

BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES



Édition Chronologique n° 1 du 7 janvier 2016

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

Texte 3

INSTRUCTION N° 700/DEF/DCSSA/PC/MA
relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

Du 8 octobre 2015

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

INSTRUCTION N° 700/DEF/DCSSA/PC/MA relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

Du 8 octobre 2015

NOR D E F E 1 5 5 1 9 5 5 J

Références :

Arrêté du 20 décembre 2012 (JO n° 15 du 18 janvier 2013, texte n° 38 ; signalé au BOC 19/2013 ; BOEM 620-4.1.1).

Arrêté du 20 décembre 2012 (BOC N° 28 du 28 juin 2013, texte 9. BOEM 620-4.1)

Instruction n° 2800/DEF/DCSSA/AST/AME du 9 novembre 2004 (BOC, 2004, p. 6402 ; BOEM 590.2.4, 620-4.1.2.2) modifiée.

Instruction n° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA du 31 juillet 2014 (BOC n° 51 du 17 octobre 2014, texte 9 ; BOEM 620-4.1.1).

Texte abrogé :

Instruction n° 700/DEF/DCSSA/AST/AME du 9 juillet 2008 (BOC N° 36 du 26 septembre 2008, texte 5 ; BOEM 620-4.1.5.2) modifiée.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 620-4.1.2.2

Référence de publication : BOC n° 1 du 7 janvier 2016, texte 3.

La présente instruction a pour objet de définir les conditions médicales de détermination de l'aptitude à la pratique du parachutisme dans les armées.

Les normes d'aptitude et les modalités pratiques de la surveillance médicale des différentes catégories de parachutistes des armées, directions, services et gendarmerie nationale sont définies par des instructions particulières des états-majors et directions correspondants.

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 « médecin commandant le centre médical du service de santé des armées » est le médecin désigné à cet effet par la direction centrale du service de santé des armées ;
- le « commandement » regroupe les armées, directions, services et la gendarmerie nationale.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

1.1. Principes.

Le personnel militaire qui, de par ses fonctions, est amené à pratiquer le parachutisme et/ou à être affecté en unité aéroportée, doit être apte à subir les contraintes physiques et environnementales directement liées au saut

et à satisfaire aux exigences physiques particulières évaluées par des épreuves de souplesse et d'endurance dites « tests TAP ».

Cette aptitude à subir en tous lieux et en toutes circonstances les efforts physiques et les contraintes du parachutisme militaire est déterminée lors des expertises médicales initiales, révisionnelles (annuelles ou quadriennales), de réadmission et de reprise d'activité. Cette dernière est obligatoire après interruption temporaire d'activité parachutiste, en particulier après accident de saut.

L'examen d'aptitude est un examen médical soumis aux règles habituelles de la déontologie et de l'éthique médicales, dans le respect des textes de référence.

Le candidat remplit le questionnaire médico-biographique initial (imprimé n° 620-4*/9 lors de sa visite initiale et imprimé n° 620-4*/16 lors des visites ultérieures) qu'il fournit au praticien chargé de l'expertise médicale.

Les candidats à la pratique du parachutisme militaire doivent satisfaire par ailleurs aux critères médicaux d'aptitude à l'engagement dans leur armée, direction ou service.

Lors de l'expertise d'aptitude initiale, une grande rigueur est demandée pour l'application des normes. Lors des visites périodiques, il pourra être admis des aptitudes par dérogation 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 régional de santé (CRS) 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, trois 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 et très grande hauteur (SOGH/SOTGH).

Des exigences particulières sont définies pour l'accès à certaines fonctions, notamment l'aptitude au pilote tandem (PT) avec passager ou gaine port de charges lourdes (GPCL).

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 :

- initiales ;
- révisionnelles :
 - annuelles (aptitudes SOA, SOCR, SOGH/SOTGH et PT) ;
 - quadriennales pour le SOTGH et le PT avec passager ou GPCL ;
- de reprise à l'issue d'un accident ou de maladie ;

- de réadmission (personnels devant servir à nouveau dans une unité dite « TAP », après une mutation hors de ces unités).

1.4. Niveau de compétence requis.

Le niveau de compétence requis dépend du type d'expertise médicale.

Un médecin des armées ayant été formé à cet effet à l'école du Val-de-Grâce au sein du département de formation initiale et spécialisée (EVDG/DFIS) ou au CMSSA peut effectuer les expertises suivantes :

- expertise médicale initiale ou de réadmission au SOA ;
- expertise médicale révisionnelle au SOA, au SOCR ou au SOGH.

