



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET DES LIBERTÉS LOCALES

DIRECTION DE LA DÉFENSE
ET DE LA SÉCURITÉ CIVILES

SOUS-DIRECTION DES SAPEURS-POMPIERS

LE CONSEILLER SANTÉ

Réf. DDSC 10/HJ/N°2003-294

✉ H. JULIEN

☎ 01.56.04.74.12

e-mail : henri.julien@interieur.gouv.fr

Paris, le 16 juillet 2003

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité
intérieure et des libertés locales

à

Mesdames et messieurs les préfets
de métropole et départements d'outre-mer
Service départemental d'incendie et de secours

Madame et messieurs les préfets de zone de
défense

Messieurs les préfets délégués à la sécurité
et à la défense
Etat-major de zone

Objet : Circulaire relative au suivi médical des jeunes sapeurs-pompiers

Ref : 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.

Arrêté du 23 avril 2003 relatif aux jeunes sapeurs – pompiers.

P.J. : Annexe 1: Contrat d'engagement.
Annexe 2: Lettre d'information aux parents.
Annexe 3: Certificat médical.
Annexe 4: Signalement d'inaptitude aux normes de recrutement fixées par l'arrêté du 6 mai 2000.
Annexe 5: Livret médical type avec autorisation parentale d'opérer.

Les jeunes sapeurs pompiers (J.S.P.) sont des garçons et filles âgés de 10 à 18 ans, dont la motivation et l'engagement (contrat type en annexe 1) sont des éléments importants d'avenir pour le recrutement des centres d'incendie et de secours.

Considérant leur aptitude médicale à participer aux activités de formation, la seule contre-indication prévue par les textes concerne la pratique des sports statutaires des sapeurs pompiers.

L'expérience montre que cette situation n'est pas satisfaisante en raison du manque de surface de l'examen médical initial et surtout par l'impression que certains jeunes ont éprouvé, qu'acceptés comme J.S.P., ils seront plus tard admis et reconnus aptes à l'emploi de sapeur – pompier volontaire ou professionnel.

Dans le but de prévenir des désillusions très mal vécues par les jeunes sapeurs – pompiers auxquels il est refusé d'accéder aux missions pour lesquelles ils se préparent des mois durant, une procédure spécifique de suivi médical doit être mise en place.

I – Buts et particularités du suivi médical du JSP :

Le suivi médical doit pouvoir répondre à deux questions essentielles :

- 1 Cet adolescent peut-il participer à toutes les activités de J.S.P (dont les activités sportives) sans risque pour sa santé et sa croissance ?
- 2 Son état de santé est – il compatible, le jour de l'examen du brevet, avec l'aptitude de sapeur – pompier volontaire ou professionnel ?

C'est pour éviter toute désillusion que la première visite médicale prend toute sa valeur.

II – Réalisation de l'aptitude médicale :

Un courrier (annexe 2) est adressé aux parents ou au tuteur légal de chaque J.S.P pour les informer des particularités de la visite médicale d'aptitude : aptitude à devenir J.S.P. sans pré-jugement de l'aptitude future au recrutement éventuel comme sapeur – pompier volontaire ou professionnel.

1 Les conditions générales d'organisation des visites médicales :

- Le suivi médical comporte la visite médicale d'admission puis des visites annuelles, portées dans le livret médical du J.S.P. du type de celui présenté en annexe 5.

- Les visites médicales doivent être réalisées par des médecins sapeurs-pompiers dans un cabinet médical adapté et équipé des appareils de biométrie.

- Le J.S.P. candidat doit être accompagné par l'un de ses parents ou par le tuteur légal lors de la première visite.

- Le carnet de santé complété par toutes pièces médicales utiles doit être présenté.

2 Le contenu de la visite médicale d'admission :

L'interrogatoire est complété par un examen clinique, accompagné si besoin, d'examens paracliniques de dépistage (par exemple audiométrie).

