

## Fiche technique

# Reprise opérationnelle des femmes sapeurs-pompiers après une grossesse: proposition d'un protocole dédié<sup>1</sup>

Auteurs : groupe de travail du SSSM 50

Vigot R. Lenesley P. Maillard F Alexandre D. Berginiat N. Genty-Lemelais D Prudor F.

*La grossesse est un événement majeur dans la vie d'une femme. Elle est synonyme de modifications physiques et de bouleversements psycho-affectifs considérés depuis toujours comme physiologiques. Néanmoins elle peut favoriser l'apparition de complications potentiellement dangereuses pour la mère et son enfant à naître. Les pathologies de la grossesse et de ses suites sont maintenant bien connues : elles ont fait l'objet de nombreuses études descriptives. On peut citer parmi les complications les plus fréquemment rencontrées, les pathologies métaboliques (anémie par carence martiale, dysthyroïdie, diabète gestationnel, risque thromboembolique), psychiatriques (dépression du post-partum, psychose puerpérale, troubles anxieux), musculo-squelettiques et périnéales (incontinence urinaire, diastasis des muscles grands-droits, douleurs pelvi-rachidiennes). L'allaitement possède des vertus nutritives, immunologiques et relationnelles entre la mère et son enfant qui ne sont plus à démontrer. Il nécessite cependant une organisation et une adaptation quotidienne pour les femmes qu'il est possible d'accompagner.*

### **1. Eléments de démographie: une proportion de femme croissante chez les sapeurs-pompiers, de l'intérêt d'un protocole dédié**

Depuis 2002, le ministère de l'intérieur par l'intermédiaire de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises, met à disposition une analyse statistique des effectifs nationaux des sapeurs-pompiers. Le constat est sans appel (*graphique ci-dessous*): le nombre total de femmes sapeurs-pompiers augmente chaque année de façon linéaire, alors même que l'effectif global des sapeurs-pompiers diminue de façon significative depuis 2002, augmentant ainsi par la même occasion, la proportion de femmes au sein des SDIS de France et d'Outre-mer. Il n'est pas possible d'établir le profil des âges de ces femmes, néanmoins, l'engagement tardif chez les pompiers, c'est à dire plus de 50 ans reste rare. Ces femmes

---

<sup>1</sup> Basé sur le travail d'application tutoré, 10<sup>ème</sup> promotion de l'ENSOSP, du Médecin capitaine Raphaël VIGOT, soutenu en octobre 2017 : La visite de reprise opérationnelle des femmes sapeurs-pompiers après une grossesse. Fondements théoriques et pratiques; proposition d'un protocole de visite de reprise opérationnelle.

sapeurs-pompiers sont tout à fait en âge de procréer : la problématique de la grossesse sera donc logiquement de plus en plus présente au sein des SDIS.



*Evolution annuelle depuis 2002 du nombre total de femmes sapeurs-pompiers*

## 2. Rappel des risques du métier de sapeur-pompier

Le métier de sapeur-pompier demande de façon permanente une capacité à tolérer certaines contraintes physiques, comme le port de charges lourdes, mais aussi liées à l'environnement immédiat du sinistre, tels que les expositions thermiques dans le cas d'incendie. L'exposition aux toxiques est un risque fréquent par les toxicités des fumées d'incendie, les vapeurs de carburants divers ou les toxicités des produits chimiques industriels inhalés ou en contact direct. Il existe également des risques de contamination radiologique et infectieuse.

L'exposition aux risques infectieux est essentiellement présente dans l'activité de secours à personnes. Les germes à risques sont principalement viraux, bactériens voire, à la marge mycosiques. Les modes de transmission sont l'exposition directe au sang contaminé d'une victime (AES), la transmission par contact physique ainsi que la transmission respiratoire. Les AES sont particulièrement redoutés des agents car synonyme de risque de transmissions virales (virus de l'immunodéficience humaine, virus de l'hépatite B ou C).

Les contraintes psychologiques sont omniprésentes dans le métier de sapeur-pompier ; le ressenti d'une situation reste individuel et plus ou moins bien assimilé par les agents. Il n'est pas rare pour les sapeurs-pompiers d'être exposés à des situations particulièrement difficiles et dramatiques (suicide, nombreuses victimes, mort subite du nourrisson, fausse couche etc.), qui peuvent avoir une répercussion directe sur l'équilibre psychologique de l'agent à courts, moyens et longs termes, en particulier dans les suites d'une grossesse, période de vulnérabilités psychologiques.

