

SOUS-ANNEXE 1-A

**A l'arrêté du Ministre de l'Équipement et des Transports
N°1209-09 du 17 jourmada I 1430 (13 mai 2009)
relatif aux conditions d'aptitudes physique et mentale du personnel aéronautique,
à l'agrément des centres d'expertise en médecine aéronautique
et à la désignation des médecins-examineurs.**

Normes d'aptitude médicale pour la délivrance d'un certificat médical de classe 1

1. Appareil cardio-vasculaire : examen

- a) Le candidat ne doit pas présenter d'anomalie congénitale ou acquise de l'appareil cardio-vasculaire, qui serait susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences demandées.
- b) Un électrocardiogramme standard de repos à 12 dérivations avec son interprétation est exigé lors de l'examen d'admission. Il doit être répété tous les 5 ans jusqu'à l'âge de 30 ans, tous les 2 ans jusqu'à l'âge de 40 ans, tous les ans jusqu'à l'âge de 50 ans, puis tous les 6 mois et chaque fois que la situation clinique l'exige.
- c) Un électrocardiogramme d'effort n'est exigé que s'il est indiqué par l'examen clinique, conformément au paragraphe 1 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- d) Les tracés électrocardiographiques de repos et d'effort doivent être interprétés par des spécialistes reconnus par le Comité
- e) Pour faciliter l'évaluation des facteurs de risque, le dosage des lipides dans le sang, y compris le cholestérol, est exigé lors de l'examen d'admission et du premier examen révisé après 40 ans (voir paragraphe 2 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B).
- f) Au premier examen révisé après l'âge de 65 ans, le détenteur d'un certificat médical de Classe 1 doit être examiné par un cardiologue.

2. Appareil cardio-vasculaire : pression artérielle

- a) La pression artérielle doit être mesurée selon la technique mentionnée au paragraphe 3 de l'appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- b) Le candidat doit être déclaré inapte si la pression artérielle dépasse régulièrement 160 mmHg pour la systolique et 95 mmHg pour la diastolique, avec ou sans traitement.
- c) Le traitement de l'hypertension artérielle doit être compatible avec l'exercice en toute sécurité des privilèges des licences concernées (voir le paragraphe 4 Appendice 1 la sous-annexe 1-B). L'instauration d'un traitement médicamenteux entraîne une suspension temporaire de l'aptitude pour s'assurer de l'absence d'effets secondaires significatifs.

- d) Le candidat présentant une hypotension artérielle symptomatique doit être déclaré inapte.

3. Appareil cardio-vasculaire : coronaropathie

- a) Le candidat chez qui l'on suspecte une coronaropathie doit subir une exploration coronarienne. Le candidat présentant une atteinte coronarienne mineure, asymptomatique, peut être déclaré apte par le Comité s'il remplit les conditions du paragraphe 5 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- b) Le candidat atteint de coronaropathie symptomatique doit être déclaré inapte.
- c) Le candidat qui a présenté un infarctus du myocarde doit être déclaré inapte à l'examen d'admission. Lors d'un examen révisionnel, l'aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité si les conditions du paragraphe 6 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B sont réunies.
- d) Le candidat ayant subi un pontage ou une angioplastie des coronaires doit être déclaré inapte à l'examen d'admission. Lors d'un examen révisionnel, l'aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité si les conditions du paragraphe 7 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B sont réunies.

4. Appareil cardio-vasculaire : troubles du rythme et de la conduction

- a) Le candidat présentant un trouble du rythme supra ventriculaire significatif, y compris la dysfonction sino-auriculaire, paroxystique ou permanent, doit être déclaré inapte. L'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité conformément au paragraphe 8 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- b) Le candidat présentant une bradycardie ou une tachycardie sinusale asymptomatique peut être déclaré apte par dérogation par le Comité, en l'absence de toute anomalie sous-jacente.
- c) Le candidat présentant des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires monomorphes, isolées et asymptomatiques, ne nécessite pas une décision d'inaptitude. Des extrasystoles fréquentes ou polymorphes nécessitent un bilan cardiologique complet, conformément au paragraphe 8 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- d) En l'absence de toute autre anomalie, le candidat présentant un bloc de branche incomplet ou une déviation axiale gauche stable peut être déclaré apte.
- e) La présence d'un bloc de branche droit ou gauche complet exige la réalisation d'un bilan cardiologique lors de sa découverte et aux examens suivants, conformément au paragraphe 8 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- f) Le candidat présentant une tachycardie à complexes fins ou larges, doit être déclaré inapte. L'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité en conformité avec le paragraphe 8 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.

- g) Le candidat porteur d'un stimulateur cardiaque doit être déclaré inapte. L'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité en conformité avec le paragraphe 8 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.

5. Appareil cardio-vasculaire : autres affections

- a) Le candidat présentant une affection artérielle périphérique doit être déclaré inapte, avant comme après intervention chirurgicale. S'il est démontré l'absence de tout trouble fonctionnel significatif, l'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité, sous réserve d'être en conformité avec le paragraphe 16 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- b) Le candidat atteint d'anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale doit être déclaré inapte. Le candidat atteint d'anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale peut faire l'objet d'une étude par dérogation par le Comité lors des visites de prorogation ou de renouvellement, sous réserve d'être en conformité avec le paragraphe 9 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- c) Le candidat présentant une anomalie significative de toute valve cardiaque est déclaré inapte.
- d) Le candidat présentant des anomalies valvulaires mineures peut être déclaré apte par dérogation par le Comité, sous réserve d'être en conformité avec le paragraphe 10 (a) et (b) Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- (2) Le candidat porteur d'une prothèse valvulaire ou ayant subi une valvuloplastie doit être déclaré inapte. L'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité sous réserve d'être en conformité avec le paragraphe 10 © Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- e) Un traitement anticoagulant entraîne l'inaptitude. Toutefois, après un traitement anticoagulant de durée limitée l'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité conformément aux dispositions du paragraphe 11 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- f) Le candidat présentant une atteinte du péricarde, du myocarde ou de l'endocarde non envisagée ci dessus doit être déclaré inapte. L'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité après guérison complète, et après une expertise cardiologique satisfaisante en conformité avec le paragraphe 12 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.
- g) Le candidat atteint de cardiopathie congénitale, avant comme après chirurgie correctrice, doit être déclaré inapte. Toutefois, le candidat présentant des anomalies mineures peut être déclaré apte par le Comité après un bilan cardiologique, si les conditions du paragraphe 13 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B sont réunies.
- h) La transplantation cardiaque ou cœur / poumons est cause d'inaptitude.
- i) Le candidat ayant des antécédents de syncope vaso-vagale récidivante doit être déclaré

inapte. L'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité pour le candidat ne présentant qu'une histoire évocatrice, sous réserve d'être en conformité avec le paragraphe 14 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B.

6. Appareil respiratoire : généralités

- a) Le candidat ne doit pas présenter d'anomalie congénitale ou acquise de l'appareil respiratoire, qui serait susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Une radiographie pulmonaire de face est exigée lors de l'examen d'admission. Elle pourra être demandée lors d'examens de prorogation ou de renouvellement en fonction des données cliniques ou épidémiologiques.
- c) Des explorations fonctionnelles respiratoires (voir paragraphe 1 Appendice 2 de la sous-annexe 1-B) sont exigées lors de l'examen d'admission. Le débit expiratoire de pointe doit être mesuré lors du premier examen de renouvellement ou de prorogation effectué après le 30^e anniversaire, puis tous les 5 ans jusqu'à l'âge de 40 ans, tous les 4 ans ensuite et lorsque la situation clinique rend cette mesure nécessaire. Le candidat présentant des altérations fonctionnelles pulmonaires significatives doit être déclaré inapte. (Voir paragraphe 1 Appendice 2 de la sous-annexe 1-B).

7. Affections respiratoires

- a) Le candidat atteint de bronchopathie chronique obstructive doit être déclaré inapte.
- b) Le candidat ayant une hyper-réactivité des voies respiratoires (asthme bronchique) exigeant un traitement, est évalué conformément aux critères du paragraphe 2 Appendice 2 de la sous-annexe 1-B.
- c) Le candidat présentant une atteinte inflammatoire évolutive de l'appareil respiratoire doit être déclaré temporairement inapte.
- d) Le candidat atteint de sarcoïdose évolutive doit être déclaré inapte (voir paragraphe 3, Appendice 2 de la sous-annexe 1-B).
- e) Le candidat présentant un pneumothorax spontané doit être déclaré inapte en attendant les résultats d'un bilan complet (voir paragraphe 4 Appendice 2 de la sous-annexe 1-B).
- f) Le candidat ayant subi une intervention de chirurgie thoracique importante doit être déclaré inapte pour un minimum de trois mois après l'opération et jusqu'à ce que les suites ne risquent plus d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées (voir paragraphe 5 Appendice 2 de la sous-annexe 1-B).
- g) Le candidat présentant un syndrome d'apnée du sommeil insuffisamment traité doit être déclaré inapte.

8. Appareil digestif : généralités

Le candidat ne doit pas présenter de maladie fonctionnelle ou anatomique de l'appareil digestif ou de ses annexes, susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.

