



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES



Édition Chronologique n° 5 du 17 janvier 2025

TEXTE RÉGLEMENTAIRE PERMANENT

Texte 14

INSTRUCTION N° 700/ARM/DCSSA/SDD/AE

relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

Du 19 décembre 2024

INSTRUCTION N° 700/ARM/DCSSA/SDD/AE relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

Du 19 décembre 2024

NOR A R M E 2 4 0 1 8 5 2 J

Référence(s) :

Arrêté du 29 mars 2021 modifié relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.

Arrêté du 22 juillet 2021 modifié relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale du personnel navigant des forces armées ou formation rattachées.

Arrêté du 21 avril 2022 modifié relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.

- [Instruction N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA du 31 juillet 2014 relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.](#)
- [Instruction N° 2800/DEF/DCSSA/AST/AME du 09 novembre 2004 relative à l'organisation et au fonctionnement de la commission médicale de l'aéronautique de défense.](#)

Pièce(s) jointe(s) :

Trois annexes.

Texte(s) abrogé(s) :

- [Instruction N° 700/DEF/DCSSA/PC/MA du 08 octobre 2015 relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.](#)

Référence de publication :

BOC n°5 du 17/1/2025

La présente instruction a pour objet de définir les modalités d'évaluation de l'aptitude à la pratique du parachutisme dans les armées.

Dans la présente instruction, les termes suivants sont utilisés :

- le « centre médical du service de santé des armées » (CMSSA) désigne toute structure du service de santé des armées dans laquelle exerce un ou plusieurs médecins des armées, d'active ou de réserve, quel que soit le site militaire hébergeant la formation et la zone d'implantation ;
- le « commandement » désigne les autorités d'emploi des forces armées et formations rattachées (FAFR).

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

1.1 Principes.

Le personnel militaire peut être amené, dans l'exercice de ses fonctions, à pratiquer le parachutisme militaire. Cette activité l'amène à subir des contraintes physiques et environnementales particulières, justifiant d'une évaluation spécifique de l'aptitude médicale.

Cette évaluation médicale, portant sur l'absence de contre-indication à subir les efforts physiques et les contraintes du parachutisme militaire, est déterminée lors de la visite d'expertise médicale initiale puis des diverses visites d'aptitude.

Lors de l'expertise médicale initiale, le médecin examinateur est particulièrement attentif aux points décrits dans cette instruction. Si nécessaire, la mention « à l'épreuve du service » est inscrite dans le dossier médical pour attirer l'attention sur un point particulier à réévaluer au cours de la première année. Lors des visites d'aptitude, les situations médicales complexes peuvent justifier d'une étude collégiale entre médecins et, le cas échéant, d'une étude en vue d'octroyer une dérogation en tenant compte de l'emploi occupé, des contraintes subies, des accidents survenus à l'occasion du service et de l'expérience acquise. L'octroi de la dérogation, avec restriction éventuelle d'emploi, relève exclusivement d'une décision du commandement, après avis du conseil national de santé des armées (CNSA), du conseil supérieur de santé des armées (CSSA) ou de la commission médicale de l'aéronautique de défense (CMAD), selon la spécialité ou le niveau d'expertise concerné.

1.2 Aptitudes médicales requises pour la pratique du parachutisme dans les armées.

En fonction des exigences d'environnement et d'emploi, quatre catégories de conditions d'aptitude médicale sont définies :

- l'aptitude au saut à ouverture automatique (SOA) ;
- l'aptitude au saut à ouverture commandée et retardée (SOCR) ;

- l'aptitude au saut opérationnel à grande hauteur (SOGH jusqu'au FL 180 inclus, soit un niveau de vol ou flight level de 18 000 pieds) ;
- l'aptitude au saut opérationnel à très grande hauteur (SOTGH) au-dessus du FL 180.

Des exigences sont définies pour certaines catégories particulières de personnel : personnel de soute, pilote tandem (PT avec emport de passagers), passager tandem, candidat au stage du brevet de parachutisme prémilitaire.

1.3 Catégories d'expertises médicales.

La pratique du parachutisme est subordonnée à la détermination préalable de l'aptitude médicale.

Il existe quatre catégories d'expertises médicales s'appliquant aux aptitudes SOA, SOCR, SOGH, SOTGH et PT :

- d'admission ;
- révisionnelles :
 - * annuelles ;
 - * bisannuelles ;
 - * quadriennales.
- de reprise, à l'issue d'un accident ou d'une maladie ;
- de réadmission (personnels devant servir à nouveau dans une unité dite « TAP », après une mutation hors de ces unités).

Les conditions médicales d'aptitudes initiale et révisionnelle sont décrites dans les annexes I et II.

1.4 Niveau de compétence requis.

Le niveau de compétence requis dépend du type d'expertise médicale (cf ANNEXE III).

Niveau 1 : formation octroyée par l'école du Val-de-Grâce (EVDG) ou au sein d'un CMSSA pour tout médecin des armées, d'active ou de réserve.

Les médecins « niveau 1 » peuvent effectuer les expertises suivantes :

- expertise médicale d'admission ou de réadmission au SOA ;
- expertise médicale révisionnelle au SOA ;
- expertise médicale de reprise au SOA et SOCR ;
- expertise médicale d'admission du passager tandem.

Le cas échéant, un avis sapiteur pourra être recherché auprès d'un médecin du service de santé des armées de niveau 2.

Niveau 2 : un médecin des armées titulaire du certificat de médecine appliquée au parachutisme (CMAP) ou du brevet de médecine aéronautique de défense (BMAD) délivré par l'EVDG peut effectuer les expertises suivantes :

- expertise médicale d'admission ou de réadmission au SOA, au SOCR, au SOGH jusqu'au FL 180 inclus ;
- expertise médicale révisionnelle au SOA, au SOCR ;
- expertise médicale révisionnelle annuelle, quadriennale au SOGH jusqu'au FL 180 ;
- expertise médicale révisionnelle annuelle du personnel participant au largage TGH : dériveurs, personnel de soute et passager tandem, et leur expertise médicale révisionnelle quadriennale seulement jusqu'à l'âge de 50 ans ;
- expertise médicale révisionnelle annuelle des PT ;
- expertise médicale de reprise au SOA, SOCR, SOGH jusqu'au FL 180, et personnel participant au largage TGH.

