

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Arrêté du 16 mai 2008 relatif aux critères et conditions de délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3 nécessaires pour assurer les services du contrôle de la circulation aérienne et à l'organisation des services de médecine aéronautique

NOR : DEVA0804006A

Le ministre d'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et le secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique,

Vu la convention relative à l'aviation civile internationale du 7 décembre 1944, publiée par le décret n° 47-974 du 31 mai 1947, ensemble les protocoles qui l'ont modifiée, notamment le protocole du 24 septembre 1968 concernant le texte authentique trilingue de ladite convention publiée par le décret n° 69-1158 du 18 décembre 1969 ;

Vu le règlement n° 550/2004 du Parlement européen et du Conseil du 10 mars 2004 relatif à la fourniture de services de navigation aérienne dans le ciel unique européen, et notamment son article 5 ;

Vu la directive 2006/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 concernant une licence communautaire de contrôleur de la circulation aérienne ;

Vu le code de l'aviation civile, notamment ses articles L. 131-1 à L. 131-5 et R. 135-1 à R. 135-7 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-1 à L. 1110-7 et L. 1111-1 à L. 1111-9 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu la loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne ;

Vu le décret n° 68-20 du 5 janvier 1968 fixant les conditions d'application de la loi n° 66-496 du 11 juillet 1966 relative à la création de corps de fonctionnaires de l'Etat pour l'administration de la Polynésie française ;

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires, notamment son article 22 ;

Vu le décret n° 90-998 du 8 novembre 1990 modifié portant statut du corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne ;

Vu le décret n° 93-622 du 27 mars 1993 modifié portant statut particulier du corps des techniciens supérieurs des études et de l'exploitation de l'aviation civile ;

Vu le décret n° 2005-199 du 28 février 2005 modifiant le décret n° 85-659 du 2 juillet 1985 fixant l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'urbanisme, du logement et des transports ;

Vu le décret n° 2005-200 du 28 février 2005 portant création de la direction des services de la navigation aérienne ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2005 portant organisation et attributions de l'administration centrale de la direction générale de l'aviation civile ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2005 portant organisation de la direction du contrôle de la sécurité de la direction générale de l'aviation civile,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les critères et conditions de délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3 nécessaires pour assurer les services du contrôle de la circulation aérienne sont précisés à l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. – L'organisation des services de médecine aéronautique qui comportent les médecins examinateurs, le comité médical du contrôle de la navigation aérienne (CMCNA) et les centres de médecine aéronautique est définie à l'annexe du présent arrêté.

Art. 3. – Les possibilités et voies de recours auprès du CMCNA sont précisées à l'annexe du présent arrêté.

Art. 4. – Les dispositions prévues par le présent arrêté s'appliquent en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

Art. 5. – Le directeur général de l'aviation civile et les représentants de l'Etat en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Saint-Pierre-et-Miquelon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 16 mai 2008.

*Le ministre d'Etat, ministre de l'écologie,
de l'énergie, du développement durable
et de l'aménagement du territoire,
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur général
de l'aviation civile :
Le directeur, secrétaire général
de la direction générale de l'aviation civile,
F. MASSÉ*

*La ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer et des collectivités territoriales,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur des affaires économiques,
sociales et culturelles de l'outre-mer,
P. LEYSSENE*

*La ministre de la santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale adjointe
de la santé,
S. DELAPORTE*

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur général
de l'administration
et de la fonction publique :
Le sous-directeur,
G. PARMENTIER*

*Le secrétaire d'Etat
chargé de la fonction publique,
Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :
Par empêchement du directeur général
de l'administration et de la fonction publique :
Le sous-directeur,
G. PARMENTIER*

A N N E X E

La présente annexe comporte un titre relatif aux dispositions administratives et un titre relatif aux critères d'aptitude médicale classe 3.

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

1.1. *Glossaire, définitions, sigles et abréviations*

Dans la présente annexe figurent les critères d'aptitude médicale à respecter, les variations de ces critères et les éléments indicatifs annexes.

L'emploi des termes « doit » et « doivent » indique que le respect du critère est obligatoire. L'emploi des termes « peut », « peuvent », « devrait », « devraient », « il convient » indique une variante du critère et des éléments indicatifs, ou encore une proposition ou une recommandation, et non une obligation.

Glossaire

Pour les besoins de la présente annexe, il y a lieu d'entendre par :

Autorité nationale de surveillance

La direction du contrôle de la sécurité de la direction générale de l'aviation civile est l'autorité nationale de surveillance, au sens de l'article 3 de la directive n° 2006/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 concernant une licence communautaire de contrôleur de la circulation aérienne.

Centre de médecine aéronautique (CMA)

Un centre comprenant des médecins dûment formés et autorisés par le comité médical du contrôle de la navigation aérienne à pratiquer des examens médicaux conformément aux critères d'aptitude médicale de classe 3 et conditions fixées par le comité médical du contrôle de la navigation aérienne. Il peut faire partie ou être indépendant du comité médical du contrôle de la navigation aérienne.

Médecin examinateur agréé (MEA)

Un médecin dûment formé et autorisé par le comité médical du contrôle de la navigation aérienne à procéder aux examens médicaux des candidats en vue de la délivrance des attestations médicales de classe 3 qui accompagnent la licence de contrôleur de la circulation aérienne.

Comité médical du contrôle de la navigation aérienne (CMCNA)

L'organe responsable de la mise en œuvre et de l'application des critères européens de classe 3 de médecine aéronautique.