9. Affections digestives

- a) Le candidat présentant une dyspepsie récidivante exigeant un traitement ou une pancréatite doit être déclaré inapte dans l'attente du résultat de l'évaluation médicale répondant aux exigences du paragraphe 1 Appendice 3 de la sous-annexe 1-B.
- b) Le candidat porteur de calculs biliaires asymptomatiques de découverte occasionnelle doit être expertisé en conformité avec le paragraphe 2 Appendice 3 de la sous-annexe 1-B .
- c) Le candidat ayant un diagnostic documenté ou histoire clinique de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, doit être déclaré inapte. (voir paragraphe 3 Appendice 3 de la sous-annexe 1-B).
- d) Le candidat ne doit en aucun cas être porteur d'une hernie capable de provoquer des symptômes susceptibles d'entraîner une incapacité subite.
- e) Toute séquelle de maladie ou d'intervention chirurgicale sur une partie quelconque de l'appareil digestif ou de ses annexes, susceptible de provoquer une incapacité en vol, notamment toute occlusion par étranglement ou compression, entraîne l'inaptitude.
- f) Le candidat ayant subi une intervention chirurgicale sur le tube digestif ou sur ses annexes, comportant l'exérèse totale ou partielle ou la dérivation d'un de ces organes, doit être déclaré inapte pour une durée minimale de trois mois et jusqu'à ce que les suites opératoires ne risquent plus d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées (voir paragraphe 4 Appendice 3 de la sous-annexe 1-B).

10. Maladies métaboliques, nutritionnelles et endocriniennes

- a) Le candidat ne doit pas présenter de maladie métabolique, nutritionnelle ou endocrinienne, fonctionnelle ou organique, susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Le candidat présentant des dysfonctionnements métaboliques, nutritionnels ou endocriniens peut être déclaré apte par le Comité si les conditions du paragraphe 1 Appendice 4 de la sous-annexe 1-B sont satisfaites.
- c) Le candidat atteint de diabète sucré ne peut être déclaré apte que s'il remplit les conditions édictées dans les paragraphes 2 et 3 de l'Appendice 4 de la sous-annexe 1-B.

- d) Le diabète insulino-dépendant entraîne l'inaptitude.
- e) Le candidat dont l'index de masse corporelle est supérieur ou égal à 35 peut être déclaré apte seulement si l'excès de poids n'est pas susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence et si un examen des risques cardio-vasculaires a été effectué et a été jugé satisfaisant. (voir paragraphe 15 de la sous-annexe 1-A).

11. Hématologie

- a) Le candidat ne doit pas présenter de maladie du sang susceptible de l'empêcher d'exercer en toute sécurité les privilèges de la ou des licences concernées.
- b) L'hémoglobine doit être contrôlée à chaque examen médical. Le candidat présentant une anémie importante avec un hémocrite inférieur à 32% doit être déclaré inapte (voir paragraphe 1 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B).
- c) Le candidat présentant une drépanocytose doit être déclaré inapte (voir paragraphe 1 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B).
- d) Le candidat présentant une importante hypertrophie localisée ou généralisée des ganglions lymphatiques ou une maladie du sang doit être déclaré inapte (voir paragraphe 2 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B)
- e) Le candidat atteint de leucémie aiguë doit être déclaré inapte. Après rémission complète et documentée, une demande de rétablissement de l'aptitude par dérogation peut être examinée par le Comité
- f) Le candidat à l'admission atteint de leucémie chronique doit être déclaré inapte. (voir paragraphe 3 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B).
- g) Le candidat présentant une splénomégalie importante doit être déclaré inapte (voir paragraphe 4 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B).
- h) Le candidat présentant une polycytémie significative doit être déclaré inapte (voir paragraphe 5 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B).
- i) Le candidat présentant un trouble de la coagulation doit être déclaré inapte (voir paragraphe 6 Appendice 5 de la sous-annexe 1-B).

12. Appareil urinaire

- a) Le candidat ne doit pas présenter de maladie fonctionnelle ou organique de l'appareil urinaire ou de ses annexes susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Tout symptôme d'affection organique des reins entraîne l'inaptitude. Tous les examens médicaux doivent comporter une analyse d'urine. L'urine ne doit pas

contenir d'élément considéré comme pathologique. Il conviendra de rechercher tout particulièrement les affections des voies urinaires et des organes génitaux (voir paragraphe 1 Appendice 6 de la sous-annexe 1-B).

- c) Le candidat présentant des calculs des voies urinaires doit être déclaré inapte (voir paragraphe 2 Appendice 6 de la sous-annexe 1-B).
- d) Toute séquelle de maladie ou d'intervention chirurgicale sur les reins ou les voies urinaires exposant le candidat à une incapacité subite, notamment toute obstruction par sténose ou par compression, entraîne l'inaptitude. Les cas de néphrectomie compensée sans hypertension artérielle ou insuffisance rénale peuvent faire l'objet d'une demande de dérogation auprès de le Comité (voir paragraphes 3 et 4 Appendice 6 de la sous-annexe 1-B).
- e) Le candidat ayant subi une intervention chirurgicale urologique importante comportant une exérèse totale ou partielle ou une dérivation de l'un quelconque de ces organes doit être déclaré inapte pour une durée minimale de trois mois et jusqu'à ce que les suites opératoires ne soient plus susceptibles de provoquer une incapacité en vol (voir paragraphes 3 et 4 Appendice 6 de la sous-annexe 1-B).

13. Maladies sexuellement transmissibles et autres infections

- a) Le candidat ne doit pas présenter d'antécédents médicaux avérés, ni de diagnostic clinique de maladie sexuellement transmissible ou d'une autre infection, susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Une attention particulière doit être portée (voir Appendice 7 de la sous-annexe 1-B) aux antécédents ou aux signes cliniques évoquant :
 - (1) une positivité au VIH ;
 - (2) une altération du système immunitaire ;
 - (3) une hépatite infectieuse ;
 - (4) une syphilis.

14 Gynécologie et obstétrique

- a) La candidate ne doit pas présenter d'affection gynécologique ou obstétricale, fonctionnelle ou organique, susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) La candidate ayant des antécédents de troubles menstruels graves, réfractaires au traitement, doit être déclarée inapte.
- c) La survenue d'une grossesse entraîne l'inaptitude temporaire. Cependant en l'absence d'anomalie significative à l'examen obstétrical, une femme enceinte peut être maintenue apte jusqu'à la fin de la 26^{ème} semaine de grossesse, conformément au paragraphe 1 Appendice 8 de la sous-annexe 1-B. Après l'accouchement ou la fin de

la grossesse, les privilèges de la licence peuvent être exercés à nouveau après confirmation d'un complet rétablissement.

- d) La candidate ayant subi une intervention gynécologique importante doit être déclarée inapte au moins trois mois et jusqu'à ce que les suites de l'intervention ne risquent plus d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées (voir paragraphe 2 Appendice 8 de la sous-annexe 1-B).

15. Conditions d'aptitude musculo-squelettique

- a) Le candidat ne doit pas présenter d'anomalie congénitale ou acquise des os, articulations, muscles ou tendons susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) La taille du candidat en position assise, la longueur de ses bras et de ses jambes et sa force musculaire doivent être suffisantes pour lui permettre l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées (voir paragraphe 1 Appendice 9 de la sous-annexe 1-B).
- c) Le candidat doit avoir un usage fonctionnel satisfaisant de l'ensemble de son système musculo-squelettique. Toute séquelle significative de maladie, de blessure ou d'anomalie congénitale ostéo-articulaire ou musculo-tendineuse, traitée ou non par la chirurgie, doit être évaluée conformément aux critères fixés aux paragraphes 1, 2 et 3 Appendice 9 de la sous-annexe 1-B.

16. Conditions d'aptitude psychiatrique

- a) Le candidat ne doit pas avoir d'antécédents médicaux avérés, ni présenter de signes cliniques d'une quelconque maladie ou incapacité, état ou désordre psychiatriques, aigus ou chroniques, congénitaux ou acquis, susceptibles d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Une attention toute particulière doit être portée sur ce qui suit (voir Appendice 10 de la sous-annexe 1-B) :
 - 1) symptômes évoquant une psychose ;
 - 2) troubles thymiques et du caractère ;
 - 3) troubles de la personnalité, notamment des troubles suffisamment graves pour avoir entraîné à plusieurs reprises des actes manifestes, qui seraient susceptibles de mettre le candidat dans l'impossibilité d'exercer avec sécurité les privilèges de la licence sollicitée ou détenue ;
 - 4) troubles mentaux et névroses ;
 - 5) alcoolisme ;
 - 6) usage ou abus de médicaments, drogues psychotropes ou de toute autre substance, avec ou sans dépendance.

17. Conditions d'aptitude neurologique

- a) Le candidat ne doit pas avoir d'antécédents médicaux avérés, ni présenter de signes cliniques d'affection neurologique susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Il conviendra de rechercher tout particulièrement les troubles suivants (voir Appendice 11 de la sous-annexe 1-B) :
 - 1) atteintes progressives du système nerveux ;
 - 2) épilepsie et autres causes de troubles de la conscience ;
 - 3) états présentant une forte tendance aux dysfonctionnements cérébraux ;
 - 4) traumatisme crânien ;
 - 5) traumatisme de la moelle épinière ou d'un nerf .
- c) Un électroencéphalogramme est exigé lors de l'examen d'admission (voir Appendice 11 de la sous-annexe 1-B) et lorsque les antécédents du candidat ou des données cliniques le justifient.

18. Conditions d'aptitude ophtalmologique

(Voir appendice 12 de la sous-annexe 1-B).

