Article original

Les radiculopathies chez les parachutistes de l'armée de Terre

Étude rétrospective et descriptive de 2015 à 2023

V. CAUDMONT[(1)], N. DESSE[(2)]

(1) Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon
(2) Hôpital National d'Instruction des Armées Percy, Clamart

Auteur correspondant : valentin.caudmont@yahoo.fr

Open access DOI
10.17184/eac.10124

Reçu
le 25 mars 2025

Accepté
le 24 avril 2026

Publié
le 5 juin 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Les pathologies rachidiennes sont bien documentées chez les parachutistes militaires français. En revanche, les atteintes radiculaires n'ont jamais été spécifiquement étudiées dans cette population. Cette étude vise à estimer l'incidence des radiculopathies entre 2015 et 2023 au sein de dix régiments parachutistes. Elle a également pour but de décrire les données anthropométriques et l'activité parachutiste des patients, les apports de l'imagerie, les traitements proposés et les conséquences sur l'aptitude opérationnelle.
Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive recensant tous les cas de radiculopathies diagnostiqués de janvier 2015 à décembre 2023 au sein de la 11e Brigade parachutiste (hors École des troupes aéroportées), du 1er Régiment de parachutistes d'infanterie de marine et du 14e Régiment d'infanterie et de soutien logistique parachutiste.
Deux cent douze cas ont été identifiés, soit une incidence de 2,82 cas pour 1 000 personnes-années.
Le territoire lombaire est le plus touché (81,1 %), devant les névralgies cervicobrachiales (18,9 %). L'imagerie par résonance magnétique est l'examen le plus prescrit (65,1 %), avec une corrélation radioclinique dans 50,5 % des cas. La kinésithérapie (73,6 %) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (68,9 %) sont les traitements les plus courants. Le neurochirurgien est le spécialiste le plus souvent sollicité (20,3 %).
Les conséquences sont notables : 46 % des patients ont eu un congé de maladie (durée moyenne : 37,6 jours), et 77,4 % une inaptitude au saut en parachute (durée moyenne : 89,6 jours). Les récidives sont fréquentes (57 %).
Bien que moins fréquentes que les rachialgies, les radiculopathies ont un impact opérationnel plus marqué. L'identification de facteurs de risque permettrait d'améliorer leur

prévention et de limiter leurs conséquences sur la disponibilité des parachutistes.

Mots-clés : Parachutisme. Radiculopathie. Médecine d'armée.

Abstract:
RADICULOPATHIES AMONG ARMY PARATROOPERS
A Retrospective and Descriptive Study between 2015 and 2023

Spinal pathologies, particularly back pain, are well documented among French military paratroopers.
However, radicular syndromes have not yet been specifically studied in this population.
The primary objective of this study was to estimate the incidence of radiculopathies between 2015 and 2023 within ten regiments that include paratrooper units. The secondary objective was to describe anthropometric data, parachuting activity, imaging findings, treatment strategies, and the operational impact of these conditions.
This is a retrospective and descriptive study including all cases of radiculopathy diagnosed between January 2015 and December 2023 in the 11th Parachute Brigade – excluding the Airborne Troops School – the 1st Marine Infantry Parachute Regiment, and the 14th Parachute Infantry and Logistic Support Regiment.
A total of 212 cases were identified, corresponding to an incidence rate of 2.82 cases per 1,000 person-years.
The lumbar region was the most affected (81.1%), followed by cervicobrachial neuralgia (18.9%). Magnetic resonance imaging was the most frequently prescribed examination (65.1%), with radioclinical correlation found in 50.5% of cases. Physical therapy (73.6%) and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (68.9%) were the most used treatments. The most frequently consulted specialist was the neurosurgeon (20.3%).
Operational consequences were significant: 46% of patients required medical leave (mean duration: 37.6 days), and 77.4% were declared temporarily unfit for duty (mean duration: 89.6 days). Recurrence was common (57%).
Although less frequent than back pain, radiculopathies have a greater operational impact. Identifying specific risk factors could improve prevention and help reduce their consequences on paratrooper availability.

Keywords: Parachutism. Radiculopathy. Military medicine.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Introduction

Dans la population générale, les rachialgies ont un impact important sur la demande de soins, la qualité de vie et la capacité professionnelle. Le milieu militaire n'échappe pas à cette réalité : l'impact opérationnel et l'épidémiologie des rachialgies chez les militaires français et alliés sont connus et étudiés par de nombreuses études et thèses, notamment la thèse de Sayeh *et al.* (2019), qui montre que le parachutisme est un facteur favorisant les rachialgies (1).

La radiculopathie, symptôme d'une compression d'une racine nerveuse entre son émergence de la moelle épinière et le foramen intervertébral (ou plus rarement à l'extérieur de ce foramen), est également un enjeu de santé et de maintien de la capacité opérationnelle. Les cruralgies et les sciatiques, en lien avec une atteinte du plexus lombaire, sont des affections neurologiques périphériques fréquentes qui ont une prévalence vie entière de 3 à 5 % chez l'adulte, touchant hommes et femmes à parts égales (2).
Les Névralgies cervicobrachiales (NCB), qui sont des radiculopathies intéressant la région cervicale, sont moins fréquentes avec une prévalence de 3,5 cas pour 1 000 habitants et une incidence annuelle de 64 cas pour 100 000 femmes et de 107 cas pour 100 000 hommes (3).

Ces pathologies sont donc moins fréquentes que les lombalgies, dont la prévalence vie entière varie selon les études de 70 à 85 % (4). En dépit de cette prévalence moindre, les radiculopathies méritent une attention particulière du fait de leur caractère invalidant et du risque de lésion définitive de la racine nerveuse en cas de compression prolongée.

Bien que leur impact potentiel sur les performances individuelles et les missions opérationnelles soit reconnu, la littérature sur l'épidémiologie des radiculopathies chez les parachutistes militaires reste limitée, elle est même inexistante pour les troupes aéroportées françaises.

L'objectif principal de notre travail est de chercher à combler cette lacune par une étude épidémiologique sur les radiculopathies chez les parachutistes de l'armée de Terre et de la Légion étrangère, sur la période 2015-2023, afin d'en établir l'incidence. Notre objectif secondaire est d'évaluer les caractéristiques anthropométriques et l'activité parachutiste des patients atteints, la contribution de l'imagerie, les prises en charge proposées et l'impact sur la capacité opérationnelle de ces patients.