### **3. Etat des lieux de la consultation de reprise opérationnelle des femmes sapeurs-pompiers après leur accouchement : qu'en est-il dans les différents SSSM des SDIS en France ?**

Cette question a fait récemment l'objet d'une étude descriptive de pratique qualitative, standardisée et multicentrique<sup>2</sup>. Il ressort que la grande majorité des SSSM ne possède pas de protocole dédié spécifiquement à la reprise opérationnelle des sapeurs-pompiers après une grossesse. Il a été relevé qu'un protocole avait été mis à disposition des médecins sapeurs-pompiers de façon facultative dans un but d'aide à la prise de décision. Six SSSM déclarent avoir donné de simples consignes de questions à poser ou d'exams spécifiques à réaliser pour ces visites. Une donnée importante de cette enquête concerne la difficulté de certains SDIS à extraire ces données spécifiques. Les événements type grossesse ou reprise après grossesse ne peuvent pas faire l'objet d'une requête dans les dossiers informatisés : les motifs de visite semblent être inégalement tracés informatiquement.

### **4. Création d'un protocole de reprise opérationnelle après grossesse en groupe de travail<sup>3</sup>**

Un protocole de reprise opérationnelle a été élaboré. Même s'il ne se veut pas exhaustif, il constitue une base de connaissances pratiques sur la législation du travail inhérente à la grossesse, sur les pathologies nécessitant une recherche particulière dans les suites d'une grossesse et sur les recommandations de bonnes pratiques concernant l'activité physique pendant et après une grossesse. Il est un guide, articulé avec le SIGYCOP, pour les acteurs de la santé au travail permettant de se prononcer sur une aptitude opérationnelle dans les meilleures conditions de sécurité et dans une logique de prévention.

---

<sup>2</sup> Vigot R. La visite de reprise opérationnelle des femmes sapeurs-pompiers après une grossesse. Fondements théoriques et pratiques; proposition d'un protocole de visite de reprise opérationnelle

<sup>3</sup> Buthion V, Godé C, Lenesley P. Démarche innovante en management de la santé au travail : polycentricité et santé au travail des femmes enceintes sapeurs pompiers. Association de Recherche Appliquée en Management des Organisations de Santé (ARAMOS), Grenoble, novembre 2017.



## PROTOCOLE

### REPRISE OPERATIONNELLE APRES GROSSESSE SSSM 50

#### CONTEXTE

- féminisation croissante du métier de sapeur-pompier
- nombreuses complications potentielles d'une grossesse, qui reste néanmoins un état « physiologique ».
- nécessite un besoin croissant d'attention et de rigueur concernant la visite de reprise opérationnelle des femmes sapeurs-pompiers après une grossesse.

→ Protocole réalisé grâce aux travaux issus du groupe de travail sur la grossesse du SSSM 50.

→ Il regroupe les principales pathologies potentielles de la grossesse ainsi que la conduite à tenir en pratique avec un rappel des articles du SIGYCOP correspondant, dans le but de permettre au médecin sapeur-pompier de prononcer l'aptitude d'un agent dans les meilleures conditions de sécurité, et dans une logique de prévention.

#### RAPPELS REGLEMENTAIRES

→ Arrêté du 6 mai 2000 : Article 7 (repris par l'article 186 du règlement intérieur du SDIS 50)

« L'état de grossesse est une cause d'**inaptitude opérationnelle temporaire** aux fonctions de sapeur-pompier. La durée de cette inaptitude s'étend de la date à laquelle le sapeur-pompier féminin concerné en a connaissance et au plus tard au jour de la déclaration aux organismes sociaux **jusqu'à épuisement des congés légaux**. En conséquence, le sapeur-pompier concerné ne doit pas effectuer pendant cette période de **missions opérationnelles**. Une visite médicale préalable à la reprise de l'activité opérationnelle sera effectuée. »

→ En pratique :

- L'agent doit immédiatement signaler à son chef de centre son état de grossesse et faire parvenir un certificat médical au médecin chef.
- L'état de grossesse entraîne automatiquement l'inaptitude temporaire opérationnelle du sapeur-pompier volontaire ou professionnel.
- L'inaptitude temporaire opérationnelle s'achève dès épuisement des congés légaux et accord médical.
- Une visite médicale doit obligatoirement avoir lieu avant la reprise de l'activité opérationnelle et sous-tend celle-ci.