Licence

Un certificat, délivré et renseigné conformément à l'annexe de l'arrêté du 22 octobre 2007 relatif aux conditions de délivrance et de maintien en état de validité des licences, qualifications et mentions de contrôleurs de la circulation aérienne, et qui autorise son titulaire à assurer des services de contrôle de la circulation aérienne conformément aux qualifications et mentions qu'il comporte.

Initial

Associé au terme « attestation d'aptitude » (médicale) ou « examen » (médical) pour indiquer la toute première occasion à laquelle une attestation d'aptitude médicale est délivrée en vue de l'obtention d'une licence, ou le premier examen préalable à la délivrance d'une telle attestation d'aptitude médicale.

Renouvellement

Le renouvellement est le processus dans le cadre duquel un examen médical est effectué après l'expiration de l'attestation d'aptitude médicale en cours de validité. La nouvelle attestation d'aptitude médicale sera délivrée pour une période d'une année ou deux, selon le cas, à compter de la date de renouvellement (de date à date).

Prorogation ou revalidation

La prorogation ou revalidation est le processus dans le cadre duquel un examen médical est effectué dans un délai de 45 jours avant la date d'expiration de l'attestation d'aptitude médicale en cours de validité, de manière que la nouvelle attestation soit valable à compter de la date d'expiration, pour une durée de une ou deux années, selon le cas (de date à date).

Sigles et abréviations

Pour les besoins de la présente annexe, il y a lieu d'entendre par :

ACE Enzyme de conversion de l'angiotensine.
CMA Centre de médecine aéronautique.
MEA Médecin examinateur agréé.
CMCNA Comité médical du contrôle de la navigation aérienne.
dB (HL) Décibels (perte d'audition).
ECG Electrocardiogramme.
EEG Electroencéphalogramme.
ORL Oto-rhino-laryngologie.
VEMS/CV Volume expiratoire maximum seconde/capacité vitale.
g/dl Gramme par décilitre.
Hz Hertz (cycles par seconde).
mmHg Millimètres de mercure (unité de pression).
IRM Imagerie par résonance magnétique.
NIH Perte de l'acuité auditive due au bruit.
ORL Oto-rhino-laryngologique.
REM Sommeil paradoxal (*Rapid Eye Movement*).

1.2. Aptitude physique et mentale

1.2.1. Aptitude médicale

Le détenteur d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 doit être dans un état de santé mentale et physique qui lui permette d'assurer en toute sécurité les services du contrôle de la circulation aérienne et, dans toute la mesure possible, de minimiser le risque de se trouver brusquement dans une situation telle que la sécurité des aéronefs pourrait s'en trouver compromise.

1.2.2. Notification de la décision

A l'issue de l'examen médical, une décision d'aptitude ou d'inaptitude doit être notifiée par le médecin examinateur agréé au titulaire (ou candidat à la délivrance) d'une licence de contrôleur de la circulation aérienne ou de contrôleur de la circulation aérienne stagiaire.

1.2.3. Possibilités et voies de recours

En cas d'inaptitude du demandeur d'attestation médicale, le médecin examinateur informe ce dernier qu'il dispose d'un délai de 15 jours francs, à compter de la date de réception de la notification de la décision, pour exercer un recours auprès du comité médical du contrôle de la navigation aérienne.

1.2.4. Circonstances spéciales

Les critères et éléments indicatifs qui figurent dans la présente annexe ne peuvent, à eux seuls, être suffisamment détaillés pour couvrir tous les cas individuels possibles. Bon nombre de décisions relatives à l'évaluation de l'aptitude médicale doivent nécessairement être laissées à l'appréciation et à la discrétion du médecin examinateur agréé, assisté par le comité médical du contrôle de la navigation aérienne (CMCNA). L'évaluation doit donc se fonder sur un examen médical mené, dans son intégralité, conformément aux normes les plus sérieuses de la pratique médicale. Il y a lieu de tenir dûment compte des privilèges attachés à la licence sollicitée ou détenue par le candidat lors de l'établissement de l'attestation d'aptitude médicale, ainsi que des conditions dans lesquelles le titulaire de la licence exercera ces privilèges dans le cadre de ses fonctions. Sur indication clinique, des épreuves complémentaires de celles qui sont décrites dans le présent document devraient être administrées sous la direction du spécialiste compétent.

1.2.5. Secret médical

S'appliquent en l'occurrence les articles L. 1110-1 à L. 1110-5 et les articles R. 1111-1 à R. 1111-16 du code de la santé publique ou les dispositions équivalentes en vigueur en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna. En conséquence, les informations médicales, orales ou écrites, quel que soit le support utilisé, relatives au candidat ou titulaire d'une licence de contrôleur de la circulation aérienne ou d'une licence de contrôleur de la circulation aérienne stagiaire, ne sont accessibles qu'aux médecins agréés du CMCNA et du CMA et aux médecins examinateurs agréés. Ces informations sont soumises aux obligations de secret et de confidentialité.

1.3. Organisation des services de médecine aéronautique

1.3.1. Médecins examinateurs agréés

1.3.1.1. Délivrance de l'agrément

Les médecins examinateurs habilités pour pratiquer les examens médicaux en vue de la délivrance, du renouvellement ou de la revalidation de l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 sont agréés par l'autorité nationale de surveillance sur proposition du médecin-chef de la direction générale de l'aviation civile.

