

BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES



Édition Chronologique n° 51 du 17 octobre 2014

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

Texte 9

INSTRUCTION N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA
relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.

Du 31 juillet 2014

DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES : *sous-direction « plans capacités » ; bureau « médecine d'armée ».*

INSTRUCTION N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.

Du 31 juillet 2014

NOR D E F E 1 4 5 1 4 8 2 J

Références :

Arrêté du 20 décembre 2012 (JO n° 15 du 18 janvier 2013, texte n° 38 ; signalé au BOC 19/2013 ; BOEM 620-4.1.1).
Arrêté du 20 décembre 2012 (BOC N° 28 du 28 juin 2013, texte 9 ; BOEM 620-4.1).
Instruction n° 1400/DEF/DCSSA/AST/AME du 15 décembre 2003 (BOC, 2004, p. 322 ; BOEM 620-2.3).

Pièce(s) Jointe(s) :

Deux annexes.
Douze imprimés répertoriés.

Textes abrogés :

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/AST/AS du 22 mars 2000 (BOC, 2000, p. 2000 ; BOEM 620-4.1.2.2) modifiée.
Instruction n° 1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 (BOC, 2002, p. 1319 ; BOEM 620-4.1.2.2, 810.6) modifiée.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 620-4.1.1

Référence de publication : BOC n° 51 du 17 octobre 2014, texte 9.

SOMMAIRE

Préambule.

1. APTITUDE MÉDICALE AU RECRUTEMENT.
2. APTITUDE MÉDICALE EN COURS DE CARRIÈRE OU DE CONTRAT.
3. VISITES MÉDICALES PARTICULIÈRES.
4. MODALITÉS DE RECOURS EN CAS DE CONTESTATION DES CONCLUSIONS MÉDICALES.
5. DISPOSITIONS DIVERSES.

ANNEXE(S)

ANNEXE I. CONTENU MINIMAL DES VISITES MÉDICALES D'APTITUDE.

ANNEXE II. COMPOSITION DES DOSSIERS DE PRÉSENTATION EN CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ ET SUPÉRIEUR DE SANTÉ DES ARMÉES.

Préambule.

L'article premier, de l'arrêté de première référence rappelle que selon l'article L. 4132-1. du code de la défense, 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).

La détermination et l'optimisation des aptitudes physique et mentale à servir relèvent de la compétence de l'autorité militaire. La détermination et le contrôle des aptitudes médicale et psychique à servir relèvent de la compétence du service de santé des armées. Ces opérations tiennent compte, pour certaines spécialités (notamment aéronautiques), des décisions et normes d'aptitude médicale des instances civiles compétentes lorsque cela est expressément prévu.

Responsable de la détermination de l'aptitude médicale, le médecin des armées (y compris le praticien réserviste) peut s'appuyer sur l'avis d'un chirurgien-dentiste des armées et/ou d'un interne en formation. Ses conclusions tiennent compte de l'évaluation clinique et de l'estimation d'un risque pour l'individu ou la collectivité (basée sur sa connaissance des pathologies et des contraintes spécifiques liées aux activités militaires). Il convient en effet de déterminer si un sujet est capable d'occuper un emploi, mais aussi s'il peut s'en acquitter dans les conditions requises par le milieu militaire.

La présente instruction précise l'arrêté de première référence. Elle est complémentaire de l'arrêté de seconde référence et des textes précisant les conditions d'aptitude à l'engagement, aux différents emplois et spécialités dans chaque armée, direction, service ou la gendarmerie nationale.

Conformément à l'article 2. de l'arrêté de première référence, on appelle « centre médical du service de santé des armées » toute structure médicale dans laquelle exerce un ou plusieurs médecins des armées, d'active ou de réserve, quel que soit le site hébergeant la formation, le bâtiment de la marine nationale ou la zone d'implantation.

Les versions numériques des imprimés de l'instruction proposées dans le système d'information médicale de la chaîne des forces peuvent être utilisées sous réserve qu'elles soient conformes à la présente instruction.

1. APTITUDE MÉDICALE AU RECRUTEMENT.

1.1. Expertise médicale initiale.

L'expertise médicale initiale (EMI) est prévue à l'article 5. de l'arrêté de première référence. Elle est préférentiellement réalisée dans une antenne d'expertise médicale initiale (AEMI).

Préalablement à l'expertise, le questionnaire médico-biographique initial (imprimé n° 620-4*/9) est renseigné et signé par le candidat. Celui-ci se présente dans la mesure du possible muni de son carnet de santé et de toutes pièces médicales en sa possession, en rapport avec des antécédents médicaux ou chirurgicaux.

Pendant l'examen clinique, le médecin porte ses observations sur le certificat médical d'aptitude initiale (imprimé n° 620-4*/10). Il y reporte également le résultat des examens paracliniques systématiques (dont la liste est définie en annexe I.). À l'issue, pour étayer sa décision d'aptitude médicale, le médecin peut demander des examens complémentaires et/ou avis spécialisés.

Si, au cours de l'expertise, il apparaît que le candidat est manifestement inapte au recrutement, le médecin peut prononcer l'inaptitude immédiatement, sans poursuivre la procédure d'EMI.

Les conclusions de l'expertise sont portées sur un certificat médico-administratif d'aptitude médicale initiale (imprimé n° 620-4*/12), comportant la décision prise pour chaque aptitude médicale demandée par les armées, directions et services en charge du recrutement. Celui-ci est remis au candidat et à l'autorité militaire responsable du recrutement du candidat examiné. La validité du certificat est d'un an : passé ce délai, une nouvelle expertise médicale initiale s'impose avant tout recrutement.

En cas d'inaptitude à l'engagement, le médecin en précise les raisons au candidat, l'informe des éventuelles voies de recours et renseigne le certificat médico-administratif d'aptitude médicale initiale sans mentionner le SIGYCOP (le cartouche réservé à l'inscription du profil médical doit dans ce cas être barré).

1.2. Visite médicale d'incorporation.

Le plus tôt possible après leur arrivée à l'unité incorporatrice, les engagés bénéficient d'une visite médicale, dite visite médicale d'incorporation dont le contenu minimal est défini en annexe I. et qui tient compte en tant que de besoin du délai qui s'est écoulé depuis l'EMI.

À cette occasion, le médecin du service de santé des armées complète le cartouche « visite médicale d'incorporation » du certificat médical d'aptitude initiale (imprimé n° 620-4*/10). Il vérifie les données cliniques et le profil médical établi lors de l'expertise médicale initiale. Lors de la visite médicale d'incorporation, la modification d'un sigle du profil médical intervient uniquement dans les cas prévus à l'article 6. de l'arrêté de première référence.

Le médecin des armées établit ensuite une conclusion médico-militaire qui infirme ou confirme celle prise lors de l'expertise médicale initiale. Cette conclusion peut être l'aptitude, l'inaptitude temporaire ou l'inaptitude définitive. Pour étayer sa décision, le médecin peut demander des investigations complémentaires et/ou avis spécialisés.

Les décisions prises pour chaque aptitude médicale demandée par le commandement sont reportées sur un nouveau certificat médico-administratif d'aptitude médicale initiale (imprimé n° 620-4*/1bis) Il est établi en 3 exemplaires destinés à l'intéressé, l'autorité militaire et au dossier médical. La durée de validité de ce certificat est de deux ans, sauf mention contraire.

Le médecin réalisant la visite médicale d'incorporation explique à l'engagé ses conclusions d'aptitude. En cas d'inaptitude, il l'informe des voies de recours et renseigne le certificat médico-administratif d'aptitude médicale initiale sans mentionner le SIGYCOP. Le cartouche réservé à l'inscription du profil médical doit dans ce cas être barré.

1.3. Avis hospitaliers d'aptitude médicale au recrutement.

Les avis hospitaliers d'aptitude médicale sont demandés en priorité à l'hôpital d'instruction des armées (HIA) de rattachement (à défaut, au praticien hospitalier militaire compétent le plus proche géographiquement du lieu de résidence du candidat). Pour étayer son analyse, le praticien hospitalier doit disposer d'un courrier rédigé par le médecin des forces, précisant la situation médicale, les conditions d'emploi prévues et la(les) question(s) posée(s). En retour, il émet un avis circonstancié dans lequel il apprécie le retentissement potentiel sur la capacité au travail et l'aptitude médicale, en se basant sur son expérience de la pathologie en cause, de son pronostic et des contraintes liées au traitement éventuel. En s'aidant de cet avis technique sapiteur, le médecin des forces est ensuite responsable de la détermination de l'aptitude médicale.

En cas de désaccord sur une aptitude, le médecin des forces et le praticien hospitalier confrontent leurs avis et recherchent un consensus. La décision finale relève du médecin des forces. Cette décision est expliquée au candidat afin que celle-ci soit comprise.

1.4. Évaluation médicale pendant la période probatoire.

À l'issue de la période probatoire, en dehors d'une décision expresse contraire, le militaire est considéré comme apte et classé P=1. Cette mention est inscrite dans le dossier médical de l'intéressé au plus tard lors de

la réalisation de la première visite médicale périodique (VMP).

Lorsque durant la période probatoire, il est constaté une affection médicale motivant une décision d'inaptitude définitive, l'imprimé n° 620-2*/16 précisant la cause médicale de la résiliation de contrat est transmis par le centre médical concerné à la direction centrale du service de santé des armées tel que cela est défini dans l'instruction de troisième référence.

1.5. Circuits des documents.

Les imprimés n° 620-4*/9, n° 620-4*/10 et n° 620-4*/12 entrent dans la composition de tout dossier de candidature au recrutement en tant que militaire à l'exclusion de tout autre modèle.

Lors de l'expertise médicale initiale, le questionnaire médico-biographique (imprimé n° 620-4*/9) et le certificat médical d'aptitude initiale (imprimé n° 620-4*/10) sont insérés par le médecin examinateur dans une enveloppe portant la mention « confidentiel médical ». L'enveloppe scellée et le certificat médico-administratif d'aptitude initiale (imprimé n° 620-4*/12) sont remis au candidat. Ce dernier remet aux autorités responsables du recrutement ces différents documents selon les modalités fixées par les textes propres à chaque armée, gendarmerie nationale, direction ou service. Un double du dossier est archivé par le médecin examinateur.

Lorsque le candidat est recruté, le dossier médical complet est transmis au centre médical des armées qui supporte le corps incorporateur. À l'issue des opérations médicales d'incorporation, les pièces afférentes à l'expertise médicale initiale sont insérées dans le livret médical du sujet. Elles constituent une référence médico-légale capitale.

Lorsque le candidat n'est pas recruté (pour inaptitude médicale ou tout autre motif), le circuit des pièces médicales respecte les textes et procédures fixées par le service de santé des armées.

