

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES ARMÉES

Arrêté du 26 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale

NOR : ARMH2135595A

La ministre des armées,

Vu le code de la défense, notamment ses articles L. 4132-1 et R. 3232-11 et suivants ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée ;

Vu l'arrêté du 20 décembre 2012 modifié relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire ;

Vu l'arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 29 mars 2021 susvisé est modifié conformément aux dispositions des articles 2 à 5 du présent arrêté.

Art. 2. – Dans l'arrêté, les mots : « à l'engagement initial dans les armées » sont remplacés par les mots : « à l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées », les mots : « armées, directions et services » sont remplacés par les mots : « forces armées et formations rattachées » et les mots : « hôpitaux d'instruction des armées » sont remplacés par les mots : « hôpitaux des armées ».

Art. 3. – L'article 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 3.* – Le coefficient à attribuer à l'un des sigles du profil médical est choisi en fonction de la gravité de l'affection ou de l'importance des séquelles sans prendre en considération la catégorie de personnel à laquelle appartient le sujet examiné, son emploi, son ancienneté de service ou son grade. L'éventail de ces coefficients couvre les différents degrés allant de la normalité, qui traduit l'aptitude sans restriction, jusqu'à l'affection grave ou l'impotence fonctionnelle majeure, incompatible avec l'aptitude quel que soit l'emploi. De ce fait, les résultats d'un bilan médical se trouvent transposés en niveaux qui permettent d'émettre un avis sur l'aptitude médicale du personnel à servir ou à la spécialité, à partir de critères ou normes définis par le commandement.

« Les sigles S, I, G, Y, O peuvent varier de 1 à 6, le sigle C de 1 à 5 et le sigle P de 0 à 5. Les coefficients proposés correspondent aux niveaux d'aptitude indiqués ci-après.

« Coefficient 0 : il n'existe que pour le sigle P. Attribué par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il traduit l'aptitude à l'engagement telle qu'elle peut être évaluée lors d'une expertise médicale initiale. Ce coefficient temporaire n'est attribué qu'à l'engagement et pour la durée de la période probatoire.

« Coefficient 1 : il traduit l'aptitude à tous les emplois des forces armées et formations rattachées. Attribué au sigle P par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il traduit l'aptitude à tous les emplois des forces armées et formations rattachées. En l'absence de décision médicale contraire, le coefficient 1 est appliqué au sigle P en fin de période probatoire. La mise à jour du coefficient dans le dossier médical est réalisée au plus tard lors de la première visite médicale périodique.

« Coefficient 2 : il traduit l'aptitude à la plupart des emplois militaires. Attribué au sigle P par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialistes en psychiatrie, il permet le maintien de l'aptitude à servir d'un militaire souffrant de troubles psychopathologiques, sous réserve de restriction de certaines de ses activités.

« Coefficient 3 :

« – attribué à l'un des sigles S, I ou G, il traduit une restriction significative dans l'entraînement (notamment l'entraînement physique au combat) et une limitation de l'éventail des emplois ;

« – attribué au sigle P par le médecin des forces ou par le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il traduit une inaptitude temporaire au service, en raison de troubles psychiatriques ou

psychologiques dont la nature, la sévérité et/ou la prise en charge médicale sont temporairement incompatibles avec le service actif.

« Coefficient 4 :

- « – attribué à l'un des sigles S, I ou G, il traduit une exemption de tout entraînement physique au combat et impose des restrictions importantes d'activité, précisées par le médecin ;
- « – attribué au sigle C, il indique une inaptitude à la conduite de certains engins ou véhicules ;
- « – attribué au sigle P par le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il indique une inaptitude définitive à servir en raison de troubles psychopathologiques, ou de troubles importants de la personnalité ou de l'adaptation.