Ils doivent remplir les conditions générales d'exercice de la médecine et être inscrits au conseil de l'ordre des médecins ; ils doivent justifier de l'une des conditions suivantes : soit être titulaire d'un titre de médecine aéronautique, soit exercer dans un centre d'expertise médicale du personnel navigant, soit avoir acquis par expérience professionnelle une compétence dans le domaine aéronautique.

L'agrément est délivré pour une durée de trois ans. Il est renouvelable sous réserve de la vérification des conditions définies aux deux premiers alinéas du présent article et sous réserve d'avoir réalisé dix examens médicaux d'aptitude dans les 12 mois précédant le renouvellement dans le respect de la réglementation et d'avoir suivi, et en apporter la preuve, des formations dans le domaine de la médecine aéronautique.

1.3.1.2. Suspension et retrait de l'agrément

L'agrément peut être suspendu, en cas d'urgence, pour une durée maximale de 2 mois par l'autorité nationale de surveillance pour manquement aux obligations définies dans l'article 3.

En cas de manquement aux obligations du médecin examinateur agréé, l'agrément peut être retiré par l'autorité nationale de surveillance. Le retrait peut être précédé, en fonction de la gravité des faits, d'une ou plusieurs mises en demeure. Ces mises en demeure sont notifiées à l'intéressé par l'autorité nationale de surveillance.

1.3.1.3. Obligations du médecin examinateur agréé

Le médecin examinateur agréé doit s'attacher au respect des critères d'aptitude médicale de classe 3 lors des examens médicaux. En cas de doute sur la validité de l'aptitude ou de l'inaptitude, il demande au comité médical du contrôle de la navigation aérienne de statuer.

Le médecin agréé veille à la mise à jour des dossiers médicaux ainsi qu'au respect du principe de confidentialité des données médicales.

Le médecin examinateur agréé doit examiner les demandes d'attestations médicales d'une manière conforme :

- aux règles communes en matière médicale, et notamment aux règles de déontologie médicale ;
- aux dispositions médicales d'aptitude de classe 3 en vigueur ;
- aux dispositions de la réglementation en vigueur, dans le respect des règles relatives au secret médical.

1.3.1.4. Agrément des médecins des armées

Les médecins des armées titulaires d'un titre de médecine aéronautique peuvent être agréés par l'autorité nationale de surveillance sur proposition du médecin-chef de la direction générale de l'aviation civile comme médecins examinateurs.

La liste de ces médecins examinateurs est fixée par arrêté du ministre chargé des transports.

1.3.1.5. Formation des médecins examineurs agréés

Un médecin examinateur agréé doit avoir le titre de docteur en médecine et avoir reçu une formation appropriée en médecine aéronautique. Un médecin examinateur agréé doit acquérir une connaissance et une expérience pratiques de l'environnement du contrôle de la circulation aérienne. L'autorisation de délivrance, sur la base d'examens médicaux, des attestations d'aptitude médicale requises pour l'exercice des fonctions de contrôleur de la circulation aérienne est accordée aux médecins pour une durée limitée. Cette autorisation sera renouvelée pour les médecins qui :

- ont pratiqué les examens médicaux conformément aux règlements applicables ;
- remplissent les conditions initiales d'agrément (notamment la possession du certificat de formation approfondie en médecine aéronautique [JAR FCL. 3] ou équivalent) et ont exercé leurs fonctions pendant une période déterminée préalablement à la demande de renouvellement de l'agrément ;
- ont maintenu à jour leurs connaissances en médecine aéronautique par le biais, notamment, de cours, de séminaires, d'une expérience aéronautique.

1.3.1.6. Formation à l'évaluation en vue de la délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3

La formation à l'évaluation en vue de la délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3, travaux

pratiques inclus, destinée aux médecins chargés des examens d'aptitude médicale pour les titulaires des licences de contrôleurs de la circulation aérienne et contrôleurs de la circulation aérienne stagiaires doit inclure les aspects suivants : règles et réglementations aéronautiques, questions médicales, psychologie, aspects relatifs au contrôle aérien tels que l'organisation et la structure des organismes de contrôle, organisations internationales, familiarisation avec les postes de travail et les tâches confiées aux contrôleurs, psychologie aéronautique pertinente dans le contrôle aérien, facteurs humains, notamment la gestion des ressources humaines en équipe (TRM) ainsi que les systèmes actuels et futurs dans le contrôle aérien. La formation doit inclure la possibilité d'acquérir une certaine expérience en simulateur de contrôle de la navigation aérienne.

La formation sera suivie d'un examen.

1.3.1.7. Formation de remise à niveau

Les médecins examinateurs agréés doivent suivre à intervalles réguliers une formation de remise à niveau en médecine aéronautique, qui devrait notamment comporter des exposés sur les progrès/modifications survenus dans le domaine de la médecine aéronautique ainsi que dans l'environnement de travail du contrôle de la circulation aérienne. Il convient de prendre en considération la participation à des réunions scientifiques ou à des conférences sur la médecine aéronautique. La remise à niveau devrait comporter des exercices pratiques.

Elle peut être suivie d'une évaluation ou d'un examen, à la discrétion de l'Autorité nationale de surveillance.

1.3.2. Centres de médecine aéronautique

Le comité médical du contrôle de la navigation aérienne (CMCNA) peut, à sa discrétion, désigner et agréer un centre de médecine aéronautique (CMA), ou en renouveler l'agrément.