→ Durée légale du congé maternité en France :

- Pour un premier enfant : 10 semaines après la date de l'accouchement soit environ deux mois et demi
- En fonction des différents cas (Source : *ameli.fr*) :

Durée du congé maternité			
Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez un enfant et vous (ou votre ménage) avez moins de deux enfants à charge ou nés viables	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge effective et permanente (ou à celle de votre ménage) ou vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

- Cas particuliers :

- Il est possible de reporter les 3 premières semaines (maximum) de son congé prénatal sur le congé postnatal.

- Allaitement : Il n'est pas prévu de congé maternité spécifique à l'allaitement : le congé postnatal ne peut pas être prolongé pour ce motif.

**DOCUMENTS à inclure dans le dossier médical du SSSM:**

- Compte-rendu du service de maternité (*infos sur déroulement de la grossesse, accouchement et suites de couche*)

- Compte-rendu d'accouchement

- Certificat médical de réalisation d'un testing périnéal par un gynécologue-obstétricien ou par une sage-femme et / ou certificat de rééducation périnéale déjà effectuée (obligatoire).

### **PRECISION IMPORTANTE :**

En pratique, les comptes rendus et certificat(s) ci-dessus ainsi que le bilan biologique protocolaire de reprise seront demandés lors du contact de l'agent au SSSM de son SDIS de rattachement, pour une demande de reprise opérationnelle après la durée légale de congé maternité.

### **CAS PARTICULIER DES MEMBRES DU SSSM :**

Les documents et analyses biologiques précédemment citées seront également demandés. Cependant, compte-tenu de l'activité différente des membres du SSSM, l'aptitude opérationnelle est susceptible d'être prononcée plus ou moins rapidement en fonction des contraintes du poste. Par exemple, un médecin sapeur-pompier n'effectuant habituellement que des visites d'aptitude pourrait être potentiellement remis apte opérationnel après une période plus courte qu'un médecin du GRIMP. Il est fortement recommandé de proposer également un bilan physique via les acteurs de l'encadrement des activités sportives (EAP), voir un suivi si besoin.

### **CONCEPT D'APTITUDE OPERATIONNELLE PROGRESSIVE:**

Ce concept a été proposé par le groupe de travail sur la grossesse, en réponse aux difficultés physiques que rencontrent les femmes sapeurs-pompiers lors de leur reprise opérationnelle.

En effet, l'aptitude opérationnelle prononcée, les agents étaient auparavant aptes opérationnels toute mission ce qui générait des difficultés physiques avec à la clef des arrêts d'activités de sapeurs-pompiers prolongés.

Pour prévenir ce phénomène, il a été décidé :

- Les agents, **lors de leur visite médicale de reprise d'activité de sapeur-pompier** à partir de 3 mois minimum après leur accouchement sont déclarés automatiquement **INAPTE OPERATIONNEL TOUTES MISSIONS, FONCTION STATIONNAIRE INCLUSE**, exceptés les sapeurs-pompiers professionnels pour lesquels la fonction de stationnaire est dans un contexte de garde postée (**recommandations médicales de bonnes pratiques concernant l'activité physique et le sport**), avec attribution obligatoire d'un référent d'EAP chargé d'évaluer dans un premier temps l'état des capacités physiques de l'agent (ANNEXE 1)
- **A 1,5 mois de la première visite de reprise:** nouvelle visite médicale permettant de prononcer, si les conditions médicales et physiques sont remplies (notamment les résultats émanant de l'évaluation de l'EAP), **l'APTITUDE OPERATIONNELLE AVEC RESTRICTION INCENDIE + SPECIALITES**, c'est à dire **APTITUDE OPERATIONNELLE SECOURS à PERSONNE, MISSIONS DIVERSES et STATIONNAIRE**.

