

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

**INSTRUCTION N° 988/DEF/DCSSA/AST/AME
modifiant l'instruction n° 2100/DEF/DCSSA/
AST/AME du 1er octobre 2003 (mention au BOC,
p. 7118) relative à la détermination de l'aptitude
médicale à servir.**

Du 18 avril 2006.

NOR D E F E 0 6 5 1 2 0 4 J

Précédent modificatif :

Instruction n° 3517/DEF/DCSSA/AST/AME du
14 décembre 2005 (BOC, 2006, p. 31).

Mot(s) clef(s) : APTITUDE AU SERVICE.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM n°
620-4

Référence de publication : Texte inséré au BOC/PP,
2006, texte 1.

L'instruction 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er
octobre 2003 est modifiée comme suit :

Remplacer le titre VIII concernant l'hématologie par
le titre VIII ci-joint :

Remplacer le titre X concernant la gynécologie par le
titre X ci-joint.

Remplacer le titre XII concernant la dermato-vénéro-
logie par le titre XII ci-joint.

Remplacer le titre XVI concernant la neurologie par
le titre XVI ci-joint.

Remplacer le tableau IV. Diagramme des plages
audiométriques (audiométrie totale) par le tableau IV.
Diagramme des plages audiométriques ci-joint.

Pour la ministre de la défense et par délégation :
Le médecin général, sous-direction action scientifique
et technique,

Maurice VERGOS.

.....
TITRE VIII.

HÉMATOLOGIE.

Remarque : Pour toute pathologie hématologique
ayant nécessité un traitement par greffe de cellules
hématopoïétiques se reporter à l'article 210.

Article 196.

Insuffisances médullaires.

a) Insuffisance médul- laire globale constitution- nelle ou acquise :		
– insuffisance médullaire constitutionnelle	6	G
– aplasie médullaire idio- pathique	4 à 6	G
– insuffisance médullaire acquise d'autres causes	4 à 6	G
b) Insuffisance médul- laire dissociée :		
– constitutionnelle :		
– érythroblastopénie (maladie de Blackfan- Diamond.)	4 à 6	G
– neutropénie	4 à 6	G
– thrombopénie	4 à 6	G
– acquise	3 à 6	G
c) Antécédents d'insuffi- sance médullaire aiguë avec hémogramme nor- mal depuis plus de 5 ans, selon l'étiologie	2 à 5	G

Article 197.

Anémies d'origine centrale.

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

<i>d)</i> Anémie par carence en fer, en fonction de l'étiologie et de la gravité	2 à 5	G
--	-------	---

Article 198.
Anémies hémolytiques.

<i>a)</i> Maladie de Minckowski-Chauffard :		
– non splénectomisée	4 à 5	G
– après splénectomie	2 à 5	G
<i>b)</i> Hémoglobinopathies (syndromes thalassémiques, syndromes drépanocytaires) :		
– formes homozygotes	6	G
– formes hétérozygotes (en fonction de la gravité et des antécédents)	2 à 5	G
<i>c)</i> Enzymopénies (en fonction de la gravité et des antécédents)	2 à 6	G
<i>d)</i> Auto-immunes :		
– antécédents d'anémie hémolytique	2 à 5	G
– anémie hémolytique	5	
<i>e)</i> Antécédents d'anémie hémolytique toxique, infectieuse, ou parasitaire	2 à 4	G

Article 199.
Polyglobulies.

<i>a)</i> Maladie de Vaquez	4 à 6	G
<i>b)</i> Polyglobulie secondaire en fonction de l'étiologie	3 à 5	G
<i>c)</i> Polyglobulie essentielle (érythrocytose pure)	2 à 5	G

Article 200.
Leucémies aiguës.

<i>a)</i> Leucémie aiguë	6	G
<i>b)</i> Antécédent de leucémie aiguë :		
– sans séquelles de chimiothérapie	2 à 6	G
– avec séquelles de chimiothérapie avec retentissement fonctionnel	4 à 6	G

Article 201.
Syndromes lymphoprolifératifs chroniques.

<i>a)</i> Leucémie lymphoïde chronique	4 à 6	G
<i>b)</i> Autres syndromes lymphoprolifératifs chroniques	4 à 6	G

Article 202.
Syndromes myéloprolifératifs chroniques.

<i>a)</i> Leucémie myéloïde chronique	4 à 6	G
<i>b)</i> Splénomégalie myéloïde	4 à 6	G
<i>c)</i> Thrombocytémie essentielle (voir article 204)		
<i>d)</i> Maladie de Vaquez (voir article 199)		
<i>e)</i> Syndrome hyperéosinophilique	5 à 6	G
<i>f)</i> Syndromes myéloprolifératifs chroniques non classés	4 à 6	G

Article 203.
Anomalie de la formule leucocytaire.

<i>a)</i> Pseudo neutropénie idiopathique par excès de margination	2 à 5	G
--	-------	---

<i>b)</i> Neutropénie chronique constitutionnelle ou acquise	5 à 6	G
<i>c)</i> Agranulocytose :		
– antécédent	2 à 5	G
– aiguë	5T	G
<i>d)</i> Hyperleucocytose chronique idiopathique	2	G
<i>e)</i> Syndromes mononuc­léosiques	4T	G
<i>f)</i> Lymphopénie, en fonc­tion de l'étiologie	3 à 6	G
<i>g)</i> Hyperéosinophilie, en fonction de l'étiologie	2 à 6	G

Article 204.

Maladies des plaquettes et purpura.