1 Méthode

Cette étude est une étude observationnelle rétrospective traitant des données entre janvier 2015 et décembre 2023. La population étudiée comprend des parachutistes de l'armée de Terre et de la Légion étrangère détenteurs d'une aptitude parachutiste et qui ont présenté une radiculopathie pour laquelle ils ont consulté un médecin militaire dans une Antenne médicale (AM). Les personnels réservistes et les patients non-détenteurs de l'aptitude parachutiste lors de la consultation ne sont pas inclus dans l'étude.

Les données sont extraites depuis le logiciel Axone® après obtention des autorisations de la Direction de la médecine des forces et de la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI). Le logiciel Axone® est le logiciel de gestion

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

des dossiers médicaux du Service de santé des armées (SSA). Les dossiers médicaux traitant d'une radiculopathie ont été extraits d'Axone® par la DFRI à l'aide de la codification CIM10(5,6) pouvant correspondre à un diagnostic de radiculopathie (Annexe 1). Les régiments visés par cette extraction sont la 11e Brigade parachutiste, et sont, plus précisément, le 1er Régiment de chasseurs parachutistes (1er RCP), les 3e et 8e Régiments de parachutistes d'infanterie de marine (3e RPIMa, 8e RPIMa), le 35e Régiment d'artillerie parachutiste (35e RAP), le 1er Régiment de hussards parachutistes (1er RHP), le 1er Régiment du train parachutiste (1er RTP), le 17e Régiment du génie parachutiste (17e RGP), le 2e Régiment étranger de parachutistes (2e REP), auxquels s'ajoutent deux régiments n'appartenant pas à la 11e Brigade parachutiste : le 14e Régiment d'infanterie et de soutien logistique parachutiste (14e RISLP) et le 1er Régiment de parachutistes d'infanterie de marine (1er RPIMa).

L'extraction permet de sélectionner 2 667 dossiers. Chaque dossier est vérifié pour confirmer le diagnostic de radiculopathie. Un diagnostic de radiculopathie est retenu si un syndrome radiculaire, caractérisé par une douleur et un déficit neurologique systématisés en fonction du niveau spinal correspondant à la racine touchée, est décrit dans le dossier médical. En l'absence de cette description, le dossier n'est pas inclus dans l'étude. Au total, 212 cas de radiculopathies sont retenus pour cette étude.
Parmi les 2 432 dossiers ne correspondant pas à un diagnostic de radiculopathie, les principales pathologies trouvées sont la lombalgie commune et la cervicalgie sans irradiation radiculaire. Les diagnostics différentiels évoquant en premier lieu une radiculopathie sont la spondylarthrite ankylosante et le syndrome du piriforme et ces dossiers n'ont pas été inclus dans l'étude. Concernant les personnels du 2e REP, un complément d'information a été recueilli *via* les dossiers papier détenus par l'antenne médicale de Calvi (figure 1).

Cette étude étant descriptive et rétrospective, elle n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé et l'avis d'un comité de protection des personnes n'est pas nécessaire. L'étude a été approuvée par le comité pédagogique local de l'hôpital national d'instruction des armées Sainte-Anne.

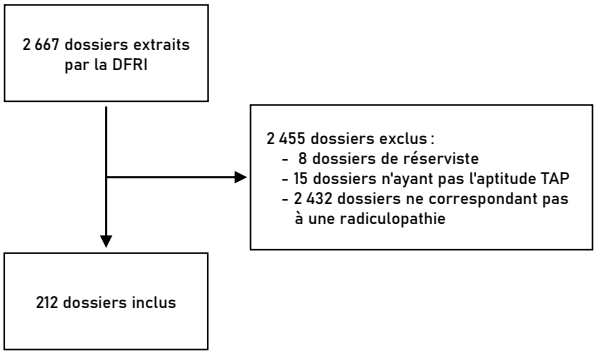


Fig. 1 : Diagramme de flux

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Pour chaque cas de radiculopathie inclus dans cette étude, les données suivantes sont relevées dans le dossier médical : le régiment d'appartenance, les données anthropométriques (poids, taille, IMC), l'âge au moment de l'évènement, l'ancienneté dans l'institution, le nombre d'accidents de saut, le type de radiculopathie, le coté de la radiculopathie, l'existence ou non d'un déficit moteur, le bilan d'imagerie réalisé, les comptes-rendus d'imagerie, la corrélation radioclinique, les traitements prescrits, l'adressage à un spécialiste, la durée d'inaptitude TAP et la durée de congé de maladie, la survenue d'une récidive, la reprise, ou non, du service et l'imputabilité du début des symptômes radiculalgiques à un saut en parachute clairement identifié.
Les données ont été colligées sous Microsoft Office Excel® 365.

2 Résultats

2.1 Caractéristiques de la population

Notre étude répertorie 212 cas de radiculopathies diagnostiquées entre 2015 et 2023 (tableau 1). Leur répartition est la suivante : 18 (8,5 %) du 1er RPIMa, 28 (13,2 %) du 8e RPIMa, 27 (12,7 %) du 3e RPIMa, 15 (7,1 %) du 1er RCP, 25 (11,8 %) du 35e RAP, 20 (9,4 %) du 1er RHP, 16 (7,5 %) du 1er RTP, 10 (4,8 %) du 17e RGP, 47 (22,2 %) du 2e REP et enfin 6 (2,8 %) proviennent du 14e RISLP.

L'échantillon est majoritairement masculin, avec 201 hommes (94,8 %) pour 11 femmes (5,2 %). L'âge moyen de survenue de la radiculopathie est 29,5 ans (écart-type : 8,33) avec une médiane à 28 ans. L'âge maximum est 54 ans et l'âge minimum est 19 ans. Ces valeurs s'inscrivent dans les limites d'âge réglementaires à l'engagement, fixées entre 17,5 ans et 32 ans selon le corps d'appartenance.

Les poids moyen et médian des patients sont identiques, à savoir 78 kilogrammes (écart-type : 9,7). La taille moyenne des patients est 176,5 centimètres (écart-type : 6,7). La médiane est 177 centimètres. L'IMC moyen est 25 kg/m^2 avec un écart-type de 2,5 ; l'IMC médian vaut 24,95 kg/m^2.

Le temps de service, dans l'armée de Terre, des patients inclus est de 11,5 années (écart-type : 8,3), la médiane est à 10 ans. L'ancienneté maximale est de 39 ans et la minimale d'une année.

Dans cette population, 123 cas (58 %) n'ont aucun antécédent d'accident de saut déclaré, 75 cas (35,4 %) ont un accident de saut déclaré, 11 cas (5,2 %) en ont deux et trois cas (1,4 %) en ont trois. Dans 45 cas (21,2 %), la radiculopathie est immédiatement consécutive à un saut.