- a) Le candidat ne doit pas présenter d'anomalie fonctionnelle des yeux ou de leurs annexes, ni d'affection évolutive, aiguë ou chronique, ni de séquelle d'intervention chirurgicale ou de traumatisme oculaire, susceptibles d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- b) Un examen ophtalmologique doit être pratiqué à l'examen d'admission (voir paragraphe 1 (a) appendice 12 de la sous-annexe 1-B) et doit comprendre :
 - 1. Les antécédents ;
 - 2. L'acuité visuelle, de près, intermédiaire, et de loin : non corrigée et avec la meilleure correction optique si nécessaire ;
 - 3. La mesure de la réfraction, qui doit être effectuée sous cycloplégie.
 - 4. La motilité oculaire et la vision binoculaire ;
 - 5. La vision des couleurs ;
 - 6. Une mesure des champs visuels ;
 - 7. Une mesure du tonus oculaire doit être pratiquée sur indication clinique et après l'âge de 40 ans ;
 - 8. L'examen du globe oculaire, de son anatomie, de segment intermédiaire et du fond d'œil. Un examen à la lampe à fente.
- c) Tous les examens révisionnels doivent comporter un examen oculaire standard (voir paragraphe 2 Appendice 12 de la sous-annexe 1-B) et doivent comprendre :
 - 1. Les antécédents ;
 - 2. L'acuité visuelle de près, intermédiaire et de loin : non corrigée et avec la meilleure correction optique si nécessaire ;
 - 3. Un examen de la morphologie de l'œil à l'ophtalmoscope ;
 - 4. Tout autre examen sur indication clinique.

- d) Le détenteur de certificat âgés de moins de 40 ans, dont l'acuité visuelle (7/10, 10/10, N14, N5) ne peut être atteinte qu'avec une correction optique, doit être examiné par un ophtalmologiste tous les 2 ans (Voir paragraphe 3, appendice 12 de la sous-annexe 1-B).

Cet examen doit comprendre :

- (1) L'acuité visuelle sans correction ;
- (2) La mesure de la réfraction ;
- (3) L'acuité visuelle avec correction ;
- (4) La mesure des champs visuels ;
- (5) Un examen oculaire minutieux .

Le rapport de cet examen doit être adressé à le Comité.

- e) Lorsque l'acuité visuelle non corrigée est inférieure à 1/10 ou lorsque l'erreur de réfraction dans le méridien le plus amétrope est supérieure à 5 dioptries ou lorsque l'état oculaire du candidat présente une anomalie (Voir paragraphe 4, Appendice 12 de la sous-annexe 1-B) un examen ophtalmologique approfondi doit être effectué tous les 2 ans par l'ophtalmologiste du CEMA lors des visites de renouvellement ou de prorogation.

- f) Cet examen approfondi doit comprendre :

- (1) Les antécédents ;
- (2) L'acuité visuelle, de près, intermédiaire et de loin : non corrigée et avec la meilleure correction optique si nécessaire ;
- (3) La mesure de la réfraction ;
- (4) La motilité oculaire et la vision binoculaire ;
- (5) La vision des couleurs ;
- (6) Une mesure des champs visuels ;
- (7) La mesure du tonus oculaire chez le candidat de plus de 40 ans ;
- (8) L'examen du globe oculaire, de son anatomie, du segment intermédiaire et de fond d'œil. Un examen à la lampe à fente.

- (g) A l'âge de 40 ans, puis tous les ans ensuite, le candidat doit être examiné par un ophtalmologiste du CEMA (Voir paragraphe 3 – Appendice 12 de la sous-annexe 1-B).

L'examen doit comprendre :

- (1) Les antécédents ;
- (2) L'acuité visuelle, de près, intermédiaire et de loin : non corrigée et avec la meilleure correction optique si nécessaire ;
- (3) La mesure de la réfraction ;
- (4) La motilité oculaire et la vision binoculaire ;
- (5) La vision des couleurs ;
- (6) Une mesure du champ visuel ;
- (7) La mesure du tonus oculaire chez le candidat de plus de 4 ans ;
- (8) L'examen du globe oculaire, de son anatomie, du segment intermédiaire et de fond d'œil. Un examen à la lampe à fente.

19. Normes de vision

(Voir Appendice 13 de la sous-annexe 1-B)

- (a) Acuité visuelle de loin

L'acuité visuelle de loin, avec ou sans correction, doit être d'au moins 7/10^{ème} pour chaque œil pris séparément et l'acuité visuelle avec les deux yeux d'au moins 10/10^{ème} (Voir l'alinéa (g) de la sous-annexe 1-A). Il n'y a pas de limites d'acuité visuelle sans correction.

(b) Erreurs de réfraction.

L'erreur de réfraction se définit par l'écart mesuré en dioptries par rapport à l'emmétropie dans le méridien le plus amétrope. La réfraction doit être mesurée par les méthodes standards (voir paragraphe 1 Appendice 13 de la sous-annexe 1-B). Le candidat doit être déclaré apte (en ce qui concerne les erreurs de réfraction) s'il remplit les conditions suivantes :

1. Erreur de réfraction

(i) Lors de l'examen d'admission, l'erreur de réfraction ne doit pas dépasser ± 3 dioptries (Voir paragraphe 2 (a) Appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

(ii) Lors des examens de prorogation ou de renouvellement le candidat reconnu par le Comité comme suffisamment expérimenté, présentant des erreurs de réfraction n'excédant pas +5, -8 dioptries, peut faire l'objet d'une aptitude par dérogation par le Comité (voir paragraphe 2 (b) Appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

2. Astigmatisme

(i) Lors de l'examen d'admission, en cas d'erreur de réfraction avec une composante d'astigmatisme, celle-ci ne doit pas dépasser 2 dioptries.

(ii) Lors des examens de renouvellement ou de prorogation le candidat reconnu par le Comité comme suffisamment expérimenté, peut bénéficier d'une dérogation si la composante d'astigmatisme de l'erreur de réfraction ne dépasse pas 3 dioptries.

(c) Le kératocône est une cause d'inaptitude.

Le Comité peut envisager une dérogation lors des examens de prorogation ou de renouvellement si le candidat répond aux normes de vision. (Voir paragraphe 3 de l'appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

1. Anisométrie

(i) Lors de l'examen d'admission la différence d'erreur de réfraction entre les 2 yeux ne doit pas être supérieure à 2 dioptries.

(ii) Lors des visites de prorogation ou de renouvellement le candidat reconnu par le Comité comme suffisamment expérimenté, peut bénéficier d'une dérogation si l'erreur de réfraction entre les deux yeux ne dépasse pas 3 dioptries.

2. L'évolution de la presbytie doit être vérifiée lors de tous les examens médicaux de renouvellement ou de prorogation.

3. Le candidat doit être capable de lire les planches Parinaud 2 (N 5) à 30-50 cm de distance et Parinaud 6 (N 14) à 100 cm de distance avec, si nécessaire, l'aide d'une correction (voir l'alinéa (g) du paragraphe 19 de la sous-annexe 1-A).

(d) Le candidat présentant des troubles importants de la vision binoculaire doit être déclaré inapte. Il n'est pas exigé de pratiquer un test de vision stéréoscopique (voir paragraphe 4 Appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

(e) La diplopie entraîne l'inaptitude.

(f) Le candidat présentant un déséquilibre des muscles oculaires (hétérophories) (mesuré avec la correction habituelle) supérieur à un prisme de :

2,0 dioptrie d'hyperphorie à 6 mètres

10,0 dioptries d'ésophorie à 6 mètres

8,0 dioptries d'exophorie à 6 mètres

et

1,0 dioptrie d'hyperphorie à 33 cm

10,0 dioptries d'ésophorie à 33 cm

12,0 dioptries d'exophorie à 33 cm

doit être déclaré inapte. Si les réserves de fusion sont suffisantes pour empêcher la survenue d'une asthénopie ou d'une diplopie, le Comité peut envisager une dérogation (Voir paragraphe 5 Appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

(g) Le candidat dont les champs visuels ne sont pas normaux doit être déclaré inapte (voir paragraphe 4 Appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

(1) Si une exigence visuelle n'est obtenue qu'avec correction, les lunettes ou les lentilles de contact doivent assurer une fonction visuelle optimale, et être adaptées à un usage aéronautique.

(2) Les corrections optiques portées pour les activités aéronautiques doivent permettre au détenteur de la licence de satisfaire à toutes les exigences visuelles, quelle que soit la distance. Une seule paire de lunettes doit suffire à satisfaire l'ensemble de ces exigences.

(3) Pendant l'exercice des privilèges de sa licence, le candidat devra disposer, immédiatement à sa portée, d'une paire de lunettes de secours de même formule.

(h) Chirurgie oculaire

(1) La chirurgie réfractive entraîne l'inaptitude. Une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité (Voir paragraphe 6 de l'Appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

(2) La chirurgie de la cataracte, la chirurgie rétinienne et celle du glaucome entraînent l'inaptitude. Une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité (Voir paragraphe 7 de l'appendice 13 de la sous-annexe 1-B).

20. Perception des couleurs

(a) La perception normale des couleurs se définit comme la capacité à réussir le test d'Ishihara ou à être considéré comme trichromate normal à l'anomaloscope de Nagel (voir paragraphe 1 – Appendice 14 de la sous-annexe 1-B).

(b) Le candidat doit avoir une perception normale des couleurs ou une vision colorée sûre. En cas d'échec au test d'Ishihara, la vision des couleurs peut être considérée comme sûre si une exploration approfondie selon une méthode reconnue par le Comité (anomaloscope ou lanternes colorées – voir paragraphe 2 – Appendice 14 de la sous-annexe 1-B) est satisfaisante.

- (c) Le candidat échouant aux tests de perception des couleurs reconnus par le Comité, est considéré comme n'ayant pas une vision sûre des couleurs et doit être déclaré inapte.