2. APTITUDE MÉDICALE EN COURS DE CARRIÈRE OU DE CONTRAT.

2.1. Introduction.

En cours de carrière ou de contrat, l'aptitude médicale est contrôlée à l'occasion des différents examens médicaux dont bénéficie le militaire. Le profil médical peut être modifié en cas d'omission ou de sous-estimation d'une affection préexistante, d'apparition d'une pathologie nouvelle ou de difficultés d'adaptation à la collectivité militaire. Dès lors, la nouvelle cotation du profil médical prend en compte l'élément médical nouveau, son traitement et les éventuelles séquelles, dans le respect de l'arrêté de seconde référence.

En cours de carrière ou de contrat, l'aptitude médicale est déterminée en tenant compte de l'état de santé, des contraintes inhérentes à l'emploi ou la fonction, ainsi que de l'expérience professionnelle. Dès lors, un profil médical qui aurait entraîné l'inaptitude médicale lors de l'engagement peut permettre un maintien de l'activité en cours de carrière ou de contrat, si le commandement prévoit des normes d'aptitude médicale plus souples qu'à l'engagement ou autorise l'intéressé à servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude, selon des modalités définies au titre V. de l'arrêté de première référence.

Les dispositions relatives aux militaires d'active versés dans la réserve opérationnelle sont fixées dans l'article 8. de l'arrêté de première référence.

2.2. Objectifs de la visite médicale périodique.

La visite médicale périodique (VMP) constitue un des outils de la surveillance de l'état de santé du personnel militaire, contribuant au maintien de la capacité opérationnelle des forces. Cet examen médical a pour but :

- de contrôler l'aptitude médicale générale au service, à l'emploi tenu et/ou postulé, à la conduite de véhicules et à toute mission opérationnelle, en se référant aux normes médicales minimales requises

définies dans les textes réglementaires de chaque armée, direction, service ou de la gendarmerie nationale ;

- de vérifier les aptitudes particulières à certaines conditions d'emploi, notamment celles exposant à un risque professionnel, qui justifient de prestations de médecine de prévention incluses dans les visites initiales et périodiques afférentes ;
- d'évaluer l'absence, au jour de l'examen, de contre-indication médicale à l'entraînement physique militaire et sportif et à l'évaluation de la condition physique du personnel militaire ;
- de statuer, si nécessaire, sur d'autres aptitudes médicales liées notamment à un changement de statut, de spécialité ou de corps d'appartenance, en se référant aux textes réglementaires définissant les normes médicales minimales requises par l'armée, la direction ou le service considéré.

Les conclusions de la visite sont portées sur un certificat médico-administratif d'aptitude (imprimé n° 620-4*/1). Elles ne constituent pas un engagement du médecin sur la certitude pour le patient de rester en bonne santé dans un laps de temps défini par voie réglementaire. Plus qu'une aptitude pour une durée donnée, elles déterminent l'absence, à un instant donné, de cause médicale d'incapacité cliniquement décelable à une activité, une fonction ou une spécialité précisée.

2.3. Périodicité de la visite médicale.

La visite médicale périodique (VMP) s'effectue tous les deux ans sauf dispositions particulières. Le médecin examinateur peut décider d'écourter cette durée. Sauf mention contraire, la validité de l'aptitude médicale prononcée porte jusqu'au dernier jour du mois d'échéance.

En cas de départ en mission ou en stage, quand la visite médicale périodique arrive à échéance pendant la période d'absence, les dispositions suivantes sont appliquées :

- pour les départs en opération, la visite médicale périodique est anticipée et effectuée avant le départ en mission au centre médical du service de santé des armées du lieu d'affectation ;
- pour les stages d'une durée inférieure à 2 mois, la visite médicale périodique est anticipée dans les mêmes conditions ;
- pour les stages d'une durée supérieure à 2 mois, la visite médicale périodique est effectuée à son échéance par le centre médical du service de santé des armées du lieu de stage. Le médecin réalisant la visite doit pouvoir consulter et compléter le dossier médical de l'intéressé.

En cas de nécessité opérationnelle avérée, le commandement peut exceptionnellement autoriser un militaire à servir au-delà de la date de validité de sa visite médicale périodique, dans les conditions prévues à l'article 10. de l'arrêté de première référence.

Dès lors que le militaire est à jour de visite médicale périodique, une nouvelle visite d'aptitude médicale n'est réalisée que dans les éventualités suivantes :

- demande formulée par l'intéressé, son autorité d'emploi ou un médecin du service de santé des armées, en raison de la survenue d'un fait médical pouvant influencer sur l'aptitude médicale ;
- changement d'emploi ou de spécialité qui comporte des conditions d'aptitude médicale non prises en compte à l'occasion de la précédente visite médicale périodique ;
- interruption ou exemption de service d'une durée égale ou supérieure à 21 jours pour raison médicale ou liée à un congé de maternité : le militaire est alors tenu de se soumettre à une visite médicale dès la reprise de service. Cette visite de reprise n'est pas une visite médicale périodique et ne décale pas l'échéance normale de la visite médicale périodique suivante.

Les militaires en poste dans les forces de présence et de souveraineté sont soumis aux mêmes règles de suivi médical périodique que les militaires affectés en métropole.

Dans les deux mois précédant leur départ, les militaires affectés en poste isolé hors métropole (poste permanent à l'étranger) effectuent au centre médical du service de santé des armées du lieu d'affectation une visite médicale spécifique dont les modalités sont identiques à une visite médicale périodique. La durée de validité de l'aptitude médicale délivrée avant le départ est de 40 mois, hors populations à sujétions spéciales ou tenues au respect d'une réglementation spécifique. Le médecin peut décider d'écourter cette durée. Il sensibilise le militaire aux conditions médicales sur place et à ses obligations vis à vis du point d'accueil médical unique métropolitain soutenant les militaires en poste isolé à l'étranger.

L'état-major des armées référence les postes permanents à l'étranger où un départ en opération extérieure peut survenir avec un faible préavis. Il précise par directive les conditions du maintien en condition de projection. Les personnels susceptibles d'être désignés sont tenus d'effectuer annuellement une visite médicale périodique au point d'accueil médical métropolitain.

En cas de prolongation du séjour à l'étranger au-delà de trois ans, le militaire revient au point d'accueil médical métropolitain avant l'échéance des 40 mois pour une visite médicale périodique. La validité de l'aptitude médicale délivrée à l'issue de cette visite ne peut excéder 40 mois.

Lors du retour définitif du séjour à l'étranger, le militaire effectue une visite médicale périodique au point d'accueil médical métropolitain ou au centre médical du service de santé des armées à son arrivée dans sa nouvelle affectation. À cette occasion, le dossier médical est mis à jour et la validité d'aptitude respecte les règles habituelles de la visite médicale périodique.

2.4. Personnels concernés par la visite médicale périodique.

Tous les militaires en position d'activité sont assujettis à la réalisation de visites médicales périodiques. Le personnel militaire placé hors-budget des armées reste en position d'activité et bénéficie, en conséquence, de la visite médicale périodique effectuée dans un centre médical ou un hôpital du service de santé des armées.

Les dispositions applicables aux militaires en position administrative de « détachement », « hors cadres » ou de « non-activité » sont fixées par l'article 11. de l'arrêté de première référence.

2.5. Organisation de la visite médicale périodique.

2.5.1. Rôle du commandement.

Pour les militaires placés sous ses ordres, l'autorité d'emploi est responsable du suivi de la validité des aptitudes, des convocations aux visites médicales périodiques et du contrôle de leur exécution. Ces actions sont effectuées en concertation avec le médecin, commandant le centre médical du service de santé des armées de rattachement.

Le militaire, convoqué pour la visite médicale périodique, remet au médecin examinateur une fiche de liaison établie par son commandement (imprimé n° 620-4*/15). Ce document précise l'emploi tenu ou à pourvoir, les risques professionnels identifiés et l'ensemble des aptitudes médicales susceptibles de se révéler nécessaires avant l'échéance de validité de la visite médicale périodique.

2.5.2. Rôle du service de santé des armées.

Lors de la visite médicale périodique, le personnel militaire est examiné par un médecin des armées, d'active ou de réserve, dans le centre médical du service de santé des armées soutenant sa formation d'emploi ou, à défaut, celle où il se trouve au moment de l'échéance de validité. Au cours de la visite, le dossier médical du militaire doit pouvoir être consulté et complété par le médecin.

Sur sa demande ou celle du médecin, un commandant de formation administrative peut être examiné dans un autre centre médical que celui auquel sa formation est rattachée. Les officiers généraux et assimilés peuvent demander à être examinés dans l'hôpital d'instruction des armées de rattachement du centre médical dont ils dépendent. Dans ces situations, les demandes sont adressées à la direction régionale du service de santé des armées territorialement compétente, qui désigne l'établissement dans lequel sera effectuée la visite médicale.

Sauf lorsque les circonstances s'y opposent, le personnel militaire servant dans une unité du service de santé des armées n'est pas examiné par un médecin de son antenne d'appartenance. Le médecin chargé d'effectuer la visite médicale périodique est désigné par le commandant du centre médical du service de santé des armées d'affectation.

Les certificats d'aptitude ou d'inaptitude du personnel militaire d'un HIA ne peuvent être signés que par un médecin du centre médical des armées (CMA) auquel est rattaché l'HIA, conformément au premier alinéa du point 2.5.2. Les médecins affectés dans l'HIA ne sont habilités qu'à donner les avis hospitaliers prévus au point 2.6.1. Sauf lorsque les circonstances s'y opposent, ces avis ne doivent pas être demandés au chef de service du militaire concerné.

2.6. Modalités de réalisation de la visite médicale périodique.

2.6.1. Déroulement de la visite médicale périodique.

Le contenu minimal de la visite médicale périodique est détaillé en annexe I. L'objectif est d'asseoir la décision d'aptitude médicale sur une démarche clinique réfléchie, basée sur :

- l'analyse de tout document à disposition du médecin comme le carnet de santé, le dossier médical, le questionnaire médico-biographique (imprimé n° 620-4*/16) et la fiche de liaison de l'autorité hiérarchique (imprimé n° 620-4*/15) ;
- un entretien et un examen clinique ;
- un nombre limité d'explorations complémentaires à charge du service de santé des armées (SSA).

Dans le respect des bonnes pratiques médicales, le médecin peut prescrire d'autres actes médicaux, examens complémentaires et consultations spécialisées qu'il estime :

- soit indispensables à la détermination de l'aptitude médicale et n'entrant pas dans le champ des deux items suivants ;
- soit justifiés par l'investigation d'anomalies découvertes lors de l'examen médical ;
- ou conseillés dans le cadre d'actions de santé publique.

Dans ces deux derniers cas, le financement des actes est à la charge des organismes de protection sociale.

