

**Moyens acceptables de conformité**

**et**

**documents d'orientation dans le cadre de**

**PART-MED<sup>1</sup>**

Première publication  
15 décembre 2011

---

<sup>1</sup> Moyens acceptables de conformité (AMC) et documents d'orientation (GM) dans le cadre du règlement (UE) n° 1178/2011 de la Commission du 3 novembre 2011 déterminant les exigences techniques et les procédures administratives applicables au personnel navigant de l'aviation civile conformément au règlement (CE) n° 216/2008 du Parlement européen et du Conseil.

**TABLE DES MATIÈRES**

<b>SOUS-PARTIE A</b>	<b>5</b>
<b>Exigences générales</b>	<b>5</b>
<b>Section 1</b>	<b>5</b>
<b>Généralités</b>	<b>5</b>
AMC1 MED.A.015 Secret médical	5
AMC1 MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale	5
AMC1 MED.A.025 Obligations des centres aéromédicaux, des examinateurs aéromédicaux, des médecins généralistes et des médecins du travail	5
<b>Section 2</b>	<b>5</b>
<b>Exigences relatives aux certificats médicaux</b>	<b>5</b>
AMC1 MED.A.030 Certificats médicaux	5
AMC1 MED.A.035 Demande de certificat médical	6
AMC1 MED.A.045 Validité, prorogation et renouvellement des certificats médicaux	6
<b>SOUS-PARTIE B</b>	<b>7</b>
<b>Exigences spécifiques applicables aux certificats médicaux des classes 1, 2 et pour LAPL</b>	<b>7</b>
<b>AMC pour les certificats médicaux des classes 1, 2 et pour LAPL</b>	<b>7</b>
<b>Section 1</b>	<b>7</b>
<b>Généralités</b>	<b>7</b>
AMC1 MED.B.001 Limitations des certificats médicaux des classes 1, 2 et pour LAPL	7
GM1 MED.B.001 Codes des limitations	8
<b>Section 2</b>	<b>9</b>
<b>Exigences spécifiques relatives aux certificats médicaux de classe 1</b>	<b>9</b>
AMC1 MED.B.010 Appareil cardiovasculaire	9
AMC1 MED.B.015 Appareil respiratoire	17
AMC1 MED.B.020 Appareil digestif	18
AMC1 MED.B.025 Systèmes métabolique et endocrinien	20
AMC1 MED.B.030 Hématologie	20
AMC1 MED.B.035 Appareil uro-génital	22
AMC1 MED.B.040 Maladies infectieuses	23
AMC1 MED.B.045 Obstétrique et gynécologie	23
AMC1 MED.B.050 Système musculo-squelettique	23
AMC1 MED.B.055 Psychiatrie	24
AMC1 MED.B.060 Psychologie	25
AMC1 MED.B.065 Neurologie	25
AMC1 MED.B.070 Ophtalmologie	26
AMC1 MED B.075 Perception des couleurs	29
AMC1 MED.B.080 Oto-rhino-laryngologie	30
AMC1 MED.B.085 Dermatologie	31
AMC1 MED.B.090 Oncologie	31
<b>Section 3</b>	<b>31</b>
<b>Exigences spécifiques relatives aux certificats médicaux de classe 2</b>	<b>31</b>
AMC2 MED.B.010 Appareil cardiovasculaire	31
AMC2 MED.B.015 Appareil respiratoire	35

AMC2 MED.B.020 Appareil digestif	36
AMC2 MED.B.025 Systèmes métabolique et endocrinien	37
AMC2 MED.B.030 Hématologie	37
AMC2 MED.B.035 Appareil uro-génital	38
AMC2 MED.B.040 Maladies infectieuses	39
AMC2 MED.B.045 Obstétrique et gynécologie	39
AMC2 MED.B.050 Système musculo-squelettique	40
AMC2 MED.B.055 Psychiatrie	40
AMC2 MED.B.060 Psychologie	40
AMC2 MED.B.065 Neurologie	41
AMC2 MED.B.070 Ophtalmologie	41
AMC2 MED B.075 Perception des couleurs	42
AMC2 MED.B.080 Oto-rhino-laryngologie	43
AMC2 MED.B.085 Dermatologie	44
AMC MED.B.090 Oncologie	44
<b>Section 4</b>	<b>45</b>
<b>Exigences spécifiques relatives aux certificats médicaux pour LAPL</b>	<b>45</b>
AMC1 MED.B.095 Examen et/ou évaluation médicale des demandeurs d'un certificat médical pour licence LAPL	45
AMC2 MED.B.095 Appareil cardiovasculaire	45
AMC3 MED.B.095 Appareil respiratoire	46
AMC4 MED.B.095 Appareil digestif	47
AMC5 MED.B.095 Systèmes métabolique et endocrinien	47
GM1 MED.B.095 Diabète sucré de type 2 traité par insuline	49
AMC6 MED.B.095 Hématologie	49
AMC7 MED.B.095 Appareil uro-génital	49
AMC8 MED.B.095 Maladies infectieuses	49
AMC9 MED.B.095 Obstétrique et gynécologie	50
AMC10 MED.B.095 Système musculo-squelettique	50
AMC11 MED.B.095 Psychiatrie	50
AMC12 MED.B.095 Psychologie	50
AMC13 MED.B.095 Neurologie	50
AMC14 MED.B.095 Ophtalmologie	51
AMC15 MED.B.095 Perception des couleurs	52
AMC16 MED.B.095 Oto-rhino-laryngologie	52
<b>SOUS-PARTIE C</b>	<b>53</b>
<b>Exigences d'aptitude médicale des équipages de cabine</b>	<b>53</b>
<b>Section 1</b>	<b>53</b>
<b>Exigences générales</b>	<b>53</b>
AMC1 MED.C.005 Évaluations aéromédicales	53
<b>Section 2</b>	<b>53</b>
<b>Exigences pour l'évaluation aéromédicale des équipages de cabine</b>	<b>53</b>
AMC1 MED.C.025 Contenu des évaluations aéromédicales	53
AMC2 MED.C.025 Appareil cardiovasculaire	53
AMC3 MED.C.025 Appareil respiratoire	55
AMC4 MED.C.025 Appareil digestif	55

AMC5 MED.C.025 Systèmes métabolique et endocrinien	56
AMC6 MED.C.025 Hématologie	56
AMC7 MED.C.025 Appareil uro-génital	56
AMC8 MED.C.025 Maladies infectieuses	57
AMC9 MED.C.025 Obstétrique et gynécologie	57
AMC10 MED.C.025 Système musculo-squelettique	57
AMC11 MED.C.025 Psychiatrie	57
AMC12 MED.C.025 Psychologie	58
AMC13 MED.C.025 Neurologie	58
AMC14 MED.C.025 Ophtalmologie	59
AMC15 MED.C.025 Perception des couleurs	59
AMC16 MED.C.025 Oto-rhino-laryngologie	59
AMC17 MED.C.025 Dermatologie	60
AMC18 MED.C.025 Oncologie	60
GM1 MED.C.025 Contenu des évaluations aéromédicales	61
<b>Section 3</b>	<b>63</b>
<b>Exigences supplémentaires pour les demandeurs ou titulaires d'un certificat de membre d'équipage de cabine</b>	<b>63</b>
AMC1 MED.C.030 Rapport médical sur l'équipage de cabine	63
AMC1 MED.C.035 Limitations	64
<b>SOUS-PARTIE D</b>	<b>65</b>
<b>Médecins examinateurs aéromédicaux (AME)</b>	<b>65</b>
AMC1 MED.D.010 Exigences relatives à la délivrance d'un certificat d'AME	65
AMC1 MED.D.015 Exigences relatives à l'extension des privilèges	65
GM1 MED.D.030 Formation de recyclage en médecine aéronautique	66

AMC/GM dans le cadre de PART-MED

**SOUS-PARTIE A**

**Exigences générales**

**Section 1**

**Généralités**

**AMC1 MED.A.015 Secret médical**

Afin de garantir le secret médical, tous les rapports et dossiers médicaux doivent être conservés de manière sûre, en en réservant l'accès au personnel autorisé par l'évaluateur médical.

**AMC1 MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale**

En cas de doute sur leur aptitude à voler, la prise de médicaments ou le suivi d'un traitement :

- (a) les titulaires d'un certificat médical de classe 1 ou 2 doivent consulter un centre aéromédical (AeMC) ou un examinateur aéromédical (AME) ;
- (b) les titulaires d'un certificat médical pour licence de pilote d'aéronefs légers (LAPL) doivent consulter un AeMC, un AME ou le médecin généraliste (GMP) qui a délivré le certificat médical du titulaire ;
- (c) suspension de l'exercice des privilèges : les titulaires d'un certificat médical doivent consulter un AeMC ou un AME s'ils ont souffert d'une maladie impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage pendant une durée d'au moins 21 jours.

**AMC1 MED.A.025 Obligations des centres aéromédicaux, des examinateurs aéromédicaux, des médecins généralistes et des médecins du travail**

- (a) Le rapport requis en MED.A.025 (b) (4) doit détailler les résultats de l'examen et l'évaluation des conclusions relatives à l'aptitude médicale.
- (b) Le rapport peut être transmis sous format électronique, mais l'examineur doit être identifié de manière appropriée.
- (c) Si l'examen médical est effectué par au moins deux AME/GMP, seul l'un d'entre eux doit être responsable de la coordination des résultats de l'examen, de l'évaluation des conclusions relatives à l'aptitude médicale et de la signature du rapport.

**Section 2**

**Exigences relatives aux certificats médicaux**

**AMC1 MED.A.030 Certificats médicaux**

- (a) Un certificat médical de classe 1 couvre les privilèges et les validités des certificats médicaux des classes 2 et pour LAPL.
- (b) Un certificat médical de classe 2 couvre les privilèges et les validités du certificat médical pour LAPL.

**AMC1 MED.A.035 Demande de certificat médical**

Si les demandeurs ne présentent pas de certificat médical en cours de validité ou antérieur, à l'AeMC, à l'AME ou au GMP (médecin généraliste) avant les examens concernés, l'AeMC, l'AME ou le GMP ne doit pas délivrer de certificat médical, à moins d'avoir reçu des informations pertinentes de la part de l'autorité de délivrance des licences.

**AMC1 MED.A.045 Validité, prorogation et renouvellement des certificats médicaux**

La période de validité d'un certificat médical (y compris tout examen ou investigation spéciale associés) est déterminée par l'âge du demandeur à la date de l'examen médical.

## SOUS-PARTIE B

### Exigences spécifiques applicables aux certificats médicaux des classes 1, 2 et pour LAPL

#### AMC pour les certificats médicaux des classes 1, 2 et pour LAPL

#### Section 1

#### Généralités

#### AMC1 MED.B.001 Limitations des certificats médicaux des classes 1, 2 et pour LAPL

- (a) Un AeMC ou un AME peut renvoyer la décision sur l'aptitude du demandeur à l'autorité de délivrance des licences dans des cas limites ou en cas de doute sur l'aptitude.
- (b) Dans les cas où une décision d'aptitude ne peut être envisagée qu'avec une limitation, l'AeMC, l'AME ou l'autorité de délivrance des licences doit évaluer l'état médical du demandeur en concertation avec les opérateurs aériens et d'autres experts, si nécessaire.
- (c) Codes des limitations :

	Code	Limitation
1	TML	Restriction de la période de validité du certificat médical
2	VDL	Correction pour la vision de loin
3	VML	Correction pour la vision de loin, intermédiaire et de près
4	VNL	Correction pour la vision de près
5	CCL	Correction au moyen de lentilles de contact uniquement
6	VCL	Valide uniquement pour les vols de jour
7	HAL	Valide uniquement avec port de prothèses auditives
8	APL	Valide uniquement avec port de prothèses approuvées
9	OCL	Valide uniquement comme copilote
10	OPL	Valide uniquement sans passager (licence de pilote privé PPL et LAPL uniquement)
11	SSL	Restriction spéciale telle que spécifiée
12	OAL	Restriction au type d'aéronef démontré
13	AHL	Valide uniquement avec les commandes manuelles autorisées
14	SIC	Examen(s) médical(aux) régulier(s) spécifique(s) - contacter l'autorité de délivrance des licences
15	RXO	Examens ophtalmologiques par un spécialiste

- (d) Imposition des limitations
- (1) Les limitations 1 à 4 peuvent être imposées par un AME ou un AeMC.
- (2) Les limitations 5 à 15 doivent être imposées uniquement :

- (i) pour les certificats médicaux de classe 1, par l'autorité de délivrance des licences ;
  - (ii) pour les certificats médicaux de classe 2, par l'AME ou l'AeMC en concertation avec l'autorité de délivrance des licences ;
  - (iii) pour les certificats médicaux pour LAPL, par un AME ou un AeMC.
- (e) Levée des limitations
- (1) Pour les certificats médicaux de classe 1, l'ensemble des limitations ne peut être levé que par l'autorité de délivrance des licences.
  - (2) Pour les certificats médicaux de classe 2, les limitations peuvent être levées par l'autorité de délivrance des licences, ou par un AeMC ou un AME, en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.
  - (3) Pour les certificats médicaux pour LAPL, les limitations peuvent être levées par un AeMC ou un AME.

### **GM1 MED.B.001 Codes des limitations**

#### **TML Limitation dans le temps**

La période de validité du certificat médical est limitée à la durée figurant sur le certificat médical. Cette période de validité commence à la date de l'examen médical. Toute période de validité non échue sur le certificat médical précédent devient non valide. Le pilote doit se présenter pour un nouvel examen lorsqu'il y est invité et doit suivre les éventuelles recommandations médicales.

#### **VDL Porter des verres correcteurs et disposer d'une paire de lunettes de réserve à bord**

Correction pour la vision de loin : pendant l'exercice des privilèges de la licence, le pilote doit porter des lunettes ou des lentilles de contact corrigeant la vision de loin, selon l'examen et l'accord de l'AME. Les lentilles de contact ne sont autorisées qu'avec l'accord de l'AME. Si le pilote porte des lentilles de contact, il doit disposer d'une paire de lunettes de réserve, à bord, autorisée par l'AME.

#### **VML Porter des lunettes multifocales et disposer d'une paire de lunettes de réserve à bord**

Correction pour la vision de loin, intermédiaire et de près : pendant l'exercice des privilèges de la licence, le pilote doit porter des lunettes corrigeant la vision de loin, intermédiaire et de près, selon l'examen et l'accord de l'AME. Le port de lentilles de contact ou de lunettes unifocales qui ne corrigent que la vision de près n'est pas autorisé.

#### **VNL Disposer d'une paire de lunettes de correction et d'une paire de réserve à bord**

Correction pour la vision de près : pendant l'exercice des privilèges de la licence, le pilote doit disposer, immédiatement à sa portée, d'une paire de lunettes corrigeant la vision de près, selon l'examen et l'accord de l'AME. Le port de lentilles de contact ou de lunettes unifocales qui ne corrigent que la vision de près n'est pas autorisé.

#### **VCL Valide uniquement pour les vols de jour**

Cette limitation permet aux pilotes privés atteints d'une déficience à divers degrés de la perception des couleurs d'exercer les privilèges de leur licence pendant la journée seulement. Applicable exclusivement aux certificats médicaux de classe 2.

#### **OML Valide uniquement comme copilote ou avec un copilote qualifié**



Cette limitation s'applique aux membres d'équipage qui ne satisfont pas aux exigences médicales requises dans le contexte d'un équipage constitué d'un seul pilote, mais qui sont aptes pour les opérations en équipage multiple. Applicable exclusivement aux certificats médicaux de classe 1.

#### **OCL Valide uniquement comme copilote**

Cette limitation est une extension de la limitation OML et s'applique lorsque, pour une raison médicale précise, le pilote est déclaré apte à exercer comme copilote mais pas comme commandant de bord. Applicable exclusivement aux certificats médicaux de classe 1.

#### **OPL Valide uniquement sans passager**

Cette limitation peut être envisagée lorsqu'un pilote souffre d'un trouble musculo-squelettique ou d'une autre pathologie susceptible d'entraîner un risque accru pour la sécurité en vol, dans une mesure acceptable pour le pilote mais inacceptable pour le transport de passagers. Applicable exclusivement aux certificats médicaux de classe 2 et pour les LAPL.

#### **OSL Valide uniquement avec un pilote de sécurité et dans un aéronef équipé de doubles commandes**

Le pilote de sécurité est désigné commandant de bord (PIC) pour la classe/le type d'aéronef et détient la qualification pour les conditions de vol. Il occupe un siège aux commandes, est informé du ou des types d'incapacité possibles susceptibles de toucher le pilote titulaire du certificat médical délivré avec cette limitation, et est prêt à prendre en charge les commandes de l'aéronef pendant le vol. Applicable exclusivement aux certificats médicaux de classe 2 et pour les LAPL.

#### **OAL Restriction au type d'aéronef démontré**

Cette limitation peut s'appliquer à un pilote présentant une déficience d'un membre ou toute autre anomalie anatomique, dont l'acceptabilité a été mise en évidence par un test médical en vol ou dans un simulateur de vol, mais qui nécessite une restriction à un type d'aéronef particulier.

#### **SIC Examen(s) médical(aux) régulier(s) spécifique(s) - contacter l'autorité de délivrance des licences**

Cette limitation exige que l'AME contacte l'autorité de délivrance des licences avant de procéder à une évaluation médicale en vue du renouvellement ou de la prorogation du certificat médical. Elle concerne souvent des antécédents médicaux dont l'AME doit être informé avant de procéder à l'évaluation.

#### **RXO Examens ophtalmologiques par un spécialiste**

Des examens ophtalmologiques par un spécialiste sont requis pour une raison importante. La limitation peut être imposée par un AME mais ne peut être levée que par l'autorité de délivrance des licences.

## **Section 2**

### **Exigences spécifiques relatives aux certificats médicaux de classe 1**

#### **AMC1 MED.B.010 Appareil cardiovasculaire**

(a) Examen

Électrocardiogramme d'effort

Une épreuve d'effort nécessaire dans le cadre d'une évaluation cardiovasculaire doit être maximale et atteindre au moins le stade IV du protocole de Bruce ou équivalent.

(b) Généralités

(1) Évaluation du facteur de risque cardiovasculaire

- (i) Une estimation des lipides sériques permet le dépistage et les anomalies importantes nécessitent un examen, une investigation et une supervision par l'AeMC ou l'AME, en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.
- (ii) Une accumulation de facteurs de risque (tabagisme, antécédents familiaux, anomalies des lipides, hypertension artérielle, etc.) nécessite une évaluation cardiovasculaire par l'AeMC ou l'AME, en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.

(2) Évaluation cardiovasculaire

- (i) Le rapport des électrocardiogrammes de repos et d'effort doit être établi par l'AME ou par un spécialiste accrédité.
- (ii) L'évaluation cardiovasculaire approfondie doit être réalisée dans un AeMC ou confiée à un cardiologue.

(c) Affection artérielle périphérique

En l'absence de trouble fonctionnel significatif, une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences, si :

- (1) les demandeurs sans symptômes d'affection coronarienne ont réduit tous les facteurs de risque vasculaire à un niveau approprié ;
- (2) les demandeurs suivent un traitement de prévention secondaire acceptable ;
- (3) l'électrocardiogramme d'effort est satisfaisant. D'autres tests peuvent être exigés afin de démontrer l'absence d'ischémie myocardique ou de sténose significative d'une artère coronaire.

(d) Anévrisme de l'aorte

- (1) Les demandeurs présentant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences avec une limitation multipilote. Un suivi réalisé au moyen d'échographie ou d'autres techniques d'imagerie, si nécessaire, doit être convenu par l'autorité de délivrance des licences.
- (2) Après avoir subi une intervention chirurgicale à la suite d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale, les demandeurs peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences, avec une limitation multipilote lors de la prorogation, si la tension artérielle et le bilan cardiovasculaire sont satisfaisants. Un bilan cardiologique régulier est requis.