2.2 Taux d'incidence

En rapportant les cas de radiculopathie à la population de chaque régiment (7–16), on obtient les taux d'incidence suivants (pour 1 000 personnes-années) : 2,49 au 1er RPIMa ; 2,92 au 8e RPIMa ; 2,76 au 3e RPIMa ; 1,56 au 1er RCP ; 3,68 au 35e RAP ; 2,94 au 1er RHP ; 3,06 au 1er RTP ; 1,32 au 17e RGP ; 4,20 au 2e REP et 5 au 14e RISLP. L'incidence globale pour la population étudiée est à 2,82 cas pour 1 000 personnes-années.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Tab. 1 : Caractéristiques de la population en fonction des régiments

Régiments	Nombre N = 212 (100 %)	Homme *N* = 201 (94,8 %)	Femme *N* = 11 (5,2 %)	Âge moyen ± SD en années : 29,5 ± 8,3	Ancienneté moyenne ± SD en années : 11,5 ± 8,3	IMC moyen ± SD : 25 ± 2,5	Nombre moyen d'accidents de saut ± SD : 0,5 ± 0,7
1er RPIMa	18 (8,5 %)	15 (83,3 %)	3 (16,7 %)		18,4 ± 7,2	23,8 ± 1,8	0,7 ± 0,5
3e RPIMa	27 (96,4 %)	26 (93,3 %)	1 (3,7 %)	29,1 ± 6,9	11 ± 6,9	25,3 ± 2,5	0,4 ± 0,6
8e RPIMa	28 (13,2 %)	27 (96,4 %)	1 (3,6 %)	26,8 ± 6	8,8 ± 6	25,5 ± 2,4	0,4 ± 0,7
1er RCP	15 (7,1 %)	15 (100 %)	0 (0 %)	25,4 ± 7,6	7,4 ± 7,6	24,6 ± 1,9	0,3 ± 0,5
1er RHP	20 (9,4 %)	18 (90 %)	2 (10 %)	28,1 ± 7,5	10,1 ± 7,5	24,1 ± 2,8	0,5 ± 0,6
2e REP	47 (22,2 %)	47 (100 %)	0 (0 %)	30,9 ± 9,8	13 ± 9,8	26,3 ± 2,6	0,7 ± 0,7
17e RGP	10 (4,8 %)	9 (90 %)	1 (10 %)	29 ± 5,4	11 ± 5,4	24,9 ± 2,5	0.4 ± 0,7
35e RAP	25 (11,8 %)	23 (92 %)	2 (8 %)	32,1 ± 9,8	14,1 ± 9,8	24,1 ± 1,9	0.7 ± 0,9
1er RTP	16 (7,5 %)	15 (93,8 %)	1 (6,2 %)	31,4 ± 8,9	13,4 ± 8,9	24,3 ± 2,1	0.4 ± 0,7
14e RISLP	6 (2,8 %)	6 (100 %)	0 (0 %)	28,3 ± 5,8	10,3 ± 5,8	26,4 ± 1,9	0,5 ± 1,2

2.3 Caractéristiques des radiculopathies

Les radiculopathies du plexus lombaire représentent 172 cas (81,1 %) tandis que 40 cas (18,9 %) sont des névralgies cervicobrachiales. Le côté est gauche pour 98 cas (46,2 %), droit pour 96 cas (45,3 %), bilatéral pour 15 cas (7,1 %) et non précisé dans trois cas (1,4 %). Un déficit moteur est objectivé dans seulement 18 cas (8,5 %) (tableau 2).

Tab. 2 : Caractéristiques cliniques des différentes radiculopathies

	Radiculopathie lombaire *n* = 172 (81,1 %)	Névralgie cervicobrachiale *n* = 40 (18,9 %)	Radiculopathie *n* = 212 (100 %)
Côté droit	75 (43,6%)	21 (52,5%)	96 (45,3%)
Côté gauche	83 (48,3%)	15 (37,5%)	98 (46,2%)
Bilatéralité	11 (6,40%)	4 (10%)	15 (7,1%)
Côté non précisé	3 (1,74%)	0 (0%)	3 (1,4%)
Déficit moteur initial	11 (6,40%)	7 (17,5%)	18 (8,5%)

2.4 Apport du bilan d'imagerie

Dans le cadre du bilan d'imagerie des radiculopathies lombaires, cinq cas obtiennent une radiographie lombaire exclusive, 25 un scanner rachidien lombaire exclusif, 87 une IRM rachidienne lombaire exclusive. Huit patients ont eu une association radiographie et IRM, 11 un scanner et une IRM, et un patient a eu les trois examens : radiographie, scanner et IRM lombaires. Pour les NCB, un patient a eu une radiographie cervicale exclusive, deux un scanner cervical exclusif et 21 une IRM cervicale exclusive. Quatre patients ont eu une radiographie associée à une IRM cervicale, et six ont eu un scanner cervical associé à une IRM cervicale (figure 2).

Enfin 41 patients (19,3 %) n'ont eu aucun examen d'imagerie médicale.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

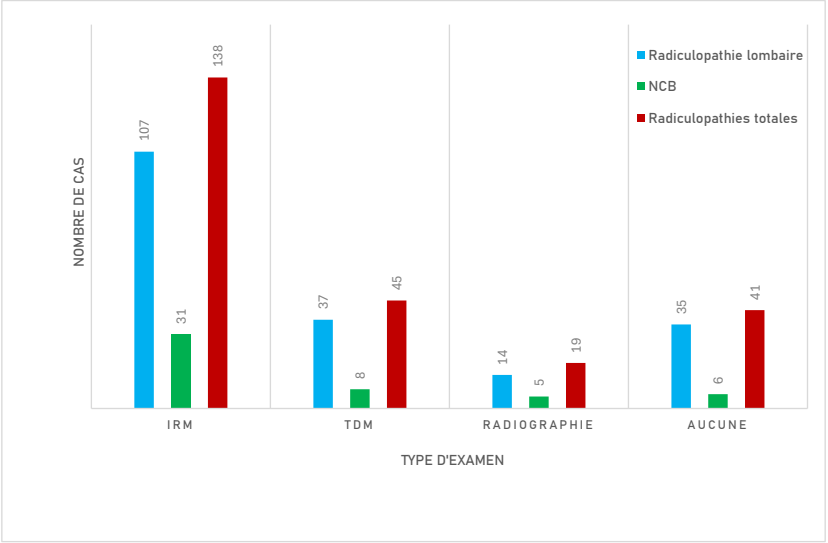


FIG. 2 : Répartition des imageries selon le type de radiculopathie

Ce bilan d'imagerie permet d'objectiver 19 hernies cervicales chez 34 patients explorés pour leur NCB, dont 15 présentent une corrélation radioclinique satisfaisante. Pour le plexus lombaire, 91 hernies sont objectivées chez 137 patients ; une corrélation radioclinique satisfaisante est retenue chez 79 d'entre eux (tableau 3).

