

**Diplôme Inter-Universitaire des Services  
de Santé et de Secours Médical des  
Services Départementaux d'Incendie et de  
Secours**

**Santé Publique – Santé Travail**  
**Travail d'Application Tutoré – année 2015**  
**EAD 9<sup>ème</sup> PROMOTION**

**Troubles visuels et interventions sous ARI :  
comportement des SP et impact opérationnel**



**Infirmier Yann CHEDOTAL**

**Service Départemental d'Incendie et de Secours  
Du Finistère**

**Tuteur universitaire : Infirmier Chef Gweltaz Dorso**  
**Référents sapeurs-pompiers –SSSM : ISP Florent LENAY**

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon tuteur universitaire, l'infirmier chef Gweltaz DORSO, pour le temps qu'il a pu m'accorder.

J'adresse mes plus sincères remerciements à mon référent SSSM-SDIS 29, l'infirmier de groupement Florent Le NAY pour son aide précieuse, sa grande compréhension et disponibilité pour la recherche des informations complémentaires.

Merci également au médecin Jean Marie Lacour pour son aide et ses précieux conseils, le temps qu'il a su trouver pour répondre à mes interrogations et pour les réponses qu'il a pu m'apporter.

Enfin, je remercie chaleureusement l'ensemble des sapeurs-pompiers qui ont pris le temps de participer à cette réflexion pour leur disponibilité et l'accueil qu'ils ont su me procurer.

## **RESUME**

Les troubles visuels et notamment la myopie, constituent aujourd'hui une anomalie particulièrement fréquente dans la population nationale. Leurs prévalences ne cessent d'augmenter depuis plusieurs années. En conséquence, les sapeurs-pompiers, comme la population générale sont et seront de plus en plus concernés par ces troubles de la vision. Il est donc primordial que leurs aptitudes opérationnelles comme leurs activités pratiques tiennent compte de cette évolution. L'impact de ces difficultés visuelles prend toute son importance dans le cadre des interventions de type « incendie », nécessitant le port d'appareil respiratoire isolant pour lesquels le port de corrections visuelles en intervention est difficile, souvent aléatoire bien que réglementaire sur le plan de l'aptitude.

Infirmier sapeur-pompier volontaire au sein du SSSM-SDIS 29 réalisant des missions de soutien sanitaire opérationnel, présentant moi-même une myopie, je me suis intéressé sur les raisons de l'observance ou de la non observance du port de corrections visuelles en intervention ARI afin de tenter de proposer des solutions en la matière.

Ce travail s'est organisé autour d'entretiens réalisés auprès de sapeurs-pompiers volontaires pour lesquels la nécessité de porter une correction visuelle est avérée lors de la visite médicale d'aptitude.

L'exploitation des données recueillies a permis de dégager que, outre l'intérêt porté à cette problématique par les SP, la moitié d'entre eux ne porte pas systématiquement de correction en intervention ARI alors qu'environ 70% d'entre eux la jugeraient utile pour l'intervention. De plus les situations de port de l'ARI en ambiance non enfumée sont peu prises en compte alors que les troubles de la vision y deviennent pleinement pénalisants. Enfin, le coût d'un appareillage spécifique peut également constituer un facteur limitant le SP.

Il en ressort aujourd'hui que l'accent doit être mis sur une meilleure information et sensibilisation des sapeurs pompiers, tous âges confondus, sur la nécessité de porter une correction visuelle sous l'ARI, tant pour raison sécuritaire que réglementaire dès lors que cette obligation leur a été spécifiée lors de leurs visite d'aptitude. Un document de sensibilisation est proposé en annexe.

## **MOTS CLEFS**

- ✓ Appareil respiratoire isolant,
- ✓ Troubles visuels,
- ✓ Dispositif de correction,
- ✓ Aptitude,
- ✓ Sécurité,
- ✓ Prévention.

## **SOMMAIRE :**

<b>MOTS CLEFS</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>2</b>
<b>RESUME</b>	<b>2</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>2. PROBLEMATIQUE</b>	<b>5</b>
<b>1) Généralités</b>	
<b>2) Evolution générale</b>	
<b>3) Acuité visuelle et aptitude médicale</b>	
<b>3. METHODOLOGIE</b>	<b>11</b>
<b>4. RESULTATS</b>	<b>12</b>
<b>5. SYNTHÈSE –DISCUSSION</b>	<b>16</b>
<b>6. PROPOSITIONS</b>	<b>20</b>
<b>7. CONCLUSION</b>	<b>21</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>23</b>
<b>9. ANNEXES</b>	<b>24</b>

## GLOSSAIRE :

Réfraction : Changement de la direction de propagation d'une onde, d'un rayon lumineux lors de son passage d'un milieu dans un autre.

Pouvoir réfringent de l'œil : la réfraction de l'œil est normale lorsque les images d'objets situés entre 5 m et l'infini viennent se former sur la rétine, permettant ainsi une perception nette des détails, et cela sans modification de l'accommodation.

Amétropie : Anomalie de la réfraction oculaire perturbant la netteté de l'image rétinienne (myopie, hypermétropie, astigmatisme).

SDIS : Service d'Incendie et de Secours

CIS : Centre d'Incendie et de secours

SSSM : Service de Santé et de Secours médical

SP : Sapeur-pompier

ARI : Appareil Respiratoire isolant

SOUSAN : Soutien Sanitaire

ISP : Infirmier Sapeur Pompier

VMA : Visite Médicale d'Aptitude

FI : Formation Initiale

FMPA : Formation de Maintien et de Perfectionnement des Acquis

FMPA SSO : Soutien Sanitaire Opérationnel

CMIC : Cellule Mobile d'intervention Chimique

CMIR : Cellule Mobile d'intervention Radiologique

SAV/SAL : Sauveteur Aquatique

AV : Acuité visuelle

SC/AC : Sans Correction / Avec Correction

## 1. INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années maintenant, les sapeurs-pompiers ont été sensibilisés à la problématique de pleine possession de leur capacité physique pour la réalisation de leurs différentes missions et notamment celles inhérentes à la maîtrise et l'extinction d'un incendie. Cette part de l'activité représente aujourd'hui environ 10% des 45 à 50 000 interventions réalisées par le SDIS 29 annuellement.

Cette capacité physique concerne non seulement les capacités techniques, la condition physique du sapeur-pompier mais aussi ses capacités sensorielles et notamment la qualité de son acuité visuelle qui se trouve corrélée aux décisions d'aptitude parfois conditionnées au port de corrections.

Ces restrictions d'aptitude et d'activité, parfois mal comprises par les sapeurs-pompiers, font souvent l'objet de remarques sur leur pertinence et ne sont pas toujours, il faut bien l'admettre, parfaitement respectées lors des interventions.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer, lors de différents soutiens sanitaires opérationnels, ou d'entraînements en manœuvre, le comportement de certains sapeurs-pompiers qui, devant capeler leur appareil respiratoire isolant, ôtaient leurs corrections visuelles pour partir en manœuvre ou en intervention réelle.

Egalement concerné par cette difficulté, je me suis interrogé sur ces comportements, sur les risques qui en découlaient et les conséquences éventuelles pour le Service.

## 2. PROBLEMATIQUE :

Le sujet de cette étude portera donc sur une fraction de la population sapeur-pompier, à savoir les agents opérationnels toutes missions, intervenants notamment dans les opérations incendie avec port de l'ARI, pour lesquels le port d'une correction sous l'ARI est identifiée et demandée afin d'assurer une acuité visuelle satisfaisante en intervention.

Sont exclus de cette réflexion les agents administratifs, de soutien logistique ou n'intervenant pas directement sur un sinistre « incendie » pour lesquels le port de correction visuelle ne constitue pas une contrainte de « terrain ».