(e) Anomalies valvulaires cardiaques

- (1) Les demandeurs présentant un souffle cardiaque méconnu auparavant doivent être examinés par un cardiologue et évalués par l'autorité de délivrance des licences. Si le bilan est reconnu significatif, d'autres examens doivent être pratiqués, à savoir au moins une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ou une technique d'imagerie équivalente.
- (2) Les demandeurs présentant des anomalies valvulaires cardiaques mineures peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences. Les demandeurs présentant une anomalie significative d'une valve cardiaque doivent être déclarés inaptes.
- (3) Affection de la valve aortique

- (i) Les demandeurs présentant une bicuspidie aortique peuvent être déclarés aptes si aucune autre anomalie cardiaque ou aortique n'est mise en évidence. Un suivi réalisé au moyen d'une échocardiographie, si nécessaire, doit être décidé par l'autorité de délivrance des licences.
- (ii) Les demandeurs présentant une sténose valvulaire aortique requièrent l'avis de l'autorité de délivrance des licences. La fonction ventriculaire gauche doit être intacte. Un antécédent d'embolie systémique ou de dilatation significative de l'aorte thoracique entraîne l'inaptitude. Les demandeurs dont le gradient de pression moyen est inférieur à 20 mmHg peuvent être déclarés aptes. Les demandeurs ayant un gradient de pression moyen compris entre 20 mmHg et 40 mmHg peuvent être considérés comme aptes avec une limitation multipilote. Un gradient de pression moyen jusqu'à 50 mmHg peut être accepté. Un suivi réalisé au moyen d'une échocardiographie Doppler bidimensionnelle, si nécessaire, doit être décidé par l'autorité de délivrance des licences. D'autres techniques, dont les plages de mesure sont équivalentes, peuvent être utilisées.
- (iii) Les demandeurs présentant une insuffisance aortique banale peuvent être déclarés aptes. Une insuffisance aortique de plus grande ampleur requiert une limitation multipilote. L'échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne doit pas montrer d'anomalie de l'aorte ascendante. Un suivi doit être décidé, si nécessaire, par l'autorité de délivrance des licences.

(4) Affection de la valve mitrale

- (i) Les demandeurs asymptomatiques présentant un clic méso-systolique isolé dû à un prolapsus mitral peuvent être déclarés aptes.
- (ii) Les demandeurs présentant une sténose mitrale d'origine rhumatismale doivent généralement être déclarés inaptes.
- (iii) Les demandeurs présentant une insuffisance mitrale minimale non compliquée peuvent être déclarés aptes. Un bilan cardiologique périodique doit être décidé par l'autorité de délivrance des licences.
- (iv) Les demandeurs présentant une insuffisance mitrale modérée non compliquée peuvent être considérés comme aptes, avec une limitation multipilote, si l'échocardiographie Doppler bidimensionnelle montre des dimensions satisfaisantes du ventricule gauche et si une fonction myocardique satisfaisante est confirmée par un électrocardiogramme d'effort. Un bilan cardiologique périodique est requis, comme convenu par l'autorité de délivrance des licences.
- (v) Les demandeurs présentant une surcharge volumique du ventricule gauche, démontrée par une augmentation du diamètre ventriculaire gauche en fin de diastole ou par des preuves d'insuffisance systolique, doivent être déclarés inaptes.

(f) Chirurgie valvulaire

Les demandeurs porteurs d'une prothèse valvulaire de remplacement/réparation doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences.

- (1) Une valvulotomie aortique entraîne l'inaptitude.
- (2) La réparation mitrale à la suite d'un prolapsus est compatible avec une décision d'aptitude, à condition que les investigations post-opératoires révèlent une fonction ventriculaire gauche satisfaisante sans dilatation lors de la systole ou de la diastole et tout au plus une insuffisance mitrale minimale.
- (3) Les demandeurs asymptomatiques porteurs d'une valve biologique ou d'une valve mécanique qui, au moins 6 mois après l'intervention, ne prennent pas de

médicaments cardioactifs, peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences, avec une limitation multipilote. Des investigations démontrant une configuration et un fonctionnement normal de la valve et du ventricule doivent avoir été pratiquées et doivent être démontrées par :

- (i) Une épreuve d'effort maximale satisfaisante. Une scintigraphie myocardique/échocardiographie de stress est requise si l'ECG d'effort est anormal ou si une coronaropathie a été mise en évidence ;
- (ii) une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne montrant pas de dilatation sélective significative des cavités cardiaques, une prothèse valvulaire biologique présentant des altérations structurelles minimales et un flux sanguin normal à l'échocardiographie Doppler, et aucune anomalie structurelle ou fonctionnelle des autres valves. La fraction de raccourcissement ventriculaire gauche doit être normale.

Un suivi réalisé au moyen d'un ECG d'effort et d'une échocardiographie bidimensionnelle, si nécessaire, doit être décidé par l'autorité de délivrance des licences.

- (4) Si un traitement anticoagulant est nécessaire après une chirurgie valvulaire, l'autorité de délivrance des licences peut envisager une décision d'aptitude, après examen du dossier, avec une limitation multipilote. La stabilité du traitement anticoagulant doit être démontrée. Le traitement anticoagulant doit être considéré comme stable si, au cours des 6 derniers mois, au moins 5 valeurs de l'INR sont documentées et si au moins 4 d'entre elles se situent dans la plage cible de l'INR.

(g) Affections thromboemboliques

Une thrombose artérielle ou veineuse ainsi qu'une embolie pulmonaire entraînent l'inaptitude jusqu'à l'interruption du traitement anticoagulant. Après 6 mois de traitement anticoagulant stable à titre de prophylaxie, l'autorité de délivrance des licences peut prendre une décision d'aptitude, après examen du dossier, avec une limitation multipilote. Le traitement anticoagulant doit être considéré comme stable si, au cours des 6 derniers mois, au moins 5 valeurs de l'INR sont documentées et si au moins 4 d'entre elles se situent dans la plage cible de l'INR. Une embolie pulmonaire requiert une évaluation complète. L'avis de l'autorité de délivrance des licences est requis après l'arrêt d'un traitement anticoagulant, pour toute indication.

(h) Autres affections cardiaques

- (1) Les demandeurs présentant une anomalie primaire ou secondaire du péricarde, du myocarde ou de l'endocarde doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences après la disparition complète de l'affection et une évaluation cardiologique satisfaisante pouvant comporter une échocardiographie Doppler bidimensionnelle, un ECG d'effort et/ou une scintigraphie myocardique/échocardiographie de stress et un holter ECG de 24 heures. Une coronarographie peut être indiquée. Des examens fréquents et une limitation multipilote peuvent être requis après la décision d'aptitude.
- (2) Les demandeurs présentant une anomalie cardiaque congénitale, y compris les demandeurs ayant subi une correction chirurgicale, doivent être déclarés inaptes. Les demandeurs présentant des anomalies mineures sans importance fonctionnelle peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences, après un bilan cardiologique. Aucun médicament cardioactif n'est autorisé. Les investigations peuvent comporter une échocardiographie Doppler bidimensionnelle, un ECG d'effort et un holter ECG de 24 heures. Un bilan cardiologique régulier est requis.

(i) Syncope

- (1) Les demandeurs présentant une anamnèse de syncopes vasovagales récurrentes doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée par

l'autorité de délivrance des licences après 6 mois, en l'absence de récurrence et dans la mesure où l'évaluation cardiologique est satisfaisante. Cette évaluation doit comporter :

- (i) un ECG d'effort à 12 dérivations limité par les symptômes et atteignant le stade IV du protocole de Bruce ou équivalent. Si l'ECG d'effort est anormal, une scintigraphie myocardique/échocardiographie de stress est requise ;
  - (ii) une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne montrant pas de dilatation sélective significative des cavités cardiaques ni d'anomalie structurelle ou fonctionnelle du cœur, des valves ou du myocarde ;
  - (iii) un holter ECG de 24 heures ne montrant pas de trouble de la conduction, ni de trouble du rythme complexe ou soutenu, ni de preuve d'ischémie myocardique.
- (2) Un test d'inclinaison (Tilt Test) mené selon un protocole standard et ne montrant aucune preuve d'instabilité vasomotrice peut être nécessaire.
  - (3) L'avis d'un neurologue est requis.
  - (4) Une limitation multipilote est requise pendant une période de 5 ans sans récurrence. L'autorité de délivrance des licences peut déterminer une période plus courte ou plus longue en ce qui concerne la limitation multipilote, selon le cas individuel.
  - (5) Les demandeurs présentant des pertes de conscience sans prodrome doivent être déclarés inaptes.
- (j) Tension artérielle
- (1) Le diagnostic d'hypertension artérielle nécessite un examen vasculaire afin de rechercher des facteurs de risque vasculaire potentiels.
  - (2) Tout traitement antihypertenseur doit être accepté par l'autorité de délivrance des licences. Les médicaments autorisés peuvent comprendre :
    - (i) les diurétiques n'agissant pas sur l'anse de Henle ;
    - (ii) les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ;
    - (iii) les agents bloquants de l'angiotensine II/du récepteur AT1 (sartans) ;
    - (iv) les agents bloquants des canaux calciques lents ;
    - (v) certains bêta-bloquants (généralement hydrophiles).
  - (3) Après l'instauration d'un traitement médicamenteux visant à maîtriser la tension artérielle, les demandeurs doivent être réévalués afin de vérifier que le traitement est compatible avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence détenue.
- (k) Coronaropathie
- (1) Une douleur thoracique d'origine incertaine doit faire l'objet d'investigations complètes.
  - (2) En cas de suspicion d'une coronaropathie asymptomatique, un électrocardiogramme d'effort est requis. D'autres tests peuvent être exigés afin de démontrer l'absence d'ischémie myocardique ou de sténose significative d'une artère coronaire.
  - (3) Les preuves d'une ischémie myocardique induite par l'effort entraînent l'inaptitude.
  - (4) Après un accident cardiaque ischémique, y compris une revascularisation, les demandeurs asymptomatiques doivent avoir réduit les facteurs de risque vasculaire à un niveau approprié. Le recours à des traitements médicamenteux pour contrôler des symptômes cardiaques n'est pas autorisé. Tous les demandeurs doivent suivre un traitement de prévention secondaire autorisé.
    - (i) Une coronarographie pratiquée aux alentours du moment de l'accident myocardique ischémique, ou pendant celui-ci, ainsi qu'un rapport clinique

détaillé et complet de l'accident ischémique et de toute procédure opératoire doivent être mis à disposition de l'autorité de délivrance des licences :

- (A) il ne doit pas exister de sténose supérieure à 50 % au niveau d'un vaisseau majeur n'ayant pas fait l'objet d'un traitement, d'un greffon veineux ou artériel ou d'un site d'angioplastie/stent, sauf dans un vaisseau responsable d'un infarctus myocardique. Plus de deux sténoses entre 30 % et 50 % dans le réseau vasculaire ne sont pas acceptables ;
  - (B) l'ensemble du réseau coronarien doit être considéré comme satisfaisant par un cardiologue et une attention particulière doit être portée aux sténoses multiples et/ou aux revascularisations multiples ;
  - (C) une sténose non traitée de plus de 30 % au niveau du tronc commun de la coronaire gauche ou de l'artère intraventriculaire antérieure n'est pas acceptable.
- (ii) Après un délai d'au moins 6 mois à compter de l'accident myocardique ischémique, y compris avec une revascularisation, les investigations suivantes doivent être pratiquées (des tests équivalents peuvent être employés) :
- (A) un ECG d'effort ne montrant pas de preuve d'ischémie myocardique ni de trouble du rythme ou de la conduction ;
  - (B) un échocardiogramme montrant une fonction ventriculaire gauche satisfaisante sans anomalie importante de la cinétique (dyskinésie ou akinésie, notamment) et une fraction d'éjection ventriculaire gauche égale ou supérieure à 50 % ;
  - (C) en cas d'angioplastie/mise en place d'un stent, une scintigraphie de perfusion myocardique ou une échocardiographie de stress ne montrant pas d'ischémie myocardique réversible. En cas de doute quant à la perfusion myocardique dans d'autres cas (infarctus ou pontage), une scintigraphie de perfusion est également requise ;
  - (D) d'autres investigations, telles qu'un holter ECG de 24 heures, peuvent être nécessaires afin d'évaluer le risque de trouble du rythme significatif.
- (iii) Le suivi doit être annuel (ou plus fréquent, si nécessaire) afin de s'assurer qu'aucune détérioration de l'état cardiovasculaire n'est survenue. Ce suivi doit inclure un examen par un cardiologue, un ECG d'effort et une évaluation du risque cardiovasculaire. Des investigations complémentaires peuvent être demandées par l'autorité de délivrance des licences.
- (A) Après un pontage veineux aorto-coronarien, une scintigraphie myocardique de perfusion ou un test équivalent doit être pratiqué s'il/si elle est indiqué(e) et quoi qu'il arrive dans les 5 années suivant l'intervention.
  - (B) Dans tous les cas, une coronarographie doit être envisagée à tout moment si des symptômes, signes ou tests non invasifs suggèrent une ischémie myocardique.
- (iv) Le résultat positif de la surveillance pendant 6 mois ou de tout bilan ultérieur positif pourra donner lieu à une décision d'aptitude, avec une limitation multipilote.
- (I) Troubles de la conduction et du rythme
- (1) Tout trouble important du rythme ou de la conduction exige une évaluation par un cardiologue et un suivi approprié en cas de décision d'aptitude. Cette évaluation doit comporter :

- (i) un ECG d'effort selon le protocole de Bruce ou équivalent. Le stade IV du protocole de Bruce doit être atteint et aucune anomalie significative du rythme ou de la conduction, ni aucune preuve d'ischémie myocardique ne doit être mise en évidence. En général, les médicaments cardioactifs doivent être arrêtés avant le test ;
- (ii) un holter ECG de 24 heures ne montrant pas de trouble significatif du rythme ou de la conduction ;
- (iii) une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne montrant pas de dilatation sélective significative des cavités cardiaques ni d'anomalie structurelle ou fonctionnelle significative, la fraction d'éjection ventriculaire gauche devant être d'au moins 50 %.

Les évaluations complémentaires peuvent inclure (des tests équivalents peuvent être employés):

- (iv) un enregistrement d'un holter ECG de 24 heures, répété si nécessaire ;
  - (v) une étude électrophysiologique ;
  - (vi) une scintigraphie myocardique ;
  - (vii) une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cœur ;
  - (viii) une coronarographie.
- (2) Les demandeurs présentant des formes fréquentes ou compliquées de complexes ectopiques ventriculaires ou supraventriculaires requièrent un bilan cardiologique complet.

(3) Ablation

Les demandeurs qui ont subi une ablation doivent être déclarés inaptes. Si le demandeur a subi avec succès une ablation par cathéter, l'autorité de délivrance des licences peut envisager une décision d'aptitude, avec une limitation multipilote pendant au moins 1 an, excepté si une étude électrophysiologique, pratiquée au minimum 2 mois après l'ablation, démontre des résultats satisfaisants. Pour les demandeurs chez qui l'évolution à long terme ne peut être démontrée par des tests invasifs ou non invasifs, une période supplémentaire avec limitation multipilote et/ou d'observation peut être nécessaire.

(4) Troubles du rythme supraventriculaire

Les demandeurs présentant un trouble significatif du rythme supraventriculaire, y compris une dysfonction sino-auriculaire, qu'il soit intermittent ou permanent, doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences si le bilan cardiologique est satisfaisant.

- (i) Fibrillation auriculaire/flutter
  - (A) Dans le cas d'un certificat initial, la décision d'aptitude doit être limitée aux demandeurs n'ayant présenté qu'un seul accès de trouble du rythme, dont la récurrence est considérée comme improbable par l'autorité de délivrance des licences.
  - (B) Lors d'une prorogation, les demandeurs peuvent être déclarés aptes si le bilan cardiologique est satisfaisant.
- (ii) Les demandeurs présentant des pauses sinusales asymptomatiques jusqu'à 2,5 secondes à l'électrocardiogramme de repos peuvent être déclarés aptes si l'électrocardiogramme d'effort, l'échocardiographie et le holter ECG de 24 heures sont satisfaisants.
- (iii) Une affection sino-auriculaire symptomatique entraîne l'inaptitude.

(5) Bloc auriculo-ventriculaire de type Mobitz 2

Les demandeurs présentant un bloc AV du type Mobitz 2 requièrent un bilan cardiologique complet et peuvent être déclarés aptes en l'absence d'atteinte du tissu conducteur au niveau distal.

(6) Bloc de branche droit complet

Les demandeurs présentant un bloc de branche droit complet doivent subir un bilan cardiologique lors de la première constatation de celui-ci et par la suite:

- (i) si le demandeur d'un certificat initial a moins de 40 ans, une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences. Les demandeurs d'un certificat initial âgés de plus de 40 ans doivent démontrer une période de stabilité de 12 mois ;
- (ii) lors d'une prorogation, une décision d'aptitude peut être envisagée si le demandeur a moins de 40 ans. Une limitation multipilote est appliquée pendant 12 mois pour les demandeurs de plus de 40 ans.

(7) Bloc de branche gauche complet

Une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences :

- (i) pour un certificat initial, les demandeurs doivent démontrer une période de stabilité de 3 ans ;
- (ii) pour une prorogation, après l'application d'une limitation multipilote pendant une période de 3 ans, une décision d'aptitude sans limitation multipilote peut être envisagée ;
- (iii) un examen des artères coronaires est nécessaire pour les demandeurs âgés de plus de 40 ans.

(8) Pré-excitation ventriculaire

Une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences :

- (i) les demandeurs d'un certificat initial, asymptomatiques et présentant un syndrome de pré-excitation, peuvent être déclarés aptes si une étude électrophysiologique, avec stimulation pharmacologique adéquate du système nerveux autonome, n'induit pas de tachycardie par réentrée et ne révèle pas la présence d'un faisceau accessoire ;
- (ii) les demandeurs asymptomatiques présentant un syndrome de pré-excitation peuvent être déclarés aptes lors de la prorogation, avec une limitation multipilote.

(9) Stimulateur cardiaque

Les demandeurs porteurs d'un stimulateur cardiaque sous-endocardique doivent être déclarés inaptes. Lors d'une prorogation, un avis d'aptitude ne peut être envisagé par l'autorité de délivrance des licences avant un délai de 3 mois après l'implantation, les conditions suivantes devant être remplies :

- (i) absence d'autre cause d'inaptitude ;
- (ii) système comportant des électrodes bipolaires, programmé en mode bipolaire, sans changement automatique du mode du dispositif ;
- (iii) le demandeur ne doit pas dépendre du stimulateur cardiaque ;
- (iv) suivi régulier, comportant un contrôle du stimulateur cardiaque ; et
- (v) limitation multipilote.



(10) Allongement de l'intervalle QT

L'allongement de l'intervalle QT à l'ECG, associé à des symptômes doit entraîner l'inaptitude. Les demandeurs asymptomatiques doivent être soumis à une évaluation cardiologique afin d'être déclarés aptes et une limitation multipilote peut être requise.

**AMC1 MED.B.015 Appareil respiratoire**

(a) Examen

(1) Spirométrie

Des tests spirométriques sont requis pour le premier examen. Un rapport volume expiratoire maximal par seconde/capacité vitale forcée (VEMS/CVF) inférieur à 70 % lors de l'examen initial requiert l'avis d'un spécialiste des maladies respiratoires.

(2) Radiographie thoracique

Une radiographie thoracique de face/dos peut être requise lors de l'examen initial, de la prorogation ou du renouvellement, en cas d'indication clinique ou épidémiologique.

(b) Bronchopneumopathie chronique obstructive

Les demandeurs atteints de bronchopneumopathie obstructive chronique doivent être déclarés inaptes. Les demandeurs présentant une atteinte mineure de la fonction pulmonaire peuvent être déclarés aptes.

(c) Asthme

Les demandeurs présentant de l'asthme nécessitant un traitement médicamenteux ou présentant des crises d'asthme récidivantes peuvent être déclarés aptes si l'asthme est jugé stable, si les tests de la fonction pulmonaire sont satisfaisants et si le traitement médicamenteux est compatible avec la sécurité en vol. L'usage de stéroïdes systémiques entraîne l'inaptitude.

(d) Maladie inflammatoire

Pour les demandeurs atteints d'une maladie inflammatoire active du système respiratoire, une décision d'aptitude peut être envisagée lorsque l'affection a disparu sans séquelles et qu'aucun traitement médicamenteux n'est requis.