Un CMA doit être :

- rattaché ou en liaison avec un hôpital ou un centre médical spécialisé agréé ;
- actif dans le domaine de la médecine aéronautique clinique et des activités connexes ;
- dirigé par un médecin examinateur agréé (MEA) chargé de coordonner les résultats des examens et de signer les rapports et attestations, et doté d'une équipe de médecins possédant la formation et l'expérience appropriées en médecine aéronautique ;
- pourvu des installations médicales nécessaires pour procéder aux examens de médecine aéronautique.

1.3.3. Comité médical du contrôle de la navigation aérienne

1.3.3.1. Composition

Le comité médical du contrôle de la navigation aérienne comprend sept membres titulaires et sept membres suppléants, docteurs en médecine, choisis en fonction de leur expérience en médecine aéronautique ou par leur compétence reconnue dans leur spécialité.

Les membres titulaires et suppléants du comité médical sont approuvés par l'autorité nationale de surveillance. Ils sont nommés, sur proposition du médecin-chef de la direction générale de l'aviation civile, par arrêté du ministre chargé de l'aviation civile.

Tout membre du comité dont le mandat est interrompu est remplacé jusqu'à l'expiration dudit mandat.

Au début de chaque période de trois ans, les membres titulaires et suppléants élisent parmi eux un président et un vice-président.

Le secrétariat du comité est assuré par le médecin-chef de la direction générale de l'aviation civile.

1.3.3.2. Instruction des dossiers

L'instruction des dossiers est assurée par le médecin-chef de la direction générale de l'aviation civile en liaison avec le président. Il participe aux séances sans voix délibérative.

Le dossier transmis au comité médical du contrôle de la navigation aérienne comporte les éléments suivants :

- la demande de réexamen de l'aptitude de l'intéressé ou la saisine de l'administration ou la saisine du médecin examinateur agréé ;
- l'identification exacte de l'organisme d'affectation de l'intéressé et du médecin examinateur agréé qui a pris la décision d'inaptitude médicale contestée ;
- un bref exposé des circonstances établi par le médecin examinateur agréé.

Au vu du dossier ainsi constitué, le président examine l'opportunité de faire procéder à une expertise par un médecin compétent pour l'affection en cause.

Le secrétariat du comité médical du contrôle de la navigation aérienne prend un rendez-vous auprès de l'expert et lui communique le dossier complet de l'intéressé.

La convocation à la consultation est adressée à l'intéressé par le secrétariat du comité médical du contrôle de la navigation aérienne, sous pli recommandé avec accusé de réception, et comporte les coordonnées du médecin désigné et les données précises du rendez-vous.

L'intéressé qui ne peut se rendre à la consultation à la date qui lui a été indiquée doit immédiatement en informer le secrétariat du comité médical du contrôle de la navigation aérienne, afin que, si les circonstances le justifient, un deuxième rendez-vous puisse lui être notifié dans les mêmes conditions que le précédent.

Le médecin expert éventuellement désigné transmet son rapport au président du comité médical du contrôle de la navigation aérienne.

1.3.3.3. Fonctionnement

Les membres du comité médical du contrôle de la navigation aérienne siègent en toute indépendance. Ils ne peuvent prendre part aux délibérations portant sur l'examen de cas individuels dont ils ont déjà eu à connaître à l'occasion de leur activité extérieure au comité.

Hormis les membres du comité médical, peuvent être entendus aux audiences du comité médical le médecin, le cas échéant, désigné par l'intéressé, l'intéressé lui-même et le médecin expert éventuellement convoqué par le président.

Les délibérations du comité se déroulent en la seule présence de médecins, y compris, s'il y a lieu, le médecin expert désigné et le médecin de l'intéressé, qui n'ont que voix consultative. Les autres personnes présentes lors de la séance sont invitées à quitter la salle avant délibération.

Le comité ne peut valablement délibérer que si trois au moins de ses membres sont présents, dont un médecin spécialiste de l'affection en cause. Les avis sont prononcés à la majorité des membres présents. En cas d'égalité des voix, la voix du président est prépondérante. A l'issue, le comité médical du contrôle de la navigation aérienne délivre l'attestation d'aptitude médicale.

En cas d'absence du président, celui-ci est remplacé par le vice-président.

Les membres du comité médical du contrôle de la navigation aérienne sont convoqués individuellement à chaque séance du comité au moins quinze jours avant la date de la séance.

Dès réception de la convocation, les membres sont tenus de faire connaître au secrétariat leur indisponibilité.

S'il apparaît que le quorum ne pourra être atteint, une nouvelle convocation leur est adressée avec le même délai de préavis que celui mentionné au premier alinéa.

Le médecin expert éventuellement désigné, le médecin éventuellement choisi par l'intéressé et l'intéressé, s'il a demandé à être entendu, sont également convoqués à la séance dans le même délai.

Le secrétariat du comité médical du contrôle de la navigation aérienne informe l'administration et l'intéressé de la date à laquelle son dossier sera examiné dès que celle-ci est fixée.

L'intéressé peut obtenir communication de la partie administrative de son dossier médical et des conclusions du médecin expert éventuellement désigné.

La partie médicale du dossier peut lui être communiquée directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, dans les conditions prévues à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Chaque séance du comité médical donne lieu à un procès-verbal de séance.

L'attestation d'aptitude médicale de classe 3 délivrée pour chaque cas examiné et le procès-verbal de chaque séance sont signés par le président du comité médical du contrôle de la navigation aérienne.

Le secrétariat du comité médical transmet, dans les meilleurs délais, l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 dûment signée à l'intéressé.