- **A 6,5 mois de la seconde visite**, troisième visite à l'issue de laquelle il sera possible, toujours en fonction des conditions médicales et physiques (EAP), de prononcer l'**APTITUDE OPERATIONNELLE TOUTE MISSION**
- En conséquence : **aucune femme sapeur-pompier lors de leur reprise d'activité de sapeur-pompier après grossesse ne peut être remise d'emblée APTÉ OPERATIONNEL.**

### **Le partenariat SSSM - Filière EAP**

Un protocole de suivi des femmes enceintes avant, pendant et après la grossesse est en place entre le SSSM, les EAP 2 et le référent prévention. Le conseiller de prévention a lié les deux volets de sa mission : l'organisation administrative de la médecine de prévention, et la santé et la sécurité des personnels.

Il s'agit de proposer un parcours de prévention et de bien-être pour vivre au mieux les évolutions corporelles et psychiques liés à la maternité. Les EAP sont en lien direct avec le SSSM et les professionnels dédiés : ils peuvent solliciter médecins, psychologues ou sage-femme, à la demande de la femme ou pour avis, conseil, recommandation. Un document de traçabilité des actions est partagé entre tous les participants du suivi des femmes via le système d'information sécurisé du SDIS.

Les agents sont suivis à différents stades de la grossesse et de la reprise avec du conseil et pour la reprise un protocole de test-bilan. Le bilan EAP rassemble un test cardio (demi-cooper), un test des membres inférieurs (demi-squat), un test de résistance de la ceinture abdominale, un test des membres supérieurs (pompes à genoux).

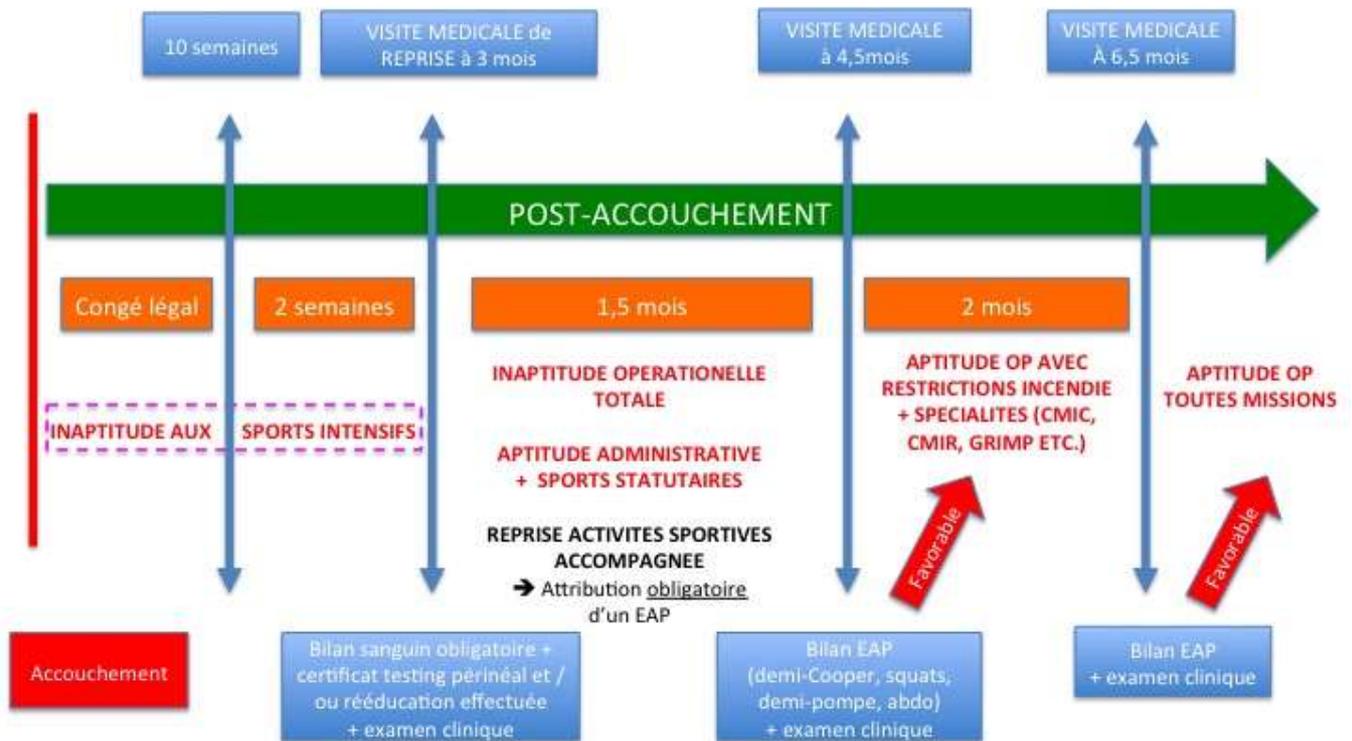
Entre chaque rencontre, des exercices sont proposés, à faire à domicile, à l'aide d'un support vidéo qui est transmis.

