



DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES : *sous-direction action scientifique et technique ; bureau aptitude médicale et expertise.*

**INSTRUCTION N° 2967/DEF/DCSSA/AST/AME modifiant l'instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1<sup>er</sup> octobre 2003 (BOC, p. 7118 ; BOEM 620-4\*) relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir.**

*Du 26 octobre 2006*

NOR D E F E 0 6 5 2 6 9 4 J

---

*Précédent Modificatif :*

Instruction 988 /DEF/DCSSA/AST/AME du 18 avril 2006 (BOC 21, texte n° 1).

*Référence de publication :* BOC N°6 du 19 avril 2007, texte 9.

---

L' instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 18/04/2006 est modifiée comme suit :

1. Au titre IX. Néphro-urologie.

Article 214. Néphropathies chroniques.

Au 2<sup>e</sup> alinéa, remplacer «en rémission complète depuis plus de trois ans après l'arrêt de tout traitement étiopathogénique» par «en rémission complète depuis plus de trois ans sans traitement à visée étio-pathogénique».

Article 215. Pathologie urologique.

Remplacer «En cas de retentissement de la pathologie sur la fonction rénale et en fonction de l'étiologie» par «En cas de retentissement de la pathologie sur la fonction rénale».

Article 218. Malformations congénitales du haut appareil.

Remplacer le c) Anomalie kystique et ectasique du rein et de la voie excrétrice par c) Rein unique acquis : - néphrectomie, suivant la nature et l'évolutivité de l'affection causale et selon l'absence ou la présence d'hypertension artérielle, d'anomalies urinaires, d'altération fonctionnelle rénale 2 à 5 G.

Au lieu de c) Anomalie kystique et ectasique du rein de la voie excrétrice lire d) Anomalie kystique et ectasique du rein et de la voie excrétrice.

2. Au titre VIII. Hématologie.

Après l'article 209. Pathologies de la rate. lire Article 210. Greffe de cellules hématopoïétiques.

3. Remplacer le titre IV concernant le système locomoteur par le titre IV ci-joint.

Pour la ministre de la défense et par délégation :

*Le médecin général, sous-direction action scientifique et technique,*

Maurice VERGOS.

*TITRE IV.*  
**SYSTÈME LOCOMOTEUR.**

Article 48.  
**Préambule.**

Ce titre comporte deux chapitres :

Le premier donne des indications générales sur le principe de cotation des affections atteignant les différents éléments du système locomoteur.

Le second traite du retentissement fonctionnel de ces affections selon leur localisation.

CHAPITRE PREMIER.  
**AFFECTIONS DU SYSTÈME LOCOMOTEUR GÉNÉRAL.**

*SECTION A.*  
**Pathologie des os.**

Article 49.

**Fractures récentes en cours de consolidation.**

- |  |         |        |
|--|---------|--------|
| a) À l'engagement.                             | 5T      | S.I.G. |
| b) En cours de carrière selon la localisation. | 3T à 5T | S.I.G. |

Article 50.

**Fractures consolidées.**

- |   |       |        |
|---|-------|--------|
| a) À l'engagement : matériel d'ostéosynthèse en place.  | 5     | S.I.G. |
| b) En cours de carrière :   |       |        |
| - sans séquelle ;   | 1     | S.I.G. |
| - sans séquelle fonctionnelle avec matériel d'ostéosynthèse en place parfaitement toléré ;  | 1 à 3 | S.I.G. |
| - avec séquelles, à apprécier compte tenu de la localisation, de la nature des séquelles, de la gêne fonctionnelle, de la curabilité. | 2 à 5 | S.I.G. |

NB : *En cours de carrière le matériel d'ostéosynthèse peut être laissé en place sur les humérus, radius et main.*

Article 51.

**Infection sur os continu.**

- |                           |       |        |
|---------------------------|-------|--------|
| Infection sur os continu. | 3 à 5 | S.I.G. |
|---------------------------|-------|--------|

Article 52.

**Infection sur os discontinu.**

- |  |       |        |
|--|-------|--------|
| Infection sur os discontinu (pseudarthrose septique), suivant la localisation et le degré de gêne fonctionnelle. | 3 à 5 | S.I.G. |
|--|-------|--------|

Article 53.