Le secret médical est pleinement respecté. Le MEA met à disposition du CMCNA l'ensemble des rapports oraux ou écrits et des informations médicales sous forme électronique se rapportant aux titulaires de licences et candidats à l'obtention de licences, afin que celui-ci puisse s'en servir dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.

1.4. Conditions de délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3

1.4.1. Format

L'attestation d'aptitude médicale de classe 3 contient les renseignements ci-après :

- pays de délivrance ;
- numéro de référence ;
- classe de certificat ;
- nom complet ;
- date de naissance ;
- nationalité ;
- date et lieu de l'examen médical initial ;
- date du dernier électrocardiogramme ;
- date de la dernière audiométrie ;
- restrictions, conditions et/ou variations ;
- nom, numéro d'agrément et signature du MEA ;
- date de l'examen général ;
- date d'expiration ;

– signature du titulaire.

Un modèle de présentation d'attestation d'aptitude médicale de classe 3 figure à l'appendice au 1.5.1.

1.4.2. Examens médicaux

Tout candidat à l'obtention d'une licence de contrôleur de la circulation aérienne stagiaire ou de contrôleur de la circulation aérienne doit subir un examen médical en vue d'obtenir une attestation d'aptitude médicale de classe 3. La première fois, l'examen médical est effectué dans un centre de médecine aéronautique (CMA). Les examens de renouvellement et de revalidation peuvent être effectués par un médecin examinateur agréé ou le CMA, à la discrétion du CMCNA.

Tout candidat à la délivrance d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 fournit au médecin examinateur agréé une déclaration selon un modèle défini par instruction de l'autorité nationale de surveillance, dont il atteste personnellement l'exactitude, sur ses antécédents médicaux personnels, familiaux et héréditaires dont il a connaissance. Il est averti de la nécessité de faire une déclaration aussi complète et précise que possible.

A l'issue des examens médicaux, le médecin examinateur agréé délivre une attestation médicale. Cette attestation médicale peut être temporaire et précise alors l'échéance à laquelle un nouvel examen sera pratiqué.

Le médecin examinateur agréé peut faire effectuer des examens complémentaires et faire appel à des médecins spécialistes.

Le médecin examinateur agréé saisit le service de médecine aéronautique agréé par arrêté du ministre chargé de l'aviation civile de tout cas où il doute de l'aptitude du candidat à satisfaire à l'un ou l'autre des critères d'aptitude.

Il appartient au service de médecine aéronautique de proposer s'il convient ou non de délivrer une aptitude médicale. Cet avis est transmis au comité médical du contrôle de la navigation aérienne qui délivre l'attestation d'aptitude médicale de classe 3.

1.4.3. Délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3 dans le cadre d'une première fois

La première fois, l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 est délivrée par le comité médical du contrôle de la navigation aérienne.

Lorsque le CMCNA est convaincu que les critères décrits dans la présente section sont respectés, une attestation d'aptitude médicale de classe 3 est délivrée au candidat. Une attestation d'aptitude médicale de classe 3 peut être délivrée sous réserve que l'aptitude du candidat à exercer, au niveau de sécurité requis, les privilèges attachés à sa licence ne risque pas d'être compromise. Le comité peut assortir l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 de conditions ou de restrictions ou accorder une dérogation si elle ne nuit pas à la sécurité aérienne.

1.4.4. Délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3 dans le cadre d'un renouvellement ou d'une revalidation

La délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3 peut être déléguée au CMA ou au MEA, à la discrétion du CMCNA.

Les critères à respecter pour le renouvellement d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 sont les mêmes que ceux qui s'appliquent à l'attestation initiale, sauf indication contraire expresse.

1.4.5. Durée de validité d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3

L'aptitude médicale des titulaires d'une licence de contrôle de la circulation aérienne est appréciée tous les deux ans jusqu'à l'âge de 40 ans et tous les ans au-delà de cet âge par un médecin examinateur agréé et vérifiée dans les conditions définies dans le présent arrêté.


La prorogation de l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 est effectuée dans un délai de quarante-cinq jours avant la date d'expiration figurant sur l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 en cours de validité. La date de validité de cette nouvelle attestation court à compter du lendemain de la date d'expiration de l'attestation précédente, sauf en cas d'inaptitude temporaire ou définitive. Dans ce dernier cas, il est mis un terme à la validité de l'attestation d'aptitude médicale dès la date de la réalisation de l'examen médical.

Le renouvellement de l'attestation d'aptitude médicale de classe 3 est effectué après l'expiration de la précédente attestation d'aptitude médicale de classe 3. La nouvelle attestation d'aptitude médicale sera délivrée pour une période d'une année ou deux, selon le cas, à compter de la date de renouvellement (de date à date).