En cas d'incertitude sur l'aptitude médicale, l'avis d'un médecin relevant du service de santé des armées titulaire du certificat de médecine appliquée au parachutisme (CMAP) ou du brevet de médecine aéronautique de défense (BMAD) délivrés par l'école du Val-de-Grâce est requis.

Un médecin des armées titulaire du CMAP ou du BMAD peut effectuer les expertises suivantes :

- expertise médicale initiale ou de réadmission au SOA, au SOCR et au SOGH ;
- expertise médicale révisionnelle ou de reprise au SOA, au SOCR ou au SOGH ;
- expertise médicale révisionnelle ou de reprise au SOTGH ou au PT, sous réserve que la dernière expertise au centre d'expertise médicale du personnel navigant (CEMPN) remonte à moins de 4 ans.

En cas d'incertitude sur l'aptitude médicale, l'avis d'un CEMPN ou d'un praticien spécialiste des hôpitaux des armées est requis.

Un CEMPN peut réaliser toutes les expertises médicales précédentes. Il est obligatoirement sollicité pour les expertises suivantes :

- expertise médicale initiale ou de réadmission au SOTGH et au PT ;
- expertise médicale révisionnelle quadriennale au SOTGH ou au PT ;
- expertise médicale initiale des personnels de soute participant au SOTGH.

1.5. Périodicité des expertises révisionnelles.

Les expertises révisionnelles sont réalisées tous les ans pour l'aptitude au SOA, au SOCR, au SOGH, au SOTGH et au PT. Elles coïncident, si possible, avec la visite médicale périodique. 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 10. de l'arrêté de première référence s'appliquent à ces expertises révisionnelles.

1.6. Point particulier.

Sauf mention contraire, les conditions d'aptitude médicale à respecter lors d'une expertise médicale de réadmission sont celles des expertises révisionnelles. Quand une exploration pratiquée en visite initiale est requise en visite de réadmission, cette obligation est précisée au point 2. de la présente instruction.

2. CONDITIONS MÉDICALES D'APTITUDE INITIALE.

2.1. Aptitude médicale initiale au saut à ouverture automatique.

Les constatations faites au cours de l'expertise sont consignées par les médecins examinateurs sur le certificat médical d'aptitude initiale n° 620-4*/10.

Les conclusions d'aptitude sont notées sur le certificat médico-administratif d'aptitude initiale n° 620-4*/12.

2.1.1. *Constitution physique générale.*

Le profil morphologique doit respecter les critères suivants :

- une taille inférieure à 1 m 60 ou supérieure à 2 m 05 n'est pas compatible avec la pratique du parachutisme militaire ;
- pour une taille comprise entre 1,60 m et 1,95 m, la masse corporelle doit être comprise entre 55 kg et 90 kg ;
- pour une taille comprise entre 1 m 95 et 2 m 05, la masse corporelle peut fluctuer jusqu'à 105 kg.

L'estimation de la surcharge pondérale repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), correspondant au rapport du poids (exprimé en kg) sur le carré de la taille (exprimée en mètre).

En visite initiale, l'IMC peut atteindre 27 kg/m² chez un sujet particulièrement musclé.

Quand l'IMC dépasse 25, l'examen clinique comprend alors la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque. Une inaptitude au parachutisme militaire est prononcée si le tour de taille dépasse 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme.

2.1.2. *Examen clinique général.*

2.1.2.1. *Squelette et système locomoteur.*

Toute affection ostéo-articulaire ou musculo-tendineuse en évolution ainsi que toutes les séquelles fonctionnelles d'affections congénitales ou acquises et les séquelles d'accidents entraînent l'inaptitude, à l'exception des tolérances énoncées ci-après.

La présence de matériel d'ostéosynthèse entraîne une inaptitude temporaire qui ne peut cesser qu'avec l'ablation de ce matériel et en l'absence de toute séquelle. Cependant, certains matériels mis en place de façon définitive (ex : vis de butée coracoïdienne ou agrafe ligamentaire) ou pour lequel l'ablation peut comporter un risque chirurgical (membre supérieur par exemple) peuvent être tolérés si l'examen clinique est strictement normal.

Les ostéopathies fragilisantes, les arthropathies mécaniques avec gêne fonctionnelle et les arthropathies inflammatoires des membres sont éliminatoires.