**Pseudarthrose.**

Suivant localisation, gêne fonctionnelle 3 à 5 S.I.G.

Article 54.

**Fractures pathologiques.**

a) Sur lésions osseuses malignes. 6 S.I.G.

b) Sur lésions osseuses bénignes

- en cours de consolidation (Cf. article 49) ;

2 à 5 S.I.G.

- traitées et consolidées depuis plus d'un an, suivant étiologie et selon localisation.

Article 55.

**Ostéopathies génotypiques.**

Maladie d'Albers-Schönberg, maladie de Lobstein, maladie exostosante, etc :

a) À l'engagement. 5 à 6 G

b) En cours de carrière, après avis spécialisé. 3 à 6 G

Article 56.

**Ostéopathies fragilisantes.**

a) Ostéoporose :

- à l'engagement

5 à 6 G

- en cours de carrière, après avis spécialisé.

3 à 6 G

b) Ostéopénie.

2 à 5 G

c) Ostéomalacie évolutive

5 G

- à l'engagement

3 à 5 G

- en cours de carrière.

d) Rachitisme guéri, selon séquelles.

2 à 3 G

Article 57.

**Ostéonécroses aseptiques.**

a) À l'engagement :

- localisation épiphysaire ou grosses articulations

5 à 6 S.I.

- autres localisations, selon retentissement et avis spécialisé.

2 à 6 S.I.

b) En cours de carrière, selon localisation et avis spécialisé.

2 à 6 S.I.

Article 58.

**Maladie de Paget.**

Maladie de Paget, suivant localisation, extension et allure évolutive.

2 à 6 G

*SECTION B.*

**Pathologie des articulations.**

*1. RHUMATISMES INFLAMMATOIRES.*

Article 59.

**Rhumatisme articulaire aigu.**

- |  |    |   |
|--|----|---|
| a) En évolution.   | 5T | G |
| b) Guéri : apprécier les séquelles (voir titre VI affections cardiovasculaires). |    |   |

Article 60.

**Spondylarthropathies.**

- |   |         |        |
|---|---------|--------|
| a) Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, rhumatisme des maladies digestives :            |         |        |
| - à l'engagement  | 5 à 6   | G      |
| - en cours de carrière.   | 2 à 5   | G      |
| b) Arthrites réactionnelles, syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, suivant évolutivité et/ou séquelles : |         |        |
| - à l'engagement  | 5       | S.I.G. |
| - en cours de carrière  |         |        |
| non évolutives depuis 1 an, sans séquelle   | 2       | S.I.G. |
| non évolutives depuis 1 an, avec séquelles articulaires   | 3 à 6   | S.I.G. |
| en poussée ou de moins de 1 an.   | 3T à 5T | S.I.G. |

Article 61.

**Polyarthrite rhumatoïde.**

- |   |       |   |
|---|-------|---|
| a) À l'engagement.                              | 5     | G |
| b) En cours de carrière, après avis spécialisé. | 2 à 5 | G |

Article 62.

**Monoarthrite ou polyarthrite chronique inclassées ou rhumatisme palindromique.**

- |   |       |   |
|---|-------|---|
| a) À l'engagement.  |       |   |
| - en évolution ou guéri depuis de moins de 5 ans, ou avec séquelles | 5     | G |
| - guéri sans séquelle depuis plus de 5 ans.                         | 2     | G |
| b) En cours de carrière, après avis spécialisé.                     | 3 à 5 | G |

Article 63.

**Arthropathies inflammatoires symptomatiques d'une connectivite.**

- |   |       |   |
|---|-------|---|
| a) À l'engagement.                              | 5 à 6 | G |
| b) En cours de carrière, après avis spécialisé. | 3 à 6 | G |

*II. RHUMATISMES NON INFLAMMATOIRES.*

Article 64.

**Arthroses.**

- |   |       |        |
|---|-------|--------|
| Arthroses, selon gêne fonctionnelle (voir localisation au chapitre II). | 2 à 5 | S.I.G. |
|---|-------|--------|

*III. ARTHROPATHIES MÉTABOLIQUES.*

Article 65.