« Coefficient 5 :

- « – attribué au sigle Y, il est incompatible avec de nombreux emplois opérationnels et la conduite des véhicules du groupe II (groupe lourd). Il reste compatible avec la majorité des emplois de soutien ;
- « – attribué à l'un des sigles S, I, G ou O, il traduit des restrictions majeures d'activité, précisées par le médecin ;
- « – attribué au sigle P par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, lors de l'expertise médicale initiale ou à l'incorporation, et par le seul médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie au cours du service actif, il indique une inaptitude totale et définitive à servir en raison d'une pathologie psychiatrique évolutive ou d'antécédents de pathologie psychiatrique.

« Coefficient 6 :

- « – attribué aux sigles S, I et G, il traduit une inaptitude totale quel que soit l'emploi ;
- « – attribué aux sigles Y et O il traduit une incompatibilité avec toute activité opérationnelle et des restrictions majeures de l'aptitude précisées par le médecin. »

Art. 4. – L'article 5 est modifié comme suit :

1° Après le premier alinéa sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Pour certaines affections le coefficient à attribuer au sigle peut différer selon qu'il s'agisse d'un engagement initial dans les forces armées et formations rattachées ou d'une évaluation en cours de carrière ou de contrat. Ainsi, au sens de l'annexe II :

- « – les coefficients « à l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées » sont appliqués aux candidats à un premier engagement dans l'armée active et jusqu'à la fin de la période probatoire, et aux candidats à l'engagement dans la réserve opérationnelle ;
- « – les coefficients « en cours de carrière ou de contrat » sont appliqués aux militaires d'active après la période probatoire, y compris en cas de changement de corps ou de force armée ou formation rattachée, aux réservistes servant dans la réserve opérationnelle et aux anciens militaires candidats à un nouvel engagement ; »

2° Au deuxième alinéa, les mots : « Quand le coefficient peut fluctuer entre deux bornes, le médecin choisit la valeur lui paraissant la mieux adaptée à la situation clinique. » sont remplacés par les mots : « Lorsque plusieurs affections intéressent un même sigle ou quand le coefficient peut fluctuer entre deux bornes, le médecin choisit la valeur lui paraissant la mieux adaptée à la situation clinique en respectant les règles définies à l'article 3. »

Art. 5. – L'annexe II est modifiée comme suit :

1° Le tableau du 1.3.1.2.2. est remplacé par le tableau suivant :

En cas d'anomalie clinique, l'évaluation de la statique rachidienne doit être réalisée par le médecin examinateur sur la base d'une imagerie de moins d'un an en privilégiant la technique EOS ou à défaut un holorachis face + profil.		
1. Attitude scoliotique (sans rotation des corps vertébraux) suivant importance.	G	1 à 3
2. Scoliose vraie (avec rotation des corps vertébraux sans anomalie congénitale ou acquise des vertèbres). Le classement G est fonction de l'angle de Cobb mesuré par le médecin examinant le patient :		
- jusqu'à 20° ;	G	2
- de 21 à 30° ;	G	3
- supérieure à 30° ;	G	4 à 6
- scoliose avec signes neurologiques.	G	5
3. Accentuation de la cyphose dorsale physiologique (suivant l'importance de la déformation, la symptomatologie et le morphotype) :		
- jusqu'à 50° ;	G	2
- de 51 à 60° ;	G	3
- supérieure à 60°.	G	4 à 6

4. Hyperlordose lombaire symptomatique selon le retentissement.	G	2 à 6
5. Cervicarthrose, dosarthrose, lombarthrose :		
- découverte fortuite asymptomatique ;	G	2
- symptomatique.	G	3 à 5

2° Le tableau du 1.3.2.2.1. est remplacé par le tableau suivant :