Appendice au 1.5.1.



recto

Étche MEDICALDGC 29/05/07 12:47 Page 1



ATTESTATION D'APTITUDE MÉDICALE DE CLASSE 3

EUROPEAN CLASS 3 MEDICAL CERTIFICATE

Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE / REFERENCE NUMBER		APTITUDE CLASSE 3		LIMITATIONS D'APTITUDE / LIMITATIONS	
		ADMISSION <input type="checkbox"/> RÉVISIONNELLE <input type="checkbox"/>			
NOM / LAST NAME		PRÉNOM / FIRST NAME		DATE DE DÉLIVRANCE / DATE OF ISSUE	
NATIONALITÉ / NATIONALITY		DATE D'EXPIRATION / EXPIRY DATE			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE / DATE AND PLACE OF BIRTH		MÉDECIN AGRÉÉ / APPROVED MEDICAL EXAMINER		CACHET / SEAL	
SIGNATURE DU TITULAIRE / SIGNATURE OF HOLDER		N° AGRÈMENT / AGREEMENT			

verso

Étche MEDICALDGC 29/05/07 12:47 Page 2

DATE DE L'EXAMEN MEDICAL INITIAL / DATE OF INITIAL MEDICAL EXAMINATION			EXAMEN INITIAL	CMCNA	EXAMEN INITIAL	CMCNA
			DÉLIVRANCE DE L'ATTESTATION MÉDICALE	Initial CMCNA Renouvellement CMA/MEA agréé par le CMCNA	AUDIOGRAMME	À l'examen initial Tous les 4 ans (+40 ans) Tous les 2 ans (+40 ans)
	DATE DU DERNIER EXAMEN DATE OF LAST	DATE DU PROCHAIN EXAMEN DATE OF NEXT	VALIDITÉ DU CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE	2 ans (+40 ans) 1 an (+40 ans)	ANALYSE D'URINE	À chaque examen
EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL GENERAL EXAMINATION			ANALYSE SANGUINE	À l'examen initial Tous les 4 ans (+40 ans) Tous les 2 ans (+40 ans)	BILAN OPHTHALMOLOGIQUE COMPLÈT	À l'examen initial Tous les 4 ans (+40 ans) Tous les 2 ans (+40 ans) Et sur indication sur les performances fonctionnelles
ELECTROCARDIOGRAMME ELECTROCARDIOGRAM			RADIOGRAMME THORACIQUES & EEG	Sur indication clinique	TONOMÉTRIE	Tous les 2 ans (+40 ans)
AUDIOGRAMME AUDIOGRAM			ELECTRO- CARDIOGRAMME	À l'examen initial Tous les 4 ans (+30 ans) Tous les 2 ans (+30 ans)	ÉPREUVE DE LA FONCTION RESPIRATOIRE	À l'examen initial Au renouvellement, sur indication clinique
EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE OPHTHALMOLOGY						

TITRE II

CRITÈRES EUROPÉENS
D'APTITUDE MÉDICALE DE CLASSE 3

1. Appareil cardio-vasculaire

Examen

2.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune anomalie de l'appareil cardio-vasculaire, qu'elle soit congénitale ou acquise, susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

2.1 (b) Un électrocardiogramme standard au repos, de 12 dérivations, accompagné de son interprétation, est requis lors de l'examen initial, puis, tous les quatre ans jusqu'à l'âge de 30 ans, et ensuite tous les deux ans, et sur indication clinique.

2.1 (c) Un électrocardiogramme d'effort n'est requis qu'en cas d'indication clinique, conformément au paragraphe 2.1.2.

2.1.2 Un électrocardiogramme d'effort, ou une autre exploration cardiologique appropriée, est requis :

2.1.2 (a) En cas de signes ou de symptômes laissant présumer une affection cardio-vasculaire ;

2.1.2 (b) Pour éclairer un électrocardiogramme au repos ;

2.1.2 (c) A la discrétion d'un spécialiste de la médecine aéronautique agréé par le CMCNA ;

2.1.2 (d) A 65 ans, puis tous les quatre ans pour le renouvellement du certificat européen de classe 3.

2.1 (d) Les interprétations d'électrocardiogrammes d'effort et au repos doivent être rédigées par des spécialistes agréés par le CMCNA.

2.1.3 (a) Lorsqu'une analyse de sang est pratiquée par l'autorité nationale responsable, ainsi que le prévoit le paragraphe 6.1 (b), pour faciliter l'évaluation des risques cardio-vasculaires, le dosage des lipides sériques et plasmatiques, notamment du cholestérol, est laissé à la discrétion du CMCNA.

2.1.3 (b) Le dosage des lipides sériques/plasmatiques est un examen de dépistage et toute anomalie importante constatée devra faire l'objet d'une étude et d'un suivi de la part d'un spécialiste agréé par le CMCNA.

2.1.2 (b) L'accumulation de facteurs de risque (tabagisme, antécédents familiaux, anomalies lipidiques, hypertension, etc.) doit faire l'objet d'une évaluation cardio-vasculaire et d'un suivi de la part d'un spécialiste agréé par le CMCNA et, le cas échéant, en concertation avec le CMA ou le MEA.

2.1 (e) A 65 ans, le titulaire d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 doit être examiné dans un CMA par un cardiologue agréé par le CMCNA. Cet examen doit comprendre un électrocardiogramme d'effort, ou tout autre examen fournissant des informations équivalentes, et être renouvelé sur indication clinique.

2.2. Pression artérielle

2.2 (a) La pression artérielle doit être mesurée selon la technique décrite au paragraphe 2.2.1.

2.2.1 La pression systolique est enregistrée au moment de l'apparition des bruits de Korotkoff (phase I) et la pression diastolique au moment de leur disparition (phase V), ou selon la mesure électronique équivalente utilisant un moniteur automatique validé. En cas de hausse de la pression artérielle et/ou d'accélération du rythme cardiaque au repos, il convient de procéder à d'autres observations. Les mesures de la pression artérielle prises à des occasions différentes devraient être faites de la même manière, afin que les résultats soient uniformes.

2.2 (b) Lorsque la pression artérielle est systématiquement supérieure à 160 mmHg pour la pression systolique et/ou 95 mmHg pour la pression diastolique, avec ou sans traitement, le candidat doit être déclaré inapte.