Le cas échéant, un avis sapiteur pourra être recherché auprès d'un centre d'expertise médicale du personnel navigant (CEMPN).

Niveau 3 : un médecin du CEMPN peut réaliser toutes les expertises médicales précédentes. Il réalise obligatoirement les expertises suivantes :

- expertise médicale d'admission ou de réadmission du personnel participant au largage TGH : dériveurs, PT, personnel de soute et passager tandem ;
- expertise médicale révisionnelle quadriennale du personnel participant au largage TGH : dériveurs, personnel de soute et passager tandem, seulement à partir de 50 ans ;
- expertise médicale révisionnelle quadriennale des PT.

1.5 Périodicité des expertises révisionnelles.

Les expertises révisionnelles sont réalisées tous les deux ans pour l'aptitude au SOA, au SOCR, et tous les ans pour l'aptitude au SOGH, au SOTGH pour le personnel de soute, le passager tandem et les PT. Le contenu de ces visites est décrit en ANNEXE I. 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 : par exemple, pour une visite réalisée en janvier de l'année N, la validité court jusqu'au 31 janvier de l'année N +1.

En cas de mission, de stage ou de nécessité opérationnelle avérée, les dispositions prévues à l'article 13 de l'arrêté de troisième référence s'appliquent à ces expertises révisionnelles.

1.6 Point particulier.

Les conditions d'aptitude médicale à respecter lors d'une expertise médicale de réadmission sont celles des expertises révisionnelles. Quand une exploration non pratiquée en visite d'admission est requise en visite révisionnelle, elle est précisée en annexe II de la présente instruction.

2. DÉROULÉ DE L'EXPERTISE.

Tout candidat remplit un questionnaire de santé qu'il fournit au médecin des armées chargé de l'expertise.

En fonction de la catégorie de visite médicale visée, initiale, révisionnelle ou autre, et du niveau d'aptitude demandé, une biométrie et/ou des examens paracliniques sont réalisés.

Ces examens sont précisés en annexe III.

Le médecin examinateur établit à l'issue de son examen médical un certificat médico-administratif d'aptitude avec les conclusions d'aptitude qui est délivré au candidat.

3. CONTESTATIONS DES CONCLUSIONS EN MATIÈRE D'APTITUDE MÉDICALE.

3.1 Surexpertise.

En cas de contestation d'une conclusion médicale d'aptitude prononcée à l'occasion d'une visite médicale par un médecin des armées, une surexpertise médicale peut être demandée au service de santé des armées.

Lorsque la conclusion est rendue par un praticien de niveau 1 ou 2, une demande de surexpertise peut être formulée, dans un délai de deux mois après établissement de la conclusion, auprès du commandant du CMSSA dont relève le praticien ayant établi les conclusions et selon les modalités décrites à l'article 24 de l'arrêté de troisième référence.

En regard des niveaux de qualification décrits dans la présente instruction, le commandant du CMSSA, après étude du dossier, peut, s'il l'estime nécessaire, ordonner une surexpertise auprès d'un praticien d'un niveau supérieur à celui ayant émis les conclusions initiales.

Lorsque la conclusion est rendue par un praticien de niveau 3, une demande de surexpertise peut être formulée auprès de l'inspecteur du service de santé des armées pour l'armée de l'air et de l'espace selon les modalités décrites à l'article 13 de l'arrêté de deuxième référence.

3.2. Dérogation.

Le militaire déclaré inapte à l'issue de la période probatoire peut solliciter l'octroi d'une aptitude à servir par dérogation aux normes d'aptitude.

Lorsque les conclusions sont rendues par un praticien de niveau 1 ou 2, les modalités de l'article 25 de l'arrêté de troisième référence s'appliquent.

Lorsque les conclusions sont rendues par un praticien de niveau 3, les modalités de l'article 13 de l'arrêté de deuxième référence s'appliquent.

4. TEXTE ABROGÉ.

La présente instruction abroge l'instruction N° 700/DEF/DCSSA/PC/MA du 8 octobre 2015, relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

5. PUBLICATION.

La présente instruction est publiée au *Bulletin officiel des armées*.

Pour le ministre des armées et des anciens combattants et par délégation :

*Le médecin général des armées,
directeur central du service de santé des armées,*

Jacques MARGERY.

ANNEXE I. CONDITIONS MÉDICALES D'APTITUDE À L'ADMISSION

1. APTITUDE MEDICALE D'ADMISSION AU SAUT A OUVERTURE AUTOMATIQUE.

Les constatations faites au cours de l'expertise sont consignées par les médecins examinateurs dans le dossier médical du patient sur le SI métier.

Les conclusions d'aptitude sont notées sur le certificat médico-administratif d'aptitude.

1.1. Constitution physique générale.

Le profil morphologique doit respecter les critères suivants (dictés par les normes techniques des parachutes) :

- une taille supérieure ou égale à 1 m 60 et inférieure ou égale à 2 m 05 ;
- une masse corporelle supérieure ou égale à 55 kg et inférieure ou égale à 100 kg.

1.2. Examen clinique général.

Après chaque chirurgie, il convient de s'attacher à récupérer le compte-rendu opératoire, les éléments de suivi, de consolidation et d'aptitude à reprendre une activité sportive. Dans tous les cas, l'aptitude se juge sur l'examen clinique et la gêne fonctionnelle.

1.2.1 Squelette et système locomoteur.

Les affections ostéo-articulaires ou musculo-tendineuses en évolution justifient d'une inaptitude temporaire ou définitive selon le caractère d'irréversibilité.

Les ostéopathies fragilisantes, les arthropathies mécaniques avec gêne fonctionnelle

et les arthropathies inflammatoires sont incompatibles avec l'aptitude.

Les séquelles fonctionnelles d'affections congénitales ou acquises et les séquelles d'accidents justifient d'une inaptitude.

La présence de matériel d'ostéosynthèse justifie d'une inaptitude temporaire, qui ne peut cesser qu'après l'ablation de ce matériel et sans aucune séquelle et un recul de 3 mois.