<i>a)</i> Thrombopénie fami­liale	3 à 6	G
<i>b)</i> Thrombopénie cen­trale acquise :		
– antécédents	2 à 5	G
– chronique	4 à 6	G
<i>c)</i> Thrombopénie pé­riphérique :		
– antécédent	2 à 5	G
– aiguë	5	G
– chronique	3 à 6	G
<i>d)</i> Thrombopathie consti­tu­tionnelle	2 à 6	G
<i>e)</i> Thrombocytose secon­daire	2 à 5	G
<i>f)</i> Thrombocytémie essen­tielle	4 à 6	G
<i>g)</i> Maladie de Rendu-Osler	4 à 6	G
<i>h)</i> Purpura rhumatoïde :		
– antécédents datant de plus de cinq ans et sans séquelles rénales	2 à 3	G

– aiguë ou datant de moins de cinq ans	5	G
<i>i)</i> Purpura vasculaire, en fonction de l'étiologie	2 à 6	G

Article 205.

Maladies hémorragiques.

<i>a)</i> Maladie de Willebrand	3 à 6	G
<i>b)</i> Hémophilie A et B :		
– hémophilie (F VIII ou F IX \leq 40 p. 100)	4 à 6	G
– hémophilie frustre (F VIII ou F IX $>$ 40 p. 100)		
<i>c)</i> Déficit des autres fac­teurs plasmatiques de la coagulation :		
– facteur contact	2	G
– facteur XII taux \leq 1 p. 100	3 à 5	G
– facteur XII taux $>$ 1 p. 100	2	G
– facteur XI taux $<$ 40 p. 100	4 à 5	G
– facteur XI taux $>$ 40 p. 100	3	G
– facteurs X, II, V, VII taux $<$ 40 p. 100	4 à 6	G
– facteurs X, II, V, VII taux $>$ 40 p. 100	3 à 4	G
<i>d)</i> Déficits acquis des fac­teurs de la coagulation, selon la pathologie sous-jacente	3T à 5T	G
<i>e)</i> Afibrinogénémie	6	G
<i>f)</i> Hypofibrinogénémies constitutionnelles, selon le taux	2 à 5	G
<i>g)</i> Dysfibrinogénémie	2 à 5	G

Article 206.

Maladies thrombotiques.

a) Pathologie constitutionnelles :		
– déficit homozygote en facteurs anti-thrombotiques	6	G
– déficit hétérozygote en facteurs anti-thrombotiques :		
– déficit en protéine C, ou en protéine S, ou en anti-thrombine, ou mutation hétérozygote facteur II, ou mutation hétérozygote facteur V :		
a) absence d'antécédents thrombotiques personnels	2 à 3	G
b) un seul épisode thrombotique :		
à l'engagement	5	G
en cours de carrière	3 à 5	G
c) plus d'un épisode thrombotique :	5 à 6	G
– déficit hétérozygote combiné en facteurs anti-thrombotiques	5 à 6	G
– hyper expression du facteur VIII :		
a) absence d'antécédents thrombotiques personnels	2 à 3	G
b) un seul épisode thrombotique :		
à l'engagement	5	G
en cours de carrière	3 à 5	G
c) plus d'un épisode thrombotique	5 à 6	G
b) Pathologies acquises		
– anticoagulants circulants	2 à 4	G
– anticoagulants anti-cardiolipidiques	2 à 4	G

Article 207.

Dysglobulinémies.

a) Myélome multiple	5 à 6	G
b) Plasmocytome solitaire :		
– datant de moins de cinq ans	4 à 6	G
– datant de plus de cinq ans, en rémission complète	2 à 5	G
c) Maladie de Waldenström	5 à 6	G
d) Maladie des chaînes lourdes	5 à 6	G
e) Gammopathie monoclonale de signification indéterminée	2 à 5	G
f) Cryoglobulinémie	3 à 5	G
g) Hypogammaglobulinémie acquise ou constitutionnelle	3 à 6	G
h) Agammaglobulinémie constitutionnelle	6	G

Article 208.

Pathologie des ganglions.

a) Maladie de Hodgkin :		
– en cours de traitement	5T	G
– datant de moins de deux à cinq ans en fonction du stade initial	4 à 6	G
– antécédents, en rémission complète, stable depuis un délai d'au moins deux à cinq ans en fonction du stade initial, sans séquelle de chimiothérapie	2 à 5	G

<i>b)</i> Lymphome non-hodgkinien de haut grade de malignité : – antécédents, en rémission complète, stable depuis un délai d'au moins deux à cinq ans en fonction du type histologique, selon séquelle de chimiothérapie	2 à 6	G
– en cours de traitement	6	G
– datant de moins de deux à cinq ans en fonction du type histologique	4 à 5	G
<i>c)</i> Lymphome non-hodgkinien de bas grade de malignité, en fonction du stade initial	4 à 6	G
<i>d)</i> Histiocytose maligne	5 à 6	G
<i>e)</i> Adénopathies tuberculeuses : voir article 179		

Article 209.
Pathologies de la rate.

<i>a)</i> Splénomégalie (en fonction de l'étiologie et de l'importance)	2 à 6	G
<i>b)</i> Splénectomie pour thrombopénie périphérique immunologique	2 à 5	G
<i>c)</i> Splénectomie pour traumatisme datant de plus de six mois, en fonction des séquelles	2 à 4	G
<i>d)</i> Splénectomie pour traumatisme datant de moins de six mois	5T	G

Article 210.
Grefe de cellules hémato.

<i>a)</i> Greffe allogénique de cellules hématopoïétiques : – datant de moins de deux ans	4 à 5	G
– datant de plus de deux ans, en l'absence de réaction chronique du greffon contre l'hôte et en l'absence de séquelle liée à la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie et selon la pathologie-jacente	3 à 5	G
<i>b)</i> Réaction chronique du greffon contre l'hôte : – sous traitement	5 à 6	G
– antécédent	3 à 5	G
<i>c)</i> Greffe autologue de cellules hématopoïétiques : – datant de moins de deux ans et selon la pathologie sous-jacente	4 à 5	G
– datant de plus de deux ans, en l'absence de réaction chronique du greffon contre l'hôte et en l'absence de séquelle liée à la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie et selon la pathologie sous-jacente	3 à 5	G

Article 211 disponible.

.....
TITRE X.

GYNÉCOLOGIE.