Au total, 107 cas (50,5 %) présentent une corrélation radioclinique, tandis que 56 cas (26,4 %) n'en présentent pas et il n'est pas possible de statuer pour 49 cas (23,1 %).

TAB. 3 : Résultats du bilan d'imagerie en fonction des radiculopathies

	Radiculopathie lombaire (*N* = 172, 81,1 %)	NCB (*N* = 40, 18,9 %)	Radiculopathie (*N* = 212, 100 %)
Présence d'une hernie	91 (52,9 %)	19 (47,5 %)	110 (51,9 %)
Corrélation radioclinique	85 (41,4 %)	22 (55 %)	107 (50,5 %)

2.5 Les thérapeutiques employées et la typologie du recours médical spécialisé

Les traitements médicamenteux prescrits aux patients sont les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour 146 cas (68,9 %), les corticoïdes pour 38 cas (17,9 %), le Paracétamol pour 128 cas (60,4 %), le Néfopam pour deux cas (0,9 %), le Tramadol pour 74 cas (30,2 %), les dérivés d'opium pour 19 cas (9 %), la morphine pour deux cas (0,9 %) le Thiocolchicoside pour 37 cas (17,5 %), le Diazépam pour 43 cas (20,3 %), et la Prégabaline pour quatre cas (1,9 %) (figure 3).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

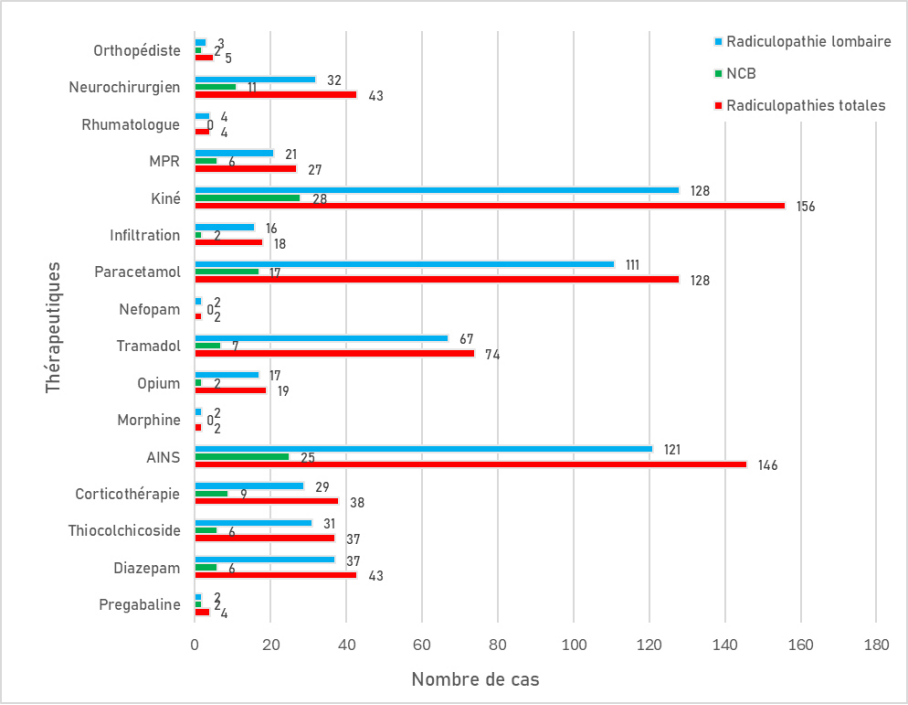


Fig. 3 : Distribution des thérapeutiques en fonction des différents types de radiculopathies

La rééducation est la prescription majoritaire : kinésithérapie pour 156 patients (73,6 %) et hospitalisation en médecine physique et réadaptation pour 27 patients (12,7 %). Une infiltration radioguidée a été réalisée chez 18 patients (8,5 %) et quatre cas (1,9 %) ont eu une prise en charge encadrée par l'expertise d'un rhumatologue. Enfin, 43 cas (20,3 %) ont bénéficié d'une prise en charge neurochirurgicale et cinq cas (2,4 %) ont eu une prise en charge par un chirurgien orthopédique.

2.6 L'impact opérationnel

L'impact opérationnel est marqué chez 77,4 % des patients pour lesquels une inaptitude au saut en parachute a été prononcée pour une durée de 89,6 jours en moyenne (écart-type : 169,9). La médiane de cette inaptitude est de 30 jours, avec un maximum de 1 460 jours, hors inaptitude définitive ; 35 inaptitudes TAP (16,5 %) sont définitives et la durée d'inaptitude n'est pas précisée pour un dossier. *A contrario* 48 cas (22,6 %) n'ont aucune inaptitude durant leur prise en charge ; 46,2 % des patients se sont vu prescrire un congé de maladie avec une moyenne de 37,6 jours (écart-type : 78,8) et un maximum de 489 jours ; 53,8 % des patients, soit 114 cas, n'ont pas été placés en congé de maladie en dépit de la radiculopathie. À la fin de l'année 2023, le pourcentage de reprise de l'activité militaire et TAP est de 83,5 % (soit 177 cas), mais 35 cas (16,5 %) n'ont pas récupéré leur aptitude TAP. Les cas de réforme médicale sont comptabilisés comme des inaptitudes définitives. Dans l'histoire de leur maladie, 121 cas (57 %) ont eu une récidive de leur symptomatologie après une période de guérison (tableau 4).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Tab. 4 : Impact opérationnel selon la durée d'inaptitude, la durée de congé de maladie, les inaptitudes définitives, le nombre de récidives et le nombre d'accidents de saut en fonction du type de radiculopathie

	Radiculopathie lombaire	NCB	Radiculopathie
Moyenne du nombre de jours d'inaptitude +/SD	80,14 +/- 160,6	117,8 +/- 190,9	89,6 +/- 169,9
Moyenne de jours de congé de maladie+/- SD	37,9 +/- 78,9	37,6 +/- 90,8	37,6 +/- 78,8
Nombre de cas entraînant une inaptitude définitive	27 (15,7 %)	8 (20 %)	35 (16,5 %)
Nombre de cas présentant une récidive	103 (59,9 %)	18 (45 %)	121 (57,1 %)
Radiculopathie en lien direct avec un saut (accidents de saut)	32 (18,6 %)	13 (32,5 %)	45 (21,2 %)

3 Discussion

À notre connaissance, cette étude est la première à s'intéresser aux radiculopathies chez les parachutistes de l'armée de Terre française. Néanmoins, de nombreuses études et thèses se sont intéressées aux rachialgies chez les parachutistes militaires. La radiculopathie est une pathologie souvent intriquée à la rachialgie : ainsi, le syndrome rachidien s'accompagne-t-il régulièrement d'un syndrome radiculaire. Comparer notre étude à la bibliographie sur les rachialgies nous semble donc pertinent.