(e) Sarcoïdose

(1) Les demandeurs atteints de sarcoïdose active doivent être déclarés inaptes. Des explorations doivent être réalisées en prenant en compte la possibilité d'une atteinte systémique, en particulier cardiaque. Une décision d'aptitude peut être envisagée si aucun traitement médicamenteux n'est requis et si l'investigation de la maladie a révélé que celle-ci était limitée à une lymphadénopathie hilare et était inactive.

(2) Les demandeurs atteints de sarcoïdose cardiaque doivent être déclarés inaptes.

(f) Pneumothorax

(1) Les demandeurs présentant un pneumothorax spontané doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée si le bilan respiratoire est satisfaisant :

(i) 1 an après la guérison complète d'un pneumothorax spontané isolé ;

(ii) lors d'une prorogation, 6 semaines après la guérison complète d'un pneumothorax spontané isolé, avec une limitation multipilote ;

- (iii) après l'intervention chirurgicale en cas de pneumothorax récurrent, si la récupération est satisfaisante.
  - (2) Un pneumothorax spontané récurrent qui n'a pas été traité chirurgicalement entraîne l'inaptitude.
  - (3) Une décision d'aptitude à la suite de la guérison complète d'un pneumothorax traumatique résultant d'un accident ou d'une blessure peut être envisagée si la résorption totale du pneumothorax a été démontrée.
- (g) Chirurgie thoracique
- (1) Les demandeurs devant subir une chirurgie thoracique importante doivent être déclarés inaptes pendant au moins 3 mois après l'opération ou jusqu'à ce que les suites de celle-ci ne risquent plus d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.
  - (2) Une décision d'aptitude peut être envisagée par l'autorité de délivrance des licences à la suite d'une chirurgie thoracique moins importante, après une récupération satisfaisante et un bilan respiratoire complet.
- (h) Syndrome d'apnée du sommeil/troubles du sommeil
- Les demandeurs présentant un syndrome d'apnée du sommeil insuffisamment traité doivent être déclarés inaptes.

#### **AMC1 MED.B.020 Appareil digestif**

- (a) Varices œsophagiennes
- Les demandeurs atteints de varices œsophagiennes doivent être déclarés inaptes.
- (b) Pancréatite
- Les demandeurs atteints de pancréatite doivent être déclarés inaptes dans l'attente d'une évaluation. Une décision d'aptitude peut être envisagée si la cause (calculs biliaires, autre obstruction, traitement médicamenteux) est éliminée.
- (c) Calculs biliaires
- (1) Les demandeurs présentant un calcul biliaire asymptomatique volumineux unique, découvert de façon fortuite, peuvent être déclarés aptes si aucune incapacité n'est à prévoir en vol en raison de ce calcul.
  - (2) Un demandeur présentant des calculs biliaires asymptomatiques multiples peut être déclaré apte avec une limitation multipilote.
- (d) Maladie inflammatoire de l'intestin
- Les demandeurs présentant des antécédents médicaux établis ou un diagnostic établi de maladie inflammatoire chronique de l'intestin doivent être déclarés aptes si la rémission de la maladie inflammatoire de l'intestin est établie et stabilisée et si l'usage de stéroïdes par voie systémique n'est pas requis pour sa maîtrise.
- (e) Ulcère gastro-duodéal
- Les demandeurs atteints d'ulcère gastro-duodéal doivent être déclarés inaptes jusqu'à la récupération complète et la guérison démontrée.
- (f) Chirurgie abdominale
- (1) Toute intervention chirurgicale abdominale entraîne l'inaptitude pour une durée minimale de 3 mois. Une décision d'aptitude plus précoce peut être envisagée si la guérison est complète, si le demandeur est asymptomatique et si le risque de complication secondaire ou de récurrence est minime.

- (2) Les demandeurs qui ont subi une intervention chirurgicale sur l'appareil digestif ou sur ses annexes, impliquant une exérèse totale ou partielle ou la dérivation d'un de ces organes, doivent être déclarés inaptes pendant une période minimale de 3 mois ou jusqu'à ce que les suites de cette opération ne risquent plus d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.

### **AMC1 MED.B.025 Systèmes métabolique et endocrinien**

(a) Troubles métaboliques, nutritionnels ou endocriniens

Les demandeurs présentant un trouble métabolique, nutritionnel ou endocrinien peuvent être déclarés aptes si l'affection est asymptomatique, cliniquement compensée et stable, avec ou sans traitement substitutif, et si elle est régulièrement suivie par un spécialiste approprié.

(b) Obésité

Les demandeurs possédant un indice de masse corporelle  $\geq 35$  peuvent être déclarés aptes uniquement si le surpoids n'est pas susceptible d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question et si un bilan des risques cardiovasculaires a été réalisé et a fourni un résultat satisfaisant.

(c) Maladie d'Addison

La maladie d'Addison entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée à condition que de la cortisone soit à disposition pour usage pendant l'exercice des privilèges de la ou des licences. Les demandeurs peuvent être déclarés aptes avec une limitation multipilote.

(d) Goutte

Les demandeurs présentant une crise de goutte aiguë doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée une fois que les symptômes ont disparu, que le traitement a été arrêté ou que l'affection est stabilisée sous traitement anti-hyperuricémique.

(e) Trouble thyroïdien

Les demandeurs atteints d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée lorsqu'un état euthyroïdien stable est atteint.

(f) Anomalie du métabolisme du glucose

Une glycosurie et une glycémie anormale nécessitent des investigations. Une décision d'aptitude peut être envisagée si une tolérance normale au glucose est démontrée (seuil rénal abaissé) ou en cas de tolérance anormale au glucose en l'absence de pathologie diabétique, si l'état du demandeur est parfaitement contrôlé par un régime et un suivi régulier.

(g) Diabète sucré

Sous réserve d'une maîtrise correcte de la glycémie sans épisodes d'hypoglycémie :

- (1) les demandeurs atteints de diabète sucré ne nécessitant pas de traitement médicamenteux peuvent être déclarés aptes ;
- (2) la prise de médicaments antidiabétiques non susceptibles de provoquer une hypoglycémie peut être acceptable pour une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote.

### **AMC1 MED.B.030 Hématologie**

(a) Anomalies de l'hémoglobine

Les demandeurs présentant une anomalie de l'hémoglobine doivent subir des investigations.

(b) Anémie

- (1) Les demandeurs atteints d'anémie démontrée par un taux d'hémoglobine réduit ou un hématokrite inférieur à 32 % doivent être déclarés inaptes et doivent subir des investigations. Une décision d'aptitude peut être envisagée si la cause primaire a été traitée (carence martiale ou carence en vitamine B12, par exemple) et si le taux d'hémoglobine ou l'hématocrite s'est stabilisé à un niveau satisfaisant.
- (2) L'anémie ne réagissant pas aux traitements entraîne l'inaptitude.

(c) Polycythémie

Les demandeurs atteints de polycythémie doivent être déclarés inaptes et doivent subir des investigations. Une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée si l'état est stable et si aucune pathologie associée n'est mise en évidence.

(d) Hémoglobinopathie

- (1) Les demandeurs présentant une hémoglobinopathie doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée si une thalassémie mineure ou une autre hémoglobinopathie mineure est diagnostiquée, en l'absence d'antécédents de crise aiguë et après démonstration de capacités fonctionnelles parfaites. Le taux d'hémoglobine doit être satisfaisant.
- (2) Les demandeurs atteints de drépanocytose doivent être déclarés inaptes.

(e) Troubles de la coagulation

Les demandeurs présentant un trouble de la coagulation doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée en l'absence d'antécédents d'épisodes hémorragiques significatifs.

(f) Troubles hémorragiques

Les demandeurs atteints d'un trouble hémorragique doivent subir des investigations. Une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée en l'absence d'antécédents d'épisodes hémorragiques significatifs.

(g) Troubles thromboemboliques

- (1) Les demandeurs atteints d'un trouble thrombotique doivent subir des investigations. Une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée en l'absence d'antécédents d'épisodes de coagulation significatifs.
- (2) Une embolie artérielle entraîne l'inaptitude.

(h) Troubles du système lymphatique

Les demandeurs présentant une hypertrophie localisée ou généralisée importante des ganglions lymphatiques ainsi que des maladies sanguines doivent être déclarés inaptes et nécessitent des investigations. Une décision d'aptitude peut être envisagée en cas de guérison complète d'un processus infectieux aigu ou de lymphome de Hodgkin ou de tout autre lymphome malin qui a été traité et est en rémission complète.

(i) Leucémie

- (1) Les demandeurs atteints de leucémie aiguë doivent être déclarés inaptes. En cas de rémission établie, les demandeurs peuvent être déclarés aptes.
- (2) Les demandeurs atteints de leucémie chronique doivent être déclarés inaptes. Après une période de stabilité démontrée, une décision d'aptitude peut être envisagée.
- (3) Les demandeurs présentant des antécédents de leucémie ne doivent pas avoir d'antécédents d'atteinte du système nerveux central et le traitement ne doit pas avoir d'effets secondaires continus qui pourraient être de nature à affecter la

sécurité du vol. Le taux d'hémoglobine et le nombre de plaquettes doivent être satisfaisants. Un suivi régulier est exigé.

(j) Splénomégalie

Les demandeurs atteints de splénomégalie doivent être déclarés inaptes et doivent subir des investigations. Une décision d'aptitude peut être envisagée si l'hypertrophie est minimale, stable et si elle ne s'accompagne d'aucune pathologie, ou si l'hypertrophie est minimale et associée à d'autres conditions acceptables.

**AMC1 MED.B.035 Appareil uro-génital**

(a) Analyse d'urine anormale

Toute anomalie dans les résultats de l'analyse d'urine requiert des investigations.

(b) Maladie rénale

(1) Les demandeurs présentant des signes de maladie rénale doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée si la tension artérielle est satisfaisante et si la fonction rénale est correcte.

(2) La nécessité d'une dialyse entraîne l'inaptitude.

(c) Calculs des voies urinaires

(1) Les demandeurs présentant un calcul asymptomatique ou des antécédents de colique néphrétique nécessitent des investigations.

(2) Les demandeurs présentant un ou plusieurs calculs des voies urinaires doivent être déclarés inaptes et doivent subir des investigations.

(3) Une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée dans l'attente de l'évaluation ou du traitement.

(4) Une décision d'aptitude sans limitation multipilote peut être envisagée après le traitement efficace d'un calcul.

(5) En cas de persistance des calculs, une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée.

(d) Chirurgie rénale/urologique

(1) Les demandeurs qui ont subi une intervention chirurgicale majeure des voies urinaires ou de l'appareil urinaire, impliquant une exérèse totale ou partielle ou la dérivation d'un de leurs organes, doivent être déclarés inaptes pendant une période minimale de 3 mois ou jusqu'à ce que les suites de cette opération ne risquent plus d'entraîner une incapacité en vol. Après toute autre opération chirurgicale urologique, une décision d'aptitude peut être envisagée si le demandeur est complètement asymptomatique et si le risque de complications secondaires ou de récurrence est minimale.

(2) En cas de néphrectomie compensée sans hypertension artérielle ou urémie, une décision d'aptitude peut être envisagée.

(3) Les demandeurs qui ont subi une transplantation rénale peuvent être déclarés aptes si la transplantation est parfaitement compensée et tolérée et ne nécessite qu'un traitement immunosuppresseur minimal après au moins 12 mois. Les demandeurs peuvent être déclarés aptes avec une limitation multipilote.

(4) Les demandeurs qui ont subi une cystectomie totale peuvent être déclarés aptes si la fonction urinaire est satisfaisante, en l'absence d'infection et de récurrence de la pathologie primitive. Les demandeurs peuvent être déclarés aptes avec une limitation multipilote.

### **AMC1 MED.B.040 Maladies infectieuses**

(a) Maladies infectieuses : généralités

En cas de maladie infectieuse, les antécédents ou les signes cliniques d'une atteinte sous-jacente du système immunitaire doivent être étudiés.

(b) Tuberculose

Les demandeurs atteints de tuberculose active doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée une fois le traitement achevé.

(c) Syphilis

La syphilis aiguë entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée si le demandeur a été correctement traité et a guéri de toute atteinte au stade primaire et secondaire de l'infection.

(d) Infection par le VIH

(1) La positivité au VIH entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée chez les personnes atteintes d'une maladie stable, non évolutive. Un bilan fréquent est requis.

(2) La survenue du SIDA ou de la phase "complexe associée au SIDA" entraîne l'inaptitude.

(e) Hépatite infectieuse

L'hépatite infectieuse entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée après la guérison complète.

### **AMC1 MED.B.045 Obstétrique et gynécologie**

(a) Chirurgie gynécologique

La demandeuse qui a subi une intervention chirurgicale gynécologique importante doit être déclarée inapte pendant une durée de 3 mois ou jusqu'à ce que les suites de l'intervention ne risquent plus d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences, si la demandeuse est entièrement asymptomatique et s'il n'existe qu'un risque minime de complication secondaire ou de récurrence.

(b) Troubles menstruels graves

Une demandeuse ayant des antécédents de troubles menstruels graves réfractaires au traitement doit être déclarée inapte.

(c) Grossesse

(1) Une titulaire de licence enceinte peut être déclarée apte, avec une limitation multipilote, durant les 26 premières semaines de grossesse, à la suite de l'analyse de l'évaluation obstétrique par l'AeMC ou l'AME, qui doit informer l'autorité de délivrance des licences.

(2) L'AeMC ou l'AME doit transmettre un avis écrit à la demandeuse et au médecin superviseur en ce qui concerne les complications potentiellement significatives de la grossesse.

### **AMC1 MED.B.050 Système musculo-squelettique**

(a) Un demandeur présentant des séquelles notables de maladie, de blessure ou d'anomalie congénitale osseuse, articulaire, musculaire ou tendineuse, traitée ou non par la chirurgie, doit se soumettre à une évaluation complète avant la prise d'une décision d'aptitude.

- (b) En cas de déficience d'un membre, une décision d'aptitude peut être envisagée à la suite du résultat satisfaisant d'un test médical en vol ou dans un simulateur de vol.
- (c) Un demandeur atteint d'une maladie inflammatoire, infiltrative, traumatique ou dégénérative de l'appareil musculo-squelettique peut être considéré comme apte si la maladie est en rémission et si le demandeur ne prend pas de médicaments entraînant l'inaptitude et a passé avec succès un test médical en vol ou dans un simulateur de vol. Une limitation à un ou plusieurs types d'aéronefs spécifiques peut être requise.
- (d) Toute anomalie corporelle, notamment l'obésité ou un déficit musculaire, peut nécessiter un test médical en vol ou dans un simulateur de vol. Une attention particulière doit être accordée aux procédures en situation d'urgence et à l'évacuation. Une limitation à un ou plusieurs types d'aéronefs spécifiques peut être requise.

### **AMC1 MED.B.055 Psychiatrie**

- (a) Trouble psychotique  
Des antécédents ou la survenue d'un trouble psychotique fonctionnel entraînent l'inaptitude, hormis si une cause peut être identifiée sans équivoque comme étant de nature transitoire, ayant cessé et n'étant pas susceptible de réapparaître.
- (b) Trouble mental organique  
Un trouble mental organique entraîne l'inaptitude. Une fois la cause traitée, le demandeur peut être déclaré apte si le bilan psychiatrique est satisfaisant.
- (c) Substances psychotropes  
L'utilisation ou l'abus de substances psychotropes susceptibles d'affecter la sécurité en vol entraîne l'inaptitude.
- (d) Schizophrénie, troubles schizoïdes et troubles hallucinatoires  
Les demandeurs présentant un état de schizophrénie établie, une affection schizoïde ou des troubles hallucinatoires peuvent être déclarés aptes uniquement si l'autorité de délivrance des licences conclut que le diagnostic initial était erroné ou mal fondé ou s'il n'y a eu qu'un seul épisode de délire, à condition que le demandeur ne présente aucune atteinte permanente.
- (e) Trouble de l'humeur  
Tout trouble de l'humeur avéré entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée en fonction des caractéristiques et de la gravité du trouble de l'humeur, après la guérison complète et sur la base d'une étude complète du cas individuel. Si le traitement psychotrope d'entretien stable est confirmé, une décision d'aptitude nécessite une limitation multipilote.
- (f) Troubles névrotiques, troubles en relation avec le stress ou troubles somatoformes  
Lorsqu'il existe une suspicion ou une preuve avérée qu'un demandeur est atteint d'un trouble névrotique, d'un trouble en relation avec le stress ou d'un trouble somatoforme, le demandeur nécessite un avis et un conseil psychiatriques.
- (g) Troubles de la personnalité ou du comportement  
Lorsqu'il existe une suspicion ou une preuve avérée qu'un demandeur est atteint d'un trouble de la personnalité ou du comportement, le demandeur nécessite un avis et un conseil psychiatriques.
- (h) Troubles dus à la consommation d'alcool ou d'autres substances
  - (1) Les troubles mentaux ou comportementaux dus à la consommation d'alcool ou d'autres substances, avec ou sans dépendance, entraînent l'inaptitude.



(2) Une décision d'aptitude peut être envisagée après une période de deux ans pendant laquelle la sobriété ou l'absence d'usage de substances est prouvée. Pour une prorogation ou un renouvellement, une décision d'aptitude assortie d'une limitation multipilote peut être envisagée après une période plus courte. En fonction de chaque cas, le traitement et le suivi peuvent inclure :

(i) hospitalisation de quelques semaines en vue d'un traitement, suivie par :

(A) une expertise par un psychiatre ; et

(B) une évaluation continue comportant des examens sanguins et des rapports fournis par l'environnement professionnel, et ceci pour une durée qui peut être indéterminée.

(i) Automutilation délibérée

Une tentative de suicide unique ou des épisodes répétés d'automutilation entraînent l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée après une évaluation complète du cas individuel et peut nécessiter un bilan psychologique ou psychiatrique. Une évaluation neuropsychologique peut également être requise.

### **AMC1 MED.B.060 Psychologie**

(a) Lorsqu'il existe une suspicion ou une preuve avérée qu'un demandeur est atteint d'un trouble psychologique, le demandeur nécessite un avis et un conseil psychologiques.

(b) Les preuves avérées doivent consister en des informations vérifiables provenant d'une source identifiable, qui émettent des doutes concernant la santé mentale ou la personnalité d'un individu donné. L'origine de ces informations peut être un accident ou un incident, des difficultés lors de l'entraînement ou des tests de compétences professionnelles, des négligences ou des informations concernant l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question.

(c) Le bilan psychologique peut inclure la collecte de données biographiques, des tests d'aptitude et de tests de personnalité ainsi qu'un entretien avec un psychologue.

(d) Le psychologue doit remettre à l'AME, l'AeMC ou l'autorité de délivrance des licences, selon le cas, un rapport écrit détaillant son avis et ses recommandations.

### **AMC1 MED.B.065 Neurologie**

(a) Épilepsie

(1) Un diagnostic d'épilepsie entraîne l'inaptitude, excepté s'il n'existe aucun doute sur la présence d'un syndrome d'épilepsie bénigne durant l'enfance associé à un très faible risque de récurrence et si le demandeur n'a présenté aucune récurrence et a arrêté tout traitement depuis plus de 10 ans. La survenue d'un ou plusieurs épisodes convulsifs après l'âge de 5 ans entraîne l'inaptitude. En cas de crise aiguë symptomatique, considérée comme ayant un très faible risque de récurrence, une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan neurologique.

(2) Les demandeurs peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences, avec une limitation multipilote, dans les cas suivants :

(i) le demandeur n'a présenté qu'un seul épisode épileptique afebrile ;

(ii) il n'y a eu aucune récurrence depuis au moins 10 ans sans traitement ;

(iii) il n'existe aucune preuve de la persistance d'une prédisposition à l'épilepsie.

(b) États présentant une forte tendance au dysfonctionnement cérébral

Un demandeur présentant un état associé à une forte tendance au dysfonctionnement cérébral doit être déclaré inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan complet.

(c) Anomalies cliniques de l'EEG

- (1) Un électroencéphalogramme est requis lorsque les antécédents du demandeur ou des motivations cliniques l'exigent.
- (2) Les anomalies épileptiformes électroencéphalographiques paroxystiques et la présence d'ondes focales lentes entraînent l'inaptitude.

