

***BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES***



**Edition Chronologique**

PARTIE PERMANENTE  
Etat-Major des Armées (EMA)

**INSTRUCTION N° 700/DEF/DCSSA/AST/AME**  
relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.

*Du 9 juillet 2008*

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

**INSTRUCTION N° 700/DEF/DCSSA/AST/AME relative à l'aptitude médicale à la pratique du parachutisme militaire.**

*Du 9 juillet 2008*

NOR D E F E 0 8 5 1 8 4 9 J

---

*Références :*

Instruction n° 1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 (BOC, 2002, p. 1319. ; BOEM 620-4.1.2.2) modifiée ;  
Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003 (Mention au BOC, p. 7118 (notification n° 3122/DEF/DCSSA/AST/AME du 14 octobre 2003). ; BOEM 620-4.1.1) modifiée ;  
Instruction n° 2800/DEF/DCSSA/AST/AME du 9 novembre 2004 (BOC, 2004, p. 6402 ; BOEM 111.2.1.2, 590.2.5, 620-4.1.2.2, 726.2.1) modifiée.

*Modifié par :*

Instruction n° 1937/DEF/DCSSA/AST/AME du 19 septembre 2008 (BOC n° 39 du 17 octobre 2008, texte 15.).  
Instruction n° 333/DEF/DCSSA/AST/AME du 18 février 2009 (BOC n° 12 du 4 mai 2009, texte 17.).  
Instruction n° 704/DEF/DCSSA/AST/AME du 21 avril 2010 (BOC n° 28 du 9 juillet 2010, texte 8.).

*Texte abrogé :*

Instruction n° 776/DEF/DCSSA/AST/AS du 16 mars 1999 (BOC, 1999, p. 3145 ; BOEM 620-4.1.5.2).

*Classement dans l'édition méthodique :* BOEM 620-4.1.5.2

*Référence de publication :* BOC N°36 du 26 septembre 2008, texte 5.

---

**Introduction.**

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 trois armées, de la gendarmerie nationale et des services sont définies par des instructions particulières des états majors et directions correspondants.

**1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.**

1.1. Le personnel militaire qui de par ses fonctions est amené à pratiquer le parachutisme et/ou affecté en unité aéroportée, doit être apte à subir les contraintes physiques et environnementales directement liées au saut et 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 visites médicales initiales, révisionnelles annuelles, de réadmission et de reprise d'activité. Cette dernière est obligatoire après interruption temporaire d'activité parachutiste, en particulier après accident de saut.

Il n'en reste pas moins que l'examen d'aptitude est un examen médical soumis aux règles habituelles de la déontologie et de l'éthique médicales.

Le candidat remplit le questionnaire médico-biographique 620-4\*/9 qu'il fournit à l'autorité chargée de l'examen où il certifie exact les renseignements donnés sur ses antécédents familiaux et héréditaires, ses antécédents médicaux personnels, anciens et récents pour autant qu'ils lui soient connus ; il s'engage à répondre sincèrement aux questions qui lui seront posées au cours de l'expertise médicale. Toute déclaration fausse ou insuffisante prive d'effet le certificat médical délivré à la suite de l'examen.

Les candidats à la pratique du parachutisme militaire doivent satisfaire aux critères médicaux d'aptitude à l'engagement dans les armées.

Si 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, à condition que la sécurité individuelle et collective ne soient pas mises en jeu. L'octroi de la dérogation, avec restriction éventuelle d'emploi, relève exclusivement d'une décision du commandement, après avis du conseil de santé régional (CSR) ou de la commission médicale de l'aéronautique de défense (CMAD).

1.2. 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.

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

Il existe quatre catégories d'expertises médicales :

- initiales ;
- révisionnelles ;
- annuelles ;
- quadriennales pour le SOTGH et le pilote de parachute biplace opérationnel (PBO) ;
- 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).

L'ensemble de ces expertises s'applique aux aptitudes SOA, SOCR et SOGH/SOTGH.

