

# L'accès des personnes atteintes de maladies chroniques à certains métiers du ministère de l'intérieur

INSPECTION GENERALE  
DE L'ADMINISTRATION

N° 20112R



INSPECTION GENERALE  
DE LA POLICE  
NATIONALE  
N° 21-00167-I



INSPECTION GENERALE  
DE LA GENDARMERIE  
NATIONALE  
N° 831 GEND/IGGN/CAB



INSPECTION GENERALE  
DE LA SECURITE CIVILE

N° 2021-01





INSPECTION GENERALE  
DE L'ADMINISTRATION

N° 20112R

INSPECTION GENERALE  
DE LA POLICE NATIONALE

N° 21-00167-I

INSPECTION GENERALE  
DE LA GENDARMERIE  
NATIONALE

N° 831  
GEND/IGGN/CAB

INSPECTION GENERALE  
DE LA SECURITE CIVILE

N° 2021-01

# L'accès des personnes souffrant de maladies chroniques à certains métiers du ministère de l'intérieur

Établi par

Jean De CROONE  
Inspecteur général  
de l'administration  
Inspection  
générale de  
l'administration

Philippe PRUNIER  
Commissaire général  
Inspection générale de  
la police nationale

Colonel Stéphane  
CALDERARA  
Inspection générale de la  
gendarmerie nationale

Colonel Eric MEUNIER  
Inspection générale  
de la sécurité civile

Gille CORBIN  
Commissaire général  
Inspection générale de  
la police nationale

Colonel Christophe BEYL  
Inspection générale de la  
gendarmerie nationale

Colonel Patrick VAILLI  
Inspection générale  
de la sécurité civile



## SYNTHESE

Des revendications se font jour périodiquement depuis plusieurs années, émanant d'associations et de la société civile, relayées par des élus, en faveur d'une ouverture du recrutement de personnes atteintes du VIH, du diabète ou d'autres pathologies chroniques dans la police nationale, la gendarmerie nationale ou dans les corps des sapeurs-pompiers, qui leur sont jusqu'à présent fermés. Le recours en annulation intenté le 1<sup>er</sup> décembre 2020 devant le Conseil d'Etat par un collectif d'associations contre les arrêtés régissant ce recrutement s'inscrit dans cette tendance. Le point qui suscite les critiques est bien celui du recrutement, car on constate que chaque force sait gérer les inaptitudes totales ou partielles survenues en cours de carrière.

Ces trois « forces » partagent en effet des exigences d'aptitude élevées, justifiées par les caractéristiques des missions qui leur incombent, mais chacune est régie par des textes et une organisation administrative qui lui sont propres et a développé son dispositif spécifique. Celui-ci repose sur la vérification d'aptitude lors du recrutement au moyen d'une visite médicale et de ce qu'il est convenu d'appeler le barème ou le système SIGYCOP. Celui-ci se compose d'un référentiel, le « répertoire analytique des pathologies » qui affecte à chaque pathologie un coefficient de 1 à 6 par ordre croissant d'incompatibilité avec l'exercice d'un métier physiquement exigeant (le 6 indiquant l'incompatibilité maximale), et d'une grille définie par les arrêtés ministériels relatifs à l'aptitude au recrutement dans la police, dans la gendarmerie et chez les sapeurs-pompiers, qui précisent le niveau d'exigence requis pour l'entrée dans chacune de ces forces, en détaillant sept rubriques désignées par une initiale<sup>1</sup>, avec pour chacune un chiffre que le candidat ne doit pas dépasser.

La question de la compatibilité du VIH et autres maladies chroniques telles que l'hépatite ou le diabète avec l'exercice des métiers de la police, de la gendarmerie et de la sécurité civile se traduit au niveau de la cotation du G (état général). Pour celui-ci, le plafond est fixé à 2 pour les policiers et les sapeurs-pompiers professionnels<sup>2</sup> et pour la plupart des fonctions au sein de la gendarmerie nationale.

Or, dans le référentiel, le VIH est coté entre 3 et 5, selon les états de l'affection, et le diabète insulino-dépendant entre 5 et 6. Il en résulte que les candidats présentant une de ces affections et qui en font état sont systématiquement l'objet d'un avis médical défavorable.

Globalement, le nombre d'avis défavorables, même s'il est supérieur à celui des autres corps de la fonction publique (1% ou moins), reste limité (inférieur à 5 %). En outre, la part des pathologies qui font l'objet des revendications précitées est minoritaire.

Il n'en reste pas moins que le contexte médical, sociétal et juridique met en question ce système.

S'agissant de la prise en charge médicale, les progrès sont réels, notamment pour le VIH et pour le diabète.

S'agissant du contexte juridique, si le juge administratif ne se place pas, jusqu'à présent, sur le terrain de la discrimination, voire, s'agissant du VIH, de l'homophobie, sur lequel les associations tentent de situer le débat, il peut donner satisfaction à certains recours individuels, (qui sont peu nombreux au demeurant), lorsqu'il estime que l'administration n'a pas pris sa décision au vu de l'état de santé effectif du candidat, mais par simple application d'une liste ou d'un barème préétabli.

---

<sup>1</sup> Ceinture scapulaire et membres supérieurs (S), ceinture pelvienne et membres inférieurs (I), état général (G), yeux (Y), sens chromatique (C), audition (O) et psychisme (P), d'où le nom de SIGYCOP de ce barème.

<sup>2</sup> Mais les sapeurs-pompiers volontaires peuvent être recrutés sur la base d'un G3. Dans ce cas, ils ne sont aptes que pour les missions hors incendie.

Enfin, l'ordonnance du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique implique que les administrations apprécient l'aptitude médicale des candidats au recrutement au niveau des « fonctions » exercées à un moment donné plutôt qu'à celui de l'ensemble d'une carrière.

Les investigations menées ne conduisent pas à remettre en cause le système SIGYCOP, dont l'intérêt en termes d'homogénéité des décisions prises par des centaines de médecins à travers la France l'emporte sur les inconvénients d'une certaine rigidité.

De même, l'impératif de polyvalence des fonctionnaires de police, des militaires de la gendarmerie et des sapeurs-pompiers au moment de leur recrutement est centrale dans la question de la manière dont l'ordonnance du 25 novembre 2020 doit être prise en compte dans ces trois forces.

Moduler davantage l'appréciation de l'aptitude des recrues, c'est-à-dire recruter des candidats qui dès le départ, ne seraient pas aptes à toutes les missions, poserait des problèmes opérationnels et de gestion des ressources humaines. Il est donc recommandé de ne pas modifier les règles à cet égard. En revanche, l'ordonnance impliquera, toutes choses égales par ailleurs, de faire monter au niveau des décrets statutaires certaines dispositions relatives au recrutement. Toutefois, le « barème SIGYCOP » lui-même devrait rester au niveau des arrêtés, pour des raisons de souplesse.

En revanche, s'agissant des pathologies, une évolution est possible et souhaitable en ce qui concerne le VIH. Elle a déjà eu lieu dans plusieurs grands pays (Etats-Unis, Royaume-Uni, Espagne). L'aptitude à toutes les missions des personnes séropositives à charge virale indétectable fait l'objet d'un consensus des médecins et des directions d'emploi.

Les modalités d'une évolution de la cotation de cette pathologie doivent être déterminées. Le répertoire analytique des pathologies utilisé par le ministère de l'intérieur ne lui est pas propre. Il a adopté – à des dates différentes pour chaque force – celui du ministère des armées. Or, celui-ci a établi les cotations qui figurent dans ce répertoire en fonction de ses besoins et les met à jour selon son calendrier. Il a indiqué à la mission ne pas envisager de modifier la cotation à court terme.

Tout en conservant cet outil en règle générale, le ministère de l'intérieur, dont 500 000 collaborateurs sont concernés (en comptant les pompiers bénévoles), doit s'autoriser à s'écarter des cotations qui y figurent, comme, par exemple, pour le VIH indétectable.

L'option privilégiée consiste à modifier de façon claire les arrêtés régissant les conditions d'aptitude médicale, qui devront de toute façon être remaniés pour tenir compte de l'ordonnance du 25 novembre 2020.

Si ces propositions sont retenues, le cas de la gendarmerie nationale devra faire l'objet d'un examen particulier. Celle-ci est soumise aux dispositions relatives à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire, et directement soumise à la compétence du service de santé des armées. Le ministère de l'intérieur doit donc faire un choix et, soit appliquer le changement de cotation pour la gendarmerie comme pour la police, soit accepter la coexistence de deux cotations du VIH, l'une pour la police, l'autre pour la gendarmerie.

S'agissant des autres affections chroniques, ce n'était pas le lieu, pour la présente mission de les passer en revue. Elle a toutefois examiné plus particulièrement la question du diabète de type 1, ou insulino-dépendant, qui fait l'objet de demandes récurrentes. Après audition de plusieurs médecins et consultation de la littérature disponible, même si les progrès de la prise en charge sont réels, faire passer celle du diabète 1 de 5-6 à 2 n'est pas justifié.

Plus généralement, dès lors que l'administration suivrait la proposition engageant le ministère de l'intérieur à s'autonomiser par rapport aux cotations du répertoire analytique des pathologies du ministère des armées, il serait cohérent qu'elle constitue un groupe de travail associant médecins et directions d'emploi du ministère qui serait chargé de procéder progressivement, au-delà du seul cas du VIH, à un réexamen des cotations de ce répertoire pour son compte et au regard de ses besoins.





## Liste des recommandations par ordre d'apparition dans le rapport

Recommandation n°1 : (DGPN, DGGN, DGSCGC) Conserver le système SIGYCOP, facteur d'objectivation et d'homogénéité des avis médicaux.....	43
Recommandation n°2 : (DGPN, DGSCGC) Attribuer la cotation G2 au VIH à charge indétectable et immunité cellulaire d'au moins 500 CD4 / mm <sup>3</sup> . ....	47
Recommandation n°3 : (DGPN, DGSCGC) Dans le cadre de la refonte des textes relatifs aux conditions de santé, prévoir l'intégration de la cotation G2 du VIH indétectable dans les textes qui seront pris pour modifier ou remplacer les arrêtés du 2 août 2010 et du 6 mai 2000.....	50
Recommandation n°4 : (DGPN, DGSCGC) Sans attendre ce nouveau texte, adresser aux médecins statutaires une note ou une instruction les invitant à retenir cette cotation.....	50
Recommandation n°5 : (DGPN, DGSCGC) Conserver comme base le répertoire analytique des pathologies du ministère des armées mais clarifier et sécuriser le fondement juridique de son utilisation par le ministère de l'intérieur .....	53
Recommandation n°6 : (secrétariat général, DGPN, DGSCGC) Constituer un groupe de travail chargé de réexaminer les cotations qui figurent dans le répertoire analytique des pathologies du ministère des armées .....	53



## SOMMAIRE

<b>Synthèse .....</b>	<b>5</b>
<b>Liste des recommandations par ordre d'apparition dans le rapport.....</b>	<b>9</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>1 Trois « forces » qui partagent des exigences d'aptitude élevées, mais avec chacune ses spécificités</b>	<b>15</b>
1.1 La vérification d'aptitude lors du recrutement.....	15
1.1.1 Les textes applicables.....	15
1.1.2 L'organisation administrative.....	16
1.1.3 La visite d'aptitude.....	19
1.1.4 Le barème SIGYCOP .....	21
1.1.5 Des avis médicaux défavorables en nombre relativement limité au regard d'une activité de masse .....	25
1.2 La vérification d'aptitude en cours de carrière .....	28
1.2.1 Dans la police nationale.....	28
1.2.2 Pour la gendarmerie .....	29
1.2.3 Pour la sécurité civile .....	29
1.2.4 L'articulation avec la médecine de prévention .....	30
1.3 Le système SIGYCOP n'a pas d'équivalent en dehors des forces armées et de sécurité.....	31
1.3.1 Si les forces armées sont à l'origine du système SIGYCOP, elles l'utilisent de façon différente .....	32
1.3.2 Des conditions d'aptitude et de vérification de celle-ci beaucoup moins exigeantes pour les corps régis par le droit commun de la fonction publique .....	32
1.3.3 Des conditions de droit commun également applicables aux polices municipales (sous réserve du port d'arme).....	33
1.3.4 Dans le secteur privé, un droit du travail tourné vers la médecine de prévention .....	34
<b>2 UN CONTEXTE MÉDICAL, SOCIÉTAL ET JURIDIQUE QUI MET EN QUESTION CE système.....</b>	<b>35</b>
2.1 Des progrès ont été réalisés dans la prise en charge médicale .....	35
2.1.1 Le VIH.....	35
2.1.2 Le diabète.....	35
2.2 Un environnement juridique en mutation.....	36
2.2.1 L'ordonnance du 25 novembre 2020 implique que les administrations apprécient l'aptitude médicale au niveau des fonctions exercées .....	36
2.2.2 Une proposition de loi qui illustre l'état d'esprit de la majorité des élus.....	38
2.2.3 Des recours individuels peu nombreux mais qui peuvent obtenir satisfaction.....	38
2.2.4 Le médiateur interne de la police nationale (MIPN) préconise de mettre en place un groupe de travail spécifique.....	40
2.2.5 Des associations placent le débat sur le terrain de la discrimination.....	40

2.3	Le recrutement des personnes séropositives dans quelques grands pays étrangers révèle des positions plus ouvertes .....	41
<b>3</b>	<b>UNE REFORME MAJEURE DU dispositif actuel N'EST PAS JUSTIFIÉE, MAIS celui-ci DOIT ÊTRE amenagé .....</b>	<b>43</b>
3.1	Les investigations menées ne conduisent pas à remettre en cause le système SIGYCOP.....	43
3.2	La question de la polyvalence des fonctionnaires de police et les sapeurs-pompiers au moment de leur recrutement est centrale .....	44
3.2.1	<i>Faut-il moduler davantage les exigences d'aptitude lors du recrutement ? .....</i>	<i>44</i>
	<i>Actuellement, la modulation des exigences et des affectations est variable selon les cadres d'emploi, mais en définitive très limitée : on entre dans la carrière en devant être apte à toutes les missions susceptibles d'être accomplies durant celle-ci (sans préjudice des spécialités du type pilote d'avion, d'hélicoptère, etc.). .....</i>	<i>44</i>
3.2.2	<i>Moduler davantage l'aptitude des recrues poserait des problèmes opérationnels et de gestion des ressources humaines .....</i>	<i>44</i>
3.3	Une évolution est souhaitable en ce qui concerne le VIH .....	47
3.3.1	<i>L'aptitude des personnes séropositives à charge virale indétectable à toutes les missions fait l'objet d'un consensus médical et des directions d'emploi .....</i>	<i>47</i>
3.3.2	<i>Les modalités d'une évolution de la cotation .....</i>	<i>48</i>
3.4	Les autres affections chroniques .....	51
3.4.1	<i>Le cas particulier du diabète .....</i>	<i>51</i>
3.4.2	<i>Une procédure de réexamen des cotations .....</i>	<i>52</i>
<b>Annexes</b>	<b>.....</b>	<b>54</b>
	Annexe n° 1 : Lettre de mission .....	56
	Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées.....	58
	Annexe n° 3 : Modèles de questionnaires .....	62
	Annexe n° 4 : Extraits du répertoire analytique des pathologies (Extraits).....	76
	Annexe n° 5 : Les sapeurs-pompiers : Un même emploi, trois statuts.....	80

## INTRODUCTION

Par lettre de mission du 1<sup>er</sup> décembre 2020, le ministre de l'intérieur et la ministre déléguée chargée de la citoyenneté ont souhaité qu'une mission conjointe de l'inspection générale de l'administration (IGA)<sup>3</sup>, avec le concours de l'inspection générale de la police nationale (IGPN), de l'inspection générale de la gendarmerie nationale (IGGN), et de l'inspection générale de la sécurité civile (IGSC), examine les arguments exposés par un collectif d'associations dans une saisine en date du 29 septembre 2020 tendant à abroger les dispositions réglementaires qui excluent les porteurs du virus d'immunodéficience humaine (VIH) de l'accès aux corps de la police nationale, de la gendarmerie nationale et des sapeurs-pompiers, à raison des aptitudes physiques qu'ils requièrent. Parallèlement, ce collectif a déposé un recours devant le Conseil d'État tendant à l'abrogation des arrêtés ministériels qui régissent les conditions d'aptitude physique que doivent remplir les agents servant dans ces trois forces.

Il était demandé à la mission d'examiner si des évolutions de textes étaient pertinentes et, dans l'affirmative, de faire des propositions concernant la méthode, les délais de la mesure, en tenant compte de son incidence sur les contraintes propres à ces trois forces.

Enfin, la lettre de mission invite la mission à élargir en tant que de besoin le champ de son étude à d'autres affections de longue durée.

Afin de répondre à ces demandes, la mission a rencontré en janvier-février 2021, la direction générale de l'administration et de la fonction publique, les interlocuteurs compétents en matière de recrutement des personnels concernés (direction des ressources et des compétences de la police nationale, direction centrale du recrutement et de la formation de la police nationale, direction générale de la sécurité civile et de la gestion de crise, direction des personnels militaires de la gendarmerie nationale), des directeurs d'emploi des effectifs (direction centrale de la sécurité publique, direction centrale des compagnies républicaines de sécurité), des services départementaux d'incendie et de secours, des médecins de l'administration, ainsi que l'association FLAG !, qui milite pour les droits des LGBT au ministère de l'intérieur et qui est l'une des associations à l'origine du recours précité.

Elle a également fait interroger par la direction de la coopération internationale (DCI) les administrations de plusieurs pays européens sur leur dispositif en la matière. Elle a en outre pris l'attache de la direction centrale du service de santé des armées, le ministère des armées étant également concerné par le recours devant le Conseil d'État. Enfin, les membres de la mission ont rencontré les représentants du défenseur des droits et le médiateur interne de la police nationale.

Le rapport effectue un état des lieux des conditions d'aptitude physiques en vigueur en matière de recrutement et d'emploi des personnes atteintes du VIH et du diabète, au sein de la police nationale, de la gendarmerie nationale et des sapeurs-pompiers, qui ont en commun l'emploi d'un même répertoire analytique des pathologies, mais avec des modalités d'utilisation différentes (I), il prend en compte, les évolutions des prises en charges thérapeutiques disponibles, de l'environnement juridique (II) et fait des propositions concernant le recrutement des personnes séropositives au VIH, l'aménagement des textes impliqué tant par ce recrutement que par la nécessité de sécuriser le droit applicable ; enfin, il recommande qu'un groupe de travail vérifie la cotation de l'ensemble des pathologies au regard des besoins spécifiques des trois forces qui font l'objet de la mission (III).

---

<sup>3</sup> A également participé à la première partie de la mission Mme Anne Badonnel, inspectrice de l'administration, appelée ensuite à d'autres fonctions.



## 1 TROIS « FORCES » QUI PARTAGENT DES EXIGENCES D'APTITUDE ELEVEES, MAIS AVEC CHACUNE SES SPECIFICITES

Les services de la police nationale, de la gendarmerie nationale et de la sécurité civile ont en commun d'exiger des fonctionnaires actifs ou militaires un niveau élevé de condition physique, qui a conduit à la mise en place d'un dispositif spécifique de contrôle, tant lors du recrutement qu'en cours de carrière, de l'aptitude médicale, dérogoratoire au droit commun de la fonction publique.

### 1.1 La vérification d'aptitude lors du recrutement

#### 1.1.1 Les textes applicables

##### 1.1.1.1 Pour la police nationale

Pour les corps actifs de la police nationale<sup>4</sup>, plusieurs textes sont venus préciser à chaque fois plus finement les règles et principes de cette exigence d'aptitude physique.

Dans son article 4, le décret n°95-654 du 9 mai 1995 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de la police nationale, fixe trois conditions cumulatives sans la réalisation desquelles « *nul ne peut être nommé à un emploi des services actifs de la police nationale* » : avoir la nationalité française, recevoir l'agrément du ministre de l'intérieur à sa candidature, et être reconnu apte, après examen médical effectué par le médecin agréé de l'administration, à un service actif de jour et de nuit. Le même texte dans son article 38, prévoit les conditions de reclassement au profit du fonctionnaire de police dont l'inaptitude physique à ses fonctions aura été dûment constatée par le comité médical compétent.

Les textes portant statut particulier des corps actifs de la police nationale ne fixent aucune autre exigence en matière d'aptitude.

L'arrêté du 13 mai 2005<sup>5</sup> relatif à l'aptitude physique exigée des candidats aux emplois de commissaire de police, lieutenant de police et gardien de la paix de la police nationale, faisait un premier état de l'aptitude physique minimale requise pour les trois corps, par énumération de conditions générales médicales ou physiques.

Toutefois les médecins agréés n'avaient à leur disposition aucune grille ou outil d'analyse, même s'il précisait notablement les exigences de l'employeur en exigeant une aptitude physique « *à un service actif de jour comme de nuit pouvant comporter une exposition aux intempéries et des déplacements de durée prolongée hors résidence* ».

Ces conditions ont été modifiées avec la publication de l'arrêté interministériel du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires, qui regroupe dans un seul arrêté les conditions d'aptitude physique à l'entrée dans les corps actifs de la police nationale en supprimant celles qui n'avaient plus lieu d'être. L'arrêté du 10 juin 2015 a modifié cet arrêté pour y introduire un outil nouveau, le SIGYCOP (voir *infra*), et ajoute une exigence nouvelle tenant à l'aptitude au port et à l'usage des armes.

---

<sup>4</sup> Le corps de conception et de direction (CCD) pour les commissaires de police, le corps de commandement (CC) pour les officiers de police le corps d'encadrement et d'application (CEA) pour les gardiens de la paix ainsi que les adjoints de sécurité (ADS).

<sup>5</sup> Publié après l'arrêté du 2 janvier 2002 relatif à l'aptitude physique exigée des candidats aux emplois de commissaire de police, lieutenant de police et gardien de la paix de la police nationale et l'arrêté du 26 mars 2004 relatif à l'aptitude physique exigée des candidats aux emplois de commissaire de police, lieutenant de police et gardien de la paix de la police nationale. Le dernier arrêté introduisait la notion d'indice de masse corporelle (IMC) et le dépistage des produits stupéfiants.

#### 1.1.1.2 Pour la gendarmerie nationale

L'article L. 4132-1 du code de la défense dispose que nul ne peut être militaire s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction. Cette exigence englobe non seulement les compétences techniques nécessaires pour tenir un emploi, mais aussi les aptitudes physique, mentale et médicale (cette dernière incluant l'aptitude psychique).

L'arrêté du ministre de la défense en date du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale rappelle la finalité de cette condition d'aptitude physique en précisant « *qu'elle fait référence à des critères morphologiques imposés par les équipements et systèmes d'armes ainsi qu'à l'adéquation entre le niveau d'entraînement physique et les contraintes de l'emploi ou des missions* ».

L'arrêté du ministre de l'intérieur en date du 12 septembre 2016 fixe les conditions physiques et médicales d'aptitude exigées des personnels militaires de la gendarmerie nationale et des candidats à l'admission en gendarmerie : ce texte précise notamment, dans ses annexes, le profil minimum requis pour occuper certains emplois dans la gendarmerie. Ce profil varie suivant que l'on se situe au stade de l'entrée en service ou pendant le déroulement de la carrière.

L'instruction n°1700 DEF/DCSSA/PC/MA du 31 juillet 2014 relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire constitue notamment le mode d'emploi de la classification SIGYCOP pour les armées.

#### 1.1.1.3 Pour la sécurité civile

Le statut des sapeurs-pompiers des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) est fixé par la loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours dite de départementalisation codifiée depuis au code général des collectivités territoriales (CGCT).

Leur aptitude, qu'ils soient professionnels ou volontaires, et le suivi de celle-ci, sont définis dans l'arrêté du 6 mai 2000, qui fixe les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours. Ce texte précise notamment, les profils minimum requis pour occuper certains emplois, ceux-ci varient suivant que l'on se situe au stade de l'entrée en service ou en cours de carrière.