1. Sans gêne fonctionnelle des mouvements de l'épaule.	S	2
2. Avec gêne fonctionnelle des mouvements de l'épaule.	S	3 à 5
3. Luxation de l'épaule :		
3.1. A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées :		
Episode unique de luxation scapulo-humérale traumatique, si délai > 1 an, sans instabilité résiduelle, avec un examen clinique strictement normal et une imagerie en coupe (scanner simple ou IRM) normale (pas d'avis spécialisé requis).	S	1
Luxation récidivante de l'épaule (deux épisodes ou plus) non opérée	S	5
Luxation de l'épaule opérée par un procédé de stabilisation d'une luxation ou sub-luxation (unique ou récidivante) : <i>Les conditions permettant de statuer sur le sigle S comprennent :</i> - L'absence de limitation articulaire ; - L'absence de récurrence de luxation après chirurgie ; - Un délai entre chirurgie et aptitude > 2 ans ; - Une récupération fonctionnelle totale et une musculature de bonne qualité. <i>Evaluation de la qualité de la chirurgie par TDM osseuse :</i> <i>Afin de définir l'absence évolutive après une chirurgie de stabilisation par butée osseuse, il est demandé dans le cadre de l'évaluation un scanner osseux avec reconstruction qui doit objectiver :</i> - La consolidation de la butée ; - L'absence de rupture de l'ostéosynthèse ; - Une butée non débordante ; - L'absence d'arthrose débutante. Si l'un de ces éléments n'est pas retrouvé, un classement S=5 s'impose.		
- Les butées coracoïdiennes type PATTE LATARJET et les réinsertions type BANKART.	S	2 à 5
- Autre technique chirurgicale, après avis spécialisé.	S	3 à 5
3.2. En cours de carrière ou de contrat :		
Episode unique de luxation scapulo-humérale traumatique sans aucune récurrence, si délai > un an (<i>pas d'avis spécialisé requis</i>) ;	S	1
Luxation récidivante de l'épaule (deux épisodes ou plus) non opérée ;	S	3 à 4
Luxation de l'épaule opérée par un procédé de stabilisation d'une luxation ou sub-luxation (unique ou récidivante). En fonction de la technique utilisée et du résultat fonctionnel (absence de limitations articulaires, absence de récurrence de luxation après chirurgie, musculature de bonne qualité).	S	2 à 5
4. Arthrose gléno-humérale :		
- à l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées ;	S	5
- En cours de carrière ou de contrat, non opérée en fonction de la gêne fonctionnelle ;	S	3 à 5
- En cours de carrière ou de contrat, après prothèse d'épaule (comprend les prothèses post traumatiques).	S	4 à 5

3° Le tableau du 1.3.2.3.4. est remplacé par le tableau suivant :

1. Instabilité chronique de la cheville :		
1.1. A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées :		
Laxité responsable d'instabilité chronique.	I	5
Laxité et/ou instabilité chronique stabilisée par ligamentoplastie :		
- datant de moins d'un an.	I	5
- datant de plus d'un an, en fonction du résultat anatomique évalué par radiographie et fonctionnel.	I	2 à 5
1.2. En cours de carrière ou de contrat :		
Entorses à répétition sans laxité.	I	3

Laxité et instabilité chronique.	I	4
Instabilité ou syndrome sous-talien.	I	4
Instabilité chronique stabilisée par ligamentoplastie :		
- datant de moins d'un an.	I	3 à 4T
- datant de plus d'un an, en fonction du résultat anatomique et fonctionnel.	I	2 à 5
2. Lésion ostéochondrale du dôme astragalien :		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	I	5
En cours de carrière ou de contrat, non opérée ou opérée, en fonction des signes fonctionnels.	I	2 à 5
3. Arthrose de la cheville :		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées ;	I	5
En cours de carrière ou de contrat :		
- débutante.	I	3
- évoluée et enraidissante.	I	4 à 5
- arthrodèse.	I	3 à 4
- prothèse de cheville.	I	4 à 5
4. Pieds plats (examen podoscopique) :		
- selon le retentissement algo-fonctionnel.	I	1 à 3
- pieds plats majeurs avec rupture de l'arche interne.	I	5
5. Pieds creux (examen podoscopique) :		
- pieds creux simples selon le retentissement algo-fonctionnel.	I	1 à 3
- pieds creux neurologiques (voir index 310 à index 356).	I	3 à 5
6. Troubles statiques de l'arrière pied (varus, valgus) :		
- asymptomatique et sans trouble de la marche.	I	1 à 2
- symptomatique ou avec troubles de la marche.	I	3 à 4
7. Troubles statiques de l'avant pied (métatarsus varus, avant pied rond) :		
- asymptomatique et sans trouble de la marche.	I	2
- symptomatique ou avec troubles de la marche.	I	3
- hallux valgus ou quintus varus :		
- asymptomatique.	I	1
- opéré asymptomatique (petit matériel d'ostéosynthèse toléré, à l'appréciation du chirurgien orthopédique).	I	2
- symptomatique et/ou compliqué.	I	3 à 4
8. Pathologie des orteils :		
- orteils en griffe ou en marteau, orteil surnuméraire :		
- asymptomatique.	I	1
- symptomatique.	I	2 à 4
- autres déformations des orteils, selon la gêne fonctionnelle.	I	2 à 4
9. Pieds divers (talalgies, métatarsalgies, maladies de Haglund, de Morton) :		
- asymptomatique.	I	2
- symptomatique.	I	3