2.1.2.1.1. Membres supérieurs.

Les luxations récidivantes de l'épaule non opérées, ainsi que les luxations opérées dont le résultat fonctionnel est incompatible avec la réalisation des épreuves physiques dites tests TAP sont éliminatoires à l'expertise initiale.

2.1.2.1.2. Membres inférieurs.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les anomalies anatomiques et/ou les troubles de la statique du pied entraînant une gêne à la marche ou à la course ;
- les séquelles fonctionnelles d'entorse grave des différentes articulations des membres inférieurs ;
- les séquelles de fracture avec modification de l'axe ou de la longueur de l'os atteint ;
- les *genu valgum* accentués (distance inter-malléolaire > 5cm) et les *genu varum* excessifs (distance inter-condylienne > 5cm) ;
- les lésions méniscales et les lésions cartilagineuses ;
- la laxité antérieure chronique du genou opérée ou non ;
- le matériel prothétique ;
- les lésions osseuses fragilisantes des membres inférieurs ;
- la laxité et/ou instabilité chronique opérée(s) ou non des chevilles.

Sont tolérés à l'expertise initiale :

- les anomalies de la statique du pied sans gêne à la marche ou à la course ;
- les *genu valgum* modérés (distance inter-malléolaire < 5cm) et les *genu varum* modérés (distance inter-condylienne < 5cm) ;
- les fractures sans séquelle articulaire ni statique, consolidées depuis plus de :
 - trois mois pour le péroné ;
 - six mois pour le tibia ;
 - un an pour le fémur ;
- les antécédents de méniscectomie sans gêne fonctionnelle ni instabilité du genou.

2.1.2.1.3. Colonne vertébrale.

L'avis d'aptitude est prononcé après un examen radio-clinique :

- l'examen radiographique du rachis en orthostatisme comprend :
 - un télérachis de face ;
 - les trois segments rachidiens (cervical, dorsal, lombaire) de profil ;

Les clichés sont conservés dans le dossier médical.

- l'examen clinique comprend :

- un interrogatoire rigoureux à la recherche d'un passé douloureux vertébral avec ou sans manifestation actuelle ;
- un examen clinique soigneux du rachis (examen statique et dynamique et palpation de tout l'axe rachidien) ;
- une appréciation de la musculature abdominale et vertébrale.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les séquelles de traumatismes graves ayant entraîné une instabilité rachidienne ou nécessité une chirurgie réparatrice ;
- la répétition fréquente d'épisodes douloureux aigus du rachis ou l'existence de rachialgies chroniques ;
- les lésions osseuses fragilisantes du rachis et du bassin ;
- les radiculalgies par conflit disco-radiculaire opérées ;
- les troubles statiques rachidiens importants :
 - scoliose vraie avec rotation des corps vertébraux (avec un angle de scoliose supérieur à 15°) ;
 - hypercyphose dorsale d'angle supérieur à 50° ;
 - les spondylolyses avec spondylolisthésis de types II et III ;
 - les blocs vertébraux congénitaux ou acquis de deux vertèbres et plus avec retentissement sur la statique et/ou avec modifications morphologiques des corps vertébraux (hémivertèbre, hémicorps).

Sont tolérées à l'expertise initiale :

- les attitudes scoliotiques 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 lombaires ou premières sacrées ;
 - discrètes déformations vertébrales constitutionnelles ou séquelles de dystrophies de croissance ;
 - toute autre dysmorphie vertébrale radiologique sans passé douloureux compatible avec le classement G = 2 ;
- les spondylolyses avec spondylolisthésis lombaires de L5/S1 ou de L4/L5 de type I (ne dépassant pas le tiers de la longueur du plateau sacré sur le cliché de profil) sans retentissement fonctionnel chez des sujets entraînés présentant une musculature dorso-lombaire et abdominale normalement développée.

2.1.2.2. *Paroi abdominale.*

Sont des causes d'inaptitude temporaire :

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

2.1.2.3. *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, etc.) peut entraîner un avis spécialisé.

L'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'appareil cardio-vasculaire est nécessaire. Toute anomalie relevée à l'examen de cet appareil entraîne la prescription d'un bilan en milieu spécialisé.

La pression artérielle doit être inférieure à 140 mmHg pour la pression systolique et 90 mmHg pour la pression diastolique. Dans les cas limites, une évaluation plus précise sera entreprise en particulier avec mesure ambulatoire sur 24 heures.

La constatation d'un souffle à l'auscultation ou de tout autre élément stéthacoustique surajouté aux bruits normaux peut justifier un contrôle échocardiographique.