L'objectif de ce protocole de prévention est de faciliter le retour des personnels féminins après leur grossesse, tant du point de vue physique (exigences de l'activité sapeur-pompier) que du point de vue psychologique (maintien de la continuité d'engagement, capacité à gérer les changements familiaux...).

Un livret d'accompagnement a été rédigé pour orienter les femmes sapeurs-pompiers pendant et après leur grossesse. Il présente le dispositif d'accompagnement par les EAP et le SSSM. La possibilité de solliciter les membres du SSSM pendant et après la grossesse et les modalités d'organisation de la reprise sont détaillées.



## Schéma décisionnel évolutif de reprise opérationnelle



## Bilan biologique minimum de reprise opérationnelle

- Numération formule sanguine, plaquettes (ou datant de moins d'un mois)
- Cholestérol total, HDL-Cholestérol, LDL-Cholestérol et triglycérides (idem)
- Glycémie à jeun (idem)
- Ferritine sérique (idem)

## Argumentaire et aptitude SIGYCOP

## Pathologies diagnostiquées durant, et en lien, avec la grossesse actuelle :

### - Diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel expose à un risque ultérieur accru de diabète de type 2 multiplié par 7. Le risque augmente avec le temps et persiste au moins 25 ans. Les risques de survenue du syndrome métabolique sont multipliés par 2 à 5 ceux de pathologies cardiovasculaires par 1,7 environ.

Présence pendant la grossesse actuelle :

- Proposition de consultation diététicienne
- Conseiller si besoin la prise d'un avis spécialisé (endocrinologue)
- 

Suivi du protocole dans l'attente de visite sur pièce

#### Article 144 – Diabète sucré.

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

### - Anémie par carence martiale ou B12 / folates

- Clinique évocatrice d'anémie (tachycardie, pâleur cutanéomuqueuse, asthénie)
- Ou présence d'au moins un facteur de risque reconnu (placenta praevia, origine africaine, anémie prénatale, grossesses multiples, saignement du troisième trimestre de grossesse, macrosomie, césarienne)
- 

Suivi du protocole selon profondeur de l'anémie et la tolérance clinique

#### Article 79 – Anémies d'origine centrale.

a) Maladie de Biermer :		
- à l'engagement	G	5
- en cours de carrière	G	3 à 5
b) Anémie macrocytaire par carence vitaminique (en fonction de l'étiologie et de la gravité)	G	2 à 5
c) Anémie réfractaire (myélodysplasie)	G	4 à 6
d) Anémie par carence en fer, en fonction de l'étiologie et de la gravité	G	2 à 5

## - Dysthyroïdie (thyroïdite, maladie de Basedow, hypo ou hyperthyroïdie non étiquetée)

Présence pendant grossesse :

- Adresser au médecin traitant pour exploration si et seulement si elle n'a pas déjà été effectuée
- Si possession d'une TSH et T4 libre datant de moins d'un mois normales : suivi du protocole et fonction du SIGYCOP

Absence pendant grossesse :

- Clinique évocatrice ?
- → NON: pas d'investigations supplémentaires
- → OUI : bilan précédent et **INAPTITUDE OPERATIONNELLE TOUTES MISSIONS** (voir SIGYCOP)

### Article 139 – Thyroïde.

a) Hyperthyroïdie évolutive	G	6
b) Antécédent de maladie de Basedow, selon l'existence de séquelle, l'ancienneté de la maladie et la thérapeutique utilisée	G	2 à 5
c) Adénome toxique opéré	G	2
d) Hypothyroïdie, selon l'existence de séquelles et l'équilibre obtenu avec le traitement substitutif	G	2 à 5
e) Nodule thyroïdien :		
- justifiant une intervention chirurgicale	G	5
- considéré comme bénin sur la clinique et les explorations complémentaires	G	2
- opéré bénin	G	2
f) Cancer de la thyroïde :		
- en cours de traitement	G	6
- antécédent de cancer considéré comme guéri	G	2 à 5
g) Goitre :		
- simple	G	2
- volumineux nécessitant une intervention chirurgicale	G	5
- opéré bénin bien stabilisé par le traitement substitutif, selon la présence de séquelles et la qualité de l'équilibre obtenu avec le traitement substitutif	G	2 à 5