CHAPITRE PREMIER.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE.

Article 228.

Expertise médicale initiale.

L'examen clinique classique peut si nécessaire, en fonction de la symptomatologie fonctionnelle, être complété par un examen gynécologique. Cet examen est alors effectué par un médecin ou un chirurgien des hôpitaux des armées, si la candidate ne peut présenter un certificat médical récent d'un spécialiste gynécologue. La gravidité constatée entraîne une conclusion d'inaptitude temporaire (voir chapitre II).

Article 229.

Visite médicale d'incorporation.

Un examen gynécologique pratiqué si nécessaire en fonction des antécédents déclarés et de la symptomatologie fonctionnelle s'attachera à éliminer les affections susceptibles d'entraîner l'inaptitude.

Le diagnostic d'une affection de la sphère génitale entraîne soit l'inaptitude, soit le recours à des investigations en milieu hospitalier.

Le test de grossesse (urinaire ou sanguin) est obligatoire.

Article 230.

Recours au spécialiste.

Des investigations en milieu hospitalier peuvent être demandées lors de l'expertise médicale initiale ou de la visite médicale d'incorporation. La constatation ou la suspicion d'affection dont le diagnostic ne peut être établi avec certitude sans recourir à des examens invasifs (cœlioscopie, hystérographie) entraîne l'inaptitude temporaire. La candidate est invitée à présenter tous les documents nécessaires à la conclusion d'aptitude médicale définitive à l'issue de ces explorations. Le refus de la part de la candidate d'accepter les examens qui lui sont proposés, entraîne une décision d'inaptitude.

CHAPITRE II.

GRAVIDITÉ.

Article 231.

Gravidité.

a) À l'admission. Le test de grossesse (urinaire ou sanguin) est obligatoire : – état de gravidité constaté	5T	G
---	----	---

(Inaptitude temporaire jusqu'à expiration d'un délai correspondant à la durée du congé de maternité légal).		
b) En cours de service ou de carrière. Obligation pour le médecin d'attribuer un classement G dès la connaissance de la grossesse et de l'inscrire dans le livret médical de l'intéressée et de le notifier au commandement : Exemption systématique de tout entraînement physique au combat et limitation à des activités sédentaires. Détermination de l'aptitude aux différentes activités physiques et sportives au cas par cas par le médecin d'unité dès la connaissance de l'état de gravité :		
– grossesse normale	2T à 3T	G
– grossesse pathologique	3T à 6T	G

Nota. - 1. La grossesse se déroulant dans des conditions normales ne peut pas constituer en soi un cas d'inaptitude médicale même temporaire pour le renouvellement d'un contrat, l'admission à l'état d'officier ou de sous-officier de carrière. Les coefficients G = 2 T et 3 T sont attribués en raison de la modification temporaire mais importante de l'état physiologique chez la femme enceinte et de son éventuel retentissement, dans le but d'assurer sa protection par la réduction de la pénibilité du travail. Le profil médical doit obligatoirement être réévalué avant la reprise effective du travail.

2. Il convient de préciser par ailleurs que lorsque le personnel militaire exerce dans les conditions identiques des activités de même nature que celles confiées au personnel civil, il est, en matière d'hygiène et de sécurité, régi par les règles techniques qui font l'objet du titre III du livre II du code du travail et par celles prises en application de ce titre, articles 16 et 7 du décret 85-755 du 19 juillet 1985 (BOC, p. 4150) modifié relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la prévention au ministère de la défense.

CHAPITRE III.

AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES.

Article 232.

Malformation congénitale des organes génitaux.

a) Sans signe fonctionnel	2	G
b) Avec signes fonctionnels :		
– non ou difficilement curables	6	G
– curables chirurgicalement	3	G

Article 233.

Prolapsus uro-génital.

Il faut entendre sous le terme de prolapsus uro-génital les hystéroptoses, les cystocèles, les rectocèles et les élytrocèles.		
a) Prolapsus génital quel qu'en soit le mode, sans trouble	2 à 3	G
b) Prolapsus génital quel qu'en soit le mode, avec incontinence urinaire ou anale	3 à 5	G

Article 234.

Fistule uro ou recto-génitale.

Fistule uro ou recto-génitale : voir article 222.		
---	--	--

Article 235.

Infections génitales.

a) Lésions salpingiennes chroniques ou séquellaires	2 à 4	G
---	-------	---

b) Tuberculose génitale : voir article 220.		
c) Infections sexuellement transmissibles : voir titre XII chapitre II.		
d) SIDA : voir article 28.		

Article 236.

Fibrome utérin.

a) Sans signe fonctionnel	2	G
b) Avec signes fonctionnels, selon retentissement	2 à 5	G

Article 237.

Endométriose pelvienne.

a) Sans signe fonctionnel	2	G
b) Avec signes fonctionnels	3 à 4	G

Article 238.

Lésions des ovaires.

a) Kyste ovarien bénin sans trouble fonctionnel ou endocrinien	2	G
b) Dystrophie ovarienne, selon le stade	2 à 4	G

Article 239.

Tumeurs génitales malignes.

a) non traitées	6	G
b) traitées selon la nature de l'intervention, l'histologie et le stade	2 à 5	G

Article 240.

Ovariectomie unilatérale.

Ovariectomie unilatérale	2	G
--------------------------	---	---

Article 241.
Ovariectomie bilatérale.

Ovariectomie bilatérale	2 à 3	G
-------------------------	-------	---

Article 242.
Hystérectomie totale ou subtotale.

Selon étiologie	2 à 6	G
-----------------	-------	---

Article 243.
Troubles du cycle.

a) Métrorragies - ménorragies	2 à 4	G
b) Aménorrhée primaire ou secondaire	2 à 4	G
c) Syndrome prémenstruel	2 à 4	G

Article 244.
Ménopause naturelle ou chirurgicale.