L'expérience montre que la plus grande vigilance doit être observée dans les domaines suivants :

- pathologies respiratoires : notamment asthme.
- pathologies ORL : déficits auditifs sur otites à répétition de la petite enfance, par exemple.
- pathologies de la croissance et du squelette axial : attitude scoliotique, scoliose.
- appréciation des petites tailles, notamment en tenant compte de la période de puberté.
- pathologies ophtalmologiques : grande myopie par exemple.
- problèmes comportementaux.

III - La décision d'aptitude :

La décision finale est concrétisée par la délivrance d'un certificat médical qui permet de différencier trois cas :

a) en l'absence de problème de santé : un certificat médical de non contre-indication aux activités de J.S.P est délivré.

b) il existe ou est découvert un problème de santé contre-indiquant les activités sportives J.S.P. : un certificat médical contre-indiquant la pratique du sport et l'activité J.S.P. est délivré.

c) cas intermédiaires correspondant à :

- une aptitude à être J.S.P.
- une inaptitude probable à être S.P. en application de l'arrêté du 6 mai 2000.

Dans ce cas, un certificat de non contre – indication aux activités de J.S.P. peut être délivré, avec des réserves pour devenir sapeur – pompier volontaire ou sapeur – pompier professionnel après l'obtention du brevet de jeunes sapeurs – pompiers. Un courrier type (annexe 4) sera alors adressé aux parents ou au tuteur légal en précisant les réserves émises.

Sans répondre aux exigences de l'arrêté du 6 mai 2000, le milieu associatif des J.S.P. peut permettre à l'adolescent de s'épanouir et de développer des valeurs civiques.

La visite d'aptitude au brevet.

C'est une étape importante.

Conformément à l'arrêté du 23 avril 2003 relatif aux jeunes sapeurs – pompiers, la visite médicale sera identique à celle d'un sapeur – pompier volontaire ou professionnel.

Seuls les J.S.P. ayant répondu à cette obligation pourront être présentés aux épreuves du brevet national de jeunes sapeurs – pompiers.

La circulaire du 3 avril 1990 est abrogée.

Mes services - et plus particulièrement le Conseiller Santé de la sous-direction des sapeurs-pompiers (Dr. Henri JULIEN tel. 01 56 04 74 12, adresse E-mail henri.julien@interieur.gouv.fr) se tiennent à votre disposition pour évoquer toute difficulté dans la mise en œuvre de ces directives.

**Le directeur de la défense et de la sécurité
civiles, haut-fonctionnaire de défense,**



Christian de LAVERNÉE

ANNEXES

ANNEXE 1

CONTRAT D'ENGAGEMENT

Je soussigné, (nom) _____ prénom) _____ ,
né(e) le _____ à _____ ,

sollicite une adhésion en qualité de Jeune Sapeur-Pompier au sein de l'association de Jeune Sapeur-Pompier de _____ .

En conséquence, je m'engage à respecter le contenu du règlement intérieur, et me conformer aux règles de discipline et de fonctionnement, pendant toute la durée de ma formation au sein de cette association.

Ma demande est faite pour une durée d'un an renouvelable, à compter de ce jour.

Je suis informé de mon renvoi immédiat et sans appel si mon comportement porte atteinte à la dignité et au renom des sapeurs-pompiers.

Enfin, il est précisé que l'aptitude médicale requise pour participer à la vie de la section des Jeunes Sapeurs-Pompiers est déterminée après examen d'un adolescent en période de croissance pubertaire qui peut être sujette à des fluctuations concernant les critères médicaux d'aptitude. Pour passer le brevet national de Jeunes Sapeurs-Pompiers l'aptitude médicale aura les mêmes critères que ceux des sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels conformément à l'arrêté du 6 mai 2000.