## - Pré-éclampsie / éclampsie

Présence pendant grossesse :

- Adresser au médecin traitant pour exploration biologique complémentaire (ionogramme sanguin, clairance de la créatinine, protéinurie sur urines des 24h) si et seulement si elle n'a pas déjà été effectuée

Absence pendant la grossesse :

- Protéinurie à la bandelette urinaire réalisée par l'infirmier sapeur-pompier
- → NON : pas d'investigations supplémentaires
- → OUI : Adresser au médecin traitant pour explorations complémentaires biologiques

Suivi du protocole et fonction du SIGYCOP

### Article 112 – Hypertension artérielle (HTA).

a) HTA légère à modérée, bien équilibrée (PA < 140/90 mm Hg) sous traitement, sans retentissement viscéral ou atteinte associée des organes cibles	G	2 à 3
b) HTA sévère et/ou mal équilibrée et/ou avec retentissement viscéral et/ou atteinte des organes cibles	G	4 à 6

### Article 158 – Anomalies urinaires isolées.

Les anomalies urinaires, dont le dépistage par bandelettes réactives fait partie de l'examen clinique, doivent être recherchées à distance d'un effort physique. Leur interprétation exige qu'elles soient quantifiées en l'absence de toute infection urinaire :

- l'hématurie microscopique est confirmée par un taux supérieur à 10 000 hématies/ml (étude du sédiment urinaire) ;
- la protéinurie pathologique est caractérisée par un débit supérieur à 200mg/24 heures.

L'absence d'antécédents personnels ou familiaux, d'hypertension artérielle, d'insuffisance rénale, d'uropathie et de signes extra-rénaux définit le caractère isolé de l'hématurie ou de la protéinurie.

La protéinurie isolée du sujet jeune doit faire l'objet d'une épreuve d'orthostatisme.

a) Protéinurie isolée, de caractère transitoire ou orthostatique	G	2
b) Protéinurie permanente isolée, en l'absence d'hypertension artérielle, d'insuffisance rénale, de signes extra-rénaux et d'anomalies échographiques de l'appareil urinaire	G	2 à 6
c) Hématurie microscopique isolée, en l'absence d'hypertension artérielle, de protéinurie, d'insuffisance rénale, de signes extra-rénaux et d'anomalies urinaires sur l'échographie et la radiographie de l'abdomen sans préparation	G	2

### Article 160 – Néphropathies chroniques.

Néphropathies chroniques quel qu'en soit le type, glomérulaire, tubulo-interstitiel ou vasculaire :		
- selon l'évolutivité et le degré d'atteinte fonctionnelle ou anatomique	G	3 à 6
- en rémission complète depuis plus de deux ans sans traitement à visée étiopathogénique	G	2

### Accouchement :

- Césarienne : = facteur de risque d'anémie

- Voie basse :

Notion d'hémorragie de la délivrance (pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml) ?

Notion de déchirure périnéale ? D'épisiotomie ?

➔ OUI

- Testing périnéal favorable ? et / ou rééducation périnéale effectuée (et efficace) ?
- Si OUI : poursuite du protocole
- Si NON : **sortie du protocole jusqu'à testing ou rééducation périnéale**

→ **NON** : Suivi du protocole et fonction du SYGICOP

**Article 153 – Affections de l'anus et du périnée.**

a) Maladie hémorroïdaire	G	2 à 4
b) Fissure anale selon l'étiologie et l'ancienneté	G	2 à 4
c) Fistule selon l'étiologie et l'ancienneté	G	2 à 5
d) Sinus pilonidal, selon la symptomatologie fonctionnelle	G	2 à 5
e) Sténose anale non tumorale	G	3 à 5
f) Incontinence anale selon l'étiologie et le retentissement	G	3 à 5
g) Antécédent de chirurgie anale selon séquelles	G	2 à 5

Suites de grossesse :