Selon retentissement	2 à 3	G
----------------------	-------	---

Article 245.
Affections du sein.

a) Tumeur bénigne	2	G
b) Tumeur maligne :		
– non traitée	6	G
– traitées selon la nature de l'intervention, l'histologie et le stade	2 à 5	G
c) Maladie fibrokystique, selon la symptomatologie	2 à 4	G

d) Hypertrophie, selon la gène fonctionnelle	2 à 4	G
e) Prothèse mammaire, selon la tolérance	2 à 3	G

Article 246.
Algies pelviennes.

Algies pelviennes à apprécier en fonction de la lésion organique causale ;	2 à 5	G
---	-------	---

Articles 247 à 249.
Disponibles.

.....
TITRE XII.

DERMATO-VÉNÉROLOGIE.

CHAPITRE PREMIER.

AFFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Article 261.
Généralités.

D'une façon générale ces affections sont à juger en fonction de l'étiologie, de la localisation, du caractère chronique ou récidivant des lésions ainsi que des limitations fonctionnelles qu'elles déterminent, de la gêne, de l'absentéisme ou charges qu'elles risquent de provoquer du fait des soins constants qu'elles nécessitent.

Article 262.
Acné polymorphe.

a) Selon la gravité	2 à 5	G
b) Chez la femme, acné avec hyperandrogénie	2 à 5	G

Article 263.
Alopécie.

a) Pelade : selon l'extension et l'évolutivité	2 à 5	G
b) Cicatricielle, définitive, à juger en fonction de l'étendue et de l'étiologie	2 à 4	G

Article 264.
Vascularités nécrosantes.

a) Vascularités cutanées	2 à 3	G
b) Vascularités cutanéosystémiques	5 à 6	G

Article 265.
Angiokératomes.

a) Isolés ou circonscrits	2	G
b) Diffus (Maladie de Fabry)	6	G

Article 266.
Anomalies vasculaires superficielles.

a) Angiomes plans :		
– isolés	2	SIG
– étendus et ou associés	2 à 6	SIG
b) Malformations vasculaires complexes	3 à 6	SIG

Article 267.
Atrophies cutanées.

Selon l'étiologie et la localisation	2 à 5	SIG
--------------------------------------	-------	-----

Article 268.
Aphoses.

a) Uni ou bipolaire, idio-pathique, selon la fréquence et l'intensité	2 à 4	G
b) Maladie de Behçet	5 à 6	G

Article 269.
Cicatrices dystrophiques.

Brûlures, gelures, etc, selon l'étendue, l'atteinte fonctionnelle et la localisation	2 à 6	SIG
--	-------	-----

Article 270.
Maladie de Darier.

Maladie de Darier	2 à 5	G
-------------------	-------	---

Article 271.
Dermatomyosites.

a) Dermatomyosites	5 à 6	G
b) Dermatomyosites amyopathiques	2 à 4	G

Article 272.
Dermatoses bulleuses.

a) Érythème polymorphe, selon l'étiologie et la chronicité	2T à 5	G
b) Porphyries cutanées, sans hépatite virale liée au VHC	3 à 5	G
c) Auto-immunes	4 à 6	G
d) Pemphigus bénin (maladie de Hailey)	3 à 5	G
e) Épidermolyses bulleuses, selon le type clinique	2 à 5	SIG

Article 273.

Dermatoses infectieuses, mycosiques et parasitaires.

a) En évolution	2T à 5T	SIG
b) Guéries selon séquelles	2 à 5	SIG

Article 274.

Hamartomes cutanés.

En fonction du type clinique et de la gêne fonctionnelle	2 à 6	SIG
--	-------	-----

Article 275.

Dystrophies du tissu conjonctif.

a) Pseudoxanthome élastique	5 à 6	G
b) Syndromes d'Ehlers-Danlos, selon le type clinique	3 à 6	G

Article 276.

Eczémas.

a) Dermatite atopique	2 à 5	G
b) Eczéma de contact ou nummulaire	2 à 4	G
c) Dysidrose	2 à 4	G

Article 277.

Érythrodermies.

Érythrodermies	2T à 5T	G
----------------	---------	---

Article 278.

Lymphomes cutanés.

Lymphome cutané, selon le type, l'extension et l'évolutivité	2 à 6	G
--	-------	---

Article 279.

Maladie de Verneuil.

Maladie de Verneuil, selon le type clinique et l'extension	2 à 6	G
--	-------	---

Article 280.

Hyperhidrose palmoplantaire.

Hyperhidrose palmoplantaire	2 à 4	SI
-----------------------------	-------	----

Article 281.

Hypodermes.

a) Érythème noueux, selon l'étiologie	2 à 5	G
b) Hypodermes chroniques, selon l'étiologie et l'extension	2 à 5	G

Article 282.

Ichtyose.

Ichtyose, selon le type clinique	2 à 5	G
----------------------------------	-------	---

Article 283.

Maladie de Kaposi.

Maladie de Kaposi	5 à 6	G
-------------------	-------	---

Article 284.

Kératodermies.

Kératodermies, selon le type clinique et l'étiologie	2 à 5	SIG
--	-------	-----

Article 285.
Lichen plan.

Lichen plan	2 à 5	G
-------------	-------	---

Article 286.
Lupus érythémateux.

a) Lupus discoïde	2 à 4	G
b) Lupus disséminé systémique	6	G

Article 287.
Mastocytoses cutanées.

Mastocytoses cutanées	2 à 5	G
-----------------------	-------	---

Article 288.
Onychopathies.

Onychopathies	2 à 4	SI
---------------	-------	----

Article 289.
Parapsoriasis.

a) En gouttes, digitiforme	2 à 3	G
b) Petites plaques	2 à 3	G
c) Grandes plaques	3 à 5	G

Article 290.
Neurofibromatoses.

a) Neurofibromatose 1	2 à 6	G
-----------------------	-------	---

b) Autres neurofibromatoses, selon l'extension et les associations	2 à 6	G
--	-------	---

Article 291.
Sclérose tubéreuse de Bourneville.