Un électrocardiogramme (ECG) est pratiqué systématiquement lors de l'expertise initiale ou de réadmission. Après 40 ans, un ECG d'effort est pratiqué.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- une hypertension artérielle sévère (pression artérielle systolique supérieure à 180 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure à 110 mmHg) ;
- une hypotension orthostatique avérée ;
- les valvulopathies acquises, dystrophiques et congénitales ;
- les ECG évoquant, chez des candidats symptomatiques ou non :
 - un aspect d'arythmie complète ;
 - un trouble du rythme auriculaire soutenu ou ventriculaire grave ;
 - un bloc auriculo-ventriculaire de haut degré ou un bloc de branche gauche complet ;
- avant 30 ans, les varices des membres inférieurs avec ou sans retentissement fonctionnel ;
- tout traitement anticoagulant.

Sont tolérés à l'expertise initiale :

- les hypertensions artérielles modérées avec niveau de risque cardiovasculaire faible (selon les tables de risque), après avis d'un spécialiste ;
- les tachycardies sinusales, en l'absence d'étiologie organique sous réserve de leur réduction au repos et de l'absence d'altération de la tolérance à l'effort ;

- les bradycardies physiologiques chez un sujet pratiquant une activité sportive régulière et soutenue, sans passé de syncope, réagissant favorablement aux épreuves d'effort par une adaptation normale de la fréquence ;
- les blocs auriculo-ventriculaires du premier degré avec un espace PR inférieur ou égal à 24 centièmes de seconde et les blocs auriculo-ventriculaires du deuxième degré de type Luciani-Wenckebach, sous réserve de la disparition de l'anomalie à l'effort ;
- les aspects de bloc de branche droit incomplet et isolé ;
- les aspects de bloc de branche droit complet après réalisation d'une échocardiographie, d'une épreuve d'effort, d'un Holter-ECG et avis spécialisé ;
- les troubles de l'excitabilité sporadiques, si besoin après explorations non invasives et avis du spécialiste ;
- les troubles de la repolarisation, sous réserve de la normalité d'une évaluation comportant au minimum une échocardiographie et une consultation cardiologique ;
- les hémorroïdes sans gêne fonctionnelle ;
- au-delà de 30 ans, les varices des membres inférieurs sans gêne à la marche et à la course.

Les pré-excitations ventriculaires nécessitent l'avis du spécialiste :

- une pré-excitation compatible avec un classement G = 2 peut être tolérée après examens cardiologiques non invasifs et exploration électro-physiologique, sous réserve de l'absence de symptôme, de cardiopathie identifiée ou de traitement susceptible de nuire à la sécurité ;
- une pré-excitation traitée radicalement peut être tolérée après un délai de 3 mois, en l'absence de séquelle clinique et électro-cardiographique, de traitement ou de cardiopathie identifiée sur les examens cardiologiques non invasifs.

2.1.2.4. Appareil respiratoire.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les troubles ventilatoires obstructifs à l'EFR (demandée devant un signe d'appel clinique) ;
- l'asthme-maladie en évolution ;
- 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 initiale :

- les antécédents de tuberculose en l'absence de séquelle significative et avec une EFR normale ;
- les antécédents de sarcoïdose guérie, avec un recul de 3 ans et après avis spécialisé ;
- la notion d'asthme de l'enfance, avec absence de symptômes, examen clinique actuel normal et spirométrie actuelle normale sans traitement et sans crise depuis plus de trois ans ;

- les antécédents de pneumothorax spontané opéré après avis spécialisé.

2.1.2.5. Appareil digestif.

L'aptitude nécessite l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'appareil digestif et de ses annexes.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les maladies chroniques inflammatoires de l'intestin ;
- les affections hépatiques chroniques ;
- les affections pancréatiques chroniques.

Sont tolérées à l'expertise initiale :

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

2.1.2.6. Denture.

La denture doit être en bon état et le coefficient de mastication au moins égal à 50 p. 100. Les prothèses fixes entrent en ligne de compte pour le calcul du coefficient de mastication.

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

L'articulé dentaire doit être normal.

2.1.2.7. Appareil génito-urinaire.

Toute affection évolutive de l'appareil génito-urinaire et de ses annexes entraîne l'inaptitude.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les atteintes anatomiques et fonctionnelles de l'appareil génito-urinaire ;
- les varicocèles de gros volume ;
- les ectopies testiculaires non opérées ;
- la lithiase de l'appareil urinaire en place ou, en cas d'antécédent, la mise en évidence d'affections locales ou générales pouvant la favoriser.