**Arthropathies microcristallines (goutte, chondrocalcinose, hydroxyapatite).**

Arthropathies microcristallines, selon importance et évolutivité. 2 à 6 S.I.G.

*IV. OSTÉO ARTHROPATHIES INFECTIEUSES.*

Article 66.

**Arthrites ou ostéo-arthrites septiques tuberculeuses ou non.**

- a) À l'engagement. 5 S.I.G.  
b) En cours de carrière, traitées et non évolutives selon la localisation et les séquelles. 2 à 5 S.I.G.

*V. ARTHROPATHIES DIVERSES.*

Article 67.

**Corps étranger intra-articulaire.**

Quelle qu'en soit l'origine, (ostéochondromatose, ostéochondrite, fracture ostéochondrale, etc) :

- a) À l'engagement. 5 S.I.  
b) En cours de carrière. 2 à 5 S.I.

Article 68.

**Raideur des grandes articulations.**

- a) Raideur peu importante, sans trouble fonctionnel marqué. 3 S.I.  
b) Raideur importante, avec troubles fonctionnels accusés. 4 à 6 S.I.

Article 69.

**Hyperlaxité articulaire.**

- a) Modérée sans instabilité. 2 à 3 S.I.  
b) Avec instabilité. 4 à 6 S.I.

*VI. CHAPITRE PATHOLOGIE SYNOVIALE.*

(à l'exception de tumeur, synovite inflammatoire, infectieuse et ostéochondromatose).

Article 70.

**Synovite villonodulaire hémopigmentée.**

- a) À l'engagement. 5 S.I.G.  
b) En cours de carrière. 3 à 5 S.I.G.

Article 71.

**Kyste synovial articulaire, tendineux, des gaines tendineuses.**

Suivant importance et degré de gêne fonctionnelle. 1 à 4 S.I.G.

*SECTION C.*

**Pathologie juxta-articulaire et extra-articulaire.**

Article 72.

**Amyotrophie.**

Amyotrophie : (voir art. 398).

Article 73.

**Lésions musculaires.**

a) Ruptures et hernies musculaires.

- peu étendue, avec gêne fonctionnelle légère

2 à 3 S.I.

- avec troubles fonctionnels très importants.

4 à 5 S.I.

b) Perte de substance musculaire.

- peu étendue, avec gêne fonctionnelle légère

2 à 3 S.I.G

- avec troubles fonctionnels très importants.

4 à 5 S.I.G

c) Adhérences et rétractions musculaires.

- avec gêne fonctionnelle légère

2 à 3 S.I.G

- avec gêne fonctionnelle importante.

4 à 5 S.I.G.

Article 74.

**Rétraction ischémique.**

Rétraction ischémique, selon le degré.

4 à 5 S.I.

Article 75.

**Syndrome chronique d'effort des loges des membres.**

a) Non opéré.

3 S.I.

b) Opéré sans séquelle.

1 S.I.

c) Opéré avec séquelles.

2 à 3 S.I.

Article 76.

**Algodystrophie.**

Quelle que soit l'étiologie.

- en évolution

5T S.I.

- guérie, suivant séquelles.

1 à 5 S.I.

Article 77.

**Tendinopathies.**

Tendinopathies.

a) À l'engagement.

5 S.I.

b) En cours de carrière suivant la localisation et le retentissement fonctionnel.

2 à 5 S.I.

CHAPITRE II.  
**ÉTUDES TOPOGRAPHIQUES DES AFFECTIONS DU SYSTÈME LOCOMOTEUR.**

*Section A.*  
***Rachis.***

I. ALGIES.

Article 78.  
**Remarques.**

En ce qui concerne le problème des algies du rachis quelques remarques s'imposent :

a). Il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité et même l'existence de manifestations fonctionnelles et la présence ou l'importance d'anomalies du rachis en imagerie.

La détérioration structurale des disques intervertébraux qui constitue l'une des causes majeures des lombalgies et des sciatalgies n'a, durant une période s'étendant parfois sur plusieurs années, aucune traduction en imagerie.

À l'inverse, des anomalies manifestes en imagerie et parfois importantes (anomalies transitionnelles lombo-sacrées, ostéophytose vertébrale étagée, séquelles en imagerie de dystrophie rachidienne de croissance, etc.) peuvent être totalement étrangères au syndrome douloureux que présente le malade.