2.2 (c) Le traitement anti-hypertenseur doit être compatible avec l'exercice, en toute sécurité, des privilèges associés à la licence (voir paragraphe 2.2.2). Au début d'un traitement médicamenteux, l'attestation d'aptitude médicale doit être suspendue pendant une période permettant d'établir l'absence d'effets secondaires importants.

2.2.2 Tout traitement anti-hypertenseur doit être agréé par le CMCNA. Les médicaments autorisés peuvent être :

2.2.2 (a) Des diurétiques n'agissant pas sur l'anse de Henlé ;

2.2.2 (b) Certains bêtabloquants (généralement hydrophiles) ;

2.2.2 (c) Des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ;

2.2.2 (d) Des inhibiteurs calciques à effet lent ;

2.2.2 (e) Des inhibiteurs du récepteur de l'angiotensine 2.

2.2.2 (f) Au commencement d'un traitement anti-hypertenseur, l'intéressé sera déclaré temporairement inapte en raison des risques d'effets secondaires, jusqu'à ce que sa tension artérielle soit maîtrisée de façon satisfaisante sans effets secondaires.

2.2 (d) Les candidats souffrant d'hypotension symptomatique doivent être déclarés inaptes.

2.3. Affection des artères coronaires

2.3 (a) Tout candidat soupçonné de coronaropathie doit subir un examen cardiologique. Tout candidat présentant une coronaropathie asymptomatique bénigne peut être déclaré apte par le CMCNA, sous réserve qu'il satisfasse aux conditions visées au paragraphe 2.3.1.

2.3.1 En cas de soupçon de coronaropathie asymptomatique, un électrocardiogramme d'effort est requis, complété, si nécessaire, par d'autres épreuves (scintigraphie myocardique, échocardiographie de stress, angiographie coronaire ou épreuves équivalentes agréées par le CMCNA) qui ne révéleront pas d'ischémie du myocarde ni de sténose significative des artères coronaires.

2.3 (b) Les candidats qui présentent une coronaropathie symptomatique ou des symptômes cardiaques maîtrisés par un traitement médicamenteux doivent être déclarés inaptes.

2.3 (c) Les candidats ayant eu un infarctus du myocarde doivent être déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte, sous réserve que les critères énoncés au paragraphe 2.3.2 soient satisfaits.

2.3.2 Un candidat asymptomatique dont les éventuels facteurs de risque ont été maîtrisés de manière satisfaisante, et dont le cas n'exige pas de traitement pour douleur ischémique du myocarde six mois après l'incident de référence (infarctus du myocarde) devra avoir subi des examens ayant donné les résultats suivants :

2.3.2 (a) Un ECG d'effort, limité aux symptômes, satisfaisant ;

2.3.2 (b) Une fraction d'éjection ventriculaire gauche de plus de 50 % sans anomalie significative de la mobilité pariétale, et une fonction ventriculaire droite normale ;

2.3.2 (c) Un enregistrement ECG ambulatoire de 24 heures satisfaisant ; et

2.3.2 (d) Une coronarographie montrant une sténose de moins de 30 %, ou tout autre examen d'imagerie montrant l'absence d'ischémie réversible importante des vaisseaux en aval de l'infarctus du myocarde et confirmant l'absence d'altération fonctionnelle du myocarde irrigué par les vaisseaux sténosés.

Le suivi requiert un examen cardio-vasculaire annuel, comprenant un ECG d'effort ou une scintigraphie d'effort. Une coronarographie ou tout autre examen d'imagerie est requis au plus tard cinq ans après l'incident de référence, à moins que des épreuves non invasives, telles qu'un ECG d'effort/une échographie d'effort, ne donnent des résultats sans anomalies.

2.3 (d) Les candidats dont le rétablissement s'avère satisfaisant six mois après un pontage coronarien ou une angioplastie et/ou la mise en place d'une endoprothèse vasculaire peuvent être déclarés aptes par le CMCNA, sous réserve qu'ils satisfassent aux critères énoncés au paragraphe 2.3.3.

2.3.3 Un candidat présentant des facteurs de risques maîtrisés et utilisant, si nécessaire, des bêtabloquants, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, des statines, des inhibiteurs calciques et de l'aspirine, qui n'a pas besoin de traitement anti-angineux, peut être soumis à un examen cardiologique.

Cet examen comprendra les épreuves suivantes :

2.3.3 (a) Un ECG d'effort, limité aux symptômes, pratiqué jusqu'au 4^e palier du protocole de Bruce ou équivalent, satisfaisant ;

2.3.3 (b) Une fraction d'éjection ventriculaire gauche de plus de 50 % sans anomalie significative de la mobilité pariétale, et une fonction d'éjection ventriculaire droite normale ;

2.3.3 (c) Si nécessaire, un enregistrement ECG ambulatoire de 24 heures satisfaisant ;

2.3.3 (d) Une coronarographie après traitement montrant un bon débit dans les artères greffées. L'absence de sténose supérieure à 50 % (*Nota* : 30 % dans le texte anglais) dans les artères dominantes non traitées, l'absence de resténose dans les artères traitées par angioplastie/endoprothèse vasculaire, et une fonction myocardique normale en aval des artères traitées. La présence d'au moins trois sténoses de 30 % à 50 % dans l'arborescence vasculaire n'est pas acceptable.

L'état de l'ensemble du réseau vasculaire coronaire doit être jugé satisfaisant par un cardiologue agréé par le CMCNA, et une attention particulière devrait être accordée aux sténoses multiples et/ou aux revascularisations multiples.