10. Ankylose du pied :		
- ankylose de l'arrière pied, médio-pied, synostose astragalo-calcanéenne, synostose calcanéo-scaphoïdienne, selon la gêne fonctionnelle.	I	2 à 5
- ankylose en rectitude de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil.	I	3
11. Pathologie de l'aponévrose plantaire :		
- maladie de Ledderhose.	I	3 à 5
- rupture de l'aponévrose.	I	2 à 5
12. Pied douloureux chronique et/ou gêne au chaussage :		
- A engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	I	5
- En cours de carrière ou de contrat.	I	3 à 5
13. Arthrose métatarsophalangienne – hallux rigidus :		
A engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	I	5
En cours de carrière ou de contrat.	I	3 à 5
14. Amputations du pied :		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées (outre la gêne fonctionnelle, seront prises en compte les douleurs résiduelles) :		
- orteils selon gêne fonctionnelle.	I	2 à 5
- trans-métatarsienne, Lisfranc, Chopart.	I	6
En cours de carrière ou de contrat, selon gêne fonctionnelle.	I	2 à 5

4° Le tableau du 4.11. est remplacé par le tableau suivant :

Les antécédents de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) sont pris en considération pour la détermination de l'aptitude quel que soit leur siège (thrombose veineuse proximale ou distale, embolie pulmonaire) à l'exclusion des thromboses veineuses superficielles.		
1. Déficits constitutionnels en facteurs antithrombotique :		
Déficit en AT3 confirmé sur 2 prélèvements. Mutation homozygote du facteur II ou V. Double hétérozygotie du facteur II et V :		
- absence d'antécédent personnel de MTEV. Après avis spécialisé ;	G	4 à 6
- présence d'au moins un antécédent de MTEV.	G	5 à 6
Mutation hétérozygote du facteur II ou du facteur V. Déficit en protéine C ou en protéine S :		
- absence d'antécédent personnel de MTEV. Selon le type de déficit, l'évaluation du risque de survenue de MTEV, les facteurs de risque associés, les mesures prophylactiques prescrites. Après avis spécialisé ;	G	2 à 4
- un seul épisode de MTEV, selon l'étiologie, les circonstances de survenue de l'épisode thrombotique, la présence de facteurs de risque corrigibles (tabagisme, contraception oestroprogestative...), l'évaluation du risque de récurrence, les mesures prophylactiques prescrites. Après avis spécialisé ;	G	2 à 5
- plus d'un épisode de MTEV sans facteurs déclenchants.	G	5 à 6
2. Pathologies acquises :		
- SAPL (syndrome des anti-phospholipides) biologique : présence d'un anticoagulant circulant de type lupique, d'un anticorps anti cardiolipines ou d'un anticorps anti B2GP1 à 2 reprises à 12 semaines d'intervalle sans notion d'évènement thromboembolique artériel ou veineux ;	G	2
- SAPL clinique confirmé : évènement thromboembolique artériel ou veineux avec confirmation biologique (anticoagulant circulant de type lupique, anticorps anti cardiolipines, anticorps anti B2GP1) à 2 reprises à 12 semaines d'intervalle. Après avis spécialisé ;	G	4 à 6
- SAPL obstétrical non persistant à distance de l'accouchement.	G	2