Le médecin examinateur respecte le principe du libre choix du patient en matière de soins.

Les avis hospitaliers d'aptitude médicale sont demandés selon les mêmes modalités qu'au point 1.3. de la présente instruction en précisant notamment dans le courrier adressé au spécialiste les conditions d'emploi du militaire.

2.6.2. Conclusions de la visite médicale périodique.

De l'évaluation clinique découlent la décision d'aptitude médicale et des conseils de prévention orientés.

Pour la détermination de l'aptitude médicale d'un militaire, le médecin du service de santé des armées tient compte de sa connaissance du milieu d'exercice, des conditions dans lesquelles celui-ci exerce son emploi

(niveau de responsabilité, environnement, contraintes spécifiques, etc.) et des évolutions attendues dans l'emploi d'ici la prochaine visite.

Lors de la conclusion de la visite médicale périodique, le praticien communique clairement ses constatations et ses conclusions au militaire examiné. L'information doit être comprise : elle porte sur l'état de santé et les aptitudes médicales qui en découlent, ainsi que sur les mesures de surveillance, d'hygiène individuelle et de prophylaxie qui apparaissent opportunes au maintien ou à l'amélioration de sa santé.

Le militaire est alors invité à signer le certificat modèle n° 620-4*/1. S'il refuse, l'invitation à signer est réitérée devant un témoin. S'il refuse à nouveau, le témoin signe à sa place en précisant « Refus de signer de l'intéressé ».

Les conclusions médico-administratives sont consignées dans le dossier médical du militaire et sur le certificat médico-administratif d'aptitude (imprimé n° 620-4*/1). Outre la détermination systématique de l'aptitude générale au service, à la spécialité, aux opérations extérieures et missions de courte durée hors métropole à la conduite de véhicules et à l'entraînement physique militaire et sportif, le certificat médico-administratif répond à toute autre demande d'aptitude médicale sollicitée pour le militaire par son commandement et faisant l'objet d'un texte fixant une aptitude médicale spécifique.

L'aptitude générale au service englobe l'ensemble des activités habituelles en milieu militaire qui ne font pas l'objet de règles d'aptitudes médicales spécifiques. Toute inaptitude à une de ces activités fait l'objet d'une mention sur le certificat médico-administratif d'aptitude. L'aptitude générale au service reflète également la conformité aux normes médico-militaires générales éventuellement fixées par le commandement.

Dans le cadre de l'entraînement physique militaire et sportif, les règles d'aptitude médicale sont précisées par un texte spécifique, consacré à la surveillance médico-physiologique du militaire. La non contre-indication à l'entraînement physique militaire et sportif sous-entend l'absence de contre-indication à l'entraînement, au contrôle de la condition physique du militaire et aux compétitions militaires, à l'exclusion de quelques sports à risque qui obéissent à des règles particulières (rugby, sports de combat avec recherche de KO, sports mécaniques, sous-marins et aériens). La catégorisation médico-physiologique est désormais du ressort des spécialistes de la filière « entraînement physique militaire et sportif ». Lors de la visite médicale périodique, le médecin peut rédiger une fiche de recommandations à leur intention, précisant les règles d'entraînement à respecter. Il peut également préciser une restriction à la pratique d'un ou plusieurs sports.

Pour l'aptitude médicale à un poste permanent hors métropole, deux zones sont individualisées, selon que le risque sanitaire est équivalent ou plus élevé qu'en métropole.

Les conclusions médico-administratives de la visite médicale périodique sont, selon le cas :

- apte à servir ;
- apte à servir avec restrictions ;
- inapte temporaire à servir ;
- inapte définitif à servir ;
- dérogation aux normes médicales d'aptitude.

Soit le profil médical est compatible avec l'aptitude générale au service et dans ce cas on précise que le militaire est apte ou apte avec restrictions, soit le profil médical est incompatible avec l'aptitude générale au service et dans ce cas on précise que le militaire est inapte temporaire ou définitif à servir.

Les inaptitudes peuvent être liées à un non-respect des normes médico-militaires ou à un problème médical.

En cas de décision temporaire, une durée est systématiquement précisée, à l'issue de laquelle une nouvelle décision d'aptitude médicale doit être prise. Cette décision et ses renouvellements éventuels ne doivent pas excéder deux ans. Au-delà, sauf circonstances exceptionnelles, une décision définitive est arrêtée.

Le certificat médico-administratif d'aptitude (imprimé n° 620-4*/1) précise donc les aptitudes médicales mais ne fait pas mention du profil médical du militaire. Il est produit en 3 exemplaires signés par le médecin responsable de la visite dont :

- un est remis à l'intéressé ;
- un est adressé directement à l'autorité hiérarchique dont relève le militaire ;
- un est archivé dans son dossier médical.

3. VISITES MÉDICALES PARTICULIÈRES.

3.1. Aptitudes spécifiques.

Les visites d'aptitude médicale entrant dans l'une des catégories suivantes sont soumises à des règles et une périodicité précisées dans d'autres textes :

- visites d'aptitude médicale aux spécialités militaires de personnel navigant, parachutiste, plongeur sous-marin et à la navigation sous-marine. La périodicité du suivi médical du personnel sous-marinier, parachutiste, navigant et plongeur pourra être réévaluée indépendamment de la présente instruction ;
- visites d'aptitude médicale au service dans les forces spéciales, à des postes de très haute responsabilité et à certains emplois définis par des textes spécifiques ;
- visites médicales de non-contre-indication à une compétition sportive civile et à des activités sportives à risque (rugby, sports de combat avec recherche de KO, sports mécaniques, sous-marins et aériens) ;
- visites de personnels soumis à une surveillance médicale renforcée, en application des dispositions du troisième alinéa de l'article R4624-18 du code du travail ;
- visites médicales de fin de service actif ou de cessation temporaire d'activité.

La réalisation de ces visites doit si possible coïncider avec celle de la visite médicale périodique.

3.2. Aptitude à servir dans la marine.

Lorsque l'état de santé d'un marin entraîne une restriction temporaire d'emploi concernant l'embarquement sur un bâtiment, il est présenté devant une instance faisant l'objet d'un texte réglementaire spécifique.

3.3. Changement de corps ou d'armée.

Les militaires, candidats à un changement de corps ou d'armée, sont soumis à une expertise médicale donnant lieu à la rédaction du certificat médico-administratif d'aptitude médicale initiale (imprimé n° 620-4*/12), dont le profil médical n'est mentionné que si le militaire est médicalement apte.

Le changement de corps ou d'armée ne constituant qu'une réorientation dans la vie professionnelle du militaire, la détermination de l'aptitude médicale est prononcée selon les dispositions prévues en cours de carrière ou de contrat, sauf dispositions contraires prévues par le commandement.

3.4. Divers.

N'ayant pas un statut militaire, les élèves des lycées militaires et les participants aux périodes et préparations militaires ne relèvent pas de la présente instruction. L'imprimé n° 620-4*/12 peut cependant être utilisé par un médecin des armées lorsqu'il est amené à se prononcer sur l'aptitude d'un candidat qu'il a examiné.

L'aptitude médicale des élèves de l'école Polytechnique est fixée par une réglementation spécifique.

4. MODALITÉS DE RECOURS EN CAS DE CONTESTATION DES CONCLUSIONS MÉDICALES.

À l'occasion des expertises médicales de recrutement ou des examens médicaux dont bénéficient les militaires, les intéressés peuvent demander un réexamen tel que cela est précisé dans l'arrêté de première référence .

4.1. Sur-expertises.

4.1.1. Niveau de qualification du sur-expert.

Si elle est accordée, la sur-expertise est obligatoirement réalisée par un praticien certifié des forces ou un professeur agrégé, d'un centre d'expertise médicale ou d'un hôpital d'instruction des armées, d'un niveau de qualification ou de responsabilité supérieur au praticien ayant effectué l'expertise contestée.

La hiérarchie du niveau de sur-expertise est la suivante : praticien certifié (des forces ou des hôpitaux), professeur agrégé dans la discipline concernée ou chef de service hospitalier dans la discipline concernée et consultant national dans la spécialité en dernier recours.

4.1.2. Modalités de saisine du sur-expert et organisation de la sur-expertise.

La sur-expertise médicale peut être demandée par l'intéressé, un médecin du service de santé des armées ou le commandement. La demande est formulée par courrier adressé au directeur régional du service de santé des armées compétent pour la zone géographique dont dépend le praticien qui a prononcé la décision contestée.

L'autorité saisie du service de santé des armées est seule juge de la décision d'accorder ou non la sur-expertise et a la charge de désigner le sur-expert. Cette décision est un acte technique, imposant l'analyse de la situation médicale et administrative du militaire ou du candidat à l'engagement concerné.

En cas de refus, l'autorité saisie informe le militaire ou le candidat à l'engagement concerné du motif de refus.

En cas d'accord, l'autorité saisie a la charge de saisir le sur-expert (dans le respect du principe de hiérarchie du niveau de l'expert) et d'organiser la sur-expertise. La saisine des consultants nationaux est de la compétence exclusive de la direction centrale du service de santé des armées.

L'autorité saisie informe avec un préavis suffisant le militaire ou le candidat à l'engagement concerné des modalités pratiques de la sur-expertise (nom du sur-expert, date, horaire et lieu de la sur-expertise, etc.). L'accord du militaire ou du candidat à l'engagement concerné est recherché. Dans l'attente des résultats de la sur-expertise, le militaire est employé en respectant les éventuelles limitations posées par le médecin militaire, sauf si l'intéressé est en période probatoire et que celle-ci ne peut être prolongée. Dans ce dernier cas, le militaire est déclaré inapte à servir et son contrat d'engagement dénoncé pour raison médicale.

À l'issue de la sur-expertise médicale, un compte-rendu de sur-expertise est transmis à l'autorité du service de santé des armées ayant mandaté le sur-expert. L'autorité saisie informe l'intéressé, le médecin de l'antenne médicale soutenant celui-ci ainsi que le praticien dont la décision a été contestée, des résultats de la sur-expertise. Dans le cas où le commandement a demandé la sur-expertise, celui-ci est également informé des résultats de celle-ci en ne transmettant que des données à caractère médico-administratif.

4.1.3. Conséquences de la sur-expertise médicale.

Les conclusions de la sur-expertise médicale doivent être appliquées, qu'elles confirment ou non le premier avis médical.

Au-delà de la période probatoire, si la sur-expertise médicale confirme le premier avis médical, l'intéressé peut solliciter de son commandement une aptitude à servir par dérogation aux normes médicales.

Une décision administrative basée sur le résultat d'une sur-expertise médicale peut faire l'objet d'une saisine de la commission des recours des militaires.