(d) Affection neurologique

Toute affection stable ou évolutive du système nerveux ayant causé ou susceptible de causer une incapacité significative entraîne l'inaptitude. Toutefois, en cas de pertes fonctionnelles mineures associées à une maladie stable, une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan complet.

(e) Épisode de trouble de la conscience

Dans le cas d'un épisode isolé de troubles de la conscience, qui peut être expliqué de manière satisfaisante, une décision d'aptitude peut être envisagée. Toutefois, la récurrence entraîne l'inaptitude.

(f) Traumatisme crânien

Un demandeur présentant un traumatisme crânien suffisamment grave pour provoquer une perte de conscience ou associé à une blessure cérébrale pénétrante doit être examiné par un neurologue. Une décision d'aptitude peut être envisagée après guérison complète et si le risque d'épilepsie est suffisamment faible.

(g) Lésions des nerfs rachidiens ou des nerfs périphériques, myopathies

Un demandeur présentant des antécédents ou un diagnostic de lésion des nerfs rachidiens, de lésion des nerfs périphériques ou de myopathie doit être déclaré inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée si le bilan neurologique et les évaluations musculo-squelettiques sont satisfaisants.

**AMC1 MED.B.070 Ophtalmologie**

(a) Examen ophtalmologique

- (1) Lors de chaque examen aéromédical de prorogation, une évaluation de l'aptitude visuelle doit être réalisée et les yeux doivent être examinés afin de détecter toute pathologie éventuelle.
- (2) Tous les cas anormaux ou douteux nécessitent la consultation d'un ophtalmologue. Les états qui nécessitent un examen ophtalmologique sont, notamment, les suivants : une diminution importante de l'acuité visuelle non corrigée, une diminution de la meilleure acuité visuelle corrigée et/ou une affection, un traumatisme ou une chirurgie oculaire.
- (3) Lorsque des examens ophtalmologiques par un spécialiste sont requis pour une raison importante, ils doivent être imposés comme limitation sur le certificat médical.

(b) Examen ophtalmologique complet

Un examen ophtalmologique complet pratiqué par un ophtalmologue est requis lors de l'examen initial. Tous les cas anormaux ou douteux nécessitent la consultation d'un ophtalmologue. L'examen doit comprendre ce qui suit :

- (1) antécédents ;
- (2) acuité visuelle de près, intermédiaire et de loin (sans correction et avec la meilleure correction optique si nécessaire) ;
- (3) examen de la partie externe de l'œil, anatomie, segment antérieur et segment postérieur (lampe à fente) et examen du fond de l'œil ;
- (4) motilité oculaire ;
- (5) vision binoculaire ;
- (6) vision des couleurs ;
- (7) examen du champ visuel ;
- (8) tonométrie sur indication clinique ; et
- (9) étude objective de la réfraction et sous cycloplégie pour les demandeurs initiaux âgés de moins de 25 ans présentant une hypermétropie de +2 dioptries.

(c) Examen ophtalmologique de routine

Un examen ophtalmologique de routine peut être pratiqué par un AME et doit comprendre ce qui suit :

- (1) antécédents ;
- (2) acuité visuelle de près, intermédiaire et de loin (sans correction et avec la meilleure correction optique si nécessaire) ;
- (3) examen de la partie externe de l'œil, anatomie, segment antérieur et segment postérieur et examen du fond de l'œil ;
- (4) examen complémentaire sur indication clinique.

(d) Anomalies de réfraction

- (1) Lors de l'examen initial, un demandeur peut être déclaré apte dans les cas suivants :
  - (i) hypermétropie n'excédant pas +5,0 dioptries ;
  - (ii) myopie n'excédant pas -6,0 dioptries ;
  - (iii) astigmatisme n'excédant pas 2,0 dioptries ;
  - (iv) anisométrie n'excédant pas 2,0 dioptriespour autant que la correction optimale ait été envisagée et qu'aucune pathologie significative n'ait été mise en évidence.
- (2) Les demandeurs initiaux qui ne remplissent pas les conditions des points (1) (ii), (iii) et (iv) ci-dessus doivent être adressés à l'autorité de délivrance des licences. Une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan réalisé par un ophtalmologue.
- (3) Lors d'une prorogation, un demandeur peut être déclaré apte dans les cas suivants :
  - (i) hypermétropie n'excédant pas +5,0 dioptries ;
  - (ii) myopie excédant -6,0 dioptries ;
  - (iii) astigmatisme excédant 2,0 dioptries ;
  - (iv) anisométrie excédant 2,0 dioptriespour autant que la correction optimale ait été envisagée et qu'aucune pathologie significative n'ait été mise en évidence.
- (4) Si l'anisométrie excède 3,0 dioptries, le demandeur doit porter des lentilles de contact.

- (5) Si l'anomalie de réfraction est de +3,0 à +5,0 ou de -3,0 à -6,0 dioptries, il existe un astigmatisme ou une anisométrie de plus de 2 dioptries mais de moins de 3 dioptries. Un bilan doit être réalisé par un ophtalmologue tous les 5 ans.
- (6) Si l'anomalie de réfraction est supérieure à -6,0 dioptries, il existe un astigmatisme de plus de 3,0 dioptries ou une anisométrie excédant 3,0 dioptries. Un bilan doit être réalisé par un ophtalmologue tous les 2 ans.
- (7) Dans les cas (5) et (6) précités, le demandeur doit transmettre le rapport de l'ophtalmologue à l'AME. Le rapport doit être transmis à l'autorité de délivrance des licences dans le cadre du rapport d'examen médical. Tous les cas anormaux ou douteux nécessitent la consultation d'un ophtalmologue.

(e) Acuité visuelle non corrigée

Il n'y a pas de limites pour l'acuité visuelle non corrigée.

(f) Vision sous la normale

- (1) Les demandeurs présentant une baisse de la vision centrale d'un œil peuvent être déclarés aptes si le champ visuel binoculaire est normal et si l'ophtalmologue estime que la pathologie sous-jacente est acceptable. Un résultat satisfaisant au test en vol et une limitation multipilote sont nécessaires.
- (2) Un demandeur présentant une vision d'un œil sous la normale acquise peut être déclaré apte avec une limitation multipilote, si :
  - (i) le meilleur œil présente une acuité visuelle de loin de 6/6 (1,0), corrigée ou non corrigée ;
  - (ii) le meilleur œil présente une acuité visuelle intermédiaire de N14 et N5 pour la vision de près ;
  - (iii) en cas de perte aiguë de la vision d'un œil, une période d'adaptation s'est écoulée depuis le moment connu de la perte visuelle, durant laquelle le demandeur doit être considéré comme inapte ;
  - (iv) aucune pathologie oculaire significative n'a été mise en évidence ; et
  - (v) le test médical en vol est satisfaisant.
- (3) Un demandeur présentant un déficit d'un champ visuel peut être déclaré apte si le champ visuel binoculaire est normal et si l'autorité de délivrance des licences estime que la pathologie sous-jacente est acceptable.

(g) Kératocône

Les demandeurs atteints d'un kératocône peuvent être déclarés aptes s'ils satisfont aux exigences visuelles lors du port de lentilles correctives et si un ophtalmologue pratique un bilan périodique.

(h) Hétérophorie

Les demandeurs présentant une hétérophorie (déséquilibre des muscles oculaires) excédant :

- (1) à 6 mètres :
  - 2,0 dioptries prismatiques en hyperphorie,
  - 10,0 dioptries prismatiques en ésophorie,
  - 8,0 dioptries prismatiques en exophorieet

- (2) à 33 centimètres :
- 1,0 dioptrie prismatique en hyperphorie,
  - 8,0 dioptries prismatiques en ésoptorie,
  - 12,0 dioptries prismatiques en exoptorie

doivent être déclarés inaptes. Le demandeur doit être examiné par un ophtalmologue et si les réserves de fusion sont suffisantes pour empêcher la survenue d'une asthénopie et d'une diplopie, une décision d'aptitude peut être envisagée.

(i) Chirurgie oculaire

L'évaluation après une chirurgie oculaire doit comporter un examen ophtalmologique.

- (1) (1) Après une chirurgie réfractive, une décision d'aptitude peut être envisagée, si :
- (i) la réfraction pré-opératoire n'est pas supérieure à +5 dioptries ;
  - (ii) une stabilité de la réfraction est obtenue après l'opération (variation diurne inférieure à 0,75 dioptrie) ;
  - (iii) l'examen ophtalmologique ne montre pas de complications post-opératoires ;
  - (iv) la sensibilité à l'éblouissement est dans les limites de la normale ;
  - (v) la sensibilité au contraste mésopique n'est pas altérée ;
  - (vi) un bilan est pratiqué par un ophtalmologue.
- (2) Une chirurgie de la cataracte entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée 3 mois après l'intervention.
- (3) Une chirurgie rétinienne entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée 6 mois après une intervention réussie. Une décision d'aptitude peut être acceptable plus tôt après une thérapie rétinienne au laser. Un suivi peut être nécessaire.
- (4) Une chirurgie du glaucome entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée 6 mois après une intervention réussie. Un suivi peut être nécessaire.
- (5) Pour les points (2), (3) et (4) ci-dessus, une décision d'aptitude peut être envisagée plus tôt si la guérison est complète.

(j) Verres correcteurs

Les verres correcteurs doivent permettre au titulaire de la licence de satisfaire aux exigences visuelles à toutes les distances.

**AMC1 MED B.075 Perception des couleurs**

- (a) Lors d'une prorogation, la perception des couleurs doit être testée sur indication clinique.
- (b) Le test d'Ishihara (édition 24 planches) est considéré comme réussi si les 15 premières planches, présentées dans un ordre aléatoire, sont identifiées sans erreur.
- (c) Les demandeurs qui échouent au test d'Ishihara doivent être examinés au moyen :
- (1) soit du test de l'anomaloscope (Nagel ou équivalent). Ce test est considéré comme réussi si l'ajustement des couleurs est trichromatique et si la zone d'égalité est égale ou inférieure à 4 unités d'échelle ;

- (2) soit du test de la lanterne réalisé au moyen d'une lanterne Spectrolux, une lampe de Beynes ou une lanterne de Holmes-Wright. Ce test est considéré comme réussi si le demandeur effectue sans erreur un test avec les lanternes acceptées.

### **AMC1 MED.B.080 Oto-rhino-laryngologie**

#### (a) Audition

- (1) Le demandeur doit comprendre correctement, avec chaque oreille séparément, une conversation ordinaire à une distance de 2 mètres de l'AME, le dos tourné à celui-ci.
- (2) L'audiogramme tonal doit couvrir les seuils de fréquence de 500 Hz, 1 000 Hz, 2 000 Hz et 3 000 Hz.
- (3) Un demandeur présentant une hypoacousie doit être adressé à l'autorité de délivrance des licences. Une décision d'aptitude peut être envisagée si un test de discrimination de la parole ou un test reproduisant les conditions normales de bruit en vol dans un poste de pilotage démontre une compréhension auditive satisfaisante. Un test de la fonction vestibulaire peut être approprié.
- (4) Si les exigences relatives à l'audition ne peuvent être satisfaites qu'avec l'utilisation de prothèses auditives, ces prothèses auditives doivent permettre une fonction auditive optimale, être bien tolérées et être adaptées à l'utilisation en aéronautique.

#### (b) Examen oto-rhino-laryngologique complet

Un examen oto-rhino-laryngologique complet doit comprendre ce qui suit :

- (1) antécédents ;
- (2) examen clinique comprenant une otoscopie, une rhinoscopie et un examen de la bouche et de la gorge ;
- (3) tympanométrie ou équivalent ;
- (4) bilan clinique du système vestibulaire.

#### (c) Affections auriculaires

- (1) Un demandeur atteint d'une affection pathologique active, aiguë ou chronique, de l'oreille interne ou moyenne doit être considéré comme inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée si l'état est stabilisé ou si la guérison est complète.
- (2) Un demandeur présentant une perforation non cicatrisée ou un dysfonctionnement du tympan doit être déclaré inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée pour les demandeurs présentant une perforation sèche unique d'origine non infectieuse et ne perturbant pas le fonctionnement normal de l'oreille.

#### (d) Troubles vestibulaires

Un demandeur atteint d'un trouble de la fonction vestibulaire doit être considéré comme inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée après la guérison complète. La présence d'un nystagmus spontané ou positionnel nécessite un bilan vestibulaire complet par un oto-rhino-laryngologiste. Une réponse anormale significative aux épreuves caloriques ou rotatoires entraîne l'inaptitude. Les réponses vestibulaires anormales doivent être évaluées dans leur contexte clinique.

#### (e) Dysfonctionnement des sinus

Un demandeur atteint d'un dysfonctionnement des sinus doit être déclaré inapte jusqu'à la guérison complète.

- (f) Infections de la cavité buccale/des voies respiratoires supérieures  
Une infection significative, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures entraîne l'incapacité. Une décision d'aptitude peut être envisagée après la guérison complète.
- (g) Trouble de l'élocution  
Un trouble important de l'élocution ou de la voix entraîne l'incapacité.

#### **AMC1 MED.B.085 Dermatologie**

- (a) L'autorité de délivrance des licences doit être consultée s'il existe un doute quant à l'aptitude d'un demandeur présentant un eczéma (exogène et endogène), un psoriasis grave, une infection bactérienne, une éruption cutanée d'origine médicamenteuse, une dermatose bulleuse ou une urticaire.
- (b) Les effets systémiques liés aux rayonnements ou du traitement pharmacologique d'une affection dermatologique doivent être examinés avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.
- (c) Si une affection dermatologique est associée à une maladie systémique, la maladie sous-jacente doit être pleinement prise en considération avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

#### **AMC1 MED.B.090 Oncologie**

- (a) Les demandeurs ayant subi un traitement d'une maladie cancéreuse peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences, si :
  - (1) après le traitement, il n'existe aucune preuve de récurrence de la maladie cancéreuse ;
  - (2) selon le type de tumeur, un laps de temps approprié s'est écoulé depuis la fin du traitement ;
  - (3) le risque d'incapacité en vol à la suite d'une récurrence éventuelle ou d'une métastase est suffisamment faible ;
  - (4) il n'existe pas de preuve de séquelles à la suite du traitement, à court ou long terme. Une attention particulière doit être portée aux demandeurs qui ont reçu une chimiothérapie par anthracycline ;
  - (5) un suivi oncologique satisfaisant est transmis à l'autorité de délivrance des licences.
- (b) Une limitation multipilote doit être appliquée, si nécessaire.
- (c) Les demandeurs présentant des affections pré-malignes de la peau peuvent être déclarés aptes s'ils sont traités ou subissent une exérèse suffisante et s'ils sont soumis à un suivi régulier.

### **Section 3**

#### **Exigences spécifiques relatives aux certificats médicaux de classe 2**

#### **AMC2 MED.B.010 Appareil cardiovasculaire**

- (a) Examen  
Électrocardiogramme d'effort

Une épreuve d'effort nécessaire dans le cadre d'une évaluation cardiovasculaire doit être maximale et atteindre au moins le stade IV du protocole de Bruce ou équivalent.

(b) Généralités

(1) Évaluation du facteur de risque cardiovasculaire

Une accumulation de facteurs de risque (tabagisme, antécédents familiaux, anomalies des lipides, hypertension artérielle, etc.) nécessite une évaluation cardiovasculaire.

(2) Évaluation cardiovasculaire

Le rapport des électrocardiogrammes de repos et d'effort doit être établi par l'AME ou par un spécialiste accrédité.

(c) Affection artérielle périphérique

Une décision d'aptitude peut être envisagée dans le cas d'un demandeur atteint d'une affection artérielle périphérique ou après une intervention chirurgicale à la suite d'une affection artérielle périphérique, s'il n'existe pas d'atteinte fonctionnelle significative, si les facteurs de risque vasculaire ont été réduits à un niveau approprié, si le demandeur suit un traitement de prévention secondaire autorisé et s'il n'existe pas de preuve d'ischémie myocardique.

(d) Anévrisme de l'aorte

(1) Les demandeurs présentant un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale peuvent être déclarés aptes, sous réserve d'une évaluation cardiologique satisfaisante et d'un suivi régulier.

(2) Les demandeurs peuvent être déclarés aptes après une intervention chirurgicale à la suite d'un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale, sous réserve d'une évaluation cardiologique satisfaisante visant à exclure la présence d'une coronaropathie.

(e) Anomalies valvulaires cardiaques

(1) Les demandeurs présentant un souffle cardiaque méconnu auparavant requièrent une évaluation cardiologique approfondie.

(2) Les demandeurs présentant des anomalies valvulaires cardiaques mineures peuvent être déclarés aptes.

(f) Chirurgie valvulaire

(1) Les demandeurs ayant subi un remplacement ou une réparation d'une valve cardiaque peuvent être déclarés aptes si la fonction cardiaque après l'intervention et les investigations post-opératoires sont satisfaisantes et si un traitement anticoagulant n'est pas nécessaire.

(2) Si un traitement anticoagulant est nécessaire après une chirurgie valvulaire, une décision d'aptitude assortie d'une limitation OSL ou OPL peut être envisagée après un bilan cardiologique. L'examen doit démontrer la stabilité du traitement anticoagulant. Le traitement anticoagulant doit être considéré comme stable si, au cours des 6 derniers mois, au moins 5 valeurs de l'INR sont documentées et si au moins 4 d'entre elles se situent dans la plage cible de l'INR.

(g) Affections thromboemboliques

Une thrombose artérielle ou veineuse ainsi qu'une embolie pulmonaire entraînent l'inaptitude jusqu'à l'interruption du traitement anticoagulant. Après 6 mois de traitement



anticoagulant stable à titre de prophylaxie, une décision d'aptitude assortie d'une limitation OSL ou OPL peut être envisagée, après examen en concertation avec l'autorité de délivrance des licences. Le traitement anticoagulant doit être considéré comme stable si, au cours des 6 derniers mois, au moins 5 valeurs de l'INR sont documentées et si au moins 4 d'entre elles se situent dans la plage cible de l'INR. Une embolie pulmonaire nécessite une évaluation complète.

(h) Autres affections cardiaques

- (1) Les demandeurs présentant une anomalie primaire ou secondaire du péricarde, du myocarde ou de l'endocarde peuvent être déclarés inaptes dans l'attente d'une évaluation cardiologique satisfaisante.
- (2) Les demandeurs présentant une anomalie cardiaque congénitale, y compris les demandeurs ayant subi une correction chirurgicale, peuvent être déclarés aptes sous réserve d'une évaluation cardiologique satisfaisante. Un suivi cardiologique peut être nécessaire et doit être convenu en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.

(i) Syncope

Les demandeurs présentant une anamnèse de syncopes vaso-vagales récurrentes peuvent être déclarés aptes après une période de 6 mois sans récurrence et dans la mesure où l'évaluation cardiologique est satisfaisante. Un bilan neurologique peut être indiqué.

(j) Tension artérielle

- (1) Si lors de l'examen, la tension artérielle dépasse régulièrement 160 mmHg pour la tension systolique et/ou 95 mmHg pour la tension diastolique, avec ou sans traitement, le demandeur doit être déclaré inapte.
- (2) Le diagnostic d'hypertension artérielle nécessite une recherche d'autres facteurs de risque vasculaire potentiels.
- (3) Les demandeurs présentant une hypotension artérielle symptomatique doivent être déclarés inaptes.
- (4) Tout traitement antihypertenseur doit être compatible avec la sécurité en vol.
- (5) Après l'instauration d'un traitement médicamenteux visant à maîtriser la tension artérielle, les demandeurs doivent être réévalués afin de vérifier que le traitement est compatible avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence détenue.