5° Le tableau du 8.1.5. est remplacé par le tableau suivant :

1. Anomalie de l'axe gonadotrope explorée et après avis spécialisé.	G	2 à 5
L'aptitude médicale est déterminée après exploration de l'anomalie de l'axe gonadotrope permettant d'apprécier : - son étiologie ; - les manifestations, complications et anomalies associées ; - la sévérité de l'hypogonadisme et l'indication d'un traitement hormonal substitutif, sa tolérance et sa compatibilité avec les contraintes du service. En présence d'antécédents ou d'anomalie d'ordre psychologique ou psychiatrique, se référer à l'index 357.		
2. Retard pubertaire.	G	4
3. Impubérisme.	G	5
4. État intersexué, ambiguïté des organes génitaux externes.	G	5
5. Gynécomastie idiopathique (selon le volume et la gêne fonctionnelle) (voir index 73).	G	2 à 4

6° Le tableau du 13.3.2.5. est remplacé par le tableau suivant :

1. Opacité de la cornée cicatricielle ou symptomatique d'une affection non évolutive, uni ou bilatérale, suivant le degré de diminution de la vision.	Y	2 à 6
2. Staphylome de la cornée ou de la sclérotique avec risque de perforation, uni ou bilatéral.	Y	6
3. Affection en évolution ou susceptible de réveil évolutif : kératite ulcéreuse ou interstitielle ; sclérite ou épisclérite, uni ou bilatérale.	Y	4 à 6
4. Kératocône :		
Suivant le degré de diminution de la vision (lentille pré cornéenne non admise pour la détermination de l'acuité visuelle), le caractère évolutif et l'âge du sujet.	Y	3 à 6
Implantation d'anneaux intra-cornéens datant de moins de 6 mois :		
- A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	Y	6T
- En cours de carrière ou de contrat.	Y	5T
Implantation d'anneaux intra-cornéens datant de plus de 6 mois.	Y	4 à 6
5. Chirurgies réfractives.		
L'attribution du coefficient du sigle Y après une telle chirurgie dépend : - du degré d'amétropie initial qui doit être entre -10 et +8 dioptries et de la longueur axiale du globe (une longueur axiale supérieure à 26 mm ne pourra être classée inférieure à Y = 4) ; - du type de chirurgie pratiquée ; - du délai post-opératoire ; - des résultats anatomiques et fonctionnels (acuité visuelle) ; - de la position de l'intéressé vis-à-vis de l'institution. L'expert en charge de l'évaluation post-opératoire recherchera, selon la technique chirurgicale utilisée, l'absence de complication anatomique, d'anomalie topographique cornéenne ou d'aberration optique oculaire importante, d'opacités cornéennes résiduelles significatives, d'amincissement cornéen excessif, d'opacités cristalliniennes significatives, de retentissement endothélial (comptage endothélial), de perturbation fonctionnelle induite (notamment de photophobie, de mauvaise réactivité à l'éblouissement ou de dégradation excessive des performances en faible luminance) et d'évolutivité de l'amétropie en cause. La détermination de l'aptitude médicale aux spécialités de contrôleur aérien, personnel navigant, plongeur sous-marin et parachutiste reste soumise à des réglementations spécifiques.		
5.1. Chirurgie réfractive cornéenne : photoablation de surface [photokératectomie réfractive (PKR) et techniques assimilées] et photoablation sous volet stromal (LASIK) et extraction lenticulaire cornéenne (ReLEx) à l'exclusion de toute autre chirurgie cornéenne ou intra-oculaire.		
La reprise des activités opérationnelles et des activités en environnements extrêmes peut être autorisée après un délai post opératoire de 3 mois minimum et sous réserve de suites chirurgicales simples sans attendre l'évaluation post-opératoire du classement Y à 6 mois.		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées :		
- chirurgie pratiquée avant l'âge de 20 ans et jusqu'à 21 ans ;	Y	6T
- chirurgie pratiquée après l'âge de 20 ans, datant de moins de 6 mois ;	Y	6T
- chirurgie pratiquée après l'âge de 20 ans, datant de plus de 6 mois.	Y	2 à 6
En cours de carrière ou de contrat :		
- chirurgie pratiquée avant l'âge de 20 ans et jusqu'à 21 ans ;	Y	5T
- chirurgie pratiquée après l'âge de 20 ans, datant de moins de 6 mois ; En l'absence de complication opératoire, la reprise de l'activité dans les fonctions préalablement occupées peut-être autorisée sans modification du classement Y pré-opératoire.	Y	pré-op