21. Conditions d'aptitude otorhinolaryngologique

- (a) Le candidat ne doit présenter ni anomalie fonctionnelle des oreilles, du nez, des sinus ou de la gorge (y compris la cavité buccale, les dents et le larynx), ni aucune affection pathologique en cours, évolutive, congénitale ou acquise, aiguë ou chronique, ni aucune séquelle chirurgicale ou traumatique susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- (b) Un bilan otorhinolaryngologique approfondi est exigé lors de l'examen d'admission, puis tous les cinq ans jusqu'à 40 ans inclus et tous les deux ans ensuite (examen approfondi – voir les paragraphes 1 et 2 Appendice 15 de la sous-annexe 1-B).
- (c) Un examen otorhinolaryngologique standard doit être effectué à chaque examen de renouvellement ou de prorogation (voir Appendice 15 de la sous-annexe 1-B).
- (d) La présence de l'un quelconque des troubles suivants entraîne l'inaptitude du candidat :
- (1) affection en cours évolutive, aiguë ou chronique, de l'oreille interne ou de l'oreille moyenne ;
 - (2) perforation non cicatrisée du tympan ou dysfonction tympanique (voir le paragraphe 3 Appendice 15 de la sous-annexe 1-B) ;
 - (3) troubles de la fonction vestibulaire (voir paragraphe 4 Appendice 15 de la sous-annexe 1-B) ;
 - (4) limitation notable de la perméabilité aérienne des voies nasales, ou dysfonctionnement des sinus ;
 - (5) malformation notable ou infection importante, significative, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies aériennes supérieures ;
 - (6) trouble significatif de l'élocution ou de la voix.

22. Normes d'audition

- (a) L'audition doit être testée à chaque examen. Le candidat doit comprendre correctement une conversation, chaque oreille étant testée séparément à une distance de 2 mètres et le dos tourné à l'examineur.
- (b) L'audition doit être testée par une audiométrie tonale à sons purs lors de l'examen d'admission et, lors des examens ultérieurs de prorogation ou de renouvellement tous les cinq ans jusqu'à 40 ans inclus et tous les deux ans ensuite (voir le paragraphe 1 Appendice 16 de la sous-annexe 1-B).
- (c) Lors de l'examen d'admission de Classe 1, le candidat ne doit pas présenter, chaque oreille étant testée séparément, de perte d'audition supérieure à 20 dB(HL) pour l'une quelconque des fréquences 500, 1000 et 2000 Hz, ou supérieure à 35 dB(HL) pour

3000 Hz. **Si la perte d'audition dépasse de 5dB au maximum les limites indiquées ci-dessus** dans deux des fréquences explorées ou plus, le **candidat doit être examiné au moins annuellement à l'aide d'un audiomètre à sons purs.**

- (d) Lors des examens de prorogation ou de renouvellement, le candidat ne doit pas présenter, chaque oreille prise séparément, de perte d'audition supérieure à 35 dB (HL) pour l'une quelconque des fréquences 500, 1000 et 2000 Hz, ou supérieure à 50 dB(HL) pour la fréquence 3000 Hz.. **Si la perte d'audition dépasse de 5dB au maximum les limites indiquées ci-dessus dans deux des fréquences explorées ou plus, le candidat doit être examiné au moins annuellement à l'aide d'un audiomètre à sons purs.**
- (e) Lors des examens de prorogation ou de renouvellement, le candidat atteint d'hypoacousie peut être déclaré apte par dérogation par le Comité **Une audiométrie vocale se faisant oreille par oreille avec un bruit de fond de 65 db doit être réalisée** (voir paragraphe 2 Appendice 16 de la sous-annexe 1-B).

23. Conditions d'aptitude psychologique

- (a) Le candidat ne doit pas présenter de déficiences psychologiques avérées (voir paragraphe 1 Appendice 17 de la sous-annexe 1-B) susceptibles d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées. Un examen psychologique peut être demandé par le Comité, s'il est indiqué comme complément ou partie d'un examen psychiatrique ou neurologique spécialisé (voir paragraphe 2 Appendice 17 de la sous-annexe 1-B).
- (b) Si un bilan psychologique s'impose, il est fait appel à un psychologue reconnu par le Comité
- (c) Le psychologue doit soumettre à le Comité un rapport écrit justifiant de façon détaillée son diagnostic et ses recommandations.

24. Conditions d'aptitude dermatologique

- (a) Le candidat ne doit pas présenter d'affection dermatologique susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- (b) Il conviendra de rechercher tout particulièrement les affections suivantes (voir Appendice 18 de la sous-annexe 1-B) :
- Eczéma (de contact et d'origine endogène) ;
 - Psoriasis grave ;
 - Infections bactériennes ;
 - Eruptions cutanées d'origine médicamenteuse ;
 - Dermatoses bulleuses ;
 - Affections malignes de la peau ;
 - Urticaire.

Toute situation de doute sera soumise à l'avis du Comité.

25. Oncologie

- (a) Le candidat ne doit pas présenter de pathologie maligne primitive ou secondaire qui serait susceptible d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.
- (b) Après un traitement pour cancer, le candidat peut être déclaré apte dans les conditions fixées en appendice 19 de la sous-annexe 1-B.

SOUS-ANNEXE 1-B
APPENDICES A LA SOUS-ANNEXE 1-A

APPENDICE 1 : Appareil cardio-vasculaire

- 1 Un électrocardiogramme d'effort est exigé :
 - (a) en cas de signes ou symptômes évoquant une maladie cardio-vasculaire ;
 - (b) en cas de doute sur l'électrocardiogramme de repos ;
 - (c) (réservé) ;
 - (d) à l'âge de 65 ans, puis tous les 4 ans lors des visites révisionnelles de Classe 1 ;
 - (e) (réservé).

- 2 (a) Le dosage des lipides sériques est un examen de dépistage dont les anomalies manifestes demandent la réalisation d'examens complémentaires;

(b) S'il existe plusieurs facteurs de risque tels que tabagisme, antécédents familiaux, anomalies lipidiques, hypertension artérielle, etc., une évaluation du risque cardio-vasculaire doit être réalisée par le Comité, et si nécessaire en relation avec le CEMA .

- 3 Le diagnostic d'hypertension artérielle impose la recherche d'autres facteurs de risques potentiels. La pression artérielle systolique doit être enregistrée à l'apparition des bruits de Korotkoff (phase I) et la pression diastolique à leur disparition (phase V). La pression artérielle doit être mesurée deux fois. La constatation d'une augmentation de la pression artérielle et / ou de la fréquence cardiaque de repos doit faire demander des examens supplémentaires.

- 4 Le traitement antihypertenseur doit recevoir l'agrément de le Comité. En général, les médicaments autorisés sont:
 - (a) Les diurétiques n'agissant pas sur l'anse de Henlé;
 - (b) Certains bêta-bloquants (généralement hydrophiles);
 - (c) Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine;
 - (d) Les agents bloquants les récepteurs de l'angiotensine II – famille des SARTANS ;
 - (e) Les agents bloquants les canaux calciques lents.

Une hypertension artérielle traitée par médicaments peut imposer une limitation multipilote OML.

- 5 En cas de suspicion d'une coronaropathie asymptomatique, une épreuve d'effort doit être exigée, suivie si besoin d'une scintigraphie ou une échocardiographie de stress et/ou d'une angiographie des coronaires.

- 6 Le candidat asymptomatique ayant réduit ses facteurs de risque vasculaire après un infarctus du myocarde ou toute autre ischémie myocardique, et qui n'a plus besoin d'agents anti-angoreux depuis 6 mois au moins après l'accident initial, doit subir un bilan complet montrant :
 - (a) Une épreuve d'effort réalisée selon le protocole de Bruce au stade 4 ou son équivalent dont l'interprétation effectuée par un cardiologue reconnu par le Comité ne montre pas

- d'ischémie myocardique .Une scintigraphie de stress ou une échocardiographie de stress peuvent être nécessaires si l'ECG de repos est anormal ;
- (b) Une fraction d'éjection ventriculaire gauche supérieure ou égale à 50%, sans anomalie significative de la mobilité pariétale telle que dyskinésie, hypokinésie ou akinésie et une fraction d'éjection ventriculaire droite normale ;
 - (c) Un enregistrement ECG ambulatoire sur 24 heures ne montrant pas de troubles significatifs de la conduction ni de troubles du rythme soutenus ;
 - (d) Une angiographie coronarienne ne montrant pas de sténose supérieure à 30% au niveau de tous les vaisseaux à distance de l'infarctus du myocarde, ni d'altération fonctionnelle du myocarde alimenté par les vaisseaux sténosés ;
 - (e) Le suivi annuel par un cardiologue reconnu par le Comité doit comprendre un électrocardiogramme d'effort ou une scintigraphie d'effort / échocardiographie de stress si l'ECG de repos est anormal ;
 - (f) Tous les 5 ans l'opportunité d'une angiographie coronaire doit être discutée, mais elle peut ne pas s'avérer nécessaire si un ECG d'effort, reconnu par le Comité ne montre aucune modification pathologique.

Décision à prendre par le Comité : Le candidat ayant rempli les conditions ci-dessus doit se voir imposé une limitation multipilote OML.