Fait à _____ ,

le, ____ / ____ / _____ ,

Mention manuscrite « lu et approuvé » Signature des parents ou tuteurs

Accord de l'association - Signature du président

ANNEXE 2

LETTRE D'INFORMATION AUX PARENTS OU AU TUTEUR LEGAL

Le médecin

à

Monsieur, Madame,

Objet: Aptitude médicale des jeunes sapeurs-pompiers

Votre enfant souhaite devenir Jeune Sapeur-Pompier. Au travers de ce projet, il va pouvoir participer à l'esprit qui anime les sapeurs-pompiers de France et acquérir des comportements et réactions qui seront utiles pour lui et pour autrui. On ne peut qu'encourager et soutenir cette démarche qui s'insère dans l'acquisition et le développement de son esprit civique.

Pour le protéger des contraintes physiques et psychologiques que constitue l'appartenance aux Jeunes Sapeurs-Pompiers, une visite médicale précède le recrutement de tout Jeune Sapeur-Pompier au sein d'une section de J.S.P..

De même, pour poursuivre son activité de Jeune Sapeur-Pompier, une visite médicale a lieu chaque année.

C'est obligatoirement un médecin sapeur-pompier qui délivre cette aptitude avec toujours en vue les critères de sélection qui devront être appliqués à l'année du Brevet national des Jeunes Sapeurs-Pompiers.

Néanmoins, dans le cadre associatif de la section, une certaine souplesse est préconisée pour permettre à des enfants de s'investir selon leur souhait.

Une réserve majeure existe dans la poursuite des activités de J.S.P., c'est l'acceptation, dès aujourd'hui, par l'enfant et par les parents ou le tuteur qu'un problème de santé présent peut, s'il persiste ou s'il s'aggrave, remettre en cause l'aptitude sapeur-pompier. De même, un accident par exemple sportif ou une maladie ayant laissé des séquelles pourrait remettre en cause l'aptitude médicale.

Le courrier médical destiné au Service de Santé et de Secours Médical doit être adressé, sous pli confidentiel, au médecin-chef du S.D.I.S de

ANNEXE 3

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (1) _____,
docteur en médecine,
médecin de sapeurs-pompiers de _____,

certifie que le(la) jeune (2) _____,
né(e) le ___ / ___ / _____,

de l'association des jeunes sapeurs-pompiers de _____,
est :

Apte

Inapte

Apte avec les réserves suivantes:

Aux activités de jeunes sapeurs-pompiers pour l'année 200... / 200... et ne présente aucune contre indication à la pratique des activités sportives et des compétitions de jeunes sapeurs-pompiers.

Fait à _____, le _____ /.....

Grade et Nom
(2) Nom et Prénom

ANNEXE 4

Entête du service

Date

Madame, Monsieur,

En référence au courrier adressé à chaque parent ou tuteur légal, lors du recrutement d'un Jeune Sapeur-Pompier, nous souhaitons vous alerter sur le fait que l'état de santé de votre enfant:

_____ ,

ne lui permettra pas, si tel est son souhait, d'exercer une activité de sapeur-pompier volontaire ou professionnel, conformément à l'arrêté du 6 mai 2000 relatif aux conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires. Nous restons à votre entière disposition pour vous rencontrer, si vous le souhaitez.

Docteur

Signature et cachet

Nous soussignés, Monsieur et Madame _____
parents ou tuteurs légaux de l'enfant _____ ,

Certifions avoir pris connaissance des critères d'aptitude sapeur-pompier ainsi que les réserves émises pour notre enfant au terme de l'activité de Jeune Sapeur-Pompier.

Signatures

ANNEXE 5

LIVRET MEDICAL DU JEUNE SAPEUR - POMPIER

Objectifs de la visite médicale

Avant le brevet de JSP :

L'adolescent est le témoin de transformations physiques et psychologiques importantes. Les visites médicales ont pour objectif de déceler les éventuelles ou les futures causes d'aptitude ou d'inaptitude à être sapeurs-pompiers.

L'aptitude médicale d'un J.S.P. n'implique pas automatiquement la possibilité pour l'intéressé à être incorporé comme sapeur pompier.