### 1. Généralités

Au niveau mondial, les anomalies de l'acuité visuelle constituent un réel problème de santé publique.

En effet, bénéficier d'une acuité visuelle satisfaisante est indispensable à la réalisation des gestes de la vie courante, tant sur le plan des besoins élémentaires individuels que sur la vie en collectivité et l'activité domestique ou professionnelle.

Les anomalies de vision à l'origine de ces difficultés sont les plus fréquentes à savoir : l'astigmatisme, l'hypermétropie, la presbytie et surtout la myopie. Il s'agit en réalité d'anomalies de la réfraction oculaire perturbant la netteté de l'image rétinienne, également appelées amétropies. Passons rapidement en revue ces différents troubles :

**La myopie** est une déformation de l'œil entraînant la formation de l'image de l'objet lointain en avant de la rétine avec pour conséquence une vision floue des objets lointains.



**L'hypermétropie** est une déformation de l'œil entraînant la formation de l'image de l'objet proche en arrière de la rétine avec pour conséquence une vision floue des objets proches.



**L'astigmatisme** est la conséquence d'un œil dont la cornée n'est pas ronde mais ovale. L'image est projetée non pas en un seul point mais plus communément en une tâche elliptique de forme variable avec des contours plus ou moins flous.



Un autre phénomène doit également être pris en considération bien que touchant des agents plus âgés : **la presbytie**.

Il s'agit d'un phénomène inéluctable dû au vieillissement du cristallin qui entraîne une perte des capacités accommodatives (capacité de mise au point) de l'œil. Cela se traduit aux environs de 40 à 50 ans, par une difficulté de plus en plus importante à voir net **de près**, se rapprochant ainsi de la problématique de l'hypermétropie.



La presbytie peut alors se surajouter aux effets de la myopie nécessitant alors l'utilisation de verres progressifs.

La communauté scientifique s'émeut aujourd'hui suite à la publication de plusieurs études indiquant une augmentation considérable de ces troubles depuis plusieurs décennies (surtout de la myopie) et n'hésitent pas à parler de réelle « épidémie » dans les prochaines années.

Aujourd'hui, au niveau européen, 227 millions de personnes sur une population totale de 505 millions, présentent une myopie significative (< à -1 dioptrie), soit 31% de la population. Cette proportion atteint même les 47% chez les 25-29 ans soit presque un jeune sur deux.

Pour ce qui concerne la France, on estime que 40% environ des français souffriraient de myopie dont 25 à 30 % sont de jeunes de 16 à 24 ans (ref 1), selon les chiffres du Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF).

Bien que ces chiffres souffrent d'approximations statistiques, une étude récente et plus fiable, réalisée par méta-analyse randomisée (ref 2) réalisée en 2015 permet d'extraire les éléments suivants,

La répartition des myopies par tranche d'âge est la suivante :

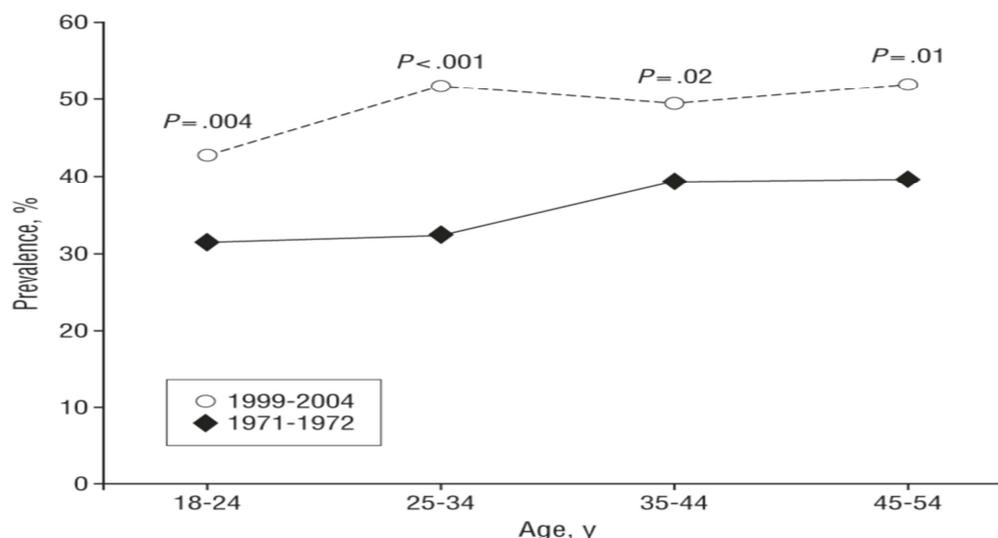
Tranche d'âge	Toutes Myopies	Myopies Faibles entre -0.75D et -3 D	Myopies Modérées entre -3D et -6 D	Hypermétropie $\geq +1D$
25-29	47.2	26.5	14.1	6.4
30-34	38.3	25.5	9.4	5.5
35-39	40.1	25.8	10.0	5.8
40-44	40.2	27.5	9.6	7.9
45-49	37.1	25.1	9.0	10.3
50-54	33.6	20.9	9.8	18.0
55-59	27.5	16.6	8.3	31.2

**Prévalence moyenne des populations souffrant de troubles visuels**  
**(Le tableau complet figure en annexe)**

Les tranches d'âges considérées ici sont représentatives de la population recrutée ou en activité au sein d'un SDIS, sans distinction de genre.

2. Evolution générale

Une autre étude américaine (ref 3) démontre l'explosion de la prévalence des cas de myopie sur un intervalle de trente ans entre les années soixante-dix et deux mille et peut s'illustrer avec le graphique suivant.



Prévalence moyenne comparée des populations souffrant de myopie entre 1971 et 2004

Ces données scientifiques confirment bien l'augmentation très significative des cas de myopie dans les pays en voie de développement depuis ces trente dernières années.

Sans entrer dans l'explication de ces évolutions, l'analyse de ces données implique pour les services départementaux d'incendie et de secours que le nombre d'agents atteints de troubles visuels, toutes spécialités et fonctions confondues, devrait continuer de croître de manière significative dans les prochaines années.

### 3. Acuité visuelle et aptitude médicale

Sur le plan réglementaire, l'aptitude à servir au sein du SDIS est régie par les textes suivants :

- ↳ l'arrêté du 6 mai 2000 modifié par l'Arrêté du 17 janvier 2013, 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.
- ↳ L'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude (SIGYCOP) en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.

Ces documents précisent les dispositions suivantes :

- **Article 9 : Aptitude initiale :**

*Pour être déclaré apte à un premier emploi de sapeur-pompier professionnel ou à un premier contrat de sapeur-pompier volontaire du service civil, le candidat doit remplir les conditions médicales correspondant au minimum à un profil B.*

**soit un classement Y= 3 pour ce qui concerne l'acuité visuelle**

*Pour être déclaré apte à un premier engagement de sapeur-pompier volontaire : pour un sapeur-pompier volontaire toute mission :*

**PROFIL B : soit un classement Y= 3 pour ce qui concerne l'acuité visuelle**

- **Article 10 : Maintien en activité :**

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

Pour un sapeur-pompier professionnel ou volontaire toute mission :

- Jusqu'à trente-neuf ans, profil B ; **soit un classement Y= 3**
- De quarante à quarante-neuf ans, profil C ; **soit un classement Y= 3**
- Après quarante-neuf ans, profil D ; **soit un classement Y= 4**

- **Cas de l'acuité visuelle :**

La caractérisation de l'acuité visuelle n'est plus spécifiée dans le texte depuis sa mise à jour par l'arrêté du 17 janvier 2013.