7 Le candidat asymptomatique, qui a réduit de façon satisfaisante les facteurs de risque qu'il présentait, qui ne nécessite plus de médication anti angineuse depuis au moins 6 mois après un pontage coronaire artériel ou une angioplastie avec ou sans stent, doit présenter un bilan complet montrant :

- (a) Une épreuve d'effort réalisée selon le protocole de Bruce au stade 4 ou son équivalent dont l'interprétation effectuée par un cardiologue accepté par le Comité ne montre pas de signe d'ischémie myocardique. Une scintigraphie de stress ou une échocardiographie de stress peuvent être nécessaires si l'ECG de repos est anormal ;
- (b) Une fraction d'éjection ventriculaire gauche supérieure ou égale à 50%, sans anomalie significative de la cinétique pariétale telle que dyskinésie, hypokinésie ou akinésie et une fraction d'éjection ventriculaire droite normale ;
- (c) Un enregistrement ECG ambulatoire sur 24 heures qui n'objective aucun trouble significatif de la conduction, ni de troubles du rythme complexes ou soutenus, ni de signe d'ischémie myocardique.
- (d) Une angiographie coronarienne qui n'objective pas de sténose supérieure à 30% au niveau d'aucune des branches épicaudales principales qui n'a pas fait l'objet d'une procédure de revascularisation (c'est-à-dire greffon artériel ou veineux saphène, angioplastie coronaire, pose de stent). En outre il ne doit pas y avoir de lésion sténosante résiduelle supérieure à 30% après angioplastie avec ou sans stent. Aucune altération fonctionnelle myocardique n'est tolérée, la seule exception concernant le territoire d'un vaisseau responsable d'un infarctus du myocarde dont on peut dire qu'il est complet (voir paragraphe 6 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B ci dessus). Dans un tel cas la fraction d'éjection ventriculaire gauche globale doit être supérieure à 50%. Les angioplasties / stenting multiples sur un même vaisseau ou sur plusieurs, doivent faire l'objet d'un très strict contrôle / refus.
- (e) Le suivi annuel par un cardiologue reconnu par le Comité doit comprendre un électrocardiogramme d'effort, ou une scintigraphie d'effort / échocardiographie de stress si l'ECG de repos est anormal.

- (f) Tous les 5 ans l'opportunité d'une angiographie coronaire de contrôle doit être discutée, mais elle peut ne pas s'avérer nécessaire si un ECG d'effort, reconnu par le Comité, ne montre aucune modification pathologique.

Décision à prendre par le Comité : Le candidat ayant rempli les conditions ci-dessus ne peut être déclaré apte qu'avec une limitation multipilote O.M.L.

8 (a) Tout trouble significatif du rythme ou de la conduction exige la réalisation d'un bilan par un cardiologue reconnu par le Comité. Ce bilan doit comporter :

- 1) Un électrocardiogramme de repos et d'effort réalisé selon le protocole de Bruce au stade 4 ou son équivalent dont l'interprétation effectuée par un cardiologue reconnu par le Comité ne montre pas d'ischémie myocardique significative. Une scintigraphie myocardique ou une échocardiographie de stress peuvent être nécessaires si l'ECG de repos est anormal.
- 2) Un enregistrement ECG ambulatoire ne montrant pas de troubles significatifs de la conduction ni de troubles du rythme polymorphes ou soutenus, ni signe d'ischémie myocardique.
- 3) Une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne montrant pas d'élargissement significatif des cavités cardiaques concernées ni anomalie anatomique ou fonctionnelle des valves cardiaques ou du myocarde et peut comporter :
- 4) Une coronarographie qui ne doit pas montrer de maladie coronaire telle que définie dans les paragraphes 5, 6, et 7 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B
- 5) Une exploration électrophysiologique qu'un cardiologue reconnu par le Comité considère comme ne présentant pas de caractère comportant un risque d'incapacité pour le candidat.

(b) Dans les cas décrits dans les alinéas (a), (e), (f) et (g) du paragraphe 8 de la sous-annexe 1-A, le certificat d'aptitude délivré par le Comité doit être assorti de la limitation multipilote OML, en notant qu'il n'est pas indispensable de procéder à des explorations complémentaires dans certains cas :

1. Un seul complexe ectopique auriculaire ou jonctionnel par minute sur un électrocardiogramme de repos peut ne pas nécessiter d'investigation complémentaire.
2. Un seul complexe ectopique ventriculaire par minute sur un électrocardiogramme de repos peut ne pas nécessiter d'investigation complémentaire.
3. Un an après la découverte d'un bloc de branche droit complet, et 3 ans après la découverte d'un bloc de branche gauche complet, la limitation multipilote O.M.L peut être levée sous réserve que les contrôles répétés conformément au paragraphe 8 (a) (1-3) ci-dessus ne montrent pas de modification.

(c) Trois mois après l'implantation permanente d'un pacemaker endocavitaire , l'octroi d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité si :

- 1) Il n'existe pas d'autre raison d'inaptitude ;
- 2) L'appareil fonctionne avec une sonde bipolaire ;
- 3) Le candidat n'est pas dépendant du stimulateur ;

- 4) L'électrocardiogramme d'effort 12 dérivations pratiqué jusqu'au stade IV de Bruce ou son équivalent, interprété par un cardiologue reconnu par le Comité ne montre pas d'anomalie incompatible avec l'indication pour laquelle le pacemaker a été implanté. Une scintigraphie myocardique / échocardiographie de stress peut être exigée.
- 5) Une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne montre pas d'élargissement significatif des cavités cardiaques concernées ni anomalie anatomique ou fonctionnelle des valves cardiaques ou du myocarde.
- 6) Un enregistrement Holter ne révèle en aucun cas de tachyarythmie paroxystique symptomatique ou asymptomatique.
- 7) Une surveillance semestrielle est assurée par un cardiologue reconnu par le Comité comportant un contrôle du pace maker et un enregistrement Holter.
- 8) Le renouvellement de l'aptitude implique qu'il soit assorti de la limitation multipilote OML.

9 Pour ce qui concerne l'anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale non opéré une demande de dérogation avec limitation d'emploi approprié peut être prise en considération par le Comité, sous réserve d'un suivi échographique semestriel. Un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénal opéré sans complication, et qui a fait l'objet d'une évaluation cardiovasculaire globale, peut également être pris en considération par le Comité pour une dérogation avec limitation d'emploi approprié. Les conditions du suivi devront être approuvées par le Comité .

10 (a) Un souffle cardiaque d'étiologie inconnue exige l'avis d'un cardiologue reconnu par le Comité avant la prise de décision par le Comité. Si le souffle est patent le bilan doit comporter au moins une échocardiographie Doppler bidimensionnelle.

(b) Valvulopathies

- 1) Une bicuspidie aortique est acceptable sans restriction en l'absence d'autre anomalie cardiaque ou aortique, mais elle nécessite un contrôle semestriel incluant une échocardiographie.
- 2) Un rétrécissement aortique (« débit DOPPLER <2-0 m / sec) peut être accepté, mais seulement pour le vol avec plusieurs pilotes. Un contrôle annuel comportant une échocardiographie Doppler bidimensionnelle doit alors être effectué par un cardiologue reconnu par le Comité .
- 3) Une insuffisance aortique est acceptable sans restriction lors d'un renouvellement de certificat si elle est insignifiante. L'échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne doit pas montrer d'anomalie patente de l'aorte ascendante. Un cardiologue reconnu par le Comité doit procéder à un contrôle annuel.
- 4) Une atteinte des valves mitrales est en principe cause d'inaptitude.
- 5) Prolapsus avec ou sans insuffisance mitrale . Le candidat asymptomatique présentant un click méso-systolique isolé peut être déclaré apte sans restriction. Le candidat présentant une insuffisance mitrale minimale non compliquée doit être limité au vol à plusieurs pilotes. Le candidat présentant des signes de surcharge volumique du ventricule gauche mise en évidence par une augmentation du diamètre télédiastolique du ventricule gauche doit être déclaré inapte. Ce cas doit faire l'objet d'un

contrôle annuel par un cardiologue reconnu avant prise de décision par le Comité

(c) Chirurgie valvulaire

- 1) Le candidat porteur d'une prothèse valvulaire mécanique doit être déclaré inapte.
- 2) Le candidat asymptomatique, porteur d'une bioprothèse, avec un recul post-opératoire d'au moins 6 mois, doit avoir satisfait aux investigations qui démontrent l'intégrité anatomique et fonctionnelle des valves et du myocarde pour que soit envisagée par le Comité l'octroi d'une aptitude par dérogation reposant sur :
 - i. Un ECG d'effort mené au stade 4 de Bruce ou son équivalent, interprété par un cardiologue reconnu par le Comité ne montrant pas d'anomalie significative. Une scintigraphie myocardique / échocardiographie de stress doit être exigée si l'ECG de repos est anormal et si une pathologie coronaire a été authentifiée. (Voir aussi paragraphe 5,6 et 7 Appendice 1 de la sous-annexe 1-B) ;
 - ii. Une échographie DOPPLER 2 D qui montre qu'il n'y pas d'augmentation significative de la cavité sélective, un tissu valvaire ne présentant que des anomalies structurales minimales, et un flux Doppler sanguin normal. Il ne doit pas exister d'anomalie anatomique ou fonctionnelle des autres valves. La fraction d'éjection ou le pourcentage de raccourcissement du ventricule gauche doivent être normaux. ;
 - iii. L'absence documentée de maladie artérielle coronaire, à moins qu'une revascularisation satisfaisante ait été obtenue (voir paragraphe 7 ci dessus) ;
 - iv. La certitude qu'aucun médicament à visée cardiaque n'est nécessaire.
 - v. Un suivi cardiologique annuel par un cardiologue reconnu par le Comité comportant un ECG et une échocardiographie Doppler 2 D.

La décision d'aptitude sera assortie d'une limitation multipilote OML.

11 Le dossier du candidat suivant un traitement anticoagulant doit être présenté au Comité. La thrombose veineuse ou l'embolie pulmonaire sont cause d'inaptitude jusqu'à ce que le traitement anticoagulant ait été arrêté. Une embolie pulmonaire nécessite une évaluation complète. Un traitement anticoagulant préventif d'une pathologie thromboembolique de toute étiologie est cause d'inaptitude.

12 Les anomalies de l'épicarde, du myocarde et de l'endocarde, primitives ou secondaires, entraînent l'inaptitude jusqu'à leur guérison clinique. Le bilan cardio-vasculaire évalué par le Comité pourra nécessiter une échocardiographie Doppler bidimensionnelle, un électrocardiogramme d'effort, et / ou une scintigraphie myocardique / échocardiographie de stress, un enregistrement électro-cardiographique ambulatoire sur 24 heures. Une coronarographie peut être indiquée. La délivrance du certificat médical par dérogation pourra être assortie de l'obligation de subir des contrôles fréquents et de la limitation multipilote OML.