Sont tolérées à l'expertise initiale :

- les petits varicocèles physiologiques ;
- les protéinuries isolées de caractère transitoire ou orthostatique ;
- l'hématurie microscopique isolée telle que définie à l'index 158 de l'arrêté de seconde référence ;
- les antécédents de lithiase ou de colique néphrétique si l'imagerie médicale et/ou le bilan étiologique s'avèrent négatifs.

2.1.2.8. Glandes endocrines.

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

Est éliminatoire à l'expertise initiale :

- le diabète sucré.

Sont tolérés après avis du spécialiste :

- les maladies des glandes endocrines, stabilisées par une hormonothérapie substitutive ou opérées, considérées comme guéries, avec ou sans traitement.

2.1.2.9. Organes hématopoïétiques.

L'aptitude nécessite l'absence de toute affection hématologique chronique et/ou évolutive.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les splénomégalias avec ou sans retentissement fonctionnel.

Sont tolérées à l'expertise initiale :

- la pseudo polyglobulie microcytaire révélant une thalassémie mineure en l'absence d'anémie ;
- la splénectomie pour traumatisme datant de plus de 6 mois, en fonction des séquelles et sous réserve des vaccinations spécifiques.

2.1.2.10. Cancérologie.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- les antécédents d'hémopathies ;
- toutes maladies malignes en cours d'évolution.

Sont tolérés à l'expertise initiale :

- les antécédents d'affections malignes considérées comme guéries et après avis spécialisé.

2.1.2.11. Système nerveux.

L'intégrité clinique et fonctionnelle du système nerveux est obligatoire.

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

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- la maladie épileptique ;
- les antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ses enveloppes ;
- les troubles de l'éveil et du sommeil ;
- le syndrome subjectif post-commotionnel ;

- les séquelles fonctionnelles d'affection neurologique congénitale ou acquise empêchant la réalisation des tests TAP ;
- les traumatismes crâniens ayant justifié une intervention neurochirurgicale avec perte de substance osseuse.

Peuvent être tolérés à l'expertise initiale :

- les antécédents de convulsions fébriles du nourrisson ;
- l'épilepsie bénigne de l'enfance sans aucune manifestation neurologique ultérieure ;
- tout traumatisme crânien bénin (si la perte de connaissance a été prolongée, l'aptitude impose un recul de plus d'un an et la normalité des examens cliniques et paracliniques) ;
- les anomalies EEG asymptomatiques après avis spécialisé.

2.1.2.12. Psychisme.

Sont éliminés à l'expertise initiale les candidats présentant des troubles mentaux organiques, des troubles du comportement, des troubles de la personnalité et des troubles émotionnels.

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

2.1.2.13. Conduites addictives.

Tout signe d'intoxication chronique justifie l'inaptitude, en particulier tout élément clinique et/ou paraclinique évoquant un alcoolisme et/ou une toxicomanie.

Tout usage de stupéfiant découvert par l'existence dans les milieux biologiques de toxiques ou de leurs métabolites, recherchés systématiquement à l'expertise initiale ou de réadmission, peut entraîner l'inaptitude.

2.1.3. Examen ophtalmologique.

Lors de l'expertise initiale :

- l'acuité visuelle, sans correction, doit être égale ou supérieure à 3/10 pour chaque œil ou 4/10 et 2/10 ou 5/10 et 1/10 ;
- l'acuité visuelle, avec correction, doit être égale ou supérieure à 8/10 pour chaque œil 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 champ visuel binoculaire horizontal, réalisé au doigt par confrontation, ne doit pas être inférieur à 140° et/ou champ visuel vertical inférieur à 60° ;
- le sens du relief (test TNO) doit être satisfaisant.

Toute affection chronique et/ou évolutive de l'œil et de ses annexes est incompatible avec l'aptitude.

En ce qui concerne la chirurgie réfractive, le classement Y est déterminé selon l'index 248 de l'arrêté de seconde référence. Toute chirurgie réfractive datant de moins de six mois ou toute chirurgie pratiquée avant

l'âge de 20 ans et jusqu'à 21 ans est une cause d'inaptitude.