Certaines pathologies évolutives peuvent à terme, si elles n'ont pas évolué vers une amélioration, interdire l'accès à la profession de Sapeur Pompier, alors qu'elles n'étaient pas incompatibles avec l'activité du jeune Sapeur Pompier.

La visite d'incorporation doit être passée en présence d'au moins un des parents ou du tuteur légal, muni du carnet de santé du candidat.

L'intéressé devra être à jour de ses vaccinations.

La visite médicale est valable un an.

Pour le brevet :

Dans l'année du brevet et avant son obtention, le candidat devra répondre aux conditions d'aptitude physique à être SPV ou SPP conformément aux dispositions de l'arrêté du 6 mai 2000, fixant les conditions d'aptitude médicale des SPP et SPV.

Cette visite médicale devra être faite, dans un centre de secours par un médecin sapeur pompier avec une vérification scrupuleuse de la validité des vaccinations obligatoire.

TITULAIRE DU LIVRET :

Nom: _____

Prénom

Groupe sanguin : _____

Date et lieu de naissance: _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

MÉDECIN TRAITANT :

Nom: _____

Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Adresse e-mail @ : _____

ANTÉCÉDENTS

| | | | | | | |
|---------------------|---|------|------|------|------|------|
| FAMILIAUX | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| PERSONNELS | <p>Médicaux: (PC -Convulsion- asthme diabète etc..)</p> <p>Chirurgicaux:</p> <p>Allergie:</p> | | | | | |
| VACCINATIONS | | Date | Date | Date | Date | Date |
| | DTP | | | | | |
| | Hépatite | | | | | |
| | BCG | | | | | |
| | IDR | | | | | |
| TRAITEMENT | | | | | | |
| | | | | | | |

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

| | |
|--|----------------------------------|
| SIGNES FONCTIONNELS | |
| Examen clinique | Date: Date: Date: |
| Examen complémentaire (si nécessaire) | Date: Date: |
| Conclusion | Date: Date: Date: Date: |

APPAREIL PULMONAIRE

| | |
|--|--|
| SIGNES FONCTIONNELS | Date |
| | Date |
| | Date |
| | Date |
| Examen clinique | Date |
| | Date |
| | Date |
| | Date |
| Examen complémentaire (si nécessaire) | Date résultat |
| | EFR |
| | EFR |
| | RP |
| | RP |
| Facteurs de risque | Tabac: _____ paquets année |
| | Asthme |
| Conclusion | Date |
| | Date |
| | Date |
| | Date |
| | Date |

EXAMEN NEUROLOGIQUE

| | |
|----------------------------|--|
| SIGNES FONCTIONNELS | |
| ROT | |
| CONCLUSION | |

PROFIL PSYCHOLOGIQUE

| | | | |
|-------------------|------------------------------|-----------------|--|
| EXAMEN | Observation | Présentation | |
| | | Tenue | |
| | | Attitude | |
| | | comportementale | |
| | | Expression | |
| | Insertion | Affective | |
| | | Sociale | |
| | | Professionnelle | |
| | Investissement | Scolaire | |
| | | Loisirs | |
| ENTRETIEN | Éléments de la personnalité | Labilité | |
| | | Impulsive | |
| | | Immaturité | |
| | | Agressivité | |
| | | Anxiété | |
| | Éléments psychopathologiques | | |
| MOTIVATION | | | |
| SOMMEIL | | | |
| CONCLUSION | | | |

O.R.L

| | | | |
|--|----------------|----------------|--|
| SIGNES FONCTIONNELS | Date | | |
| | Date | | |
| | Date | | |
| | Date | | |
| Examen | Oreille gauche | Oreille droite | Voix parlée Voix chuchotée Tic-tac Diapason Tympan |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| AUDIOMÉTRIE (si nécessaire) | | | |
| Nez | Gorge: | | |
| | Pharynx: | | |
| | Larynx: | | |
| | | | |