Certains matériels mis en place de façon définitive (ex : vis de butée coracoïdienne ou agrafe ligamentaire) ou pour lesquels l'ablation peut comporter un risque chirurgical (membre supérieur par exemple) peuvent être tolérés si l'examen clinique est strictement normal.

Les petites ostéosynthèses avec vis, broche isolée ou mini-plaque, au niveau de la main, du carpe et du pied, sont compatibles avec l'aptitude.

1.2.1.1. Membres supérieurs.

- Epaule :

Un antécédent unique de luxation gléno-humérale datant de plus d'un an sans aucune séquelle à l'examen clinique comme en imagerie (scanner simple ou IRM) est compatible avec l'aptitude.

Un antécédent d'au moins deux luxations sans chirurgie de stabilisation justifie d'une inaptitude temporaire dans l'attente d'une éventuelle chirurgie.

Un antécédent de luxation scapulo-humérale avec existence d'une lésion de passage justifie d'une inaptitude temporaire, qui peut être levée après chirurgie de stabilisation type Bankart (rétention capsulaire) ou butée d'épaule au résultat fonctionnel parfait et après un délai de 2 ans sans récurrence. Le résultat fonctionnel sera apprécié par l'absence de limitation articulaire, une musculature de bonne qualité et une consolidation osseuse objectivée en TDM avec reconstruction avec absence de rupture de l'ostéosynthèse, de butée débordante et d'arthrose.

- Poignet :

Tout antécédent traumatique du poignet, présentant une séquelle cliniquement décelable à type de raideur significative ou d'instabilité, ou des signes radiologiques à type de pseudarthrose du scaphoïde ou d'arthrose justifie d'une inaptitude. L'état clinique sera évalué avec une radiographie datant de moins de 6 mois.

1.2.1.2. Membres inférieurs.

Justifient d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- les anomalies anatomiques et/ou les troubles de la statique du pied entraînant une gêne à la marche ou à la course ;
- les séquelles de fracture avec modification significative de l'axe ou de la longueur de l'os atteint ;
- le matériel prothétique ;
- les lésions osseuses fragilisantes des membres inférieurs.

Les fractures consolidées sans séquelle articulaire ni statique ne sont pas compatibles avec l'aptitude après un délai post-traumatique minimal de 3 mois pour la fibula, 6 mois pour le tibia et 1 an pour le fémur.

- Genou :

Une atteinte méniscale symptomatique, douloureuse ou instable justifie d'une inaptitude de même qu'une résection méniscale complète.

Après une lésion méniscale isolée, hors situation d'une résection méniscale complète, en l'absence totale de séquelle fonctionnelle ou douloureuse, l'aptitude peut être octroyée dans un délai d'un an post traitement.

En cas de ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA), la réévaluation de l'aptitude est réalisée à 12 mois post opératoire. L'examen recherchera une absence de laxité résiduelle antérieure différentielle, d'instabilité, de lésions ménisco-chondrale ou périphérique associées.

Une IRM de moins de 6 mois permettra d'évaluer la position des tunnels, la qualité du greffon et l'absence d'arthrose.

En cas de lésion méniscale associée et traitée, il sera recherché en sus une absence de retentissement ménisco-chondral. Un avis spécialisé sera recherché lorsqu'il persiste un doute sur l'étendue de la résection méniscale.

Une laxité postérieure ou collatérale (interne ou externe) chronique du genou justifie d'une inaptitude

d'une inaptitude.

Le genu valgum accentué (distance inter-malléolaire > 5 cm) et le genu varum excessif (distance inter-condylienne > 5 cm) examinés en position anatomique des pieds, imposent la réalisation d'une pangonométrie. Une valeur supérieure ou égale à 10° (en valeur corrigée) justifie d'une inaptitude.

Toute manifestation clinique symptomatique, suite à une luxation, une anomalie morphologique ou une pathologie de surcharge du complexe fémoro-patellaire justifient d'une inaptitude.

Un recul de 6 mois est demandé après une luxation et de 1 an en cas de chirurgie du ligament fémoro-patellaire médial (MPFL) pour évaluer l'aptitude.

- Cheville :

Une laxité et/ou une instabilité chronique non opérée(s) justifient d'une inaptitude.

Suite à une chirurgie, le résultat fonctionnel est évalué à un an de la chirurgie. L'aptitude est conditionnée par l'absence de séquelles fonctionnelles et de signes cliniques.

1.2.1.3. Rachis.

En matière d'axe rachidien l'évaluation de l'aptitude repose sur les données anamnestiques et cliniques éventuellement complétées par un examen d'imagerie.

Lors de l'évaluation médicale de la fonction rachidienne, le médecin s'attachera tout particulièrement à rechercher toute anomalie clinique morphologique et aux éléments de l'interrogatoire, notamment :

- des douleurs rachidiennes actuelles ou passées ;
- des antécédents de traumatisme du rachis et/ou de chirurgie ou procédure interventionnelle rachidienne ;
- des arguments pour un conflit radiculaire.

L'examen clinique portera une attention particulière sur des signes évocateurs :

- d'une scoliose ;

- d'une hypercyphose ou d'un défaut de cyphose thoracique ;
- d'une hyperlordose lombaire ou d'un défaut de lordose lombaire ;
- d'une raideur du rachis cervical ou lombaire ;
- d'une asymétrie dans les différents mouvements du rachis (rotation et latéroflexion).

L'examen appréciera également la musculature abdominale et vertébrale.

La présence d'anomalie(s) et/ou d'un antécédent de modification des courbures du rachis, doit motiver la réalisation d'un holorachis de face et de profil, en charge, selon la technique EOS (technique de référence) ou, à défaut, en radiographie standard.