Les seules mentions sont la nécessité de réaliser :

*« - un examen de la vue par appareil destiné à l'exploration de la fonction visuelle de près et de loin » qu'il s'agisse d'une visite de recrutement -titularisation ou de maintien en activité ».*

Le médecin a cependant la possibilité de demander tout examen médical complémentaire qu'il juge utile pour déterminer l'aptitude opérationnelle du SP (**Article 19**).

- **La détermination de la cotation du sigle Y :**

Celle-ci repose principalement sur l'application de l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale .

### Classement du sigle Y fonction de l'AV SC/AC :

Acuité visuelle		Degré d'amétropie toléré.		Classement
Sans correction	Avec correction	Myopique	Hypermétropique	Y
10/10 pour chaque œil.	10/10	- 0,50	+ 1,50	1
8/10 pour chaque œil ou 9/10 et 7/10 ou 10/10 et 6/10	10/10 pour chaque œil.	- 1	+ 2	2
3/10 pour chaque œil ou 4/10 et 2/10 ou 5/10 et 1/10	8/10 pour chaque œil ou 7/10 et 9/10 ou 6/10 et 10/10	-3	+3	3
1/20 pour chaque œil	8/10 et 5/10	- 8	+ 8	4
Inférieure aux normes de l'Y 4.	7/10 et 2/10 ou 6/10 et 3/10 ou 5/10 et 4/10	- 10	+ 8	5
Inférieure aux normes de l'Y 4.	Inférieure aux normes de l'Y 5.	Supérieur aux normes de l'Y 5.		6

*(Extrait de l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale)*

Sur le plan réglementaire, l'aptitude du sapeur-pompier à intervenir avec une capacité visuelle diminuée n'est que partiellement pris en compte.

En effet, la détermination du sigle Y :

- limitée à Y3 avant quarante-neuf ans soit jusqu'à - 3 D pour un myope et +3 D pour un hypermétrope correspond à une acuité visuelle sans correction de 3/10 pour chaque œil environ ou 16/10 en vision binoculaire.
- limitée à Y4 au-delà de quarante-neuf ans, soit jusqu'à - 8 D pour un myope et +8 D pour un hypermétrope correspond à une acuité visuelle sans correction de 1/20 pour chaque œil environ.

On peut conclure au vu de ces normes d'aptitude que le classement du sigle Y (3 ou 4) ne préjuge pas de la gêne occasionnée dans le cas d'intervention nécessitant le port de l'ARI (pièce faciale) sans le port concomitant d'une correction visuelle adaptée, tant sur le plan de la capacité opérationnelle que pour la sécurité du sapeur-pompier en intervention incendie.

Il convient maintenant d'objectiver cette gêne pour déterminer s'il s'agit d'une réelle difficulté au quotidien et comment elle est vécue par les sapeurs-pompiers eux-mêmes.

En effet, comme beaucoup de sapeurs-pompiers le font justement remarquer :  
« *Dans la fumée, on est tous égaux, personne n'y voit rien ! Alors pourquoi porter des lunettes sous l'ARI !* »

### 3. **METHODOLOGIE** :

Pour objectiver l'impact du port ou non d'une correction visuelle sous la pièce faciale de l'ARI en intervention, un échantillonnage d'agents sapeurs-pompiers volontaires a été réalisé sur la population SP du SDIS 29 grâce à la base de données du SSM MédiSap relevant des critères suivants :

- ↳ SPP et SPV
- ↳ Apte médicalement toutes missions donc opérationnels incendie
- ↳ De 18 à 59 ans
- ↳ Présentant une myopie avec acuité visuelle sans corrections comprise entre 2 et 6/10 en vision binoculaire, une hypermétropie comprise entre +3 et +8 D,
- ↳ Ou présentant une presbytie empêchant de lire un document à 30 cm environ (lecture normale)

Une grille d'entretien a été établie afin de réaliser une enquête anonyme et tenter d'objectiver la gêne occasionnée lors des interventions opérationnelles.

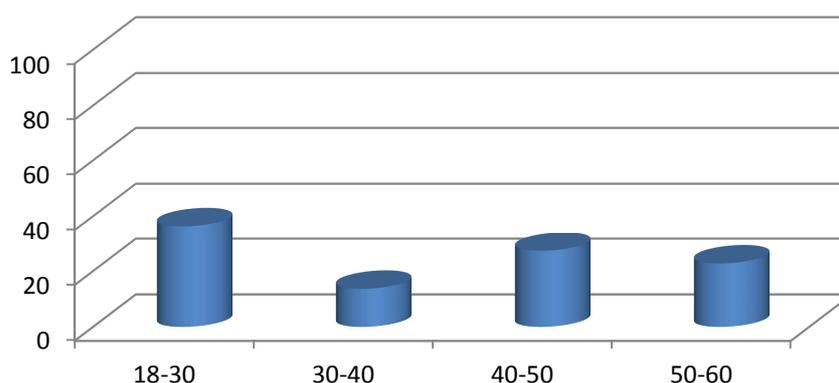
Sur le plan pratique, ces entretiens ont été réalisés sur la période de mai à juin 2015, par voie téléphonique, afin de permettre l'interrogation de SP répartis sur le territoire.

Cette grille d'entretien figure en annexe.

#### 4. RESULTATS :

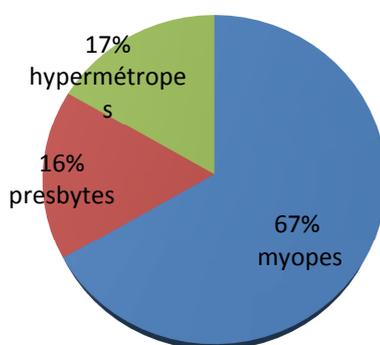
L'enquête a donc porté sur 25 sapeurs-pompiers volontaires, aptes avec restriction « port obligatoire de dispositif de correction de vision sous ARI » réalisant à fréquence variable, des opérations de nature « incendie ».

Toutes les tranches d'âges sont représentées avec néanmoins une répartition hétérogène : étaient représentées.



Répartition par tranches d'âges des SP interrogés

Les différentes amétropies sont réparties comme suit :



90 % des SP concernés portent leur correction toute la journée pour la réalisation de leurs activités professionnelles ou domestiques. Il s'agit de lunettes traditionnelles pour plus de la moitié d'entre eux (52%) et de verres de contact pour les autres.

Parmi ce panel de pompiers ayant une restriction établie, lors d'une intervention incendie avec un appareil respiratoire isolant capelé, on peut noter les observations suivantes :

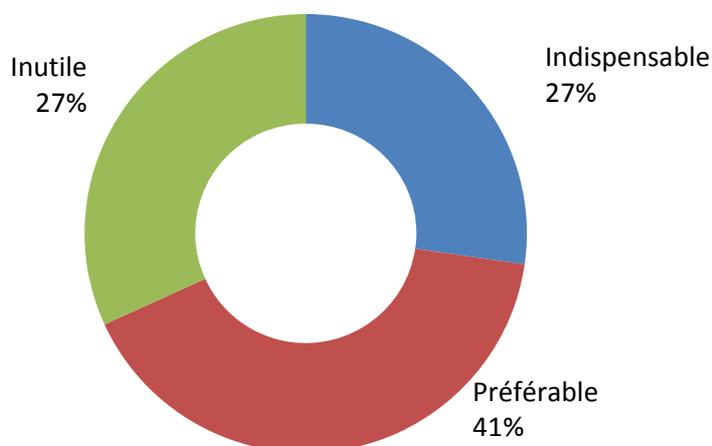
- 52 % des SP confie ne pas porter une correction visuelle sous leur pièce faciale contre 48 % qui assurent en porter, alors que 100% d'entre eux présentent la restriction d'aptitude correspondante.

a) Parmi ceux qui les utilisent, les dispositifs de correction sont :

- pour la moitié des lunettes traditionnelles et personnelles,
- pour 40% des dispositifs confectionnés spécifiquement pour être positionné dans le masque de l'ARI ,
- pour 10% des verres de contact;

La question de l'utilité du port d'une correction sous l'ARI paraît quant à elle beaucoup moins tranchée.