Par conséquent, le diagnostic d'un état lombalgique ou sciatalgique repose essentiellement sur les données de l'interrogatoire (caractères de la douleur) et de l'examen clinique. Les données de l'examen d'imagerie étant le plus souvent contingentes.

b). Les anomalies vertébrales notamment les blocs vertébraux congénitaux, les anomalies transitionnelles lombo-sacrées, les lyses isthmiques avec ou sans listhésis, les séquelles de dystrophie rachidienne de croissance, etc. sont souvent ignorées des sujets qui en sont porteurs, mais ce sont des facteurs favorisant des accidents de détériorations discales. Ces anomalies sont donc incompatibles avec certains emplois comportant un surmenage du rachis. Il est donc indispensable que dans la détermination de l'aptitude à ces emplois, des examens d'imagerie du rachis soient pratiqués systématiquement en complément de l'examen clinique.

Article 79.

**Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies récidivantes ou chroniques.**

Après élimination des algies symptomatiques (voir aussi titre XVII : Psychiatrie) :

a) À l'engagement :

- aiguës

5T G

- chroniques

5 G

b) En cours de carrière.

2 à G  
5

Article 80.

**Radiculalgies par conflit disco-radiculaire.**

Radiculalgies cervico-brachiales, sciatiques, fémorales (anciennement crurales) : guéries, selon séquelles.

2 à G  
5

*II. ANOMALIES EN IMAGERIE.*



Article 81.

**Anomalies congénitales.**

a) Anomalies de la charnière occipito-cervicale.	
- cas mineurs et équilibrés	1 à G 2
- avec asymétrie et déséquilibrées, suivant symptomatologie, notamment neurologique.	3 à G 6
b) Anomalies dorso-lombaires ou lombo-sacrées.	
- charnière dorso-lombaire	1 à G 2
- charnière lombo-sacrée :	
symétrique sans trouble statique	1 à G 2
asymétrique avec troubles statiques (voir scoliose et blocs vertébraux)	2 à G
- dystrophie rachidienne de croissance (Maladie de Scheuermann) suivant niveau dorsal ou lombaire, nombre de vertèbres atteintes, importance des altérations structurales et statiques, et surtout retentissement fonctionnel.	4
c) Déhiscence des vertèbres.	
- somatoschisis, rachischisis	3 à G 6
- spina bifida	
sans malformation associée	1 G
avec malformation du type méningocèle (voir art. 421).	6 G
d) Spondylolyse bilatérale (ou lyse isthmique).	
- sans spondylolisthesis	2 G
- avec spondylolisthesis cervical	5 à G 6
- avec spondylolisthesis lombaire :	
de type I (1/3 de la longueur d'un plateau vertébral sur le cliché de profil)	2 à G 4
de type II ou III	3 à G 6
e) Blocs vertébraux congénitaux.	
- de deux vertèbres, sans modification profonde de la statique (type bloc C 2 / C 3)	1 à G 2
- de deux vertèbres avec modifications morphologiques des corps vertébraux (hémivertèbre, hémicorps), suivant retentissement sur la statique	3 à G 6
- de trois vertèbres et plus, suivant retentissement sur la statique	4 à G 6

Article 82.

**Anomalies acquises.**

a) Attitude scoliotique (sans rotation des corps vertébraux) suivant importance.	G
--	---

	1 à 3
<i>b) Scoliose vraie (avec rotation des corps vertébraux sans anomalie congénitale ou acquise des vertèbres) :</i>	
- au dessous de 15o	2 G
- de 15 à 30o	2 à G 4
- supérieure à 30o	4 à G 6
<i>c) Accentuation de la cyphose dorsale physiologique (suivant l'importance de la déformation, la symptomatologie et le morphotype).</i>	2 à G 6
<i>d) Hyperlordose lombaire isolée (suivant le degré, suivant l'importance de la déformation, la symptomatologie et le morphotype).</i>	2 à G 6
<i>e) Cervicarthrose, dorsarthrose, lombarthrose, selon symptomatologie.</i>	3 à G 5

*III. TRAUMATISMES.*

Article 83.