4.2. Conseil régional de santé.

4.2.1. Compétences du conseil régional de santé.

Les compétences du conseil régional de santé sont définies dans l'article 23. de l'arrêté de première référence.

4.2.2. Composition du conseil régional de santé.

Le conseil régional de santé est présidé par le directeur régional du service de santé des armées ou le représentant qu'il désigne au sein de sa formation administrative. La composition du conseil régional de santé est la suivante :

- membres avec voix délibérative :

- le directeur régional du service de santé des armées ou son représentant ;

- deux praticiens des forces, désignés par le directeur régional du service de santé des armées parmi les médecins relevant de son autorité (ou désignés par leur autorité d'emploi pour les médecins affectés hors du service de santé des armées) ;

- un praticien certifié servant en hôpital d'instruction des armées ou en centre d'expertise médicale désigné par son autorité d'emploi. Il siège si le président du conseil régional de santé le juge souhaitable à l'étude du cas ;

- un officier représentant l'armée, direction ou service du militaire concerné, ou la gendarmerie nationale s'il s'agit d'un gendarme. Il est sollicité uniquement sur les recours de militaires ressortissant de son propre commandement. Sa présence a pour objectif d'orienter l'avis du conseil sur des critères d'employabilité, de parcours professionnel, d'adaptation de l'affectation et de besoin de l'institution, en complément des critères médicaux. Il est désigné, ainsi que son suppléant, pour une période d'un an renouvelable par son autorité d'emploi ;

- membres avec voix consultative :

- toute autre personne qualifiée pouvant éclairer le conseil dans l'appréciation du cas si cela est nécessaire.

Les participants au conseil régional de santé sont tenus au secret professionnel.

4.2.3. Modalités de saisine du conseil régional de santé.

Le conseil régional de santé peut être saisi par le militaire, l'autorité d'emploi ou de gestion dont relève le militaire ou le médecin commandant le centre médical du service de santé des armées dont relève le militaire.

La composition du dossier de présentation est précisée en annexe II.

Le dossier administratif est constitué par le service d'administration du personnel du militaire concerné. Le dossier médical est constitué par l'antenne médicale dont dépend le militaire. Chaque dossier est adressé séparément à la direction régionale territorialement compétente.

Les dossiers du personnel militaire soutenu par une chefferie du service de santé des armées sont adressés à la direction régionale du service de santé des armées la plus proche géographiquement du lieu d'affectation.

Les dossiers du personnel militaire en poste hors du territoire métropolitain sont examinés par un conseil régional de santé désigné par la direction centrale du service de santé des armées.

Les dossiers du personnel du service de santé des armées et du personnel militaire des armées, directions et services ou de la gendarmerie nationale servant dans un établissement du service de santé des armées sont examinés par un conseil régional de santé autre que celui de la région d'affectation. Ce conseil est désigné par la direction centrale du service de santé des armées, à laquelle sont adressées les demandes de saisine.

Une fois le conseil régional de santé désigné, les dossiers sont adressés directement à celui-ci par l'antenne médicale et le service d'administration du militaire.

4.2.4. Modalités de fonctionnement du conseil régional de santé.

Le secrétariat du conseil est assuré par un officier de la direction régionale du service de santé des armées.

Le conseil se réunit sur convocation de son président, par note de service adressée aux membres du conseil. Celle-ci doit parvenir aux personnes concernées au moins quinze jours avant la tenue de celui-ci. Les militaires dont les dossiers sont présentés devant le conseil régional de santé sont également tenus informés de la tenue de celui-ci dans les mêmes délais.

Avec l'accord du président, le conseil peut demander tout avis spécialisé nécessaire à la bonne appréciation d'un dossier.

Il examine les cas qui lui sont soumis, en principe sur pièces. Le militaire peut, à sa demande, être entendu par le conseil régional de santé. Sauf si le militaire est entendu à la demande du conseil régional de santé, le service de santé ne prend pas à sa charge ses frais de déplacement. Le fait que le militaire ne puisse pas être présent lors de la séance n'empêche pas d'étudier son dossier. Il peut transmettre dans tous les cas des observations écrites au conseil régional de santé.

Les avis du conseil régional de santé sont votés à la majorité des voix délibératives. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Si un membre du conseil ne se présente pas, le conseil peut poursuivre ses travaux si au moins quatre membres sont présents dont le président et un représentant du commandement.

Chaque avis émis fait l'objet d'un procès-verbal (imprimé n° 620-4*/20) signé par chaque membre ayant voix délibérative. Ce procès-verbal précise la possibilité de recours devant le conseil supérieur de santé des armées dans un délai maximum de deux mois après notification de l'avis au demandeur. L'original du procès-verbal est conservé par le conseil régional de santé. Des copies sont adressées :

- à l'autorité en charge des ressources humaines, selon des modalités propres à chaque armée, direction, service ou à la gendarmerie nationale ;
- au centre médical du service de santé des armées pour communication de l'avis à l'intéressé et insertion de la copie dans son dossier médical.

Dans l'attente de la décision administrative de l'autorité compétente, le militaire est employé en respectant l'avis du conseil régional de santé.

La décision administrative est notifiée à l'intéressé par sa hiérarchie. Une copie de la décision est communiquée à la direction régionale du service de santé des armées et au centre médical du service de santé des armées dont il dépend.

4.3. Conseil supérieur de santé des armées.

4.3.1. Compétences du conseil supérieur de santé.

Les compétences du conseil supérieur de santé des armées sont définies dans l'article 27. de l'arrêté de première référence.

4.3.2. Composition du conseil supérieur de santé.

La composition du conseil supérieur de santé est définie dans l'article 28. de l'arrêté de première référence.

4.3.3. Modalités de saisine du conseil supérieur de santé.

4.3.3.1. Pour une contestation de l'avis du conseil régional de santé.

Le conseil supérieur de santé des armées peut être saisi soit directement par l'intéressé, soit par la direction des ressources humaines dont il relève (armée, direction, service) ou par le commandant de région de gendarmerie nationale.

La demande de saisine est adressée au président du conseil régional de santé dont l'avis est contesté.

La composition du dossier de présentation en conseil supérieur de santé est précisée en annexe II.

Le dossier administratif est constitué et transmis par le service d'administration du personnel du militaire concerné à l'inspection du service de santé. Les pièces médicales sont réunies par la direction régionale du service de santé des armées saisie et transmises à l'inspection du service de santé.

Dans l'attente de l'avis du conseil supérieur de santé des armées, le militaire est employé en respectant l'avis du conseil régional de santé.

4.3.3.2. Pour une nouvelle présentation d'un dossier.

Lorsque le dossier a déjà été présenté au conseil supérieur de santé, et en cas de fait médical nouveau ou de souhait de levée de restriction(s) d'aptitude médicale, celui-ci peut à nouveau être présenté. Le conseil supérieur de santé des armées peut être saisi soit directement par l'intéressé, soit par la direction des ressources humaines dont il relève (armée, direction, service) ou par le commandant de région de gendarmerie nationale. Cette demande ne peut être formulée qu'une fois pour le même motif.

La demande de saisine est adressée au président du conseil supérieur de santé.

La composition du dossier de présentation en conseil supérieur de santé est précisée en annexe II.

Le dossier administratif est constitué et transmis par le service d'administration du personnel du militaire concerné à l'inspection du service de santé. Les pièces médicales sont réunies par l'antenne médicale de rattachement du militaire et transmises à l'inspection du service de santé des armées.

Dans l'attente d'un nouvel avis du conseil supérieur de santé des armées, le militaire est employé en respectant l'avis précédent.

4.3.3.3. Pour un dossier présenté par la direction centrale du service de santé des armées.

La demande de saisine est adressée au président du conseil supérieur de santé.

La composition du dossier de présentation en conseil supérieur de santé est précisée en annexe II.

Le dossier administratif est constitué et transmis par le service d'administration du personnel du militaire concerné à l'inspection du service de santé des armées. Les pièces médicales sont réunies par la direction centrale du service de santé des armées et transmises à l'inspection du service de santé.

4.3.4. Modalités de fonctionnement du conseil supérieur de santé.

Le secrétariat du conseil supérieur de santé des armées est assuré par l'inspection du service de santé des armées. Sous l'autorité du président, il établit l'ordre du jour et organise les sessions du conseil.

Le conseil supérieur de santé des armées se réunit sur l'initiative de son président. Il examine les cas qui lui sont soumis, en principe sur pièces. Le militaire peut, à sa demande, être entendu par le conseil ou peut émettre des observations. À cet effet, celui dont le dossier est présenté devant le conseil supérieur de santé est informé de la tenue du conseil au moins quinze jours avant.

Avec l'accord du président, le conseil peut demander tout avis spécialisé ou technique nécessaire à la bonne appréciation d'un dossier.

Les avis du conseil supérieur de santé des armées sont votés à la majorité des voix délibératives. En cas d'égalité la voix du président est prépondérante.

Si un membre du conseil ne se présente pas, le conseil peut poursuivre ses travaux si au moins trois membres sont présents dont le président et un représentant du commandement.

Chaque avis émis fait l'objet d'un procès-verbal signé par chaque membre ayant voix délibérative. Le procès-verbal du conseil supérieur de santé des armées (imprimé n° 620-4*/21), comportant l'avis d'aptitude médicale, est transmis :

- à l'autorité en charge des ressources humaines, pour décision administrative ; au président du conseil régional de santé concerné ou à la direction centrale du service de santé des armées si c'est elle qui a demandé la présentation du dossier ;
- au médecin commandant le centre médical du service de santé des armées (ou au chef du service de santé de force maritime si le militaire est affecté sur un bâtiment de la marine nationale) pour insertion dans le dossier médical de l'intéressé ;
- à l'intéressé.

Dans l'attente de la décision administrative de l'autorité compétente, le militaire est employé en respectant l'avis du conseil supérieur de santé des armées.

La décision administrative est notifiée à l'intéressé par sa hiérarchie et communiquée au conseil supérieur de santé des armées et au centre médical du service de santé des armées dont il dépend.

5. DISPOSITIONS DIVERSES.

L'instruction n° 1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 modifiée, relative au suivi et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire et l'instruction n° 1300/DEF/DCSSA/AST/AS du 22 mars 2000 modifiée, relative aux documents médicaux et médico-administratifs concernant l'aptitude initiale à l'entrée dans les armées, la gendarmerie et les services, ainsi qu'à l'admission dans les lycées militaires sont abrogées.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

*Le médecin général inspecteur,
adjoint « emploi » au directeur central du service de santé des armées,*

Jean-Paul BOUTIN.