Lorsque la chirurgie date de plus de six mois et que le candidat a plus de 21 ans :

- en expertise médicale initiale réalisée dans le cadre d'un recrutement dans les armées, un avis spécialisé est systématiquement recherché ;
- en visite d'admission en cours de carrière, en l'absence d'un avis spécialisé, celui-ci est systématiquement recherché. Dans l'éventualité où cette expertise aurait déjà été réalisée, la décision d'aptitude est la suivante :
 - Y = 2 apte ;
 - Y = 3 nouvel avis spécialisé si le spécialiste ne s'est pas prononcé sur l'aptitude TAP lors de la première expertise ;
 - Y > 3 inapte.

Après 40 ans, en expertise initiale et de réadmission, un examen du fond d'œil ainsi que la prise de la pression oculaire sont pratiqués systématiquement.

2.1.4. Examen oto-rhino-laryngologique.

2.1.4.1. Appareil auditif.

L'acuité auditive évaluée par l'audiométrie tonale par voie aérienne doit au moins correspondre à la plage II de l'arrêté de seconde référence à son index 269 pour chacune des deux oreilles.

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- 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 initiale :

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

2.1.4.2. Appareil vestibulaire.

Toute anomalie à l'examen clinique vestibulaire est éliminatoire à l'expertise initiale.

2.2. Aptitude médicale initiale au saut à ouverture commandée et retardée.

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

2.2.1. Radiographie de la colonne vertébrale.

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

2.2.2. Appareil cardio-vasculaire.

Outre l'examen clinique, le bilan comprend un ECG de repos systématique.

2.2.3. Organes hématopoïétiques.

Les drépanocytoses homozygotes et hétérozygotes sont éliminatoires.

2.2.4. Examen oto-rhino-laryngologique.

Il sera réalisé par le médecin du CMSSA complété par un avis spécialisé si besoin.

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, un scanner des sinus et un avis spécialisé seront demandés.

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

Sont éliminatoires à l'expertise initiale :

- 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, ethmoïdales 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 initiale :

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

2.2.5. Examen ophtalmologique.

Il doit répondre aux conditions du point 2.1.3., et la vision nocturne ne doit pas présenter de trouble important.

2.3. Aptitude médicale initiale au saut opérationnel à grande et très grande hauteur et pilote tandem avec passager ou gaine port de charges lourdes.

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 et très grande hauteur.

2.3.1. Appareil cardio-vasculaire.

Pour les candidats au SOTGH et au pilote tandem, un électrocardiogramme d'effort est systématiquement réalisé avant l'expertise au CEMPN. Son résultat est apporté lors de l'expertise médicale.

2.3.2. Denture.

Un orthopantomogramme est réalisé. Toute anomalie significative justifie un avis spécialisé avant décision d'aptitude.

2.3.3. 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).

Le champ visuel ne doit pas présenter d'anomalie.

Les dispositions prévues aux points 2.1.3. et 2.2.5. doivent être respectées.

2.3.4. Examen oto-rhino-laryngologique.

Pour les candidats au SOTGH et au PT, le bilan est effectué dans le service d'oto-rhino-laryngologie d'un CEMPN. Il répond aux conditions énoncées aux points 2.1.4. et 2.2.4. et peut justifier une imagerie des sinus de la face.

2.4. Exigences particulières.

2.4.1. Personnel féminin.

L'état de grossesse contre-indique le saut en parachute et entraîne une inaptitude temporaire dès sa connaissance. Une nouvelle expertise doit être pratiquée après l'accouchement ou l'interruption de grossesse pour déterminer l'aptitude à l'issue des congés réglementaires.

La fréquence de l'anémie par carence martiale chez la jeune femme réglée incitera à vérifier l'absence d'épisode antérieur, mis en évidence par exemple sur la numération réalisée après l'incorporation. En cas de doute, une numération formule sanguine est effectuée.

L'existence de prothèses mammaires impose l'avis d'un spécialiste militaire en chirurgie plastique. Le médecin des forces prend sa décision au cas par cas, en tenant compte de cet avis, de la taille de la prothèse, des circonstances de la pose et de la nature des missions réalisées. En cas d'incertitude, une visite médicale au CEMPN est déclenchée pour décision d'aptitude.

2.4.2. Largueur et chef largueur.

Les candidats doivent répondre aux autres conditions d'aptitude initiale au SOA (point 2.1.).

2.4.3. Moniteur et officier spécialiste des techniques aéroportées.

Les candidats doivent répondre aux autres exigences d'aptitude initiale au SOA et au SOCR (point 2.2.).