**Fractures et entorses.**

<i>a) Sans signe neurologique :</i>	
- sans séquelle clinique, sans déformation	1 à G 2
- avec syndrome rachidien (raideur, douleurs)	2 à G 4
- avec cyphose régionale modérée	2 à G 4
- avec cyphose régionale sévère	4 à G 6
- avec scoliose résiduelle (voir art. 82)	
avec instabilité résiduelle	3 à G 6
- matériel d'ostéosynthèse en place :	
à l'engagement	5 G
en cours de carrière	2 à G 5
<i>b) Avec séquelles neurologiques :</i>	
- séquelles radiculaires, suivant topographie	2 à G 6
- séquelles médullaires, suivant le niveau et l'importance	5 à G 6

*IV. PATHOLOGIE DÉGÉNÉRATIVE RACHIDIENNE.*

Par pathologie dégénérative rachidienne il faut entendre les altérations osseuses et discoligamentaires telles que l'arthrose, les discopathies, révélées notamment par les barres disco-ostéophytiques à l'origine des douleurs rachidiennes et radiculaires et de glissements vertébraux (voir articles anomalies acquises). Les sténoses canalaires cervicales et lombaires sont incluses dans la pathologie rachidienne dégénérative. Elles sont liées au rétrécissement du canal rachidien par les discopathies, l'arthrose interapophysaire postérieure et l'hyperthrophie des ligaments

jaunes, survenant parfois sur des canaux rachidiens congénitalement étroits.

Article 84.

**Sténose canalaire cervicale ou lombaire (canal cervical ou lombaire rétréci).**

a) non symptomatique	3 à G 5
b) symptomatique	5 G
c) opérées avec matériel en place	3T G à 5T
d) opérées sans matériel	3 - G 5

*V. TORTICOLIS CONGÉNITAL.*

Article 85.

Torticolis congénital.	2 à G 5
------------------------	------------

*Section B.*

***Affections des membres et ceintures.***

**I. GÉNÉRALITÉS.**

Article 86.

**Atteinte de deux membres homologues.**

Détermination du coefficient pour les affections atteignant deux membres homologues.

*Règle générale.*

Pour l'attribution du coefficient au sigle S (ou au sigle I), procéder de la manière suivante :

- D'abord déterminer, pour chaque côté, le coefficient attribuable au sigle S (ou au sigle I).
- Ensuite, pour l'attribution du coefficient définitif, se référer au tableau suivant, lequel porte en abscisse les valeurs de S (ou I) déterminées compte tenu des seules lésions du membre supérieur (ou inférieur) droit et en ordonnée les valeurs de S (ou I) déterminées compte tenu des seules lésions du membre supérieur (ou inférieur) gauche. À l'intersection des lignes et des colonnes on lit le coefficient à attribuer en définitive au sigle S (ou au sigle I).

***Figure 1.***

		Membre droit.			
		2	3	4	5
Membre gauche.	2	3	4	4	5
	3	4	4	5	5
	4	4	5	5	6
	5	5	5	6	6

Exemple : sujet ayant perdu à droite une phalange de l'index (S 2) et, à gauche, l'annulaire et l'auriculaire (S 3). En lisant le tableau on voit qu'il doit être classé S 4.

Article 87.

**Atrophie congénitale d'un membre.**

Selon l'importance.

3 à S.I.  
6

Article 88.

**Amputation d'un segment de membre.**

À l'exception de la main voir Art. 95 et du pied voir Art. 99.

a) À l'engagement.

6 S.I.

b) En cours de carrière.

3 à S.I.  
5

Article 89.

**Brûlures et/ou gelures.**

Selon nature des séquelles de la gêne fonctionnelle, de la curabilité.

2 à S.I.  
5

*II. CEINTURE SCAPULAIRE ET MEMBRE SUPÉRIEUR.*

N.B. : Pour les affections atteignant deux membres homologues, consulter aussi l'article 86.

Article 90.

**Malformations, déformations, lésions de la ceinture scapulaire.**

a) Sans gêne fonctionnelle des mouvements de l'épaule.

2 S

b) Avec gêne fonctionnelle des mouvements de l'épaule.

3 à S  
5

c) Luxation récidivante de l'épaule :

- à l'engagement, opérée ou non

5 S

- en cours de carrière, opérée ou non.