- chirurgie pratiquée après l'âge de 20 ans, datant de plus de 6 mois.	Y	2 à 6
5.2. Chirurgie réfractive intra-oculaire. Implant phaque de chambre postérieure à l'exclusion de toute autre chirurgie intra-oculaire.		
L'aptitude aux activités opérationnelles et aux activités en environnements extrêmes nécessite l'avis d'un médecin des armées spécialiste en ophtalmologie après un délai post-opératoire de 6 mois minimum.		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées :		
- chirurgie datant de moins de 12 mois et réalisée après l'âge de 20 ans ;	Y	6T
- chirurgie datant de plus de 12 mois et pratiquée après l'âge de 20 ans.	Y	5 à 6
En cours de carrière ou de contrat :		
- chirurgie datant de moins de 12 mois et réalisée après l'âge de 20 ans ;	Y	Pré-op
- chirurgie datant de plus de 12 mois et pratiquée après l'âge de 20 ans.	Y	5 à 6
6. Kératoplastie.		
Les antécédents de kératoplastie sont incompatibles avec une aptitude OPEX et au service à la mer.		
Kératoplastie transfixiante :		
- A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	Y	6
- En cours de carrière ou de contrat.	Y	5 à 6
Kératoplastie lamellaire antérieure :		
- A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	Y	6
- En cours de carrière ou de contrat.	Y	5 à 6
Kératoplastie lamellaire postérieure :		
- A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	Y	6
- En cours de carrière ou de contrat.	Y	4 à 6

7° Le tableau du 13.3.2.7. est remplacé par le tableau suivant :

1. Opacité définitive du cristallin et de sa capsule : les divers types sont compatibles avec le service si le degré de diminution de la vision, fixé par l'index 237, le permet ; uni ou bilatérale.	Y	2 à 6
2. Subluxation ou luxation du cristallin, uni ou bilatérale.	Y	6
3. Aphakie uni ou bilatérale, quel que soit son mode de correction hormis la pseudophakie de chambre postérieure :		
- A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées.	Y	6
- En cours de carrière ou de contrat.	Y	5 à 6
4. Pseudophakie de chambre postérieure uni ou bilatérale.		
L'expert en charge de l'évaluation recherche l'absence de toute complication anatomique. La cotation du sigle Y est fonction de la valeur de l'acuité visuelle sans et avec correction. L'aptitude aux activités opérationnelles et aux activités en environnements extrêmes nécessite l'avis d'un médecin des armées spécialiste en ophtalmologie après un délai post-opératoire de 6 mois minimum.		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées :		
- datant de moins de 6 mois.	Y	6T
- datant de plus de 6 mois.	Y	4 à 6
En cours de carrière ou de contrat :		
- datant de moins de 6 mois.	Y	5T
- datant de plus de 6 mois.	Y	4 à 6

8° Le tableau du 13.3.2.11. est remplacé par le tableau suivant :