**- Allaitement :**

→ Si OUI

- **INAPTITUDE OPERATIONNELLE TOUTES MISSIONS** pendant toute la durée de l'allaitement
- Cependant : aptitude possible aux **MISSIONS NON OPERATIONNELLES (SPORTS STATUTAIRES, FORMATIONS THEORIQUES et FONCTION STATIONNAIRE pour les sapeurs-pompiers professionnels)** → Obligation d'information de l'allaitement (tirage du lait) au chef de centre mais légalement, pas de refus possible de celui-ci.
- Proposition d'avis expert sage-femme du SSSM pour conseil de prévention des complications de l'allaitement (engorgement mammaire, lymphangite, abcès du sein)

**- Etat général psychologique :**

Signes cliniques d'humeur dépressive ou d'anxiété pathologique

→ Procédure habituelle d'aptitude fonction du SIGYCOP

→ Avis expert sage-femme et / ou avis psychiatrique si besoin

## Examen clinique orienté

### - Signes de thrombose veineuse profonde : (ANNEXE 2)

#### **Article 115 – Pathologie veineuse thromboembolique (voir article 88).**

<b>a) Phlébites superficielles :</b>		
- Phlébites superficielles sur varices sans extension profonde, datant de moins de trois mois	S I	2 à 4
- Phlébites superficielles sur veines saines, sans extension profonde :		
. premier épisode, avec un recul de trois mois	S I G	2
. récidivantes (selon la localisation et le contexte)	S I G	4 à 5
<b>b) Phlébites profondes :</b>		
- Phlébites profondes datant de moins de trois mois au niveau sural ou six mois en proximal, selon localisation	S I G	2 à 5
- Phlébites profondes datant de plus de six mois :		
. survenant dans un contexte précis (transitoire et/ou curable), sans cause favorisante durable (thrombophilie), selon le siège et les séquelles	S I G	2 à 6
. ambulatoire sans étiologie retrouvée, secondaire à une cause favorisante durable, selon le siège et les séquelles	S I G	4 à 6
- Localisations atypiques (cérébrales, mésentérique, porte, ...)	G	4 à 6
- Séquelles locales de phlébite selon l'étendue et le retentissement fonctionnel	S I	2 à 6
<b>c) Embolie pulmonaire :</b>		
- Traitement en cours ou de moins de six mois	G	5
- Premier épisode, à l'issue de six mois de recul après la fin du traitement, selon les séquelles et l'étiologie	G	2 à 6
- Récidivante	G	4 à 6

### - Diastasis des muscles grands-droits de l'abdomen :

*Pathologie fréquente définie par un écartement des muscles grands droits de l'abdomen supérieur à 2 travers de doigts. S'il est présent en fin de grossesse, il persiste à 6 mois dans 39 % des cas.*

→ Proposer avis expert kinésithérapeute ou sage-femme du SSSM

→ Envisager rééducation musculaire abdominale

#### **Article 26 – Lésions musculaires.**

<b>a) Ruptures et hernies musculaires :</b>		
- peu étendue, avec gêne fonctionnelle légère	S I	2 à 3
- avec troubles fonctionnels très importants	S I	4 à 5
<b>b) Perte de substance musculaire :</b>		
- peu étendue, avec gêne fonctionnelle légère	S I G	2 à 3
- très étendue avec gêne fonctionnelle importante	S I G	4 à 5
<b>c) Adhérences et rétractions musculaires :</b>		
- avec gêne fonctionnelle légère	S I G	2 à 3
- avec gêne fonctionnelle importante	S I G	4 à 5

#### Article 54 – Hernies.

a) Inguinales ou crurales :		
- réductibles	G	3T
- non réductibles	G	5T
b) Ombilicales, hernies de la ligne blanche :		
- non douloureuses	G	2
- douloureuses	G	4T
c) Hernies inguinales, crurales, ombilicales, ligne blanche opérées	G	2

#### Article 55 – Séquelles d'interventions.

a) Cicatrice abdominale non compliquée	G	2
b) Eventrations :		
- taille < 10 cm :		
α) avant intervention	G	3
β) après intervention	G	2
- taille > 10 cm :		
α) avant intervention	G	5
β) après intervention	G	3

#### - Incontinence urinaire et / ou anale :

AOP fonction du SIGYCOP

#### Article 153 – Affections de l'anus et du périnée.

a) Maladie hémorroïdaire	G	2 à 4
b) Fissure anale selon l'étiologie et l'ancienneté	G	2 à 4
c) Fistule selon l'étiologie et l'ancienneté	G	2 à 5
d) Sinus pilonidal, selon la symptomatologie fonctionnelle	G	2 à 5
e) Sténose anale non tumorale	G	3 à 5
f) Incontinence anale selon l'étiologie et le retentissement	G	3 à 5
g) Antécédent de chirurgie anale selon séquelles	G	2 à 5