Sclérose tubéreuse de Bourneville (voir aussi article 420)	3 à 6	G
--	-------	---

Article 292.
Psoriasis cutané.

En fonction des critères énoncés à l'article 261	2 à 5	SIG Selon localisation
--	-------	---------------------------

Article 293.
Pustuloses amicrobiennes.

Pustuloses amicrobiennes, selon l'étiologie et la localisation	2 à 5	G
--	-------	---

Article 294.
Pyoderma gangrenosum.

Pyoderma gangrenosum	5 à 6	G
----------------------	-------	---

Article 295.
Sarcoïdose cutanée.

Sarcoïdose cutanée (voir art. 180)	2 à 5	G
------------------------------------	-------	---

Article 296.
Sclérodermies.

a) Circonscrites	2 à 5	SIG
------------------	-------	-----

b) Généralisées	5 à 6	G
-----------------	-------	---

Article 297.

Dermatoses de surcharge. (Xanthomatose, mucinose, amylose).

En fonction du type clinique, et des localisations viscérales existantes ou potentielles (voir également art. 260)	2 à 6	G
--	-------	---

Article 298.

Toxidermies.

Toxidermies, selon l'étiologie et le type clinique	2 à 5	G
--	-------	---

Article 299.

Tumeurs cutanées.

a) Considérées en fonction des critères énoncés aux articles 45 et 46	2 à 5	SIG
b) Cacinome basocellulaire	2 à 4	SIG
c) Cacinome épidermoïde	3 à 5	SIG

Article 300.

Mélanomes.

a) Mélanomes, selon classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), recul évolutif, évaluation actuelle	3 à 6	G
b) Naevus atypique : selon le nombre, le phénotype, le contexte familial	3 à 5	G

Article 301.

Ulcères de jambe.

Ulcères de jambe (voir aussi art. 166)	2 à 5	I
--	-------	---

Article 302.

Urticaire.

a) Urticaire, selon le type clinique et l'évolution (Cf. art. 193)		
b) Oedème antio-neurotique	5 à 6	G

Article 303.

Vitiligo et achromies congénitales.

Vitiligo et achromies congénitales, selon l'étendue, la localisation et les maladies associées	2 à 4	SIG
--	-------	-----

CHAPITRE II.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST).

Article 304.

Infections sexuellement transmissibles (IST). Hors infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

a) Manifestations récentes et contagieuses	2T à 5T	G
b) Manifestations chroniques et séquellaires, selon l'importance et la localisation des atteintes	2 à 4	G
c) Voir également article 235.		

Article 305.

Disponible.

.....

TITRE XVI.

NEUROLOGIE.

285.

Préambule.

Il est impossible d'envisager tous les aspects des multiples syndromes et affections neurologiques. Il appartiendra au médecin examinateur ou à l'expert d'apprécier l'aptitude d'un sujet en considérant à la fois les symptômes et leur cadre étiologique.

Le symptôme peut être par lui-même motif à inaptitude ou aptitude restreinte.

Le symptôme peut avoir disparu et la maladie causale demeurer ; celle-ci conditionnera alors l'aptitude en fonction de son potentiel d'évolutivité et de gravité, de sa tendance aux récurrences.

Le texte est ainsi divisé de façon pratique en deux chapitres correspondant à ces deux niveaux de réflexion.

CHAPITRE PREMIER.

LES SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES.

I. LES PARALYSIES.

Article 386.

Paralysies par atteinte centrale.

a) Hémiplégie ou hémiparésie (encéphalique ou médullaire) :		
– avec perte de l'autonomie de la marche	6	G
– avec spasticité à la marche et gêne motrice de la main, selon la gêne fonctionnelle	3 à 5	G
b) Monoplégie ou monoparésie	3 à 5	GSI
c) Paraplégie	5 à 6	G
d) Quadriplégie	6	G

Article 387.

Paralysie par atteinte périphérique des membres.

Atteintes de la corne antérieure/racine(s)/plexus/tronc(s) nerveux/polyradiculoneuropathies et plynéuropathies :	3 à 6	GSI
* Selon que l'atteinte date de moins ou de plus de six mois, le coefficient attribué aux sigles G ou S ou I sera affecté ou non de la lettre T.		

Article 388.

Paralysie des paires crâniennes motrices.

a) Atteinte des nerf(s) oculo-moteur(s)	3 à 5	G
b) Atteinte du nerf facial VII :		
– origine traumatique :		
patielle, incomplète	2 à 4	G
complète, totale	5	G
– origine idiopathique :		
paralysie ou parésie définitive selon le degré de fermeture de la paupière	2 à 5	G
c) Hémispasme facial	2 à 6	G
d) Atteinte du nerf IX et/ou X	3 à 5	G
e) Atteinte du nerf XI	2 à 5	G
f) Atteinte du nerf XII	2 à 5	G

Article 389.

Atteinte des paires crâniennes sensorielles.

a) Anosmie sans étiologie retrouvée (sinon considérer l'étiologie)	2	G
b) Nerf optique	2 à 5	G

c) Atteinte du nerf VIII : – surdité neuro- sensorielle : voir art. 340 et 341 – troubles de l'équilibre : voir art. 349.		
d) Dysgueusie-agueusie	2	G

II. LES MOUVEMENTS ANORMAUX INVOLONTAIRES.

Article 390.

Mouvements choréiques, choréo-athétosiques, athétosiques, balliques.

� l'engagement	5 à 6	G
En cours de carrière (selon intensité et exten- sion)	3 à 6	G

Article 391.

Dystonies.

� l'engagement	5 à 6	G
En cours de carrière :		
– selon intensité et extension	3 à 6	G
– cas particulier de la dystonie de fonction, selon retentissement	2 à 6	G

Article 392.

Dyskinésies.

� l'engagement	5 à 6	G
En cours de carrière (selon intensité et exten- sion)	3 à 6	G

Article 393.

Tremblements.