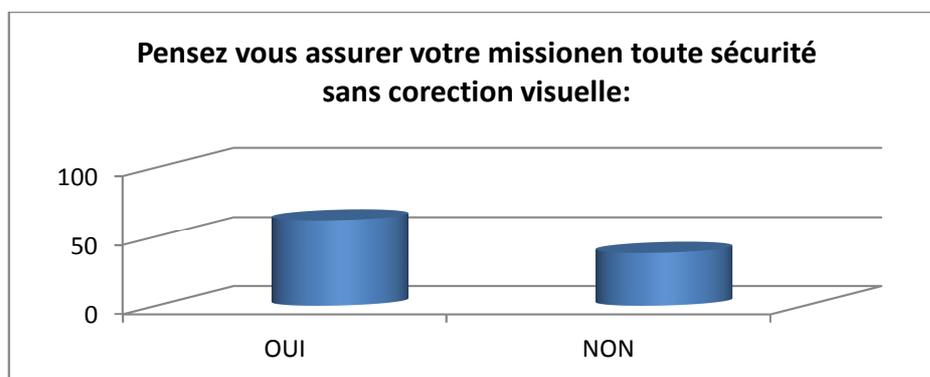
**Utilité de la correction pour réussir  
la mission**



↳ On observe que 27 % des SP considèrent leur correction visuelle inutile à la réussite de leur mission, avec un motif de non nécessité pour la plupart (cf question 8).

↳ Pourtant 68 % des SP jugent au contraire leur correction indispensable ou préférable.

Pour ce qui est de la réalisation de la mission opérationnelle du SDIS en toute sécurité, sans port de correction visuelle :



62 % des SP interrogés estiment donc pouvoir intervenir et assurer leur mission sans mise en cause de leur sécurité ou de celle des tiers.

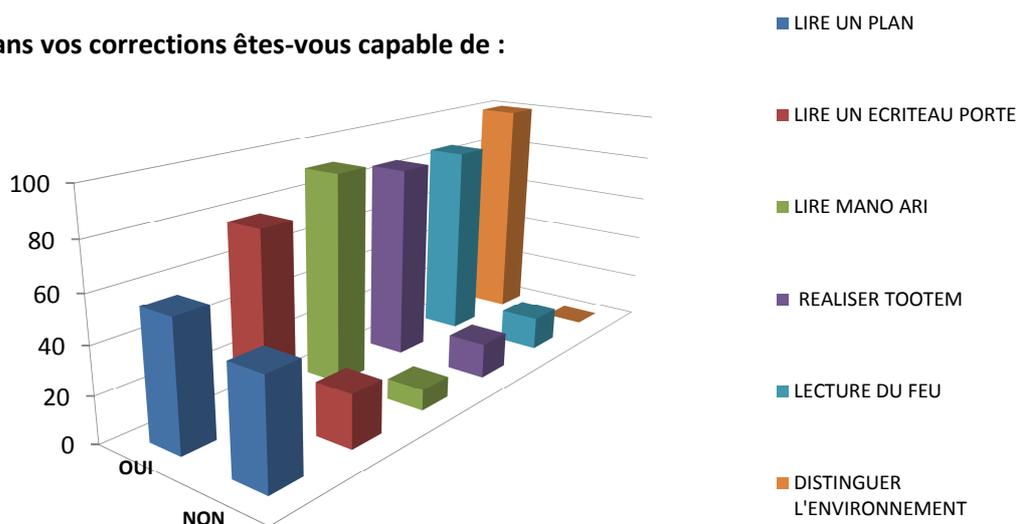
En revanche, 60 % des non utilisateurs de corrections motivent leur réponse/choix par l'absence de dispositif adapté à l'ARI à leur disposition et 40% du panel pensent ne pas en avoir besoin (tous SP confondus).

Le sentiment général que le port d'une correction visuelle ne revêt pas un caractère indispensable pour la mission, dans un contexte d'incendie en ambiance enfumée est bien omniprésent chez les SP.

Mais qu'en serait-il s'il s'agissait d'une intervention dans un local avec peu ou pas de fumée mais suspect de toxicité et nécessitant donc le port de l'ARI, comme par exemple une reconnaissance dans un local adjacent d'un sinistre ou lors de la phase de déblai après l'extinction.

Dans ce contexte, plusieurs questions ont été posées afin de déterminer la gêne potentielle ressentie :

**Q 10 : Sans vos corrections êtes-vous capable de :**

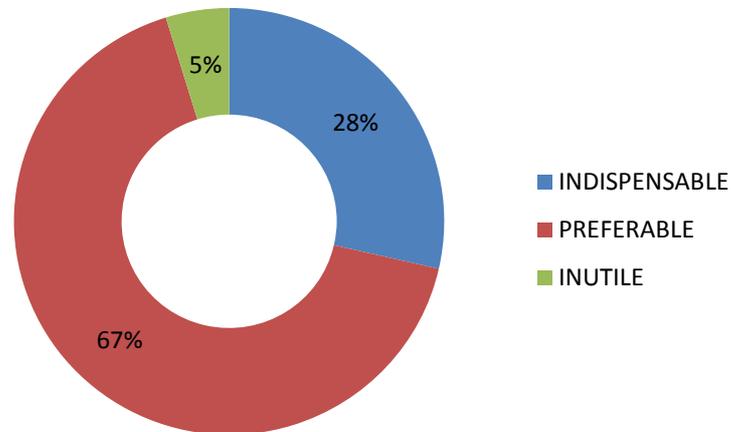


Premier enseignement, la majorité des SP interrogés considèrent être en mesure d'assurer les six types d'actions évoquées, sans éprouver de gêne significative.

A noter la situation particulière de la lecture d'un plan du site (avec figure, légende en petits caractères) qui pose davantage de difficultés mais principalement pour les SP interrogés souffrant de presbytie ou d'hypermétropie.

Ces réflexions en ambiance non enfumée ont-elles amené les SP à modifier leur jugement sur l'utilité du port d'une correction visuelle pour garantir une meilleure sécurité ?

**Q 11 : Pour votre sécurité, jugez vous le port d'une correction visuelle:**



On notera, que :

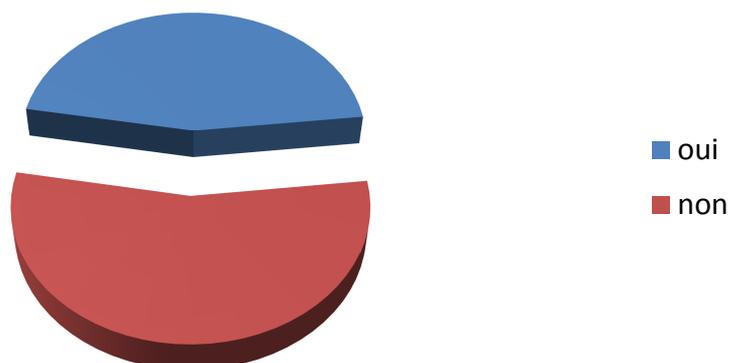
- 5 % seulement estiment que leur correction est absolument inutile pour la sécurité de l'intervention et des personnes contre 62% initialement ;
- 95% la jugent préférable ou indispensable contre 38 % initialement.

Il paraît raisonnable de penser que l'évocation du besoin de bénéficier d'une bonne vision en dehors d'un contexte de fumée (observation initiale/secondaire, reconnaissance, phase de déblai, ...) a fait évoluer de manière significative la position des SP sur le gain de porter leur correction visuelle.