#### - Bandelette urinaire de dépistage positive (protéinurie et / ou hématurie et / ou glycosurie) :

AOP fonction du SIGYCOP :

- Article 158: anomalies urinaires isolées
- Article 144 : diabète sucré

#### ANNEXES

#### ANNEXE 1 : Composition de base du bilan d'EAP

- **Test du demi-Cooper** : détermination de la vitesse maximale aérobie
- **Squats** (membres inférieurs) pendant 1 minute
- **Pompes ou demi-pompes** (membres supérieurs) pendant 1 minute

- **Abdominaux** pendant une minute (pour la femme enceinte évaluation sur les muscles obliques).

## **ANNEXE 2 : Sémiologie indicative des dysthyroïdies (non exhaustif)**

### **Hyperthyroïdie clinique :**

- Tachycardie sinusale constante à 130 / min +/- souffle fonctionnel
- HTA, palpitations
- Amaigrissement
- Asthénie
- Thermophobie
- Soif et sueurs
- Diarrhée motrice
- Tremblement diffus et rapide des extrémités
- Signes psychiques : irritabilité, dépression, état maniaques, émotivité, délire
- Signes neuro-moteur : amyotrophie proximale pelvienne et scapulaire
- Troubles sexuels : trouble de la libido, dysmenstruation, gynécomastie
- Troubles cutané-phanériens : alopecie, pigmentation, prurit, télangiectasies
- Rétraction palpébrale supérieures
- 

### **Hypothyroïdie clinique :**

- Troubles cutané-phanériens : peau sèche, teint cireux, cheveux sec, clairsemés
- Infiltration cutané-muqueuse : Œdème, visage bouffi, doigt et orteils boudinés, macroglossie, voix rauque, hypoacousie, bourdonnement, ronflements
- Ralentissement psychomoteur : syndrome dépressif, lenteur, limitation des activités, asthénie, troubles mnésiques, aménorrhée
- Hypothermie
- Troubles cardio-vasculaires : bradycardie, assourdissement des bruits du cœur, hypotension
- Troubles neuromusculaires : masse musculaire sensibles et tendues, myalgies, crampes, diminution de la force musculaire, ralentissement des réflexes ostéo-tendineux (lenteur à la décontraction)
- Trouble digestifs : constipation

**Tableau 11.1 – Les symptômes de l’hypothyroïdie : sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP), valeur prédictive négative (VPN).**

Signes et symptômes	Se (%)	Sp (%)	VPP (%)	VPN (%)
Retard à la relaxation	77	93	92	80
Peau sèche	76	63	67	72
Frilosité	64	65	64	64
Peau rugueuse	60	81	76	67
Infiltration	60	96	94	70
Bradycardie	58	42	50	50
Baisse de la sudation	54	86	79	65
Prise de poids	54	77	70	62
Paresthésies	52	82	74	63
Peau froide	50	80	71	65
Constipation	48	85	76	62
Mouvements lents	36	98	96	60
Voix rauque	34	87	73	57
Hypoacousie	22	97	89	52

### ANNEXE 3 : Thrombose veineuse profonde

➔ Score de WELLS : probabilité clinique de thrombose veineuse profonde :

Variable		Points
Facteurs prédisposants	Parésie, paralysie ou immobilisation plâtrée récente des MI	1
	Chirurgie récente < 4 semaines ou alitement récent > 3 jours	1
	Cancer évolutif connu (traitement en cours ou < 6 mois ou palliatif)	1
Signes cliniques	Sensibilité le long du trajet veineux profond	1
	Œdème généralisé du MI	1
	Œdème du mollet > 3 cm par rapport au mollet controlatéral (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale antérieure)	1
	Œdème prenant le godet	1
	Développement d’une circulation collatérale superficielle (veines non variqueuses)	1
	Diagnostic différentiel de TVP au moins aussi probable que celui de TVP	- 2
<b>Probabilité clinique (3 niveaux)</b>		<b>Total</b>
Faible		< 0
Intermédiaire		1 ou 2
Forte		> 3