2 à S  
5

Article 91.

**Lésions de la clavicule.**

Cal vicieux, pseudarthrose, luxation des extrémités interne ou externe, suivant le degré de gêne fonctionnelle et l'importance de la douleur. 2 à 4 S

Article 92.

**Arthrose du membre supérieur.**

Arthrose du membre supérieur suivant la localisation et le retentissement fonctionnel. 2 à 5 S

Article 93.

**Déformation de l'avant-bras, perte totale ou partielle des mouvements de flexion-extension et / ou prosupination.**

Main bote, maladie de Madelung, déformation post-traumatique, selon impotence fonctionnelle. 3 à 5 S

Article 94.

**Affections du poignet.**

a) Fracture du scaphoïde. 5T S

b) Pseudarthrose du scaphoïde :  
- à l'engagement 5 S

- en cours de carrière. 3T S

c) Pseudarthrose du scaphoïde opérée :  
- consolidée sans anomalie du carpe ni cal vicieux ni arthrose 2 à 5 S

- consolidée avec anomalie du carpe, ou cal vicieux, ou arthrose. 3 à 5 S

d) Maladie de Kienböck, suivant le degré de gêne fonctionnelle l'importance de la douleur et le stade radiologique :  
- à l'engagement 5 S

- en cours de carrière. 3 à 5 S

e) Maladie de Dupuytren.  
- à l'engagement 5 S

- en cours de carrière. 2 à 5 S

Article 95.

**Anomalies des chaînes digitales.**

a) Raideur, arthrose, incurvation flexion, extension, malformation selon gêne fonctionnelle 2 à 5 S

b) Séquelles de lésions de la colonne du pouce interdisant toute pince pollicidigitale :  
- à l'engagement 5 S

- en cours de carrière. 3 à 5 S

c) Perte de la colonne du pouce :		
- à l'engagement	5	S
- en cours de carrière.	3 à 5	S
d) Séquelles de lésions de l'index interdisant toute pince pollicidigitale :		
- à l'engagement	5	S
- en cours de carrière.	3 à 5	S
e) Perte totale de l'index :		
- à l'engagement	5	S
- en cours de carrière.	3 à 5	S
f) Amputation digitale partielle autre que le pouce et l'index, selon le résultat fonctionnel.	2 à 5	S

### III. CEINTURE PELVIENNE ET MEMBRE INFÉRIEUR.

#### Article 96.

##### **Inégalité de longueur des membres inférieurs.**

Inégalité de longueur des membres inférieurs (détermination clinique et radiologique, incluant l'évaluation du retentissement rachidien).

a) Inférieure ou égale à 2 cm., compensée et sans retentissement rachidien.	1 à 2	I
b) De 2 à 3 centimètres.	3 à 4	I
c) Supérieur à 3 cm.	5	I

NB : *Le port d'une compensation efficace (semelle ou talonnette est un facteur minorant dans la cotation. En cas de retentissement rachidien voir article 82.*

d) À l'engagement, chirurgie d'allongement d'un ou des membres.

#### Article 97.

##### **Affections de la hanche.**

Affections de la hanche (détermination clinique et radiologique obligatoire).

a) Ankylose.	5	I
b) Malformation dysplasique (cotyloïdienne, fémorale ou mixte) :		
- anomalie radiologique faible et asymptomatique	3	I
- hanche symptomatique ou dysplasie sévère.	4 à 5	I
c) Coxarthrose ou ostéonécrose clinique et radiologique débutante (voir articles 57 et 64).	3	I
d) Coxarthrose ou ostéonécrose évoluée.	4 à 5	I
e) Chirurgie de la hanche :		
- à l'engagement : antécédent de chirurgie de la hanche	3 à 5	I

- en cours de carrière : prothèse totale de hanche, selon le résultat fonctionnel et radiologique. 3 à  
5

NB : En cours de carrière le classement I = 3 pour hanche dysplasique, coxarthrose ou ostéonécrose aseptique de la tête fémorale débutante ou prothèse totale de hanche est compatible avec une affectation en collectivités et territoires d'outre-mer dans un emploi sédentaire.

f) Séquelles de traumatisme, voir article 50.