L'aptitude physique et médicale des sapeurs-pompiers militaires relève de l'instruction ministérielle du 16 février 2018 pris par l'armée de terre pour les personnels affectés à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et aux formations militaires de la sécurité civile (ForMiSC) et de l'arrêté du 25 juin 2020 pris par la marine pour ceux affectés au bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPPM).

Enfin, l'aptitude physique et médicale des démineurs relèvent des textes s'imposant aux personnels de la police nationale.

### 1.1.2 L'organisation administrative.

Dans les corps de la police nationale et la sécurité civile, les médecins statutaires sont, en majorité, des médecins qui ont une activité libérale ou hospitalière et qui effectuent des visites d'aptitude sous forme de vacations. Dans la gendarmerie, les visites sont assurées par des médecins militaires renforcés ponctuellement par des médecins issus de la réserve.



### 1.1.2.1 L'organisation de la médecine statutaire dans la police nationale

- Au plan central

Bien qu'il existe, au sein de la DGPN, une direction centrale du recrutement et de la formation de la police nationale (DCRFPN), celle-ci n'intervient pas sur cet aspect du recrutement, qui reste de la compétence de la direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN), laquelle assure le pilotage de la médecine statutaire au sein de la police, par le truchement d'un médecin-chef.

- Sur le territoire : une structure modeste et en sous-effectifs au regard des missions à accomplir

Le service médical statutaire est composé d'échelons régionaux placés sous la supervision du médecin-chef qui coordonne leur activité.

Le service médical statutaire central ne donne pas d'instructions aux médecins inspecteurs régionaux (MIR). Le médecin-chef intervient a posteriori, lorsqu'il s'agit de donner un deuxième avis et à la demande de l'administration, notamment pour éviter le risque de contentieux. L'administration peut ne pas suivre l'avis du médecin statutaire. Dans les zones de compétences de chaque secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur (SGAMI), le MIR assure le pilotage du service médical statutaire de la police nationale.

En 2018, le service était composé, outre le médecin-chef, de 21 médecins (équivalent à 18,40 ETP) dont 16 médecins interrégionaux responsables ou adjoints soit l'équivalent de 15 ETP, et de 135 médecins vacataires (équivalent à 44,5 ETP), soit un total de 62,9 médecins en ETP et de 45 infirmières et infirmiers (soit 43,3 ETP). Le service a perdu depuis 2015, plus de 20 ETP pour assurer ses missions.

Quatre missions majeures structurent le champ de compétence de la médecine statutaire :

- Vérifier l'aptitude physique et médicale à l'emploi et assurer le contrôle des fonctionnaires de police et des adjoints de sécurité (ADS) de l'incorporation à la fin de carrière ;

La visite est réalisée par le MIR au niveau des SGAMI. Il en existe 7, correspondant aux zones de défense. Elle intervient après réussite au concours et avant l'entrée en école. **Si l'incorporation a lieu plus de 6 mois après la dernière visite, un nouveau contrôle d'aptitude est réalisé en cours de scolarité.**

- Exercer certaines missions dans le cours de la carrière des agents : la médecine statutaire procède également à des visites d'aptitude spécialisées en cas de changement de corps ;
- Assurer le suivi médical des élèves en école de police ;
- Coordonner le soutien opérationnel : médicalisation des antennes du groupe **Recherche, Assistance, Intervention, Dissuasion** (RAID) et le soutien médical des compagnies républicaines de sécurité (CRS).

Le décret n°86-442 du 14 mars 1986 précité a instauré des comités médicaux et des commissions de réforme pour l'ensemble de la fonction publique.

- Les comités médicaux :

Le comité médical interdépartemental de la police nationale est une instance consultative chargée de donner des avis sur la situation médicale des fonctionnaires avant que l'administration se prononce sur la mise en œuvre des dispositions médicales et statutaires.

- La commission de réforme :

La commission de réforme est une instance consultative médicale et paritaire qui a pour mission de donner un avis en matière d'imputabilité de blessures en service, de taux temporaire d'invalidité, de maladies professionnelles.

En 2018, les comités médicaux ont traité 3 609 dossiers et les commissions de réforme 959. Ces séances ont conduit au prononcé de 3 567 aptitudes restreintes (port d'arme, voie publique...), 769 congés de longue maladie et 714 congés de longue durée. En 2018, 36 867 visites de contrôle ont été réalisées.

#### 1.1.2.2 La médecine d'aptitude dans la gendarmerie nationale

L'organisation de la gendarmerie nationale se caractérise par :

- Le rôle central du service de santé des armées (SSA). Celui-ci assure la totalité des missions médicales au profit de la gendarmerie comme des forces armées ;
- L'absence de distinction entre médecine statutaire et médecine de prévention ;
- Le lien de subordination hiérarchique des médecins militaires au SSA.

Les lauréats des divers concours ou sélections sur dossier en vue de leur recrutement en qualité de gendarme adjoint volontaire (GAV) - filière générale - ou emploi particulier, de sous-officier de gendarmerie ou du corps de soutien technique et administratif de la gendarmerie, d'officier de gendarmerie ou d'officier du corps technique et administratif, sont soumis à une visite d'expertise médicale initiale, réalisée par un médecin militaire dans les semaines précédant le début du cycle de formation initiale, visant à déterminer leur aptitude à l'engagement.

#### 1.1.2.3 L'organisation de la sécurité civile :

L'organisation de la sécurité civile présente plusieurs particularités par rapport à la police nationale et à la gendarmerie nationale :

- il existe des sapeurs-pompiers des SDIS et des sapeurs-pompiers militaires. Les sapeurs-pompiers des SDIS relèvent de la fonction publique territoriale, les sapeurs-pompiers militaires sont affectés à la BSPP, au BMPM, aux ForMiSC ;
- En outre, les sapeurs-pompiers des SDIS se divisent en sapeurs-pompiers professionnels et sapeurs-pompiers volontaires ;
- Enfin, elle ne comporte pas que des sapeurs-pompiers ; ainsi, les démineurs relèvent du statut de la police nationale et les pilotes d'hélicoptères et d'avions sont contractuels.

A l'échelon central, la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC) élabore la réglementation, le cadre juridique et les doctrines pour les sapeurs-pompiers des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et élabore les textes statutaires sur le recrutement des sapeurs-pompiers, qu'ils soient sapeurs-pompiers volontaires ou sapeurs-pompiers professionnels, et sur l'aptitude requise pour intégrer les corps des sapeurs-pompiers. En revanche, elle n'élabore pas de doctrine en tant qu'employeur, car les sapeurs-pompiers civils, qu'ils soient professionnels ou volontaires, sont recrutés et formés par les SDIS, établissements publics autonomes qui, sous la responsabilité de leur directeur et de leurs médecins d'aptitude, sont les principaux recruteurs et employeurs des 250 000 sapeurs-pompiers<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Voir annexe n° 5 : Les sapeurs-pompiers : Un même emploi, trois statuts.

Lors du recrutement, les candidats sapeurs-pompiers professionnels (SPP) qui souhaitent intégrer la fonction publique territoriale passent un premier examen médical auprès d'un médecin généraliste agréé qui va confirmer l'aptitude de la personne à tenir un emploi public<sup>7</sup>.

Chaque candidat passe ensuite une seconde visite médicale, à l'instar de la visite médicale que va subir le sapeur-pompier volontaire pour son recrutement, auprès d'un médecin de sapeur-pompier habilité<sup>8</sup> qui va déterminer son aptitude à exercer les missions de sapeur-pompier.

Afin de pouvoir réaliser ces visites d'aptitude, les SDIS s'appuient sur 7 430 infirmiers et sur 3 800 médecins<sup>9</sup>. Outre l'exercice de leur art et leur expérience professionnelle, « *l'habilitation est subordonnée à l'acquisition d'une formation initiale ou continue à la détermination de l'aptitude médicale* ». <sup>10</sup> La ressource médicale pour effectuer cette mission peut paraître importante, mais, selon le conseiller médical de la DGSCGC, 20% des SDIS sont en carence de médecins-chefs et de médecins de sapeurs- professionnels.

### 1.1.3 La visite d'aptitude

L'avis médical est toujours rendu à l'issue d'une visite comprenant un examen et un entretien.

Il convient d'opérer une distinction nette entre les deux notions que sont d'une part celle de consultation médicale, et d'autre part celle de visite d'expertise médicale. Ces deux actions ne poursuivent pas la même finalité et, légalement, doivent être pratiquées dans des locaux distincts. La consultation médicale est en effet réalisée au profit d'un patient, alors que la visite médicale d'expertise est réalisée au profit d'un tiers, dans le respect bien évidemment du secret médical. De cette différence sémantique découle l'explication des divergences qui peuvent éventuellement poindre entre médecins : les uns agissent en qualité de soignants, les autres d'experts.

#### 1.1.3.1 Dans la police nationale

Le but de la visite est de vérifier si le candidat est en capacité d'exercer un travail de jour comme de nuit et s'il dispose des qualités nécessaires au port d'une arme. D'une manière plus générale et induite, elle doit conclure à la polyvalence d'exercice par le candidat de tous les métiers et missions opérationnelles de police, dans toutes leurs contraintes de variations ou d'allongements imprévisibles d'emploi du temps, de ports d'équipements spécifiques, de rusticité ou difficultés de conditions de travail, de jeûne imposé et de stress physique ou psychique. Le choix d'affectation des postes ne se détermine qu'à l'issue de la scolarité en fonction d'un classement de sortie.

Cette condition d'aptitude se distingue de celles requises pour l'exercice de toutes autres activités pénibles ou sportives permettant à son pratiquant de choisir ses moments de repos ou de soins éventuels. Lors de l'admission d'un candidat, seule la capacité réelle à l'exercice permanent des missions est retenue.

L'administration exige que les fonctionnaires de police, pour remplir leurs missions dans des conditions optimales, se maintiennent au meilleur niveau de leur qualification professionnelle et de leur aptitude physique.

---

<sup>7</sup> Conformément aux dispositions réglementaires d'application de la loi du 13 juillet 1983 et du décret n°86-442 du 14 mars 1986.

<sup>8</sup> Arrêté du 6 mai 2000 Titre 1 - Section 1 - article 2 : « *La liste départementale des médecins habilités est établie par le président du conseil d'administration du SDIS sur proposition du médecin-chef après avis de la commission consultative du service de santé et de secours médical* ».

<sup>9</sup> 180 infirmiers et 200 médecins sapeurs-pompiers professionnels, plus de 7 250 infirmiers et 3 600 médecins sapeurs-pompiers volontaires. Les médecins sont par ailleurs également souvent médecins libéraux (63%) ou praticiens hospitaliers (24%).

180 infirmiers et 300 médecins sapeurs-pompiers professionnels, plus de 7 200 infirmiers et 3 600 médecins sapeurs-pompiers volontaires. Les médecins sont par ailleurs également souvent médecins libéraux (63%) ou praticiens hospitaliers (24%)

<sup>10</sup> Arrêté du 6 mai 2000 Titre 1 – Section 1 - article 2

Cette obligation est renforcée, pour les effectifs de la DCCRS dans l'accomplissement des missions de maintien et de rétablissement de l'ordre public nécessitant une résistance particulière à l'effort physique. À cet effet, « *les fonctionnaires actifs de la police nationale affectés dans ces unités sont soumis à l'obligation de se maintenir à un niveau de forme physique compatible avec l'exercice de ces missions. Plus particulièrement, les aménagements de service supérieurs à cinq jours sont incompatibles avec l'exercice de missions de police dans les CRS* »<sup>11</sup>.

Si une approche individualisée pour chaque candidat est de rigueur lors de chacune des visites, dans un souci d'homogénéité et d'objectivation des avis rendus, les médecins inspecteurs régionaux sont réunis trimestriellement par le médecin-chef de la police nationale.

À l'occasion des visites d'incorporation, le candidat répond à un questionnaire l'interrogeant notamment sur ses antécédents familiaux et personnels, ses habitudes de vie ainsi que sur d'éventuelles pathologies infectieuses ou immunitaires qu'il aurait pu contracter. Ce questionnaire n'est que déclaratif. Si le candidat s'abstient de mentionner sa maladie, cette abstention dégage l'administration de toute responsabilité, pour autant qu'il soit établi que la déclaration est mensongère. Aucun prélèvement sanguin n'est opéré ; il est effectué un test urinaire sur bandelettes ayant pour but de déterminer une éventuelle utilisation produits illicites.

Il existe plusieurs sites internet et intranet interactifs qui précisent les conditions d'aptitudes aux emplois et notamment le SIGYCOP.

#### 1.1.3.2 Dans la gendarmerie nationale

La visite d'expertise médicale initiale a pour objet de déterminer l'aptitude du militaire à accomplir sans restriction l'ensemble des missions qui peuvent lui être dévolues dans le cadre de son service. En cela, elle est conforme à la directive 2000/78/CE du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail. En outre, le médecin militaire doit, au cours de son examen, conserver à l'esprit les contraintes spécifiques liées à la qualité de militaire de la gendarmerie.

Enfin, le médecin militaire s'appuie également au cours de son examen sur un questionnaire médical renseigné par l'intéressé. La fiabilité de ce document demeure certes aléatoire, puisque fondée sur les déclarations du candidat, peu enclin à s'ouvrir de problèmes de santé susceptibles de constituer autant d'obstacles à son recrutement.

A l'aune de ces éléments, le médecin des armées est responsable de la détermination de l'aptitude médicale de l'intéressé et peut, en cas de doute, solliciter des expertises complémentaires. Le constat réalisé par ce professionnel de santé comporte également un aspect prédictif. Il évalue en effet les évolutions possibles d'éventuelles pathologies ou de problèmes divers car la responsabilité de l'État pourrait se trouver engagée ultérieurement en cas de dégradation sévère de l'état de santé du candidat.

L'expertise médicale est complétée par un entretien infirmier (ou dans certains cas une visite médicale) au temps de l'incorporation en école de formation.

Le candidat n'est soumis à aucun examen biologique systématique autre que le test urinaire. Cependant, si le médecin décèle un problème, soit au travers des réponses formulées par le candidat dans son questionnaire médical, soit au travers de l'examen clinique, des examens complémentaires, biologiques ou radiographiques, visant à affiner le diagnostic ou à explorer une pathologie peuvent être pratiqués.

---

<sup>11</sup> RGEPN Article 113-14-Modifié par Arrêté du 30 janvier 2008 – art. 7 et Article 291-5.

### 1.1.3.3 Dans la sécurité civile

Pour les sapeurs-pompiers militaires, la procédure est identique aux militaires des forces armées.

Concernant les sapeurs-pompiers des SDIS, un candidat à un premier emploi de sapeur-pompier professionnel ou à un premier engagement de sapeur-pompier volontaire doit présenter une condition physique compatible avec une activité opérationnelle et un profil médical en adéquation avec les contraintes et particularités des missions exercées. Pour la sécurité civile comme pour les autres acteurs du secours, la détermination de l'aptitude revêt un double objectif, éthique, en protégeant la santé de la personne, et sécuritaire, en évitant toute interférence médicale dans la conduite opérationnelle. Elle est d'abord liée au maintien de la capacité opérationnelle des unités et ne peut être abordée exclusivement de manière individuelle (le risque pour l'individu), spécifiquement sous l'angle de la médecine du travail (le risque pour l'employeur).

La visite médicale d'aptitude se déroule en deux temps. Une première visite a lieu avec un infirmier sapeur-pompier qui procède à des examens (biométrie) dont les données cliniques orienteront le choix d'autres analyses complémentaires<sup>12</sup>. Une seconde visite est organisée avec un médecin qui, au vu des résultats et à la lecture du questionnaire rempli préalablement par le candidat, réalise au travers d'un entretien, une recherche d'antécédents familiaux et personnels permettant d'apprécier les facteurs de risques, en particulier respiratoires, cardio-vasculaires et psychologiques. Le médecin fait remplir au candidat une attestation sur l'honneur précisant qu'il a répondu en toute sincérité au questionnaire et lui indique qu'en cas de dissimulation ou de fausse déclaration, son recrutement pourrait être remis en question.

### 1.1.4 Le barème SIGYCOP

L'avis d'aptitude s'appuie sur une notation effectuée selon le barème SIGYCOP.

#### 1.1.4.1 Un système conçu pour assurer de façon objective et cohérente le contrôle d'aptitude dans un contexte de recrutements de masse

Le SIGYCOP est un outil particulier aux forces armées et aux services actifs du ministère de l'intérieur. Elaboré par le ministère des armées à l'époque du service national, qui impliquait l'examen médical de dizaines de milliers d'appelés, il se compose de deux éléments:

- Un répertoire analytique qui affecte à chaque pathologie un coefficient de 1 à 5 ou 6 par ordre croissant d'incompatibilité avec l'exercice d'un métier physiquement exigeant (le 6 indiquant l'incompatibilité maximale), avec, dans de nombreux cas, une cotation sous forme de fourchette pour tenir compte de la sévérité et du stade de l'affection<sup>13</sup>. Ce répertoire analytique, qui recense environ 370 pathologies, a été élaboré et est mis à jour par le ministère des armées (annexe II à l'arrêté du ministre de la défense du 20 décembre 2012<sup>14</sup>). Il prend en compte l'accès aux traitements, y compris en opération extérieure (OPEX). Ainsi, une pathologie peut avoir une cotation élevée alors qu'elle admet un traitement, si celui-ci risque d'être inaccessible pour un militaire engagé sur une OPEX ;

<sup>12</sup> Arrêté du 6 mai 2000 - article 13 : Examens de la vue, de l'audition, des épreuves fonctionnelles respiratoires, une radiographie pulmonaire de face, un électrocardiogramme de repos, des examens biologiques notamment glycémie, cholestérol, triglycérides, gamma-GT et transaminases ...

<sup>13</sup> 1 : L'état de la pathologie permet une aptitude pour toute activité,

2 : L'état de la pathologie ne permet pas l'accès à certaines spécialités très exigeantes ou, il y a nécessité d'examens complémentaires pour admettre le niveau 1,

3, 4, 5, 6 : L'état de la pathologie est de plus en plus dégradé, il confère au candidat un niveau de santé moyen voir très faible.

<sup>14</sup> Arrêté relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale, publié au bulletin officiel des armées, modifié en 2018. Un extrait de ce répertoire figure en annexe n° 4

- Une grille définie par les arrêtés ministériels relatifs à l'aptitude au recrutement dans la police, dans la gendarmerie et chez les sapeurs-pompiers, qui précisent le niveau d'exigence requise pour l'entrée dans chacune de ces forces, en détaillant sept rubriques désignées par une initiale, avec pour chacune un chiffre que le candidat ne doit pas dépasser.

Le service de santé des armées (SSA) demeure seul compétent pour classer et coter les différentes pathologies médicales derrière ce SIGYCOP. Cette classification fait l'objet de révisions régulières, tenant compte des progrès effectués par la médecine et la direction centrale du service de santé des armées (SSA) associe les responsables des différentes armées à la détermination des évolutions relatives aux normes de recrutement.

Le SSA estime que la catégorisation SIGYCOP d'un individu atteint d'une pathologie se fait au regard de la compatibilité de cette dernière avec l'emploi, tout en prenant en compte à la fois les risques d'aggravation de la situation individuelle et ceux qui pourraient peser sur la santé et la sécurité du groupe ou d'autrui. Elle le fait toutefois dans une perspective essentiellement militaire.

Les sept rubriques correspondent à une région du corps ou à un état général et psychique auxquels sont attribués un coefficient de 0 ou 1 à 5 ou 6 (selon la rubrique) après examen médical :

- S : ceinture scapulaire et membres supérieurs
- I : ceinture pelvienne et membres inférieurs
- G : état général
- Y : vision hors sens chromatique
- C : sens chromatique
- O : oreilles et audition
- P : état psychique

La problématique du VIH comme de nombreuses affections chroniques telles que le diabète ou l'asthme, relève de la lettre G.

Pour chaque candidat, le médecin d'aptitude affecte un chiffre pour chacune des lettres de la grille, correspondant aux résultats de la visite, et définissant ainsi le « profil SIGYCOP » du candidat.

#### 1.1.4.2 Des modulations différentes selon les forces

La médecine statutaire est une médecine de sélection. Le SIGYCOP permet de mettre en corrélation l'expression du besoin médical avec une méthode d'évaluation de l'état de santé exprimé en mode alphanumérique. Le barème est fixé par chaque force en fonction des exigences considérées par l'employeur comme nécessaires pour la bonne exécution des missions qui lui sont confiées.

#### **Le niveau d'exigence du SIGYCOP pour la police nationale**

Le système SIGYCOP est utilisé par la police nationale depuis l'arrêté du 10 juin 2015 modifiant celui du 2 août 2010, succédant au barème GIPOL issu de l'aviation civile précédemment utilisé.

L'exigence nécessaire requise pour être policier actif est S2, I2, G2, Y3, C2, O2 et P2. Aucune modulation n'est envisagée selon tel ou tel type d'emploi en raison de la notion de polyvalence du métier de police au recrutement.

Ce SIGYCOP, outil et repère pour les médecins statutaires, est applicable à l'entrée dans la fonction, lors des changements de corps et d'une manière générale tout au long de la carrière. Il a un caractère quasi-impératif lors du recrutement et permet d'asseoir l'avis médical en lui procurant de l'objectivité. Néanmoins, il présente le désavantage d'agir dans certains cas comme « un couperet ». Selon le médecin-chef de la DRCPN, l'objectif est de mettre la barre très haute au niveau de l'admission pour éviter des difficultés ultérieures lors de l'activité.

### **Le niveau d'exigence du SIGYCOP pour les militaires de la gendarmerie nationale**

Ce niveau se concrétise au travers d'un arrêté propre à chaque force, dont la gendarmerie, qui publie son propre arrêté fixant les critères médicaux statutaires, en étroite liaison avec le SSA. Ainsi, le SIGYCOP relève d'un équilibre entre les besoins fonctionnels de l'institution pour qu'elle puisse remplir ses missions et le profil physiologique sociétal, afin de ne pas restreindre inutilement son bassin de recrutement.

Des critères complémentaires sont ajoutés, précisant certains besoins spécifiques à l'ensemble d'un corps, liés à la géographie, voire à certaines filières ou unités.

Confronté à une affection décrite dans un article du répertoire analytique, le médecin du service de santé des armées est tenu de respecter les indications qui y sont données en matière de cotation du profil médical puis de déterminer l'aptitude médicale en se référant aux textes réglementaires des armées, directions et services ou de la gendarmerie nationale. Quand le coefficient peut fluctuer entre deux bornes, le médecin choisit la valeur lui paraissant la mieux adaptée à la situation clinique.

Le SIGYCOP déterminé lors de la visite d'expertise médicale initiale peut éventuellement être modifié lors de l'entretien infirmier (ou dans certains cas de la visite médicale) réalisé au temps de l'incorporation en école de formation si, à ce stade, un événement médical nouveau le justifie, voire en cas de mésestimation ou encore en cas de découverte d'une omission de la part du candidat. Il est possible également de lever certaines restrictions temporaires prononcées dans l'attente d'explorations complémentaires une fois celles-ci réalisées.

### **Le niveau d'exigence du SIGYCOP pour la sécurité civile**

Le médecin cote médicalement le candidat au travers du SIGYCOP<sup>15</sup> et évalue son aptitude à tenir les emplois définis par les profils types.

Alors que les missions sont les mêmes pour les sapeurs-pompiers professionnels (SPP), les sapeurs-pompiers volontaires (SPV) et les sapeurs-pompiers militaires (SPM), la cotation requise pour l'aptitude au recrutement diffère entre les sapeurs-pompiers des SDIS et les sapeurs-pompiers militaires<sup>16</sup> à l'exception de la cotation G déterminant l'aptitude face aux affections de longue durée, qui demeure la même pour tous.

Le recrutement en qualité de SPP implique la capacité à remplir toutes les missions visées à l'article L 1424-2 du CGCT (protection des personnes, des biens et de l'environnement, et secours d'urgence aux personnes). Ce même article introduit pour les sapeurs-pompiers volontaires (SPV), la possibilité d'un recrutement différencié<sup>17</sup>, certains SPV pourront n'être aptes qu'aux missions de secours d'urgence aux personnes excluant ainsi pour cette catégorie de recrutement toute mission liée à l'incendie.