Citée dans notre introduction, la thèse de Sayeh *et al.* (2019) s'intéresse à la prévalence et au retentissement des rachialgies chez les parachutistes français. Dans cette thèse, 24 % des parachutistes se sont vu prescrire un congé de maladie, suite à une rachialgie, dont la médiane était de 15 jours et la moyenne de 29,2 jours (1). Comparativement, notre étude montre que 46,2 % des parachutistes ayant souffert d'une radiculopathie ont eu un congé de maladie, avec une durée moyenne de 83,8 jours et une médiane à 52,5 jours. Dans l'étude de Sayeh *et al.* (2019), 18,8 % des parachutistes ont été déclarés temporairement inaptes pour une durée moyenne de 5,4 mois (1). Dans notre étude, ce sont 73,4 % des parachutistes qui ont été déclarés inaptes pendant la phase algique de la radiculopathie avec une moyenne à 89,6 jours, soit environ trois mois. En comparant ces deux études, les radiculopathies semblent donc avoir un plus grand impact opérationnel.

Dans l'étude de Pelane *et al.* (2018), qui s'intéresse à l'impact opérationnel des lombalgies chez les commandos parachutistes de l'air du CPA 30 sur la base d'un entretien individuel, il est rapporté une incidence de l'incapacité opérationnelle (congé de maladie ou inaptitude) due aux lombalgies de 9 % alors que l'incidence des lombalgies au cours de la période d'inclusion était de 69 % (17). Cette étude montre un impact opérationnel modéré par rapport à l'incidence élevée de la lombalgie contrairement à ce que montre notre étude pour les radiculopathies pour lesquelles l'incidence est faible mais avec un fort impact opérationnel. Par ailleurs, les résultats de notre étude montrent une durée moyenne du congé de maladie pour radiculopathie conforme aux recommandations françaises (35 jours de congé de maladie pour une activité physique lourde) (18). Il convient de noter que la présence de personnels de la Légion étrangère tend à réduire le nombre de congés de maladie observés dans notre étude.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Cette particularité s'explique à la fois par leurs spécificités administratives et par des facteurs culturels et organisationnels propres à la prise en charge médicale au sein des régiments de la Légion.

Dans notre étude, nous avons recueilli des données anthropométriques ainsi que des données sur les antécédents d'accident de saut et sur la durée de service dans l'Armée des patients inclus. La pertinence du recueil de ces données repose sur le fait que ces facteurs sont reconnus dans la littérature comme des déterminants majeurs dans la survenue de ces pathologies ou d'une blessure au cours d'un saut. C'est d'ailleurs pourquoi il existe des normes sur la constitution physique générale, avec notamment un poids minimum et maximum pour l'aptitude parachutiste plus restrictif que pour d'autres spécialités. On remarque que notre étude présente une faible proportion de patients féminins, cette proportion est justifiée par l'absence de femme au 2e REP et d'une proportion moindre de femmes au sein des autres régiments.

Du fait de la méthodologie de notre étude, nous n'avons pas cherché à déterminer de liens entre le profil de notre population et l'impact opérationnel. Cependant, le profil anthropométrique de notre population est similaire à celui de la population de différentes études françaises, à savoir une population jeune avec un âge médian inférieur à 30 ans, en bonne santé, avec un IMC moyen autour de 25 pour un poids moyen entre 76 et 78 kilogrammes. L'étude de M'Djahidi *et al.* (2019) montrait que l'âge du parachutiste est un facteur indépendant significativement relié à la durée d'inaptitude TAP dans les suites d'un traumatisme lors d'un saut (19). En outre, cette dernière étude était discordante par rapport aux précédentes en ne retrouvant pas de lien statistique entre la gravité de la blessure, l'IMC et le poids du parachutiste (20).

Dans notre étude, nous n'avons pas pu documenter le nombre de sauts effectués par chaque patient, car cette information n'est pas formalisée dans le dossier médical Axone®. L'ancienneté dans l'Armée (durée de service) a pu être déterminée en se basant sur le numéro de matricule du patient et sur la date de visite d'incorporation. L'étude de Sayeh *et al.* montrait que chaque Saut à ouverture automatique (SOA) augmentait le risque de présenter, pour le parachutiste, une rachialgie au cours de sa vie de 1,004 (1,002-1,008, $p = 0{,}015$) (1). Chaque parachutiste militaire doit réaliser au minimum six SOA chaque année pour conserver ses compétences, ainsi l'ancienneté du combattant donne-t-elle une idée de son nombre de SOA minimal. Il serait néanmoins intéressant d'évaluer plus précisément s'il y a un lien entre le nombre de sauts et l'apparition d'une radiculopathie.

Enfin, nous avons renseigné le nombre d'accidents de saut subis par les parachutistes inclus dans l'étude en nous référant aux données des fiches déclaratives APIAS (Affection présumée imputable au service). L'étude de M'Djahidi *et al.*, qui s'intéresse aux motifs de consultation dans les suites d'un accident de SOA, montre un tropisme traumatogène important sur le rachis. En effet, cette étude révèle que le traumatisme rachidien isolé est le motif de 28,9 % des consultations ; lorsque le patient présente plusieurs traumatismes, le rachis est touché dans 50 % des cas. Le rachis constitue la deuxième zone la plus traumatogène en terme de fréquence, après les membres inférieurs, notamment la cheville, qui est l'entité la plus touchée lors des accidents de sauts (19). Dans notre étude, 21 % des consultations pour une radiculopathie faisaient

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

suite à un saut, lequel pouvant ainsi être considéré comme un facteur causal non négligeable de déclenchement de la symptomatologie.