(k) Coronaropathie

- (1) Une douleur thoracique d'origine incertaine nécessite des investigations complètes.
- (2) En cas de suspicion d'une atteinte coronarienne asymptomatique, l'évaluation cardiologique ne doit pas mettre en évidence d'ischémie myocardique ni de sténose significative d'une artère coronaire.
- (3) Après un accident cardiaque ischémique, ou une revascularisation, les demandeurs asymptomatiques doivent avoir réduit les facteurs de risque vasculaire à un niveau approprié. Le recours à des traitements médicamenteux pour contrôler une angine de poitrine n'est pas autorisé. Tous les demandeurs doivent suivre un traitement de prévention secondaire autorisé.
  - (i) Une coronarographie pratiquée aux alentours du moment de l'accident myocardique ischémique, ou pendant celui-ci, ainsi qu'un rapport clinique détaillé et complet de l'accident ischémique et de toute procédure opératoire doivent être mis à disposition de l'AME.
    - (A) Il ne doit pas exister de sténose supérieure à 50 % au niveau d'un vaisseau majeur n'ayant pas fait l'objet d'un traitement, d'un greffon

veineux ou artériel ou d'un site d'angioplastie/stent, sauf dans un vaisseau responsable d'un infarctus myocardique. Plus de deux sténoses entre 30 % et 50 % dans le réseau vasculaire ne sont pas acceptables.

- (B) L'ensemble du réseau coronarien doit être considéré comme satisfaisant et une attention particulière doit être portée aux sténoses multiples et/ou aux revascularisations multiples.
- (C) Une sténose non traitée de plus de 30 % au niveau du tronc commun de la coronaire gauche ou de l'artère intraventriculaire antérieure n'est pas acceptable.

(ii) Après un délai d'au moins 6 mois à compter de l'accident myocardique ischémique, y compris avec une revascularisation, les investigations suivantes doivent être pratiquées (des tests équivalents peuvent être employés) :

- (A) un ECG d'effort ne montrant pas de preuve d'ischémie myocardique ni de trouble du rythme ;
- (B) un échocardiogramme montrant une fonction ventriculaire gauche satisfaisante sans anomalie importante de la cinétique et une fraction d'éjection ventriculaire gauche satisfaisante égale ou supérieure à 50 % ;
- (C) en cas d'angioplastie/mise en place d'un stent, une scintigraphie de perfusion myocardique ou une échocardiographie de stress ne montrant pas d'ischémie myocardique réversible. En cas de doute quant à la revascularisation après un infarctus du myocarde ou un pontage, une scintigraphie de perfusion est également nécessaire ;
- (D) d'autres investigations, telles qu'un holter ECG de 24 heures, peuvent être nécessaires afin d'évaluer le risque de troubles du rythme significatifs.

(iii) Le suivi périodique doit inclure un bilan cardiologique.

- (A) Après un pontage aorto-coronarien, une scintigraphie myocardique de perfusion (ou un test équivalent satisfaisant) doit être pratiquée si elle est indiquée et dans tous les cas, dans les 5 années suivant l'intervention, en vue d'une décision d'aptitude sans limitation exigeant un pilote de sécurité.
- (B) Dans tous les cas, une coronarographie doit être envisagée à tout moment si des symptômes, signes ou tests non invasifs suggèrent une ischémie myocardique.

(iv) Le résultat positif de la surveillance après 6 mois ou de toute surveillance ultérieure donne lieu à une décision d'aptitude. Les demandeurs peuvent être déclarés aptes avec une limitation exigeant un pilote de sécurité, après avoir subi uniquement un ECG d'effort satisfaisant.

(4) L'angine de poitrine, qu'elle soit ou non corrigée par un traitement médicamenteux, entraîne l'inaptitude.

(I) Troubles de la conduction et du rythme

Tout trouble important du rythme ou de la conduction exige une évaluation cardiologique et un suivi approprié avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée. Une limitation OSL ou OPL doit être considérée comme appropriée.

(1) Ablation

Une décision d'aptitude peut être envisagée si le demandeur a subi avec succès une ablation par cathéter, sous réserve d'un bilan cardiologique satisfaisant réalisé au moins 2 mois après l'ablation.

- (2) Troubles du rythme supraventriculaire
- (i) Les demandeurs présentant un trouble significatif du rythme supraventriculaire, y compris une dysfonction sino-auriculaire, qu'il soit intermittent ou permanent, peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.
  - (ii) Les demandeurs atteints d'une fibrillation auriculaire/d'un flutter peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.
  - (iii) Les demandeurs présentant des pauses sinusales asymptomatiques jusqu'à 2,5 secondes à l'électrocardiogramme de repos peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.
- (3) Bloc cardiaque
- (i) Les demandeurs présentant un bloc AV du premier degré et du type Mobitz 1 peuvent être déclarés aptes.
  - (ii) Les demandeurs présentant un bloc AV du type Mobitz 2 peuvent être déclarés aptes en l'absence d'atteinte du tissu conducteur au niveau distal.
- (4) Bloc de branche droit complet
- Les demandeurs présentant un bloc de branche droit complet peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.
- (5) Bloc de branche gauche complet
- Les demandeurs présentant un bloc de branche gauche complet peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.
- (6) Pré-excitation ventriculaire
- Les demandeurs asymptomatiques présentant un syndrome de pré-excitation ventriculaire peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.
- (7) Stimulateur cardiaque
- Les demandeurs porteurs d'un stimulateur cardiaque sous-endocardique peuvent être déclarés aptes au plus tôt 3 mois après l'implantation, si :
- (i) il n'existe aucune autre cause d'incapacité ;
  - (ii) un système comportant des électrodes bipolaires, programmé en mode bipolaire, sans changement de mode automatique de l'appareil, est utilisé ;
  - (iii) le demandeur n'est pas dépendant du stimulateur cardiaque ; et
  - (iv) le demandeur se soumet à un suivi régulier comportant un contrôle du stimulateur cardiaque.

### **AMC2 MED.B.015 Appareil respiratoire**

- (a) Radiographie thoracique
- Une radiographie thoracique de face/dos peut être requise en cas d'indication clinique.
- (b) Bronchopneumopathie chronique obstructive
- Les demandeurs présentant une atteinte mineure de la fonction pulmonaire peuvent être déclarés aptes.
- (c) Asthme
- Les demandeurs souffrant d'asthme peuvent être déclarés aptes si l'asthme est jugé stable, si les tests de la fonction pulmonaire sont satisfaisants et si le traitement

médicamenteux est compatible avec la sécurité en vol. L'usage de stéroïdes systémiques entraîne l'inaptitude.

(d) Maladie inflammatoire

Les demandeurs atteints d'une maladie inflammatoire active du système respiratoire doivent être déclarés inaptes dans l'attente de la disparition de l'affection.

(e) Sarcoïdose

(1) Les demandeurs atteints de sarcoïdose active doivent être déclarés inaptes. Des explorations doivent être entreprises en prenant en compte la possibilité d'une atteinte systémique. Une décision d'aptitude peut être envisagée une fois que la maladie est inactive.

(2) Les demandeurs atteints de sarcoïdose cardiaque doivent être déclarés inaptes.

(f) Pneumothorax

(1) Les demandeurs présentant un pneumothorax spontané doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée si le bilan respiratoire est satisfaisant six semaines après la guérison complète d'un pneumothorax spontané isolé ou après la guérison à la suite d'une intervention chirurgicale en cas de traitement d'un pneumothorax récurrent.

(2) Une décision d'aptitude à la suite de la guérison complète d'un pneumothorax traumatique résultant d'un accident ou d'une blessure peut être envisagée si la résorption totale du pneumothorax a été démontrée.

(g) Chirurgie thoracique

Les demandeurs devant subir une chirurgie thoracique importante doivent être déclarés inaptes jusqu'à ce que les suites de l'opération ne risquent plus d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence ou des licences en question.

(h) Syndrome d'apnées du sommeil

Les demandeurs présentant un syndrome d'apnée du sommeil insuffisamment traité doivent être déclarés inaptes.

**AMC2 MED.B.020 Appareil digestif**

(a) Varices œsophagiennes

Les demandeurs atteints de varices œsophagiennes doivent être déclarés inaptes.

(b) Pancréatite

Les demandeurs atteints de pancréatite doivent être déclarés inaptes dans l'attente d'une guérison satisfaisante.

(c) Calculs biliaires

(1) Les demandeurs présentant un calcul biliaire asymptomatique volumineux unique ou des calculs biliaires asymptomatiques multiples peuvent être déclarés aptes.

(2) Les demandeurs présentant des calculs biliaires symptomatiques uniques ou multiples doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée après l'élimination des calculs.

(d) Maladie inflammatoire de l'intestin

Les demandeurs présentant des antécédents médicaux établis ou un diagnostic établi de maladie inflammatoire chronique de l'intestin peuvent être déclarés aptes si la maladie est stable et ne risque pas d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.

(e) Ulcère gastro-duodéal

Les demandeurs atteints d'ulcère gastro-duodéal doivent être déclarés inaptes dans l'attente d'une guérison complète.

(f) Chirurgie abdominale

(1) Une intervention chirurgicale abdominale entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée si la guérison est complète, si le demandeur est asymptomatique et si le risque de complication secondaire ou de récurrence est minime.

(2) Les demandeurs qui ont subi une intervention chirurgicale sur l'appareil digestif ou sur ses annexes, impliquant une exérèse totale ou partielle ou la dérivation d'un de ces organes, doivent être déclarés inaptes jusqu'à ce que les suites de l'opération ne risquent plus d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.

**AMC2 MED.B.025 Systèmes métabolique et endocrinien**

(a) Troubles métaboliques, nutritionnels ou endocriniens

Tout trouble métabolique, nutritionnel ou endocrinien entraîne l'inaptitude. Une décision d'aptitude peut être envisagée si l'affection est asymptomatique, cliniquement compensée et stable.

(b) Obésité

Les demandeurs souffrant d'obésité peuvent être déclarés aptes uniquement si le surpoids n'est pas susceptible d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.

(c) Maladie d'Addison

Les demandeurs atteints de la maladie d'Addison peuvent être déclarés aptes à condition que de la cortisone soit à disposition pour un usage pendant l'exercice des privilèges de la licence.

(d) Goutte

Les demandeurs présentant une crise de goutte aiguë doivent être déclarés inaptes jusqu'à ce qu'ils ne présentent plus aucun symptôme.

(e) Trouble thyroïdien

Les demandeurs souffrant d'une maladie thyroïdienne peuvent être déclarés aptes lorsqu'un état euthyroïdien stable est atteint.

(f) Anomalie du métabolisme du glucose

Une glycosurie et une glycémie anormale nécessitent des investigations. Une décision d'aptitude peut être envisagée si une tolérance normale au glucose est démontrée (seuil rénal abaissé) ou en cas de tolérance anormale au glucose, si l'état du demandeur est parfaitement contrôlé par un régime et un suivi régulier.

(g) Diabète sucré

Les demandeurs atteints de diabète sucré peuvent être déclarés aptes. La prise de médicaments antidiabétiques non susceptibles de provoquer une hypoglycémie peut être autorisée.

**AMC2 MED.B.030 Hématologie**

(a) Anomalies de l'hémoglobine

L'hémoglobine doit être mesurée en cas d'indication clinique.

(b) Anémie

Les demandeurs atteints d'anémie démontrée par un taux d'hémoglobine réduit ou un hématokrite bas peuvent être déclarés aptes une fois que la cause primaire a été traitée et que le taux d'hémoglobine ou l'hématocrite s'est stabilisé à un niveau satisfaisant.

(c) Polycythémie

Les demandeurs atteints de polycythémie peuvent être déclarés aptes si leur état est stable et si aucune pathologie associée n'est mise en évidence.

(d) Hémoglobinopathie

Les demandeurs présentant une hémoglobinopathie peuvent être déclarés aptes si une thalassémie mineure ou une autre hémoglobinopathie mineure est diagnostiquée, en l'absence d'antécédents paroxystiques et après démonstration de capacités fonctionnelles parfaites.

(e) Troubles hémorragiques et de la coagulation

Les demandeurs atteints d'un trouble hémorragique ou de la coagulation peuvent être déclarés aptes si aucune hémorragie importante n'est susceptible de se produire.

(f) Troubles thromboemboliques

Les demandeurs atteints d'un trouble thrombotique peuvent être déclarés aptes si aucun épisode de coagulation important n'est susceptible de se produire.

(g) Troubles du système lymphatique

Les demandeurs présentant une hypertrophie importante des ganglions lymphatiques ou une maladie hématologique peuvent être déclarés aptes si la maladie ne risque pas de retentir sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question. Les demandeurs peuvent être déclarés aptes en cas de guérison complète d'un processus infectieux aigu ou de lymphome de Hodgkin ou de tout autre lymphome malin qui a été traité et est en rémission complète.

(h) Leucémie

(1) Les demandeurs atteints de leucémie aiguë peuvent être déclarés aptes en cas de rémission établie.

(2) Les demandeurs atteints de leucémie chronique peuvent être déclarés aptes après une période de stabilité démontrée.

(3) Dans les cas (1) et (2) ci-dessus, les demandeurs ne doivent pas avoir d'antécédents d'atteinte du système nerveux central et le traitement ne doit pas avoir d'effets secondaires continus qui pourraient être de nature à affecter la sécurité du vol. Le taux d'hémoglobine et le nombre de plaquettes doivent être satisfaisants. Un suivi régulier est exigé.

(i) Splénomégalie

Les demandeurs atteints de splénomégalie peuvent être déclarés aptes si l'hypertrophie est minime, stable et si elle ne s'accompagne d'aucune pathologie, ou si l'hypertrophie est minime associée à d'autres conditions acceptables.

**AMC2 MED.B.035 Appareil uro-génital**

(a) Maladie rénale

Les demandeurs atteints d'une maladie rénale peuvent être déclarés aptes si la tension artérielle est satisfaisante et si la fonction rénale est correcte. La nécessité d'une dialyse entraîne l'inaptitude.

(b) Calculs des voies urinaires

- (1) Les demandeurs présentant un ou plusieurs calculs des voies urinaires doivent être déclarés inaptes.
  - (2) Les demandeurs présentant un calcul asymptomatique ou des antécédents de colique néphrétique requièrent des investigations.
  - (3) Dans l'attente de l'évaluation ou du traitement, une décision d'aptitude assortie d'une limitation exigeant un pilote de sécurité peut être envisagée.
  - (4) Après un traitement efficace, le demandeur peut être déclaré apte.
  - (5) Les demandeurs présentant des calculs résiduels dans le parenchyme peuvent être déclarés aptes.
- (c) Chirurgie rénale/urologique
- (1) Les demandeurs qui ont subi une intervention chirurgicale majeure des voies urinaires ou de l'appareil urinaire, impliquant une exérèse totale ou partielle ou la dérivation d'un de leurs organes, doivent être déclarés inaptes jusqu'à ce que les suites de cette opération ne risquent plus d'entraîner une incapacité en vol. Après toute autre opération chirurgicale urologique, une décision d'aptitude peut être envisagée si le demandeur est complètement asymptomatique, si le risque de complications secondaires ou de récurrence de maladie rénale est faible, si la tension artérielle est satisfaisante et si la fonction rénale est correcte. La nécessité d'une dialyse entraîne l'inaptitude.
  - (2) En cas de néphrectomie compensée sans hypertension artérielle ou urémie, le demandeur peut être déclaré apte.
  - (3) Les demandeurs qui ont subi une transplantation rénale peuvent être déclarés aptes si la transplantation est parfaitement compensée et ne nécessite qu'un traitement immunosuppresseur minime.
  - (4) Les demandeurs qui ont subi une cystectomie totale peuvent être déclarés aptes si la fonction urinaire est satisfaisante, en l'absence d'infection et de récurrence de pathologie primaire.

#### **AMC2 MED.B.040 Maladies infectieuses**

(a) Tuberculose

Les demandeurs atteints de tuberculose active doivent être déclarés inaptes jusqu'à l'achèvement du traitement.

(b) Infection par le VIH

Une décision d'aptitude peut être envisagée pour les demandeurs séropositifs dont la maladie est stable et non évolutive, si des investigations complètes ne mettent en évidence aucune maladie associée au VIH susceptible de provoquer des symptômes incapacitants.

#### **AMC2 MED.B.045 Obstétrique et gynécologie**

(a) Chirurgie gynécologique

Les demandeuses qui ont subi une intervention chirurgicale gynécologique importante doivent être déclarées inaptes jusqu'à ce que les suites de l'opération ne risquent plus d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences.

(b) Grossesse

- (1) Une titulaire de licence enceinte peut être déclarée apte durant les 26 premières semaines de grossesse, à la suite d'une évaluation obstétrique satisfaisante.

- (2) Les privilèges de la licence peuvent être exercés à nouveau après confirmation d'un plein rétablissement après l'immobilisation ou la fin de la grossesse.

### **AMC2 MED.B.050 Système musculo-squelettique**

- (a) Un demandeur présentant des séquelles notables de maladie, de blessure ou d'anomalie congénitale osseuse, articulaire, musculaire ou tendineuse, traitée ou non par la chirurgie, doit se soumettre à une évaluation complète avant la prise d'une décision d'aptitude.
- (b) En cas de déficience d'un membre, une décision d'aptitude peut être envisagée à la suite du résultat satisfaisant d'un test médical en vol.
- (c) Un demandeur atteint d'une maladie inflammatoire, infiltrative, traumatique ou dégénérative de l'appareil musculo-squelettique peut être considéré comme apte si la maladie est en rémission et si le demandeur ne prend pas de médicaments entraînant l'inaptitude et a passé avec succès un test médical en vol. Une limitation à un ou plusieurs types d'aéronefs spécifiques peut être requise.
- (d) Toute anomalie corporelle ou déficit musculaire peut nécessiter un test médical en vol satisfaisant. Une limitation à un ou plusieurs types d'aéronefs spécifiques peut être requise.

### **AMC2 MED.B.055 Psychiatrie**

- (a) Trouble psychotique

Des antécédents ou la survenue d'un trouble psychotique fonctionnel entraînent l'inaptitude, hormis dans certains cas rares où une cause peut être identifiée sans équivoque comme étant de nature transitoire, ayant cessé et n'étant pas susceptible de réapparaître.

- (b) Substances psychotropes

L'utilisation ou l'abus de substances psychotropes susceptibles d'affecter la sécurité en vol entraîne l'inaptitude. Si le traitement psychotrope d'entretien stable est confirmé, une décision d'aptitude assortie d'une limitation OSL peut être envisagée.

- (c) Schizophrénie, troubles schizoïdes et troubles hallucinatoires

Un demandeur présentant des antécédents de schizophrénie, d'affection schizoïde ou de troubles hallucinatoires peut être déclaré apte uniquement si l'évaluation psychiatrique confirme que le diagnostic initial était erroné ou mal fondé ou s'il n'y a eu qu'un seul épisode de délire, à condition que le demandeur ne présente aucune atteinte permanente.

- (d) Troubles dus à la consommation d'alcool ou d'autres substances

- (1) Les troubles mentaux ou comportementaux dus à la consommation d'alcool ou d'autres substances, avec ou sans dépendance, entraînent l'inaptitude.
- (2) Une décision d'aptitude peut être envisagée en concertation avec l'autorité de délivrance des licences après une période de deux ans pendant laquelle la sobriété ou l'absence d'usage de substances sont prouvées. Une décision d'aptitude assortie d'une limitation OSL ou OPL peut être envisagée plus tôt. En fonction de chaque cas, le traitement et le suivi peuvent inclure :
- (i) hospitalisation de quelques semaines en vue d'un traitement, suivie par :
- (A) une expertise par un psychiatre ; et
- (B) une évaluation continue comportant des examens sanguins et des rapports fournis par l'environnement professionnel, et ceci pour une durée qui peut être indéterminée.

### **AMC2 MED.B.060 Psychologie**



Les demandeurs présentant un trouble psychologique peuvent nécessiter un avis et un conseil psychologiques ou neuropsychiatriques.

### **AMC2 MED.B.065 Neurologie**

(a) Épilepsie

Un demandeur peut être déclaré apte si :

- (1) le demandeur n'a présenté, comme antécédent, qu'un seul épisode épileptique afebrile considéré comme ayant un très faible risque de récurrence ;
- (2) il n'y a eu aucune récurrence depuis au moins 10 ans sans traitement ;
- (3) il n'existe aucune preuve de la persistance d'une prédisposition à l'épilepsie.

(b) États présentant une forte tendance au dysfonctionnement cérébral

Un demandeur présentant un état associé à une forte tendance au dysfonctionnement cérébral doit être déclaré inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan complet.

(c) Affection neurologique

Toute affection stable ou évolutive du système nerveux ayant causé ou susceptible de causer une incapacité significative entraîne l'inaptitude. En cas de perte fonctionnelle mineure associée à une maladie stable, une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan complet.