**ANNEXE I.
CONTENU MINIMAL DES VISITES MÉDICALES D'APTITUDE.**

| | EXPERTISE MÉDICALE INITIALE. | VISITE D'INCORPORATION. | VISITE MÉDICALE PÉRIODIQUE (1). |
|-------------------------|--|---|---|
| FICHE COMMANDEMENT. | GROUPEMENT DE SÉLECTION ET D'ÉVALUATION (GSE) [CENTRE D'INFORMATION ET DE RECRUTEMENT DE LA GENDARMERIE NATIONALE (CIRG) ou CENTRE D'INFORMATION ET DE RECRUTEMENT DES FORCES ARMÉES (CIRFA)] | Unité incorporatrice | Imprimé n° 620-4*/15 |
| DOCUMENTS MÉDICAUX. | Carnet de santé | EXPERTISE MÉDICALE INITIALE (EMI) (imprimé n° 620-4*/10) | Dossier médical |
| QUESTIONNAIRE MÉDICAL. | Imprimé n° 620-4*/9 | Imprimé n° 620-4*/9 | Imprimé n° 620-4*/16 |
| ÉTUDE PERSONNALITÉ. | Questionnaire de personnalité + entretien | Entretien | Entretien |
| BIOMÉTRIE. | Oui | Oui | Oui |
| INTERROGATOIRE. | Oui | Oui | Oui |
| EXAMEN CLINIQUE. | Oui | Adapté à l'ancienneté de l'EMI et aux faits nouveaux | Oui |
| OPHTALMOLOGIE. | Approfondi (auto-réfractomètre +/- avis spécialisé) | Standard (niveau antenne médicale) | Standard (niveau antenne médicale) |
| OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. | Comprenant une audiométrie tonale | Non refait (sauf signe d'appel) | comprenant audiométrie moins de 35 ans : tous les 2 ans plus de 35 ans : tous les 4 ans [sauf service médical rendu (SMR) spécialité ou emploi] |
| ÉLECTROCARDIOGRAMME. | Oui | Non (sauf indication clinique) | moins de 20 ans : tous les 2 ans de 20 à 40 ans : tous les 4 ans plus de 40 ans : tous les 2 ans |
| SPIROMÉTRIE. | Si antécédent d'asthme | Non (sauf signe d'appel) | Non (sauf indication clinique) |
| BILAN SANGUIN. | Non (sauf indication clinique) | Oui (cf. commentaire ci-dessous) | Non (sauf indication clinique) |
| BANDELETTE URINAIRE (+ | Oui | Non | Non |

| | | | |
|---|--|---|---|
| GLYCÉMIE CAPILLAIRE SI GLYCOSURIE). | | (sauf indication clinique) | (sauf indication clinique) |
| TEST URINAIRE DE GROSSESSE (BLUE-TEST). | Non (sauf indication clinique) | Oui (pour les candidates) + dosage HCG si positif | Non (sauf indication clinique) |
| TEST URINAIRE DÉPISTAGE TOXIQUES. | Non (sauf textes spécifiques) | Oui + 2e test à 1 mois si positif (sauf textes spécifiques) | Non (sauf indication clinique ou certains emplois) |
| EXPLORATIONS LIÉES À CERTAINES ACTIVITÉS. | Selon la spécialité postulée | Selon la spécialité postulée | Selon la spécialité exercée, l'emploi et la mission |
| MODÈLE DE CERTIFICAT. | Imprimé n° 620-4*/12 (sans SIGYCOP si inapte définitif) | Imprimé n° 620-4*/1 bis (sans SIGYCOP si inapte définitif) | Imprimé n° 620-4*/1 (imprimé n° 620-4*/12 si changement de corps ou armée) |

L'examen ophtalmologique standard comprend la détermination de l'acuité visuelle avec et sans correction, l'étude de la vision des couleurs (tables d'Ishihara) et un visiotest si le centre médical en est équipé.

La rubrique « Explorations liées à certaines activités » regroupe notamment les explorations liées aux surveillances médicales renforcées, le dépistage urinaire de produits stupéfiants requis pour certaines spécialités, le panoramique dentaire pour le personnel susceptible de partir en opérations extérieures (OPEX) ou en poste hors métropole. Ces explorations sont à la charge financière du service de santé des armées (SSA).

Les recommandations relatives au bilan sanguin au recrutement sont fixées par un texte spécifique.

(1) Déroulé type de la visite selon imprimé n° 620-4*/17 sauf si dossier médical numérisé.

ANNEXE II.
COMPOSITION DES DOSSIERS DE PRÉSENTATION EN CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ ET SUPÉRIEUR DE SANTÉ DES ARMÉES.

| DOCUMENTS À FOURNIR. | CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ. | CONSEIL SUPÉRIEUR DE SANTÉ DES ARMÉES. | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--|
| | | CONTESTATION D'UNE DÉCISION DU CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ. | NOUVELLE PRÉSENTATION. | DEMANDE DE LA DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES. |
| DEMANDE FAITE PAR : | l'intéressé (1), le médecin ou le commandement | l'intéressé (1) ou le commandement | l'intéressé (1) ou le commandement | la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) |
| DOCUMENT ADMINISTRATIF (2). | X | X | X | X |
| FICHE DE PRÉSENTATION DU MÉDECIN (3). | X | X | X | X |
| SYNTHÈSE DU DOSSIER MÉDICAL (4). | X | X | X | X |
| AUTRES PIÈCES. | | X (5) | | |

(1) La demande faite par l'intéressé comporte obligatoirement les avis motivés du commandement.

(2) Ce document produit par l'autorité administrative du militaire précise les nom, prénom(s), grade, identifiant militaire, date et lieu de naissance, position statutaire, date d'entrée en service, date de fin de service, armée et corps d'appartenance et emploi principal du demandeur.

(3) Imprimé n° 620-4*/18 et imprimé n° 620-4*/19.

(4) La synthèse comporte notamment les éléments médicaux se rapportant à la décision d'aptitude contestée ou à la demande de dérogation, susceptibles d'aider le conseil dans son analyse (examens complémentaires, conclusions de consultations spécialisées, comptes rendus d'hospitalisations, etc.).

(5) Le procès-verbal du conseil régional de santé contesté ainsi que les éléments ayant conduit à l'avis de celui-ci.

CERTIFICAT MÉDICO-ADMINISTRATIF D'APTITUDE
(Durée de validité : deux ans sauf mention contraire)

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : / / _____ Grade : _____
 Spécialité ou qualification : _____ Identifiant défense : _____

| Adressé par ⁽¹⁾ : En vue de déterminer : ⁽²⁾ | Date de réalisation de la VMP : | |
|---|---------------------------------|----------------------|
| | Conclusion | Durée ⁽³⁾ |
| <input checked="" type="checkbox"/> l'aptitude générale au service ^(4 et 5) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> l'aptitude à la spécialité/emploi de ⁽⁴⁾ : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> l'aptitude à la conduite de ^(4 et 6) : VL <input checked="" type="checkbox"/> - autre : <input type="checkbox"/> Port obligatoire de correction optique | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude aux opérations extérieures ⁽⁷⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude aux missions de courte durée hors métropole ⁽⁷⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude à un poste permanent hors métropole (<i>risque sanitaire équivalent à la métropole</i>) : ^(7 et 8) | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude à un poste permanent hors métropole (<i>risque sanitaire plus élevé qu'en métropole</i>) : ^(7 et 8) | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude au parachutisme militaire : SOA <input type="checkbox"/> - SOCR <input type="checkbox"/> - autre : ⁽⁹⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Et la présence d'une contre-indication médicale ⁽²⁾ :

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> à la pratique de l'entraînement physique militaire et sportif (EPMS) ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> avec rédaction d'une fiche de recommandations ⁽¹⁰⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> à l'exposition à : | | |
| <input type="checkbox"/> à l'exposition à : | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Dérogation : N° _____ - Date / / _____ - Restrictions d'emploi précisées ci-dessous

En conclusion : l'intéressé est

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> apte à servir | | |
| <input type="checkbox"/> apte à servir avec restrictions d'emploi (<i>précisées ci-dessous</i>) | | |
| <input type="checkbox"/> inapte temporaire à servir | | |
| <input type="checkbox"/> inapte définitif à servir | | |
| Restrictions ou commentaires : | | |

à _____ le _____

(11)

**Le présent certificat annule et remplace
 tout certificat antérieur.**
**La prochaine visite médicale doit avoir lieu
 avant fin / (mois / année).**

(12)

1. Grade, nom, fonction de l'autorité militaire ayant demandé la VMP. / 2. Cocher les cases utiles. / 3. Préciser la durée de validité de l'aptitude, si inférieur à deux ans. / 4. A renseigner obligatoirement lors de la VMP. / 5. Intègre l'aptitude à servir dans la marine. / 6. Une décision différente d'aptitude selon les permis doit être précisée dans les restrictions. / 7. Sous réserve de la mise en condition opérationnelle adaptée / 8. Risque sanitaire équivalent à la métropole : pays de l'UE, Amérique du nord, Australie et Nouvelle-Zélande, DOM-COM sauf Guyane et Mayotte. / 9. Saut à Ouverture Automatique et Saut à Ouverture Commandée et Retardée. / 10. Préciser si transmission au spécialiste EPMS d'une fiche de recommandations. / 11. Signature de l'intéressé(e) attestant qu'il(elle) a pris connaissance des décisions du médecin. / 12. Nom, prénom, grade, fonction, affectation et numéro RPPS du médecin examinateur.

VISITE MEDICALE D'INCORPORATION
CERTIFICAT MÉDICO-ADMINISTRATIF D'APTITUDE
 (Durée de validité : deux ans sauf mention contraire)

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : / / _____ Grade : _____
 Spécialité ou qualification : _____ Identifiant défense : _____

Adressé par ⁽¹⁾ :

En vue de déterminer ⁽²⁾ :

| | Conclusion | Durée ⁽³⁾ |
|---|------------|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> l'aptitude générale au service ^(4 et 5) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> l'aptitude à la spécialité/emploi de ⁽⁴⁾ : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> l'aptitude à la conduite de ^(4 et 6) : VL <input checked="" type="checkbox"/> - autre : <input type="checkbox"/> Port obligatoire de correction optique | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude aux opérations extérieures ⁽⁷⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude aux missions de courte durée hors métropole ⁽⁷⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> l'aptitude au parachutisme militaire : SOA <input type="checkbox"/> - SOCR <input type="checkbox"/> - autre : ⁽⁸⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Et la présence d'une contre-indication médicale ⁽²⁾ :

| | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> à la pratique de l'entraînement physique militaire et sportif (EPMS) ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> avec rédaction d'une fiche de recommandations ⁽⁹⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> à l'exposition à : | | |
| <input type="checkbox"/> à l'exposition à : | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

En conclusion : l'intéressé est

| | | | | | | | |
|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> apte à servir sans restriction | S | I | G | Y | C | O | P |
| <input type="checkbox"/> apte à servir avec restrictions d'emploi (précisées ci-dessous) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> inapte temporaire | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> inapte définitif à servir | <i>Ne pas renseigner le SIGYCOP si inapte définitif</i> | | | | | | |

Restrictions éventuelles ou commentaires :

à _____ le _____

(10)

(11)

1. Grade, nom, fonction de l'autorité militaire ayant demandé l'expertise. / 2. Cocher les cases utiles. / 3. Préciser la durée de validité de l'aptitude, si inférieur à deux ans. / 4. A renseigner obligatoirement lors de l'expertise. / 5. Intègre l'aptitude à servir dans la marine. / 6. Une décision différente d'aptitude selon les permis doit être précisée dans les restrictions. / 7. Sous réserve de la mise en condition opérationnelle adaptée. / 8. Saut à Ouverture Automatique et Saut à Ouverture Commandée et Retardée. / 9. Préciser si transmission au spécialiste EPMS d'une fiche de recommandations. / 10. Signature de l'intéressé(e) attestant qu'il(elle) a pris connaissance des décisions du médecin. / 11. Nom, prénom, grade, fonction, affectation et numéro RPPS du médecin examinateur.

QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE INITIAL

CONFIDENTIEL MEDICAL

Format A3.
 (recto-verso)

À renseigner lors de l'expertise médicale initiale

| | | |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------------|
| Nom : | Prénom : | Sexe : |
| Date et lieu de naissance : | | |
| Adresse : | | |
| Situation de famille : | | Nombre d'enfants : |
| Profession actuelle : | | Numéro de téléphone : |

- Répondez au questionnaire médical en cochant à chaque ligne la case correspondant à votre cas.
- Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

- Age du père :ans ; est-il malade : OUI NON
 Si OUI, quelle est sa maladie :
 Si décédé, précisez la cause :
- Age de la mère :ans ; est-elle malade : OUI NON
 Si OUI, quelle est sa maladie :
 Si décédée, précisez la cause :
- Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousins) a-t-il ou a-t-il eu une de ces maladies :
- Asthme : OUI NON
 - Tuberculose : OUI NON
 - Hypertension artérielle ou maladie de cœur : OUI NON
 - Mort subite (d'effort ou non) : OUI NON
 - Diabète : OUI NON
 - Cancer : OUI NON
 - Maladie nerveuse : OUI NON
 - Autre maladie : OUI NON

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS :

- Avez-vous eu une des maladies suivantes ?
- Bronchite fréquente : OUI NON
 - Asthme : OUI NON
 - Pneumothorax – pleurésie : OUI NON
 - Tuberculose : OUI NON
 - Syncope, évanouissement, perte de connaissance : OUI NON
 - Palpitations : OUI NON
 - Hypertension artérielle ou maladie du cœur : OUI NON
 Si OUI, précisez :
 - Manifestations d'intolérance à l'effort (maaises divers) : OUI NON
 Si OUI, précisez :
 - Diabète : OUI NON
 - Jaunisse – Hépatite : OUI NON
 Si OUI, précisez :

- Ulcère d'estomac : OUI NON
- Autres troubles digestifs : OUI NON
- Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) : OUI NON
Si OUI, précisez :
- Anomalies sur un bilan sanguin : OUI NON
Si OUI, précisez :
- Calcul rénal ou urinaire : OUI NON
- Rhumatisme articulaire aigu : OUI NON
- Méningite, encéphalite : OUI NON
- Epilepsie, convulsions : OUI NON
- Paralysies : OUI NON
- Maladies gynécologiques : OUI NON
- Autres maladies : OUI NON
Si OUI, précisez :
- Avez-vous déjà été hospitalisé : OUI NON
Si OUI, précisez le motif :

VOS ALLERGIES :

- Etes-vous allergique à certains médicaments : OUI NON
Si OUI, lesquels :
- Avez-vous des allergies de la peau (urticaire, eczéma) : OUI NON
- Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins) : OUI NON
- Avez-vous des allergies alimentaires : OUI NON
Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous des contre-indications aux vaccinations : OUI NON
Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou d'autres insectes : OUI NON
Si OUI, avez-vous été désensibilisé : OUI NON

VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale : OUI NON
Si OUI, laquelle :
- Avez-vous eu une anesthésie générale : OUI NON
- Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien : OUI NON
Si OUI: y avait-il eu perte de connaissance : OUI NON
Vous reste-t-il des séquelles : OUI NON
- Avez-vous eu des fractures des membres : OUI NON
Si OUI, à quel membre :
- Êtes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque : OUI NON
- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) : OUI NON
- Autres antécédents articulaires (luxations, entorses ...) ou osseux : OUI NON
Si OUI, préciser :

VOTRE VUE :

- Portez-vous des lunettes : OUI NON
- Portez-vous des lentilles ou verres de contact : OUI NON
- Avez-vous des problèmes de vision des couleurs : OUI NON
- Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil : OUI NON

- Avez-vous eu d'autres maladies des yeux : OUI NON
 - Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc.) : OUI NON

VOS OREILLES ET VOTRE NEZ :

- Entendez-vous mal : OUI NON
 - Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou : OUI NON
 - Avez-vous eu des troubles de l'équilibre : OUI NON
 - Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou : OUI NON
 - Utilisez-vous régulièrement un casque ou des écouteurs pour écouter la musique : OUI NON

VOS DENTS :

- Avez-vous des caries dentaires : OUI NON
 - Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois :

VOTRE COLONNE VERTEBRALE :

- Souffrez vous du dos ou de la colonne vertébrale : OUI NON
 Si OUI : - est-ce en permanence : OUI NON
 - après effort : OUI NON
 - les douleurs sont-elles apparues après un accident : OUI NON

VOS SOUCIS :

- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : OUI NON
 - Etes-vous claustrophobe (avez-vous peur dans un espace confiné ?) : OUI NON
 - Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : OUI NON
 - Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie) : OUI NON
 - Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : OUI NON
 - Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : ... OUI NON
 - Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires : OUI NON
 - Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : OUI NON
 - Avez-vous été en institut médico-pédagogique : OUI NON
 - Avez-vous été renvoyé d'un établissement scolaire : OUI NON
 - Avez-vous eu des ennuis avec la justice : OUI NON

VOS HABITUDES DE VIE :

- Faites-vous du sport : OUI NON
 Si OUI - Indiquez le ou les sports pratiqués :
 - Depuis quand et nombre d'heures par semaine :
 - Etes-vous fumeur habituel de tabac : OUI NON
 - Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) : OUI NON
 - Avez-vous eu des épisodes d'ivresse : OUI NON
 - Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques : OUI NON
 Si OUI - Précisez lesquels :
 - En avez-vous pris récemment : OUI NON
 - Date de la dernière consommation :
 - Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez : OUI NON
 - Etes-vous sous traitement substitutif d'une toxicomanie : OUI NON
 - Avez-vous été traité pour maladie sexuelle : OUI NON
 - Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH : OUI NON

- Etes-vous donneur de sang régulier : OUI NON
- Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : OUI NON
- Si OUI - Quels médicaments ?

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

- Est-ce votre première visite médicale pour l'admission dans les armées ou la Gendarmerie : OUI NON
- Avez-vous déjà servi dans les armées ou la Gendarmerie : OUI NON
- Si OUI, y-a-t-il eu une inaptitude : OUI NON
- Si OUI, laquelle :
- Avez-vous eu une autre maladie non signalée dans le questionnaire : OUI NON
- Si OUI, laquelle :

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT HABITUEL :

- Nom et prénom :
- Adresse :
- Code postal et ville :
- Téléphone :

Je soussigné certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.

Date et signature du candidat

DOCUMENT A JOINDRE AU CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE

MINISTERE DE LA DÉFENSE
SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Imprimé n° 620-4*/10

Instruction n°
1700/DEF/DCSSA/PC/MA
du 31 juillet 2014

Format A3.
(recto-verso)

Cachet de l'organisme dont relève le médecin
ayant effectué la visite

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE (1)
CONFIDENTIEL MÉDICAL

Certificat à remettre au candidat sous pli cacheté «confidentiel médical»

Je soussigné(e), médecin (2)
après avoir examiné M^r, M^{me} (3) né(e) le
demeurant à code postal
certifie avoir fait les constatations suivantes :

Antécédents personnels :

Antécédents familiaux :

Allergies identifiées :

Traitement en cours :

Etat vaccinal connu non connu Joindre une copie du carnet de vaccination

Contre-indication à une vaccination : OUI NON Refus de vaccination : OUI NON

Préciser :

SIGLE G =

ASPECT GÉNÉRAL (4) :

Biométrie – Taille (cm) : Poids (en kg) :

Indice de masse corporelle ($\frac{P}{T^2}$) : Périmètre abdominal :

Rachis :

Sangle abdominale :

Appareil respiratoire

Examen clinique :

Examens para-cliniques (5) :

Appareil circulatoire :

Pouls : Pression artérielle :

Examen clinique :

Cœur :

Système circulatoire périphérique artériel :

Système circulatoire périphérique veineux :

E.C.G (6) :

Appareil digestif :

Examen clinique :

Examens para-cliniques (5) :

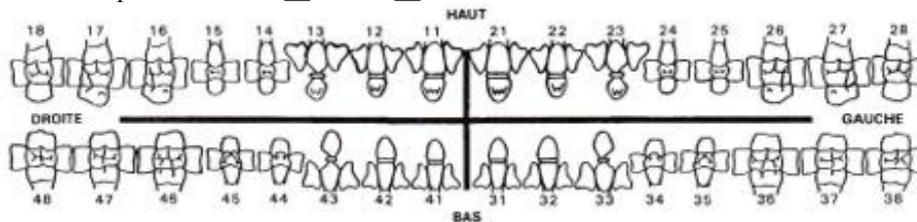
Appareil neurologique :

Examen clinique :

Examens para-cliniques (5) :

Etat bucco-dentaire Satisfaisant Déficent Caries dentaires multiples

Soins à prévoir avant l'incorporation : Oui Non



Appareil génito-urinaire

Examen clinique :

Analyse des urines : - Protéines : - Glucose (7) : - Sang :

- Recherche de β.H.C.G (5) :

- Examen gynécologique (8) :

- Situation obstétricale :Apte Inapte temporaire

Glandes endocrines :

Appareil spléno-ganglionnaire :

Peau et muqueuses :

SIGLE S = MEMBRES SUPÉRIEURS :

SIGLE I = MEMBRES INFÉRIEURS :

SIGLE Y = YEUX ET VISION (9) :
 Expertise par un spécialiste (10) : OUI NON

Examen clinique :

Examens paracliniques :

| | Acuité visuelle | | Correction indiquée | Milieux transparents | Fond d'œil | Vision binoculaire |
|------|-----------------|-----------------|---------------------|----------------------|------------|--------------------|
| | sans correction | avec correction | | | | |
| O.D. | | | | | | |
| O.G. | | | | | | |