1.4. (Modifié : Instruction du 21/04/2010.) L'expertise médicale initiale au SOA est déterminée par un médecin des armées ayant reçu une formation adaptée.

L'expertise médicale initiale au SOCR et au SOGH est déterminée par un médecin des armées titulaire du certificat de médecine appliquée au parachutisme (CMAP) ou du brevet de médecine aéronautique et spatiale (BMAS) délivré par la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) et affecté dans un service médical ou un centre médical des armées soutenant des troupes aéroportées. Cette aptitude doit être confirmée lors de l'arrivée du personnel en stage de formation à l'école des troupes aéroportées (ETAP).

L'expertise médicale de reprise ou de réadmission à l'aptitude au SOA, au SOCR ou au SOGH est déterminée par un médecin des armées en unité titulaire du CMAP ou du BMAS et titulaire du brevet parachutiste.

En l'absence d'un médecin détenant ces qualifications, l'expertise médicale de réadmission à l'aptitude au SOA pourra être effectuée par un médecin des armées ayant reçu une formation adaptée. Cette aptitude devra être confirmée lors de l'arrivée à l'unité.

L'expertise médicale initiale au SOTGH et PBO est délivrée par un CEMPN.

Une expertise médicale quadriennale dans un centre d'expertise médicale du personnel navigant (CEMPN) est obligatoire pour le SOTGH et pour le PBO.

1.5. Les visites révisionnelles annuelles d'aptitude au SOA au SOCR et au SOGH sont réalisées à l'unité, au cours de la visite médicale périodique annuelle.

Les visites médicales révisionnelles annuelles au SOTGH et PBO sont effectuées par les médecins titulaires du CMAP ou du BMAS et titulaire du brevet parachutiste, au cours de la visite périodique annuelle.

Les visites médicales de reprise ou de réadmission au SOTGH et PBO sont effectuées :

- par les médecins titulaires du CMAP ou du BMAS et du brevet parachutiste, si l'aptitude quadriennale délivrée par le CEMPN est valide ;
- par un CEMPN, si la validité de l'aptitude quadriennale est dépassée.

## 2. CONDITIONS MÉDICALES D'APTITUDE INITIALE.

### 2.1. Aptitude médicale initiale au saut à ouverture automatique (SOA).

2.1.1. Les constatations faites au cours de l'expertise sont consignées, dans tous leurs détails, par les médecins examinateurs, sur le certificat médical d'aptitude initiale n° 620-4\*/10 établi au nom du sujet expertisé. Les conclusions d'aptitude sont notées sur le certificat médico-administratif d'aptitude initiale n° 620-4\*/12.

Le sujet doit répondre aux conditions d'aptitude médicale initiale ci-après :

#### 2.1.1.1. Constitution physique générale.

L'indice de masse corporelle ( $IMC = P/T^2$ , « P » le poids exprimé en kilogrammes et « T » la taille en mètre) doit être inférieur à 25. Toutefois pour des raisons techniques liées au matériel actuellement en service, le poids devra, quelque soit la taille, toujours être inférieur ou égal à 90 kg.

#### 2.1.1.2. Examen clinique général.

a) 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.

*- Membres supérieurs :*

Sont éliminatoires à la visite initiale :

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 ».

*- Membres inférieurs :*

Sont éliminatoires à la visite 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 et les genu varum excessifs ;
- 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 opérées ou non des chevilles.

Sont tolérés à la visite initiale :

- les anomalies de la statique du pied sans gêne à la marche ou à la course ;
- les genu valgum modérés ;
- 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 ménisectomie sans gêne fonctionnelle.

*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 et les trois segments rachidiens (cervical, dorsal, lombaire) de profil. Les clichés seront à conserver dans le dossier médical à titre médico-légal.

L'examen 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, palpation de tout l'axe rachidien) et appréciation de la musculature abdominale et vertébrale.

Sont éliminatoires à la visite 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 type 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 la visite initiale :

- les attitudes scoliotiques réductibles en position fléchie ou couchée ;
- les anomalies mineures visibles sur les clichés radiographiques :
  - anomalies de la charnière lombo-sacrée ;
  - 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 (intéressant un 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.

b) Paroi abdominale.