En conséquence, 91 % des agents utiliseraient un dispositif de vision sous ARI, à chaque intervention, s'il était mis à leur disposition.

Les avis sur son financement restent néanmoins très partagés :

**Le coût du dispositif adapté constitue-t-il un frein pour le SP ?**



Enfin, on notera l'intérêt marqué que représente cette réflexion pour les sapeurs concernés par le port de lunettes ou de lentilles dans leur vie courante, domestiques ou professionnelle. En effet, 95,5 % d'entre eux ont manifesté le souhait d'être informé par retour de mail, de la synthèse de cette enquête et des éventuelles propositions qui pourraient être formulées.

## **5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION :**

Dans un premier temps il apparaît primordial de souligner l'intérêt porté au sujet par les SP interrogés. En effet, tous confient avoir déjà entendu parler de ces difficultés et y avoir été confrontés d'une manière ou d'une autre, et ce quel que soit leur tranche d'âge.

De plus, l'enquête présentée a reçu un très bon accueil et la quasi-totalité des sapeurs-pompiers a souhaité bénéficier d'un retour sur les résultats de la réflexion menée sur le sujet.

Suite à l'analyse des résultats obtenus, il apparaît que la problématique des troubles visuels chez les SP nécessitant le port de l'ARI est très prégnante pour la population grandissante des amétropes.

a) On trouvera d'une part, la population d'âge jeune ou médian, dans laquelle la part de myope ne cesse de croître depuis ces dernières années (sans infléchissement attendu) et qui constitue une part considérable de la population des SPV : nouvelles recrues, essentiel de la population de SP actifs.

Ces « jeunes » SP constitue d'ailleurs une cible primordiale pour ce qui est des actions de prévention car ils constituent, fidélisation du volontariat aidant, l'essentiel des SP de demain.

Cette tranche d'âge est majoritairement concernée par les difficultés liées à la myopie, ce qui leur permet ainsi de voir correctement (myopie dépendant) à courte et moyenne distance, ce qui pourrait impacter modérément leur action immédiate sous ARI (cf Q10).

b) Pour une autre part des SP présentant une moyenne d'âge plus élevée, la presbytie est le trouble le plus présent, parfois associé à une myopie ancienne. Pour ceux-ci, la difficulté réside pour l'essentiel dans la lecture d'outils graphiques ou manuscrits, souvent à une distance supérieure à une longueur de bras, voire pour un petit nombre la lecture du manomètre de l'ARI.

Pour les SP seulement presbytes, la difficulté d'utiliser des verres non progressifs complique significativement la tâche pour alterner vision de près et vision de loin. Quand l'emmétropie s'y prête, une correction progressive peut donc être recommandée. Le coût de l'appareillage est par conséquent nettement différent.

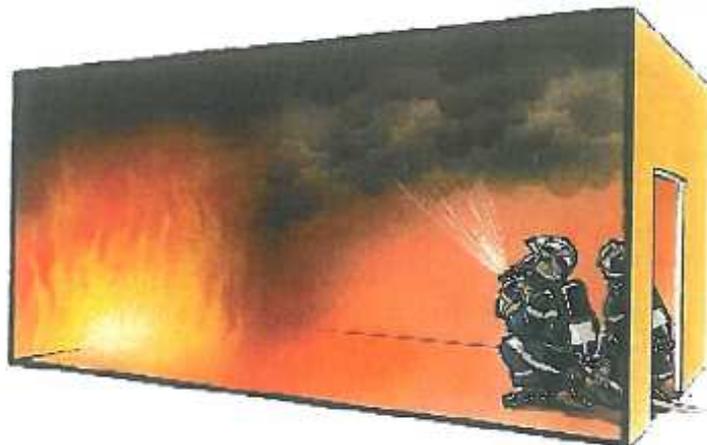
Le cas des hypermétropes est transposable pour ce qui est des difficultés pour la vision de près.

- c) Un autre point évoqué au décours de cette enquête est l'**incompréhension** qui a résulté, pour les sapeurs plus anciens et expérimentés, lors de la mise en place de l'obligation de porter des corrections visuelles alors qu'ils s'en sont passés pendant des années sans que leurs capacités opérationnelles ne soient remises en cause, de quelque manière que ce soit.
- d) Pour les SP présentant des myopies importantes, beaucoup ne se posent pas la question car trop gênés dans leur vie quotidienne, professionnelle et domestique, pour envisager une action de secours sans correction, au risque d'être inefficace voir dangereux, pour eux, pour leur équipiers et les tiers présents : pour cette catégorie de SP **le port de la correction est systématique lors des interventions.**
- e) Même si une part des SP doute encore de l'utilité d'une correction en ambiance enfumée, ils restent néanmoins conscients de **la fatigue visuelle** qui résulte d'un long temps d'intervention sans port de verres correcteurs. Cet aspect a clairement été évoqué comme facteur de fatigabilité important rendant ainsi préférable le port d'un dispositif.  
A cela vient également s'ajouter **l'état de l'écran facial** du masque ARI qui peut présenter un état d'usure qui, sans mettre en jeu le champ visuel, constituent néanmoins une source de fatigue supplémentaire.  
Par ailleurs, cette gêne et fatigabilité occasionnée par une myopie même peu importante est majorée par **le manque de luminosité**, rencontrée :
- Dans un contexte d'incendie avec une luminosité réduite par les fumées (local sinistré ou alentours) ;
  - En ambiance nocturne, lors des départs incendie de nuit, départs pour lesquels le temps de préparation est déjà majoré par la sortie du lit, le temps de ralliement du centre de secours, l'habillage, l'oubli volontaire ou non de prendre ses corrections est d'autant plus probable s'il n'est pas indispensable pour le SP, pour monter dans l'agrès et partir en intervention.
- f) Par ailleurs, l'évocation **d'interventions ARI en ambiance non enfumée** (ou peu enfumée) comme la reconnaissance, l'évacuation, le déblai, en ambiance à risque si ce n'est toxique a permis de faire prendre conscience qu'une intervention sous ARI ne rime pas obligatoirement avec « attaque d'un feu dans un local enfumé ».  
Le port de correction dans ce contexte apparaissant alors beaucoup plus pertinent pour 95% des sapeurs-pompiers interrogés; encore faut-il en disposer ou l'avoir prévu dans sa tenue de feu.
- g) On peut noter dans l'étude **qu'aucun des SP, équipé en ARI sans correction visuelle, n'a considéré qu'il se trouvait en difficulté pour réaliser une action précise comme la lecture d'un feu, la lecture des fumées ou l'analyse de l'environnement.**

Toutes ces actions, principalement regroupées dans la procédure « TOOTEM » (Toucher-Observer-Ouvrir-Tester-Engagement Minimum) font pourtant l'objet de contrôles précis et détaillés. Cette procédure a d'ailleurs été récemment modifiée pour mieux prendre en compte les risques liés aux constructions récentes répondant aux nouvelles normes et aux nouveaux matériaux utilisés (cf fiche simplifiée en annexe.). Le chef du binôme d'attaque (comme son équipier) doit pouvoir observer précisément son environnement et notamment :

- ↪ Identifier les risques auxquels son binôme est exposé ;
- ↪ Identifier la configuration de l'espace environnant (couloir, place disponible, présence d'autres ouvrants) ;
- ↪ Identifier les caractéristiques de la porte d'accès (isoplane, métallique, coupe-feu, sens d'ouverture) ;
- ↪ Assurer la « lecture du feu » (observer les fumées, les flammes, la chaleur, les ouvrants, les sons environnants) ;
- ↪ Assurer la « lecture des fumées » à l'extérieur du volume (observer la vitesse des fumées, leur volume, leur densité, leur couleur) ;
- ↪ Assurer le test de la porte (observer la réaction de l'eau sur la porte : ruissellement ou vaporisation) ;
- ↪ Après l'ouverture de porte, observer le volume de la pièce, le feu s'il est visible, la hauteur du plafond de fumée, les itinéraires possibles et de secours, identifier et localiser une victime potentielle.
- ↪ Assurer le test du plafond : observer la retomber ou non des gouttelettes d'eau projetées à la lance.