OPHTALMOLOGIE

| | | | |
|--|------------|-----------|--|
| SIGNES FONCTIONNELS | | | |
| ACUITÉ VISUELLE | Œil gauche | Œil droit | 3 ou 5 mètres Lunettes Lentilles Sans |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| CHROMATOPSIE | Date: | | |
| | Date: | | |
| | Date: | | |
| | Date: | | |
| EXAMEN COMPLÉMENTAIRE (si nécessaire) | | | |
| | | | |

APPAREIL LOCOMOTEUR

| | |
|-------------------------------------|-------|
| EXAMEN DU RACHIS | Date: |
| | Date: |
| | Date: |
| | Date: |
| MEMBRES SUPÉRIEURS | |
| | |
| MEMBRES INFÉRIEURS | |
| | |
| AVIS DU KINÉ (si nécessaire) | |
| | |
| CONCLUSION | |

APPAREIL DIGESTIF

| | |
|----------------------------|----------------------|
| SIGNES FONCTIONNELS | Date |
| | Date |
| | Date |
| | Date |
| EXAMEN CLINIQUE | <u>Paroi:</u> |
| | Date |
| | Date |
| | Date |
| | |
| | Orifices herniaires: |
| | Date |
| | Date |
| | Date |

AUTRE APPAREIL

| APPAREIL | | | |
|----------|-------|--|--|
| | Date: | | |
| | Date: | | |
| | Date: | | |
| | Date: | | |

| FICHE D'EXAMEN DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS – ANNEE DU BREVET | | | | | | |
|--|------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------|---|
| NOM: | | PRENOM : | | DATE DE NAISSANCE: | | |
| CENTRE D'AFFECTATION: | | | Pression artérielle : | | | |
| POIDS: KG | | Taille: | | cm | | |
| ANOMALIES OU PARTICULARITÉS: | | OUI | NON | ANOMALIES RENCONTRÉES: | | |
| APP. DIGESTIF, FOIE, RATE | | | | | | |
| APPAREIL URO-GENITAL | | | | | | |
| MATABOL., | | | | | | |
| GL. ENDOCRINES | | | | | | |
| APP. LOCOMOT., | | | | | | |
| EXTREMITES | | | | | | |
| RACHIS | | | | | | |
| PEAU, | | | | | | |
| PAROI ABDO. (HERNIES) | | | | | | |
| AIRES GANGLIONNAIRES | | | | | | |
| SYSTEME NERVEUX, | | | | Vaccins: | Date: | |
| REFLEXES | | | | | | |
| EXAMEN ORL | | | | DTP: | | |
| EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE | | | | BCG: | | |
| ACUITE-VISION DES COULEURS | | | | Hépatite: | | |
| PSYCHOLOGIE | | | | Ac. Anti HBS : | | |
| EXAMENS BIOLOGIQUES | | | | | | |
| Urines | | | TRYGLYCERIDES | | GGT | |
| Sucre: | Album: | Sang: | CHOLESTEROL | | GLYCEMIE | |
| Activités physiques et sportives exercées | | | | | | |
| EXAMENS CARDIOVASCULAIRE | | | | | | |
| EXAMEN CLINIQUE: | | | | | | |
| ECG DE REPOS | non oui | EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDES | | | | |
| EXAMEN PULMONAIRE | | | | | | |
| EXAMEN CLINIQUE: | | | | | | |
| EFR AVEC COURBE DEBIT VOLUME (obligatoire) | | | | | | |
| RADIOGRAPHIE DE POUMONS: RESULTATS: | | | | | | |
| CONCLUSIONS | | | | | | |
| S | I | G | Y | C | O | P |
| PROFIL | | | | | | |
| A | | B | | C | | D |
| DECISION | | | | | EXAMENS COMPLEMENTAIRES | |
| APTE | | | INAPTE | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

LA FAIRE SIGNER PAR LE CANDIDAT:

Je, soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés

Le médecin S.P(nom, Prénom):

Tampon et signature

Date et signature