� l'engagement	3 à 6	G
En cours de carrière (selon intensité et exten- sion)	2 à 5	G

Article 394.

Myoclonies.

� l'engagement	5 à 6	G
En cours de carrière (selon intensité et exten- sion)	2 à 5	G

Article 395.

Tics.

a) Tics vulgaires	2 à 6	G
b) Maladie de Gilles de la Tourette :		
– � l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière (selon intensité en exten- sion)	4 à 6	G

Article 396.

Autres mouvements involontaires.

a) Crampes/fascicula- tions/syndrome d'hype- ractivit� musculaire continue/syndrome des jambes sans repos :		
– � l'engagement	3 à 6	G
– en cours de carrière (suivant intensité et extension)	2 à 6	G
b) Spasme médian de la face :		
– � l'engagement	5 à 6	G

- en cours de carrière (selon intensité et extension)	3 à 6	G
--	-------	---

III. LES TROUBLES SENSITIFS.

Article 397.
Troubles sensitifs.

a) Hypo-anesthésie superficielle (selon intensité et extension)	2 à 6	G
b) Hyperesthésies, dysesthésies, causalgies, névralgies (selon intensité et extension)	3 à 6	G
c) Paresthésies (selon intensité et extension)	2 à 6	G
d) Troubles sensitifs d'origine psychogène (voir titre XVII psychiatrie).		

IV. LES TROUBLES TROPHIQUES.

Article 398.
Troubles trophiques.

Amyotrophie et autres troubles trophiques selon la gêne fonctionnelle et l'étiologie	3 à 6	SIG
--	-------	-----

V. LES TROUBLES DE LA COORDINATION.

Article 399.
Syndrome cérébelleux et autres troubles de la coordination.

À l'engagement	5 à 6	G
En cours de carrière (suivant intensité)	3 à 6	G

VI. LES ÉPILEPTISIES.

Article 400.
Épilepsie généralisée ou partielle.

a) Antécédents de convulsions fébriles du nourrisson sans manifestation neurologique ultérieure	2	G
b) Antécédents d'épilepsie bénigne de l'enfance (épilepsie absence, épilepsie à paroxysmes rolandiques...) sans aucune manifestation neurologique ultérieure	2	G
c) Antécédents de crises épileptiques sans récurrence ni traitement depuis plus de trois ans, avec électroencéphalogramme et imagerie cérébrale normaux	2	G
d) Crise épileptique généralisée isolée avec électroencéphalogramme et imagerie cérébrale normaux	3T	G
e) Crise épileptique généralisée isolée avec électroencéphalogramme et imagerie cérébrale normaux sans récurrence depuis plus d'un an	2	G
f) Épilepsie idiopathique ou cryptogénétique bien contrôlée par un traitement bien supporté	3	G
g) Épilepsie symptomatique d'une affection cérébrale évolutive ou potentiellement évolutive, selon étiologie	4 à 6	G
h) Épilepsie pharmacorésistante, partielle ou généralisée, selon la nature des crises, leur intensité et/ou leur fréquence	4 à 5	G
i) Épilepsie à crises rares non traitées, quelle qu'en soit la raison	4	G
j) Épilepsie opérée : - à l'engagement	5 à 6	G

<p>– en cours de carrière, suivant l'équilibration des crises par le traitement [cf. alinéas c) à i)].</p> <p><i>NB. - L'épilepsie classée G = 3T entraîne une inaptitude temporaire à la conduite des véhicules militaires VL, PL, SPL et TC.</i></p> <p><i>Les épilepsies classées G ≥ 3 entraînent une inaptitude définitive à la conduite des véhicules militaires, PL, SPL et TC. Seules les épilepsies classées G = 3 sont compatibles avec une aptitude à la conduite des véhicules militaires VL.</i></p>		
---	--	--

Article 401.

Anomalies électroencéphalographiques asymptomatiques.

a) Tracés inhabituels sans signification pathologique	1 à 2	G
b) Sensibilité à l'hyperpnée (ondes lentes antérieures après la 3e minute d'hyperpnée chez un sujet de moins de trente ans)	1 à 2	G
c) Sensibilité à la stimulation lumineuse intermittente (SLI), entraînement du rythme de fond ou réaction photomyoclonique sans graphoéléments paroxystiques	1 à 2	G
d) Autres anomalies asymptomatiques	2	G

NB. : Inaptitude définitive aux postes à risque suivants : personnel navigant, TAP. Pour plongeurs catégories 1 et 2 voir instruction spécifique.

VII. LES TROUBLES SPHINCTÉRIENS.

Article 402.

Troubles génito-sphinctériens.

a) Manifestations isolées de troubles urinaires ou fécaux	3 à 6	G
b) Troubles sexuels avec retentissement psychologique (voir titre XVII psychiatrie).		

VIII. LES TROUBLES DES FONCTIONS COGNITIVES.

Article 403.

Troubles du langage.

Aphasie, alexie, agraphie, acalculie (selon l'intensité)	3 à 6	G
--	-------	---

Article 404.

Troubles de la parole.

a) Dysarthries (selon l'intensité et l'étiologie)	3 à 6	G
b) Autres troubles de la parole :		
– à l'engagement (selon l'intensité et l'étiologie)	3 à 6	G
– en cours de carrière (selon l'intensité et l'étiologie)	2 à 6	G

Article 405.

Agnosies.

Agnosies (selon l'intensité)	5 à 6	G
------------------------------	-------	---

Article 406.

Apraxies.

Apraxies :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière (selon intensité)	3 à 6	G

Article 407.

Troubles de l'attention et des fonctions exécutives.

Troubles de l'attention et des fonctions exécutives (selon l'intensité)	2 à 6	G
---	-------	---

Article 408.

Troubles de la mémoire.

Troubles de la mémoire (selon l'intensité)	3 à 6	G
---	-------	---

Article 409.

Syndromes démentiels.