Justifient d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- un antécédent de traumatisme du rachis ayant entraîné une chirurgie (arthrodèse) ou une procédure de radiologie interventionnelle (vertébroplastie/cimentoplastie) ;
- la répétition d'épisodes de rachialgies aiguës ou l'existence de rachialgies chroniques ;
- les lésions osseuses fragilisantes du rachis et du bassin ;
- les radiculalgies en cours par conflit disco-radiculaire opéré ou non ;
- un antécédent de chirurgie discale ;
- les troubles statiques rachidiens importants à point d'appel clinique ayant nécessité une imagerie :
- scoliose vraie avec rotation des corps vertébraux (avec un angle de Cobb supérieur à 20°) ;
- hypercyphose dorsale (T4/T12) d'angle supérieur à 50° ;
- spondylolyses avec spondylolisthésis de grades II et III ;
- blocs vertébraux congénitaux de plus de deux vertèbres avec retentissement sur la statique et/ou avec modifications morphologiques des corps vertébraux (hémivertèbre, hémicorps).

Sont compatibles avec l'aptitude à l'expertise d'admission et après holorachis en cas de point d'appel clinique :

- les attitudes scoliotiques (déviation frontale sans rotation vertébrale) réductibles en position fléchie ou couchée ;
- les anomalies mineures visibles sur les clichés radiographiques :
- anomalies de la charnière lombo-sacrée sans trouble statique du rachis ;
- déhiscences de l'arc postérieur des dernières vertèbres lombaires ou des premières vertèbres sacrées ;
- discrètes déformations vertébrales constitutionnelles ou séquelles de dystrophie de croissance ;
- toute autre dysmorphie vertébrale radiologique sans passé douloureux.
- un antécédent d'épisode unique de radiculalgie aiguë, avec existence d'une hernie discale non opérée, asymptomatique depuis plus de six mois ;
- les spondylolyses avec spondylolisthésis lombaires de L4 sur L5 ou de L5 sur S1, de grade I (ne dépassant pas le tiers de la longueur du plateau vertébral sur le cliché de profil) sans retentissement fonctionnel chez des sujets entraînés présentant une musculature dorso-lombaire et abdominale normalement développée.

1.2.2. Paroi abdominale.

Sont des causes d'inaptitude temporaire :

- les hernies de la paroi abdominale non traitées ;
- les éventrations non traitées.

Sont tolérées à l'expertise d'admission les hernies de paroi et les éventrations traitées chirurgicalement avec un recul de minimum 3 mois post-opératoire et un résultat fonctionnel satisfaisant.

1.2.3. Appareil cardio-vasculaire.

L'existence à l'interrogatoire d'antécédents familiaux de mort subite ou personnels de signes fonctionnels évoquant une pathologie cardio-vasculaire (syncope, douleur angineuse, dyspnée d'effort, palpitations, etc.) doit entraîner un avis spécialisé.

Toute anomalie anatomique et/ou fonctionnelle significative relevée à l'examen de l'appareil cardio-vasculaire entraîne la prescription d'un bilan en milieu spécialisé.

Le risque cardio-vasculaire absolu (grille score ou équivalent) est à évaluer et un bilan complémentaire doit être réalisé devant un risque modéré à sévère en regard de l'âge et des contraintes du milieu.

Le tour de taille, mesuré à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque, sera pris en compte dans l'évaluation du risque cardiovasculaire en regard des recommandations actuelles.

Est tolérée l'hypertension artérielle (HTA) essentielle bien équilibrée sans retentissement viscéral ou atteintes associées des organes cibles.

Justifient d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- une hypertension artérielle essentielle non équilibrée ou secondaire ;

- les valvulopathies acquises, dystrophiques et congénitales significatives ;

- les ECG anormaux, chez des candidats symptomatiques ou non :

- * un trouble du rythme auriculaire soutenu ou ventriculaire grave ;

- * un bloc auriculo-ventriculaire de haut degré (notamment BAV II Mobitz 2 et BAV III) ;

- * un bloc de branche gauche complet ;

- * un bloc bi-fasciculaire ;

- * une pathologie des canaux ioniques confirmée.

- tout traitement anticoagulant et antiagrégant.

Peuvent être tolérés à l'expertise d'admission après explorations complémentaires :

- le bloc de branche droit complet non associé à une affection cardiaque ou générale organique identifiée ;
- le syndrome de pré-excitation ventriculaire non associé à une cardiopathie et après exploration électrophysiologique éliminant une voie accessoire à risque ;
- les troubles de la repolarisation si les explorations fonctionnelles complémentaires ne montrent pas de cardiopathie.

1.2.4. Appareil respiratoire.

Justifient d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- les troubles ventilatoires obstructifs à la spirométrie dans le cadre d'un antécédent d'asthme ou de signes cliniques d'appel ;
- l'asthme, traité ou non ;
- les dystrophies bulleuses, les antécédents de pneumothorax spontané non opéré ;
- les séquelles d'interventions chirurgicales ou de blessures ayant entraîné des modifications pariétales ou parenchymateuses importantes ;
- les affections pleuro-pulmonaires évolutives.

Sont tolérés à l'expertise d'admission :

- les antécédents de tuberculose en l'absence de séquelles significatives et avec une EFR normale ;
- les antécédents de sarcoïdose guérie, avec un recul de 3 ans après le diagnostic, avec scanner et EFR normaux et après avis spécialisé ;
- la notion d'asthme de l'enfant, avec absence de symptômes, examen clinique actuel normal et spirométrie actuelle normale sans traitement et sans crise depuis plus de 3 ans ;
- les antécédents de pneumothorax spontané opéré après avis spécialisé.

1.2.5. Appareil digestif.

Toute atteinte fonctionnelle ou anatomique ayant un retentissement sur l'appareil digestif ainsi que toute limitation lors de l'évaluation de l'aptitude générale au service justifient d'une inaptitude.

Sont tolérées à l'expertise d'admission :

- les anomalies morphologiques mineures ;
- les séquelles d'intervention abdominale mineure, la récupération musculaire de la paroi abdominale étant par ailleurs complète.

1.2.6. Odontologie.

Un traitement orthodontique actif est toléré en initial, sans notion de durée.

Les prothèses mobiles totales mandibulaires ou maxillaires ne sont pas admises.

L'articulé dentaire doit être satisfaisant.

1.2.7. Appareil génito-urinaire.

Toute affection évolutive de l'appareil génito-urinaire et de ses annexes justifie d'une inaptitude.

Justifie d'une inaptitude temporaire à l'expertise d'admission :

- la lithiase de l'appareil urinaire en place ou, en cas d'antécédent, la mise en évidence d'affections locales ou générales non maîtrisées pouvant la favoriser.