Article 98.

**Affections du genou.**

Les valeurs des amplitudes articulaires du genou seront appréciées de manière comparative avec le côté sain, estimées normales à 10o - 0 - 140o.

a) Morphotype congénital :

- genu valgum, genu varum) mesure des distances intermalléolaires (valgum) ou intercondyliennes (varum) :

inférieures à 3 cm	1	I
entre 3 et 5 cm	2	I
supérieures à 5 cm :		
pangonométrie o	2	I
pangonométrie <sup>3</sup> 10o	3 à	I
	5	

- genu recurvatum

pangonométrie 10 à 20o	2 à	I
	4	

pangonométrie <sup>3</sup> 20o	5	I
	5	I

- troubles d'axe majeurs (> 10o frontal et/ou > 20o sagittal) constituent une inaptitude à l'engagement.

b) Malformations acquises

	2	I
--	---	---

- pangonométrie o

	3 à	I
	5	

- pangonométrie <sup>3</sup> 5o

	5	I
--	---	---

- troubles d'axe majeurs (> 5o frontal et/ou >10o sagittal) constituent une inaptitude à l'engagement.

c) Ankylose du genou.

5	I
---	---

d) Limitation de la flexion, à l'examen comparatif

	2 à	I
	3	

- limitation o

	4 à	I
	5	

- limitation <sup>3</sup> 20o

e) Limitation de l'extension, à l'examen comparatif :

	2	I
--	---	---

- déficit d'extension o

	3	I
--	---	---

- déficit d'extension de 10o à 20o

	5	I
--	---	---

- déficit d'extension <sup>3</sup> 20°

f) Laxité antérieure chronique du genou :

\_\_\_\_\_ Bulletin officiel des armées \_\_\_\_\_

- à l'engagement, compte rendu opératoire indispensable pour les genoux opérés		
Opérée par ligamentoplastie strictement isolée du ligament croisé antérieur (LCA) depuis plus de un an, sans laxité résiduelle différentielle antérieure, ni instabilité, sans lésion ménisco-chondrale ni périphérique associée.	2	I
Opérée par ligamentoplastie quelque soit le recul, avec lésion ménisco-chondrale ou périphérique associée ou avec laxité résiduelle différentielle antérieure ou instabilité.	5	I
Non opérée.		
- en cours de carrière :		
Opérée par ligamentoplastie depuis plus de un an, sans laxité résiduelle différentielle antérieure isolée, ni instabilité, sans lésion ménisco-chondrale ni périphérique associée.	2	I
Opérée par ligamentoplastie quelque soit le recul, avec lésion ménisco-chondrale ou périphérique associée ou avec laxité résiduelle différentielle antérieure minimale ou instabilité.	3 à 5	I
Non opérée :		
avec laxité résiduelle différentielle clinique minimale antérieure isolée, ni instabilité, sans lésion ménisco-chondrale ni périphérique associée	2	I
avec laxité résiduelle différentielle modérée, sans instabilité	3	I
avec laxité évoluée avec lésion ménisco-chondrale et/ou instabilité.	3 à 5	I
g) Laxité postérieure ou collatérale (interne ou externe) chronique du genou		
À l'engagement.	5	I
En cours de carrière selon la gêne fonctionnelle.	3 à 5	I
h) Lésions méniscales et/ou chondrales objectivées par examen d'imagerie :		
	2	I
- traitées sans séquelle et asymptomatique		
	3	I
- traitées et symptomatique (douleur, hydarthrose)		
	4	I
- non traitées et symptomatique.		
i) Pathologie fémoro-patellaire :		
- à l'engagement :		
antécédents de chirurgie de l'instabilité rotulienne	5	I
syndrome rotulien douloureux	5	I
- en cours de carrière		
syndrome rotulien douloureux	2 à 3	I
instabilité rotulienne stabilisée sans lésion chondrale	2	I
instabilité rotulienne stabilisée avec lésion chondrale	3	I
instabilité rotulienne récidivante ou malformation fémoro-patellaire ou du système extenseur.	3 à 4	I
j) Maladie de Pellegrini-Stieda, d'Osgood-Schlatter :		
	1 à	I
- sans séquelle fonctionnelle	2	
	3	I
- avec séquelles, selon la gêne fonctionnelle.		
k) Gonarthrose :		
	5	I
- à l'engagement, gonarthrose opérée ou non, ou ostéotomie tibiale ou fémorale		