<sup>15</sup> Instruction ministérielle n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME (et ses révisions pour les Sapeurs-pompiers militaires).

<sup>16</sup> Tableau comparatif des SIGYCOP des métiers de la Sécurité Civile en annexe 5.

<sup>17</sup> Option introduite pour faire face aux difficultés de recrutement de sapeur-pompier volontaire liées à la rareté de la ressource disponible dans les territoires.

L'article 9 du décret du 6 mai 2000 indique que pour être déclaré apte à un premier emploi de sapeur-pompier professionnel ou à un premier contrat de sapeur-pompier volontaire toute mission, le candidat doit remplir les conditions médicales correspondant au minimum à un profil SIGYCOP 2-2-2-3-0-3-2<sup>18</sup>, mais ce décret introduit également une modulation dans l'aptitude avec un profil différent et moins exigeant - SIGYCOP 3-3-3-4-0-4-2 - pour les SPV recrutés sous la forme différenciée assurant uniquement les missions de secours d'urgence aux personnes.

La mise en œuvre de l'arrêté du 6 mai 2000 a été, en pratique, adaptée par les médecins des SDIS. Ainsi, si cet arrêté dans son article 3 se réfère à une instruction ministérielle de 2003, les médecins entendus évaluent l'état des pathologies sur la base de l'arrêté de 2012 modifié du service de santé des armées qui l'a remplacé. Ainsi, la rédaction de l'arrêté du 6 mai 2000 doit être actualisée.

Le tableau ci-dessous récapitule les principaux barèmes SIGYCOP fixé pour les trois cadres d'emploi.

Tableau 1 : Comparaison des niveaux exigés au recrutement pour les trois forces

	S	I	G	Y	C	O	P
Police nationale (tous corps)	2	2	2	3	2	2	2
Gendarmerie nationale	2	2	2	4	3	2	1
Sapeurs-pompiers des SDIS (profil « toutes missions »)*	2	2	2	2	0	2	2

\* Voir en annexe n° 5 le détail des SIGYCOP applicables aux sapeurs-pompiers selon leurs statuts

Sources : arrêtés des 6 mai 2000, 2 août 2010 et 12 décembre 2016

Au terme de la visite, le médecin statutaire dispose des éléments suivants pour rendre son avis :

- Ses connaissances professionnelles et son expérience ;
- Les observations faites lors de la visite et les déclarations de l'intéressé à l'oral ;
- Un questionnaire-type. On trouvera en annexe n° 3 les modèles de questionnaires de la police nationale et de la gendarmerie nationale, ainsi qu'un exemple de questionnaire d'un SDSIS.

On observe que ces questionnaires sont tous différents ; en outre, les SDIS n'utilisent pas un modèle national unifié. Ce fonctionnement en silo est la règle en matière de médecine d'aptitude. **Sans méconnaître les spécificités des exigences de chacune d'elles, une concertation transversale entre les trois forces sur ces questions, à tout le moins en vue d'échange de bonnes pratiques, pourrait être utilement envisagée.**

On constate également qu'en pratique, une fausse déclaration ou une omission découverte après le recrutement, ne sont pas sanctionnées.

- Des examens biologiques en nombre variable selon les forces, mais dont aucun ne permet de détecter le VIH.

<sup>18</sup> On observe que, selon le ministère des armées, qui est à l'origine de ce système (arrêté du 20 décembre 2012), la cotation 0 n'a lieu d'être que pour le P (état psychique). La sécurité civile s'est donc écartée de cette règle en exigeant un 0 pour le C (perception chromatique).



En aucun cas le service de médecine statutaire ne porte la pathologie ayant motivé l'avis d'inaptitude, non plus que le profil SIGYCOP du candidat, à la connaissance de l'administration, contrairement à ce qui est indiqué dans le recours contentieux précité<sup>19</sup>.

### 1.1.5 Des avis médicaux défavorables en nombre relativement limité au regard d'une activité de masse

#### 1.1.5.1 Des flux importants donnant lieu à un faible nombre de refus

L'activité en matière de visite de recrutements est d'autant plus importante qu'en dépit des contraintes budgétaires, les recrutements, quoique irréguliers, sont importants, en raison, notamment, des récents plans de renfort de la police nationale et de la gendarmerie nationale, ainsi que du départ à la retraite des classes nombreuses des années 1950-1960. Les motifs des avis médicaux défavorables au recrutement ne semblent pas faire l'objet d'un suivi statistique consolidé<sup>20</sup>.

Le médecin dispose d'une gamme très limitée de réponses possibles, en particulier dans la police. L'avis est : apte, inapte définitif ou inapte temporaire, lorsque le candidat a vocation à guérir (fracture, par exemple). Pour les sapeurs-pompiers, il peut en outre proposer une inaptitude totale ou partielle.

Pour des raisons de préservations du secret médical, les motifs d'inaptitude ne sont pas connus par le service recruteur, le résultat des visites ne comportant qu'un avis positif ou de rejet. L'administration suit donc l'avis d'aptitude (sans préjudice des autres motifs éventuels de rejet de la candidature). Quelquefois, mais rarement, notamment au recrutement, une décision d'inaptitude temporaire peut être prise en vue de compléments d'informations ou de suivis de traitements. C'est le cas notamment en cas d'attente de résultats suite à une opération chirurgicale en vue de traiter une myopie. A contrario, en cours de carrière, des décisions d'inaptitudes temporaires sont souvent prises suite à des blessures ou à des maladies.

L'arrêté du 6 mai 2000 prévoit que les médecins sapeurs-pompiers « *s'appuient* » sur la norme SIGYCOP, leur laissant la possibilité d'y déroger suite à un examen particulier ou en prenant en compte les traitements médicaux suivis. Néanmoins, dans les faits, très peu de médecins y dérogent et, parmi les milliers de médecins pratiquant la médecine d'aptitude, seuls, semble-t-il, quelques médecins professionnels, plus spécialisés (essentiellement des médecins chefs de SDIS), gardent, occasionnellement, une certaine liberté vis-à-vis de ce barème.

De même, les médecins statutaires de la police nationale ne sont jamais tenus de façon absolue par la cotation du répertoire analytique. Dans la pratique, ils ne s'en écartent que très exceptionnellement, et surtout à la suite d'un recours administratif ou contentieux.

En ce qui concerne la gendarmerie nationale, les termes de l'arrêté du 20 décembre 2012 semblent ne donner aucune latitude aux médecins militaires. Pour autant, le taux d'avis défavorables reste très faible.

---

<sup>19</sup> Ainsi, en ce qui concerne les sapeurs-pompiers, l'article 13 de l'arrêté du 6 mai 2000 dispose qu'« *un certificat médical d'aptitude du modèle consigné en annexe 1 sera délivré à l'attention de l'autorité territoriale d'emploi.* » Ce modèle ne prévoit pas la mention du profil SIGYCOP.

<sup>20</sup> Semblent venir en tête les affections rhumatologiques, l'acuité visuelle et, pour les candidats policiers, les problèmes psychiques.

## La police nationale

Le service de médecine statutaire (SMS) a été organisé par voie de circulaire en 2007.<sup>21</sup> En 2019, 9302 visites de recrutement ont été réalisées concernant les trois corps actifs, les adjoints de sécurité et les cadets de la République. Le nombre de décisions défavorables est faible car seuls 278 d'entre eux ont été déclarés inaptes à l'emploi, soit un taux de rejet de 2,98 %<sup>22</sup> s'expliquant probablement par une bonne connaissance des conditions d'accès à la fonction par les candidats, le « droit de ne rien dire » dans le questionnaire évoqué plus haut et l'absence de prélèvements sanguins.

## La gendarmerie nationale

Le médecin des armées peut décider d'une inaptitude en fondant ses conclusions sur les éléments objectifs du bilan médical et sur l'estimation d'un risque pour l'individu ou la collectivité, basée sur sa connaissance des pathologies mais aussi sur celle du milieu militaire et des contraintes liées aux activités et situations d'exception imposées par ce statut. Il convient en effet de déterminer si un sujet est capable d'occuper un emploi, mais aussi s'il peut s'en acquitter au sein de la collectivité militaire.

En 2020, la gendarmerie a incorporé, toutes catégories confondues, 8930 personnes. Parmi celles-ci, 371 soit 4,15 % ont été déclarées définitivement inaptes avant la signature de leur contrat d'engagement. Les motifs d'inaptitude ne sont connus que du monde médical.

Par ailleurs, lorsqu'une pathologie connue du candidat au recrutement mais sciemment occultée par celui-ci est découverte, une inaptitude en cours de période probatoire peut être constatée, susceptible d'entraîner une dénonciation de contrat par le commandement. Une fois la période probatoire achevée, la découverte d'une inaptitude médicale définitive entraîne une réforme, excepté si la gendarmerie accorde l'autorisation de servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude.

Le candidat à l'engagement, le militaire ou le commandement peut, dans les deux mois suivant une décision médico-administrative d'aptitude, décider de la contester en sollicitant une sur-expertise auprès du SSA.

## La sécurité civile

Les services de secours et de soins médicaux des SDIS ont réalisé en 2018, 22 993 visites, concernant des sapeurs-pompiers professionnels, volontaires et les jeunes sapeurs-pompiers. Le nombre de décisions défavorables est faible car seuls 248 d'entre eux ont été déclarés inaptes à l'emploi, soit un taux de rejet de 1,1 % s'expliquant la aussi par une bonne connaissance des conditions d'accès. Concernant les sapeurs-pompiers militaires, la même année, 1 250 visites ont été organisées et 49 ont donné lieu à un avis défavorable (3,9%).

Le tableau ci-dessous retrace de façon synthétique la part des avis défavorables. Bien qu'il soit délicat d'additionner les chiffres concernant des années différentes, ils fournissent des ordres de grandeur utiles. S'agissant du chiffre particulièrement bas des sapeurs-pompiers, il s'expliquerait, selon les SDIS interrogés par la mission, par la communication qu'ils font en amont du recrutement sur les aptitudes physiques exigées, qui conduirait les personnes éventuellement intéressées à renoncer à candidater.

<sup>21</sup> Circulaire NOR : INTC0700029C du 6 février 2007 relative au règlement d'emploi des médecins de la police nationale.

<sup>22</sup> Ce pourcentage est lissé sur deux années civiles du fait de la non-annualisation des concours du CEA, qui représentent l'essentiel des recrutements de la police nationale, et des incorporations décalées qui en résultent.

Tableau 2 : La part des avis médicaux défavorables au recrutement

	2 Nombre de recrutements	3 Nombre d'avis médicaux d'inaptitude	4 % (3/2)
Police nationale (2019)	9302	278	2,99 %
Gendarmerie nationale (2020)	8930	371	4,15 %
Sapeurs-pompiers (2018) <sup>23</sup>	24 243	297	1,2 %

Source : DRCPN / DGGN / DGSCGC / SSA / Mission

Parmi ces avis d'inaptitude, les services médicaux ne semblent pas tenir de statistiques par motif et il n'a pas été possible de quantifier la part du VIH et du diabète. De l'avis des interlocuteurs de la mission, elle est faible. Il est vrai que cette part peut être minorée du fait de la sous-déclaration initiale de la part des candidats.

#### 1.1.5.2 Des recours administratifs et contentieux marginaux

##### La police nationale

Les comités médicaux donnent un avis dans les cas où les candidats ou fonctionnaires contestent l'avis médical en matière, soit d'aptitude aux emplois publics, soit d'octroi ou de renouvellement des congés de maladie, soit de réintégration à l'issue de ces congés.

Dans les corps actifs de police, dans le cadre des avis médicaux de maintien en activité, le comité médical supérieur institué auprès du ministre de la santé ne peut être saisi, l'avis en premier ressort relevant du médecin de la police nationale.

En cas d'avis défavorable du MIR, un recours est possible devant les comités médicaux interdépartementaux. Prévus par le décret du 14 mars 1986, ils se composent uniquement de médecins généralistes et spécialistes agréés par l'administration qui n'a pas de représentant. Ces recours sont rares en raison du faible taux de décision d'inaptitude. Il peut également arriver que le médecin-chef soit sollicité pour un nouvel avis sur demande du candidat ou des autorités, mais ces cas restent très résiduels.

Outre ces recours internes, les contestations classiques par les tribunaux administratifs, le médiateur de la police nationale ou les services du défenseur des droits sont possibles, mais également rares.

##### La gendarmerie nationale

Le candidat à l'engagement, le militaire ou le commandement peut, dans les deux mois suivant une décision médico-administrative d'aptitude, décider de la contester en sollicitant une sur-expertise auprès du SSA.

<sup>23</sup> Dont respectivement 22 993 visites et 248 avis d'inaptitude pour les sapeurs-pompiers des SDIS (professionnels et volontaires) et 1250 visites et 49 avis d'inaptitude pour les SP militaires.

## La sécurité civile

La décision de refus prise à la suite de la visite de recrutement pour un sapeur-pompier professionnel peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès du médecin-chef, puis d'un recours auprès de la commission médicale départementale et enfin d'un contentieux devant le tribunal administratif<sup>24</sup> le cas échéant. L'absence de recours contentieux s'explique par le fait que la plupart des candidats SPP sont déjà pour la très grande majorité sapeurs-pompiers volontaires (SPV) dans un SDIS. La DGSCGC n'est pas informée des recours gracieux exercés au niveau des employeurs.

Les SPV peuvent, après un premier recours auprès du médecin-chef de leur département, saisir la commission départementale puis zonale d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier volontaire instituées par l'arrêté du 6 mai 2000<sup>25</sup> s'ils ne sont pas satisfaits de la réponse apportée. En 5 ans, la DGSCGC n'a été saisie qu'une à deux fois par an pour des refus d'engagements de sapeurs-pompiers volontaires ayant essentiellement des troubles de la vue, ou étant affectés par de l'asthme, du diabète, des hépatites. Ces saisines consistaient essentiellement en des demandes de dérogations. Les réponses apportées ont, en application stricte des textes, toujours été négatives.

Au total, on constate que les directions centrales ne consolident pas les chiffres relatifs au recours, sans doute en raison de leur caractère marginal, qui n'en fait pas un sujet.

## 1.2 La vérification d'aptitude en cours de carrière

Si la visite de recrutement concentre l'attention et, le cas échéant, les critiques des associations, ce n'est pas le seul rendez-vous médical à l'occasion duquel une affection chronique peut être détectée, qu'elle ait préexisté au recrutement (et ait été cachée ou ignorée par le candidat), ou qu'elle se déclenche postérieurement au recrutement.

### 1.2.1 Dans la police nationale

La médecine statutaire en cours de carrière procède à des visites d'aptitude spécialisées en cas de changement de corps.

En outre, lors de l'accès à certains emplois dans des structures spécialisées, l'aptitude physique peut de nouveau être vérifiée (motocycliste, maître-nageur sauveteur, moniteur de tir...).

Il revient également à la médecine statutaire de suivre et contrôler les situations interruptives aux arrêts de travail et de pratiquer les examens, expertises et contre-visites dans le cadre des congés statutaires, des accidents de service ou des maladies professionnelles des personnels actifs.

Enfin, elle accompagne les agents dans leurs choix professionnels. Le médecin-chef de la police nationale donne un avis sur les dossiers de demandes de mutation à caractère dérogatoire pour raisons médicales et établit un certificat médical d'aptitude pour la prolongation d'activité ou le maintien en position d'activité.

En cours de carrière, les médecins statutaires ont une plus large possibilité d'appréciation quant à l'aptitude et à l'emploi.

<sup>24</sup> Aucun cas n'a été dénombré lors de la mission.

<sup>25</sup> Arrêté du 6 mai 2000 - titre II - Section 4 - article 24 pour la commission départementale et article 25 pour la commission zonale qui précise : « Cette commission est composée de deux médecins-chefs de la zone de défense et d'un médecin agréé, spécialiste de la pathologie en cause ».

### 1.2.2 Pour la gendarmerie

Chaque militaire de la gendarmerie est astreint, sauf dispositions particulières liées à une spécialité ou encore au besoin d'effectuer un suivi médical spécifique, à une visite médicale périodique de fréquence biennale. Les normes retenues sont alors, pour les raisons mentionnées précédemment, plus souples et tiennent compte non seulement de l'évolution de l'état physiologique liée à l'âge, mais également de pathologies qui pourraient s'être déclarées en cours de carrière.

En cas d'aggravation sensible de l'état de santé d'un militaire l'empêchant d'accomplir normalement son service, celui-ci peut se voir notifier :

- Une inaptitude temporaire, avec maintien dans son unité jusqu'à recouvrement de ses pleines capacités ;
- Une inaptitude définitive.

Dans ce dernier cas, soucieuse d'accompagner les militaires et de préserver leurs intérêts, la gendarmerie peut accorder, après avis d'un conseil de santé, une aptitude à servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude et ainsi offrir un poste généralement hors de la sphère opérationnelle directe et tenant compte des capacités de l'intéressé. L'institution peut également proposer un reclassement en emploi civil. Enfin, en l'absence de telles possibilités, une réforme peut être prononcée.

Le militaire dispose d'une voie de recours. Il peut ainsi saisir le conseil régional de santé (CRS). Une évolution est en cours dans ce domaine. Cette instance devrait en effet prochainement adopter l'appellation de conseil national de santé. La disparition progressive des commissions régionales vise à assurer un traitement plus homogène des différents cas. Cette commission se réunit à une fréquence hebdomadaire, mais n'assure qu'à une fréquence mensuelle le traitement des dossiers provenant de la gendarmerie.

Le conseil régional de santé n'est toutefois pas une instance de recours mais un conseil qui émet un avis à destination de l'employeur. Il revient alors à ce dernier d'apprécier l'opportunité d'accorder ou non une dérogation et de prendre la décision administrative correspondante. L'avis du CRS peut être contesté dans les deux mois, par l'intéressé ou par le commandement, auprès du conseil supérieur de santé. La décision administrative peut quant à elle faire l'objet d'un recours dans un premier temps auprès de la commission de recours des militaires (CRM) puis auprès du tribunal administratif.

### 1.2.3 Pour la sécurité civile

L'aptitude constatée lors du recrutement du sapeur-pompier est « départementale » : en cas de mobilité de l'intéressé, une nouvelle visite médicale devra être réalisée pour définir l'aptitude de ce dernier au sein de sa nouvelle structure.

Le suivi de l'aptitude et de maintien en activité des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires sont définis dans l'arrêté du 6 mai 2000. Ils s'exercent par un suivi des vaccinations et une visite médicale annuelle par défaut, avec une possibilité de porter la périodicité à deux ans pour les sapeurs-pompiers âgés de 16 à 38 ans. La visite médicale de maintien en activité est assurée par les mêmes médecins d'aptitude des SDIS et sur la base d'examens cliniques et biologiques<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Arrêté du 6 mai 2000 - titre I, Section 3, article 18

Le suivi de l'aptitude et de maintien en activité des sapeurs-pompiers militaires est prévu dans leur texte de référence<sup>27</sup>, la visite de vérification de l'aptitude en cours de carrière réalisée par les médecins du service de santé des armées est biennale.

Sur les 176 889 visites de maintien en activité pour les sapeurs-pompiers des SDIS, 6% d'entre elles conduisent le sapeur-pompier à une inaptitude temporaire partielle (plus de 16% pour les sapeurs-pompiers militaires). La proportion des inaptitudes définitives (hors accident de service) qu'elles soient partielles ou totales est encore plus ténue : 1% pour les inaptitudes définitives partielles et 0,2% pour les inaptitudes définitives totales. Elle est inexistante chez les sapeurs-pompiers militaires recrutés par défaut contractuellement.

Le profil médical de maintien en service du sapeur-pompier étant évalué sur la base du SIGYCOP, les décisions administratives sont prises en fonction du type de l'inaptitude totale/partielle et temporaire/définitive et revêtent plusieurs options possibles :

- Aptitude avec restriction de missions ;
- Aménagement du poste ;
- Reclassement pour les sapeurs-pompiers professionnels ;
- Fin de contrat pour les sapeurs-pompiers volontaires.

Les conseils d'administration des SDIS ont une obligation d'établir une liste des emplois non opérationnels susceptibles d'être proposés en priorité aux sapeurs-pompiers professionnels en inaptitude définitive qui ne disposent plus des capacités physiques nécessaires pour l'accomplissement des missions opérationnelles : « *Le sapeur-pompier professionnel peut bénéficier d'une affectation au sein même du SDIS selon les possibilités du service. Il convient de recenser ces emplois non opérationnels susceptibles d'être proposés en priorité aux sapeurs-pompiers bénéficiant d'un projet de fin de carrière ...* »<sup>28</sup>. Ces emplois représentent de 5 à 8 % de l'effectif des sapeurs-pompiers professionnels<sup>29</sup>. Ces postes sédentaires, réservés à des agents en inaptitude opérationnelle dans le cadre d'un projet de fin de carrière limitent de facto la capacité des SDIS à proposer d'autres possibilités de reclassement à des sapeurs-pompiers en inaptitude suite à une visite médicale de maintien en service.

**De façon générale, il apparaît que les inaptitudes constatées par les services en cours de carrière sont plus fréquentes que lors du recrutement et se gèrent en interne, par aménagement de poste ou affectation des intéressés sur des postes moins exposés.**

#### 1.2.4 L'articulation avec la médecine de prévention

Pour la gendarmerie nationale, le service de santé des armées assure à la fois les fonctions de médecine statutaire et de médecine de prévention et le cas échéant, de médecine de soin.

De même, pour la sécurité civile, les services de santé et de secours médical des SDIS cumulent la fonction de médecine d'aptitude et de médecine préventive dans le cadre de l'article R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales. Ils exercent entre autre :

- La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;

<sup>27</sup> Instruction Ministérielle du 16 février 2018 pris par l'armée de terre pour la BSPP et les ForMiSC, Arrêté du 25 juin 2020 pris par la marine pour le BMPM

<sup>28</sup> Circulaire du 4 août 2005 relative à l'application des dispositions de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.

<sup>29</sup> Estimation réalisée suite aux entretiens, très variable en fonction des SDIS.

- L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 ;
- Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité.

La question de l'articulation de la médecine d'aptitude et de la médecine de prévention ne se pose donc que pour la police nationale. L'état de santé des fonctionnaires de police relève de deux médecines distinctes et complémentaires :

- une médecine de prévention ;
- une médecine statutaire assurée par le service de médecine statutaire (SMS).

Les deux médecines se différencient sur leur approche du risque. Pour la médecine statutaire, c'est prioritairement le risque que l'agent peut constituer pour le service et pour les tiers qui est envisagé, alors que la médecine de prévention identifie les risques pour le travailleur. Les deux approches sont finalement complémentaires pour assurer une gestion des risques en milieu professionnel.

Aux termes de l'article 50 du décret de 1995 précité, « *les fonctionnaires actifs des services de la police nationale bénéficient, au moins tous les trois ans, d'une visite médicale obligatoire auprès d'un médecin de prévention.* »

Les services de médecine de prévention et de médecine statutaire et de contrôle développent des relations privilégiées dans le domaine de la détection, la plus précoce possible, des situations de fragilité individuelle et de leur suivi.

Le médecin inspecteur régional (MIR) du service médical statutaire et de contrôle transmet régulièrement au médecin coordonnateur régional du service médical de médecine de prévention les positions médico-administratives des agents (en cas d'arrêt de maladie prolongé).

L'articulation des deux médecines est jugée capitale pour les deux médecins chefs rencontrés par la mission pour le suivi des maladies chroniques. Il y a convergence des deux métiers, s'agissant de pathologies identiques. Pour le médecin-chef statutaire, il y a une réelle « harmonie » aujourd'hui entre les deux services de médecine statutaire et de prévention.