Tous ces éléments déterminent la mise en sécurité du binôme et de victimes potentielles. Malgré une certaine expérience (qui peut être parfois surestimée), est-il raisonnable de penser que des agents nécessitant le port continu de correction visuelle pendant leur activité professionnelle et domestique puissent assurer correctement toutes ces actions avec l'aisance et la sécurité adéquates ?



- h) Sur un plan plus positif, on peut cependant observer les fruits du travail réalisé ces dernières années avec une relative sensibilisation sur les restrictions d'aptitude et la nécessité de la fourniture et du port d'une correction chez les jeunes SP. Cette sensibilisation reste plus difficile chez les plus anciens, habitués à intervenir sans correction et pour lesquels l'expérience acquise comblerait la gêne occasionnée.

Un défaut partiel de communication mérite cependant d'être souligné : en effet, une part des sapeurs-pompiers interrogés, même si elle apparaît peu importante a confié ne pas avoir été informée, ou ne pas avoir réellement saisi le caractère obligatoire du port de leur correction vis à vis des restrictions d'aptitude médicale établies lors de leur visite.

A contrario, un cas d'auto-exclusion a été rencontré avec la non disponibilité systématique du SP pour des interventions en incendie pour des contraintes visuelles considérées trop fortes et surtout non équipées.

- i) Sur le plan matériel, plusieurs écueils sont également présents :
- Le port de lentilles est aujourd'hui toléré. Une réserve pratique, mais non réglementaire, subsiste néanmoins avec la nécessité d'une parfaite tolérance de ses verres de contact, sans risque de sécheresse oculaire ni de glissement de lentille. En effet, leur repositionnement est impossible en cours d'intervention pour des raisons évidentes de sécurité et l'hygiène des mains ne le permettrait que trop difficilement.
  - Les lunettes personnelles traditionnelles, de formes diverses, de valeurs également très variables sont peu adaptées au port sous l'ARI. De plus la prise en compte d'un risque de bris ou de dégradation est à considérer car non couvert par le SDIS.
  - La problématique du port de corrections progressives (myopie + presbytie) a déjà été évoquée plus haut.
  - L'argument de l'étanchéité quelquefois avancé vis-à-vis du masque ARI ne constitue plus un frein. En effet, la jupe du masque est aujourd'hui portée sur la cagoule pour éviter les expositions cutanées accidentelles à la chaleur et celui-ci demeure en surpression rendant le positionnement des lunettes moins difficile.
  - La fourniture d'un dispositif de vision sous masque adapté à l'ARI semble donc demeurer la solution de choix et est proposée à tous les SP lors de leurs visites médicales de recrutement.  
Pour les jeunes recrues nécessitant impérativement une correction visuelle, cette fourniture est même rendue obligatoire par l'engagement pris lors du recrutement, de porter un dispositif de corrections pour les missions le nécessitant (incendie, conduite,...)  
Pour les VMA, il semble que cette information ne soit pas systématique.

- Le coût de l'appareillage peut également constituer un frein à cet équipement : soit parce que le coût est financièrement trop significatif pour le SP, soit parce qu'il estime qu'il s'agit d'un dispositif assimilable à un EPI et par conséquent que le SDIS « devrait » si ce n'est le prendre en charge, au moins y participer.

## 6. PROPOSITIONS :

Ces différentes réflexions peuvent nous permettre de faire émerger plusieurs axes de travail afin d'améliorer d'une part **l'information des sapeurs concernés**, et leur **sensibilisation pratique au port de leurs corrections visuelles en intervention** d'autre part.

D'abord au niveau local, une information des **chefs de centre** sur ce sujet par les autorités de tutelle, sous l'égide du SSSM, pourrait permettre de les sensibiliser à l'obligation réglementaire pour les personnels SP concernés de porter leur dispositif de correction visuelle afin de permettre une meilleure collaboration des sapeurs par voie interne (**information par les pairs**).

De plus, cet aspect de l'activité opérationnelle pourrait également être évoqué lors des entretiens de recrutement réalisés par les chefs de centres et/ou les comités de centre.

Cette prévention de terrain peut être majorée et appuyée par **l'action des ISP** affectés en Centres, ou de garde dans les CIS. Ceux-ci pourraient alors profiter de leur participation aux manœuvres, interventions diverses, soutien sanitaire, qu'ils soient en exercice ou en opérationnelle. Pour cela, une information en ce sens pourrait rapidement être mise en place lors des prochaines FMPA SSO des ISP et médecins du SSSM.

Sur le plan médical, **une information plus claire sur le sujet lors des visites d'aptitude**, qu'elles soient de recrutement, de titularisation ou de maintien d'activité peut être systématisée.

Même si les nouvelles recrues semblent bien intégrer l'obligation de porter des corrections pour les activités définies lors de leurs visites médicales, il semble primordial d'insister sur ce point lors des visites de maintien d'activité qui concernent les SP déjà en activité en insistant sur l'aspect – ARI en ambiance non enfumée / et fatigue visuelle – qui sont aujourd'hui sous-estimés mais aisément compris par les intéressés.

Cette information plus complète et appuyée doit également faire partie intégrante des entretiens infirmiers qui sont d'ores et déjà mis en place par le SSSM.

Une proposition de note d'information figure en annexe.

L'émargement d'un document regroupant ces diverses informations pourrait être envisagé et une note d'information remise au SP regrouperait les informations, recommandations, adresses des partenaires éventuels...

Une autre proposition pourrait consister à **faire objectiver la gêne occasionnée** en proposant :

- ✓ Des tests de vision sous ARI lors des VMA sans, puis avec correction visuelle.
- ✓ Des exercices pratiques en manœuvre incendie avec tests de lecture de panneaux, pancartes, plans de bâtiment à investiguer : de loin pour les myopes, de près pour les presbytes/hypermétropes
- ✓ Ces exercices toutefois sommaires et simples à réaliser pourrait facilement être intégrés dans le cursus de F.I. et F.M.P.A. incendie.

L'objectif pédagogique étant bien de **faire prendre conscience du confort et de l'aisance procurée par le port de la correction.**

Enfin, on ne peut traiter cette problématique sans évoquer **le financement des dispositifs de correction** destinés à être portés sous les ARI. Le montant bien que variable reste conséquent de 150 à 250 euros en général.

EPI pour les uns, appareillage personnel pour les autres, signe caractérisant l'investissement personnel pour d'autres encore, la question reste à trancher.

En ces temps de restrictions budgétaires majeures, quel impact financier aurait la participation du SDIS à la fourniture de ces équipements, même partielle ? La monture adaptée à l'ARI pourrait-elle être fournie par les services logistiques ? Un partenariat avec un réseau départemental d'opticiens ne pourrait-il pas être recherché pour minimiser les coûts pour les agents ?

Ces éléments pourraient faire l'objet d'une étude chiffrée plus approfondie.

## 7. CONCLUSION

A l'issue de ce travail, il ressort clairement que la problématique du port obligatoire de correction visuelle sous la masque ARI est un élément assez récent, dont l'acceptation est encore très variable au sein des formations de sapeurs-pompiers du département du Finistère.

Pour autant, il est primordial pour les services des ressources humaines et du service de santé de s'en préoccuper car le nombre de porteur de correction visuelle ne fera que croître dans les prochaines années.

Le recrutement de nouvelles générations de sapeurs-pompiers ne fera qu'accroître le phénomène, comme la fidélisation des jeunes SP déjà présents.