L'équipement est également un déterminant pertinent de la survenue d'une blessure et sa localisation. Les travaux de Defaysse *et al.* (2021) et Gosselin *et al.* (2018) montrent que le rachis est la troisième zone la plus fréquemment touchée lors des accidents de saut avec l'Ensemble de parachutage du combattant (EPC) après les membres inférieurs et supérieurs (notamment les épaules) alors qu'il est la deuxième zone la plus fréquemment lésée avec l'Ensemble de parachutage individuel (EPI), l'ancien équipement de SOA (21,22). Le type d'équipement utilisé n'étant pas décrit dans les dossiers médicaux, nous n'avons pas pris en compte cette donnée, mais elle serait intéressante à étudier.

Le travail de Rebours *et al.* (2022) a également montré une majoration du risque de blessure lors des sauts opérationnels par rapport aux sauts d'entraînement(23) ; dans notre étude, aucune radiculopathie ne s'est déclarée à la suite d'un saut dans un contexte opérationnel.

L'activité parachutiste n'est pas la seule source de blessure, l'entraînement sportif et de terrain propre à l'activité des militaires est également un fort pourvoyeur d'atteinte rachidienne. Par exemple, l'étude américaine de Macgregor *et al.* montre que les activités inhérentes à la profession du militaire (manutention, marche, sport, combat, déplacement motorisé) sont définies comme des facteurs indépendants de risque de rachialgie (24). Mais les radiculalgies ne faisaient néanmoins pas partie des paramètres étudiés.

Dans notre étude, 80,7 % des patients ont bénéficié d'au moins une imagerie durant leur prise en charge. Dans l'étude de Pelanne *et al.* (2019), 63 patients (47,4 %) avaient bénéficié d'une imagerie complémentaire (17). Ceci représente un nombre élevé de prescriptions d'imagerie, car la littérature et les recommandations récentes plaident pour une limitation du recours à la prescription d'imagerie complémentaire en cas de rachialgies ou de radiculopathies dites communes (25). La pertinence de ce recours majoré à l'imagerie pourrait trouver une justification dans le retentissement des résultats de ces examens sur la décision d'aptitude à l'emploi (26), bien que la corrélation radioclinique de ces pathologies ne soit pas toujours avérée. En effet, dans la littérature, 27 % de patients asymptomatiques de douleur radiculaire ont une hernie discale visible sur l'IRM et cette hernie pourrait déclencher des douleurs radiculaires (2) ; et notre étude démontre un taux de corrélation radioclinique avoisinant seulement les 50 %. Il semble donc important de s'en tenir aux recommandations sur la prescription d'imagerie à la vue de la faible pertinence de son efficacité d'une part, et d'autre part, la découverte d'une hernie discale de façon fortuite entraîne un impact psychologique non négligeable. C'est d'ailleurs une évaluation prise en compte avec l'arrêt de la prescription systématique d'un holorachis lors de la visite d'aptitude TAP initiale. À noter que l'électromyogramme est également un autre moyen diagnostique d'une lésion radiculaire, mais il n'est pas pris en compte dans notre étude et n'est pas réalisé en première intention dans les recommandations.

Notre étude s'est également intéressée à la prise en charge des patients inclus. Nous remarquons que les antalgiques de palier 1, les anti-inflammatoires et la kinésithérapie sont fortement prescrits, comme préconisé dans les recommandations françaises (27).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

L'emploi d'un myorelaxant, comme le Diazépam ou le Thiocolchicoside, trouve aussi sa place dans la prise en charge. Il n'y a eu aucune prescription médicamenteuse dans 24 cas (11,3 %), ce qui est assez peu par rapport à l'étude de Pelanne *et al.* dans laquelle 69,2 % des patients n'ont eu aucun traitement médicamenteux pour traiter leur lombalgie. L'ostéopathie est également préférée à la kinésithérapie dans l'étude de Pelanne *et al.* : 75,9 % des patients ont vu un ostéopathe, contre 20,1 % qui ont eu recours à un kinésithérapeute (17). Nous n'avons pas étudié le nombre de patients qui ont consulté un ostéopathe, car cette prise en charge est rarement décrite dans le dossier médical, sauf si un médecin de l'antenne médicale réalise lui-même des manœuvres d'ostéopathie. Nous constatons que la proportion de prise en charge par kinésithérapie dans notre étude est bien plus importante que dans l'étude de Pelanne *et al.* L'utilisation des antalgiques de palier 2 est dominée par le Tramadol, et à notre connaissance, il n'existe pas d'étude avec laquelle nous pouvons comparer nos résultats. Il est néanmoins possible que la prescription d'antalgiques de palier 2 se modifie prochainement avec la nouvelle règlementation concernant Tramadol et Codéine, délivrés sur présentation d'une ordonnance sécurisée depuis le 1er mars 2025 (28). L'utilisation de la morphine ou de la Prégabaline est anecdotique, ces molécules étant également concernées par la prescription sur ordonnance sécurisée. L'utilisation du Néfopam est anecdotique, mais l'apparition d'une forme galénique par comprimé peut éventuellement augmenter la prescription de cette molécule.

L'infiltration radioguidée de corticoïdes occupe une place discrète (18 cas sur 212, soit 8,5 %) dans la prise en charge des patients. Elle n'est pas recommandée dans la lombosciatique de moins de trois mois (27).

Lorsqu'un avis spécialisé est requis, le militaire est orienté le plus souvent vers un neurochirurgien (20,3 %). L'étude de Graca *et al.* montre que l'orientation vers un spécialiste militaire est majoritairement motivée par une problématique d'aptitude (29). À l'inverse, le travail de Marotte *et al.* montre que 59 % des militaires qui sont adressés en neurochirurgie à l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, le sont pour une demande de soins plus que d'aptitude (30). Dans notre étude, les militaires sont également adressés à des spécialistes civils qui ne sont alors pas en mesure de statuer sur l'aptitude du militaire à sa pratique du parachutisme militaire, car ils n'ont ni les compétences ni le statut légal pour le faire. Nous n'avons pas précisé quelle prise en charge était réalisée par les spécialistes, car cela s'éloignait de l'objectif de notre étude qui est d'évaluer la prise en charge en soins primaires des radiculopathies. Nos résultats montrent qu'en cas de radiculopathie chez un parachutiste, le neurochirurgien est le spécialiste de recours privilégié par les médecins des forces.