Pour le personnel féminin :

- toute grossesse en cours contre-indique le saut en parachute et entraîne une inaptitude temporaire dès sa connaissance. Une nouvelle expertise doit être pratiquée à l'issue de la période gravidique et des congés légaux de maternité pour déterminer l'aptitude à la reprise.

1.2.8. Glandes endocrines.

Les troubles du métabolisme, de la nutrition et des fonctions endocriniennes peuvent entraîner une inaptitude temporaire ou définitive.

Justifie d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- le diabète insulino-réquerant ;
- toute maladie des glandes endocriniennes, non opérée ou non stabilisée par une hormonothérapie.

1.2.9. Organes hématopoïétiques.

Toute affection hématologique chronique et/ou évolutive justifie d'une inaptitude, notamment les splénomégalies avec ou sans retentissement fonctionnel.

Est tolérée à l'expertise d'admission :

- la splénectomie pour traumatisme datant de plus de 6 mois, en fonction des séquelles et sous réserve des vaccinations spécifiques recommandées réalisées.

1.2.10. Cancérologie.

Toute affection en cours d'évolution entraînant des manifestations cliniques justifie d'une inaptitude.

En cas d'antécédent d'affection, l'aptitude sera évaluée en fonction des séquelles fonctionnelles.

1.2.11. Système nerveux.

Le sujet examiné ne doit présenter ni antécédent, ni signe clinique d'affection évolutive du système nerveux.

Justifie d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- la maladie épileptique, toute crise épileptique de l'adulte quelle qu'en soit la cause, les anomalies EEG évocatrices d'un risque comitial ;

les antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ses enveloppes ;

- les antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ses enveloppes ,

- les pathologies de l'éveil et du sommeil avec retentissement sévère sur l'attention ;

- le traumatisme crânien léger entraînant des complications neuro-psychologiques (notamment un syndrome post-commotionnel non résolu, un état de stress post-traumatique) ;

- les séquelles fonctionnelles et morphologiques d'affections neurologiques congénitales ou acquises incompatibles avec l'activité sportive ;

- les traumatismes crâniens ayant justifié une intervention neurochirurgicale avec perte de substance osseuse.

Peuvent être tolérés à l'expertise d'admission :

- les antécédents de convulsions fébriles du nourrisson sans complications neurologiques ;

- l'épilepsie de l'enfance, ou crise isolée de l'enfance et de l'adolescence, sans traitement et sans symptôme depuis au moins 3 ans avec IRM et EEG normaux à l'âge adulte ;

- tout traumatisme crânien léger (avec perte de connaissance inférieure à trente minutes, sans fracture ni lésions parenchymateuses et en l'absence de troubles neurologiques) avec un recul supérieur à un an ;

- les anomalies EEG asymptomatiques après avis spécialisé.

1.2.12. Psychisme.

Les candidats présentant des troubles mentaux organiques, des troubles du comportement, des troubles de la personnalité et des troubles émotionnels pouvant avoir un retentissement sur la sécurité du candidat ou des militaires justifient d'une inaptitude lors de l'expertise initiale.

Les antécédents de trouble de l'humeur et de trouble névrotique liés à des facteurs de stress nécessitent un avis du spécialiste.

1.2.13. Conduites addictives.

Tout signe d'intoxication chronique recherché à l'interrogatoire, à l'examen clinique

et/ou paraclinique, évoquant un alcoolisme et/ou une toxicomanie justifie l'inaptitude.

Lors de l'expertise médicale d'admission ou de réadmission, tout usage de stupéfiant découvert par l'existence dans les milieux biologiques de toxiques ou de leurs métabolites systématiquement recherchés, doit entraîner l'inaptitude.

1.3. Examen ophtalmologique.

Lors de l'expertise d'admission :

- l'acuité visuelle, sans correction, doit être égale ou supérieure à 6/20 pour le total des deux yeux (3/10 et 3/10 ou 4/10 et 2/10 ou 5/10 et 1/10) ;

- l'acuité visuelle, avec correction, doit être égale ou supérieure à 16/20 pour le total des deux yeux (8/10 et 8/10 ou 7/10 et 9/10 ou 10/10 et 6/10) ;

- le degré d'amétropie ne doit pas dépasser -3 ou +3 dioptries ; les erreurs à la lecture des tables pseudo-iso chromatiques sont tolérées en l'absence de confusion franche entre les feux vert et rouge ;

- le sens du relief (test TNO) doit être satisfaisant.

Toute affection chronique et/ou évolutive de l'œil et de ses annexes justifie d'une inaptitude.

En cas de chirurgie réfractive, l'aptitude d'admission pourra être envisagée après un délai de 6 mois et après l'âge de 21 ans révolus.

L'aptitude sera déterminée par le médecin des forces dans les cas suivants :

- toute amétropie pré-opératoire au-delà de -10 ou +8 dioptries et/ou longueur axiale > 26 mm est incompatible avec l'aptitude.

- toute amétropie pré-opératoire entre -3 et +3 dioptries avec un fond d'œil de moins d'un an sans anomalie et une longueur axiale < 26 mm est compatible avec l'aptitude.

Dans tous les autres cas, l'avis du spécialiste militaire est requis.

1.4. Examen oto-rhino-laryngologique.

1.4.1. Appareil auditif.

L'acuité auditive évaluée par l'audiométrie tonale par voie aérienne doit au moins correspondre à la plage II de l'index 264 de l'arrêté de première référence pour chacune des deux oreilles.

Justifient d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- toute maladie chronique de la chaîne tympano-ossiculaire, même traitée chirurgicalement ;
- les lésions inflammatoires chroniques de l'appareil auditif ;
- les malformations nasales ou bucco-pharyngées avec gêne de la respiration.

Sont tolérés à l'expertise d'admission :

- les antécédents de mastoïdectomie correctement cicatrisée ;
- les antécédents de myringoplastie simple, sans ossiculoplastie.

1.4.2. Appareil vestibulaire.

Toute anomalie à l'examen clinique vestibulaire justifie d'une inaptitude à l'expertise d'admission.