(d) Traumatisme crânien

Un demandeur présentant un traumatisme crânien suffisamment grave pour provoquer une perte de connaissance ou associé à une blessure cérébrale pénétrante peut être déclaré apte après guérison complète et si le risque d'épilepsie est suffisamment faible.

### **AMC2 MED.B.070 Ophtalmologie**

(a) Examen ophtalmologique

- (1) Lors de chaque examen aéromédical de prorogation, une évaluation de l'aptitude visuelle du titulaire de la licence doit être réalisée et les yeux doivent être examinés afin de détecter toute pathologie éventuelle. Les états qui nécessitent un examen ophtalmologique plus approfondi sont, notamment, les suivants : une diminution importante de l'acuité visuelle non corrigée, une diminution de la meilleure acuité visuelle corrigée et/ou une affection, un traumatisme ou une chirurgie oculaire.
- (2) Lors de l'évaluation initiale, l'examen doit comprendre ce qui suit :
  - (i) antécédents ;
  - (ii) acuité visuelle de près, intermédiaire et de loin (sans correction et avec la meilleure correction optique si nécessaire) ;
  - (iii) examen de la partie externe de l'œil, anatomie, segment antérieur et segment postérieur et examen du fond de l'œil ;
  - (iv) motilité oculaire ;
  - (v) vision binoculaire ;
  - (vi) perception des couleurs et examen du champ visuel ;
  - (vii) examen complémentaire sur indication clinique.
- (3) Lors de l'évaluation initiale, le demandeur doit fournir une copie de la prescription récente de lunettes si des verres correcteurs sont nécessaires pour satisfaire aux exigences visuelles.

(b) Examen ophtalmologique de routine

Un examen ophtalmologique de routine doit comprendre ce qui suit :

- (1) antécédents ;
- (2) acuité visuelle de près, intermédiaire et de loin (sans correction et avec la meilleure correction optique si nécessaire) ;
- (3) examen de la partie externe de l'œil, anatomie, segment antérieur et segment postérieur et examen du fond de l'œil ;
- (4) examen complémentaire sur indication clinique.

(c) Acuité visuelle

Si le demandeur est atteint d'amblyopie, l'acuité visuelle de l'œil amblyope doit être égale ou supérieure à 6/18 (0,3). Le demandeur peut être déclaré apte sous réserve que l'acuité visuelle de l'autre œil soit égale ou supérieure à 6/6 (1,0), avec ou sans correction, et qu'aucune pathologie significative ne puisse être mise en évidence.

(d) Vision sous la normale

- (1) Une diminution de la stéréopsie, une anomalie de la convergence ne compromettant pas la vision de près et un défaut d'alignement oculaire lorsque les réserves fusionnelles sont suffisantes pour éviter l'asthénopie et la diplopie peuvent être acceptables.
- (2) Un demandeur présentant une vision d'un œil sous la normale peut être déclaré apte à la suite d'un test en vol satisfaisant, si le meilleur œil :
  - (i) présente une acuité visuelle de loin de 6/6 (1,0), corrigée ou non corrigée ;
  - (ii) présente une acuité visuelle intermédiaire de N14 et N5 pour la vision de près ;
  - (iii) n'est atteint d'aucune pathologie significative.
- (3) Un demandeur présentant un déficit d'un champ visuel peut être déclaré apte si le champ visuel binoculaire est normal et si la pathologie sous-jacente est acceptable.

(e) Chirurgie oculaire

- (1) L'évaluation après une chirurgie oculaire doit comporter un examen ophtalmologique.
- (2) Après une chirurgie réfractive, une décision d'aptitude peut être envisagée si la réfraction est stable, s'il n'existe pas de complications post-opératoires et si la sensibilité à l'éblouissement n'a pas augmenté.
- (3) Après une chirurgie de la cataracte, de la rétine ou du glaucome, une décision d'aptitude peut être envisagée lorsque la guérison est complète.

(f) Verres correcteurs

Les verres correcteurs doivent permettre au titulaire de la licence de satisfaire aux exigences visuelles à toutes les distances.

**AMC2 MED B.075 Perception des couleurs**

- (a) Le test d'Ishihara (édition 24 planches) est considéré comme réussi si les 15 premières planches, présentées dans un ordre aléatoire, sont identifiées sans erreur.
- (b) Les demandeurs qui échouent au test d'Ishihara doivent être examinés au moyen :
  - (1) soit du test de l'anomaloscope (Nagel ou équivalent). Ce test est considéré comme réussi si l'ajustement des couleurs est trichromatique et si la zone d'égalité est égale ou inférieure à 4 unités d'échelle ;

- (2) soit du test de la lanterne réalisé au moyen d'une lanterne Spectrolux, une lampe de Beynes ou une lanterne de Holmes-Wright. Ce test est considéré comme réussi si le demandeur effectue sans erreur un test avec les lanternes acceptées.
- (c) Lors des examens de prorogation ou de renouvellement, la perception des couleurs doit être testée sur indication clinique.

### **AMC2 MED.B.080 Oto-rhino-laryngologie**

#### (a) Audition

- (1) Le demandeur doit comprendre correctement, avec chaque oreille séparément, une conversation ordinaire à une distance de 2 mètres de l'AME, le dos tourné à celui-ci.
- (2) Un demandeur présentant une hypoacousie peut être déclaré apte si un test de discrimination de la parole ou un test reproduisant les conditions normales de bruit en vol dans un poste de pilotage démontre une compréhension auditive satisfaisante. Un demandeur atteint d'hypoacousie sollicitant une qualification de vol aux instruments doit être évalué en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.
- (3) Si les exigences relatives à l'audition ne peuvent être satisfaites qu'avec l'utilisation de prothèses auditives, ces prothèses auditives doivent permettre une fonction auditive optimale, être bien tolérées et être adaptées à l'utilisation en aéronautique.

#### (b) Examen

Un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) doit être réalisé lors de tout examen initial, de prorogation ou de renouvellement.

#### (c) Affections de l'oreille

- (1) Un demandeur atteint d'une affection pathologique active, aiguë ou chronique, de l'oreille interne ou moyenne doit être considéré comme inapte jusqu'à ce que l'affection soit stabilisée ou que la guérison soit complète.
- (2) Un demandeur présentant une perforation non cicatrisée ou un dysfonctionnement du tympan doit être déclaré inapte. Une décision d'aptitude peut être envisagée pour les demandeurs présentant une perforation sèche unique d'origine non infectieuse et ne perturbant pas le fonctionnement normal de l'oreille.

#### (d) Troubles vestibulaires

Un demandeur atteint d'un trouble de la fonction vestibulaire doit être déclaré inapte jusqu'à la guérison complète.

#### (e) Dysfonctionnement des sinus

Un demandeur atteint d'un dysfonctionnement des sinus doit être déclaré inapte jusqu'à la guérison complète.

#### (f) Infections de la cavité buccale/des voies respiratoires supérieures

Une infection significative, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures entraîne l'inaptitude jusqu'à la guérison complète.

#### (g) Trouble de l'élocution

Un trouble important de l'élocution ou de la voix entraîne l'inaptitude.

#### (h) Rétrécissement des voies respiratoires

Un demandeur présentant un rétrécissement important d'un côté quelconque des voies respiratoires nasales ou une malformation importante de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures peut être déclaré apte si l'évaluation ORL est satisfaisante.

(i) Fonction des trompes d'Eustache

Un demandeur atteint d'une dysfonction importante des trompes d'Eustache peut être déclaré apte en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.

**AMC2 MED.B.085 Dermatologie**

Si une affection dermatologique est associée à une maladie systémique, la maladie sous-jacente doit être pleinement prise en considération avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

**AMC MED.B.090 Oncologie**

- (a) Les demandeurs peuvent être déclarés aptes après le traitement d'une maladie cancéreuse si :
- (1) après le traitement, il n'existe aucune preuve de récurrence de la maladie cancéreuse ;
  - (2) selon le type de tumeur, un laps de temps approprié s'est écoulé depuis la fin du traitement ;
  - (3) le risque d'incapacité en vol à la suite d'une récurrence éventuelle ou d'une métastase est suffisamment faible ;
  - (4) il n'existe pas de preuve de séquelles à court ou long terme à la suite du traitement, susceptibles d'affecter négativement la sécurité en vol ;
  - (5) une attention particulière est portée aux demandeurs qui ont reçu une chimiothérapie par anthracycline ;
  - (6) des dispositions en vue d'un suivi oncologique pendant un laps de temps approprié ont été prises.
- (b) Les demandeurs présentant des affections pré-malignes de la peau peuvent être déclarés aptes s'ils sont traités ou subissent une exérèse, selon les besoins, et s'ils sont soumis à un suivi régulier.

## Section 4

### Exigences spécifiques relatives aux certificats médicaux pour LAPL

#### **AMC1 MED.B.095 Examen et/ou évaluation médicale des demandeurs d'un certificat médical pour licence LAPL**

Si une évaluation par un spécialiste est requise en vertu de cette section, l'évaluation aéromédicale du demandeur doit être réalisée par un AeMC, un AME ou, dans le cas AMC 5 (d), par l'autorité de délivrance des licences.

#### **AMC2 MED.B.095 Appareil cardiovasculaire**

(a) Examen clinique

Le pouls et la tension artérielle doivent être mesurés lors de chaque examen.

(b) Généralités

(1) Évaluation du facteur de risque cardiovasculaire

Une accumulation de facteurs de risque (tabagisme, antécédents familiaux, anomalies des lipides, hypertension artérielle, etc.) nécessite une évaluation cardiovasculaire.

(2) Anévrisme de l'aorte

Les demandeurs présentant un anévrisme de l'aorte peuvent être déclarés aptes, sous réserve d'une évaluation cardiologique satisfaisante et d'un suivi régulier.

(3) Anomalies valvulaires cardiaques

Les demandeurs présentant un souffle cardiaque peuvent être déclarés aptes si le souffle est reconnu comme non significatif sur le plan pathologique.

(4) Chirurgie valvulaire

Après le remplacement ou la réparation d'une valve cardiaque, une décision d'aptitude peut être envisagée si la fonction cardiaque après l'intervention et les investigations post-opératoires sont satisfaisantes. Le traitement anticoagulant, si nécessaire, doit être stable.

(5) Autres affections cardiaques :

(i) Les demandeurs présentant d'autres affections cardiaques peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.

(ii) Les demandeurs présentant une cardiomyopathie hypertrophique symptomatique doivent être déclarés inaptes.

(c) Tension artérielle

(1) Si la tension artérielle dépasse régulièrement 160 mmHg pour la tension systolique et/ou 95 mmHg pour la tension diastolique, avec ou sans traitement, le demandeur doit être déclaré inapte.

(2) L'instauration d'un traitement médicamenteux visant à maîtriser la tension artérielle nécessite une période de suspension temporaire du certificat médical afin d'établir l'absence d'effets secondaires significatifs.

(d) Coronaropathie

- (1) En cas de suspicion d'ischémie myocardique, les demandeurs doivent subir des investigations avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.
  - (2) Les demandeurs atteints d'une angine de poitrine nécessitant la prise de médicaments pour prendre en charge les symptômes cardiaques doivent être déclarés inaptes.
  - (3) Après un accident cardiaque ischémique, y compris un infarctus du myocarde ou une revascularisation, les demandeurs asymptomatiques doivent avoir réduit les facteurs de risque vasculaire à un niveau satisfaisant. Le recours à des traitements médicamenteux pour contrôler des symptômes cardiaques n'est pas autorisé. Tous les demandeurs doivent suivre un traitement de prévention secondaire autorisé.
  - (4) Dans les cas cités aux points (1), (2) et (3) ci-dessus, les demandeurs dont l'évaluation cardiologique est satisfaisante et comprenant un test d'effort, ou équivalent, négatif pour l'ischémie, peuvent être déclarés aptes.
- (e) Troubles de la conduction et du rythme
- (1) Les demandeurs présentant un trouble important du rythme ou de la conduction cardiaque doivent être déclarés inaptes, hormis si une évaluation cardiologique conclut que le trouble ne risque pas d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la LAPL.
  - (2) Pré-excitation  
Les demandeurs présentant un syndrome de pré-excitation ventriculaire peuvent être déclarés aptes si l'évaluation cardiologique est satisfaisante. Les demandeurs présentant un syndrome de pré-excitation ventriculaire associé à une arythmie significative doivent être déclarés inaptes.
  - (3) Stimulateur cardiaque  
Une décision d'aptitude peut être envisagée si l'évaluation cardiologique est satisfaisante.

### **AMC3 MED.B.095 Appareil respiratoire**

- (a) Asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive  
Les demandeurs présentant de l'asthme ou une atteinte mineure de la fonction pulmonaire peuvent être déclarés aptes si l'affection est jugée stable, si la fonction pulmonaire est satisfaisante et si le traitement médicamenteux est compatible avec la sécurité en vol. L'usage de stéroïdes systémiques peut entraîner l'inaptitude, selon la dose nécessaire et les effets secondaires associés.
- (b) Sarcoïdose
- (1) Les demandeurs atteints de sarcoïdose active doivent être déclarés inaptes. Des explorations doivent être entreprises à la recherche d'une possible atteinte systémique. Une décision d'aptitude peut être envisagée une fois que la maladie est inactive.
  - (2) Les demandeurs atteints de sarcoïdose cardiaque doivent être déclarés inaptes.
- (c) Pneumothorax
- (1) Les demandeurs présentant un pneumothorax spontané peuvent être déclarés aptes si le bilan respiratoire est satisfaisant après la guérison complète d'un pneumothorax spontané isolé ou après la guérison à la suite du traitement chirurgical d'un pneumothorax récurrent.
  - (2) Les demandeurs présentant un pneumothorax traumatique peuvent être déclarés aptes après leur guérison complète.

(d) Chirurgie thoracique

Les demandeurs ayant subi une intervention chirurgicale thoracique majeure peuvent être déclarés aptes après leur guérison complète.

(e) Syndrome d'apnée du sommeil/troubles du sommeil

Les demandeurs présentant un syndrome d'apnée du sommeil insuffisamment traité doivent être déclarés inaptes.

**AMC4 MED.B.095 Appareil digestif**

(a) Calculs biliaires

Les demandeurs présentant des calculs biliaires symptomatiques doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée après l'élimination des calculs.

(b) Maladie inflammatoire de l'intestin

Les demandeurs présentant des antécédents médicaux établis ou un diagnostic établi de maladie inflammatoire chronique de l'intestin peuvent être déclarés aptes si la maladie est stable et ne risque pas d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence.

(c) Chirurgie abdominale

Les demandeurs qui ont subi une intervention chirurgicale sur l'appareil digestif ou sur ses annexes peuvent être déclarés aptes si la guérison est complète, s'ils ne présentent plus de symptômes et si le risque de complication secondaire ou de récurrence est minime.

(d) Pancréatite

Les demandeurs atteints de pancréatite peuvent être déclarés aptes après une guérison satisfaisante.

**AMC5 MED.B.095 Systèmes métabolique et endocrinien**

(a) Troubles métaboliques, nutritionnels ou endocriniens

Les demandeurs présentant un trouble métabolique, nutritionnel ou endocrinien peuvent être déclarés aptes si la stabilité du trouble est démontrée et si l'évaluation aéromédicale est satisfaisante.

(b) Obésité

Les demandeurs souffrant d'obésité peuvent être déclarés aptes si le surpoids n'est pas susceptible d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence.

(c) Trouble thyroïdien

Les demandeurs souffrant d'une maladie thyroïdienne peuvent être déclarés aptes lorsqu'un état euthyroïdien stable est atteint.

(d) Diabète sucré

(1) La prise de médicaments antidiabétiques non susceptibles de provoquer une hypoglycémie doit être autorisée en vue d'une décision d'aptitude.

(2) Les demandeurs atteints de diabète sucré de type 1 doivent être déclarés inaptes.

(3) Les demandeurs atteints de diabète sucré de type 2 traités par insuline peuvent être déclarés aptes, sous réserve de limitations, lors de la prorogation, si la glycémie est maîtrisée et si la procédure exposée aux points (e) et (f) ci-dessous est respectée. Une limitation OSL est requise. Une limitation TML peut être nécessaire pendant 12 mois afin de garantir le respect des exigences de suivi mentionnées ci-après. Les privilèges de la licence doivent être limités aux avions et aux planeurs.

- (e) Évaluation aéromédicale par l'autorité de délivrance des licences ou sous sa supervision :
- (1) Bilan diabétologique annuel, comprenant :
    - (i) examen des symptômes ;
    - (ii) examen des relevés des mesures de la glycémie ;
    - (iii) bilan cardiovasculaire. ECG d'effort à l'âge de 40 ans, ensuite tous les 5 ans et sur indication clinique, y compris une accumulation de facteurs de risque ;
    - (iv) néphropathie/bilan néphropathique.
  - (2) Bilan ophtalmologique annuel, comprenant :
    - (i) champ visuel à l'aide du périmètre de Humphrey ;
    - (ii) examen au moyen d'une lampe à fente, avec dilatation complète de la rétine, et rapport ;
    - (iii) dépistage clinique de la cataracte.
- L'apparition d'une rétinopathie nécessite un bilan ophtalmologique complet.
- (3) Analyse sanguine semestrielle :
    - (i) HbA1c ; valeur cible : 7,5–8,5 % ;
    - (ii) bilan rénal ;
    - (iii) bilan hépatique ;
    - (iv) bilan lipidique.
  - (4) Les demandeurs doivent être déclarés temporairement inaptes après :
    - (i) toute modification du traitement médicamenteux ou de l'insulinothérapie entraînant un changement du régime d'essai, jusqu'à ce qu'une maîtrise stable de la glycémie puisse être démontrée ;
    - (ii) un épisode inexplicable unique d'hypoglycémie sévère, jusqu'à ce qu'une maîtrise stable de la glycémie puisse être démontrée.
  - (5) Les demandeurs doivent être déclarés inaptes dans les cas suivants :
    - (i) perte de la prise de conscience de l'hypoglycémie ;
    - (ii) apparition d'une rétinopathie entraînant une réduction du champ visuel ;
    - (iii) néphropathie significative ;
    - (iv) toute autre complication de la maladie susceptible de compromettre la sécurité en vol.

(f) Responsabilité du pilote

La glycémie doit être mesurée durant des périodes non opérationnelles et opérationnelles. Un lecteur de glycémie sur sang total, doté d'une fonction de mémoire, doit être disponible et être utilisé. L'utilisation d'un système de surveillance en continu de la glycémie (CGMS) n'est pas autorisée. Les pilotes doivent prouver à l'AME, à l'AeMC ou à l'autorité de délivrance des licences que les mesures ont été effectuées comme précisé ci-après et doivent en communiquer les résultats.

- (1) Mesure durant des périodes non opérationnelles : en général, 3 à 4 fois par jour ou selon les recommandations du médecin traitant et lors de toute hypoglycémie ressentie.
- (2) Fréquence de la mesure durant les périodes opérationnelles :
  - (i) 120 minutes avant le départ ;



- (ii) < 30 minutes avant le départ ;
  - (iii) 60 minutes en vol ;
  - (iv) 30 minutes avant l'atterrissage.
- (3) Actions à la suite de la mesure de la glycémie :
- (i) 120 minutes avant le départ : si le résultat de la mesure est supérieur à 15 mmol/l, le pilote ne doit pas prendre les commandes.
  - (ii) 10 à 15 g de glucides doivent être ingérés et une nouvelle mesure doit être réalisée dans un délai de 30 minutes si :
    - (A) une mesure est inférieure à 4,5 mmol/l ;
    - (B) la mesure avant l'atterrissage est manquée ou en cas de remise de gaz/déroutement.

### **GM1 MED.B.095 Diabète sucré de type 2 traité par insuline**

- (a) Les pilotes et leur médecin traitant doivent savoir que la valeur cible de l'HbA1c a été fixée à la valeur normale (non diabétique), ce qui augmente considérablement le risque d'hypoglycémie. Par conséquent, pour des raisons de sécurité, la valeur cible de l'HbA1c a été fixée à 7,5-8,5 %, bien qu'il ait été prouvé qu'une valeur inférieure de l'HbA1c soit associée à un moins grand nombre de complications diabétiques.
- (b) Le pilote de sécurité doit être informé avant le vol au sujet de l'état potentiel du pilote. Les résultats de la mesure de la glycémie avant et pendant le vol doivent être communiqués au pilote de sécurité en vue du contrôle de l'acceptabilité des valeurs mesurées.