Notre étude est rétrospective et descriptive et présente donc des limites inhérentes à son concept. Elle comprend également des biais. Le premier est le biais de détection, car notre étude est réalisée à partir des dossiers médicaux militaires partagés de la plateforme Axone®. Or, le militaire est libre de consulter un médecin généraliste civil pour ses soins courants, le médecin militaire ne voit alors le patient que pour statuer sur ses aptitudes. Ainsi, des évènements aigus ne mettant pas en cause l'aptitude du militaire ont pu être régulés par des médecins généralistes civils et ces évènements n'apparaissent pas dans le dossier Axone®. Par ailleurs, lors des mises à jour logicielles ou de consultation dans un « mode dégradé », il se peut que la consultation ne soit pas retranscrite *a posteriori* sur la plateforme Axone®. Ce cas de figure a été vérifié

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

au 2e REP où certaines informations n'étaient visualisables que sur les dossiers papier. Un complément de recherche auprès de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale aurait été un moyen pertinent pour limiter ce biais.

Enfin, une autre limite peut être le biais lié à la catégorisation. En effet, nous avons regroupé sous la même catégorie tous les parachutistes militaires, mais parmi eux existent différentes spécialités ayant des contraintes différentes. Néanmoins, les profils seuils minimums d'aptitude sont très proches, malgré des contraintes qui sont différentes notamment entre le saut à ouverture automatique et le saut à ouverture retardée.

Conclusion

Ce travail est le premier à établir une épidémiologie rétrospective des radiculopathies dans les régiments parachutistes français de l'armée de Terre et de la Légion étrangère. Il rapporte une incidence de 2,82 cas de radiculopathie pour 1 000 personnes-années. L'impact opérationnel semble être plus important que celui observé dans les études sur les rachialgies dans une population similaire et cela malgré une incidence moins importante. Ainsi, 46 % des parachutistes atteints d'une radiculopathie ont-ils bénéficié d'un congé de maladie ; 77,4 % ont été déclarés inaptes alors que ces paramètres ne dépassent pas 30 % dans les études sur les rachialgies. Le nombre de récidives (57 % des parachutistes) est également important. La compression radiculaire semble donc être plus invalidante que la lombalgie commune, car, en plus de la douleur lombaire, elle entraîne une irradiation douloureuse liée à l'atteinte d'une racine nerveuse, susceptible de limiter davantage les activités quotidiennes. Ces résultats reflètent l'importance de la compétence médicale et militaire requise dans le maintien de la capacité opérationnelle dans les pathologies rachidiennes. La gestion de la douleur associée à une prise en charge par un kinésithérapeute et un repos proportionné sont les piliers de la prise en charge des radiculopathies en médecine de première ligne. L'imagerie doit avoir une place raisonnée et bien argumentée au cours de la prise en charge étant donné la faible corrélation radioclinique pour cette pathologie. Ce constat donne du sens aux travaux futurs à mener sur les radiculopathies et leur prévention. La recherche de facteurs favorisants ou protecteurs spécifiques à l'activité militaire, et la détermination du champ d'action du spécialiste hospitalier dans la prise en charge des radiculopathies sont des pistes de réflexion intéressantes à évoquer dans l'avenir.

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement le Professeur agrégé du Val-de-Grâce Luc Aigle, le Professeur agrégé du Val-de-Grâce Gilles Defuentes et le Docteur Guillaume Michoud pour nous avoir fait l'honneur de participer au jury de la thèse d'application en médecine à l'origine de l'article. Nous vous remercions vivement de l'intérêt que vous avez accordé à ce travail.

Financement

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

Contribution des auteurs

(selon la taxonomie *Credit*)

Conceptualisation : VC, ND
Curation des données, Analyse formelle, Recherche : VC
Méthodologie, Administration du projet, Fourniture de ressources : VC, ND
Supervision : ND ; Visualisation : VD
Rédaction-version originelle : VD
Rédaction – Révision et correction : VC, ND

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Références bibliographiques

1. Sayeh J, Porino K. Prévalence, facteurs de risque et retentissement des rachialgies chez le parachutiste militaire français [Thèse d'exercice]. Marseille (FR) : Université d'Aix-Marseille ; 2019.
2. Dydyk AM, Khan MZ, Singh P. Radicular Back Pain. Dans : StatPearls. Treasure Island (US) : StatPearls Publishing ; 2024.
3. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT. Epidemiology of cervical radiculopathy : A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. Brain. 1994 ;117(2) :325-35. doi : 10.1093/brain/117.2.325
4. Bourigua I, Simoneau E, Leteneur S, Gillet C, Barbier F. Revue de la littérature La lombalgie chronique : Définitions, Evaluation et Traitement. STH. 2010 ;4(1) :9-38. doi : 10.3166/sth.4.9-38
5. Aide au Codage. M54.4 Lumbago avec sciatique [Internet]. Disponible : https://www.aideaucodage.fr/cim-m544
6. Aide au Codage. M53.1 Syndrome cervicobrachial [Internet]. Disponible : https://www.aideaucodage.fr/cim-m531
7. Ministère des Armées. 1er régiment de hussards parachutistes [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/1er-regiment-hussards-parachutistes
8. Ministère des Armées. 1er régiment de chasseurs parachutistes [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/1er-regiment-chasseurs-parachutistes
9. Ministère des Armées. 1er régiment du train parachutiste [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/1er-regiment-du-train-parachutiste
10. Ministère des Armées. 1er régiment de parachutistes d'infanterie de marine [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/commandement-actions-speciales-terre/1er-regiment-parachutistes-dinfanterie-marine
11. Ministère des Armées. 3e régiment de parachutistes d'infanterie de marine [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/3e-regiment-parachutistes-dinfanterie-marine
12. Ministère des Armées. 8e régiment parachutiste d'infanterie de marine [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/8e-regiment-parachutiste-dinfanterie-marine
13. Ministère des Armées. 14e régiment d'infanterie et de soutien logistique parachutiste [Internet]. 2023. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-regiments/14e-regiment-dinfanterie-soutien-logistique-parachutiste
14. Ministère des Armées. 2e régiment étranger de parachutistes [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/2e-regiment-etranger-parachutistes
15. Ministère des Armées. 17e régiment du génie parachutiste [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/17e-regiment-du-genie-parachutiste
16. Ministère des Armées. 35e régiment d'artillerie parachutiste [Internet]. 2022. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/terre/unites-larmee-terre/nos-brigades/11e-brigade-parachutiste-11e-bp/35e-regiment-dartillerie-parachutiste