2.4.4. Personnel de soute participant aux campagnes de saut à très grande hauteur.

Tous les personnels de soute participant aux campagnes de saut à très grande hauteur (largueur, chef largueur, spécialistes du matériel, médecin, etc.) doivent répondre aux normes oto-rhino-laryngologiques des points 2.1.4. et 2.2.4.

La visite médicale d'aptitude initiale est effectuée dans un CEMPN. Toute anomalie susceptible de favoriser une hypoxie ou un aéroembolisme impose l'inaptitude.

2.4.5. Passager de parachute biplace.

Tout militaire en activité apte au service peut être passager d'un vol en parachute biplace. Avant le saut, une visite médicale de contrôle est pratiquée par le médecin des forces titulaire de la formation de premier niveau. Elle coïncide si possible avec la visite médicale périodique. 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 ou manœuvre de Valsalva sous tympanoscopie, un état d'anxiété ou d'hyperémotivité pouvant contre-indiquer ce saut.

Les mêmes restrictions que celles exposées au point 2.1.3. s'appliquent pour ce qui concerne les antécédents de chirurgie réfractive.

Si le passager participe à un SOTGH, la visite d'aptitude initiale est réalisée dans un CEMPN et les dispositions du point 2.4.4. sont respectées.

2.4.6. Candidat au stage du brevet de parachutisme prémilitaire.

Les conditions d'aptitude médicale du point 2.1. doivent être respectées et un holorachis systématique est exigé.

3. 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 initiale au type de saut pratiqué. Toutefois, certaines anomalies, séquelles ou insuffisances fonctionnelles mentionnées ci-après peuvent être tolérées.

À l'issue de toute expertise de reprise ou d'expertise révisionnelle quadriennale au CEMPN, le médecin examinateur ou le médecin-chef du CEMPN est amené à formuler un des avis suivant :

- aptitude médicale au maintien dans l'emploi ;
- inaptitude médicale temporaire ;
- inaptitude médicale.

Cet avis peut être accompagné d'un avis favorable de maintien de l'aptitude par dérogation aux normes médicales d'aptitude, avis éventuellement assorti de restrictions d'emploi.

3.1. Aptitude médicale révisionnelle ou de reprise au saut à ouverture automatique.

L'aptitude médicale au SOA est renouvelée tous les ans, dans le cadre de la visite médicale périodique. L'expertise respecte les règles de la visite médicale périodique, conformément à l'instruction de quatrième référence. Toutefois, l'audiométrie tonale est réalisée tous les deux ans quel que soit l'âge. Après 40 ans, un ECG d'effort est pratiqué. En cas de normalité, il est renouvelé tous les 4 ans.

3.1.1. Constitution physique générale.

En cours de carrière ou de contrat, un IMC jusqu'à 27kg/m² peut être toléré chez un sujet particulièrement musclé. Quand l'IMC dépasse 25, l'examen clinique comprend alors la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque. Une inaptitude au parachutisme militaire est prononcée si le tour de taille dépasse 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme.

3.1.2. Examen clinique général.

3.1.2.1. Squelette et système locomoteur.

Sont tolérées :

- les séquelles ostéo-articulaires n'entraînant aucune gêne à la pratique des tests physiques et des sauts ;
- la ligamentoplastie strictement isolée du ligament croisé antérieur (LCA) datant de plus d'un an, sans laxité résiduelle antérieure, ni instabilité, sans lésion ménisco-chondrale ni périphérique associée. Le compte rendu opératoire est indispensable pour tout genou opéré ;
- l'instabilité chronique de la cheville stabilisée par ligamentoplastie.

3.1.2.1.1. Colonne vertébrale.

Sont tolérés :

- 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.

3.1.2.2. Système nerveux.

Sont tolérés les troubles de l'éveil et/ou du sommeil bien contrôlés par un traitement modeste sans effet secondaire.

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 séquelle et de la normalité des examens cliniques et paracliniques. Le bilan spécialisé réalisé selon l'index 346 de l'arrêté de seconde référence doit permettre un classement G = 2.

3.1.3. Examen oto-rhino-laryngologique.

Sont tolérées :

- les perforations punctiformes asséchées du tympan ;

L'exploration audiométrique tonale par voie aérienne des 2 oreilles doit donner un classement O = 3.

L'audiométrie tonale par voie aérienne qui donne un classement supérieur à O = 3 peut être complétée 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.