Sont des causes d'inaptitude temporaire : les hernies de la paroi abdominale et les éventrations non traitées.

c) 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 ....) doit entraîner un avis spécialisé.

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

La pression artérielle, en dehors de tout traitement, doit être inférieure ou égale pour la systolique à 140 mm Hg, pour la diastolique à 90 mm Hg.

Dans les cas limites, un enregistrement automatique de 2 à 3 heures sera effectué, la normalisation rapide de la pression hors de la présence du médecin ayant alors valeur probante d'aptitude.

Toute hypertension artérielle détectée doit faire l'objet d'une évaluation par la mesure ambulatoire de la PA sur 24 H.

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

Un électrocardiogramme (ECG) est pratiqué systématiquement lors de l'expertise initiale ou de réadmission. Après 40 ans sera pratiqué un ECG d'effort, puis tous les 4 ans en cas de normalité.

Sont éliminatoires à la visite initiale :

- une hypertension artérielle avérée ;
- une hypotension orthostatique avérée ;
- les valvulopathies acquises, dystrophiques et congénitales ;
- les ECG évoquant, chez des candidats symptomatiques ou non, un aspect, d'arythmie complète, de pré-excitation auriculo-ventriculaire intermittente ou totale, un trouble du rythme auriculaire soutenu ou ventriculaire grave ;
- les troubles de la conduction qu'il s'agisse des blocs auriculo-ventriculaires de haut degré ou de blocs de branches complets ;
- avant 30 ans, les varices des membres inférieurs avec ou sans retentissement fonctionnel ;
- tout traitement anticoagulant.

Sont tolérés à la visite initiale :

- 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 et les blocs auriculo-ventriculaires de faible degré 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 sous réserve d'un espace PR inférieur 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 troubles de l'excitabilité sporadiques, après avis du spécialiste ;
- les troubles de la repolarisation, sous réserve de la normalité après évaluation cardiologique ;
- au-delà de 30 ans, les troubles de la circulation périphérique :
  - hémorroïdes sans gêne fonctionnelle ;
  - varices des membres inférieurs sans gêne à la marche et à la course.

Cas particulier des pré-excitations ventriculaires :

- symptomatiques ou non, non associées à une cardiopathie identifiée, en fonction du traitement, des résultats des examens cardiologiques non invasifs et de l'exploration électrophysiologique nécessitent l'avis du spécialiste ;
- après traitement radical, non associées à une cardiopathie identifiée, sans séquelle clinique et électrocardiographique (après un délai de 6 mois et en fonction du traitement et des anomalies associées) relèvent d'un avis spécialisé.

d) Appareil respiratoire.

Sont éliminatoires à la visite initiale :

- les troubles ventilatoires obstructifs cliniquement patents ou 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 la visite 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 ;
- les antécédents d'asthme, avec absence de crise depuis 3 ans, absence de symptômes, sous réserve de la normalité de l'examen clinique et de l'EFR et en l'absence de traitement de fond ;
- les antécédents de pneumothorax spontané opéré après avis spécialisé.

e) Appareil digestif.

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

Les maladies chroniques inflammatoires de l'intestin, de même que les affections hépatiques et pancréatiques chroniques sont éliminatoires.

Sont tolérées à la visite initiale :

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

f) 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, sont éliminatoires les prognathismes et rétrognathismes importants.

g) Appareil génito-urinaire.

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

Sont éliminatoires à la visite 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 la visite initiale :

- les petits varicocèles gauches physiologiques ;
- les protéinuries isolées de caractère transitoire ou orthostatique ;
- l'hématurie microscopique isolée définie au paragraphe (c) de l'article 212 de l'instruction de 2<sup>e</sup> référence ;
- les antécédents de lithiase ou de colique néphrétique si l'imagerie médicale et/ou le bilan étiologique s'avèrent négatifs.