13 Les cardiopathies congénitales, même corrigées chirurgicalement, entraînent en principe l'inaptitude, à moins qu'elles n'aient pas de retentissement fonctionnel notable et qu'elles ne nécessitent pas de traitement médicamenteux. Un bilan cardiologique devra être évalué par le Comité. Les explorations peuvent comporter une échocardiographie Doppler 2 D, un électrocardiogramme d'effort et un enregistrement électrocardiographique ambulatoire sur 24 heures. Des contrôles cardiologiques réguliers sont indispensables. Une limitation multipilote OML peut être exigée.

14 Le candidat ayant présenté des épisodes récidivants de syncopes doit se soumettre aux examens suivants :

- a) Un ECG d'effort 12 dérivations conduit au stade 4 de BRUCE, ou équivalent, interprété par un cardiologue reconnu par le Comité comme normal. Une scintigraphie myocardique / échocardiographie de stress est exigée si nécessaire.
- b) Un échocardiographie DOPPLER 2D ne montrant pas de dilatation significative des cavités cardiaques ni d'anomalie anatomique ou fonctionnelle des valves ou du muscle cardiaques.
- c) Un enregistrement ECG ambulatoire de 24 heures ne montrant pas de trouble de la conduction, ni de trouble du rythme polymorphes ou soutenus, ni de signe d'ischémie myocardique.
- d) il peut s'y ajouter un « tilt test » pratiqué selon un protocole standardisé. Il ne doit pas montrer de signe d'instabilité vaso-motrice. L'examen et l'interprétation de ce test doivent être réalisés par un cardiologue reconnu par le Comité

Le candidat qui remplit les conditions ci-dessus peut être jugé apte, avec une limitation multipilote OML, et sous réserve qu'au moins 6 mois sans rechute se soient écoulés depuis le dernier incident. Un contrôle neurologique est normalement indiqué. La levée de la limitation OML n'est possible qu'après 5 ans sans nouvel incident de ce type. Des périodes plus courtes ou plus longues peuvent être acceptées par le Comité, selon les circonstances propres à chaque cas particulier. Le candidat qui présente des pertes de connaissance sans prodrome doit être déclaré inapte.

15 (réservé)

APPENDICE 2 : Appareil respiratoire

1 Pour la Classe 1, des tests spirométriques sont exigés à l'examen d'admission : un rapport VEMS/CV inférieur à 70% nécessite l'avis d'un pneumologue.

2 Le candidat présentant des crises d'asthme récidivantes doit être déclaré inapte. Cependant l'aptitude Classe 1 peut être examinée par le Comité si l'état clinique est stable, avec des épreuves fonctionnelles respiratoires convenables, et si le traitement est compatible avec la sécurité des vols.

3 Le candidat atteint de sarcoïdose évolutive doit être déclaré inapte. Toutefois, une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité :

- a) si un bilan complet montre l'absence d'atteinte systémique ; et
- b) si la maladie est limitée à une atteinte non évolutive des ganglions lymphatiques hilaires et en l'absence de tout traitement médicamenteux.

- 4 Pneumothorax spontané
- a) Après guérison complète d'un pneumothorax spontané isolé, confirmée par un bilan respiratoire complet, le certificat peut être accordé après une année de recul.
 - b) Le renouvellement du certificat médical, assorti d'une limitation multipilote OML, peut être accordé par le Comité si, au bout de 6 semaines, le candidat est parfaitement rétabli d'un épisode de pneumothorax spontané isolé. La levée de toute restriction peut être envisagée par le Comité au bout d'un an après exploration fonctionnelle respiratoire complète.
 - c) Un pneumothorax spontané récidivant est cause d'inaptitude. Cependant, le certificat d'aptitude peut être accordé par le Comité après une intervention chirurgicale si la récupération est satisfaisante.

5 La pneumonectomie est cause d'inaptitude. Une décision d'aptitude après chirurgie thoracique moins importante peut être prise par le Comité en cas de rétablissement satisfaisant et après un bilan respiratoire complet. Une limitation multipilote OML peut être imposée.

6 Toute affection maligne de l'appareil respiratoire entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 3 : Appareil digestif

- 1
- a) Toute dyspepsie récidivante nécessitant un traitement doit faire l'objet d'explorations endo-luminales (radiologiques ou endoscopiques). Les examens biologiques doivent comporter un dosage de l'hémoglobine et un examen coprologique. Le renouvellement du certificat par dérogation par le Comité exige la preuve de la guérison de tout syndrome ulcéreux ou inflammatoire significatif.
 - b) La pancréatite est cause d'inaptitude. Cependant, le certificat d'aptitude peut être accordé par le Comité en cas de suppression de la cause de l'obstruction (p. ex. médicament, calcul biliaire).
 - c) L'alcool peut être à l'origine d'une dyspepsie et d'une pancréatite. Si cela paraît judicieux il conviendra de faire une évaluation complète de la consommation ou de l'abus de l'alcool.

2 Un gros calcul biliaire, unique et asymptomatique, peut être compatible avec la délivrance d'un certificat d'aptitude après évaluation par le Comité. Un sujet porteur de calculs biliaires multiples asymptomatiques peut bénéficier d'une aptitude par dérogation assortie d'une limitation multipilote OML par le Comité.

3 Les affections intestinales inflammatoires chroniques (iléite régionale, colite ulcéreuse, diverticulite) sont causes d'inaptitude. La délivrance initiale, le renouvellement ou la prorogation de l'aptitude Classe 1 par dérogation peut être étudiée par le Comité si la rémission est complète et si l'éventuel traitement prescrit est mineur. Un suivi régulier est indispensable et une limitation multipilote OML peut être imposée.

4 Toute intervention de chirurgie abdominale entraîne l'inaptitude pour une durée minimale de trois mois. Le Comité peut accorder plus précocement le renouvellement ou la

prorogation de l'aptitude par dérogation si la guérison est complète, si le candidat est asymptomatique et si le risque de complication secondaire ou de récurrence est minime.

5 Toute affection maligne de l'appareil digestif entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 4 : Troubles métaboliques, nutritionnels et endocriniens

1 Tout dysfonctionnement métabolique, nutritionnel ou endocrinien est cause d'inaptitude. L'aptitude peut être envisagée par dérogation par le Comité si l'affection est asymptomatique, cliniquement compensée et stable, avec ou sans traitement substitutif, et régulièrement suivie par un spécialiste reconnu par le Comité

2 La constatation d'une glycosurie ou d'une glycémie anormale exige un bilan. Le certificat d'aptitude peut être accordé par le Comité s'il est montré que la tolérance au glucose est normale (seuil rénal abaissé) ou, en cas de tolérance anormale au glucose en l'absence de toute pathologie diabétique, si l'état du candidat est parfaitement contrôlé par le régime et le suivi régulier.

3 La prise de médicaments antidiabétiques est cause d'inaptitude. Cependant, dans certains cas, l'utilisation de biguanides ou des inhibiteurs de l' α - glucosidase peut être tolérée par dérogation avec une limitation multipilote OML.

4 La maladie d'Addison est une cause d'inaptitude. Le renouvellement ou la prorogation peuvent être envisagées par le Comité par dérogation sous réserve que le traitement par corticoïdes soit bien suivi par le pilote lorsqu'il exerce les privilèges de sa licence. Une aptitude par dérogation avec une limitation multipilote OML peut-être imposée.

APPENDICE 5 : Hématologie

1 Les anémies attestées par une diminution de la concentration de l'hémoglobine doivent faire l'objet d'un bilan. Toute anémie réfractaire aux traitements est cause d'inaptitude. L'aptitude peut être accordée par le Comité en cas de traitement efficace de la cause primitive (par ex. une carence martiale ou une carence en vitamine B12), si l'hématocrite s'est stabilisé à plus de 32%, et dans les thalassémies mineures ou les hémoglobinopathies, en l'absence d'antécédents de crises paroxystiques et si la capacité fonctionnelle est parfaitement conservée.

2 Toute hypertrophie des ganglions lymphatiques nécessite un bilan. Une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité dans les cas de processus infectieux aigus après guérison complète, ou pour les cas de lymphomes hodgkinien ou non hodgkinien de haut grade qui ont été traités et sont en rémission complète. Si la chimiothérapie a comporté un traitement par l'anthracycline, un bilan cardiaque doit être exigé.

3 En cas de leucémie chronique, le Comité peut envisager le rétablissement de l'aptitude par dérogation s'il s'agit d'une atteinte lymphatique aux stades 0, I et éventuellement II, sans anémie associée et ne nécessitant qu'un traitement mineur, ou d'une

leucémie à tricholeucocytes, et si elles sont stables et avec des valeurs normales de l'hémoglobine et des plaquettes. Un suivi régulier est exigé. Si la chimiothérapie a comporté un traitement par l'anthracycline, un bilan cardiaque doit être exigé.

4 Toute splénomégalie exige un bilan. Le Comité peut prendre en considération le rétablissement de l'aptitude par dérogation si l'hypertrophie est minime, stable et qu'elle ne s'accompagne d'aucune autre maladie (p. ex. un paludisme chronique traité) ou si l'hypertrophie est minime et associée à une maladie sans incidence sur la sécurité (p. ex. un lymphome de Hodgkin en rémission).

5 Toute polycytémie doit faire l'objet d'un bilan. Le Comité peut envisager le rétablissement d'une aptitude par dérogation, avec restriction d'emploi si la maladie est stable et ne s'accompagne d'aucune autre affection.

6 Les troubles notables de la coagulation exigent un bilan. Le Comité peut accorder une aptitude limitée en l'absence d'antécédents d'épisodes hémorragiques ou thrombo-emboliques notables.