L'acceptation du port d'une correction visuelle sous l'ARI doit être assumée dès le recrutement des SP, puis tout au long de sa carrière afin qu'il fasse partie intégrante de son équipement, le considérant comme un EPI à part entière et non optionnel.

Même si ce travail a mis en évidence des comportements individuels variables vis-à-vis de cet équipement lors des interventions opérationnelles « incendie », il pourrait être utile de le porter à un horizon un peu plus large.

En effet, ces mêmes sapeurs-pompiers sont également détenteurs de spécialités pour lesquelles les équipements ou les actions à mener peuvent nécessiter d'avoir une acuité visuelle ad hoc (SAL, SAV, CMIC, CMIR, ...).

Pour autant sont-ils sensibilisés au port de leurs corrections visuelles ? La restriction médicale est-elle clairement établie et surtout connue des intéressés ? Qu'en serait-il d'un accident survenant en service et imputable au non port de correction visuelle pour un sapeur-pompier dont l'aptitude au service est pourtant règlementairement corrélée au respect de cette restriction d'aptitude ?

Le souci d'équité de traitement entre tous les sapeurs-pompiers n'en est-il pas d'ailleurs le corollaire...

## 8. BIBLIOGRAPHIE

- 1) Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF),
- 2) Etude : Prevalence of refractive error in Europe: the European Eye Epidemiology (E3 ) Consortium-2015) réalisée en 2015.
- 3) Etude : Increased Prevalence of Myopia in the United States Between 1971-1972 and 1999-2004-Susan Vitale, PhD, MHS; Robert D. Sperduto, MD; Frederick L. Ferris III, MD,
- 4) 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 modifié par Arrêté du 17 janvier 2013,
- 5) Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale,
- 6) Note d'information SDIS 29/groupement opérations/service opération du 01/06/2015 relatif à la modification de la Procédure « TOOTEM ».
- 7) Pour aller plus loin :

### **Les chiffres sur la prévalence de la myopie :**

En Europe :

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385146/pdf/10654\\_2015\\_Article\\_10.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385146/pdf/10654_2015_Article_10.pdf)

Aux États-Unis :

<http://archopht.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=424548>

- **Les études sur le rôle de la lumière dans la progression de la myopie :**

L'étude australienne de 2008 :

<http://archopht.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=420394>

La méta-analyse de 2012 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22809757>

- **Les solutions envisagées pour freiner la myopie :**

La méta-analyse Cochrane 2011:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270373/pdf/nihms396407.pdf>

Review 2012 :

[http://www.optometryinpractice.org/filemanager/root/site\\_assets/documents/14-1/6178\\_oip\\_vol\\_14\\_issue\\_1-2013\\_4\\_p33-44\\_phillips\\_interactive\\_d6\\_1.pdf](http://www.optometryinpractice.org/filemanager/root/site_assets/documents/14-1/6178_oip_vol_14_issue_1-2013_4_p33-44_phillips_interactive_d6_1.pdf)

Review 2015 : <http://www.eur-j-ophthalmol.com/article/how-can-we-prevent-myopia-progression->

## **9. ANNEXES**

**Table 2** Prevalence of myopia, hyperopia and astigmatism stratified by age

Age	n	Myopia, % (95 % confidence intervals)			Hyperopia, % (95 % confidence intervals)		Astigmatism, % (95 % confidence intervals)	
		All myopia ≤ -0.75D (n = 15,845)	Low myopia ≤ -0.75 to > -3D (n = 10,034)	Moderate myopia ≤ -3 to > -6D (n = 4383)	High myopia ≤ -6D (n = 1445)	All hyperopia ≥ +1D (n = 21,201)	High hyperopia ≥ +3D (n = 4494)	All astigmatism ≥ D (n = 15,496)
25-29	339	47.2 (41.8-52.5)	26.5 (21.8-31.2)	14.1 (5.1-23.2)	5.3 (2.9-7.7)	6.4 (3.8-9.0)	1.1 (0.0-2.2)	16.2 (12.3-20.1)
30-34	469	38.3 (22.6-53.9)	25.5 (16.7-34.2)	9.4 (4.2-14.6)	3.2 (1.5-4.9)	5.5 (3.4-7.5)	1.8 (-1.1-4.6)	18.2 (14.3-22.0)
35-39	2354	40.1 (29.2-51.0)	25.8 (15.5-36.0)	10.0 (7.9-12.1)	3.7 (1.3-6.1)	5.8 (3.0-8.6)	1.4 (0.5-2.3)	16.2 (14.5-17.9)
40-44	5552	40.2 (32.0-48.5)	27.5 (19.7-35.3)	9.6 (7.0-12.3)	3.3 (1.8-4.8)	7.9 (6.3-9.5)	2.2 (1.6-2.7)	15.7 (13.2-18.1)
45-49	4108	37.1 (29.4-44.7)	25.1 (18.8-31.4)	9.0 (6.5-11.4)	2.9 (1.8-4.0)	10.3 (7.5-13.2)	2.4 (1.7-3.1)	17.0 (15.1-18.8)
50-54	5684	33.6 (29.6-37.6)	20.9 (18.6-23.2)	9.8 (8.0-11.6)	2.7 (1.4-4.0)	18.0 (15.6-20.4)	3.3 (2.6-3.9)	20.1 (16.3-23.8)
55-59	8294	27.5 (23.5-31.5)	16.6 (14.2-18.9)	8.3 (6.6-9.9)	2.5 (1.9-3.1)	31.2 (27.5-34.9)	5.7 (4.6-6.8)	22.5 (18.2-26.9)
60-64	10,594	21.4 (17.5-25.2)	13.0 (10.9-15.2)	6.0 (4.5-7.4)	2.0 (1.4-2.7)	31.2 (27.5-34.9)	7.5 (6.0-9.0)	25.2 (20.3-30.0)
65-69	9445	15.9 (13.7-18.1)	9.8 (8.4-11.2)	4.7 (3.7-5.7)	1.4 (1.1-1.6)	50.2 (46.1-54.3)	9.7 (8.2-11.1)	28.0 (22.0-34.0)
70-74	7674	13.9 (11.9-15.9)	9.3 (7.8-10.9)	3.4 (2.8-4.0)	1.0 (0.6-1.5)	54.3 (50.4-58.1)	12.8 (9.9-15.7)	33.8 (26.6-41.1)
75-79	4211	15.9 (13.4-18.4)	10.2 (8.5-11.8)	3.9 (2.9-5.0)	1.5 (1.0-1.9)	56.3 (52.1-60.4)	12.8 (9.9-15.7)	44.3 (33.6-55.0)
80-84	2069	17.8 (15.2-20.3)	11.5 (10.1-12.9)	3.8 (2.7-4.9)	1.5 (1.0-2.1)	52.8 (47.9-57.7)	12.0 (9.7-14.3)	51.1 (40.4-61.8)
85-89	683	17.9 (14.0-21.8)	12.4 (9.0-15.8)	3.4 (2.0-4.8)	1.4 (0.4-2.3)	49.2 (42.5-55.9)	13.4 (8.4-18.5)	54.9 (42.9-66.8)
Age standardised prevalence (n = 61,476)		30.60 (30.36-30.85)	19.50 (19.35-19.65)	8.08 (8.01-8.14)	2.71 (2.69-2.73)	25.23 (25.03-25.43)	5.37 (5.33-5.41)	23.86 (23.67-24.05)



SDIS 29

# PROCEDURE TOOTEM

## TEST DE LA LANCE A L'EXTERIEUR

Toucher →

**PROJECTION D'EAU SUR LE HAUT DE LA PORTE  
(Diffusion brève plus ouverte que le cran JDA)**

*Débit de l'ordre de 120 à 150 l/mn, limite maximum position 250 l/mn*

Observer →

**OBSERVATION DES SIGNES ANNONCIATEURS  
(Backdraft ?)**

« EQUIPIER A LA PORTE »      « PRET »