Pour le personnel féminin, l'état de grossesse constitue une inaptitude temporaire dès qu'il est constaté. Il appartient à l'intéressée, qui doit en être informée lors de l'expertise initiale, de déclarer son état de grossesse à son médecin d'unité dès qu'elle en a connaissance.

h) Glandes endocrines.

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

Est éliminatoire : Le diabète sucré.

Sont tolérés après avis du spécialiste les maladies des glandes endocrines, stabilisées par une hormonothérapie substitutive, opérées et considérées comme guéries avec ou sans traitement.

i) Organes hématopoïétiques.

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

Sont éliminatoires à la visite initiale :

- les splénomégalias avec ou sans retentissement fonctionnel.

Sont tolérées à la visite 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.

j) Cancérologie.

Les antécédents d'hémopathies sont éliminatoires, ainsi que toutes maladies malignes en cours d'évolution.

Les antécédents d'affections malignes considérées comme guéries et après avis spécialisé peuvent être tolérés.

k) 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 :

- la maladie épileptique ;
- les antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ces enveloppes ;
- les troubles de l'éveil et du sommeil ;
- le syndrome post-commotionnel d'origine traumatique ;
- 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 :

- les antécédents de convulsions fébriles du nourrisson ;
- l'épilepsie bénigne de l'enfance sans aucune manifestation neurologique ultérieure ;
- tout traumatisme crânien avec perte de connaissance prolongée, datant de plus d'un an sous réserve des examens cliniques et paracliniques normaux.

l) Psychisme.

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

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

m) 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, peut entraîner l'inaptitude.

#### *2.1.1.3. Examen ophtalmologique.*

Lors de la visite initiale :

- l'acuité visuelle, sans correction, devra être égale ou supérieure à 5/10 pour le meilleur des deux yeux et 3/10 pour le moins bon ;
- le degré d'amétropie ne devra pas dépasser - 2 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 ne doit pas être inférieur à 140° et/ou champ visuel vertical inférieur à 60° ;
- le sens du relief (test TNO) devra être satisfaisant.

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

En ce qui concerne la chirurgie réfractive, l'aptitude sera conditionnée à l'avis du spécialiste conformément à l'article 319 de l'instruction de 1<sup>re</sup> référence ;

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.

#### *2.1.1.4. Examen oto-rhino-laryngologique.*

(Modifié par : Instruction du 19/09/2008.)

a) Appareil auditif.

L'acuité auditive évaluée par audiométrie tonale par voie aérienne doit correspondre à la plage II de l'IM de référence pour chacune des 2 oreilles.

Sont éliminatoires :

- 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 les antécédents :

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

b) Appareil vestibulaire.

Est éliminatoire :

- toute anomalie à l'examen clinique vestibulaire.

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

2.2.1. Tous les candidats doivent répondre aux exigences particulières exposées au chapitre premier ainsi qu'aux exigences propres à la pratique du saut à ouverture commandée et retardée précisées ci-après :

### *2.2.1.1. 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 ultérieurement.

### *2.2.1.2. Appareil cardio-vasculaire.*

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

### *2.2.1.3. Organes hématopoïétiques.*

Sont éliminatoires à la visite initiale :

- les splénomégalias avec ou sans retentissement fonctionnel ;
- les drépanocytoses homozygotes et hétérozygotes.

### *2.2.1.4. Examen oto-rhino-laryngologique.*

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

Le tympan doit être normal, fermé, mobile à l'épreuve de Valsalva. Une dysperméabilité tubaire (pic décalé au delà de - 75 dapa au tympanomètre) est une cause d'inaptitude en l'absence de normalisation après traitement.

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

Sont éliminatoires :

- la polypose naso-sinusienne ;
- les sinusites maxillaires, frontales, ethmoïdales et sphénoïdales aiguës ou chroniques jusqu'à guérison complète ;
- les antécédents de chirurgie sinusienne pour pathologie chronique et polypose ;
- les troubles chroniques de la perméabilité tubaire ou de la ventilation sinusienne.