### **1.3 Le système SIGYCOP n'a pas d'équivalent en dehors des forces armées et de sécurité**

Le système de vérification d'aptitude médicale appliqué aux militaires, policiers, gendarmes et sapeurs-pompiers et fondé sur le SIGYCOP est sans équivalent tant dans le secteur privé que dans la fonction publique civile, en dehors de ces professions, qui ont en commun des contraintes opérationnelles fortes. On peut dire, en simplifiant, que dans les forces de sécurité (au sens large), la décision d'aptitude est prise en fonction de la pathologie, quel que soit l'état du candidat, alors que dans le reste de la fonction publique, la décision est prise au vu de l'état général quelle que soit la pathologie.

### 1.3.1 Si les forces armées sont à l'origine du système SIGYCOP, elles l'utilisent de façon différente

Le fondement législatif de la condition d'aptitude médicale pour les militaires se trouve à l'article L.4132-1 modifié du code de la défense, qui dispose que « *Nul ne peut être militaire [...] 3° S'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction* ». La formulation est donc proche de celle de la loi de 1983, à l'exception de l'invitation à tenir compte des possibilités de compensation du handicap, qui n'est pas reprise.

Les dispositions réglementaires d'application figurent dans deux arrêtés du 20 décembre 2012, l'un relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire, l'autre relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. Ce sont ces textes qui posent le principe du recours au barème SIGYCOP dans l'ensemble des forces armées et lui donnent un fondement juridique, ainsi qu'au répertoire analytique. Toutefois, ce n'est pas ce texte qui précise les niveaux d'exigence, ceux-ci donnant lieu à des textes qui étaient historiquement des instructions publiées au bulletin officiel des armées et qui tendent à être remplacées progressivement par des arrêtés (un pour chaque armée).

Il ressort de ces instructions, d'une part que, contrairement à la manière d'appliquer le SYGICOP au ministère de l'intérieur, le niveau d'exigence est modulé selon une grande variété de métiers ou de missions : 27, par exemple, pour l'armée de terre, et que, d'autre part, le recrutement peut se faire dans plusieurs cas, sur la base d'un G (état général) fixé à 3 (13 métiers sur 27 pour reprendre l'exemple de l'armée de terre). En outre la majorité des personnels, hors officiers, est constituée de militaires sous contrats temporaire. La décision de recrutement n'engage donc pas pour une carrière entière.

Cette différence de régime entre la gendarmerie nationale et les forces armées s'explique par le fait qu'à la différence des autres armées, qui emploient un nombre important de contractuels destinés à servir au titre de carrières courtes, la gendarmerie recrute essentiellement des militaires destinés à effectuer des carrières longues. Il importe donc de tenir compte de l'évolution physiologique liée à l'âge et d'optimiser, dès le recrutement, l'état sanitaire de la ressource afin de s'assurer du maintien d'une capacité opérationnelle de cette dernière sur une longue durée. Ceci se traduit par un niveau d'exigence initial légitimement plus élevé et explique les normes plus souples admises dans les autres armées pour certaines catégories de personnels connaissant des contraintes moindres.

### 1.3.2 Des conditions d'aptitude et de vérification de celle-ci beaucoup moins exigeantes pour les corps régis par le droit commun de la fonction publique

Pour les fonctionnaires de l'Etat et des collectivités locales, les conditions de santé d'accès à la fonction publique sont prévues par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires. Son article 5 dispose que « *nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire [...] 5° s'il ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap.* »

Cette formulation est remplacée, en vertu de l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique, par de nouvelles dispositions (voir infra, 2.2), mais qui n'entreront en vigueur qu'au moment où les dispositions réglementaires prises pour leur application seront effectives.



Les dispositions réglementaires d'application de la loi du 13 juillet 1983 sont contenues dans le décret n°86-442 du 14 mars 1986, aux termes duquel « *Nul ne peut être nommé à un emploi public s'il ne produit à l'administration, à la date fixée par elle, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées. Au cas où le praticien de médecine générale a conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé est soumis à l'examen d'un médecin spécialiste agréé. Dans tous les cas l'administration peut faire procéder à une contre-visite par un médecin spécialiste agréé en vue d'établir si l'état de santé de l'intéressé est bien compatible avec l'exercice des fonctions qu'il postule* ».

En règle générale, les textes particuliers de chaque corps ne comportent pas de dispositions relatives aux conditions d'aptitude, les dispositions du décret de 1986 s'appliquant par défaut. Seuls les corps pour lesquels il a été estimé nécessaire de déroger à ces conditions de base font l'objet de textes propres définissant des conditions d'aptitude spécifiques.

Même s'ils sont traités, comme la police nationale, dans l'arrêté du 2 août 2010, les corps de l'administration pénitentiaire et ceux de la branche de surveillance des douanes (et bien que le métier de ces derniers présente des similitudes avec celui de la police aux frontières) relèvent pour l'essentiel de ce droit commun.

### 1.3.3 Des conditions de droit commun également applicables aux polices municipales (sous réserve du port d'arme)

Les policiers municipaux sont régis par le droit commun de la fonction publique territoriale, constitué, en ce qui concerne l'aptitude, par le décret n°87-602 du 30 juillet 1987<sup>30</sup>, dont l'article 10 dispose que : « *pour être nommé dans la fonction publique territoriale, tout candidat doit produire à l'autorité territoriale, à la date fixée par elle, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être énumérées, ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées* ». L'article 12 de ce décret précise que « *des arrêtés conjoints du ministre chargé des collectivités territoriales et du ministre chargé de la santé fixent les conditions particulières d'aptitude requises pour l'exercice de certaines fonctions* », mais la direction générale des collectivités locales (DGCL), consultée, a indiqué qu'il n'avait pas été pris d'arrêté en ce qui concerne les policiers municipaux.

Aux termes de l'article R.511-2 du code de la sécurité intérieure, les agents de police municipale doivent être agréés par le préfet. En outre, il est précisé à l'article R511-18 du même code que : « ***Sur demande motivée du maire [...] le préfet de département peut accorder une autorisation individuelle de porter une arme pour l'accomplissement des missions définies [...] Le maire [...] joint également à cette demande un certificat médical datant de moins de quinze jours, placé sous pli fermé, attestant que l'état de santé physique et psychique de l'agent n'est pas incompatible avec le port d'une arme.*** Ce certificat est établi par le médecin agréé.

Le recrutement des policiers municipaux n'est donc pas soumis au SIGYCOP, ni à aucune grille préétablie ; l'aptitude est laissée à l'appréciation des médecins statutaires, qui sont des médecins de ville agréés et qui délivrent le certificat en fonction de la situation médicale de chaque candidat, dans des conditions analogues à ce qui est pratiqué pour l'ensemble de la fonction publique, sous la réserve des conditions de port d'arme.

---

<sup>30</sup> Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

Cette différence par rapport à la police nationale, à l'heure où les polices municipales sont incluses dans le « continuum de la sécurité intérieure » (cf. Livre blanc de la sécurité intérieure et proposition de loi en cours de discussion relative à la sécurité globale), est justifié jusqu'à présent par la différence des missions (en particulier l'absence de missions de maintien de l'ordre).

#### 1.3.4 Dans le secteur privé, un droit du travail tourné vers la médecine de prévention

Le code du travail est essentiellement un recueil des obligations des employeurs. Dans le domaine de la santé, on y trouve donc des dispositions qui relèveraient dans la fonction publique de la médecine de prévention, mais non de la médecine d'aptitude. Les conditions d'aptitude qui peuvent être requises le sont pour un poste donné et non pour une carrière. Elles sont soumises aux dispositions de droit commun prohibant la discrimination<sup>31</sup>. Le salarié subit une visite initiale d'information et de prévention, mais qui n'est pas un préalable à l'embauche, puisqu'elle est subie dans les trois mois qui suivent celle-ci (Art. R. 4624-10 code du travail)<sup>32</sup>. Ces règles s'appliquent aux agents de sécurité privée.

---

<sup>31</sup> Article L. 1132-1 c. du travail : « *Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de nomination ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise [...] en raison de son origine, [...] ou en raison de son état de santé, de sa perte d'autonomie ou de son handicap [...]* ».

<sup>32</sup> Elle a pour objet d'interroger le salarié sur son état de santé, de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail, de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre, d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail, de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail.

## 2 UN CONTEXTE MÉDICAL, SOCIÉTAL ET JURIDIQUE QUI MET EN QUESTION CE SYSTÈME

Dans le répertoire analytique des pathologies, le VIH est coté entre 3 et 5, selon l'état de la maladie, et le diabète insulino-dépendant entre 5 et 6. Parallèlement, dans les arrêtés régissant les conditions d'aptitude au recrutement dans les différentes forces, le chiffre maximal admis pour la rubrique G (état général), qui est la rubrique impactée par ces maladies, est de 2. C'est cette situation qui s'oppose au recrutement de candidats qui présentent ces pathologies et que l'environnement tant médical que juridique ou sociétal amène à réexaminer aujourd'hui.

### 2.1 Des progrès ont été réalisés dans la prise en charge médicale

#### 2.1.1 Le VIH

Le taux de prévalence du VIH en France est, selon l'ONUSIDA, de 0,3 % au sein de la population âgée de 15 à 49 ans et on estime à environ 170 000 personnes le nombre de porteurs du VIH dans notre pays.

Il n'est pas connu dans les forces de sécurité et de secours, objets de ce rapport, faute de statistiques disponibles, même si, à l'occasion de recours auprès du médiateur de la police nationale, du défenseur des droits ou lors des entretiens menés par la mission, il est patent que certains de leurs personnels sont porteurs du virus, et ce parfois dès l'entrée en fonction.

Depuis 1996, la combinaison de trois médicaments (trithérapies), dont une classe de molécules innovantes, les antiprotéases, a fait la preuve de son intérêt tant pour la santé des personnes que pour l'arrêt des contaminations. Ces traitements, très efficaces, ne permettent pas, toutefois, de guérir *stricto sensu* du VIH., sauf très rares exceptions

Deux constantes permettent de suivre l'évolution de la maladie chez un patient porteur du VIH : la charge virale détectable ou pas, et l'immunité cellulaire (nombre de cellules lymphocytes CD4 par millimètre-cube de sang). On considère qu'un patient dont la charge virale est indétectable et dont l'immunité cellulaire est égale ou supérieure à 500 CD4 par mm<sup>3</sup> de sang peut mener une vie personnelle et professionnelle semblable à celle d'un séronégatif, sous réserve de suivi du traitement. Par ailleurs, un VIH non détectable est également non contaminant. En 2015, 73 % des personnes vivant avec le VIH avaient une charge virale indétectable en France, et donc ne pouvaient plus transmettre le virus. 65 % des personnes vivant avec le VIH ont un taux de CD4 supérieur à 500/mm<sup>3</sup>, c'est-à-dire possèdent une bonne immunité<sup>33</sup>.

#### 2.1.2 Le diabète

En France, en 2015, 3,7 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour le diabète (soit 5,4% de la population). L'insulino-résistance (diabète de type 2) touche plus de 90% des personnes diabétiques. Le diabète insulino-dépendant (DID) dit " diabète de type 1 " est une maladie auto-immune dont les causes sont encore mal connues. Le diabète de type 1 concerne environ 10 % des personnes diabétiques. En 2019 en France, son incidence est d'environ 15 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Rapport parlementaire en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'évaluation des dispositifs de lutte contre les discriminations au sein des forces armées présenté par MM. Bastien LACHAUD et Christophe LEJEUNE, députés. 27 mars 2019.

<sup>34</sup> Source : Fédération française des diabétiques.

Si le diabète de type 1 reste incurable, les progrès concernant sa prise en charge sont réellement importants, ils permettent effectivement de réfléchir à des adaptations dans le cadre de postes de sécurité et conduisent certaines associations à revendiquer un accès plus large aux métiers de la sécurité. Il est également fait état de diabétiques sportifs de haut niveau.

Les équipements modernes (type Freestyle) permettent aux malades, au moyen d'un capteur, de mesurer et d'enregistrer en permanence le taux de glucose dans le liquide interstitiel du porteur. Ces capteurs de 35mm de diamètre et de 5 mm d'épaisseur peuvent être portés pendant près de deux semaines. Ils peuvent être portés sous forme de patch jour et nuit résistent à l'eau (un mètre) et à l'exercice. Ce capteur élimine donc les piqûres au doigt que les diabétiques doivent se faire régulièrement pour mesurer leur taux de glucose dans le sang afin de déterminer les injections d'insuline dont ils ont besoin. L'information du porteur se fait, à sa demande, par un scan d'une seconde d'un lecteur au travers des vêtements (1 à 4 cm). Ces lecteurs de 100 mm x 60mm x 16 mm pèsent 65g et possèdent un écran permettant l'affichage de la donnée.

L'injection sous-cutanée d'insuline est simplifiée au moins pour les diabètes légers ou moyens, par l'usage de « stylo » plus simple d'emploi qu'une seringue classique. A ce stylo est fixée une cartouche d'insuline contenant plusieurs unités.

Les capteurs sous cutanés peuvent être combinés avec des pompes à insuline externe (type *Medtronic 640G* ou *Minimed 780G*). Ce système porté en permanence ajuste automatiquement l'administration de l'insuline.

## 2.2 Un environnement juridique en mutation

Les décisions de recrutement ou de refus de recrutement prises sur la base de l'aptitude médicale doivent se garder de deux écueils : d'une part des décisions prises exclusivement au cas par cas qui risquent de donner lieu à de grandes disparités de pratiques, à une trop grande place laissée à la subjectivité des médecins, voire à des formes de favoritisme ou à des décisions « à la tête du client » et, d'autre part, des décisions très encadrées par des directives très détaillées, ne laissant pas suffisamment de pouvoir d'appréciation aux médecins d'aptitude. Compte tenu du nombre de visites d'aptitude effectuées chaque année, l'administration a opté pour un encadrement assez précis constitué par le SIGYCOP. Celui-ci a l'avantage de fournir une certaine homogénéité à des avis rendus par des centaines de médecins agréés à travers la France<sup>35</sup>. Il a les défauts de ses qualités : une certaine rigidité et une tendance à l'automatisme de l'application.

Ces caractéristiques se heurtent à l'évolution des mentalités comme à celle du contexte juridique: d'une part, la foi du public dans les progrès continus de la médecine, de la chirurgie et des prothèses rend moins audibles des décisions de rejet fondées sur un motif médical ; d'autre part, le caractère de plus en plus prégnant et extensif de la notion de discrimination fait que toute décision d'exclusion d'un candidat risque d'être contestée sur ce terrain.

### 2.2.1 L'ordonnance du 25 novembre 2020 implique que les administrations apprécient l'aptitude médicale au niveau des fonctions exercées

L'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique modifie, entre autres, l'article 5 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires.

---

<sup>35</sup> 2000 environs chez les sapeurs-pompiers

On a rappelé ci-dessus (1.3.2) les termes de cet article dans sa rédaction antérieure. L'ordonnance n°2020-1447 du 25 novembre 2020, dans son article 1<sup>er</sup>, comporte une nouvelle rédaction ainsi conçue :

*« [Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire] 5° Le cas échéant, s'il ne remplit, compte tenu des possibilités de compensation du handicap, les conditions de santé particulières exigées pour l'exercice de certaines fonctions relevant du corps ou du cadre d'emplois auquel il a accès, en raison des risques particuliers que ces fonctions comportent pour les agents ou pour les tiers et des sujétions que celles-ci impliquent. Les statuts particuliers fixent la liste de ces fonctions ainsi que les règles générales suivant lesquelles les conditions de santé particulières sont appréciées.*

L'entrée en vigueur de cette nouvelle rédaction est subordonnée à celle des dispositions réglementaires prises pour son application et doit intervenir, au plus tard, le 1<sup>er</sup> février 2022 (article 13). Il reste donc moins d'un an aux administrations pour tirer les conséquences de ce nouveau régime.

Comme le soulignait le rapport de présentation de l'ordonnance au président de la République, la condition générale d'aptitude physique à l'entrée dans la fonction publique est donc remplacée par des conditions de santé particulières exigées pour l'exercice de certaines fonctions relevant de certains corps ou cadre d'emplois. Il est significatif que dans le rapport au président de la République, les auteurs de l'ordonnance indiquent que cette disposition « vise à mettre en cohérence les conditions d'accès à l'emploi public avec l'objectif de **non-discrimination** au regard de l'état de santé des candidats aux emplois publics. »

Cette réforme, portant sur une disposition de la loi du 13 juillet 1983 commune aux fonctions publiques d'Etat et territoriale, intéresse donc la police nationale au titre de la première et les sapeurs-pompiers des SDIS au titre de la seconde. En revanche, elle ne concerne ni les gendarmes, ni les sapeurs-pompiers de statut militaire. Elle diffère du dispositif actuel du ministère de l'intérieur : un policier ou un pompier peut se définir par ses fonctions, à un niveau plus large, par son corps d'appartenance (corps d'encadrement et d'application, corps des officiers, etc.) et, plus largement encore, par son appartenance à la police nationale ou à la sécurité civile. L'ordonnance invite à apprécier l'état de santé du candidat au regard des fonctions, c'est-à-dire à un niveau n-2 par rapport à la pratique actuelle, où un candidat est recruté pour être policier ou pour être sapeur-pompier. Cette référence aux fonctions rapproche nettement ce contrôle de la philosophie de la médecine de prévention.

La mission a retiré de son entretien avec la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFF), la conviction que cette disposition avait été introduite en ayant plus à l'esprit les corps des filières administratives et de l'éducation nationale que ceux qui font l'objet du présent rapport. La DGAFF indique que le SIGYCOP, dont un précédent ministre chargé de la fonction publique souhaitait l'abandon, n'est plus remis en cause à ce stade et n'est pas jugé incompatible avec l'ordonnance. Elle a également indiqué que, dans le cadre des travaux qui doivent être lancés avec les ministères, une interprétation compréhensive de l'ordonnance pourrait être faite pour des domaines spécifiques tels que la police et la sécurité civile. Toutefois, le Conseil d'Etat, auquel seront soumis les décrets d'application mettant en œuvre l'ordonnance pour chaque corps, contrôlera leur conformité à l'ordonnance.

Il n'en reste pas moins que cette ordonnance invite à se demander si une appréciation de l'aptitude médicale à un niveau plus fin que précédemment peut être envisagée. A tout le moins, elle conduira à transporter les dispositions d'organisation de la visite d'aptitude actuellement déterminées au niveau d'un cadre d'emploi (la police nationale, les sapeurs-pompiers) à un niveau plus fin (le corps) et donc, en termes de support, du niveau des arrêtés de 2000 et 2010 à celui des décrets statutaires (quitte à reprendre pour partie les mêmes dispositions dans chaque décret).

## 2.2.2 Une proposition de loi qui illustre l'état d'esprit de la majorité des élus

Mme Agnès FIRMIN LE BODO, députée, a déposé en 2019 une proposition de loi tendant à favoriser l'ouverture du marché du travail aux personnes atteintes de diabète. Le rapport de présentation de la proposition illustre l'accueil dont bénéficie dans de larges secteurs de l'opinion publique et parmi les élus cette ouverture, comme le raisonnement qui le sous-tend :

*« Est-il possible, aujourd'hui, en France, pour une jeune femme diabétique, de réaliser ses rêves et de devenir championne du monde de karaté, ou gardienne de la paix ? Championne du monde de karaté, oui : c'est le cas d'Alizée Agier, plusieurs fois championne de France, championne d'Europe et championne du monde dans sa discipline. Gardienne de la paix, non : en 2016, après avoir passé avec succès toutes les épreuves de ce concours, cette karatéka de haut niveau a été déclarée inapte physiquement à exercer cet emploi, du fait de son diabète de type 1. Cette décision n'a été annulée par le tribunal administratif que deux ans plus tard. Militaire, policier, pilote de ligne, contrôleur aérien, sapeur-pompier, steward, capitaine de navire... Difficile d'établir une liste exhaustive des professions auxquelles les personnes atteintes d'un diabète ne peuvent pas avoir accès, sans même une réelle évaluation au cas par cas de leur situation et des conséquences de leur diabète sur leur vie quotidienne [...] ».*

Au fil de son examen, l'objet de la proposition a été étendu à toutes les maladies chroniques. Son article 1<sup>er</sup> institue un comité d'évaluation des textes encadrant l'accès au marché du travail des personnes atteintes de maladies chroniques ; l'article 2 pose le principe que « *I - Nul ne peut être écarté d'une procédure de recrutement [...] au seul motif qu'il serait atteint d'une maladie chronique, notamment de diabète. [...] II - Le I ne fait pas obstacle à des décisions individuelles prises à la suite d'un examen [...] justifiées par les fonctions auxquelles la personne concernée prétend* ». L'article 3 demande que le Gouvernement présente un rapport évaluant les progrès réalisés.

La proposition de loi pose l'admissibilité aux emplois de la fonction publique des candidats atteints de maladie chronique comme le principe (toutes choses égales par ailleurs) et leur rejet comme l'exception, celle-ci devant être dûment justifiée sur la base de l'examen individuel, au regard des fonctions auxquelles les candidats postulent. Cette proposition a été votée par l'assemblée nationale et est actuellement soumise au Sénat.

## 2.2.3 Des recours individuels peu nombreux mais qui peuvent obtenir satisfaction

### 2.2.3.1 Une jurisprudence administrative attentive à l'examen au cas par cas

Dans un arrêt du 6 juin 2008<sup>36</sup>, le Conseil d'Etat a considéré que « *Lorsque la nature des fonctions exercées par les membres de certains corps de fonctionnaires le requiert, l'admission dans ces corps peut, à titre exceptionnel, être subordonnée à des conditions d'aptitude physique particulières. (...) ; l'appréciation [de ces conditions d'aptitude physique] ne peut porter que sur la capacité de chaque candidat, estimée au moment de l'admission, à exercer les fonctions auxquelles ces corps donnent accès ; que si l'appréciation de l'aptitude physique à exercer ces fonctions peut prendre en compte les conséquences sur cette aptitude de l'évolution prévisible d'une affection déclarée, elle doit aussi tenir compte de l'existence de traitements permettant de guérir l'affection ou de bloquer son évolution ; que, dès lors, en interdisant la candidature aux concours ouverts pour le recrutement dans les corps du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire à toute personne atteinte d'une affection médicale évolutive pouvant ouvrir droit aux congés de longue maladie et de longue durée [...], sans qu'il soit fait aucune référence à l'état de santé du candidat et aux traitements suivis par lui, au moment de l'admission, les dispositions du 4<sup>o</sup> de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté attaqué ont méconnu les dispositions précitées de l'article 5 de la loi du 13 juillet 1983 et de l'article 22 du décret du 14 mars 1986* ».

<sup>36</sup> Union générale des syndicats de l'administration pénitentiaire, Lebon, Tables n° 2999943)

Cet arrêt ne portait pas sur une décision individuelle mais sur la légalité de l'arrêté du 26 septembre 2006 du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de la fonction publique qui fixait à l'époque les conditions d'aptitude physique pour l'admission au sein du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire. Cet arrêté disposait que les candidats aux concours [...] doivent notamment : « 4° N'être atteints d'aucune affection médicale évolutive pouvant ouvrir droit à un congé de longue maladie ou de longue durée ». Cette décision, entre autres, est à l'origine de l'adoption de l'arrêté actuel, en date du 2 août 2010, commun aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, de la police nationale et des sapeurs-pompiers. Dans la perspective du recours contentieux pendant portant entre autres sur l'arrêté de 2010, la question se pose donc de savoir si le Conseil d'Etat jugera que la rédaction de celui-ci est plus conforme à l'approche rappelée dans son arrêt de 2008 que ne l'était celle de l'arrêté du garde des Sceaux.

Concernant l'examen que fait le Conseil d'Etat des décisions individuelles (en l'occurrence pour un requérant séropositif), un arrêt n°280157 du 28 juin 2006 illustre son approche : « *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que, pour déclarer M. A inapte aux fonctions de personnel navigant commercial, le conseil médical de l'aviation civile s'est fondé sur la seule circonstance que celui-ci est séropositif au virus de l'immunodéficience humaine, sans rechercher si l'affection est entrée dans une phase évolutive, et alors même que le requérant soutient, sans être contredit, que son état physique ne justifie aucun traitement médical ; que par suite, le conseil médical de l'aéronautique civile a commis une erreur de droit* ».