3.2. Aptitude médicale révisionnelle ou de reprise au saut à ouverture commandée et retardée.

L'aptitude médicale est renouvelée au moins annuellement et coïncide si possible avec une visite médicale périodique. L'expertise respecte les règles de la visite médicale périodique, conformément à l'instruction de quatrième référence. Toutefois, la réalisation d'un électrocardiogramme de repos, d'une audiométrie et d'une tympanométrie est systématique. Après 40 ans, un ECG d'effort est pratiqué. En cas de normalité, il est renouvelé tous les 4 ans.

3.2.1. Examen clinique général.

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

3.2.2. 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 seconde référence et pour la meilleure oreille, un déficit situé dans la plage audiométrique II.

3.3. Aptitude médicale révisionnelle ou de reprise au saut opérationnel à grande et très grande hauteur et au pilote tandem avec passager ou gaine port de charges lourdes.

L'expertise médicale révisionnelle est au moins annuelle. L'expertise respecte les règles de la visite médicale périodique, conformément à l'instruction de quatrième référence. Toutefois, 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. Après 40 ans, un ECG d'effort est pratiqué. En cas de normalité, il est renouvelé tous les 4 ans. Pour les pilotes tandem avec passager, l'ECG d'effort est réalisé tous les deux ans quel que soit l'âge.

L'expertise médicale obéit aux mêmes règles que celles de l'expertise initiale. Sont acceptées les mêmes tolérances que celles des expertises révisionnelles SOCR.

Tous les 4 ans, les personnels participant aux SOTGH et les pilotes tandem effectuent une expertise médicale au CEMPN.

3.4. Exigences particulières.

3.4.1. Personnel féminin.

L'état de grossesse est une cause d'inaptitude temporaire au parachutisme militaire. La reprise des sauts s'effectue dans les mêmes conditions que celles définies au point 2.4.1.

L'existence de prothèses mammaires impose l'avis d'un spécialiste militaire en chirurgie plastique. Le médecin des forces prend sa décision au cas par cas, en tenant compte de cet avis, de la taille de la prothèse, des circonstances de la pose et de la nature des missions réalisées. En cas d'incertitude, une visite médicale au CEMPN est déclenchée pour décision d'aptitude.

3.4.2. Personnel de soute et passagers de parachute biplace participant aux campagnes de saut à très grande hauteur.

Les personnels de soute (largueur, chef largueur, spécialistes du matériel, médecin, etc.) et les passagers de parachute biplace participant aux campagnes de SOTGH doivent répondre aux normes oto-rhino-laryngologiques des points 2.1.4. et 2.2.4.

Lors de leur visite médicale périodique, le médecin doit être informé de la réalisation de ces missions. Toute anomalie susceptible de favoriser une hypoxie ou un aéroembolisme peut imposer l'inaptitude. En cas de doute, l'avis d'un médecin spécialiste des hôpitaux des armées ou d'un CEMPAN peut se justifier.

4. RECOURS.

Les conclusions médicales d'inaptitude prononcées à titre définitif pour l'ensemble des spécialités ne relevant pas d'un suivi dans un CEMPAN peuvent, lorsqu'elles sont contestées, faire l'objet d'un recours conformément aux articles 20. à 30. de l'arrêté de première référence. Conformément à l'article 20., seule une sur-expertise médicale est possible lorsque l'inaptitude est prononcée au recrutement. Au-delà de la période probatoire, le militaire inapte peut également solliciter l'étude de son dossier par le conseil régional de santé, en vue de servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude.

Lorsque l'avis d'inaptitude a été prononcé par un médecin non titulaire du CMAP ou du BMAD, un avis complémentaire est systématiquement recherché lors de la constitution du dossier de recours auprès d'un médecin titulaire du CMAP ou du BMAD, ce médecin ayant une expérience avérée des conditions d'emploi du parachutiste.

Les conclusions médicales d'inaptitude prononcées à titre définitif pour les spécialités de pilote tandem (PT) avec passager ou gaine GPCL et le SOTGH, doivent lorsqu'elles sont contestées être soumises à l'avis de la commission médicale de l'aéronautique de défense (CMAD).

Conformément à l'instruction de troisième référence, la présence d'un médecin, titulaire du CMAP ou du BMAD, est requise comme membre titulaire de la CMAD. Il siège lorsque la commission traite le cas d'un personnel appartenant aux spécialités parachutistes concernées.

5. TEXTE ABROGÉ.

La présente instruction abroge l'instruction^o 700/DEF/DCSSA/AST/AME du 9 juillet 2008 modifiée, relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

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

Philippe ROUANET.