1.5. Autre.

Une attention particulière sera portée à la présence de prothèses sur les zones d'appui du parachute, notamment en position pectorale et mammaire (volume, position, date de chirurgie et type de prothèse), en raison du risque de rupture lié à la compression induite par le parachute ventral. Un avis spécialisé pourra être requis.

2. APTITUDE MÉDICALE D'ADMISSION AU SAUT À OUVERTURE COMMANDÉE ET RETARDÉE.

Tous les candidats doivent répondre aux exigences particulières d'aptitude d'admission au SOA ainsi qu'aux exigences propres à la pratique du saut à ouverture commandée et retardée précisées ci-après.

2.1. Radiographie de la colonne vertébrale.

Elle ne doit être réalisée qu'à l'initiative du médecin examinateur en cas de traumatisme ou d'affection rachidienne survenu postérieurement à l'expertise d'aptitude d'admission au SOA.

2.2. Appareil cardio-vasculaire.

Outre l'examen clinique, le bilan comprend un ECG de repos de moins de 6 mois.

2.3. Organes hématopoïétiques.

La recherche d'arguments anamnestiques, cliniques et éventuellement biologiques pour une drépanocytose chez les candidats à risque est obligatoire.

2.4. Examen oto-rhino-laryngologique.

L'examen oto-rhino-laryngologique (ORL) doit s'attacher à éliminer tout ce qui peut être à l'origine d'un accident barotraumatique ou d'incapacité subite. Il sera recherché :

- des antécédents de type otite avec une pose d'aérateurs trans-tympaniques ;
- des antécédents de chirurgie de l'oreille moyenne et des sinus, ou d'intervention pour fente palatine ;
- des symptômes comme une obstruction nasale chronique, un trouble de l'odorat (anosmie, hyposmie) ou une rhinorrhée chronique.

Si un de ces symptômes ou antécédents est retrouvé ou en cas d'examen anormal des fosses nasales et des tympans, une imagerie (radiographie et/ou scanner) des sinus et un avis spécialisé seront demandés.

Le tympan doit être normal, fermé, mobile à l'épreuve de Valsalva.

Une audiométrie et une tympanométrie sont réalisées.

Justifient d'une inaptitude à l'expertise d'admission :

- la polypose naso-sinusienne symptomatique ;
- la dysperméabilité tubaire (pic décalé au-delà de -75daPa au tympanomètre), en l'absence de normalisation après traitement ;
- les sinusites maxillaires, frontales, éthmoïdales et sphénoïdales aiguës ou chroniques jusqu'à guérison complète ;
- les antécédents de chirurgie sinusienne pour pathologie chronique et polypose symptomatique ;
- les troubles chroniques de la perméabilité tubaire ou de la ventilation sinusienne.

Sont tolérées à l'expertise d'admission :

- les déviations de la cloison nasale n'entraînant pas de dysperméabilité tubaire ou sinusienne.

2.5. Examen ophtalmologique.

L'existence d'anomalies du champ visuel et de la vision nocturne doit être recherchée par un interrogatoire ciblé.

3. APTITUDE MÉDICALE D'ADMISSION AU SAUT OPÉRATIONNEL À GRANDE HAUTEUR JUSQU'AU FL 180 INCLUS.

Tous les candidats doivent répondre aux exigences propres à la pratique du SOA et du SOCR auxquelles s'ajoutent celles particulières à la pratique du saut opérationnel à grande hauteur.

Le candidat remplit le questionnaire de santé incluant les antécédents médicaux et notamment ophtalmologiques et le fournit au médecin chargé de l'expertise médicale.

3.1. Odontologie.

Toute anomalie significative (soins dentaires et amalgames) justifie un avis spécialisé d'un chirurgien-dentiste des armées avant décision d'aptitude.

3.2. Examen ophtalmologique.

L'acuité visuelle doit être égale au moins à 16/20 sans correction pour le total des deux yeux (soit 8/10 et 8/10 ou 9/10 et 7/10 ou 10/10 et 6/10).

La présence d'anomalies du champ visuel et de la vision nocturne doit être recherchée par un interrogatoire ciblé.

3.3. Exploration complémentaire.

Une exploration biologique associant une numération formule sanguine, une créatininémie, une recherche d'anomalies lipidiques, une glycémie veineuse à jeun, une bandelette urinaire et un test urinaire de recherche des stupéfiants sont pratiqués.

4. APTITUDE MÉDICALE D'ADMISSION AU SAUT OPÉRATIONNEL À TRÈS GRANDE HAUTEUR AU-DESSUS DU FL 180.

Tous les candidats doivent répondre aux exigences propres à la pratique du SOA, du SOCR et du SOGH auxquelles s'ajoutent celles particulières à la pratique du saut opérationnel à très grande hauteur. Toute anomalie susceptible de favoriser une hypoxie ou un aéroembolisme justifie d'une inaptitude.

Pour tous les candidats, cette visite d'admission est réalisée au CEMPN.

4.1. Examen ophtalmologique.

Le bilan est effectué dans le service d'ophtalmologie. Il comprend une acuité visuelle, un fond d'œil, un TNO et une topographie cornéenne.

4.2. Examen oto-rhino-laryngologique.

Le bilan est effectué dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

4.3. Explorations complémentaires.

Les examens nécessaires sont effectués au centre.

5. CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE PERSONNEL.

5.1. Personnel de soute.

Est considéré dans cette catégorie tout personnel participant aux activités spécifiques de largage en soute d'aéronef : largueurs et chefs largueurs, vérificateurs, arrimeurs, LMTGH (largueur matériel TGH), SMTGH (spécialiste matériel TGH), médecins ou infirmiers de soute, etc.

Le personnel de soute non TGH ne requiert pas d'aptitude médicale particulière hormis celle afférente à sa qualification au SOA, SOCR, ou SOGH.

Le personnel de soute appelé à effectuer des activités TGH au-dessus du FL 180 doit répondre aux conditions énoncées aux points 2.4., 3.1. et doit réaliser sa visite d'admission au CEMPN.

5.2. Pilote tandem.

Cette visite d'admission est réalisée au CEMPN. Pour les pilotes tandem réalisant des sauts TGH au-dessus du FL 180, les dispositions d'aptitude TGH sont respectées.