- en cours de carrière :		
gonarthrose ou ostéonécrose clinique et radiologique débutante	3	I
gonarthrose ou ostéonécrose évoluée	4 à 5	I
ostéotomie, prothèse unicompartimentale, prothèse totale de genou sur gonarthrose, selon résultat.	3 à 5	I

NB : *En cours de carrière le classement I = 3 pour gonarthrose ou ostéonécrose aseptique débutante ou ostéotomie ou prothèse est compatible avec une affectation en collectivités et territoire d'outre-mer dans un emploi sédentaire.*

Article 99.

**Affections des chevilles et des pieds.**

a) Instabilité chronique de la cheville :

- à l'engagement :		
laxité ou instabilité chronique	5	I
laxité et/ou instabilité chronique opérées, selon le résultat fonctionnel	2 à 5	I

- En cours de carrière :

instabilité chronique stabilisée par ligamentoplastie	2	I
entorses à répétition sans laxité	3	I
laxité et instabilité chronique	4	I
instabilité ou syndrome sous-talien.	4	I

b) Arthrose de la cheville

- à l'engagement

5 I

- en cours de carrière :

débutante	3	I
évoluée et enraidissante	4 à 5	I
arthrodèse ou arthroplastie	3 à 4	I

c) Pieds plats (examen podoscopique) selon le retentissement algo-fonctionnel.

1 à 3 I

d) Pieds creux (examen podoscopique).

- Pieds creux simples selon le retentissement algo-fonctionnel.

1 à 3 I

- Pieds creux neurologiques (voir titre XVI neurologie).

3 à 5 I

e) Troubles statiques de l'arrière pied (varus, valgus)

- asymptomatique et sans trouble de la marche

1 à 2 I

- symptomatique ou avec troubles de la marche.

3 à 4 I

f) Troubles statiques de l'avant pied (métatarsus varus, avant pied rond)

- asymptomatique et sans trouble de la marche

2 I

- symptomatique ou avec troubles de la marche	3 à 4	I
- hallux valgus ou quintus varus :		
asymptomatique	1	I
opéré asymptomatique	2	I
symptomatique et/ou compliqué.	3	I
g) Pathologie des orteils- orteils en griffe ou en marteau, orteil surnuméraire :		
asymptomatique	1	I
symptomatique	2 à 3	I
- autres déformations des orteils, selon la gêne fonctionnelle.	2 à 4	I
h) Pieds divers (talalgies, métatarsalgies, maladies de Haglund, de Morton) :		
- asymptomatique	2	I
- symptomatique.	3	I
i) Ankylose du pied :		
- ankylose de l'arrière pied, médio-pied, synostose astragalo-calcaneenne, synostose calcané-scaphoïdienne, selon la gêne fonctionnelle	2 à 5	I
- ankylose en rectitude de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil.	3	I
j) Pathologie de l'aponévrose plantaire :		
- maladie de Ledderhose	3 à 5	I
- rupture de l'aponévrose.	2 à 5	I
k) Pied douloureux chronique et/ou gêne au chaussage.	5	I
l) Amputations du pied		
- à l'engagement		
orteils selon gêne fonctionnelle	2 à 5	I
transmétatarsienne, Lisfranc, Chopart	6	I
- En cours de carrière selon gêne fonctionnelle.	2 à 5	I

*Section C.*

**Affections de la paroi abdominale.**

Article 100.

**Hernies.**

a) Inguinales ou crurales :		
réductibles	3T	G
non réductibles	5T	G
b) Ombilicales, hernies de la ligne blanche :		
non douloureuses	2	G

douloureuses	4T	G
c) Hernies inguinales, crurales, ombilicales, ligne blanche opérées.	2	G

Article 101.

**Séquelles d'interventions.**

a) Cicatrice abdominale non compliquée.	2	G
b) Éventrations :		
- taille		
avant intervention	3	G
après intervention	2	G
- taille > 10 cm		
avant intervention	5	G
après intervention	3	G

Disponibles.