Même si cet arrêt concerne les conditions d'aptitude des personnels navigants commerciaux, la démarche du Conseil d'Etat est transposable aux corps qui font l'objet du présent rapport : le juge ne se place pas expressément sur le terrain de la discrimination ; ce qu'il demande, c'est que l'administration lui démontre qu'elle n'a pas pris sa décision par application mécanique d'une liste préétablie, mais en tenant compte de l'état effectif du candidat au regard du corps auquel il s'est porté candidat, ce qui peut être d'ailleurs une application particulière de la règle de droit administratif de l'examen individuel du dossier.

#### 2.2.3.2 Le défenseur des droits, dans ses avis, se réfère expressément aux raisonnements du Conseil d'Etat.

Le défenseur des droits (DDD) est chargé notamment de lutter contre les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ainsi que de promouvoir l'égalité. A ce titre, il peut être saisi par toute personne qui s'estime victime d'une discrimination ; il rend un avis qui est transmis à l'administration qui a émis la décision de refus. Celle-ci suit généralement ces avis.

Dans ce cadre, le DDD est saisi par certains candidats refusés à la suite d'un avis d'inaptitude médicale. Les services du DDD ont fait état auprès de la mission de 9 cas soumis à son avis (ou antérieurement, à celui de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité – HALDE, qui l'a précédé) depuis 2006<sup>37</sup>, dont 6 dans le périmètre du présent rapport. Le DDD fonde ses avis sur les mêmes exigences que le Conseil d'Etat.

<sup>37</sup> Les pathologies concernées étaient le VIH (2 cas), le diabète de type 1, le diabète de type 2, l'asthme, la sclérose en plaque, la dysphasie, la thrombose veineuse, la dyslexie et les allergies alimentaires (1 cas chacune).



#### **2.2.4 Le médiateur interne de la police nationale (MIPN) préconise de mettre en place un groupe de travail spécifique**

Au sein même du ministère de l'intérieur, le médiateur interne de la police nationale, suite à des saisines émanant de candidats recalés, a évoqué la question dans ses rapports d'activité pour 2017 et 2019.

Le MIPN a indiqué avoir été saisi de 18 cas de refus de recrutement suite à avis médical défavorable de 2013 à 2020, dont 3 pour diabète insulino-dépendant et 1 pour VIH<sup>38</sup>.

Dans son rapport de 2017, le médiateur interne indique avoir été saisi pour la seule période de janvier 2017 à janvier 2018 de quatre requêtes contestant des décisions d'inaptitude définitive à intégrer les corps de la police nationale, fondées sur des situations médicales variées : keratocône évolutif de l'œil droit, surcharge pondérale, suspicion de maladie neurologique de type épileptique et diabète de type 1<sup>39</sup>.

Dans son rapport pour 2019, il fait état de deux candidats qui s'étaient vu refuser le bénéfice de leur réussite au concours de gardien de la paix en raison de leur diabète, qui ont saisi le tribunal administratif et ont obtenu en première instance l'annulation de la décision préfectorale de refus d'agrément qui se fondait sur l'avis médical d'inaptitude. L'administration a fait appel dans l'une des deux instances et la cour d'appel n'a pas encore rendu sa décision sur ce refus d'agrément. L'autre instance concerne l'agent mentionné dans le rapport de 2017.

Le médiateur interne préconisait de mettre en place un groupe de travail spécifique au sein du ministère de l'intérieur afin d'évaluer dans quelles conditions les agents atteints de diabète peuvent exercer leurs fonctions au sein de la police nationale et quelles pistes peuvent être envisagées pour prendre en compte, si nécessaire, les éventuelles contraintes supplémentaires induites par cette pathologie.

#### **2.2.5 Des associations placent le débat sur le terrain de la discrimination**

Les associations Mousse, Stop Homophobie, ELCS, Adheos, FLAG ! et Familles LGBT, ont déposé le 1<sup>er</sup> décembre 2020 un recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat tendant à l'annulation des arrêtés du ministre de l'intérieur et du ministre des armées fixant un niveau d'exigence sous forme de cotation SIGYCOP pour le recrutement des policiers, gendarmes et sapeurs-pompiers, ainsi que contre l'arrêté du ministre des armées instituant le répertoire analytique des pathologies.

Le recours (non audienté par la haute assemblée à la date de rédaction du présent rapport) se place clairement sur le terrain de la discrimination, en invoquant la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales de 1950 (CEDH), la directive européenne du 27 novembre 2000, la charte européenne des droits fondamentaux du 7 décembre 2000 et la loi du 27 mai 2008<sup>40</sup>.

Il est vrai que le droit positif s'est enrichi depuis le début des années 2000 de dispositions très détaillées en la matière. Ainsi, l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 27 mai 2008 reprend la définition de la discrimination retenue par la directive européenne :

<sup>38</sup> Les autres motifs étaient : cancer (2 cas), déficience visuelle (2 cas), asthme, entorse, blessure au genou, surdité bilatérale légère, traces de cannabis, dépression, scoliose, épilepsie, lupus (1 cas chacun).

<sup>39</sup> Ce dernier cas, qui concernait une candidate diabétique insulino-dépendante par ailleurs ancienne championne du monde de karaté, est régulièrement mis en avant par les partisans d'un assouplissement des règles de recrutement concernant les diabétiques.

<sup>40</sup> Loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.



« **Constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, de son patronyme, de son lieu de résidence ou de sa domiciliation bancaire, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable.**

Toutefois, le même article réserve expressément le cas où « *cette disposition, ce critère ou cette pratique [...] est objectivement justifié par un **but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés*** ».

La directive 2000/78 est d'ailleurs plus nette à cet égard dans son considérant 18, qui précise que : « *La présente directive ne saurait, notamment, avoir pour effet d'astreindre les forces armées ainsi que les services de police, pénitentiaires ou de secours à embaucher ou à maintenir dans leur emploi des personnes ne possédant pas les capacités requises pour remplir l'ensemble des fonctions qu'elles peuvent être appelées à exercer au regard de l'objectif légitime de maintenir le caractère opérationnel de ces services.* »

L'article 6 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dont la rédaction prend en compte la directive de 2000, dispose que « *aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison [...] de leur état de santé [...]. Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions* ». Ce texte vise les fonctionnaires, et non ceux qui aspirent à le devenir, mais il y a lieu de considérer que le principe de non-discriminations et son interprétation (concernant l'inaptitude) s'appliquent de la même manière.

Enfin, l'arsenal législatif comprend un volet pénal : les actes relevant de la discrimination constituent un délit prévu à l'article 225-1 du code pénal, lequel reprend la définition figurant dans la loi du 27 mai 2008.

Jusqu'à présent, le juge administratif ne fait pas usage du concept de discrimination, mais, s'il est attaché à ce que l'administration démontre qu'elle a pris sa décision de refus d'un candidat sur la base d'un examen factuel de la santé de celui-ci et de sa compatibilité avec l'emploi recherché, c'est, implicitement parce qu'au cas contraire, la décision ne peut que s'analyser comme une volonté de discrimination.

## 2.3 Le recrutement des personnes séropositives dans quelques grands pays étrangers révèle des positions plus ouvertes

La mission a fait procéder par la direction de la coopération internationale à l'interrogation de plusieurs pays aux profils comparables à celui de la France afin de connaître l'état des législations et réglementations permettant l'accès aux métiers de police, de gendarmerie, et de sapeurs-pompiers aux personnes séropositives au virus de l'immunodéficience humaine. La Belgique, le Royaume-Uni, les États-Unis, le Canada et l'Espagne ont ainsi été sollicités. L'essentiel des retours portent sur les forces de police.

Des constantes dans les réponses font ainsi apparaître que :

- Tous les pays interrogés mettent en place une visite médicale d'aptitude préalable à l'exercice d'une fonction opérationnelle au sein de la police sur la voie publique (Belgique, Canada, Espagne...). Le principe du questionnaire médical y est largement retenu alors que les tests de dépistage préalables à l'entrée dans les fonctions de policier sont souvent écartés (Belgique, Canada), les États-Unis seuls semblant échapper à ce principe en maintenant un test préalable. Au Royaume-Uni, il est illégal pour l'employeur de poser la question de la séropositivité ;
- Les différents pays interrogés ont adopté rapidement des réglementations en phase avec les conclusions médicales en matière d'évolution des traitements du VIH. Ainsi, depuis 2002, la Belgique (Avis N° 20 du comité consultatif de Bioéthique de Belgique) ou le Royaume-Uni depuis 2010 (« Equality act ») ont adapté leur législation ou recommandation interdisant de discriminer à l'embauche les personnes porteuses du VIH. L'Espagne vient de se doter plus récemment d'une clause de non exclusion des porteurs du VIH avec deux textes une ordonnance publiée le 19 février 2019 et la résolution du 27 août 2020 qui concerne plus précisément les forces de l'ordre ;
- La règle de non exclusion est appliquée dans les pays visés avec des nuances mais tous refusent l'exclusion sur la base d'un « simple » diagnostic de maladie et considèrent tous les paramètres cliniques (Espagne), afin de s'assurer que le candidat est en mesure d'exercer les fonctions d'un policier opérationnel de manière sûre et compétente (Canada). Aux États-Unis, toute personne porteuse du VIH, tant qu'elle est qualifiée, est autorisée à intégrer la « fonction publique » américaine et notamment les métiers dits de protection et de secours, tels que ceux de la police ou des pompiers. Elle peut s'y maintenir tant que son état de santé le lui permet.

### 3 UNE REFORME MAJEURE DU DISPOSITIF ACTUEL N'EST PAS JUSTIFIÉE, MAIS CELUI-CI DOIT ÊTRE AMENAGÉ

#### 3.1 Les investigations menées ne conduisent pas à remettre en cause le système SIGYCOP

Le mode de cotation reposant sur le système SIGYCOP présente l'avantage de pouvoir classer objectivement les candidats au recrutement et de leur garantir ainsi une égalité de traitement. Il permet en outre d'intégrer tous les résultats du bilan médical, puis de les transposer en niveaux d'aptitude et de déterminer l'aptitude médicale à servir ou à l'emploi, en référence aux critères ou normes définis par l'autorité d'emploi.

De l'avis de tous les médecins entendus par la mission, le SIGYCOP est une référence permettant de guider de manière uniforme des médecins et des infirmiers appartenant à de nombreuses structures différentes (SSA, SGAMI, SDIS). Outre la cohérence qu'il introduit dans les avis rendus, ce cadre réglementaire garantit une certaine égalité de traitement des candidats limitant ainsi le risque de prononcer, pour une même pathologie, des aptitudes différentes.

Les conditions retenues sont en rapport avec le service et, par exemple, pour la police, avec les exigences « d'aptitude au service actif de jour comme de nuit » et « de port et usage des armes ». Les médecins agréés apprécient l'aptitude physique des candidats de manière individuelle et concrète, estimée au moment de l'admission, en fonction de l'activité à exercer et en tenant compte de l'existence de traitements permettant de guérir l'affection ou de bloquer son évolution.

Le nombre des décisions individuelles posant problème ne saurait justifier une modification radicale des processus de sélection médicale des candidats à l'emploi.

Le maintien d'une vérification de l'aptitude médicale lors du recrutement dans les cadres de la police nationale ou des sapeurs-pompiers doit être défendu. L'article 5 de la loi du 13 juillet 1983, dans sa version issue de l'ordonnance du 25 novembre 2020 dispose que « *les statuts particuliers fixent la liste de ces fonctions (qui comportent des risques particuliers pour les agents ou pour les tiers et impliquent des sujétions) ainsi que les règles générales suivant lesquelles les conditions de santé particulières sont appréciées* ». Les spécificités des corps de la police nationale ou des sapeurs-pompiers (sous réserve de l'appréciation du Conseil d'Etat) entrent dans cette définition.

La notion d'examen des « *conditions de santé particulières* », mentionné dans cet article, ne doit pas faire obstacle au maintien d'une visite médicale initiale pouvant déboucher sur un avis favorable ou défavorable au recrutement du candidat.

Dans ces conditions, la mission ne propose pas l'abandon du système SIGYCOP, dont elle estime que les avantages d'harmonisation des avis rendus par des centaines de médecins à travers la France au moyen d'un instrument consultable par tous l'emportent sur les inconvénients.

**Recommandation n°1 : (DGPN, DGGN, DGSCGC) Conserver le système SIGYCOP, facteur d'objectivation et d'homogénéité des avis médicaux.**

Bien entendu, cette position est sous réserve de la décision qu'adoptera le Conseil d'Etat sur le recours dont il est saisi contre les arrêtés.

## 3.2 La question de la polyvalence des fonctionnaires de police et les sapeurs-pompiers au moment de leur recrutement est centrale

### 3.2.1 Faut-il moduler davantage les exigences d'aptitude lors du recrutement ?

L'évaluation de la santé du candidat au regard des fonctions exercées, prévue par l'ordonnance du 25 novembre 2020 précitée, oblige-t-elle le ministère de l'intérieur à modifier sa pratique et à apprécier l'aptitude par rapport à une fonction ou à un ensemble de fonctions ?

Actuellement, la modulation des exigences et des affectations est variable selon les cadres d'emploi, mais en définitive très limitée : on entre dans la carrière en devant être apte à toutes les missions susceptibles d'être accomplies durant celle-ci (sans préjudice des spécialités du type pilote d'avion, d'hélicoptère, etc.).

- La gendarmerie pratique une modulation poussée, à l'instar des autres armées. L'arrêté du 12 septembre 2016 distingue (annexes I à V) cinq types de recrutement regroupant au total près de 60 catégories d'emplois, regroupés en cinq catégories, auxquelles sont affectées autant de grille SIGYCOP, la rubrique G étant fixée à 2 ou à 3 selon les cas, mais le G est toujours à 2, sauf pour les officiers du corps technique et administratif et les sous-officiers musiciens.
- La sécurité civile distingue, pour les seuls sapeurs-pompiers volontaires, entre les SPV toutes missions et les SPV ayant une aptitude hors incendie. Le G du SIGYCOP est dans ce cas fixé à 3. En revanche, tous les sapeurs-pompiers professionnels doivent être aptes à toutes missions à leur recrutement.
- L'arrêté de 2010 concernant la police nationale ne prévoit aucune modulation.

Moduler l'aptitude des recrues semblerait aller dans le sens de l'ordonnance du 25 novembre 2020, si elle doit s'interpréter comme signifiant que la condition de santé du candidat ne doit plus s'apprécier par rapport à toute une carrière mais par rapport aux fonctions initiales ou par rapport à une « filière ». Cela favoriserait le recrutement de candidats de qualité, mais partiellement aptes médicalement. Toutefois, une telle modulation poserait des problèmes opérationnels et de gestion des ressources humaines.

### 3.2.2 Moduler davantage l'aptitude des recrues poserait des problèmes opérationnels et de gestion des ressources humaines

#### 3.2.2.1 Des problèmes opérationnels

S'agissant de la police, à l'occasion du débat sur la réforme des régimes de retraite le ministre de l'intérieur Christophe Castaner, dans un courrier<sup>41</sup> aux organisations représentatives du personnel avait souhaité définir le périmètre des métiers de police. Ainsi, ils se caractérisent par « *leur dangerosité, qui peut être directe, par exemple lorsque les policiers agissent sur la voie publique, ou indirecte, parce qu'ils sont susceptibles d'intervenir même hors service pour protéger la population, ou parce qu'ils peuvent être mobilisés et rappelés pour des missions directement opérationnelles et par leur spécificité, c'est-à-dire la nécessité que certaines fonctions soient confiées à des policiers à raison de leurs compétences, de leur expérience ou de leurs prérogatives : c'est le cas des fonctions d'état-major, de logistique opérationnelle et de conception d'outils métier, de formation ou d'expertise...* ».

---

<sup>41</sup> Courrier aux organisations syndicales des personnels actifs de la DGPN du 14 décembre 2019.

Si le policier doit être, au regard des textes, en capacité d'exercer un travail de jour comme de nuit et être apte au port de l'arme, il doit, plus généralement, être dès son recrutement en mesure d'exercer tout emploi, toute fonction et être ainsi polyvalent. Les policiers doivent être aptes à exercer leurs métiers dans toutes ses contraintes d'emploi du temps, de port d'équipements spécifiques, de conditions de travail extrêmes, de jeûnes imposés, et de stress physique et psychiques. Il s'agit d'un impératif opérationnel essentiel pour le fonctionnement de la police nationale.

La notion de polyvalence a pour fondement la nécessité, pour la direction d'emploi, de s'assurer de la sécurité du candidat, de celles des agents avec lesquels il aura ultérieurement à intervenir, ainsi que de préserver les capacités opérationnelles de l'ensemble des multiples unités de l'institution chargées de maintenir la paix et la sécurité publique.

Il est impératif d'éviter lors des recrutements tout choix risquant de poser ultérieurement, en cours de carrière, un problème de niveau d'engagement, d'où la nécessité d'un niveau d'exigence élevé lors de l'admission. Dans le même ordre d'idée, la carrière de policier étant longue, contrairement aux contrats proposés par les armées aux militaires du rang, la nécessité de recruter des agents à un haut niveau d'exigence permet de conserver leurs capacités opérationnelles sur une longue durée en dépit du vieillissement physiologique.

Pour la gendarmerie, pour assumer au mieux sa mission et affronter dans les meilleures conditions possibles les risques inhérents à son métier, le militaire de la gendarmerie est, dès sa formation initiale et au cours de sa carrière, mis en condition pour faire face à une grande diversité de déploiements opérationnels possibles. Susceptible d'intervenir sur un très large spectre des missions couvrant le continuum paix - crise – guerre, la gendarmerie doit être en capacité de déployer sous faible préavis ses militaires, quelle que soit leur subdivision d'arme ou leur statut, sur le territoire national en métropole comme outre-mer, ou en opération extérieure, dans un environnement potentiellement très dégradé difficilement compatible avec la complétude de traitements médicaux. Par conséquent, il n'est guère opportun de moduler les conditions de recrutement, car cela porterait atteinte à la polyvalence liée au statut militaire.

La sécurité civile se fonde sur un système particulier pour assurer sa réponse opérationnelle. Alors que 80% des effectifs des SDIS sont des sapeurs-pompiers volontaires, ceux-ci, au plus fort de l'activité opérationnelle (en journée) sont à disposition de leurs employeurs et ne peuvent accorder qu'une faible disponibilité<sup>42</sup>. Les services départementaux d'incendie et de secours ont donc beaucoup de mal à garantir une réponse opérationnelle en journée (soit 80% des interventions). Ils assurent le départ des secours en ayant recours aux sapeurs-pompiers professionnels grâce à leur profil polyvalent pour toute mission. Une modularité plus poussée lors du recrutement des SPP aurait pour effet de remettre en cause ce modèle de secours.

### 3.2.2.2 Des problèmes de gestions des ressources humaines et d'organisation de la formation initiale.

Cette polyvalence se traduit par l'existence d'un seul concours par corps qui ouvre à l'ensemble de métiers de police<sup>43</sup> et, pour la sécurité civile, d'un seul concours également pour les cadres d'emploi des sapeurs/caporaux, lieutenants et capitaines qui demeurent les seules voies d'entrées externes au métier de sapeur-pompier professionnel.

En ce qui concerne la police, tous les membres d'un corps reçoivent une formation identique et choisissent leur affectation de sortie en fonction d'un rang de classement à l'issue de leur scolarité. En outre, pendant la scolarité, les élèves sont mis en situation sur tous les types de mission.

---

<sup>42</sup> Taux de disponibilité des effectifs en heures ouvrables : 16%

<sup>43</sup> Cf. : répertoire analytique des emplois de la police.

Une admission « modulée » devrait donner lieu à une scolarité et à des stages également « modulés ». A la sortie, la majorité des élèves sont affectés sur les métiers les plus astreignants (sécurité publique et CRS). Dans la carrière, l'approche par fonctions pourrait également se traduire par un changement dans la répartition des rôles entre médecine d'aptitude et médecine de prévention.

Le nombre et la détermination des postes à pourvoir sont établis sur la base d'une polyvalence à l'emploi, chaque élève ou stagiaire devant être en mesure d'occuper toutes fonctions relevant de son corps. Hors service, quelle que soit son affectation, tout fonctionnaire de police ou militaire de la gendarmerie est tenu d'intervenir sur la voie publique pour protéger la population. Devenu réserviste, le policier est soumis à la même polyvalence.

Le sapeur-pompier professionnel quant à lui, issu des concours externes et quel que soit son grade ou son cadre d'emploi reçoit une formation initiale principalement opérationnelle sur la base d'un référentiel qui va lui permettre de réaliser l'ensemble du spectre des missions pour faire face aux risques rencontrés tout au long de sa carrière professionnelle.

Une remise en cause de cette polyvalence nécessiterait un recrutement différencié, voire discriminatoire, et conduirait à une gestion complexe, des modes de recrutement, de formation et de gestion des ressources humaines.

Au total, autant les trois forces, on l'a vu, sont habituées à gérer les inaptitudes totales ou partielles survenant en cours de carrière, qui sont perçues comme des événements inhérents à la vie d'un individu, et à procéder, dans le cadre de la médecine de prévention, à des aménagements de poste ou à des reclassements, autant l'idée que le jeune fonctionnaire ou militaire est d'emblée limité dans ses aptitudes paraît dysfonctionnelle. Les postes qui devraient ainsi être aménagés d'emblée viendraient en diminution du volant de postes aménagés qu'il est nécessaire de conserver pour les fonctionnaires et les militaires devenus inaptes en cours de carrière. Ce phénomène serait d'autant plus sensible que, dans le même temps, les trois forces sont conviées à confier leurs postes de travail les moins opérationnels à des fonctionnaires de la filière administrative<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> M. Gérard Collomb, alors ministre de l'intérieur, avait fixé un objectif de 2 500 substitutions dans la police et de 1 500 dans la gendarmerie, objectif dont un rapport de l'inspection générale de l'administration avait souligné le caractère très ambitieux. Le livre blanc de la sécurité intérieure de 2020 confirme la nécessité de procéder à ces substitutions, (page 290) *"Mais les membres du corps des gradés et gardiens, ainsi que les sous-officiers et les gendarmes doivent, eux aussi, pouvoir bénéficier d'une visibilité et d'une approche qualitative de leur gestion. Développer au sein de ces corps des filières professionnelles (investigation, sécurité publique, maintien de l'ordre) dans lesquelles chacun, en fonction de ses aspirations et de ses aptitudes, choisira de s'engager, constitue l'un des signes les plus visibles de l'attention portée aux personnels. Ces parcours prendront en compte la politique de substitution conduite au sein des deux forces de sécurité afin de recentrer le policier et le gendarme sur leur cœur de métier. Cette politique, mise en œuvre depuis 2012, consiste à confier à des personnels administratifs des fonctions non opérationnelles. Elle permet d'élargir les perspectives de carrière des personnels administratifs affectés dans les services de police et de gendarmerie et contribue ainsi à enrichir leur parcours professionnel. L'affectation de personnels administratifs dans les services mériterait toutefois d'être mieux valorisée."*

### 3.3 Une évolution est souhaitable en ce qui concerne le VIH

#### 3.3.1 L'aptitude des personnes séropositives à charge virale indétectable à toutes les missions fait l'objet d'un consensus médical et des directions d'emploi

Les trithérapies permettent de bloquer l'évolution de la maladie et modifient profondément la prise en charge du VIH, maladie chronique. Elles empêchent le virus de se multiplier et la charge virale devient indétectable chez de nombreux patients réduisant totalement les risques de contaminations<sup>45</sup>.

Les traitements sont maintenant bien connus et les contraintes thérapeutiques faibles au quotidien, se résumant à la prise quotidienne ou plus espacée d'un à deux comprimés et d'un suivi et médical et biologique régulier. L'ensemble des praticiens consultés par la mission, à l'exception du conseiller technique santé du DGGN, ont pu le confirmer. Les trithérapies sont devenues aujourd'hui un outil de prévention en cas d'exposition (traitement pré et post exposition) et leur efficacité bien admise.