1. Rétinite pigmentaire et dégénérescences tapéto-rétiniennes, centrales ou périphériques.	Y	6
2. Déhiscence rétinienne sans décollement, lésions dégénératives potentiellement rhytmotogènes, suivant leur aspect, leur étendue et l'état vitréen.	Y	5 à 6
3. Lésions de la périphérie rétinienne non rhytmotogènes, sans caractère évident d'évolutivité, lésions cicatricielles rétiniennes et rétino-choroïdiennes non évolutives, selon l'acuité visuelle et les autres éléments d'examen.	Y	2 à 4
4. Lésions de la périphérie rétinienne traitées par photocoagulation, en fonction de leur nature, de la qualité du traitement, de l'acuité visuelle et des données de l'examen.	Y	2 à 5
5. Décollement de rétine opéré :		
A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées, datant de plus de 6 mois, à l'exclusion de toute complication anatomique et suivant la valeur de l'acuité visuelle sans et avec correction.	Y	3 à 6
En cours de carrière ou de contrat :		
- datant de moins de 6 mois.	Y	5T
- datant de plus de 6 mois, à l'exclusion de toute complication anatomique suivant la valeur de l'acuité visuelle. L'aptitude pour les activités opérationnelles et les activités en environnements extrêmes ne peut être admise qu'après avis d'un médecin des armées spécialiste en ophtalmologie.	Y	3 à 6
7. Toutes rétinopathies vasculaires.	Y	6
8. Tumeurs de la rétine, angiomatoses, phacomatoses (voir index 215 et 345).	Y	6

9° Le tableau 16.2.6.1. est remplacé par le tableau suivant :

1. A l'engagement initial dans les forces armées et formations rattachées :		
- antécédents de convulsions fébriles du nourrisson sans manifestation neurologique ultérieure ;	G	2
- antécédents d'épilepsie bénigne de l'enfance (épilepsie-absence, épilepsie à paroxysme rolandiques, etc.) sans traitement et sans manifestation depuis au moins 3 ans ;	G	2
- antécédents de crise épileptique sans maladie épileptique affirmée, sans récurrence, sans traitement, depuis au moins 3 ans et avec IRM cérébrale et EEG normaux, selon le nombre de crise et leur contexte ;	G	2 à 4
- antécédents de crise épileptique datant de moins de 3 ans, sans épilepsie maladie diagnostiquée, après avis spécialisé en hôpital des armées ;	G	2 à 5
- épilepsie maladie diagnostiquée, avec ou sans traitement.	G	4 à 5
2. En cours de carrière ou de contrat :		
- crise d'épilepsie isolée avec bilan normal, de moins d'un an ;	G	3T
- crise d'épilepsie isolée avec bilan normal, sans récurrence depuis au moins un an et n'ayant pas nécessité de traitement ;	G	2
- épilepsie bien contrôlée par un traitement bien supporté ;	G	3
- épilepsie symptomatique d'une affection cérébrale évolutive ou potentiellement évolutive selon l'étiologie ;	G	3 à 6
- épilepsie mal contrôlée ou pharmaco-résistante, partielle ou généralisée, selon la nature des crises, leur intensité et/ou leur fréquence ;	G	4 à 5
- épilepsie à crises rares non traitées (selon avis spécialisé) ;	G	3 à 4
- épilepsie non lésionnelle, sans crise et sans traitement depuis au moins 3 ans, avec EEG normal ;	G	2 à 3
- épilepsie opérée sans crise et sans traitement depuis 3 ans avec EEG normal, selon étiologie ;	G	2 à 3
- épilepsie opérée suivant le contrôle ultérieur des crises par le traitement.	G	3 à 6
Les épilepsies classées G=3 et supra entraînent une inaptitude définitive aux OPEX. L'aptitude à certains emplois (service à la mer, mission de courte durée, séjour en outre-mer, poste permanent à l'étranger) est à évaluer au cas par cas après avis du médecin des armées spécialiste en neurologie.		

Art. 6. – Le directeur central du service de santé des armées est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 novembre 2021.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur central
du service de santé des armées,
P. ROUANET DE BERCHOUX