**SECURISATION AVANT OUVERTURE  
(Diffusion VERTICALE brève plus ouverte que le cran JDA)**

*Débit de l'ordre de 120 à 150 l/mn, limite maximum position 250 l/mn*

Ouvrir →

**OUVERTURE TOTALE**

**SECURISATION (avant le bâti de la porte)  
(Diffusion VERTICALE brève plus ouverte que le cran JDA)**

*Débit de l'ordre de 120 à 150 l/mn, limite maximum position 250 l/mn*

**SECURISATION (après le bâti de la porte)  
(Diffusion DIAGONALE brève plus ouverte que le cran JDA)**

*Débit de l'ordre de 120 à 150 l/mn, limite maximum position 250 l/mn*

« IL Y A QUELQU'UN ? » + LECTURE DU FEU

Tester →

**TEST DU PLAFOND** ←

*(Diffusion VERTICALE brève plus ouverte que le cran JDA)  
(Orientation du regard vers le haut)*

Engagement  
Minimum →

**L'EAU SE VAPORISE-T-ELLE ???**

OUI

NON

**IMPULSIONS  
EN JDA**

**PROGRESSION 1 A 2 M  
+ SECURISATION**



Procédure TOOTEM – Groupement Formation – Janvier 2015

GRILLE D'ENTRETIEN SPP – SPV

**THEME : Impact des troubles visuels sur l'activité opérationnelle Incendie sous ARI –**

**Engagement de l'enquêteur :**

Ce test est réalisé anonymement.

Les questionnaires seront détruits après analyse

1. Quel est votre âge ?

18-30  
30-40  
40-50  
50-60

2. Estes vous SPP-SPV ?

SPP - SPV

3. Souffrez-vous de troubles de la vision ?

a. Si oui lesquels :

Myopie  
Presbytie (30cm)  
Hypermétropie

4. Portez-vous une correction visuelle dans votre activité quotidienne (professionnelle ou domestique) ?

NON

Si oui laquelle :

Lunettes  
Lentilles

5. Réalisez vous des interventions sous ARI ?

OUI

NON

6. Portez-vous un système de correction visuelle sous votre ARI en intervention ?

a. OUI

NON

b. Si OUI lequel

Lunettes  
Lentilles  
Dispositif adapté à l'ARI

7. Pour la réussite de votre action opérationnelle, jugez-vous cette correction :

Indispensable

préférable

inutile

8. Si vous ne portez pas votre correction en intervention ARI, quels en les motifs .

a. Je n'en ai pas besoin

b. Je ne dispose pas d'un dispositif adapté et ne peux faire autrement

9. Pensez-vous que votre vision non corrigée vous permet d'assurer votre mission en toute sécurité ?

OUI

NON

10. Dans une atmosphère suspecte de toxicité mais PEU ou PAS ENFUMÉE, êtes-vous capable de :

a. Lire un plan du site, figure et légende en petits caractères ?

OUI

NON

b. Lire un écriteau sur une porte ?

OUI

NON

c. Lire votre manomètre de pression ARI ?

OUI

NON

d. Lire les canaux et les indications d'une station radio portative

OUI

NON

e. Assurer la procédure TOOTEM, contrôler l'effet de vos tests à l'eau en ambiance chaude (retombée des gouttelettes ou vaporisation),

OUI

NON

f. Assurer la lecture d'un feu (roll over, poches de gaz...)

OUI

NON

g. Distinguer une victime ou les obstacles qui peuvent être au sol

OUI

NON

11. Pour votre sécurité, jugez-vous le port de cette correction :

Indispensable

préférable

inutile

12. Pensez vous que le coût d'un dispositif adapté à l'ARI constitue un frein à l'équipement du SP :

OUI

NON

13. Enfin, si un dispositif de correction de vision sous ARI était disponible, le porteriez-vous :

a. Lors de chaque intervention

b. Occasionnellement

c. Jamais

14. Souhaitez-vous obtenir le résultat et les conclusions de cette étude à l'issue de sa réalisation ?

a. NON

b. OUI → adresse mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_



## Service de Santé et de Secours Médical

### NOTE D'INFORMATION

Vous venez de bénéficier d'une visite médicale d'aptitude réalisée auprès du service de Santé et de secours Médical du SDIS du Finistère au cours de laquelle vous avez été déclaré « APTE » avec la restriction « port obligatoire de dispositif de correction de la vision pour :

- La conduite des véhicules du SDIS 29
- Les interventions nécessitant le port de l'appareil respiratoire isolant (ARI)

Cette restriction d'aptitude vous impose dorénavant de porter un dispositif de correction visuelle vous assurant une vision satisfaisante.

Il peut s'agir soit :

**1. De lentilles de contact compatibles aux missions de sapeur pompier** (les lentilles rigides sont déconseillées) : votre ophtalmologue pourra vous conseiller dans ce domaine. Vous devrez alors vous assurer de votre bonne tolérance à ce dispositif et disposer d'une paire de lunettes « de secours » à portée de main

Votre attention est attirée sur l'importance de l'hygiène des mains lors des poses et dépose de ces dispositifs en et hors intervention.

2. De lunettes personnelles dont la forme de la monture est compatible avec le port de la pièce faciale, sans remettre en cause le positionnement de la pice faciale de l'ARI.

3. De lunettes spécifiques adaptées aux missions d'incendie des sapeurs-pompier :

Référence n° **1830015 pour Biomask ARI de Fenzy.**

Coût 65 euros environ – délai d'environ 15 jours –verres à rajouter

Vous pouvez acquérir des montures adaptées au port du masque de l'ARI (Appareil Respiratoire Isolant) du SDIS29 auprès d'un revendeur spécialisé :

**Société Protection Incendie Cornouaille**, 10 Rue du Professeur Legendre  
29900 Concarneau

Tél. : 02 98 97 01 65 - Fax : 02 98 50 84 20

Email : [pic29@wanadoo.fr](mailto:pic29@wanadoo.fr) (commande souhaitable par mail)



## PORT D'UNE CORRECTION VISUELLE SOUS L'ARI :

Madame, Monsieur le sapeur-pompier,

Si vous présentez une restriction d'aptitude en rapport avec une acuité visuelle insuffisante, la nécessité de porter une correction visuelle sous votre masque ARI est nécessaire en toutes circonstances, que vous interveniez en ambiance enfumée ou non, que vous soyez myope, hypermétrope, ou presbyte.

Le port de ce dispositif impacte non seulement votre sécurité mais aussi celle de vos collègues sapeurs-pompiers, et des victimes impliquées.

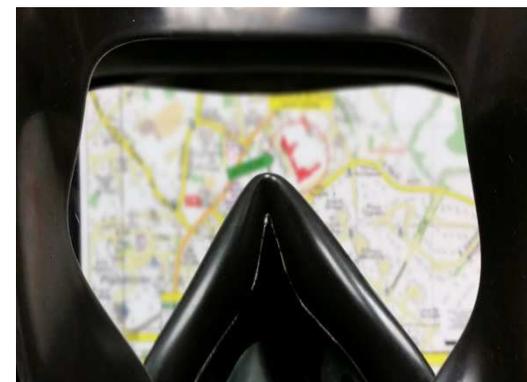
De plus le bon déroulement de l'intervention peut également être directement impacté.

Vois ci quelques exemples pour illustrer cet intérêt (sans fumée) :

Myopie (+/-) -2 à -3 D

Hypermétropie ou presbytie à (+/-) +3 D

SANS  
CORRECTION



AVEC  
CORRECTION