### *2.2.1.5. Examen ophtalmologique.*

Il doit répondre aux conditions du point 2.2.1.3, 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.**

2.3.1. 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.

L'expertise médicale initiale au SOTGH est délivrée par un CEMPN.

#### *2.3.1.1. Appareil cardio-vasculaire.*

Pour les candidats au SOTGH, un ECG d'effort est systématiquement réalisé avant l'expertise au CEMPN qui précède le stage à l'ETAP.

#### *2.3.1.2. Denture.*

Un orthopantomogramme sera réalisé.

#### *2.3.1.3. 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) ;
- la correction par chirurgie réfractive, quelque soit la technique utilisée, n'est pas autorisée ;
- le champ visuel ne doit pas présenter d'anomalie.

#### *2.3.1.4. Examen oto-rhino-laryngologique.*

Pour les candidats au SOTGH, le bilan est effectué dans le service d'oto-rhino-laryngologie d'un CEMPN. Il répond aux conditions énoncées au point 2.2.1.4.

### **2.4. Exigences particulières.**

La radiographie du rachis n'est pas obligatoire pour les candidats au stage du brevet parachutiste prémilitaire.

Les candidats aux fonctions de :

- largueur et chef largueur doivent répondre aux exigences particulières exposées au chapitre premier et posséder une taille supérieure ou égale à 165 cm ;
- moniteur et officier spécialiste des techniques aéroportées doivent répondre aux exigences particulières exposées au chapitre deux et posséder une taille supérieure ou égale à 165 cm ;
- pilote de parachute biplace opérationnel (PBO) doivent répondre aux exigences particulières exposées au point 2.3.1.3 pour l'examen ophtalmologique et les pilotes tandem avec passager bénéficieront d'un ECG d'effort dans l'année qui précède le début du stage à l'ETAP puis tous les deux ans.

L'expertise médicale initiale au PBO est délivrée par un CEMPN.

Tous les personnels participant aux campagnes de saut à très grande hauteur (largueur, chef largueur, spécialistes du matériel, médecin...) doivent répondre aux normes oto-rhino-laryngologiques du point 2.2.1.4.

## **3. CONDITIONS MÉDICALES D'APTITUDE RÉVISIONNELLE OU DE REPRISE.**

Les visites médicales ont pour objet le contrôle de l'aptitude médicale au maintien dans le personnel militaire parachutiste.

Lors des visites médicales de contrôle ou des expertises de reprise, les conditions médicales d'aptitude sont identiques aux conditions médicales d'aptitude initiale. Toutefois, certaines anomalies, séquelles ou insuffisances fonctionnelles mentionnées ci-après peuvent être tolérées.

À l'issue de toute visite de contrôle, d'expertise de reprise ou expertise révisionnelle quadriennale au CEMP, le médecin examinateur ou le médecin-chef du CEMP 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 renouvelée annuellement sera déterminée lors de la visite périodique annuelle. Elle comprendra un examen clinique, un ECG de repos à la demande du médecin, un audiogramme tonal.

#### **3.1.1. Constitution physique générale.**

En visite révisionnelle ou de reprise, une valeur de l'IMC supérieure à 25 peut être tolérée, sous réserve d'une bonne musculature et d'une excellente condition physique. Toutefois, pour des raisons techniques liées au matériel actuellement en service, le poids ne devra pas dépasser 90 kilogrammes.

#### **3.1.2. Examen clinique général.**

a) Squelette et système locomoteur.

Sont tolérées :

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

*Colonne vertébrale.*

Sont tolérés :

- les séquelles de fracture-tassement corporelle (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.

b) Système nerveux.

Sont tolérés :

- les troubles de l'éveil et/ou du sommeil bien contrôlés par un traitement modeste sans effet secondaire : apte par dérogation ;
- tout traumatisme crânien avec perte de connaissance prolongée, datant de plus d'un an sous réserve des examens cliniques et paracliniques normaux.

### ***3.1.3. Examen oto-rhino-laryngologique.***

(Modifié : Instruction du 18/02/2009.)