### **AMC6 MED.B.095 Hématologie**

Les demandeurs atteints d'une affection hématologique telle que :

- (a) un taux d'hémoglobine anormal, notamment dans le cas d'une anémie, d'une polycythémie ou d'une hémoglobinopathie ;
- (b) un trouble de la coagulation, hémorragique ou thrombotique ;
- (c) une hypertrophie importante des ganglions lymphatiques ;
- (d) une leucémie chronique ou aiguë ;
- (e) une hypertrophie de la rate

peuvent être déclarés aptes si l'évaluation aéromédicale est satisfaisante.

### **AMC7 MED.B.095 Appareil uro-génital**

- (a) Les demandeurs atteints d'une affection uro-génitale telle que :
  - (1) une maladie rénale ; ou
  - (2) un ou plusieurs calculs des voies urinaires ou des antécédents de colique néphrétiquepeuvent être déclarés aptes si l'évaluation rénale/urologique est satisfaisante.
- (b) Les demandeurs ayant subi une intervention chirurgicale majeure de l'appareil urinaire peuvent être déclarés aptes après leur guérison complète.

### **AMC8 MED.B.095 Maladies infectieuses**

Infection par le VIH : les demandeurs séropositifs peuvent être déclarés aptes si les investigations ne mettent en évidence aucune maladie clinique.

### **AMC9 MED.B.095 Obstétrique et gynécologie**

(a) Grossesse

Les titulaires d'un certificat médical pour LAPL ne peuvent exercer les privilèges de leur licence que jusqu'à la 26<sup>e</sup> semaine de grossesse et sous réserve d'un suivi prénatal de routine.

(b) Les demandeuses ayant subi une intervention chirurgicale gynécologique majeure peuvent être déclarées aptes après leur guérison complète.

### **AMC10 MED.B.095 Système musculo-squelettique**

Les demandeurs doivent témoigner d'un usage fonctionnel du système musculo-squelettique satisfaisant en vue de l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence.

### **AMC11 MED.B.095 Psychiatrie**

(a) Les demandeurs présentant un trouble mental ou comportemental dû à la consommation d'alcool ou d'autres substances doivent être déclarés inaptes jusqu'à la guérison et l'absence d'usage de substances, sous réserve d'une évaluation psychiatrique satisfaisante après le traitement.

(b) Les demandeurs présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique de schizophrénie, d'affection schizoïde ou de troubles hallucinatoires doivent être déclarés inaptes.

(c) Substances psychotropes

L'utilisation ou l'abus de substances psychotropes susceptibles d'affecter la sécurité en vol entraîne l'inaptitude. Si le traitement psychotrope d'entretien stable est confirmé, une décision d'aptitude assortie d'une limitation appropriée peut être envisagée.

(d) Les demandeurs atteints d'un trouble psychiatrique tel que :

- (1) trouble de l'humeur ;
- (2) trouble névrotique ;
- (3) trouble de la personnalité ;
- (4) trouble mental ou comportemental

doivent se soumettre à une évaluation psychiatrique avec des résultats satisfaisants avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

(e) Les demandeurs présentant des antécédents d'actes importants ou répétés d'automutilation délibérée doivent se soumettre à une évaluation psychiatrique et/ou psychologique satisfaisante avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

### **AMC12 MED.B.095 Psychologie**

Les demandeurs présentant un trouble psychologique peuvent nécessiter un avis et un conseil psychologiques.

### **AMC13 MED.B.095 Neurologie**

(a) Épilepsie et crises épileptiques

- (1) Les demandeurs présentant un diagnostic établi ou étant sous traitement pour épilepsie doivent être déclarés inaptes. Une réévaluation après l'arrêt de tout traitement depuis au moins 5 ans doit comporter un bilan neurologique.
  - (2) Les demandeurs peuvent être déclarés aptes si :
    - (i) le demandeur n'a présenté, comme antécédent, qu'un seul épisode épileptique afébrile considéré comme ayant un très faible risque de récurrence ; et
    - (ii) il n'y a eu aucune récurrence depuis au moins 5 ans sans traitement ; ou
    - (iii) une cause a été identifiée et traitée et il n'existe aucune preuve de persistance d'une prédisposition à l'épilepsie.
- (b) Affection neurologique
- (1) Les demandeurs présentant une affection stable ou évolutive du système nerveux ayant causé ou susceptible de causer une incapacité significative doivent être déclarés inaptes. L'AME ou l'AeMC doit évaluer ces demandeurs, compte tenu des privilèges de la licence détenue et du risque encouru. Une limitation OPL peut être appropriée si une décision d'aptitude est prise.
  - (2) En cas de perte fonctionnelle mineure associée à une maladie stable, une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan complet.
- (c) Traumatisme crânien
- Les demandeurs présentant un traumatisme crânien suffisamment grave pour provoquer une perte de connaissance ou associé à une blessure cérébrale pénétrante peuvent être déclarés aptes après guérison complète et si le risque d'épilepsie est suffisamment faible.
- (d) Lésion du rachis ou des nerfs périphériques
- Les demandeurs présentant des antécédents ou un diagnostic de lésion du rachis ou des nerfs périphériques peuvent être déclarés aptes si le bilan neurologique et les évaluations du système musculo-squelettique sont satisfaisants.

#### **AMC14 MED.B.095 Ophtalmologie**

- (a) Les demandeurs ne doivent présenter aucune anomalie de la fonction oculaire ou de leurs annexes ni aucun trouble pathologique actif, congénital ou acquis, aigu ou chronique, ni aucune séquelle d'une chirurgie ou d'un traumatisme oculaire susceptible d'interférer avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.
- (b) Examen ophtalmologique

L'examen doit inclure l'acuité visuelle (vision de près, intermédiaire et de loin) et le champ visuel.

- (c) Acuité visuelle

  - (1) L'acuité visuelle avec ou sans verres correcteurs doit être de 6/9 (0,7) binoculairement et de 6/12 (0,5) pour chaque œil.
  - (2) Les demandeurs qui ne satisfont pas aux conditions d'acuité visuelle requises doivent être évalués par un AME ou un AeMC qui prendra en compte les privilèges de la licence détenue et du risque encouru.
  - (3) Les demandeurs doivent pouvoir lire un tableau N5 (ou équivalent) à 30-50 cm et un tableau N14 (ou équivalent) à 100 cm, avec correction en cas de prescription.

- (d) Vision sous la normale

Les demandeurs présentant une vision d'un œil sous la normale peuvent être déclarés aptes si le meilleur œil :

- (1) présente une acuité visuelle de loin de 6/6 (1,0), corrigée ou non corrigée ;
- (2) présente une acuité visuelle de loin de moins de 6/6 (1,0), mais pas de moins de 6/9 (0,7), après un bilan ophtalmologique.

(e) Déficits du champ visuel

Les demandeurs présentant un déficit du champ visuel peuvent être déclarés aptes si le champ visuel binoculaire ou le champ visuel monoculaire est normal.

(f) Chirurgie oculaire

- (1) Après une chirurgie réfractive, une décision d'aptitude peut être envisagée si la réfraction est stable, s'il n'existe pas de complications post-opératoires et si la sensibilité à l'éblouissement n'a pas augmenté de manière significative.
- (2) Après une chirurgie de la cataracte, de la rétine ou du glaucome, une décision d'aptitude peut être envisagée lorsque la guérison est complète.

(g) Verres correcteurs

Les verres correcteurs doivent permettre au titulaire de la licence de satisfaire aux exigences visuelles à toutes les distances.

**AMC15 MED.B.095 Perception des couleurs**

Les demandeurs d'une qualification au vol de nuit doivent identifier correctement 9 des 15 premières planches de l'édition de 24 planches pseudo-isochromatiques d'Ishihara ou doivent avoir une perception normale des couleurs.

**AMC16 MED.B.095 Oto-rhino-laryngologie**

(a) Audition

- (1) Les demandeurs doivent comprendre correctement une conversation ordinaire à une distance de 2 mètres de l'examineur, le dos tourné à celui-ci.
- (2) Les demandeurs présentant une hypoacousie doivent démontrer une compréhension auditive fonctionnelle satisfaisante.

(b) Affections de l'oreille

Les demandeurs d'un certificat médical pour la LAPL présentant :

- (1) une affection pathologique active, aiguë ou chronique, de l'oreille interne ou moyenne ;
- (2) une perforation non cicatrisée ou un dysfonctionnement du tympan ;
- (3) un trouble de la fonction vestibulaire ;
- (4) un rétrécissement important des voies respiratoires nasales ;
- (5) un dysfonctionnement des sinus ;
- (6) une malformation importante ou une infection significative, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures ; ou
- (7) un trouble important de l'élocution ou de la voix

doivent se soumettre à des examens médicaux et des évaluations approfondies afin d'établir que l'affection n'interfère pas avec l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence.

## **SOUS-PARTIE C**

### **Exigences d'aptitude médicale des équipages de cabine**

#### **Section 1**

##### **Exigences générales**

##### **AMC1 MED.C.005 Évaluations aéromédicales**

- (a) Lors de la réalisation des examens aéromédicaux et/ou des évaluations des équipages de cabine, l'aptitude médicale de ceux-ci doit être évaluée particulièrement en ce qui concerne leur capacité physique et mentale à effectuer ce qui suit :
- (1) suivre la formation requise pour les équipages de cabine en vue de l'acquisition et du maintien des compétences, notamment: la lutte contre l'incendie, l'évacuation par toboggan, l'utilisation d'un équipement de protection respiratoire (EPR) dans un espace rempli de fumée simulé, l'administration des premiers secours ;
  - (2) manipuler les systèmes et l'équipement d'urgence de l'aéronef devant être utilisés par l'équipage de cabine, notamment les systèmes de gestion de la cabine, les portes/sorties, les dispositifs d'évacuation, les extincteurs, la prise en compte du type d'aéronef utilisé (carlingue étroite/carlingue large, un pont/plusieurs ponts, mono-équipage/multi-équipage, par exemple) ;
  - (3) maintenir en permanence les conditions de l'aéronef tout en réalisant des tâches (notamment l'altitude, la pression, l'air recyclé, le bruit) et le type de vol (court-courrier/moyen-courrier/long-courrier/ultra long-courrier) ; et
  - (4) assumer ses tâches et responsabilités avec efficacité durant les opérations ordinaires et extraordinaires ainsi que dans les situations d'urgence et les circonstances exigeantes sur le plan psychologique, notamment l'assistance aux membres d'équipage et aux passagers en cas de décompression, la gestion du stress, la prise de décision, la gestion de la foule et la coordination efficace de l'équipage, la gestion des passagers perturbateurs et des menaces pour la sécurité. Le cas échéant, les vols comportant un seul membre d'équipage de cabine doit être prise en considération lors de l'évaluation de l'aptitude médicale de l'équipage de cabine.

#### **Section 2**

##### **Exigences pour l'évaluation aéromédicale des équipages de cabine**

##### **AMC1 MED.C.025 Contenu des évaluations aéromédicales**

Les examens et/ou les évaluations aéromédicales des membres d'équipage de cabine doivent être réalisés conformément aux exigences médicales spécifiques énoncées aux points AMC2 à AMC18 MED.C.025.

##### **AMC2 MED.C.025 Appareil cardiovasculaire**

- (a) Examen
- (1) Un électrocardiogramme (ECG) de repos conventionnel à 12 dérivations et un rapport doivent être établis sur indication clinique, lors du premier examen après l'âge de 40 ans, puis au moins tous les cinq ans après l'âge de 50 ans. En présence de facteurs de risque cardiovasculaire tels que le tabagisme, un taux de cholestérol

anormal ou l'obésité, l'intervalle entre les ECG de repos doit être ramené à deux ans.

(2) Un bilan cardiovasculaire approfondi est requis sur indication clinique.

(b) Appareil cardiovasculaire - généralités

(1) Les membres d'équipage de cabine présentant un des troubles suivants :

- (i) anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale supra-rénale, avant intervention chirurgicale ;
  - (ii) anomalie fonctionnelle significative d'une des valves cardiaques ; ou
  - (iii) transplantation cardiaque ou cardiopulmonaire
- doivent être déclarés inaptes.

(2) Les membres d'équipage de cabine présentant un diagnostic établi pour l'un des troubles suivants :

- (i) affection artérielle périphérique, avant ou après intervention chirurgicale ;
- (ii) anévrisme de l'aorte abdominale, avant ou après intervention chirurgicale ;
- (iii) anomalies valvulaires cardiaques mineures ;
- (iv) suites d'une chirurgie d'une valve cardiaque ;
- (v) anomalie du péricarde, du myocarde ou de l'endocarde ;
- (vi) anomalie cardiaque congénitale, avant ou après intervention chirurgicale correctrice ;
- (vii) affection cardiovasculaire nécessitant un traitement anticoagulant systémique ;
- (viii) syncopes vaso-vagales récurrentes ;
- (ix) thrombose artérielle ou veineuse ; ou
- (x) embolie pulmonaire

doivent être évalués par un cardiologue avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

(c) Tension artérielle

La tension artérielle doit être mesurée lors de chaque examen.

(1) La tension artérielle doit être dans les limites de la normale.

(2) L'instauration d'un traitement médicamenteux visant à maîtriser la tension artérielle nécessite une période de suspension temporaire de l'aptitude afin d'établir l'absence d'effets secondaires significatifs.

(d) Coronaropathie

(1) Les membres d'équipage de cabine présentant :

- (i) une ischémie myocardique ;
- (ii) une coronaropathie symptomatique ; ou
- (iii) des symptômes d'une coronaropathie maîtrisée par un traitement médicamenteux

doivent être déclarés inaptes.

(2) Les membres d'équipage de cabine qui ne présentent aucun symptôme après un infarctus du myocarde ou une intervention chirurgicale consécutive à une

coronaropathie doivent être complètement guéris avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

(e) Trouble de la conduction/du rythme

- (1) Les membres d'équipage de cabine présentant un trouble important de la conduction ou du rythme cardiaque doivent se soumettre à une évaluation cardiologique avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.
- (2) Les membres d'équipage de cabine ayant subi :
  - (i) une ablation par radiofréquence ; ou
  - (ii) l'implantation d'un stimulateur cardiaquedoivent se soumettre à une évaluation cardiologique avec des résultats satisfaisants avant qu'une décision d'aptitude puisse être prise.
- (3) Les membres d'équipage de cabine présentant :
  - (i) une affection sino-auriculaire symptomatique ;
  - (ii) un bloc auriculo-ventriculaire complet ;
  - (iii) un allongement symptomatique de l'intervalle QT ;
  - (iv) un défibrillateur automatique implantable ; ou
  - (v) un stimulateur cardiaque anti-tachycardie ventriculairedoivent être déclarés inaptes.

**AMC3 MED.C.025 Appareil respiratoire**

- (a) Les membres d'équipage de cabine présentant une atteinte importante de la fonction pulmonaire doivent être déclarés inaptes. Une décision d'aptitude peut être envisagée une fois que la fonction pulmonaire est rétablie et est satisfaisante.
- (b) Les membres d'équipage de cabine doivent se soumettre à des tests de la fonction pulmonaire sur indication clinique.
- (c) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents ou un diagnostic établi :
  - (1) d'asthme ;
  - (2) de maladie inflammatoire active du système respiratoire ;
  - (3) de sarcoïdose active ;
  - (4) de pneumothorax ;
  - (5) de syndrome d'apnée du sommeil/troubles du sommeil ; ou
  - (6) d'intervention chirurgicale thoracique majeuredoivent se soumettre à une évaluation respiratoire avec des résultats satisfaisants avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.
- (d) Les membres d'équipage de cabine qui ont subi une pneumonectomie doivent être déclarés inaptes.

**AMC4 MED.C.025 Appareil digestif**

- (a) Les membres d'équipage de cabine présentant des séquelles d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale sur une partie de l'appareil digestif ou de ses annexes, susceptibles de provoquer une incapacité en vol, en particulier une occlusion due à une striction ou une compression, doivent être déclarés inaptes.

- (b) Les membres d'équipage de cabine ne doivent pas présenter de hernie risquant de provoquer des symptômes incapacitants.
- (c) Les membres d'équipage de cabine présentant des troubles de l'appareil gastro-intestinal, notamment ce qui suit :
  - (1) dyspepsie récurrente nécessitant un traitement médicamenteux ;
  - (2) pancréatite ;
  - (3) calculs biliaires symptomatiques ;
  - (4) diagnostic établi ou antécédents établis de maladie inflammatoire chronique de l'intestin ; ou
  - (5) suites d'une intervention chirurgicale sur l'appareil digestif ou ses annexes, y compris une intervention chirurgicale impliquant une exérèse totale ou partielle ou la dérivation d'un de ces organes

peuvent être déclarés aptes sous réserve d'une évaluation satisfaisante après un traitement efficace et une guérison complète après une intervention chirurgicale.

#### **AMC5 MED.C.025 Systèmes métabolique et endocrinien**

- (a) Les membres d'équipage de cabine ne doivent pas être atteints d'un trouble métabolique, nutritionnel ou endocrinien fonctionnel ou organique susceptible d'interférer avec l'exercice en toute sécurité de leurs tâches et responsabilités.
- (b) Les membres d'équipage de cabine présentant un trouble métabolique, nutritionnel ou endocrinien peuvent être déclarés aptes si la stabilité du trouble est démontrée et si l'évaluation aéromédicale est satisfaisante.
- (c) Diabète sucré
  - (1) Les membres d'équipage de cabine atteints de diabète sucré nécessitant l'administration d'insuline peuvent être déclarés aptes s'il peut être démontré qu'une maîtrise adéquate de la glycémie a été obtenue et qu'une conscience des signes d'hypoglycémie est établie et maintenue. Des limitations doivent être imposées, le cas échéant. L'obligation de se soumettre à des examens médicaux spécifiques (SIC) régulièrement et la limitation à des opérations au sein d'équipages de cabine multiple doivent, au minimum, être imposées.
  - (2) Les membres d'équipage de cabine atteints de diabète sucré ne nécessitant pas l'administration d'insuline peuvent être déclarés aptes s'il peut être démontré qu'une maîtrise adéquate de la glycémie a été obtenue et qu'une prise de conscience de l'hypoglycémie est établie, compte tenu du traitement médical, le cas échéant.

#### **AMC6 MED.C.025 Hématologie**

Les membres d'équipage de cabine atteints d'une affection hématologique telle que :

- (a) un taux d'hémoglobine anormal, notamment dans le cas d'une anémie, d'une polycythémie ou d'une hémoglobinopathie ;
  - (b) un trouble de la coagulation, hémorragique ou thrombotique ;
  - (c) une hypertrophie importante des ganglions lymphatiques ;
  - (d) une leucémie chronique ou aiguë ; ou
  - (e) une hypertrophie de la rate
- peuvent être déclarés aptes si l'évaluation aéromédicale est satisfaisante.

#### **AMC7 MED.C.025 Appareil uro-génital**



- (a) Une analyse d'urine doit être réalisée dans le cadre de tout examen et/ou évaluation aéromédicale. L'urine ne doit pas contenir d'éléments anormaux considérés comme ayant une signification pathologique.
- (b) Les membres d'équipage de cabine présentant des séquelles d'une maladie ou d'interventions chirurgicales sur les reins ou l'appareil urinaire, en particulier une occlusion due à une striction ou une compression, susceptibles de provoquer une incapacité, doivent être déclarés inaptes.
- (c) Les membres d'équipage de cabine atteints d'une affection uro-génitale telle que :
  - (1) une maladie rénale ; ou
  - (2) des antécédents de colique néphrétique due à un ou plusieurs calculs des voies urinairespeuvent être déclarés aptes si le bilan rénal/urologique est satisfaisant.
- (d) Les membres d'équipage de cabine qui ont subi une intervention chirurgicale majeure sur l'appareil urinaire, impliquant une exérèse totale ou partielle ou la dérivation de leurs organes, doivent être déclarés inaptes et réévalués après la guérison complète avant qu'une décision d'aptitude puisse être prise.