7 Toute affection maligne du système hématopoïétique entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 6 : Appareil Urinaire

1 Tout résultat anormal des analyses d'urine nécessite des explorations complémentaires.

2 Les calculs rénaux asymptomatiques ou les antécédents de coliques néphrétiques imposent un bilan. Dans l'attente du traitement, le Comité peut envisager le renouvellement de l'aptitude par dérogation avec une limitation multipilote OML. Après un traitement efficace, un certificat d'aptitude sans restriction peut être délivré par le Comité. En cas de persistance de calculs, la possibilité de rétablissement de l'aptitude par dérogation avec une limitation multipilote OML peut être examinée par le Comité.

3 Toute opération chirurgicale urologique majeure entraîne l'inaptitude pour une durée minimale de trois mois. Le Comité peut prendre en considération une demande d'aptitude par dérogation si le candidat est complètement asymptomatique et si le risque de complication secondaire ou de récurrence est faible.

4 La transplantation rénale ou la cystectomie totale sont incompatibles avec la délivrance d'un certificat d'admission. Le renouvellement ou la prorogation d'un certificat d'aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité dans les conditions suivantes :

- a) transplantation rénale parfaitement compensée et tolérée, ne nécessitant qu'un traitement immunosuppresseur mineur, après un minimum de 12 mois de recul ;
- b) cystectomie totale fonctionnellement satisfaisante, sans signes de récurrence, d'infection ou de pathologie primitive.

Dans les deux cas, la limitation multipilote OML peut apparaître nécessaire.

5 Toute affection maligne de l'appareil uro-génital entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 7 : Maladies transmissibles et autres infections

1) La positivité au VIH est cause d'inaptitude.

2) Le renouvellement du certificat d'aptitude des sujets VIH-positifs avec restriction au vol à plusieurs pilotes (Classe 1 "OML") peut être envisagée par le Comité, sous réserve de contrôles fréquents. La survenue d'un SIDA ou du complexe apparenté au SIDA est cause d'inaptitude.

3) La syphilis aiguë est cause d'inaptitude. Un certificat peut être accordé par le Comité aux sujets correctement traités et guéris de toute atteinte primaire ou secondaire.

APPENDICE 8 : Gynécologie et obstétrique

1 Après avoir pris connaissance du bilan obstétrical, le CEMA peut accorder un certificat d'aptitude aux femmes enceintes pour les 26 premières semaines de leur grossesse. Le CEMA remettra à la candidate et au médecin traitant une information écrite sur les particularités liées au vol, leur incidence possible sur la grossesse, et les complications significatives potentielles. Les détenteurs d'un certificat de Classe 1 doivent faire l'objet d'une limitation multipilote OML.

2 Les interventions majeures de chirurgie gynécologique entraînent l'inaptitude pour une durée minimale de trois mois. Le Comité peut envisager un renouvellement plus précoce de l'aptitude si la détentrice est totalement asymptomatique et si le risque de complication secondaire ou de récurrence est faible.

3 Toute affection gynécologique maligne entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 9 : Conditions d'aptitude musculo-squelettique

1 Toute anomalie corporelle, y compris l'obésité, ou une déficience musculaire, peut nécessiter la demande par le Comité d'un test médical en vol ou en simulateur. Dans ce cas, une attention particulière est portée sur les procédures et évacuations d'urgence. Il peut être nécessaire d'imposer une limitation à des types d'aéronefs spécifiés ou une limitation multipilote OML.

2 Dans les cas de déficience d'un membre, le renouvellement ou la prorogation du certificat d'aptitude par dérogation peut être envisagé par le Comité en conformité avec les dispositions de la section 6, Chapitre I du présent arrêté et après qu'un test en vol ou en simulateur de vol ait été déclaré satisfaisant.

3 Le Comité peut envisager la délivrance du certificat d'aptitude au candidat présentant une maladie inflammatoire, infiltrante, traumatique ou dégénérative de l'appareil musculo-squelettique. Dans la mesure où la maladie est en rémission, où le candidat ne prend pas de médicaments interdits et a effectué de façon satisfaisante un éventuel test en vol ou en simulateur de vol, il peut être nécessaire d'imposer une restriction à des types d'aéronefs spécifiés ou une limitation multipilote OML.

4 Toute affection maligne de l'appareil musculo-squelettique entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 10 : Conditions d'aptitude psychiatrique

1 Un état comportant des symptômes psychotiques est cause d'inaptitude. Le certificat d'aptitude ne peut être envisagé que si le Comité a l'assurance que le diagnostic initial était erroné ou mal fondé ou s'il n'y avait eu qu'un épisode d'origine toxique unique.

2 **Les troubles thymiques sont cause d'inaptitude.** Le Comité peut prendre en considération une demande de dérogation après expertise par un psychiatre reconnu par le Comité et si toute médication psychotrope a été arrêtée depuis trois mois au moins.

3 Des troubles de la personnalité, notamment des troubles suffisamment graves pour avoir entraîné à plusieurs reprises des actes manifestes, qui seraient susceptibles de mettre le candidat dans l'impossibilité d'exercer avec sécurité les privilèges de la licence sollicitée ou détenue sont causes d'inaptitude. Toutefois, l'éventualité d'une aptitude par dérogation peut être prise en considération par le Comité après complète évaluation du cas individuel et, éventuellement, avec une expertise psychiatrique ou un bilan psychologique.

4 La consommation abusive d'alcool, la prise de médicaments psychotropes ou de drogues, avec ou sans état de dépendance, sont causes d'inaptitude. Les médicaments et substances psychotropes comprennent les sédatifs et hypnotiques, les barbituriques, anxiolytiques, opiacés, les stimulants du système nerveux central tels que cocaïne, amphétamines et les sympathicomimétiques ayant une activité semblable, les hallucinogènes, la phencyclidine ou les arylcyclohexylamines ayant une action semblable, le cannabis, les produits inhalés et autres drogues ou substances psycho-actives. Une demande de dérogation peut cependant être examinée par le Comité après une période de deux ans pendant laquelle la sobriété ou l'absence d'usage de drogue sont prouvées. Le renouvellement plus précoce de l'aptitude par le Comité avec une limitation multipilote OML peut être envisagé après :

- a) un traitement en établissement spécialisé de quatre semaines au moins ;
- b) une expertise par un psychiatre reconnu par le Comité ; et
- c) une évaluation continue, comportant des examens sanguins et des comptes rendus fournis par l'environnement professionnel pendant une période de trois ans.

La limitation multipilote OML peut être reconsidérée par le Comité, 18 mois après la date de renouvellement de l'aptitude.

APPENDICE 11 : Conditions d'aptitude neurologique

1 Toutes les affections stables ou évolutives du système nerveux qui ont provoqué ou qui seraient de nature à provoquer une incapacité significative sont causes d'inaptitude. Toutefois, après évaluation approfondie, le Comité peut déclarer une aptitude compte tenu de déficits fonctionnels mineurs en rapport avec une maladie stabilisée.

2 Le diagnostic d'épilepsie est cause d'inaptitude sauf s'il est prouvé qu'il s'agit d'une épilepsie de l'enfance associée à un très faible risque de récurrence et dont le traitement a été arrêté depuis plus de 10 ans. La survenue d'un ou plusieurs épisodes convulsifs après l'âge de 5 ans est cause d'inaptitude. Toutefois, un épisode convulsif unique peut être toléré par le Comité s'il peut être expliqué de façon satisfaisante par une cause non susceptible de récidiver et après un bilan neurologique approfondi.

3 Les anomalies électro-encéphalographiques et les ondes lentes focalisées paroxystiques sont causes d'inaptitude.

4 Les antécédents d'un ou plusieurs troubles de la conscience de cause incertaine sont cause d'inaptitude. Toutefois, un seul épisode de syncope peut être toléré par le Comité par dérogation, s'il peut être expliqué de façon satisfaisante, mais les épisodes multiples sont éliminatoires.

5 Le candidat ayant un antécédent d'une seule crise d'épilepsie non fébrile et qui n'a pas récidivé au bout de 10 ans sans traitement, et dont on est sûr qu'il n'existe aucune prédisposition pour l'épilepsie, peut obtenir une aptitude si le risque épileptique est considéré comme de moins de 1 % par an. Une limitation multipilote OML devra être imposée.

6 Tout traumatisme crânien qui a été suffisamment sévère pour créer une perte de connaissance ou qui est associé à une plaie cérébrale doit être soumis à le Comité et subir une expertise neurologique par un neurologue reconnu par le Comité Il doit y avoir guérison complète et un faible risque (moins de 1 % par an) de risque d'épilepsie.

7 Le candidat ayant des antécédents de lésion de la moelle épinière ou d'un nerf peut bénéficier d'une dérogation en fonction des éléments apportés par le chapitre sur les conditions musculo-squelettiques et ses appendices.

8 Toute affection neurologique maligne entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorable, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 12 : Conditions d'aptitude ophtalmologique

1 Lors de l'examen d'admission pour la délivrance d'un certificat médical de Classe 1, l'examen ophtalmologique doit être effectué par un ophtalmologiste. Tous les cas anormaux ou douteux doivent être examinés par un ophtalmologiste reconnu par le Comité

2 Lors de chaque examen médical de renouvellement ou de prorogation, il convient d'effectuer un contrôle de l'aptitude visuelle et un examen oculaire afin de rechercher une éventuelle pathologie. Tous les cas anormaux ou douteux doivent être examinés par un ophtalmologiste reconnu par le Comité

3 Une baisse conséquente de l'acuité visuelle n'est pas la seule condition qui impose un examen par un ophtalmologiste. Toute baisse d'acuité visuelle corrigée et/ou l'apparition d'une maladie oculaire, d'un traumatisme de l'œil, d'une chirurgie de l'œil impose également un examen ophtalmologique.