SIGLE C = SENS CHROMATIQUE :
 Expertise par un spécialiste : OUI NON

Test de capacité chromatique professionnelle (10) :satisfaisant non satisfaisant

SIGLE O =

OREILLES ET AUDITION (11) :

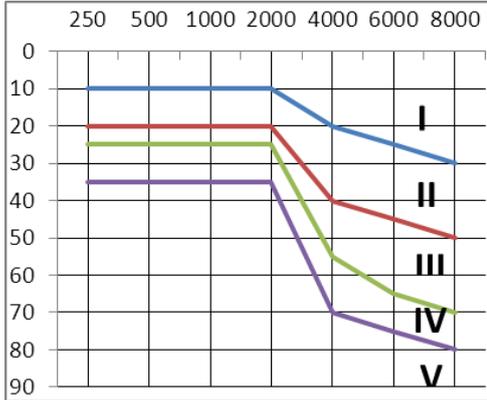
Expertise par un spécialiste : OUI NON

Troubles fonctionnels :

Examen des tympans :

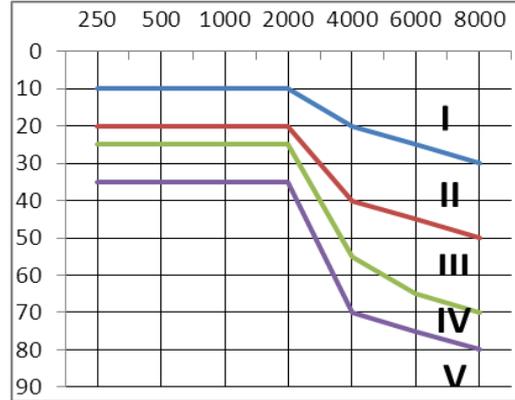
Examens para-cliniques (5) :

AUDIOGRAMME (obligatoire)



OG

| O | I | II | III | IV | V |
|-----|---|----|-----|----|---|
| I | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| II | 2 | 2 | 4 | 5 | 5 |
| III | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| IV | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| V | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |



OD

SIGLE P =

PSYCHISME :

Conduites addictives (alcool, drogues, médicaments détournés de leur usage) :

Constatations et observations :

Aptitude particulière des candidats à l'entrée dans la Gendarmerie nationale :

- Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement.
- Absence de bégaiement prononcé.
- Absence de contre-indication apparente au port et à l'usage de l'arme.

CONSTATATIONS DIVERSES (12) :

Demande d'avis spécialisé ou examens complémentaires prescrits :

En conséquence, j'estime que Mr, Mme (13) :

présente le profil médical suivant :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S | I | G | Y | C | O | P |
| | | | | | | |

Ne présente ce jour aucune affection apparente contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :

Présente ce jour une affection contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :

- A titre temporaire

- A titre définitif

A (lieu) , le

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation
et signature du médecin qui a examiné le candidat
NUMÉRO RPPS

CARTOUCHE RÉSERVÉ A L'INCORPORATION

- Faits pathologiques nouveaux :

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Date d'incorporation | S | I | G | Y | C | O | P |
| le | | | | | | | |

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation
et signature du médecin incorporateur
NUMÉRO RPPS

- (1) Le certificat médical d'aptitude initiale n'a qu'une valeur provisoire. En effet, Les candidats admis bénéficient à leur arrivée dans l'armée choisie d'une visite médicale d'incorporation, à l'issue de laquelle ils peuvent être déclarés inaptes si leur état médico-psychologique ne correspond pas aux conditions exigées pour l'admission à certaines spécialités.
- (2) Nom, prénom, grade et fonction du médecin des armées qui a pratiqué l'examen.
- (3) Nom (en capitales) et prénoms du (de la) candidat(e) ; pour les femmes mariées, utiliser le nom patronymique puis le nom d'usage.
- (4) Impression d'ensemble, type morphologique, musculature, obésité, etc.
- (5) Examens complémentaires à ne pratiquer que sur prescription médicale motivée et non à titre systématique (sauf ECG).
- (6) L'ECG est pratiqué systématiquement.
- (7) Une glycémie capillaire sera réalisée en cas de glycosurie
- (8) Examen gynécologique pratiqué uniquement sur symptomatologie fonctionnelle et par un spécialiste.
- (9) Pour tout Y > 2, et en cas de doute sur le coefficient 2 ou 3 à attribuer au sigle Y, et en cas de suspicion d'une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, le candidat sera adressé à la consultation d'ophtalmologie de l'HIA de rattachement (joindre le billet de consultation du spécialiste au présent certificat).
- (10) Expertise par un spécialiste militaire obligatoire pour les candidats aux écoles d'officier Marine (joindre le billet de consultation du spécialiste).
- (11) Pour tout O > 2, et en cas de doute sur le coefficient 2 ou 3 à attribuer au sigle O, et en cas de suspicion d'une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, une consultation spécialisée sera demandée (joindre le billet de consultation du spécialiste).
- (12) Mentionner ici les traitements en cours.
- (13) Inscrire les noms et prénoms du (de la) candidat(e).

**CERTIFICAT MÉDICO-ADMINISTRATIF
D'APTITUDE INITIALE**

NOM : Prénom : Sexe :
Né(e) le : / /
Demeurant à :
Identifiant défense :

| | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| S | I | G | Y | C | O | P |
| | | | | | | |

⁽¹⁾

L'intéressé(e) ne présente ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des épreuves physiques et sportives préalables à l'engagement ou l'admission en école, ainsi qu'à l'entraînement physique militaire et sportif :

OUI NON à titre temporaire NON à titre définitif

| A/ ENGAGEMENT - VOLONTARIAT - PRÉPARATION MILITAIRE (2) | Conclusion médicale (à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante) | | |
|--|---|--------|---------------------------|
| | Apte | Inapte | Inapte temporaire – Durée |
| Aptitude générale au service ⁽³⁾ : | | | |
| Aptitude à la spécialité ⁽⁴⁾ : | | | |
| Aptitude à la spécialité ⁽⁴⁾ : | | | |
| Aptitude à la spécialité ⁽⁴⁾ : | | | |
| Aptitude au parachutisme militaire ⁽⁵⁾ : | | | |
| Aptitude à servir OM et OPEX | | | |
| | | | |

| B/ ADMISSION DANS LES ÉCOLES ET LYCÉES MILITAIRES | Conclusion médicale (à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante) | | |
|--|---|--------|---------------------------|
| | Apte | Inapte | Inapte temporaire (durée) |
| École ⁽⁶⁾ | | | |
| École | | | |
| École | | | |

Ce certificat est valable un an si l'intéressé(e) n'est pas recruté(e).

L'inaptitude à l'engagement résulte d'un motif non médical, dans le respect des textes régissant l'aptitude, propres à chaque armée, direction ou service.

A (lieu) Le (date) / /
Le médecin⁽⁷⁾

Signature & cachet du médecin

(1) En cas d'inaptitude, le profil médical SIGYCOP ne doit pas apparaître et la grille doit être barrée.
(2) Rayer les mentions inutiles
(3) Intègre également l'aptitude à servir dans la marine
(4) Préciser la spécialité pour laquelle l'aptitude médicale doit être définie.
(5) Sous réserve des résultats des examens d'imagerie réglementaire.
(6) Compléter l'identification des écoles postulées.
(7) Nom, prénom, grade, fonction, affectation, signature du médecin examinateur.

Fiche de présentation à la visite médicale périodique (VMP)

(A remplir par le commandant d'unité et à présenter le jour de la visite, en complément de la fiche emploi-nuisance)

| | | |
|--------------------------------------|---------------------|---------|
| Nom : | Prénom : | |
| Grade : | Date de naissance : | |
| Armée : | Corps : | Unité : |
| Identifiant défense ou gendarmerie : | | |

| | |
|---|-----------------|
| Spécialité : | Emploi actuel : |
| Orientation professionnelle envisagée : | |
| Echéance(s) professionnelle(s) d'ici la prochaine VMP (fin de contrat, passage de carrière, etc.) : | |
| Niveau de contrainte opérationnelle : Fort <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---|--|
| A l'issue de la VMP, le médecin précisera systématiquement sur le certificat d'aptitude : <ul style="list-style-type: none">- l'aptitude générale au service ;- l'aptitude à la spécialité actuelle ou envisagée ;- l'aptitude à la conduite des véhicules VL ;- la présence ou l'absence de contre-indication à la pratique de l'entraînement physique militaire et sportif (en précisant si besoin des recommandations d'entraînement). Cette liste sera complétée si l'intéressé(e) doit faire l'objet d'ici la prochaine VMP d'un(e) : | |
| <input type="checkbox"/> | Changement de statut (engagé volontaire → sous-officier → officier) |
| <input type="checkbox"/> | Nouvelle spécialité envisagée : |
| <input type="checkbox"/> | Départ en opération extérieure |
| <input type="checkbox"/> | Départ en mission de courte durée hors métropole ² |
| <input type="checkbox"/> | Séjour à l'étranger ² |
| <input type="checkbox"/> | Participation à des compétitions sportives à risque en milieu militaire (rugby, sports mécaniques, aériens, sous-marins, avec recherche de K.O) ³ |
| <input type="checkbox"/> | Autre : |
| <input type="checkbox"/> | Autre : |

¹ au cours des deux ans à venir

² préciser si possible le(s) territoire(s)

³ à préciser (les autres compétitions militaires ne justifiant pas d'aptitude particulière)

Date :

Signature et cachet du commandant d'unité :

QUESTIONNAIRE MEDICO-BIOGRAPHIQUE DE LA VISITE MEDICALE PERIODIQUE

CONFIDENTIEL MÉDICAL

Ce questionnaire va aider le médecin militaire à apprécier au mieux votre aptitude médicale.
Il sera intégré à votre dossier médical et les informations données sont strictement soumises au secret professionnel.

| | | |
|---|--|--------------|
| Nom : | Prénom : | |
| Grade : | Date de naissance : | |
| Armée : | Corps : | Spécialité : |
| ☎ professionnel : | ☎ personnel : | |
| Mail personnel : | Avez-vous une mutuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Médecin traitant : | | |
| Personne à prévenir en cas d'accident : (nom, adresse & téléphone) | | |

| | | |
|--|---------------|-------------|
| Activités physiques pratiquées : | Fréquence ? : | heures /sem |
| Tabac : <input type="checkbox"/> Non fumeur ; <input type="checkbox"/> Ancien fumeur (date de l'arrêt :) ; <input type="checkbox"/> fumeur (quantité : cig. / jour) | | |
| Alcool : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser nature et quantité par semaine :) | | |
| Si OUI - avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| - votre entourage vous a-t'il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| - avez-vous eu l'impression que vous buviez trop ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| - avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Estimez-vous avoir un problème avec des substances illicites ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Traitement médical (actuel ou récent) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel ? : | | |