Syndromes démentiels :		
– à l'engagement	6	G
– en cours de carrière (selon l'intensité)	4 à 6	G

IX. LES TROUBLES DU SOMMEIL.

Article 410.

Insomnies.

Insomnies avec retentissement physique ou cognitif ou psychique sur la vie diurne, quelle qu'en soit l'étiologie :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière	3 à 5	G

*NB : Incompatibilité avec
la conduite des véhicules
militaires et inaptitude
OPEX tant que persiste
une somnolence diurne.*

Article 411.

Hypersomnies et parasomnies.

a) Narcolepsie et hyper- somniale idiopathique :		
– à l'engagement	4 à 6	G
– en cours de carrière selon l'intensité	3 à 5	G
<i>NB : Incompatibilité avec la conduite des véhicules militaires tant que per- siste une somnolence diurne reprise de la con- duite des VL militaires après évaluation de l'effi- cacité thérapeutique. Inaptitude définitive OPEX.</i>		
b) Parasomnies, selon l'intensité	2 à 6	G

CHAPITRE II.**MALADIES NEUROLOGIQUES.**

Article 412.

Maladies des muscles.

a) À l'engagement :	5 à 6	G
b) En cours de carrière :		
– myopathies primitives :		
– dystrophies muscu- laires progressives	3 à 6	G
– myopathies congéni- tales	3 à 6	G
– myopathies métabo- liques	3 à 6	G
– mitochondriopathies	3 à 6	G

– myopathies acquises :		
– inflammatoires (myosites et polymyosites)	3 à 6	G
– endocriniennes	3 à 6T	G
– toxiques	3 à 6T	G
– Élévation isolée et asymptomatique des créa- tine-phospho-kinases (CPK) :		
– à l'engagement	4 à 5	G
– en cours de carrière	2 à 5	G

Article 413.

Maladie de la jonction neuro-musculaire.

a) Myasthénie et syndromes myasthéniques :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon l'intensité	3 à 6	G
b) Chancelopathies :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon l'intensité	3 à 6	G

Article 414.

Neuropathies périphériques.

a) Neuropathies acquises ou héréditaire :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon l'intensité	3 à 6	G
b) Polyradiculonévrites aiguës, selon les séquelles	1 à 6T	G

Article 415.

Maladie du motoneurone.

a) Sclérose latérale amyotrophique	4 à 6	G
b) Amyotrophies spinales progressives :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon l'intensité	3 à 6	G
c) Syndrome post-polio- myélitique, selon l'intensité	3 à 6	G

Article 416.

Séquelles de traumatismes crânio-encéphaliques.

a) Traumatisme crânien bénin, fermé, sans frac- ture ou lésions parenchy- mateuses et en l'absence de troubles neurologiques	1 à 2	G
b) Traumatisme crânio- encéphalique accompagné de lésions osseuses et/ou de troubles neurologiques :		
– datant de moins de six mois (selon la symptoma- tologie)	3 à 5T	G
– datant de plus de six mois (selon les séquelles neurologiques et/ou neuro-psychologiques)	2 à 5	G
c) Syndrome subjectif post-commotionnel (voir aussi titre XVII psychia- trie).	2 à 5	G

Article 417.

Séquelles d'encéphalopathie infantile.

Séquelles d'encéphalopa- thie infantile	6	G
--	---	---

Article 418.

**Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires
du système nerveux.**

a) Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires du système nerveux (selon l'intensité et l'étiologie)	3 à 6	G
b) Séquelles de poliomyélite antérieure aiguë (en raison du syndrome post-poliomyélitique)	5 à 6	G

Article 419.

Encéphalopathies spongiformes subaiguës.

a) Maladie de Creutzfeld-Jacob	5 à 6	G
b) Autres encéphalopathies spongiformes subaiguës	5 à 6	G

Article 420.

Phacomatoses.

À l'engagement	5 à 6	G
En cours de carrière selon l'intensité de l'expression neurologique	3 à 6	G

Article 421.

Dysplasies et malformations.

a) Anomalies de la gyration et hétérotopies corticales : – à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière (selon les circonstances de la découverte et le retentissement cognitif ou épileptique)	2 à 6	G
b) Sténose partielle de l'aqueduc de Sylvius	3 à 6	G

c) Agénésie du corps calcaireux (selon le retentissement)	2 à 6	G
d) Kyste arachnoïdien (intracrânien ou rachidien)	2 à 6	G
e) Tumeur dysembryoplasique neuro-épithéliale : – à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon le retentissement épileptique)	3 à 6	G
f) Syringomyélie (bulbie) : – à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon les circonstances de la découverte et le retentissement	2 à 6	G
g) Malformation d'Arnold-Chiari : – à l'engagement selon le retentissement	3 à 6	G
– en cours de carrière, selon les circonstances de la découverte et le retentissement	2 à 6	G
h) Malformation de Dandy-Walker – à l'engagement selon le retentissement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon les circonstances de la découverte et le retentissement	2 à 6	G
i) Moelle attachée – à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière, selon le retentissement	2 à 6	G
j) Séquelles de spina bifida	5 à 6	G
k) Kystes de Tarlow (selon le retentissement radiculaire)	2 à 5	G

<i>NB. : pour les affections énumérées ci-dessus, cotées G = 2 à 6 et pour lesquelles les circonstances de découverte sont un motif d'appréciation, la valeur 2 est attribuée dans le cas de découverte fortuite asymptomatique.</i>		
--	--	--

Article 422.

Maladies dégénératives du système nerveux central.

a) Maladie de Parkinson	3 à 6	G
b) Syndromes parkinsoniens et atrophies multiples systématisées	4 à 6	G
c) Chorée de Huntington :		
– à l'engagement, présence de signes clinique (<i>Le diagnostic génétique ne peut être pratiqué sur la seule existence d'un antécédent familial</i>)	6	G
– en cours de carrière, selon l'intensité	3 à 6	G
d) Leucodystrophies :		
– à l'engagement	6	G
– en cours de carrière	3 à 6	G
e) Atrophies cérébelleuses et spino-cérébelleuses :		
– à l'engagement	6	G
– en cours de carrière, selon l'intensité	4 à 6	G

Article 423.