L'absence de contraintes médicales spécifiques concernant le traitement asymptomatique du VIH, l'ancienneté des traitements, presque 30 ans après leur introduction, peut légitimement conduire à s'interroger sur sa cotation à 3-4 par les armées. Toutefois, il convient de garder à l'esprit que le SSA se détermine en priorité pour le métier militaire.

On peut constater ainsi que, dans le répertoire analytique (cf. annexe 4, rubrique 2.2.2) une personne sous antirétroviraux a moins de possibilités d'embauche qu'une personne sans traitement et que, dans tous les cas, les personnes traitées font l'objet d'une cotation leur empêchant l'accès aux professions considérées dans le présent rapport. L'effet réel des thérapies actuelles semble minoré voire ignoré.

Le ministère des armées interrogé indique qu'« aucune évolution n'est envisagée au regard des connaissances scientifiques actuelles », pour des problèmes de conservation, de rupture thérapeutique, de décalage de prise du fait des horaires irréguliers, suspension du traitement un à plusieurs jours par mois, de rupture de stock, et d'impossibilité de se réapprovisionner<sup>46</sup>. Toutefois, continuer à appliquer cette cotation aux métiers de police ou de secours, œuvrant essentiellement sur le territoire national, pour des durées de temps connues et normées, semble difficilement soutenable. Pour les médecins entendus comme pour les responsables des directions d'emploi, « ce n'est pas un sujet », ni quantitativement, ni médicalement, ni opérationnellement. Il est donc recommandé d'affecter au VIH à charge indétectable et immunité cellulaire d'au moins 500 CD4 par mm<sup>3</sup> de sang, la cotation G 2, hormis pour le recrutement des militaires de la gendarmerie.

On peut en outre attendre de cette mesure que les candidats signalent plus volontiers leur séropositivité, ce qui permettrait à la médecine de prévention d'en assurer un suivi, qui ne peut qu'être bénéfique pour les intéressés comme pour le service.

**Recommandation n°2 : (DGPN, DGSCGC) Attribuer la cotation G2 au VIH à charge indétectable et immunité cellulaire d'au moins 500 CD4 / mm<sup>3</sup>.**

<sup>45</sup> Ce que relève la Cour de cassation dans son arrêt CC, chambre criminelle, audience publique du 5 mars 2019, n°18-82704 : « si leurs scrupules théoriques imposent aux experts, aux savants et aux soignants de retenir [...] la notion de risque négligeable de transmission associée à la circonstance d'indétectabilité de la charge virale de longue date plutôt que celle de risque nul (qui ne correspond rigoureusement à aucune réalité existentielle), la nuance est sans portée quant à l'appréciation concrète des effets potentiels : il faut une charge virale détectable chez une personne infectée pour qu'elle puisse contaminer ».

<sup>46</sup> Idem rapport parlementaire en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'évaluation des dispositifs de lutte contre les discriminations au sein des forces armées.

#### Encadré n°1

Le risque de contentieux en responsabilité en cas d'accident d'exposition au sang (AES) entre un secouriste séropositif et le secouru

Selon les recommandations du haut conseil de la santé publique<sup>47</sup> (HCSP), en cas d'AES, le service employeur doit informer la victime pour qu'elle réalise une prophylaxie (Trois analyses sanguines à t=0, t=3 mois, t= 6 mois). L'administration doit prendre en charge (par le biais de son assurance en responsabilité civile, s'il s'agit d'un SDIS), le coût des analyses et le préjudice moral pour le stress occasionné au secouru.

D'autre part, si les analyses réalisées après l'accident d'exposition au sang révèlent que le secouru est devenu séropositif, la responsabilité de l'administration pourrait être retenue. Car conformément à la jurisprudence, le juge pourra détacher la causalité juridique de la causalité scientifique en reprenant la méthode du faisceau d'indices<sup>48</sup>. Il demandera à l'administration d'apporter la preuve de l'absence de lien de causalité.

Si cette responsabilité est retenue, l'administration doit prendre à sa charge le coût du traitement du secouru, le préjudice moral et physique du secouru.

Par hypothèse, dans le cas d'un policier, d'un gendarme, ou d'un sapeur-pompier présentant un VIH répondant aux critères retenus dans la recommandation n°2 ci-dessus, il reviendra à l'administration d'écarter la mise en cause de sa responsabilité en justifiant du caractère intransmissible de la maladie de son agent.

Il s'agit là en toute hypothèse de situations exceptionnelles. Il pourrait d'ailleurs être intéressant que la DGSCGC réalise une consolidation nationale des données d'accidents d'exposition au sang réalisé par chaque service d'incendie et de secours.

### 3.3.2 Les modalités d'une évolution de la cotation

Etant donné, d'une part, que le SIGYCOP se compose de deux éléments, le répertoire analytique des maladies, qui n'est pas à la main du ministère de l'intérieur, et le barème fixé pour chaque force, et, d'autre part, que les sapeurs-pompiers et les policiers relèvent de deux textes différents, celui relatif aux policiers étant de surcroît interministériel, la mise en œuvre du principe, une fois celui-ci posé, nécessite un certain nombre de choix. Plusieurs options sont envisageables.

#### 3.3.2.1 Option n° 1 :

La première option consiste à ne pas modifier la cotation du VIH indétectable dans le répertoire analytique et à modifier les arrêtés fixant la grille d'exigence d'aptitude pour chaque force, en portant le chiffre maximum exigé pour l'état général de G2 à G 3.

**Avantage :** cette option ne remet pas en cause le répertoire analytique des pathologies (arrêté du ministre de la défense du 20 décembre 2012).

**Inconvénient :** Cette proposition, conduirait à l'admissibilité de candidats atteints de pathologies cotées 3 dans le répertoire analytique qui n'auraient pas fait l'objet d'avancées thérapeutiques comparables à celle du VIH. Elle aurait pour conséquences un abaissement du potentiel opérationnel des trois forces, en réduisant le principe induit de polyvalence à l'emploi. Dès lors, des candidats recrutés au niveau G3 risqueraient de ne pas être employables dans certaines unités, sous peine de mettre en danger leur sécurité, celle de leurs collègues et des tiers.

<sup>47</sup> Haut conseil de la santé publique : « Prévention soignant-soigné des virus hématogènes VHB, VHC, VIH », juin 2011

<sup>48</sup> CE, 5e et 4e ss-sect. réunies, 9 mars 2007, n°267635, Cass. 1ère civ., 22 mai 2008, n° 05-20.317, Cass. 1ère civ., 22 mai 2008, n° 06-10.967, Cass. 1ère civ., 22 mai 2008, n° 06-14.952



Ils devraient être alors positionnés sur des postes principalement d'appui et de soutien, créant de nombreuses difficultés et contraintes en matière de ressources humaines.

### 3.3.2.2 Option n° 2 :

Elle consiste, à l'inverse, à ne pas modifier la cotation du G 2 dans les arrêtés fixant la grille d'exigence d'aptitude pour chaque force, mais à mentionner expressément une cotation propre aux fonctionnaires du ministère de l'intérieur, dérogeant à ce répertoire, concernant le VIH indétectable et, par la même occasion, à afficher dans ces arrêtés une référence juridique claire et à jour au répertoire analytique des armées.

**Avantage :** cette option permet un affichage fort d'un engagement du ministre de l'intérieur dans un domaine sensible, celui de l'emploi des personnes séropositives.

Elle donne un fondement juridique plus solide à l'utilisation par le ministère de l'intérieur du répertoire analytique des armées, fondement qui, actuellement, soit n'est pas à jour (sapeurs-pompiers) soit n'est cité que par prétérition (police).

### 3.3.2.3 Option n°3 :

Cette option consiste, comme l'option n°2, à ne pas modifier la cotation du VIH indétectable dans le répertoire analytique et à ne pas modifier pas les grilles d'exigence d'aptitude contenues dans les arrêtés ministériels ; l'administration adresserait de simples instructions aux médecins statutaires leur indiquant que, par dérogation au répertoire analytique des armées, pour les fonctionnaires du ministère de l'intérieur, à la ligne 3 du 2.2.2 de l'annexe de l'arrêté du 20 décembre 2012, « infection par le virus de l'immunodéficience humaine (index 58) », il y a lieu de lire « G 2 » et non « G 3 à 4 ».

**Avantage :** cette option évite de modifier les textes en vigueur.

**Inconvénient** ou limite : les médecins statutaires ne sont pas sous l'autorité du ministre de l'intérieur, contrairement aux médecins militaires par rapport au ministre des armées. Par conséquent, si ce dernier a pu jusqu'à présent, s'adresser à ces médecins par voie d'instructions, il n'est pas certain que le ministre de l'intérieur puisse adresser aux médecins statutaires de la police et de la sécurité civile autre chose que des notes d'information ou d'orientation. En tout état de cause, procéder par voie de note ou d'instruction constitue une solution moins nette juridiquement qu'une modification par arrêté, puisque les autres cotations figurant dans le répertoire analytique sont prises au niveau de l'arrêté.

La mission retient donc l'option n°2 en priorité.

### 3.3.2.4 Les conséquences de l'option n°2 pour les forces

#### ■ Pour la police nationale

L'arrêté qui établit actuellement le SIGYCOP est commun aux ministères de l'intérieur, de la justice et des finances. Il faut donc, dans cette option, obtenir l'accord de ces deux ministères :

- soit pour modifier cet arrêté en ce sens, ce qui ne devrait pas constituer une difficulté, puisque l'annexe II de cet arrêté, relative à la grille SIGYCOP, ne concerne que la police nationale ;
- soit pour « sortir » le ministère de l'intérieur de l'arrêté et prendre un arrêté propre à l'intérieur.

Cette deuxième solution paraît préférable, car elle permettra ensuite au ministère de l'intérieur de faire vivre cet arrêté sans avoir besoin, à chaque fois, de prendre l'attache des deux autres ministères.

L'existence d'un arrêté commun n'obéit pas à une logique bien établie, au-delà des circonstances de l'époque de son adoption. Les ministères de la justice et de l'économie et des finances, interrogés par la mission, n'ont pas émis d'objection à la perspective d'un « éclatement » de cet arrêté.

Par ailleurs, la prise en compte de l'ordonnance du 25 novembre 2020 précitée (article 5 : « *les conditions de santé particulières exigées pour l'exercice de certaines fonctions relevant du corps ou du cadre d'emplois auquel il a accès* »), semble, toutes choses égales par ailleurs, conduire les ministères à faire remonter au niveau des décrets relatifs à chaque corps les conditions d'aptitude (« *Les statuts particuliers fixent la liste de ces fonctions ainsi que les règles générales suivant lesquelles les conditions de santé particulières sont appréciées.* » *ibidem*), ce qui de toute façon remet en cause l'arrêté du 2 août 2010 précité en tant que fondement du contrôle d'aptitude. On pourrait donc envisager une architecture des textes comprenant un décret par corps, qui comporterait l'organisation de la visite destinée à la vérification des « conditions de santé particulières » et qui renverrait à un arrêté faisant référence au répertoire analytique des pathologies des armées, avec, pour le VIH et, le cas échéant, telle ou telle autre pathologie, la cotation propre au ministère de l'intérieur. Il paraît en effet préférable que le barème SIGYCOP soit renvoyé à un arrêté, plutôt qu'exprimé dans un décret, pour éviter la lourdeur qui s'attacherait à la modification d'un décret en Conseil d'Etat.

- Pour les sapeurs-pompiers

Les options n°2 et 3 peuvent être appliquées aux sapeurs-pompiers des SDIS. La question de l'arrêté interministériel ne se pose pas, car les conditions d'aptitude sont régies par un arrêté propre au ministère de l'intérieur, l'arrêté du 6 mai 2000. L'administration doit envisager de remonter une partie de dispositions de celui-ci au niveau des décrets statutaires, avec un renvoi à un arrêté pour la grille SIGYCOP articles 3 et 4. Cela devra également être l'occasion de mettre à jour la référence au répertoire analytique des pathologies, qui figure à l'article 3 de cet arrêté et qui renvoie à l'instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du ministre de la défense, puisque celle-ci a été remplacée par l'arrêté du 20 décembre 2012.

**Recommandation n°3 : (DGPN, DGSCGC) Dans le cadre de la refonte des textes relatifs aux conditions de santé, prévoir l'intégration de la cotation G2 du VIH indétectable dans les textes qui seront pris pour modifier ou remplacer les arrêtés du 2 août 2010 et du 6 mai 2000.**

Toutefois, il résulte de ce qui précède que, dans celui-ci, la modification ponctuelle concernant le VIH s'inscrira dans le cadre et dans le calendrier d'une refonte plus large des textes traitant des conditions de santé et n'interviendra donc pas à très court terme. S'il est souhaité de modifier les pratiques plus rapidement en ce qui concerne cette pathologie sans attendre cette refonte, l'option n°3 pourrait être appliquée de façon temporaire.

**Recommandation n°4 : (DGPN, DGSCGC) Sans attendre ce nouveau texte, adresser aux médecins statutaires une note ou une instruction les invitant à retenir cette cotation.**

### 3.3.2.5 Le cas particulier de la gendarmerie nationale

En dépit de son rattachement au ministère de l'intérieur, la gendarmerie nationale relève de l'arrêté du 20 décembre 2012 pris par le ministre de la défense et le ministre de l'intérieur et relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire, ainsi que de la compétence du service de santé des armées.

Par conséquent, en ce qui concerne la cotation du VIH non détectable, le ministère de l'intérieur doit se poser la question de savoir s'il entend faire prévaloir :

- le point de vue fonctionnel, c'est-à-dire la proximité des missions entre la gendarmerie nationale et la police nationale, ce qui milite pour que le changement de cotation soit appliqué pour l'une comme pour l'autre,
- ou le point de vue organique et le rattachement de la gendarmerie nationale au système de santé des armées, auquel cas le statu quo prévaudra, entraînant la coexistence de deux cotations du VIH l'une pour la police, l'autre pour la gendarmerie, qu'on pourrait éventuellement justifier par les statuts fondamentalement différents qui régissent ces deux forces. La gendarmerie estime pour sa part que si les missions des deux forces peuvent de prime abord sembler similaires, elle intervient sur un spectre de missions plus vaste, couvrant le continuum paix – crise – guerre.

En ce qui concerne les conséquences de l'ordonnance du 25 novembre 2020, celle-ci n'est pas applicable aux militaires. La seule contrainte qui pourrait conduire à modifier les textes concernant la gendarmerie nationale proviendrait de la décision du Conseil d'Etat sur le recours précité. En effet, l'article 5 de l'arrêté du 20 décembre 2012 rend impérative, pour le service de santé des armées, la cotation figurant dans répertoire analytique des pathologies puisqu'il prévoit que : « *Confronté à une affection décrite dans un article du répertoire analytique, le médecin du service de santé des armées est tenu de respecter les indications qui y sont données en matière de cotation du profil médical puis de déterminer l'aptitude médicale en se référant aux textes réglementaires des armées, directions et services ou de la gendarmerie nationale* ».

La direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ) estime que le Conseil d'Etat, dans le cadre du recours contentieux des associations, pourrait juger que cette rédaction (***le médecin du service de santé des armées est tenu de respecter les indications...*** ») implique une appréciation générale et non reliée à l'état de santé de chaque candidat, contrairement aux principes qu'il a dégagé, selon laquelle l'appréciation de la condition d'aptitude physique ne doit pas faire l'objet d'une évaluation abstraite de la pathologie en cause, mais correspondre à l'estimation concrète et individuelle des conséquences pratiques de cette pathologie sur la capacité du candidat à exercer l'emploi considéré, et ce, en tenant compte des traitements existants permis par les progrès de la médecine).

### 3.4 Les autres affections chroniques

#### 3.4.1 Le cas particulier du diabète

En 2019, il a été envisagé que le dispositif suivant soit mis en œuvre pour permettre dans certaines conditions, le recrutement de policiers et de gendarmes atteints d'un diabète insulino-dépendant :

- Fourniture par le candidat au médecin statutaire d'un rapport de son diabétologue relatif au profil évolutif de la maladie et aux complications déjà recherchées et éventuellement détectées ;
- Avis du médecin statutaire sur l'aptitude du candidat à exercer un emploi dans la fonction publique
- Avis et propositions du médecin de prévention, également destinataires des éléments mentionnés en a), sur l'affectation de l'agent au poste de travail au vu de ses particularités, en regard de son état de santé et des contraintes liées à son diabète ;

- Surveillance médicale régulière assurée par le médecin de prévention, d'une nature et d'une fréquence qu'il détermine au cas par cas, et vérification périodique des conditions de travail du poste d'affectation demeurent compatibles avec la maladie de l'agent et son évolution.

Ce dispositif, qui est en ligne avec l'esprit de l'ordonnance du 25 novembre 2020, met l'accent sur le rôle du médecin de prévention et sur une appréciation qui part du poste de travail. Il n'a pas été mis en œuvre à ce jour.

Toutefois, ce scénario ne garantit plus la polyvalence du fonctionnaire ou pourrait la remettre en cause à chaque visite et, pour les raisons indiquées en 3.2, et même si le nombre de fonctionnaires concernés est limité, ce scénario n'est pas recommandé. En effet, le répertoire analytique des armées cote au plus bas le diabète à G5 à l'admission ; si ramener la cotation du VIH de G3-4 à G2, paraît réaliste, ramener celle du diabète de type 1 de G5 à G2 paraît un saut prématuré au regard des évolutions techniques observées.

En l'état actuel des données médicales, la mission n'a pas mis en lumière de données conduisant à revenir sur les termes de la réponse du ministre de l'intérieur à la question écrite n°24576 de M. D. Houbbron publiée au journal officiel le 9 février 2021, dont on citera quelques extraits ci-après :

*«[...] Les contraintes physiologiques et mentales de l'exercice (du métier de policier) tiennent essentiellement : - à la disponibilité exigée, avec la possibilité de variations imprévisibles de son emploi du temps et de son temps de travail ; - à des conditions de travail qui peuvent être difficiles en situation opérationnelle : surveillance de longue durée dans des conditions parfois difficiles, maintien de l'ordre en formation constituée, etc. ; - au stress en situation professionnelle : stress physique générant des besoins énergétiques imprévisibles, situations d'usage de la force physique ou des armes, stress psychique, anxiété, peur ; - au port d'équipements de protection [...]*

*La conjonction de ces contraintes physiques, psychologiques ou matérielles peut avoir des effets délétères. La réaction de stress, et son effet bien connu sur la sécrétion de cortisol, est susceptible de provoquer une variation inattendue de la glycémie et donc un besoin de correction rapide. Les signes physiques du stress (palpitation, nausées, crampes, etc.) peuvent en particulier être interprétés à tort comme les prémices d'une hypoglycémie et perturber le traitement. Or, en situation opérationnelle, le policier diabétique insulino-dépendant devrait gérer simultanément deux activités distinctes : - sa participation à l'action de police, sa propre sécurité et celle des autres fonctionnaires présents ; - ses besoins glycémiques, un apport sucré ou d'insuline : le confort apporté par les dispositifs les plus récents [...] n'écarte pas le risque de dysfonctionnement. »*

Ces considérations ne sont pas véritablement contredites par l'exemple des diabétiques sportifs de haut niveau, dans la mesure où, à la différence d'une situation opérationnelle, leurs épreuves sont parfaitement programmées et qu'ils ont tout loisir pour s'organiser, s'y préparer et, le cas échéant, y renoncer en cas de défaillance.

A l'inverse, elles ne font pas obstacle au pouvoir d'appréciation du médecin statutaire qui, du moins pour les candidats policiers et sapeurs-pompiers ne sont jamais tenus de façon absolue par la cotation du répertoire analytique, et peuvent s'en écarter notamment après consultation d'autres médecins.

### 3.4.2 Une procédure de réexamen des cotations

La mission ne recommande pas la création par le ministère de l'intérieur d'un répertoire analytique entièrement propre, ce qui constituerait un travail considérable et largement redondant, alors que celui effectué par le service de santé des armées peut bénéficier d'une présomption de pertinence.

Toutefois, s'il fait sien le répertoire analytique des armées et si la conformité à ses cotations constitue le principe, le ministère ne doit pas s'interdire de s'en écarter, au-delà du cas du VIH à charge indétectable. En effet, les cotations adoptées par le ministère des armées ne le sont pas dans l'absolu et tiennent compte des nécessités propres à ce ministère.

**Recommandation n°5 : (DGPN, DGSCGC) Conserver comme base le répertoire analytique des pathologies du ministère des armées mais clarifier et sécuriser le fondement juridique de son utilisation par le ministère de l'intérieur.**

Il est donc recommandé que l'administration constitue un groupe de travail comportant à la fois des médecins statutaires et des représentants des directions gestionnaires et des directions d'emploi, pour passer en revue, au fil de l'eau, les cotations de ce répertoire analytique et, si nécessaire, en proposer de différentes, après consultation des spécialistes de la maladie en cause.

Il pourrait également revoir la typologie des états de certaines pathologies telles qu'elles figurent dans le répertoire analytique des armées. Ainsi, la typologie du VIH en 5 formes ou phases ne reflète plus, selon les médecins rencontrés, l'état actuel de la prise en charge de cette maladie.

Ce réexamen pourrait en outre permettre au ministre de l'intérieur de répondre à l'argument des associations selon lequel le répertoire analytique est dépassé et ne reflète pas l'état effectif de la médecine.

**Recommandation n°6 : (secrétariat général, DGPN, DGSCGC) Constituer un groupe de travail chargé de réexaminer les cotations qui figurent dans le répertoire analytique des pathologies du ministère des armées.**

Jean De CROONE  
Inspecteur général  
de l'administration  
Inspection  
générale de  
l'administration

Philippe PRUNIER  
Commissaire général  
Inspection générale de  
la police nationale

Colonel Stéphane  
CALDERARA  
Inspection générale de la  
gendarmerie nationale

Colonel Eric MEUNIER  
Inspection générale  
de la sécurité civile

Gille CORBIN  
Commissaire général  
Inspection générale de  
la police nationale

Colonel Christophe BEYL  
Inspection générale de la  
gendarmerie nationale

Colonel Patrick VAILLI  
Inspection générale  
de la sécurité civile

# ANNEXES



## Annexe n° 1 : Lettre de mission



*Le ministre de l'intérieur*

A PARIS, le 1<sup>er</sup> décembre 2020

*La ministre déléguée  
auprès du ministre de l'intérieur,  
chargée de la citoyenneté*

Le ministre de l'intérieur  
et  
La ministre déléguée auprès du ministre de l'intérieur,  
chargée de la citoyenneté  
à  
Monsieur le chef de service de l'inspection générale de l'administration,  
Madame la directrice, cheffe de l'inspection générale de la police nationale  
Monsieur le chef de l'inspection générale de la gendarmerie nationale  
Monsieur le chef de l'inspection générale de la sécurité civile

### - LETTRE DE MISSION -

Madame, Messieurs,

Encouragées par les avancées thérapeutiques notables sur le VIH, les associations de lutte contre les discriminations faites aux personnes séropositives nous saisissent régulièrement au sujet des dispositions réglementaires qui excluent les porteurs du VIH de l'accès à certains métiers particuliers du ministère de l'intérieur requérant des aptitudes physiques spécifiques.

Considérant l'argumentation étayée et démonstrative qui nous a été adressée par un collectif d'associations le 29 septembre 2020, nous souhaitons disposer d'une expertise sur la possibilité pour les personnes séropositives d'exercer ces métiers et ainsi faire droit à la demande d'abrogation de plusieurs dispositions réglementaires formulée par ce collectif.

En conséquence, nous vous confions une mission sur ce sujet, conduite par l'IGA avec le concours de l'IGPN, de l'IGGN et de l'IGSC.

Ainsi :

① ⇨ Vous veillerez à analyser les éléments transmis en annexe de la présente lettre de mission, en nous permettant d'apprécier l'opportunité de l'abrogation des dispositions réglementaires suivantes qui excluent les porteurs du VIH:

- 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.
- Instruction du 1<sup>er</sup> octobre 2003 n°2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir





- Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires (policiers)
- Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale
- Arrêté du 12 septembre 2016 fixant les conditions physiques et médicales d'aptitude exigées des personnels militaires de la gendarmerie nationale et des candidats à l'admission en gendarmerie.