4 Toute affection ophtalmologique maligne entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 13 : Normes de vision

1 L'évaluation de la vision se fonde sur la réfraction et la performance fonctionnelle.

2 (a) Si l'erreur de réfraction est comprise entre + 5 dioptries et – 5 dioptries, le Comité peut envisager la délivrance du certificat de Classe 1 par dérogation à condition que :

- (1) l'absence de toute manifestation pathologique significative soit vérifiée ;
- (2) l'obtention d'une correction optimale soit atteinte ;

(b) Si l'erreur de réfraction est comprise entre - 5 et - 8 dioptries lors des examens de renouvellement ou de prorogation, le Comité peut envisager la délivrance du certificat de classe 1 par dérogation aux conditions suivantes :

- (1) Absence vérifiée de toute manifestation pathologique significative ;
- (2) Obtention d'une correction optimale;
- (3) L'amétropie n'est pas causée par une pathologie de l'œil;
- (4) Un examen ophtalmologique est réalisé par un ophtalmologiste tous les 2

ans.

3 Lors des examens de renouvellement ou de prorogation, le Comité peut envisager la délivrance d'un certificat médical dans les cas de Kératocône sous réserve que :

- (a) Les normes de vision soient respectées à l'aide de lentilles ;
- (b) Un examen ophtalmologique soit effectué par un ophtalmologiste tous les 6 mois.

4 (a) La monocularité est cause d'inaptitude pour la Classe 1.

(b) Toute baisse de la vision centrale d'un œil en dessous des limites indiquées dans le paragraphe 19 de la sous-annexe 1-A peut faire l'objet d'une demande de dérogation pour la prorogation ou le renouvellement classe 1 si les champs visuels sont normaux en vision binoculaire et si la maladie sous jacente est sans incidence pour la sécurité après avis d'un ophtalmologiste reconnu par le Comité Un test en vol satisfaisant est exigé et une limitation multipilote OML.

5 Hétérophories : Le candidat doit être examiné par un ophtalmologiste. Les réserves fusionnelles doivent être testées en utilisant une méthode reconnue par le Comité.

6 Après chirurgie réfractive, photokératectomie (normalement 12 mois), l'aptitude par dérogation pour la classe 1 peut être délivrée par le Comité sous réserve que :

- (a) L'erreur de réfraction préopératoire (comme définie dans l'alinéa (b) du paragraphe 19 de la sous-annexe 1-A) soit inférieure à + - 5 dioptries pour la classe 1 ;
- (b) La réfraction soit stable (moins de 0,75 D de variation durant la journée).

- (c) L'examen des yeux ne montre pas de complications post opératoires.
- (d) La sensibilité à l'éblouissement ne soit pas augmentée.
- (e) La sensibilité aux contrastes ne soit pas altérée.

7—

- a) Chirurgie de la cataracte. Le renouvellement ou la prorogation pour la classe 1 peut être envisagé par dérogation par le Comité avec un recul de 3 mois sous réserve que les normes de vision soient atteintes après correction de l'aphakie.
- b) Chirurgie de la rétine. Le renouvellement ou la prorogation pour la classe 1 peut être envisagé par dérogation par le Comité avec un recul de 3 mois sous réserve que la chirurgie ait donné des résultats satisfaisants.
- c) Le candidat doit être réexaminé tous les 6 mois par un ophtalmologiste.
- d) Chirurgie du glaucome. Le renouvellement ou la prorogation pour la classe 1 peut être envisagé par dérogation par le Comité, avec un recul de 6 mois, sous réserve que la chirurgie ait donné des résultats satisfaisants. Dans ce cas, le candidat doit être examiné annuellement par un ophtalmologiste.

APPENDICE 14 : Perception des couleurs

1 Le test d'Ishihara (édition 24 planches) est considéré comme réussi si les 15 premières planches sont identifiées sans erreur, sans doute, ni hésitation (moins de 3 secondes par planche). Les planches doivent être présentées au hasard.

2 Le candidat qui échoue au test ci-dessus peut toutefois être déclaré apte s'il identifie sans erreur ni hésitation les feux colorés utilisés en aviation, émis au moyen de la lanterne chromoptométrique de Beyne, présentés pendant 1 seconde sous une ouverture de 3 minutes et à une distance de 5 mètres.

APPENDICE 15 : Conditions d'aptitude oto-rhino-laryngologique

1 Lors de l'examen d'admission il convient de faire pratiquer un examen oto-rhino-laryngologique approfondi par ou sous la direction et le contrôle d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie aéronautique reconnu par le Comité

2

- a) Lors des examens de renouvellement et de prorogation tous les cas anormaux ou douteux de la sphère ORL doivent être adressés à un oto-rhino-laryngologiste reconnu par le Comité
- b) Les examens de prorogation ou de renouvellement effectués à la périodicité indiquée dans l'alinéa (b) du paragraphe 21 de la sous-annexe 1-A doivent comporter un examen oto-rhino-laryngologique approfondi pratiqué par un oto-rhino-laryngologiste, ou sous la conduite et le contrôle d'un oto-rhino-laryngologiste reconnu par le Comité

3 La constatation d'une perforation sèche unique, d'origine non infectieuse, et ne perturbant pas le fonctionnement normal de l'oreille peut permettre la délivrance du certificat d'aptitude par dérogation par le Comité

4 La constatation d'un nystagmus spontané ou positionnel doit faire pratiquer un bilan vestibulaire complet par un spécialiste reconnu par le Comité. Dans de tels cas, il ne doit pas y avoir de réponses notables aux épreuves caloriques ou rotatoires. Lors des examens de renouvellement ou de prorogation les réponses vestibulaires anormales doivent être évaluées par le Comité dans leur contexte clinique.

5 Toute affection oto-rhino-laryngologique maligne entraîne l'incapacité. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 16 : Normes d'audition

1 L'audiogramme tonal pur doit couvrir les fréquences de 250 à 8000 Hz. Les seuils doivent être déterminés pour les fréquences suivantes :

250 Hz
500 Hz
1 000 Hz
2 000 Hz
3 000 Hz
4 000 Hz
6 000 Hz
8 000 Hz

2

- a) Le candidat présentant une hypoacousie doit faire l'objet d'un bilan par le CEMA. La décision est prise par le Comité
- b) Si l'audition est satisfaisante dans des conditions de bruit correspondant à celles d'un poste de pilotage dans toutes les phases du vol, le renouvellement ou la prorogation par dérogation peut être envisagée par le Comité

APPENDICE 17 : Conditions d'aptitude psychologique

1 Indication : Un bilan psychologique doit être demandé comme partie ou complément d'un examen psychiatrique ou neurologique quand l'Autorité reçoit des informations vérifiables et de source identifiable, suscitant des doutes sur la santé mentale ou la personnalité d'un individu donné. Ces informations peuvent avoir été révélées à l'occasion d'un accident ou d'un incident, de problèmes lors de l'entraînement ou de tests de compétence professionnelle, de faits de délinquance ou de faits engageant la sécurité lors de l'exercice des privilèges des licences concernées.

2 Critères psychologiques : L'examen psychologique peut comporter un entretien avec recueil des éléments de biographie du candidat, la passation de tests d'efficacité aussi bien que de tests de personnalité.

APPENDICE 18 : Conditions d'aptitude dermatologique

- 1 Toute affection de la peau entraînant des douleurs, de l'inconfort, de l'irritation ou des démangeaisons peut déconcentrer le navigant de l'exercice de sa mission et affecter ainsi la sécurité des vols.
- 2 Tout traitement de la peau par irradiation ou médicaments peut avoir des effets généraux qui doivent être pris en compte avant de se prononcer sur l'aptitude, l'inaptitude ou l'aptitude assortie d'une limitation multipilote OML.
- 3 Affections cancéreuses ou précancéreuses de la peau :
 - a) Le mélanome malin, l'épithélioma spinocellulaire, la maladie de Bowen et la maladie de Paget sont causes d'inaptitude. Toutefois, la délivrance d'une aptitude par dérogation peut être envisagée par le Comité s'il peut être prouvé que la lésion a été, si nécessaire, totalement excisée et sous réserve d'un suivi régulier.
 - b) L'épithélioma basocellulaire, l'ulcère térébrant, le kérato-acanthome, les kératoses actiniques doivent être soit traités, soit excisés pour obtenir le maintien de l'aptitude.
- 4 Autres affections de la peau :
 - a) Eczéma aigu ou chronique étendu ;
 - b) Réticulose cutanée ;
 - c) Les manifestations dermatologiques d'une maladie générale et des affections similaires exigent de prendre en considération toute affection sous-jacente ou tout traitement avant que le Comité puisse prendre une décision.
- 5 Toute affection dermatologique maligne autre que celles envisagées ci dessus entraîne l'inaptitude. Dans des cas particulièrement favorables, l'étude du rétablissement de l'aptitude peut être prise en considération par le Comité, sous réserve que la sécurité des vols soit assurée.

APPENDICE 19 : Oncologie

- 1 L'aptitude médicale par dérogation peut-être envisagée par le Comité si :
 - a) La pathologie maligne a disparu après le traitement ;
 - b) Le recul est suffisant en fonction du type de tumeur depuis la fin du traitement ;
 - c) Le risque d'incapacité en vol secondaire à la survenue d'une métastase est acceptable par le Comité ;
 - d) Il n'y a pas d'évidence de séquelles du traitement à court ou à long terme. Le candidat ayant reçu de l'anthracycline doit subir un examen cardiologique ;
 - e) Des aménagements pour le suivi peuvent être envisagés par le Comité
- 2 La limitation multipilote OML peut être nécessaire.