Scérose en plaques.

a) À l'engagement :		
– SEP avérée	5	G

– syndrome clinique isolé ou atteinte clinique mono-symptomatique démyélinisante (SCI) en évolution ou datant de moins de trois ans	5	G
– SCI régressif et datant de plus de trois ans. Selon l'avis du spécialiste et éventuelle contre-indication aux vaccinations réglementaires	2 à 3	G
b) En cours de carrière :		
– SEP avérée	3 à 6	G
– SEP bénigne, non traitée, cinq ans minimum sans poussée, IRM sans rehaussement par gadolinium, avec score EDSS ≤ 2 (Expanded disability status scale)	3	G
<i>NB. : Apte aux missions de courte durée, séjours dans un emploi sédentaire dans les départements d'Outre-mer collectivités d'Outre-mer et Nouvelle Calédonie ou dans les pays de haut niveau de médicalisation.</i>		
– SCI non évolutif datant de plus de trois ans	2	G
<i>NB : Vaccination contre le VHB contre-indiquée si antécédents familiaux de SEP ou SCI datant de moins de trois ans ou SEP avérée.</i>		

Article 424.

Autres maladies inflammatoires et/ou dysimmunitaires du système nerveux central.

a) À l'engagement	5 à 6	G
b) En cours de carrière selon séquelles et une éventuelle contre-indication vaccinale	2 à 6	G

Article 425.
Affections vasculaires.

<i>a)</i> Malformations vasculaires non rompues :		
– non traitées :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière	3 à 6	G
– traitées (selon l'intensité des séquelles et le risque de reperméabilisation) :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière	3 à 6	G
<i>b)</i> Malformations vasculaires rompues :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière :		
– non traitées	4 à 6	G
– traitées (selon l'intensité des séquelles et le risque de reperméabilisation)	3 à 6	G
<i>c)</i> Accident vasculaire cérébral ou médullaire, ischémique ou hémorragique, selon l'intensité des séquelles et le risque de récurrence	3 à 6	G
<i>d)</i> Thrombose veineuse cérébrale, selon l'intensité des séquelles et le risque de récurrence	3 à 6	G

Article 426.
Syndromes paranéoplasiques.

Syndromes paranéoplasiques du système nerveux périphérique ou central, selon l'intensité et le néoplasme primitif	3 à 6	G
---	-------	---

Article 427.
Tumeurs du système nerveux central, périphérique et des méninges.

<i>a)</i> Tumeur primitive maligne	4 à 6	G
<i>b)</i> Tumeur(s) secondaire(s) maligne(s) :		
– en évolution et en cours de traitement	4 à 6	G
– paraissant guérie après traitement, avec un recul de cinq ans	2 à 5	G
<i>c)</i> Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue	3 à 5	G
<i>d)</i> Tumeur bénigne, selon l'intensité des symptômes	2 à 5	G

Article 428.
Affections dysmétaboliques, carencielles et/ou toxiques.

<i>a)</i> Maladies hérédito-métaboliques :		
– à l'engagement	5 à 6	G
– en cours de carrière selon l'intensité	3 à 6	G
<i>b)</i> Maladies acquises :		
– syndromes neuro-endocriniens selon le retentissement neurologique et l'étiologie	2 à 5	G
– syndrome neuro-anémique, selon le retentissement neurologique	2 à 5	G
– encéphalopathies alcoolocarentielles, selon le retentissement neurologique et cognitif	3 à 5	G
– encéphalopathies métaboliques ou toxiques, selon le retentissement neurologique et l'étiologie	2 à 5	G

Article 429.

Algies de l'extrémité céphalique.

a) Migraines :		
– migraine à crises rares ou répondant bien au traitement	2	G
– migraine à crises fréquentes et invalidantes malgré le traitement	3	G
– migraine grave (complicquée, hémiplégique, ophtalmoplégique)	4 à 5	G
b) Algies vasculaires de la face :		
– algie vasculaire épisodique	2	G
– algie vasculaire chronique	3 à 5	G
c) Névralgie faciale (selon intensité et étiologie)	2 à 5	G
d) Céphalées chroniques quotidiennes	2 à 4	G

Article 430.

Coup de chaleur d'exercice.

a) Suites immédiates avant la fin du bilan étiologique fait au troisième mois (<i>Classement T un an maximum</i>)	4T*	G
b) Suites à moyen terme après les résultats du bilan étiologique :		
– examen clinique et bilan paraclinique normaux	2	G
– examen clinique normal et anomalie(s) du bilan paraclinique	3	G
– examen clinique et bilan paraclinique anormaux	4 à 5	G

NB : Dans tous les cas, <i>inaptitude à l'exercice ayant causé le coup de chaleur d'exercice, aux marches commando et marches TAP.</i>		
c) Récidive de coup de chaleur d'exercice :		
<i>(Inaptitude aux marches, courses du contrôle de la condition physique, marches commando, marches TAP, aux exercices physiques soutenus et à ceux demandant une motivation importante)</i>	4 à 5	G

Article 430 bis.

Hyperthermie maligne anesthésique.

Hyperthermie maligne sensible (HMS) : test positif à l'halothane et à la caféine, hyperthermie maligne équivoque (HME), test positif à l'halothane ou à la caféine :		
a) à l'engagement	5 à 6	G
b) en cours de carrière :		
– avant biopsie ou test génétique	4T	G
– HMS, HME confirmées par biopsie ou test génétique :		
a) HMS avec manifestation musculaire	4 à 6	G
b) sans manifestation musculaire (<i>Inapte Opex, inapte Outre-mer sauf collectivités et territoire d'Outre-mer</i>)	3 à 4	G

TABLEAU VI.

Figure 1. Diagramme des plages audiométriques (audiométrie tonale).