③ ⇒ Dans le cas où vous recommanderiez l'évolution d'une ou plusieurs de ces dispositions réglementaires, vous nous proposerez une méthode, des délais de mise en œuvre et une évaluation des incidences sur les contraintes opérationnelles et d'organisation de la continuité du service.

Vous étendrez vos investigations et recommandations, à d'autres affections de longue durée qui feraient le cas échéant obstacle à l'accès aux forces de sécurité.

Vous nous adresserez les conclusions de cette mission au plus tard le 20 janvier 2021.

Vous nous rendrez compte de tout obstacle ou difficulté rencontré dans l'exécution de cette mission.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

Gérald DARMANIN

Marlène SCHIAPPA

COPIE AU :

- Secrétaire général du ministère de l'intérieur
- Directeur général de la Police nationale
- Directeur général de la Gendarmerie nationale
- Directeur général de la Sécurité Civile et de la gestion de crise

## Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées

### CABINETS MINISTERIELS

#### MINISTRE DE L'INTERIEUR

- Philippe MIRABAUD, conseiller gendarmerie

#### MINISTRE DELEGUEE AUPRES DU MINISTRE DE L'INTERIEUR, CHARGEE DE LA CITOYENNETE

- Sébastien JALLET, directeur de cabinet
- Alexandre DIMECK-GHIONE, conseiller exécution des réformes

### DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE

#### DIRECTION DES RESSOURCES ET DES COMPETENCES DE LA POLICE NATIONALE

- Simon BABRE, directeur des ressources et des compétences de la police nationale
- Tiphaine PINAULT, sous-directrice de la prévention, de l'accompagnement et du soutien
- Bernard MIQUELAJAUREGUY, chef du service de médecine statutaire de la police nationale

#### DIRECTION CENTRALE DU RECRUTEMENT ET DE LA FORMATION DE LA POLICE NATIONALE

- Alain WINTER, sous-directeur du recrutement et des dispositifs promotionnels

#### MEDIATEUR INTERNE DE LA POLICE NATIONALE

- Pierre-Edouard COLLIEX, médiateur interne de la police nationale
- François-Joseph REVEL, adjoint du médiateur

#### DIRECTION CENTRALE DE LA SECURITE PUBLIQUE

- Jean-Marie SALANOVA, directeur

#### DIRECTION CENTRALE DES COMPAGNIES REPUBLICAINES DE SECURITE

- Pascale DUBOIS, directrice
- Ludovic KAUFFMAN, directeur adjoint

### DIRECTION GENERALE DE LA GENDARMERIE NATIONALE

- Général Denis PRÊTE, conseiller technique Santé

#### DIRECTION DU PERSONNEL MILITAIRE DE LA GENDARMERIE NATIONALE

- Colonel Emmanuel VALOT, chargé de mission à la DPMGN
- Colonel Christophe DUBUIS, SDAP adjoint (DPM/SDAP)
- Lieutenant-Colonel Emmanuelle PARIETTI, Cheffe de bureau adjointe au Bureau de l'action sociale (DPM/SDAP/BAS)
- Claire LE BRIZ, cheffe de la section médico statutaire (DPM/SDAP/BAS/SMS)
- Charles CLEMENTE-LEMASSON, chef du bureau de la réglementation et de la fonction militaire (DPM/SDPRH/BRFM) ou son adjoint, le Commandant David BAUER

## **DIRECTION GENERALE DE LA SECURITE CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES**

- Isabelle MERIGNANT, sous-directrice de la doctrine et des ressources humaines
- Colonel JUGGERY, adjoint à la sous-directrice de la doctrine et des ressources humaines
- Jean-Marc CAIRO, chef du bureau des sapeurs-pompiers professionnels
- Laurent KIHIL, conseiller social
- Médecin en chef Éric d'ANDIGNE, conseiller santé
- Médecin Patrick GRIGNON, ancien conseiller santé du DGSCGC et réserviste du SSA
- Jean-Marie STEVE, ancien médecin-chef du SDIS 06 et réserviste du SSA

## **DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**

- Florence FOULLON, Médecin-chef coordonnateur national, service médical de prévention et santé au travail
- Bertrand XERRI, médecin coordonnateur pour les services d'administration centrale

## **PREFECTURE DE POLICE**

- Denis SAFRAN, conseiller santé en matière de sécurité intérieure, cabinet du préfet de police
- Claude DUFOUR, médecin, chef du service médical

## **MINISTERE DES ARMEES**

- Médecin-chef David GRAS

## **MINISTERE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA RELANCE**

### **DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DES DROITS INDIRECTS**

- Cécile BATOU-TO-VAN, adjointe au sous-directeur des ressources humaines
- Christine PORRO, bureau de la réglementation et du dialogue social

## **MINISTERE DE LA TRANSFORMATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUES**

### **DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE**

- Elodie FOURCADE, sous-directrice des politiques sociales et de la qualité de vie au travail
- Odile SEGARD, bureau de la protection sociale et des retraites

## **MINISTERE DE LA JUSTICE**

### **DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE**

- Brigitte ERNOULT-CABOT, directrice-adjointe
- Mélanie MARQUER, chef du bureau de la formation et du recrutement
- Liliane NOVELLO, cheffe de l'unité de gestion du personnel à l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire

## **AUTRES ENTITES RENCONTREES**

### **ASSOCIATION FLAG !**

- Johann CAVIROT, président
- Mickaël BUCHERON, vice-président

- Gabriel CHAVALAUDRA, vice-président

**DEFENSEUR DES DROITS**

- Yannick COZ, chef du pôle fonction publique
- Chrysoula MALISIANOU, chargée de mission

**SERVICE DEPARTEMENTAL ET METROPOLITAIN D'INCENDIE ET DE SECOURS DU RHONE**

- Serge DELAIGUE, directeur départemental et métropolitain,
- Naïma BALADI, médecin-chef du SDMS
- Alain COLLOT, directeur des ressources humaines

**SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA VIENNE**

- Colonel Matthieu MAIRESSE
- Lieutenant-colonel Patrick THIBAUT, chef du groupement RH
- Lieutenant-colonel David MAILLEFAUD, Chef du pôle « mise en œuvre opérationnelle »,
- Commandant Sophie POUMAILLOUX, Médecin-chef par intérim

**EXPERT**

- Michel ROSENHEIM, maître de conférence / praticien hospitalier en épidémiologie



### Annexe n° 3 : **Modèles de questionnaires**

- Questionnaire-type de la DGPN
- Questionnaire-type de la DGGN (Service de santé des armées)
- Exemple de questionnaire de SDIS (SDMIS du Rhône)



**MINISTERE DE L'INTERIEUR**  
**DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE**  
**DIRECTION DES RESSOURCES ET DES COMPETENCES**  
**DE LA POLICE NATIONALE**

**QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT**

Ce questionnaire est exclusivement destiné au service médical de la police nationale et toute information est **strictement confidentielle**, protégée par le code de déontologie médicale (décret 95-1000 du 06/09/1995, Articles 4 et 95).

NOM..... Prénoms :..... Tél. : .....

Né(e) le.....à.....Département..... N° CNI : .....

Adresse perso : .....

Mail : .....

Situation de famille : Célibataire - Marié(e) – Pacsé - Divorcé(e) - Veuf ou Veuve \*

\* **Barrer les mentions inutiles.**

Nombre d'enfants

Service national - Effectué : Date et affectation, durée :

- Exempté - Réformé - Dispensé – Sursitaire – JAPD - JDC \*

\* **Barrer les mentions inutiles.**

**I - ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Comptez-vous parmi vos parents, grands-parents, frères et sœurs, des personnes ayant présenté (préciser le lien de parenté) :

**PARENTE**

- ☐ Des allergies (asthme, eczéma, rhume des foies)
- ☐ Une hypertension artérielle
- ☐ Un diabète
- ☐ Une maladie endocrinienne
- ☐ Une autre maladie métabolique (cholestérol, triglycérides,...)
- ☐ Un cancer (préciser lequel)
- ☐ Une maladie de cœur (insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine)
- ☐ Une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec ou sans paralysie

- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐

PARENTE

- ☛ Des troubles mentaux ou dépressifs ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☛ Une toxicomanie ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☛ Un suicide ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☛ Une autre affection (précisez laquelle) ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

## II – HABITUDES DE VIE :

- ☞ Eventuelle profession antérieure :
- ☞ Combien fumez-vous de cigarettes ou autre par jour ? depuis combien d'années ?
- ☞ Consommez-vous de l'alcool ? ☐ NON - ☐ OUI
- Si oui, quantité par jour : ☐ NE SAIT PAS ☐ verres
- ☞ Avez-vous fait ou faites-vous usage de produits stupéfiants ? ☐ NON - ☐ OUI
- ☞ Avez-vous une activité sportive régulière ? ☐ NON - ☐ OUI
- Si oui, quel sport et avec quelle fréquence ?

## III – ANTECEDENTS PERSONNELS :

☛ **VACCINS** : précisez les dates des vaccinations : B.C.G.....

DT POLIO.....

Hépatite A.....

Hépatite B.....

☛ **VOYAGES** : Avez-vous vécu ou voyagé dans un pays étranger ? ☐ NON - ☐ OUI

Si oui, indiquer le pays et la durée du séjour.

☛ **ACCIDENTS** : Avez-vous été accidenté ? (préciser les hospitalisations et traitements subis).

A l'armée	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	Date :	Lésion :	Taux d'invalidité :
Au travail	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	Date :	Lésion :	Taux d'invalidité :
En dehors du travail	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	Date :	Lésion :	Taux d'invalidité :

Avez-vous au cours des 5 dernières années, subi les examens complémentaires biologiques, radiologiques, endoscopiques ou autres (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, scanner...)

☐ NON - ☐ OUI

Lesquels ?



## **HOSPITALISATIONS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES :**

- ☐ Avez-vous eu des hospitalisations ? ☐ NON - ☐ OUI  
( Indiquer la date et la nature des maladies).
- ☐ Avez-vous eu des interventions chirurgicales ? ☐ NON - ☐ OUI  
( Indiquer la date et les organes concernés).

## **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :**

### **→ OPHTALMOLOGIQUES :**

- ☐ Votre vue est-elle corrigée ? **Lunettes** - **Lentilles** ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Avez-vous été traité ou opéré pour une maladie des yeux ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
( préciser laquelle).
- ☐ Avez-vous été traité ou opéré pour une myopie ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

### **→ O.R.L. :**

- ☐ Avez vous subi des interventions chirurgicales au niveau des oreilles ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Avez vous eu ou présentez-vous des troubles de l'audition ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Avez vous eu ou présentez-vous des maladies au niveau des oreilles ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Avez vous eu ou présentez-vous des bourdonnements et/ou sifflements d'oreille ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

### **→ CARDIO-VASCULAIRES :**

- ☐ Faites-vous de l'hypertension ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Avez-vous fait ou faites-vous :
- ☐ Infarctus du myocarde ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Angine de poitrine ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Autres maladies cardiaques au souffle au cœur ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Embolie pulmonaire ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Hémorragie cérébrale ( ou embolie ) ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Varices ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Phlébite ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
  - ☐ Trouble du rythme cardiaque ? ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

### **→ PNEUMOLOGIQUES :**

- ☐ Tuberculose ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Pleurésie, pneumothorax ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Asthme ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Sarcoidose ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Autres maladies pulmonaires ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

### **→ ALLERGIQUES :**

- ☐ Eczéma ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Rhume des foins ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Médicaments ( lesquels ) ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- ☐ Autres ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI



→ **NEUROLOGIQUES :**

- ☐ Vertiges
- ☐ Maux de tête fréquents
- ☐ Un ou des traumatismes crâniens
- ☐ Perte(s) de connaissance
- ☐ Crise d'épilepsie
- ☐ Sclérose en plaques
- ☐ Spasmophilie, tétanie
- ☐ Autres

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

→ **RHUMATOLOGIQUES :**

- ☐ Avez-vous parfois mal au dos ?

À quel niveau ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

- Cervical  
 - Dorsal  
 - Lombaire

- ☐ Avez-vous déjà eu une sciatique ?
- ☐ Avez-vous déjà eu des rhumatismes ?
- ☐ Avez-vous déjà eu des fractures ?
- ☐ Avez-vous déjà eu des entorses ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

→ **GASTRO-ENTEROLOGIQUES :**

Avez-vous eu :

- ☐ Un ulcère de l'estomac ou du duodénum ?
- ☐ Une colite ?
- ☐ Du sang dans les selles ?
- ☐ Des diarrhées fréquentes ?
- ☐ Des parasites intestinaux ( amibes ou autres ) ?
- ☐ Une hépatite virale ( laquelle ) ?
- ☐ Une hernie ( laquelle ) ?
- ☐ Autres ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

→ **MALADIES INFECTIEUSES :**

Avez-vous eu :

- ☐ Des accès de paludisme ?
- ☐ Une maladie tropicale ( préciser laquelle ) ?
- ☐ Une maladie sexuellement transmissible ( laquelle ), des chlamydiae, des mycoplasmes, autre ?
- ☐ Autres ?
- ☐ Avez-vous été opéré pour une affection des oreilles de la gorge ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI  
☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

→ **RENAUX :**

☞ Vous levez-vous la nuit pour uriner ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

Avez-vous déjà eu ?

☞ Des infections urinaires ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Du sang dans les urines ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Des crises de colique néphrétique ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Autres ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

→ **DERMATOLOGIQUES :**

Avez-vous déjà eu :

☞ Des poussées d'eczéma ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Du psoriasis ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Une autre maladie de peau ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

→ **DIVERS :**

☞ Avez-vous été traité pour une maladie de la thyroïde ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Êtes-vous hémophile ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Êtes-vous diabétique ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous été traité pour une maladie du sang ?  
( leucémie, Hodgkin, autre ) ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous eu une maladie de l'hémoglobine ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous eu une maladie de la coagulation sanguine ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous été traité pour une affection du système nerveux ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous été traité ou opéré pour un cancer ( préciser lequel ) ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous été traité ou hospitalisé pour dépression nerveuse ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous suivi une désintoxication ( alcool, drogue,... ) ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous été suivie médicalement pour une maladie immunitaire ou pour une maladie virale entraînant un désordre immunitaire ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous autre chose à signaler concernant votre état de santé ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Avez-vous été reconnu travailleur handicapé ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

Si oui (préciser).....

→ **TRAITEMENTS :**

☞ Avez-vous pris régulièrement des médicaments ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

☞ Prenez-vous actuellement des médicaments ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

Si oui lesquels et pour quelle affection ?

☞ Avez-vous les 5 dernières années été en arrêt de travail pendant plus de un mois ?

☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI

Si oui, pour quel motif ?

Je certifie sur l'honneur de rien avoir dissimulé de mes antécédents ; cette déclaration engage ma responsabilité et toute fausse déclaration intentionnelle serait susceptible de faire annuler mon aptitude médicale.

A.....I.e.....

Signature

### QUESTIONS CONCERNANT LES FEMMES

- ☐ NE SAIT PAS - ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Êtes-vous enceinte ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Êtes-vous régulièrement suivie par un gynécologue ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Avez-vous des enfants (combien) ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Avez-vous subi une urgence gynécologique  
(hémorragie, grossesse extra-utérine, avortement) ? ☐ NON - ☐ OUI
- Préciser la date :
- \* ☐ Avez-vous eu une salpingite ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Avez-vous eu un kyste de l'ovaire ? ☐ NON - ☐ OUI
- Avez-vous subi :
- \* ☐ Une césarienne ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Une ablation de l'utérus ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Une ablation de l'ovaire ? ☐ NON - ☐ OUI
- \* ☐ Une ablation des deux ovaires ? ☐ NON - ☐ OUI

Je certifie sur l'honneur ne rien avoir dissimulé de mes antécédents.

A, ..... Le .....

Signature



ANNEXE I à la note n°0050133/ARM/DCSSA/ESSD/EMS du 29 janvier 2020

**CONFIDENTIEL MEDICAL**

Ce questionnaire est à renseigner et à présenter lors de votre visite d'expertise médicale initiale.

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

préalable à l'engagement dans les armées ou la gendarmerie nationale

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire de santé permet au médecin militaire de connaître votre état de santé : il est donc important d'y déclarer l'ensemble de vos problèmes de santé actuels et passés. Il est le préalable d'un examen médical complet qui sera effectué par le médecin lors de votre visite d'expertise médicale initiale. Il vous sera demandé d'être en sous-vêtements.

Pour éviter de perdre du temps lors de votre recrutement, vous devez apporter, lors de votre visite d'expertise médicale initiale, l'ensemble des documents suivants :

- ce questionnaire entièrement rempli et signé ;
- votre pièce d'identité ;
- votre carnet de santé et/ou carnet de vaccinations ;
- l'ensemble des pièces médicales qui vous sont demandées en commentaires dans les cases bleues de ce questionnaire (si vous avez réalisé ces examens ou consultations et si pouvez les récupérer).

Vous êtes responsable des informations que vous déclarez : il est important de vous faire aider, si nécessaire, par des personnes qui vous permettront d'y répondre le plus exactement possible (parents, médecin traitant, etc...). Pour les réponses en NON ou OUI, merci d'entourer votre réponse.

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

VOTRE PARCOURS MILITAIRE		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Si vous n'avez jamais servi dans les armées ou la gendarmerie nationale (réserve opérationnelle incluse)				
Est-ce votre première visite médicale pour vous engager dans les armées ou la gendarmerie nationale ?		NON	OUI	Si NON, précisez la date et le lieu :
Si vous avez déjà servi dans les armées ou la gendarmerie nationale (réserve opérationnelle incluse)				
Dans quelle armée, direction ou service avez-vous déjà servi ?				
Avez-vous fait l'objet d'une inaptitude ou d'une réforme ?		NON	OUI	Si OUI, précisez la date et le motif :
VOS ANTECEDENTS FAMILIAUX		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Votre mère biologique	Est-elle décédée ?	NON	OUI	Si l'état de santé de votre mère biologique n'est pas connu, ne pas répondre et cocher cette case <input type="checkbox"/> Si décédée, âge du décès :
	Quel est son âge ?	ans		
	Est-elle ou était-elle malade ?	NON	OUI	
	Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?			
Votre père biologique	Est-il décédé ?	NON	OUI	Si l'état de santé de votre père biologique n'est pas connu, ne pas répondre et cocher cette case <input type="checkbox"/> Si décédé, âge du décès :
	Quel est son âge ?	ans		
	Est-il ou était-il malade ?	NON	OUI	
	Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?			
Un des membres de votre famille (père, mère, grands-parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes) a-t-il ou a-t-elle eu l'une de ces maladies ?				
Asthme		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Hypertension artérielle ou maladie du cœur		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Mort subite non accidentelle (survenue à l'effort ou non)		NON	OUI	Si OUI, précisez qui et l'âge de la mort subite :
Diabète		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Epilepsie		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Dépression ou décès par suicide		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Cancer		NON	OUI	Si OUI, précisez qui et le type de cancer :
Autre(s) maladie(s)		NON	OUI	Si OUI, précisez qui et la maladie :

VOS ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	Réponse		Commentaires / Compléments d'information
<b>Avez-vous ou avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ?</b>			
Reconnaissance d'un handicap (MDPH) ou de la prise en charge de vos soins à 100% pour une affection longue durée ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les documents en rapport avec cette reconnaissance ou cette affection.
Toux durant plusieurs semaines, essoufflement, sifflement respiratoire ou bronchites à répétition	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5 questions, il faut apporter : - Les courriers de votre pneumologue, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Votre dernière épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) ; - Vos comptes rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM, etc...) ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Asthme	NON	OUI	
Si OUI : Date de la dernière crise			
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) aux urgences ou en réanimation suite à une crise d'asthme ?	NON	OUI	
Pneumothorax (décollement du poumon ou « bulle » dans le poumon) ou pleurésie (présence de liquide).	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5 questions, il faut apporter : - Les courriers de votre cardiologue, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Vos électrocardiogrammes (ECG), échographie cardiaque, épreuve d'effort et autre(s) examen(s) cardiaque(s) ; - Vos prises de sang et vos ordonnances *.
Autre(s) maladie(s) respiratoire(s) (tuberculose, apnée du sommeil, dilatation des bronches, mucoviscidose, etc...)	NON	OUI	
Syncope, évanouissement, perte de connaissance, malaise vagal	NON	OUI	
Palpitations ou problème(s) de rythme cardiaque	NON	OUI	
Hypertension artérielle	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces 10 questions, il faut apporter : - Les courriers des médecins spécialistes qui vous ont vu, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Les résultats des différents examens réalisés afin de faire le diagnostic et le suivi de cette maladie : • Prises de sang ; • Analyses d'urine ; • Comptes rendus d'imagerie (échographie, radiographie, scanner, IRM, etc...) ; • Comptes rendus d'acte invasif (infiltration, chirurgie, endoscopie, etc...).
Maladie(s) du cœur	NON	OUI	
Malaise à l'effort, douleurs à la poitrine ou palpitations à l'effort	NON	OUI	
Diabète, maladie de la thyroïde ou troubles endocriniens (hormonaux)	NON	OUI	
Jaunisse, maladie du foie (hépatite...), maladie du pancréas (pancréatite...)	NON	OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Ulcère digestif, autre(s) maladie(s) digestive(s) (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, autre...)	NON	OUI	
Obésité ayant nécessité un suivi médical ou une chirurgie	NON	OUI	
Calcul rénal, calcul urinaire ou autre(s) maladie(s) des reins	NON	OUI	
Rhumatisme inflammatoire dans l'enfance (arthrite juvénile, etc...)	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, il faut apporter : - Les courriers de votre neurologue, de votre médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Les comptes rendus des examens réalisés : scanner, IRM, électroencéphalogramme (EEG), prises de sang, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Méningite ou encéphalite	NON	OUI	
Paralysie (quelle que soit la localisation)	NON	OUI	
Maladie(s) ou opération(s) gynécologique(s), prostatique(s) ou testiculaire(s)	NON	OUI	
Cancer ou tumeur	NON	OUI	Si OUI, lequel ?
Avez-vous eu des problèmes à la naissance (naissance prématurée, complication à la naissance, hospitalisation en néo natalité ou réanimation, etc...) ?	NON	OUI	
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ou des convulsions ?	NON	OUI	
Etes-vous connu(e) comme épileptique ?	NON	OUI	
Si OUI : Date de la dernière crise :			Si OUI, lesquelles ?
Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ?	NON	OUI	
Des infections fréquentes (plusieurs fois par an) : des oreilles (otites), de la peau, des bronches, des poumons, etc... ?	NON	OUI	
Anomalie(s) sur un résultat d'analyses d'urines (sang, sucre, enzyme hépatique, albumine, infection, etc...)	NON	OUI	
Anomalie(s) sur un résultat de prise de sang (hématies ou globules rouges, leucocytes ou globules blancs, plaquettes, sucre, bilan hépatique, rénal, etc...)	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 2 questions, il faut apporter les résultats d'examen montrant l'anomalie et les examens du même type réalisés depuis.
Dépistage du VIH, de maladies sexuellement transmissibles ou d'hépatites virales ?	NON	OUI	
Traitement pour une infection sexuellement transmissible ?	NON	OUI	
Admission aux urgences et/ou hospitalisation ?	NON	OUI	
Si OUI : Pour quel(s) motif(s) ?			Si OUI, il faut apporter le(s) compte(s) rendu(s) d'examen(s) (dont radio), d'hospitalisation et de passage aux urgences.
<b>VOS ALLERGIES</b>	Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins, etc...) ?	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une des 10 questions relatives à vos allergies, il faut apporter : - Le résultat des tests d'allergologie que vous avez réalisés ; - Les courriers médicaux en rapport avec ces allergies (spécialistes, médecins traitants, hôpital, urgences, etc...) ;
Avez-vous des allergies alimentaires (incluant notamment les fruits exotiques, l'arachide, le gluten, les fruits de mer et les crustacés) ?	NON	OUI	
Etes-vous allergique au latex (ex : gants, préservatifs, etc...) ?	NON	OUI	
Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou autres insectes ?	NON	OUI	

\* Si vous n'avez plus les ordonnances, merci de faire la liste des médicaments pris (nom du médicament, durée du traitement et si possible la dose prise).