Y-a-t-il eu des restrictions d'aptitude lors de la dernière VMP ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

Depuis la dernière VMP, avez-vous vécu un événement notable :

Si oui, précisez

| | | |
|---|---|--|
| - Professionnel (OPEX, mission, mutation, accident en service...) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Personnel (voyage à l'étranger, risque infectieux...) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Familial (naissance, séparation, mariage, décès...) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Médical ? | | |
| - Maladie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Allergie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Accident | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

| | | |
|---|---|--|
| - Traitement médical | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Vaccination | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Evènement traumatisant au plan psychique ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| - Autre (bilan sanguin, examens complémentaires ...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Au plan dentaire :

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| Avez-vous des problèmes dentaires ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Date de votre dernière visite chez un dentiste ? (mois/année) | / | Nombre de visites dentaires/an : |

Si vous devez partir en opération extérieure, mission ou embarquement :

| | | |
|---|---|--|
| Avez-vous des questions d'ordre médical concernant cette projection ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
|---|---|--|

Si vous êtes porteur d'une correction optique :

| | | |
|---|---|--|
| Disposez-vous des lunettes de combat dont vous aurez besoin au cours de la projection ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Disposez-vous du dispositif de vision sous masque ANP? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Pour les femmes :

| | | |
|------------------------------------|---|-------------------------|
| Etes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date dernières règles : |
| Utilisez-vous une contraception ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Avez-vous un suivi gynécologique ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date dernière visite : |

Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux signalés.

A _____, le ____ / ____ / ____

(1) Le médecin peut vous proposer de remplir un questionnaire spécifique sur ce sujet

GUIDE POUR LA VISITE MÉDICALE PÉRIODIQUE
 CONFIDENTIEL MÉDICAL

Grade : **Nom :** **Prénom :** **né(e) le :**

Antécédents notables :

Allergies identifiées :

Traitement en cours :

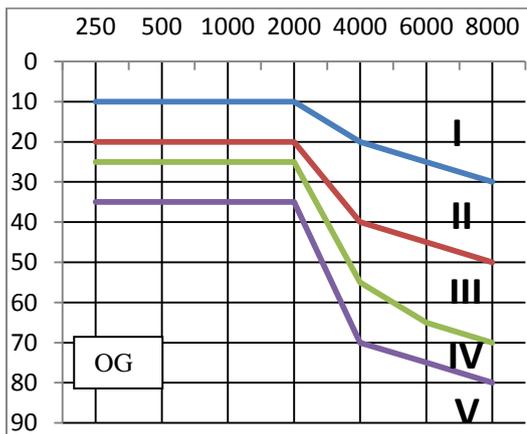
Facteurs de risque :

Evènements notables depuis la dernière VMP :

| | | | |
|--|-----------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Taille (cm) : | Poids (en kg) : | IMC ($\frac{P}{T^2}$) : | Périmètre abdominal ⁽¹⁾ : |
| Pouls : | | Pression artérielle : | |
| Bandelette urinaire ⁽²⁾ : protéines , glucose ⁽³⁾ , sang , autres | | | |
| Recherche de β.H.C.G ⁽²⁾ : | | | |
| Dépistage urinaire des toxiques ⁽²⁾ : <input type="checkbox"/> réalisé, <input type="checkbox"/> non réalisé. Résultats : | | | |

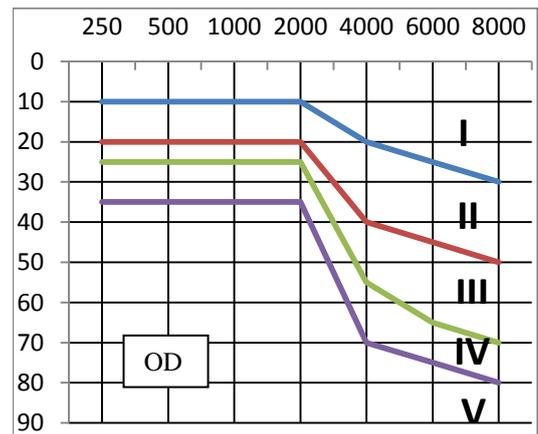
| Acuité visuelle | sans correction | avec correction |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| O.D. | | |
| O.G. | | |

| | |
|--------------------|--|
| Sens du relief : | |
| Champ visuel : | |
| Sens chromatique : | |



Audiogramme

| O | I | II | III | IV | V |
|-----|---|----|-----|----|---|
| I | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| II | 2 | 2 | 4 | 5 | 5 |
| III | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| IV | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| V | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |



Appareil ostéo-musculaire :

Membres supérieurs :
 Membres inférieurs :
 Rachis :
 Sangle abdominale :

Appareil cardio-vasculaire :

Cœur :

Système circulatoire périphérique artériel :
Système circulatoire périphérique veineux :

Appareil respiratoire :

Appareil digestif :

Appareil génito-urinaire⁽⁴⁾ :

Appareil neurologique :

Glandes endocrines :

Appareil spléno-ganglionnaire :

Peau et muqueuses :

Appareil ophtalmologique :

Examen ORL :

Examen dentaire :

Examen psychologique :

Examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) au cours de la visite, avec les résultats :

Pathologie(s) découverte(s) au cours de la visite :

Prescription(s)⁽⁵⁾ :

Contre-indication à une vaccination : OUI NON

Refus de vaccination : OUI NON

Le⁽⁶⁾ :

| S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

présente le profil médical suivant :

Conclusions de la visite :

A (lieu) _____, le _____

(1) Si IMC supérieur ou égal à 30

(2) A réaliser si justification médicale ou réglementaire

(3) Une glycémie capillaire sera réalisée en cas de glycosurie

(4) Examen gynécologique pratiqué uniquement sur symptomatologie fonctionnelle

(5) Vaccin(s), bilan sanguin, etc.

(6) Inscrire les grade, nom et prénom du militaire examiné.

FICHE DE PRÉSENTATION

DEVANT LE CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ Confidentiel médical

1) Situation militaire

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Grade : Affectation : depuis le :
 N° Identifiant Défense :
 Spécialité : Emploi à l'unité :

2) Raisons de la présentation devant le Conseil régional de santé

- Demande de l'intéressé du médecin du commandement
- Motif de présentation devant le Conseil régional de santé :
 - Contestation de conclusions d'aptitude ou d'inaptitude ;
 - Demande pour servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude ;
 - Nouvelle demande de présentation, après avis antérieur du conseil régional de santé.
- Si nécessaire, renseignements complémentaires sur le motif de la demande :

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profil médical présenté par l'intéressé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Profil d'armée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité occupée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

Si nécessaire, renseigner les items suivants :

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité demandée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité demandée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité demandée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

- Reclassement possible dans d'autres spécialités,
Propositions de spécialités :
- Impossibilité médicale de reclassement pour l'intéressé.

3) Histoire de la maladie

- Date et mode de début de la maladie, évolution, traitements, autres pathologies et leur traitement, hospitalisations successives, MEDEVAC :

- Avis circonstancié sur le lien au service :

- Conséquences actuelles de l'état de santé sur l'exercice quotidien de la spécialité et la pratique des activités physiques, sportives et militaires :

4) Avis du médecin concernant l'aptitude, les conditions d'emploi et les restrictions propres à l'état de militaire et aux spécialités concernées

Date :

Signature :

FICHE DE PRÉSENTATION

DEVANT LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE SANTÉ DES ARMÉES Confidentiel médical

1) Situation militaire

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Grade : Affectation : depuis le :
 N° Identifiant Défense :
 Spécialité : Emploi à l'unité :

2) Raisons de la présentation devant le conseil supérieur de santé

- Demande de l'intéressé du commandement de la DCSSA
- Motif de présentation devant le conseil supérieur de santé :
 - Contestation de l'avis du conseil régional de santé ;
 - Nouvelle demande de présentation après avis du conseil supérieur de santé ;
 - Demande de la direction centrale du service de santé des armées.
- Si nécessaire, renseignements complémentaires sur le motif de la demande :

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profil médical présenté par l'intéressé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Profil d'armée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité occupée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

Si nécessaire, renseigner les items suivants :

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité demandée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité demandée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

| | S | I | G | Y | C | O | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Spécialité demandée : profil médical minimum exigé : | | | | | | | |

- Reclassement possible dans d'autres spécialités,
Propositions de spécialités :
- Impossibilité médicale de reclassement pour l'intéressé.

3) Histoire de la maladie

- Date et mode de début de la maladie, évolution, traitements, autres pathologies et leur traitement, hospitalisations successives, MEDEVAC :

- Avis circonstancié sur le lien au service :

- Conséquences actuelles de l'état de santé sur l'exercice quotidien de la spécialité et la pratique des activités physiques, sportives et militaires :

4) Avis du médecin référent de l'unité concernant l'aptitude, les conditions d'emploi et les restrictions propres à l'état de militaire et aux spécialités concernées

5) Observations du président du conseil régional de santé ayant prononcé l'avis initial

Date :

Signature :

- Restrictions d'emploi nécessaires médicalement :

- Avis sur le reclassement pour d'autres spécialités :

- Ayant constaté l'inaptitude définitive du militaire, dont l'état de santé ne justifie pas l'attribution d'un congé lié à l'état de santé de la position d'activité ou de la position de non-activité, à servir au sein de son armée ou formation rattachée d'appartenance, à présenter en commission de réforme des militaires : oui, non.

Commentaires éventuels :

A _____, le

*Signatures du président et des membres
du conseil de santé,*

Notification à l'intéressé :

Je soussigné certifie avoir pris connaissance de l'avis du conseil régional de santé.
Je suis informé que cet avis peut être contesté dans un délai de deux mois à compter de ce jour. La demande doit en être formulée auprès du directeur régional du service de santé des armées, président du conseil régional de santé.

A _____, le

Signature de l'intéressé ⁽³⁾

⁽³⁾ - signature de deux témoins si refus de signer de l'intéressé ;
- pas de signature si procès-verbal transmis par courrier recommandé avec accusé de réception.

- Avis sur l'aptitude à servir par dérogation aux normes :

- Restrictions d'emploi nécessaires médicalement :

- Avis sur le reclassement pour d'autres spécialités :

- Ayant constaté l'inaptitude définitive du militaire, dont l'état de santé ne justifie pas l'attribution d'un congé lié à l'état de santé de la position d'activité ou de la position de non-activité, à servir au sein de son armée ou formation rattachée d'appartenance, à présenter en commission de réforme des militaires : oui, non.

Commentaires éventuels :

A _____, le

*Signatures du président et des membres
du conseil de santé,*