Sont tolérés :

- 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 l'intensité pour laquelle les 100/100 d'intelligibilité est au maximum de 50dB, le classement O = 3 peut être retenu.

### **3.2. Aptitude médicale révisionnelle au saut à ouverture commandée et retardée.**

L'aptitude est renouvelée annuellement au cours de la visite périodique annuelle.

Outre les examens clinique et paraclinique de l'aptitude initiale, elle doit comporter la réalisation systématique d'un électrocardiogramme de repos, d'une audiométrie et d'une tympanométrie.

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

#### ***3.2.1. Examen oto-rhino-laryngologique.***

Sont tolérés:

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

### **3.3. Aptitude médicale révisionnelle au saut opérationnel à grande et très grande hauteur.**

Tous les ans un bilan est effectué, il comprend un ECG de repos, une audiométrie et une tympanométrie qui sont effectués à l'unité. En cas d'anomalie, l'avis d'un médecin spécialiste des hôpitaux des armées est obligatoire.

Ce contrôle comprend les mêmes éléments que la visite initiale. Sont acceptées les mêmes tolérances que celles des visites révisionnelles SOCR.

Pour les personnels participant au SOTGH, un contrôle doit être réalisé au CEMPN, tous les 4 ans.

### **3.4. Exigences particulières.**

Pour les pilotes de parachute biplace opérationnel (PBO), un contrôle doit être réalisé au CEMPN tous les 4 ans.

#### 4. DISPOSITIONS DIVERSES.

##### 4.1. **Personnel féminin.**

L'aptitude du personnel féminin est établie selon les mêmes critères médicaux que pour le personnel masculin. Seul 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.

#### **4.2. Passager d'un parachute biplace.**

Tout militaire en activité apte au service peut être passager d'un vol en parachute biplace. Cependant une visite médicale de contrôle doit être pratiquée, par le médecin de l'unité titulaire de la formation de premier niveau, avant le saut. 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 s'appliquent pour ce qui concerne les antécédents de chirurgie réfractive.

#### **5. RECOURS.**

Les conclusions médicales d'incapacité prononcées à titre définitif, peuvent lorsqu'elles sont contestées être soumises à l'avis du conseil régional de santé pour l'ensemble des spécialités ne relevant pas d'un suivi dans un CEMPN.

L'avis formulé par ce conseil de santé peut faire lui-même l'objet d'un recours auprès du conseil supérieur de santé des armées.

L'avis d'un médecin, titulaire du CMAP ou d'un BMAS et du brevet parachutiste, sur l'aptitude médicale sera systématiquement demandé lors de la constitution du dossier de recours.

5.1. Les conclusions médicales d'incapacité prononcées à titre définitif pour les spécialités de pilote de parachute biplace opérationnel (PBO) et SOTGH, doivent lorsqu'elles sont contestées être soumises à l'avis de la commission médicale de l'aéronautique de défense (CMAD).

La présence d'un médecin, titulaire du CMAP ou du BMAS et du brevet parachutiste, est requise comme membre titulaire de la CMAD. Il siègera lorsque la commission traitera le cas d'un personnel appartenant aux spécialités parachutistes concernées.

#### **5.2. À titre transitoire.**

Les points 1.4, 1.5 et 6.1 ne s'appliqueront qu'à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2010.

Durant cette période les expertises médicales et la délivrance des certificats médico-administratifs s'effectueront selon les modalités antérieures.

#### **6. TEXTE ABROGÉ.**

La présente instruction abroge l'instruction n° 776/DEF/DCSSA/AST/AS du 16 mars 1999 (BOC, 1999, p. 3145 ; BOEM 620-4.1.5.2).

#### **7. ENTRÉE EN VIGUEUR.**

La présente instruction prend effet le jour de la signature par le sous directeur de la sous direction action scientifique et technique. Elle sera publiée au *Bulletin officiel des armées*.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

*Le médecin général,  
sous-directeur « action scientifique et technique »,*

Lionel HUGARD.