Avez-vous une maladie allergique de la peau (allergie cutanée, urticaire, eczéma) ?		NON	OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés * ou prescrits en cas de crise (auto-injecteur d'adrénaline, par exemple).
Êtes-vous allergique à un ou plusieurs médicament(s) ?		NON	OUI	Si OUI, précisez :
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations, avez-vous déjà mal réagi à un vaccin et/ou vous a-t-on interdit de faire certains vaccins ?		NON	OUI	Si OUI, précisez :
Avez-vous une autre allergie non citée précédemment ?		NON	OUI	Si OUI, laquelle ?
Avez-vous ou avez-vous eu un traitement pour votre/vos allergie(s) ?		NON	OUI	Si OUI, lequel ?
Avez-vous déjà eu recours à des soins d'urgence (pompiers, SAMU, urgences) ou bénéficié d'une hospitalisation suite à une réaction allergique ?		NON	OUI	Si OUI, précisez la cause et la date :
<b>VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES</b>				
		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Chirurgie	Avez-vous déjà bénéficié d'une opération (en hospitalisation, en chirurgie ambulatoire) ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation.
	↳ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?			
Anesthésie	Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs anesthésie(s) générale(s) ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires ou d'hospitalisation.
	↳ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?			
Membres supérieurs	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs luxation(s) d'épaule ?	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, il faut apporter :
	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé aux épaules, bras, coudes, avant-bras, poignets ou mains (blocage, entorse, douleurs, etc...) ?	NON	OUI	- Les courriers médicaux des orthopédistes, chirurgiens, rééducateurs, médecins du sport, médecins traitants, etc... - Les comptes rendus d'imageries (scanner, IRM, radiographie, échographie, etc...) et d'hospitalisation. - Les comptes rendus opératoires ; - Les bilans de kinésithérapie, podologie, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Membres inférieurs	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes aux genoux (blocage, douleurs, entorse, etc...) ?	NON	OUI	
	Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes aux hanches, cuisses, jambes, chevilles ou pieds ?	NON	OUI	
Avez-vous eu des fractures ?		NON	OUI	Si OUI, lesquelles et quand ?
Êtes-vous porteur de broches, clous, vis ou plaques ?		NON	OUI	Si OUI, indiquez la localisation :
Avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?		NON	OUI	Si OUI, quelles séquelles ?
Avez-vous eu d'autres problèmes au niveau des articulations, des os, ou des muscles ?		NON	OUI	Si OUI, précisez :
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ou d'une commotion cérébrale ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus d'hospitalisation et des urgences, le courrier du neurologue et les comptes rendus d'imageries cérébrales (scanner, IRM).
↳ Si OUI Avez-vous perdu connaissance ?		NON	OUI	
Avez-vous des séquelles ?		NON	OUI	Si OUI, quelles séquelles ?
<b>VOTRE VUE</b>				
		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Portez-vous des lunettes, des lentilles de contact (souples ou rigides) ?		NON	OUI	Si OUI, il faut impérativement apporter vos lunettes et prévoir un nécessaire de stockage pour les porteurs de lentilles le jour de la visite médicale ainsi que votre dernière ordonnance de lunettes.
Avez-vous un problème de vision des couleurs ?		NON	OUI	Si OUI, lequel ?
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil ?		NON	OUI	Si OUI, avez-vous des séquelles ?
Avez-vous ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ?		NON	OUI	Si OUI, laquelle ?
Avez-vous été opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne ou intra-oculaire : PKR, LASIK, SMILE, implant phak, etc...) ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant.
Date de la dernière intervention ?				
↳ Si OUI De quelle intervention avez-vous bénéficié ?				
<b>VOS OREILLES ET VOTRE NEZ</b>				
		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Entendez-vous mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ?		NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter :
Avez-vous ou avez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des sinus ou du cou ?		NON	OUI	- Le courrier du spécialiste (ORL) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés.
Avez-vous ou avez-vous eu des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?		NON	OUI	
Avez-vous été opéré(e) des oreilles, du nez, des sinus, du cou ou de la thyroïde ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, et les courriers médicaux de suivi.
<b>VOS DENTS</b>				
		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Bénéficiez-vous d'un suivi dentaire régulier ?		NON	OUI	Si OUI, date de la dernière visite :
Avez-vous des soins dentaires et/ou orthodontiques en cours ?		NON	OUI	Si OUI, lesquels ?

VOTRE DOS		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ?		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter :</b> - Le courrier du spécialiste (orthopédiste, neurochirurgien, rhumatologue, etc.) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés (radiographie, scanner, IRM) ; - Les comptes rendus d'infiltration, de rééducation, de kinésithérapie, d'ostéopathie, etc... ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Date du dernier épisode douloureux				
Les douleurs sont-elles permanentes et/ou fréquentes ?		NON	OUI	
Les douleurs surviennent-elles après un effort et/ou après le port de charges lourdes ?		NON	OUI	
Ces douleurs sont-elles apparues après un accident ?		NON	OUI	
Prenez-vous parfois un traitement contre vos douleurs de dos ?		NON	OUI	
VOS SOUCIS		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ?		NON	OUI	<b>Si vous avez déjà consulté un psychiatre, un psychologue ou votre médecin traitant (ou un autre médecin) pour l'un de ces soucis, il faut apporter :</b> - Le courrier du spécialiste (psychiatre, psychologue) ou du médecin traitant ; - Les comptes rendus d'hospitalisation ou de passage aux urgences ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Êtes-vous claustrophobe (peur des espaces confinés) ?		NON	OUI	
Avez-vous fait des crises d'angoisse ?		NON	OUI	
Avez-vous eu des crises de nerf ou des colères violentes ?		NON	OUI	
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, etc.) ?		NON	OUI	
Vous êtes-vous infligé(e) des blessures volontaires ?		NON	OUI	
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?		NON	OUI	
Avez-vous été renvoyé(e) d'un établissement scolaire ou été déscolarisé(e) ?		NON	OUI	
Avez-vous eu des ennuis avec la justice ?		NON	OUI	
VOS HABITUDES DE VIE		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Combien d'heures de sport faites-vous par semaine ?		h/semaine		Quels sports pratiquez-vous ?
Êtes-vous donneur de sang régulier ?		NON	OUI	Si vous détenez une carte de groupe sanguin, apportez-la.
Êtes-vous porteur d'un ou plusieurs tatouage(s) et/ou piercing(s) ?		NON	OUI	Si OUI, effectués par un professionnel ? NON / OUI
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		/jour		Si vous fumez, depuis combien d'années ?
Avez-vous eu des épisodes d'ivresse à l'alcool ?		NON	OUI	<b>Si vous avez déjà été hospitalisé(e) ou si vous avez déjà consulté un addictologue, alcoologue ou votre médecin traitant pour un sevrage à une drogue ou à l'alcool, il faut apporter :</b> - les courriers de l'addictologue, alcoologue ou médecin traitant ; - les comptes rendus d'hospitalisation(s) ou de cure(s) ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement substitutif de l'héroïne ?		NON	OUI	
Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez ou avez-vous l'impression de trop consommer de toxiques et/ou d'alcool ?		NON	OUI	
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou avez-vous déjà bénéficié(e) d'une cure dans le cadre d'un sevrage ou d'une désintoxication ?		NON	OUI	
Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ?		NON	OUI	
Si OUI Précisez les drogues et la date de dernière consommation				
VOS AUTRES SOUCIS DE SANTÉ		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Sur la dernière année, avez-vous eu un congé maladie (arrêt de travail, exemption scolaire, etc.) ?		NON	OUI	Si OUI, pour quels motifs ?
Dans les prochains mois, devez-vous subir des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les documents médicaux en rapport avec ces examens, hospitalisations ou opérations.
Si OUI Précisez				
Prenez-vous un médicament régulièrement (dont contraception) ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter vos ordonnances*.
Si OUI Précisez				
Avez-vous actuellement ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) ou problème(s) de santé qui n'auraient pas déjà été signalés précédemment ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les documents médicaux en rapport avec cette ou ces pathologie(s).
Si OUI Précisez				
Informations complémentaires que vous estimez nécessaires de porter à la connaissance du médecin				
VOTRE MEDECIN TRAITANT		Réponse		
Nom et ville de votre médecin traitant				

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur :

- avoir répondu de façon sincère à ce questionnaire médical et ne pas avoir connaissance de problèmes de santé autres que ceux signalés ici ;
- avoir conscience que tout problème de santé, caché ou omis, volontairement ou involontairement, peut entraîner mon inaptitude médicale même après mon engagement et est susceptible d'entraîner une détérioration de mon état de santé du fait du métier de militaire ;
- être informé que ce questionnaire est le préalable d'un examen médical complet (impliquant d'être en sous-vêtements) mené par un médecin lors de votre visite d'expertise médicale initiale.

Date et signature du candidat à l'embauche :





## FICHE DE VISITE MEDICALE

☐ RECRUTEMENT/ENGAGEMENT    ☐ MUTATION    ☐ ADMISSION
☐ SPP☐ SPP/SPV☐ SPV☐ BAC PRO☐ JSP

Date de la visite : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de famille : .....

Nom d'usage (époux/épouse) : .....

Prénom : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Age : .....ans

Téléphone : .....

Mail : .....

Centre de secours / Section JSP : .....

Activité sapeur-pompier antérieure (JSP-SPV-SPP) : .....

Si mutation, SDIS antérieur : .....

Formations SP envisagées dans l'année : .....

Profession ou études en cours (pour SPV-JSP) : .....

Niveau scolaires, formation universitaire et/ou professionnelles : .....

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quel département ? .....

Avez-vous été déclaré : ☐ Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec restriction

## Règlement Général sur la Protection des Données :

Les données à caractère personnel recueillies lors des visites médicales font l'objet d'un traitement informatique mis en œuvre par le SDMIS agissant en tant que responsable de traitement. Ce traitement a pour finalité la définition de l'aptitude médicale et est fondé sur l'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. Les données à caractère personnel sont conservées pour une durée de 30 ans (50 ans pour la spécialité risque radiologique). Toutes les données demandées sont obligatoires. Le refus de communiquer tout ou partie des données peut entraîner le rejet du dossier.

Les destinataires des données sont les médecins et infirmiers du SSSM, personnes habilitées, concourant à la mise en œuvre du service. Les données à caractère personnel recueillies à l'occasion du traitement conformément aux finalités indiquées ci-dessus ne font pas l'objet d'un transfert dans un pays hors Union européenne.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification, dans les conditions prévues dans le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016. Pour en savoir plus sur l'étendue de vos droits, vous pouvez vous renseigner sur le site de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) en suivant le lien suivant : <https://www.cnil.fr..>

Vous pouvez exercer vos droits directement auprès du responsable de traitement. Pour toute facilitation, vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données du SDMIS par courriel à l'adresse suivante [dpg@sdmis.com](mailto:dpg@sdmis.com).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle relativement au traitement de données mis en œuvre tel qu'indiqué précédemment ainsi qu'à l'exercice de vos droits s'y rattachant.

Médecin : ..... Infirmier : .....

PL: / /

☐ CMIC    ☐ CMIR    ☐ SD    ☐ Missions internationales  
☐ GRIMP    ☐ MC    ☐ FDF    ☐ GRES  
☐ Cvno    ☐ SAL    ☐ SAV

	Oui	Non		Oui	Non
Troubles cardiaques			Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?		
Hypertension ou hypotension artérielle ?			Avez-vous eu un traumatisme crânien dans le passé ?		
Taux de cholestérol élevé ?			Avez-vous déjà eu des fractures ?		
Maladie respiratoire, bronchite ?			Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ?		
Asthme ou antécédent d'asthme ?			Ceil : Choc, maladies, troubles visuels ?		
Pneumothorax ?			Avez-vous subi un traitement oculaire par laser ?		
Troubles digestifs, hépatiques, gastriques, hernies abdominales ?			Portez-vous / avez-vous porté des lunettes, des lentilles ?		
Troubles rénaux, coliques néphrétiques ?			Avez-vous été traité pour un problème psychique ?		
Sang dans les urines ?			Avez-vous déjà présenté des difficultés psychologiques ? Dépression ? Tentative de suicide ?		
Diabète, sucre dans les urines ?			Avez-vous déjà présenté des manifestations telles que fugue ? Acte de délinquance ?		
Maladie thyroïdienne ?			Avez-vous déjà présenté des troubles de l'alimentation ?		
Rhumatismes, problèmes vertébraux, problèmes de dos ?			Fumez-vous ou avez-vous fumé ? Nb de cigarettes / jour		
Allergie (foins, pollens, médicaments...) ?			.....		
Maux de tête fréquents ?			Consommez-vous ou avez-vous consommé des substances stupéfiantes (cannabis...) ?		
Vertiges, pertes de connaissance ?			Consommez-vous des boissons alcoolisées ?		
Avez-vous des antécédents d'épilepsie, convulsions ?			Rythme :                                        quantité :		
Trouble du sommeil ?			Pour les candidates : Antécédents gynéco-obstétricaux ?		
Tumeur ou maladie cancéreuse ?			Pour les candidates : Faites-vous usage de contraceptifs oraux ?		
Prenez-vous actuellement des médicaments, lesquels ?			Pour les candidates : Grossesse(s) antérieure(s) ?		
.....			Autres : préciser		
.....					
Avez-vous eu une maladie importante dans le passé ?					

	Oui	Non		Oui	Non
Maladies cardiaques, infarctus du myocarde, angine de poitrine ?			Allergie, asthme, eczéma		
Hyperlipidémie familiale, cholestérol			Épilepsie, convulsions		
Hypertension artérielle			Dépression ou autres troubles psychiques		
Cancer			Maladie oculaire		
Diabète			Maladie de l'appareil digestif		
Mort subite			Maladie génétique		
Maladie des reins, calculs			Accident vasculaire cérébral		
			Autres : préciser		

J'autorise la communication de mon dossier médical au médecin-chef et à tout médecin que je désignerai.

Version novembre 2020 SA



## Annexe n° 4 : Extraits du répertoire analytique des pathologies (Extraits)

(annexe à l'arrêté du ministère de la défense en date du 20 décembre 2012)

Conforme à l'original produit;  
Début du texte, page suivante.



### **BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES**



**Edition Chronologique n°28 du 28 juin 2013**

**PARTIE PERMANENTE**  
Etat-Major des Armées (EMA)

Texte n°9

#### **ARRÊTÉ**

relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.

*Du 20 décembre 2012*

2. Événements :		
- taille < 10 cm :		
- avant intervention ;	G	3
- après intervention,	G	2
- taille > 10 cm :		
- avant intervention ;	G	5
- après intervention,	G	3

## 2. MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES.

### 2.1. Généralités (index 56).

Le très large éventail des maladies d'origine microbienne, virale ou parasitaire ne permet pas de les envisager toutes. Leur étude exhaustive serait par ailleurs superflue. En effet, si dans le cadre habituel de la détermination d'une aptitude, les séquelles de ce genre d'atteinte sont fréquemment rencontrées, l'affection elle-même à sa phase aiguë demeure par contre exceptionnelle.

Enfin, certaines de ces affections sont envisagées dans d'autres titres en fonction de leur localisation.

#### Nota.

1. Leur diagnostic devrait impliquer, par ailleurs, une confirmation microbienne et/ou immunologique.
2. Un traitement curatif ou prophylactique au long cours ne saurait constituer à lui seul un motif d'élimination que dans la mesure où il entraînerait un absentéisme itératif et/ou prolongé.

### 2.2. Maladies d'origine infectieuse.

#### 2.2.1. Maladies à évolution prolongée ou chronique (index 57).

1. Tuberculose (voir index 123, 152, 154).		
D'une manière générale, une décision d'aptitude (partielle ou totale) ne peut être prise qu'après un recul suffisant (délai minimum de 6 mois) lorsque les examens cliniques, radiologiques et bactériologiques ont permis d'établir la non évolutivité de l'affection.		
Évolutive.	G	4T à 5T
Antécédents, selon séquelles.	Selon localisation	1 à 5
2. Lèpre :		
- en évolution ou en cours de traitement ;	G	5 T
- antécédents, selon séquelles.	Selon localisation	2 à 5
3. Brucellose :		
- atteinte initiale ou rechute guérie depuis moins d'un an ;	G	5 T
- après ce délai, à apprécier en fonction des séquelles et de leurs localisations.	Selon localisation	2 à 5

#### 2.2.2. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (index 58).

Infection à VIH asymptomatique, sans traitement, avec une immunité cellulaire satisfaisante et selon avis spécialisé	3
Infection à VIH asymptomatique, sans traitement, avec une immunité perturbée (inférieur 500 CD4/mm <sup>3</sup> )	4
Infection à VIH asymptomatique, traitée, charge virale indétectable et immunité cellulaire satisfaisante (supérieure à 500 CD4/mm <sup>3</sup> )	3 à 4
Infection à VIH traitée avec charge virale détectable ou immunité cellulaire perturbée (inférieur à 500 CD4/mm <sup>3</sup> )	4
Infection à VIH symptomatique	5

**8.2. Maladies métaboliques.****8.2.1. Hyperuricémies (index 143).**

1. Sans manifestation clinique.	G	2
2. Avec manifestations articulaires (voir aussi index 18).	G	2 à 5
3. Avec antécédents de lithiase.	G	2 à 5

**8.2.2. Diabète sucré (index 144).**

À l'admission :		
1. diabète de type 1 ou de type 2 ;	G	5 à 6
2. intolérance au glucose ou hyperglycémie modérée à jeun selon la présentation clinique et les facteurs associés ;	G	2 à 5
3. glycosurie d'origine rénale (diabète rénal).	G	2 à 3
En cours de carrière :		
1. diabète de type 1, selon la qualité de l'équilibre et la présence de complications ;	G	4 à 6
2. diabète de type 2, selon la qualité de l'équilibre, le type de traitement (pouvant entraîner des hypoglycémies) et la présence de complications ;	G	3 à 6
3. intolérance au glucose ou hyperglycémie modérée à jeun selon la présentation clinique et les facteurs associés ;	G	2 à 5
4. glycosurie d'origine rénale (diabète rénal).	G	2 à 3

**8.2.3. Hypoglycémies (index 145).**

1. Fonctionnelles.	G	2 à 5
2. Organiques.	G	5 à 6

**8.2.4. Maigreux (index 146).**

Maigreux (voir annexe I.).		
----------------------------	--	--

**8.2.5. Obésité (index 147).**

Obésité (voir annexe I.).		
---------------------------	--	--

**8.2.6. Hyperlipidémies (index 148).**

1. Hyperlipidémie isolée, selon le taux et l'anamnèse familiale.	G	2 à 4
2. Hyperlipidémie importante avec complications viscérales.	G	4 à 5

**9. HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE.****9.1. Affections de l'oesophage (index 149).**

1. Reflux gastro-oesophagien non compliqué, selon le retentissement fonctionnel.	G	2 à 4
--	---	-------



## Annexe n° 5 : Les sapeurs-pompiers : Un même emploi, trois statuts

En France les sapeurs-pompiers sont au nombre de 250 000 et sont employés par 103 structures dont cents établissements publics administratifs.

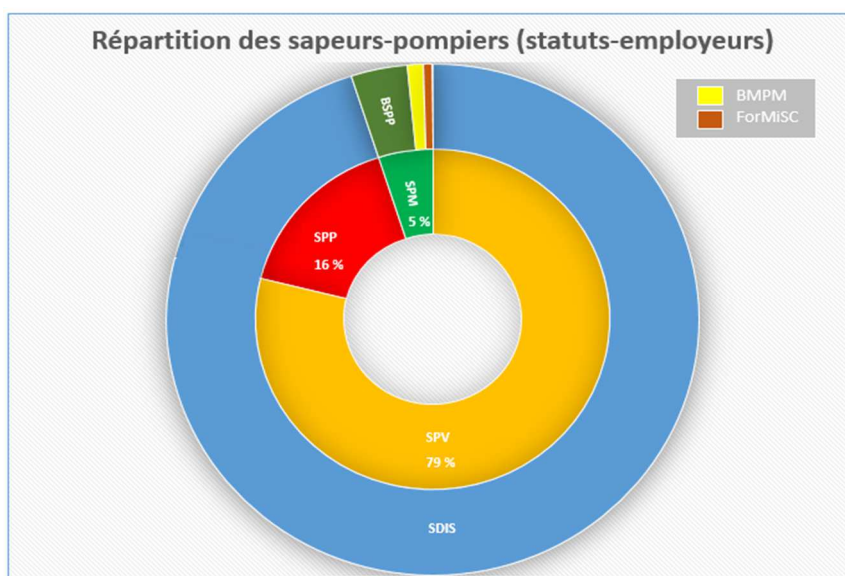
Les Sapeurs-Pompiers Militaires (SPM) représentent 5% des SP de France. Ils sont présents à Paris et petite couronne (BSPP), à Marseille (BMPPM), placé pour emploi ... et au sein des formations militaires de la sécurité civile (ForMiSC).

Les Sapeurs-Pompiers Professionnels (SPP) représentent 16% des sapeurs-pompiers. Ils relèvent de la Fonction Publique Territoriale (FPT) et passent des concours organisés au niveau des zones de défense par des SDIS supports (caporal et sous-officier) ou organisés au niveau national (officier). Il en résulte un vivier honorable. A l'issue du concours, les SPP sont inscrits sur liste d'aptitude (sans ordre) et ces candidats postulent ensuite sur des postes vacants ouverts dans les SDIS. Les SDIS sélectionnent les candidats et peuvent réaliser des épreuves complémentaires en vue du recrutement.

Les Sapeurs-Pompiers Volontaires (SPV) représentent 79% des SP en France, le vivier et le recrutement se fait au niveau des SDIS. La ressource est rare. Les SDIS mènent des actions de recrutement et ouvrent leur recrutement (notamment pour pouvoir réaliser les interventions en journée). Il y a souvent un manque de candidats SPV et un manque de disponibilité des SPV en journée car ils sont alors à disposition de leurs employeurs et donc pas disponible pour la mission de service public de secours.

Les SPP, SPV et SPM réalisent les mêmes missions, exception faite des ForMiSC qui ne participent pas aux secours quotidiens mais uniquement aux crises de Sécurité Civile et peuvent, dans ce cadre, être régulièrement projetés à l'étranger.

Certains de ces sapeurs-pompiers sont membres du service de santé et de secours médical (médecins, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires, et autres spécialistes) soit 12 500 personnes. Les SDIS gèrent également 11 200 personnels administratifs et techniques recrutés et formés dans le cadre du statut général des fonctionnaires territoriaux ainsi que 30 000 Jeunes Sapeurs-Pompiers et cadets.





## LES DIFFERENTS PROFILS SIGYCOP DE LA SECURITE CIVILE

### 1. Les sapeurs-pompiers civils

Profils SPP/SPV*	S	I	G	Y	C	O	P
Profil A	2	2	2	2	0	2	2
Profil B	2	2	2	3	0	3	2
Profil C	3	3	3	3	0	4	2
Profil D	3	3	3	4	0	4	2
Profil E	4	4	4	4	0	5	2

\*base réglementaire : arrêté du 6 mai 2000

### 2. Les sapeurs-pompiers militaires et les sapeurs-sauveteurs (FORMISC)

Profils MILITAIRE	S	I	G	Y	C	O	P
BSPP*	2	2	2	3	3	3	1
FORMISC*	2	2	2	4	4	3	1
BMPM**	1	1	2	3	3	2	1

\* Base réglementaire : IM du 16 février 2018

\*\* base réglementaire : arrêté du 25 juin 2020

### 3. Les démineurs de la sécurité civile

Profil POLICIER*	S	I	G	Y	C	O	P
Démineurs	2	2	2	3	2	2	2

\*base réglementaire : arrêté du 2 août 2010