5.3. Passager tandem.

Une visite médicale est requise pour tout passager de parachute biplace. Elle peut être réalisée par un médecin de niveau 1.

Cet examen doit s'attacher à mettre en évidence une anomalie des membres inférieurs, de la colonne vertébrale, une affection cardio-vasculaire, un trouble de la perméabilité tubaire par tympanométrie si possible, ou manœuvre de Valsalva sous tympanoscopie, un état d'anxiété ou d'hyperémotivité pouvant contre-indiquer ce saut.

Les mêmes restrictions que celles exposées pour l'aptitude SOA s'appliquent pour ce qui concerne les antécédents de chirurgie réfractive.

Si le passager participe à un SOTGH, la visite d'aptitude d'admission est réalisée dans un CEMPN et les dispositions de l'aptitude au SOTGH sont respectées.

5.4. Candidat au stage du brevet de parachutisme prémilitaire.

Les conditions d'aptitude médicale du SOA doivent être respectées.

ANNEXE II.

CONDITIONS MÉDICALES D'APTITUDE RÉVISIONNELLE OU DE REPRISE

Lors des expertises médicales révisionnelles ou des expertises de reprise, les conditions médicales d'aptitude sont identiques aux conditions médicales d'aptitude d'admission au type de saut pratiqué. Toutefois, en dehors des cas d'emblée éliminatoires, certaines anomalies, séquelles ou insuffisances fonctionnelles mentionnées ci-après peuvent être tolérées et les cas particuliers peuvent faire l'objet d'une décision d'aptitude collégiale entre médecins du CMSSA, tracée dans le dossier médical selon l'arrêté de première référence.

1. APTITUDE MÉDICALE RÉVISIONNELLE OU DE REPRISE AU SAUT À OUVERTURE AUTOMATIQUE.

L'aptitude médicale au SOA est renouvelée tous les deux ans. Toutefois, l'audiométrie tonale est réalisée systématiquement tous les deux ans quel que soit l'âge. À partir de 40 ans, l'évaluation du risque cardio-vasculaire doit être réalisée (cf annexe I, point 1.2.3).

1.1. Constitution physique générale.

En cours de carrière ou de contrat, tous les parachutistes doivent répondre aux exigences particulières d'aptitude d'admission au SOA. Une constitution physique particulièrement athlétique peut autoriser un poids jusqu'à 105 kg.

1.2. Examen clinique général.

1.2.1. Squelette et système locomoteur.

Après chaque chirurgie, il faut s'attacher à disposer du compte-rendu opératoire, des éléments de suivi et de consolidation et des aptitudes à reprendre une activité sportive. Dans tous les cas, l'inaptitude se juge sur la gêne fonctionnelle.

Les séquelles ostéo-articulaires n'entraînant aucune gêne fonctionnelle sont compatibles avec l'aptitude.

1.2.1.1. Epaule

- un antécédent de deux épisodes ou plus de luxation non opérée est incompatible avec l'aptitude.

- une luxation de l'épaule opérée par un procédé de stabilisation en fonction du résultat fonctionnel est compatible avec l'aptitude sous réserve d'absence de limitation articulaire, de récurrence de luxation après chirurgie, de musculature de bonne qualité et d'un délai de plus de 6 mois après la chirurgie.

1.2.1.2. Genou

- une ligamentoplastie isolée du LCA datant de plus d'un an, sans laxité antérieure résiduelle, ni instabilité, sans lésion méniscale ou avec lésion méniscale traitée et sans lésion chondrale significative est compatible avec l'aptitude.

- une ligamentoplastie multi-ligamentaire ou une ligamentoplastie du LCA isolée avec instabilité ou laxité résiduelle ou lésion chondrale significative est incompatible avec l'aptitude. Un avis spécialisé peut être requis en cas de doute.

1.2.1.3. Rachis

Un antécédent de traumatisme du rachis ayant entraîné une chirurgie (arthrodèse) ou une procédure de radiologie interventionnelle (vertébroplastie/cimentoplastie) est incompatible avec l'aptitude.

Sont compatibles avec l'aptitude :

- les séquelles de fracture-tassement corporeale (inférieur à 1/3 de la hauteur du corps vertébral) de nature traumatique certaine, sans argument pour une fragilité osseuse localisée ou généralisée sous-jacente (siège antérieur des corps vertébraux

sans lésion du mur postérieur), sans gêne fonctionnelle, datant de plus de six mois, chez des sujets présentant une musculature dorso-lombaire et abdominale bien développée ;

- les processus arthrosiques décelés radiologiquement mais sans gêne fonctionnelle ;
- les conflits disco-radicaux opérés en fonction du résultat fonctionnel après un an post opératoire ;
- les conflits disco-radicaux cervicaux opérés avec mise en place de petit matériel d'ostéosynthèse de type cage d'arthrodèse cervicale sur un étage, avec ou sans plaque.

1.2.2. Système nerveux.

En cas de traumatisme crânien léger (association d'un TC et d'un état de conscience conservé – Glasgow entre 13 et 15, 30 min après le traumatisme) l'aptitude peut être restituée dans un délai de 4 semaines sous réserve de l'absence de séquelles et d'un examen clinique normal. De plus, la répétition des traumatismes crâniens, même légers, justifie un avis spécialisé après un délai minimum d'un mois.

En cas de traumatisme crânien avec lésion osseuse, troubles neurologiques ou perte de connaissance prolongée, l'aptitude peut être restituée après un délai d'un an, sous réserve de l'absence de séquelles et de la normalité des examens cliniques et paracliniques. Un bilan spécialisé est nécessaire.

1.2.3. Ophtalmologie.

En cas de chirurgie réfractive en cours de carrière, un délai post-opératoire de deux mois est nécessaire avant la visite de reprise des sauts.

1.2.4. Examen oto-rhino-laryngologique.

Sont tolérés :

- les perforations punctiformes asséchées du tympan ;
- pour la moins bonne oreille un déficit situé dans la plage audiométrique III de l'arrêté de première référence et pour la meilleure oreille, un déficit situé dans la plage audiométrique I.

