitudes spécialisées.

Certains ont pu s'étonner de voir placer en annexe, les textes concernant les aptitudes aux spécialités. Ce choix résulte de deux raisons. Tout d'abord, l'aptitude principale qui conditionne la possibilité de postuler à l'exercice d'une spécialité est bien l'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier, définie à l'article 18 de l'arrêté. Elle en est la condition nécessaire. La vérification de certains points physiologiques spécifiques, plus particulièrement sollicités dans la discipline envisagée vient en complément de la visite de base et n'est qu'une condition suffisante à l'exercice de la spécialité considérée.

Mais aussi l'ensemble des recommandations colligées dans ces textes, et pour la plupart reprises des textes de la médecine du travail, sont susceptibles de modifications en fonction des progrès médicaux. Leur qualité d'annexe rendra les modifications éventuelles plus faciles à réaliser.

Il n'a pas été spécifié de qualification particulière pour les médecins devant délivrer ces aptitudes. En effet, tout médecin, dès lors qu'on lui donne une liste d'examens dont il doit attester de la normalité est habilité à délivrer cette attestation, Il en va tout autrement dans une activité de soins spécialisés ou la compréhension des mécanismes physiologiques rencontrés nécessite un enseignement approprié.

D'une façon générale, les examens d'aptitude aux activités spécialisées en dehors du cas particulier des plongeurs S.A.L. ont une périodicité de deux ans pour les personnels de 38 ans et moins, et dans les conditions de stabilité de l'activité rappelées plus haut.

L'aptitude médicale à servir dans les unités d'intervention radiologique sera affinée en fonction du contenu du décret en préparation visant à transposer les données de la directive Euratom 96/29.

En s'inscrivant dans le cadre de la réorganisation départementale des services d'incendie et de secours, ce texte, volontairement ambitieux dans ses objectifs de protection des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires en harmonie avec la réglementation existante du travail, la déontologie médicale et le suivi quotidien de nos personnels conduit à une valorisation du rôle du service de santé et de secours médical. Les médecins au sein de la hiérarchie des services d'incendie et de secours sont ainsi les garants de l'efficacité du service public de sécurité civile.