#### **AMC8 MED.C.025 Maladies infectieuses**

Les membres d'équipage de cabine séropositifs peuvent être déclarés aptes si les investigations ne mettent en évidence aucune maladie clinique et si l'évaluation aéromédicale est satisfaisante.

#### **AMC9 MED.C.025 Obstétrique et gynécologie**

- (a) Les membres d'équipage de cabine qui ont subi une intervention chirurgicale gynécologique majeure doivent être déclarés inaptes jusqu'à leur guérison complète.
- (b) Grossesse
  - (1) Une femme enceinte de l'équipage de cabine peut être déclarée apte uniquement durant les 16 premières semaines de sa grossesse, à la suite de l'étude de l'évaluation obstétricale par l'AME ou le médecin du travail (OHMP).
  - (2) Une limitation interdisant l'exécution de tâches en tant que membre d'un équipage de cabine unique doit être envisagée.
  - (3) L'AME ou l'OHMP doit transmettre un avis écrit au membre d'équipage de cabine et au médecin traitant en ce qui concerne les complications potentiellement significatives de la grossesse résultant des taches aériennes.

#### **AMC10 MED.C.025 Système musculo-squelettique**

- (a) Un membre d'équipage de cabine doit avoir une taille suffisante, des bras et jambes d'une longueur suffisante ainsi qu'une force musculaire suffisante pour assurer l'exercice en toute sécurité de ses tâches et de ses responsabilités.
- (b) Un membre d'équipage de cabine doit disposer d'un usage fonctionnel satisfaisant de son système musculo-squelettique.

#### **AMC11 MED.C.025 Psychiatrie**

- (a) Les membres d'équipage de cabine présentant un trouble mental ou comportemental dû à la consommation d'alcool ou d'autres substances problématiques doivent être déclarés inaptes jusqu'à leur guérison et l'absence d'usage des substances problématiques, sous réserve d'une évaluation psychiatrique satisfaisante.

- (b) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique de schizophrénie, d'affection schizoïde ou de troubles hallucinatoires doivent être déclarés inaptes.
- (c) Les membres d'équipage de cabine atteints d'un trouble psychiatrique tel que :
  - (1) trouble de l'humeur ;
  - (2) trouble névrotique ;
  - (3) trouble de la personnalité ; ou
  - (4) trouble mental ou comportementaldoivent se soumettre à une évaluation psychiatrique avec des résultats satisfaisants avant qu'une décision d'aptitude puisse être prise.
- (d) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents d'actes isolés ou répétés d'automutilation doivent être déclarés inaptes. Les membres d'équipage de cabine doivent se soumettre à une évaluation psychiatrique avec des résultats satisfaisants avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

#### **AMC12 MED.C.025 Psychologie**

- (a) Lorsqu'il existe une preuve avérée qu'un membre d'équipage de cabine est atteint d'un trouble psychologique, il/elle doit consulter afin d'avoir un avis et un conseil psychologique.
- (b) Le bilan psychologique peut inclure la collecte de données biographiques, l'étude des aptitudes ainsi que des tests de personnalité et un entretien avec un psychologue.
- (c) Le psychologue doit transmettre à l'AME ou à l'OHMP un rapport détaillant les résultats et ses recommandations.
- (d) Le membre d'équipage de cabine peut être déclaré apte à exécuter les tâches de l'équipage de cabine, avec une limitation le cas échéant.

#### **AMC13 MED.C.025 Neurologie**

- (a) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique des affections suivantes :
  - (1) épilepsie ; ou
  - (2) épisodes récurrents de troubles de la conscience d'origine incertainedoivent être déclarés inaptes.
- (b) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique des affections suivantes :
  - (1) épilepsie sans récurrence après l'âge de cinq ans et sans traitement depuis plus de dix ans ;
  - (2) anomalies épileptiformes encéphalographiques et ondes focales lentes ;
  - (3) maladie évolutive ou non évolutive du système nerveux ;
  - (4) épisode isolé de troubles de la conscience d'origine incertaine ;
  - (5) perte de conscience après un traumatisme crânien ;
  - (6) lésion cérébrale pénétrante ; ou
  - (7) lésions du rachis ou des nerfs périphériquesdoivent se soumettre à une évaluation approfondie avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

### **AMC14 MED.C.025 Ophtalmologie**

- (a) Examen :
- (1) un examen ophtalmologique de routine doit être réalisé lors de l'examen initial et de tout examen et/ou évaluation ultérieurs ; et
  - (2) un examen ophtalmologique approfondi doit être pratiqué sur indication clinique.
- (b) L'acuité visuelle de loin avec ou sans correction doit être d'au moins 6/9 (0,7) pour chaque œil.
- (c) Un membre d'équipage de cabine doit être capable de lire un tableau N5 (ou équivalent) à 30-50 cm, avec la correction éventuellement prescrite.
- (d) Les membres d'équipage de cabine doivent avoir des champs visuels normaux et une fonction binoculaire normale.
- (e) Les membres d'équipage de cabine qui ont subi une intervention de chirurgie réfractive peuvent être déclarés aptes si l'évaluation ophtalmologique est satisfaisante.
- (f) Les membres d'équipage de cabine atteints de diplopie doivent être déclarés inaptes.
- (g) Lunettes et lentilles de contact :
- Si une fonction visuelle satisfaisante ne peut être obtenue qu'au moyen d'une correction :
- (1) en cas de myopie, les lunettes ou lentilles de contact doivent être portées pendant le travail ;
  - (2) en cas d'hypermétropie, les lunettes ou lentilles de contact doivent être aisément accessibles en vue d'une utilisation immédiate ;
  - (3) la correction doit permettre une fonction visuelle optimale et être bien tolérée ;
  - (4) les lentilles orthokératologiques ne sont pas autorisées.

### **AMC15 MED.C.025 Perception des couleurs**

Les membres d'équipage de cabine doivent pouvoir identifier correctement 9 des 15 premières planches de l'édition de 24 planches pseudo-isochromatiques d'Ishihara ou doivent démontrer une perception normale des couleurs.

### **AMC16 MED.C.025 Oto-rhino-laryngologie**

- (a) L'audition doit être satisfaisante afin de permettre l'exercice en toute sécurité des tâches et responsabilités des membres d'équipage de cabine. Les membres d'équipage de cabine présentant une hypoacousie doivent démontrer une compréhension auditive fonctionnelle satisfaisante.
- (b) Examen
- (1) Un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) doit être réalisé lors de tout examen et/ou toute évaluation.
  - (2) L'audition doit être testée lors de toute évaluation et/ou tout examen :
    - (i) le membre d'équipage de cabine doit comprendre correctement, avec chaque oreille séparément, une conversation ordinaire à une distance de 2 mètres de l'examineur, le dos tourné à celui-ci ;
    - (ii) nonobstant le point (i) ci-dessus, l'audition doit être testée par audiométrie tonale lors de l'examen initial et sur indication clinique ;

(iii) lors de l'examen initial, le membre d'équipage de cabine ne doit pas présenter de perte d'audition de plus de 35 dB aux fréquences de 500 Hz, 1 000 Hz et 2 000 Hz, ni de plus de 50 dB à 3 000 Hz, avec chaque oreille séparément.

(c) Les membres d'équipage de cabine présentant :

- (1) une affection pathologique active, aiguë ou chronique, de l'oreille interne ou moyenne ;
- (2) une perforation non cicatrisée ou un dysfonctionnement de la membrane tympanique;
- (3) un trouble de la fonction vestibulaire ;
- (4) un rétrécissement important des voies respiratoires nasales ;
- (5) un dysfonctionnement des sinus ;
- (6) une malformation importante ou une infection significative, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures ;
- (7) un trouble important de l'élocution ou de la voix

doivent se soumettre à un examen médical et une évaluation approfondie afin d'établir que l'affection ne risque pas d'interférer avec l'exercice en toute sécurité de leurs tâches et responsabilités.

#### **AMC17 MED.C.025 Dermatologie**

Si une affection dermatologique est associée à une maladie systémique, la maladie sous-jacente doit être pleinement prise en considération avant qu'une décision d'aptitude puisse être prise.

#### **AMC18 MED.C.025 Oncologie**

- (a) Après le traitement d'une maladie cancéreuse, les membres d'équipage de cabine doivent se soumettre à une évaluation oncologique et aéromédicale avec des résultats satisfaisants avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.
- (b) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique de tumeur maligne intracérébrale doivent être déclarés inaptes. Compte tenu de l'histologie de la tumeur, une décision d'aptitude peut être envisagée après un traitement efficace et une guérison complète.

## **GM1 MED.C.025 Contenu des évaluations aéromédicales**

- (a) Lors de la réalisation d'examens et/ou évaluations aéromédicales, les tâches types des membres d'équipage de cabine énumérées aux points (b) et (c), en particulier les tâches exécutées lors d'opérations extraordinaires et de situations d'urgence, ainsi que les responsabilités des membres d'équipage de cabine envers les voyageurs doivent être prises en considération afin d'identifier :
- (1) toute affection physique et/ou mentale susceptible de nuire à la bonne exécution des tâches des membres d'équipage de cabine ; et
  - (2) les examens, tests ou investigations devant être effectués afin de réaliser une évaluation aéromédicale adéquate.
- (b) Tâches et responsabilités principales des membres d'équipage de cabine lors des opérations ordinaires quotidiennes
- (1) Durant les opérations au sol avant et après le vol, avec ou sans passagers à bord :
    - (i) contrôle de la situation à l'intérieur de la cabine de l'aéronef et connaissance des conditions à l'extérieur de l'aéronef, y compris l'observation des surfaces visibles de l'aéronef et la communication à l'équipage de vol de toute contamination éventuelle d'une surface (glace ou neige, par exemple) ;
    - (ii) assistance aux catégories spéciales de passagers telles que les bébés et les enfants (accompagnés ou non accompagnés), les personnes handicapées ou à mobilité réduite, les cas médicaux accompagnés ou non d'une escorte médicale, les passagers non admissibles, les personnes expulsées et les passagers en état d'arrestation ;
    - (iii) observation des passagers (comportement suspect, passager sous l'influence de l'alcool et/ou de drogues, déséquilibrés mentaux), observation des personnes potentiellement valides, gestion de la foule lors de l'embarquement et du débarquement ;
    - (iv) arrimage sûr des bagages de cabine, démonstrations de sécurité et vérifications de la cabine, gestion des passagers et des services au sol pendant le plein de carburant, observation de l'utilisation d'appareils électroniques portables ;
    - (v) capacité à exécuter promptement les opérations de sécurité et d'urgence à tout moment et sens de la sécurité.
  - (2) Pendant le vol :
    - (i) utilisation et contrôle des systèmes de l'aéronef, surveillance de la cabine, des toilettes, de la cuisine, des zones réservées à l'équipage et du poste de pilotage ;
    - (ii) coordination avec l'équipage de vol en ce qui concerne la situation dans la cabine et les conséquences des turbulences ;
    - (iii) gestion et observation des passagers (consommation d'alcool, comportement, problèmes médicaux potentiels), observation de l'utilisation d'appareils électroniques portables ;
    - (iv) sens de la sécurité et capacité à exécuter promptement les opérations de sécurité et d'urgence à tout moment ainsi que les vérifications de cabine avant l'atterrissage.
- (c) Tâches et responsabilités principales des membres d'équipage de cabine lors d'opérations extraordinaires et d'opérations d'urgence

- (1) En cas d'évacuation d'urgence prévue ou imprévue : instructions et/ou ordres aux passagers, y compris aux catégories spéciales de passagers, et sélection et information des personnes valides ; surveillance de la gestion de la foule et prise en charge de l'évacuation y compris en l'absence d'ordres de l'équipage de vol ; tâches après l'évacuation, notamment assistance, premiers secours et gestion des survivants et de la survie dans un milieu particulier ; activation des moyens de communication applicables à l'intention des services de recherche et de secours.
- (2) En cas de décompression : vérification des membres de l'équipage, passagers, cabine, toilettes, cuisine, zones de repos du personnel et poste de pilotage, et administration d'oxygène aux membres de l'équipage et aux passagers si nécessaire.
- (3) En cas d'incapacité du pilote : attacher le pilote à son siège ou l'évacuer du poste de pilotage ; administrer les premiers secours et assister le pilote de remplacement si nécessaire.
- (4) En cas de feu ou de fumée : identification de la source, de la cause et du type de feu/fumée afin de prendre les mesures nécessaires ; coordination avec les autres membres de l'équipage de cabine et l'équipage de vol ; choix de l'extincteur/agent d'extinction approprié et lutte contre le feu avec port d'un équipement de protection respiratoire portable, de gants et de vêtements de protection, le cas échéant ; gestion des mouvements nécessaires des passagers, si possible ; instructions aux passagers afin de prévenir l'inhalation de fumée et la suffocation ; administration des premiers secours selon les besoins ; surveillance de la zone touchée jusqu'à l'atterrissage ; préparation en vue d'un atterrissage d'urgence éventuel.
- (5) En cas de premiers secours et d'urgences médicales : assistance des membres de l'équipage et/ou des passagers ; évaluation et utilisation correctes de l'oxygène thérapeutique, du défibrillateur, des trousse de premiers secours/trousse médicales d'urgence, si nécessaire ; gestion des événements, des personnes handicapées et des autres passagers ; coordination et communication efficace avec les autres membres de l'équipage, en particulier lors de la transmission d'un avis médical à l'équipage de vol par radio ou par télécommunications.
- (6) En cas de comportement perturbateur d'un passager : gestion appropriée du passager, y compris l'utilisation d'une technique de contrainte jugée appropriée.
- (7) En cas de menace pour la sécurité (alerte à la bombe au sol ou en vol et/ou détournement d'avion) : contrôle de la cabine et gestion des passagers en fonction du type de menace, gestion du dispositif suspect, protection de la porte du poste de pilotage.
- (8) En cas de manipulation de produits dangereux : respect des procédures de sécurité lors de la manipulation du dispositif concerné, en particulier lors de la manipulation d'objets laissant fuir des substances chimiques ; protection et gestion de soi et des passagers et coordination et communication efficaces avec les autres membres de l'équipage.

### Section 3

#### Exigences supplémentaires pour les demandeurs ou titulaires d'un certificat de membre d'équipage de cabine

##### AMC1 MED.C.030 Rapport médical d'équipage de cabine

Le rapport médical d'équipage de cabine à remettre sous forme écrite aux demandeurs ou titulaires d'un certificat de membre d'équipage de cabine après chaque évaluation aéromédicale doit être délivré :

- (a) dans la ou les langues nationales et/ou en anglais ; et
- (b) sous la forme ci-dessous ou sous une autre forme, si tous les éléments précisés ci-dessous, et uniquement ces éléments, sont fournis.

<b>RAPPORT MÉDICAL D'ÉQUIPAGE DE CABINE DESTINÉ AU DEMANDEUR OU TITULAIRE D'UN CERTIFICAT DE MEMBRE D'ÉQUIPAGE DE CABINE (CCA)</b>		
(1)	État dans lequel l'évaluation aéromédicale du demandeur/titulaire du CCA a été réalisée :	
(2)	Nom du demandeur/titulaire du CCA :	
(3)	Nationalité du demandeur/titulaire du CCA :	
(4)	Date et lieu de naissance du demandeur/titulaire du CCA : <i>(jj/mm/aaaa)</i>	
(5)	Date d'expiration de l'évaluation aéromédicale précédente : <i>(jj/mm/aaaa)</i>	
(6)	Date de l'évaluation aéromédicale : <i>(jj/mm/aaaa)</i>	
(7)	Évaluation aéromédicale : <i>(apte ou inapte)</i>	
(8)	Limitation(s), le cas échéant :	
(9)	Date de la prochaine évaluation aéromédicale requise : <i>(jj/mm/aaaa)</i>	
(10)	Date de délivrance et signature de l'AME ou de l'OHMP qui a délivré le rapport médical sur l'équipage de cabine :	
(11)	Cachet ou timbre :	
(12)	Signature du demandeur/titulaire du CCA :	

### **AMC1 MED.C.035 Limitations**

Lors de l'évaluation visant à déterminer si le titulaire d'un certificat de membre d'équipage de cabine est apte à assumer en toute sécurité les tâches d'un membre d'équipage de cabine, avec une ou plusieurs limitations, les limitations potentielles suivantes doivent être envisagées :

- (a) restriction à des opérations impliquant exclusivement plusieurs équipages de cabine (MCL) ;
- (b) restriction à un ou plusieurs types d'aéronefs spécifiques (OAL) ou à un type d'opérations spécifique (OOL) ;
- (c) nécessité de se soumettre au prochain examen aéromédical et/ou à la prochaine évaluation aéromédicale plus tôt que prévu au paragraphe MED.C.005 (b) (TML) ;
- (d) nécessité de se soumettre à des examens médicaux spécifiques régulièrement (SIC) ;
- (e) nécessité d'une correction de la vue (CVL) ou d'une correction de la vue au moyen de verres correcteurs uniquement (CCL) ;
- (f) nécessité de porter des prothèses auditives (HAL) ; et
- (g) restriction spéciale telle qu'elle est spécifiée (SSL).



## **SOUS-PARTIE D**

### **Médecins examinateurs aéromédicaux (AME)**

#### **AMC1 MED.D.010 Exigences relatives à la délivrance d'un certificat d'AME**

(a) Formation de base des AME

La formation de base des AME doit consister en 60 heures de cours théoriques et pratiques, y compris les techniques d'examen spécifiques.

(b) Le programme de la formation de base doit au moins aborder les sujets suivants :

- introduction à la médecine aéronautique ;
- physique de l'atmosphère et de l'espace ;
- connaissances aéronautiques de base ;
- physiologie de l'aviation ;
- ophtalmologie, y compris démonstration et pratique ;
- oto-rhino-laryngologie, y compris démonstration et pratique ;
- cardiologie et médecine générale ;
- neurologie ;
- psychiatrie en médecine aéronautique ;
- psychologie ;
- dentisterie ;
- accidents, évacuation et survie ;
- législation, règles et règlements ;
- évacuation par air, y compris démonstration et pratique ;
- traitements médicamenteux et pilotage.

#### **AMC1 MED.D.015 Exigences relatives à l'extension des privilèges**

(a) Formation avancée des AME

La formation avancée des AME doit consister en 60 heures supplémentaires de cours théoriques et pratiques, y compris les techniques d'examen spécifiques.

(b) Le programme de la formation avancée doit au moins aborder les sujets suivants :

- environnement de travail du pilote ;
- physiologie aérospatiale, y compris démonstration et pratique ;
- ophtalmologie, y compris démonstration et pratique ;
- oto-rhino-laryngologie, y compris démonstration et pratique ;
- cardiologie et médecine générale, y compris démonstration et pratique ;
- neurologie/psychiatrie, y compris démonstration et pratique ;
- facteurs humains en aviation, y compris démonstration et pratique ;

- médecine tropicale ;
  - hygiène, y compris démonstration et pratique ;
  - médecine spatiale.
- (a) La formation pratique dispensée dans un AeMC doit avoir lieu sous la direction et la supervision du directeur de l'AeMC.
- (b) À l'issue d'une formation pratique réussie, un rapport de compétences démontrées doit être délivré.

**GM1 MED.D.030 Formation de recyclage en médecine aéronautique**

- (a) Durant la période couverte par l'autorisation, l'AME doit suivre 20 heures de cours de recyclage.
- (b) Un nombre proportionnel d'heures de cours de recyclage doit être dispensé par ou sous la supervision directe de l'autorité compétente ou de l'évaluateur médical.
- (c) La participation à des réunions scientifiques ou congrès ainsi que l'expérience dans un poste de pilotage peuvent être approuvées par l'autorité compétente pour le nombre d'heures spécifié dans le cadre des obligations de formation de l'AME.
- (d) Les réunions scientifiques pouvant être accréditées par l'autorité compétente sont les suivantes :
- (1) congrès annuels de l'Académie internationale de Médecine Aéronautique et Spatiale ;
  - (2) réunions scientifiques annuelles de l'Aerospace Medical Association ; et
  - (3) autres réunions scientifiques, organisées ou approuvées par l'évaluateur médical.
- (e) La formation de recyclage peut également consister en ce qui suit :
- (1) expérience dans un poste de pilotage ;
  - (2) expérience sur le strapontin ;
  - (3) expérience dans un simulateur ; et
  - (4) pilotage d'un aéronef.