Si l'audition est située dans la plage III l'audiométrie tonale par voie aérienne peut être

Si l'audition est située dans la plage III, l'audiométrie tonale par voie aérienne peut être complétée si nécessaire par une exploration vocale. Lorsque pour chaque oreille l'intelligibilité est de 100 p. 100 pour une intensité de stimulation inférieure ou égale à 50 décibels, l'aptitude peut être maintenue.

2. APTITUDE MÉDICALE RÉVISIONNELLE OU DE REPRISE AU SAUT À OUVERTURE COMMANDÉE ET RETARDÉE.

L'aptitude médicale est renouvelée tous les deux ans. La réalisation d'un électrocardiogramme de repos, d'une audiométrie et d'une tympanométrie est systématique. À 40 ans, un bilan biologique comprenant une glycémie veineuse à jeun et une exploration d'une anomalie lipidique doit être réalisé dans le cadre de l'évaluation du risque cardio-vasculaire absolu (grille score ou équivalent) et complétée si besoin.

2.1. Examen clinique général.

Pour ce qui concerne l'examen clinique général, les mêmes tolérances que celles des expertises révisionnelles SOA sont acceptées.

2.2. Examen oto-rhino-laryngologique.

Sont tolérés :

- les tympans cicatriciels sans trouble de la perméabilité tubaire contrôlée par tympanométrie ;
- pour la moins bonne oreille un déficit situé dans la plage audiométrique III de l'arrêté de première référence et pour la meilleure oreille, un déficit situé dans la plage audiométrique II.

3. APTITUDE MÉDICALE RÉVISIONNELLE OU DE REPRISE AU SAUT OPÉRATIONNEL À GRANDE HAUTEUR JUSQU'AU FL 180 INCLUS.

L'expertise médicale révisionnelle est au moins annuelle. Elle obéit strictement aux règles de l'expertise d'admission. Sont acceptées les mêmes tolérances que celles des expertises révisionnelles SOCR. La réalisation d'un électrocardiogramme de repos, d'une audiométrie et d'une tympanométrie est systématique. En cas d'anomalie, l'avis d'un médecin spécialiste des hôpitaux des armées ou d'un CEMPN est obligatoire.

Un test urinaire de recherche de stupéfiants est associé à ce bilan.

Tous les 4 ans, une exploration biologique associant une numération formule sanguine, une créatininémie, une glycémie veineuse à jeun, une recherche d'anomalies lipidiques, une bandelette urinaire, et un test urinaire de recherche des stupéfiants sont pratiqués.

4. APTITUDE MÉDICALE RÉVISIONNELLE OU DE REPRISE AU SAUT OPÉRATIONNEL À TRÈS GRANDE HAUTEUR AU-DESSUS DU FL 180.

L'expertise médicale révisionnelle est au moins annuelle et respecte les éléments du point 3.

Au-delà de 50 ans, une expertise médicale quadriennale est effectuée au CEMPN.

5. CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE PERSONNEL.

5.1. Personnel de soute

L'expertise médicale révisionnelle est au moins annuelle et respecte les éléments du point 3.

L'expertise médicale quadriennale est effectuée, quel que soit l'âge, au CEMPN.

5.2. Pilote tandem.

L'expertise médicale révisionnelle est au moins annuelle et respecte les éléments du point 3.

L'expertise médicale quadriennale est effectuée, quel que soit l'âge, au CEMPN.

5.3. Passager tandem.

La visite révisionnelle bisannuelle se fait en CMSSA.

Pour un passager tandem effectuant des sauts à très grande hauteur (au-dessus du FL 180), les conditions du point 4. doivent être respectées.

ANNEXE III.

TARI FAI 1 · RESPONSABILITÉ DES VISITES

TABLEAU 1 : RESPONSABILITÉ DES VISITES RÉVISIONNELLES ; TABLEAU 2 : CONTENU DES VISITES RÉVISIONNELLES

Tableau 1 : RESPONSABILITÉ DES VISITES RÉVISIONNELLES

		Visites	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
SOA		Admission	X	X	X
		Révisionnelle	X	X	X
		Reprise	X	X	X
SOCR (OSTA, 500, PEM), SOGH, GPCL, 510 Personnel de soute jusqu'au FL 180 inclus		Admission		X	X
		Révisionnelle	X	X	X
		Reprise	X	X	X
Pilote tandem (y compris TGH)		Admission			X
		Révisionnelle annuelle		X	X
		Révisionnelle quadriennale			X
		Reprise		X	X
TGH > FL 180	Dériveurs Personnel de soute Passager tandem	Admission			X
		Révisionnelle <50 ans		X	X
		Révisionnelle quadriennale >50 ans			X
		Reprise		X	X
Passager tandem < FL180		Initiale	X	X	X

Tableau 2 : CONTENU DES VISITES RÉVISIONNELLES

	Antenne Médicale (AM)				Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant (CEMPN)
	Visite révisionnelle	Holorachis	Biologie	Autres	CEMPN
SOA	1x/2ans	Uniquement sur point d'appel clinique			NON
SOCR (OSTA, 500, PEM)	1x/2 ans + tympanométrie		Bilan bio (Gà, E.A.L) à 40 ans À répéter si nécessaire		
Dériveurs (SOGH, GPCL, 510) Personnel de soute jusqu'au FL 180 inclus	1x/an + tympanométrie		Bilan bio (NFS, Créat, Gà, E.A.L) BU en admission puis tous les 4 ans Test stup urinaires annuel	Orthopantomogramme	
Pilote tandem (y compris TGH)					. Admission au CEMPN . Révisionnelle en AM . Quadriennale au CEMPN
TGH > FL 180			Dériveurs Personnel de soute		

	Passager tandem					Quadriennale au CEMPN seulement > 50 ans
SOA : Saut à ouverture automatique SOCR : Saut à ouverture commandée retardée OSTA : Officier supérieur des techniques aéroportées 500 : Parachutiste sportif PEM : Moniteur parachutiste				510 : Instructeur SOCR SOGH : Saut opérationnel à grande hauteur SOTGH : Saut opérationnel très grande hauteur GPCL : Gaine pour charges lourdes Personnel de soute : chefs largueurs, largueurs ops , LMTGH, SMTGH, VSOGH, médecins, infirmiers		