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

17. Pelanne É, Josnard J, Romain H, Brocaires P, Héraudeau-Fritsch A. Impact de la lombalgie dégénérative sur la capacité opérationnelle d'une unité de commandos parachutistes de l'air (CPA 30) : étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale sur deux ans. Médecine Armées. 2019 ;47(2) :143-52. doi : 10.17184/eac.7294
18. Assurance maladie. Arrêt de travail sciatique [Internet]. Disponible : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4950/document/arret-travail-sciatique_assurance-maladie.pdf
19. M'Djahidi Y, Aigle L, Morand G. Soins de premier recours non programmés en cabinet de médecine des forces dans les suites de sauts à ouverture automatique en parachutisme militaire : étude descriptive des motifs de consultation sur une période de 2 ans. Médecine Armées. 2019 ;47(2) :153-60. doi : 10.17184/eac.7295
20. Pirson J, Pirlot M. A study of the influence of body weight and height on parachute landing injuries. Mil Med. 1990 ;155(8) :383-5. doi : 10.1093/milmed/155.8.383
21. Defaysse N, Bruneau O, Bard A, Lafourcade P. Parachutisme militaire : nouveau parachute, nouvelles blessures ? Sci Sports. 2021 ;36(1) :27-36. doi : 10.1016/j.scispo.2020.08.004
22. Gosselin M. Évolution de l'accidentologie en parachutisme militaire à ouverture automatique, étude comparative descriptive entre deux systèmes de mise à terre : l'ensemble de parachutage individuel et l'ensemble de parachutage du combattant [Thèse d'exercice]. Bordeaux (FR) : Université de Bordeaux ; 2018.
23. Rebours Y. Incidences et types de blessures retrouvées lors des accidents de sauts militaires en parachute en opérations et à l'entraînement. Étude comparative rétrospective de 2013 à 2020 [Thèse d'exercice]. Marseille (FR) : Université d'Aix-Marseille ; 2022.
24. MacGregor AJ, Dougherty AL, Mayo JA, Rauh MJ, Galarneau MR. Occupational Correlates of Low Back Pain Among U.S. Marines Following Combat Deployment. Mil Med. 2012 ;177(7) :845-9. doi : 10.7205/MILMED-D-12-00021
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
26. Thefenne L, Rogez D, Jouvion A, Bisseriex H, Lapeyre E. Lombalgies et aptitude. Médecine Armées. 2009 ;37(3) :229-33.
27. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Ann Réadapt Médecine Phys. 2001 ;44(5) :CCXCII-CCXCIV.
28. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Décision du 27/11/2024 modifiant la décision du 24/09/2024 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments contenant du tramadol et aux médicaments contenant de la codéine ou de la dihydrocodéine. Disponible : https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-27-11-2024-modifiant-la-decision-du-24-09-2024-portant-application-dune-partie-de-la-reglementation-des-stupefiants-aux-medicaments-contenant-du-tramadol-et-aux-medicaments-contenant-de-la-codeine-ou-de-la-dihydrocodeine
29. Graca R. Étude de l'adressage par le médecin généraliste d'unité des militaires en consultation spécialisée au sein de l'HIA Bégin pour un premier avis [Thèse d'exercice]. Paris (FR) : Université Paris Descartes ; 2018.
30. Marotte L. Le patient militaire adressé en consultation de neurochirurgie par le médecin d'unité : motifs, profils et parcours de soins. Étude rétrospective de 328 cas [Thèse d'exercice]. Marseille (FR) : Université d'Aix-Marseille ; 2022.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Glossaire

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

APIAS : Affection Présumée Imputable au Service

ATCD : Antécédent

CIM : Classification internationale des maladies

CMA : Centre médicale des armées

CPA : Commando Parachutiste de l'Air

DFRI : Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation

EPC : Ensemble de parachutage du combattant

EPI : Ensemble de parachutage individuel

HAS : Haute autorité de Santé

HIA : Hôpital d'instruction des armées.

IMC : Indice de masse corporelle

IRM : Imagerie à résonnance magnétique

NCB : Névralgie cervicobrachiale

RAP : Régiment d'artillerie parachutiste.

RCP : Régiment de chasseurs parachutistes.

REP : Régiment étranger parachutiste

RGP : Régiment du génie parachutiste

RHP : Régiment d'hussards parachutistes

RISLP : Régiment d'infanterie et de soutien logistique parachutiste

RPIMa : Régiment de parachutistes d'infanterie de Marine

RTP : Régiment du train parachutiste

SD : *Standard deviation*

SOA : Saut à ouverture automatique

SSA : Service de santé des armées

TAP : Troupe aéroportée

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Annexe 1

Codification CIM10 employé pour l'extraction des dossiers d'Axone®

CIM 10 lombosciatique, NCB :

M544 = Lumbago avec sciatique

M5440 = Lumbago avec sciatiques, localisation vertébrales multiples

M5446 = lumbago avec sciatique, région lombaire

M5447 = lumbago avec sciatique, région lombo-sacrée

M5448 = Lumbago avec sciatique, région sacrée et sacro-coccygienne

M5449 = Lumbago avec sciatique, localisation vertébrale non précisée

M5441 = Lumbago avec sciatique, région occipito-atloïdo-axoïdienne

M5442 = Lumbago avec sciatique, région cervicale

M5443 = Lumbago avec sciatique, région cervicodorsale

M5444 = Lumbago avec sciatique, région dorsale

M5445 = Lumbago avec sciatique, région dorso-lombaire

M54 = Dorsalgies

M48.0 = Rétrécissement du canal médullaire

M51.9 = Atteinte d'un disque intervertébral, sans précision

M51.2 = Hernie d'un autre disque intervertébral précisé

M47.2 = Autres spondylarthroses avec radiculopathie

M54.3 = Sciatique

M54.1 = Radiculopathie

M54.5 = Lombalgie basse

M531 = Syndrome cervicobrachial

M5310 = Syndrome cervicobrachial, localisations vertébrales multiples

M5312 = Syndrome cervicobrachial, région cervicale

M5313 = Syndrome cervicobrachial, région cervicodorsale

M5319 = Syndrome cervicobrachial, localisation vertébrale non précisée

M5311 = Syndrome cervicobrachial, région occipito-atloïdo-axoïdienne

M53 = Autre dorsopathie, non classée ailleurs

M50.1 1 = Atteinte d'un disque cervical avec radiculopathie

M50.2 1 = Autre hernie d'un disque cervical

M47.82 1 = Autres spondylarthroses, région cervicale

G55.3 1 = Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies (M45-M46, M48, M53-M54)

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

M51.1 1 = Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie

G55.1 1 = Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux (M50-M51)

M54.2 1 = Cervicalgie

M47.22 1 = Autres spondylarthroses avec radiculopathie, région cervicale

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110