Une sténose non traitée supérieure à 30 % située dans le tronc de l'artère coronaire gauche ou dans la portion proximale de l'artère interventriculaire antérieure gauche n'est pas acceptable.

Le suivi requiert un examen cardio-vasculaire annuel, y compris un ECG d'effort ou une scintigraphie d'effort. Une coronarographie ou tout autre examen d'imagerie est requis au plus tard cinq ans après l'incident de référence, à moins que des épreuves non invasives, telles qu'un ECG d'effort/une échographie d'effort, ne donnent des résultats satisfaisants.

2.4. *Troubles du rythme/de la conduction*

2.4 (a) Les candidats présentant des troubles cliniquement significatifs du rythme supraventriculaire, intermittents ou permanents, doivent être déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte, sous réserve qu'un examen cardiologique, effectué conformément aux dispositions du paragraphe 2.4.1, soit satisfaisant.

2.4.1 Tout trouble significatif du rythme ou de la conduction doit faire l'objet d'une évaluation par un cardiologue agréé par le CMCNA et d'un suivi approprié dans le cas où le candidat est déclaré apte.

(a) Une telle évaluation doit comporter :

(1) Un ECG d'effort selon le protocole de Bruce ou équivalent. L'épreuve devrait être menée à puissance maximale soutenue ou limitée aux symptômes. L'ECG d'effort doit être effectué jusqu'au 4^e palier du protocole de Bruce sans révéler d'anomalie significative du rythme ou de la conduction, ni de signe d'ischémie myocardique. Il convient d'envisager la suppression de la médication cardioactive avant l'épreuve ;

(2) Un ECG ambulatoire de 24 heures qui ne révèle pas de trouble significatif du rythme ou de la conduction ;

(3) Une échocardiographie Doppler 2D qui ne révèle pas de dilatation sélective significative ni d'anomalie structurelle ou fonctionnelle significative du ventricule gauche, et une fraction d'éjection ventriculaire gauche au moins égale à 50 %.

(b) Une évaluation plus approfondie peut inclure :

(1) Plusieurs enregistrements ECG de 24 heures ;

(2) Une exploration électrophysiologique ;

(3) Une scintigraphie myocardique de perfusion, ou une épreuve équivalente ;

(4) Une IRM cardiaque ou une épreuve équivalente ;

(5) Une coronarographie ou une épreuve équivalente.

2.4 (b) Les candidats présentant une bradycardie ou une tachycardie sinusale asymptomatique peuvent être déclarés aptes en l'absence d'anomalie sous-jacente significative.

2.4 (c) Les candidats présentant à l'évidence une maladie sino-auriculaire doivent se soumettre à un examen cardiologique effectué conformément au paragraphe 2.4.1.

2.4 (d) Les candidats présentant des extrasystoles ventriculaires monomorphes isolées asymptomatiques ne doivent pas être déclarés inaptes mais, en cas d'extrasystoles fréquentes ou polymorphes, un examen cardiologique complet, effectué conformément au paragraphe 2.4.1, est requis (cf. paragraphe 2.4.2).

2.4.2 La présence d'extrasystoles supraventriculaires ou ventriculaires sur un électrocardiogramme au repos ne nécessite pas d'autre examen, sous réserve qu'il soit prouvé que la fréquence n'est pas supérieure à un par minute (par exemple, sur une bande étendue d'enregistrement du rythme).

2.4 (e) En l'absence d'autre anomalie, les candidats présentant un bloc de branche incomplet ou une déviation stable de l'axe vers la gauche peuvent être déclarés aptes. Les candidats présentant un bloc de branche droit ou gauche complet doivent faire l'objet, lors de la première présentation, d'un examen cardiologique effectué conformément au paragraphe 2.4.1 (cf. paragraphe 2.4.3).

2.4.3 (a) Les candidats qui développent un bloc de branche droit complet après 40 ans doivent pouvoir apporter la preuve d'une période de stabilité, normalement d'un an, avant de pouvoir se soumettre à un examen d'aptitude.

(b) Le bloc de branche gauche est plus couramment associé à une coronaropathie et nécessite donc un examen approfondi, au besoin invasif. Le candidat qui, lors de l'examen initial, a fait l'objet d'un examen approfondi n'ayant révélé aucune pathologie peut être déclaré apte. En cas de bloc de branche gauche *de novo* lors d'un examen de revalidation ou de renouvellement, une déclaration d'aptitude peut être envisagée, moyennant un suivi étroit et à l'issue d'une période de stabilité d'au moins douze mois.

2.4 (f) Les candidats présentant un bloc auriculo-ventriculaire du premier degré ou de type Mobitz I peuvent être déclarés aptes en l'absence d'une anomalie sous-jacente. Les candidats présentant un bloc auriculo-ventriculaire complet ou de type Mobitz II seront déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte si les résultats de l'évaluation décrite au 2.4.1 sont satisfaisants.

2.4 (g) Les candidats présentant des tachycardies complexes, larges et/ou étroites, doivent être déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte si les résultats de l'évaluation décrite au paragraphe 2.4.1 sont satisfaisants.

2.4 (h) Les candidats ayant subi une ablation doivent être déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte si les résultats de l'évaluation décrite au paragraphe 2.4.4 sont satisfaisants.

2.4.4 Les candidats ayant subi avec succès une ablation par cathéter peuvent être déclarés aptes après un délai d'un an minimum, ou plus tôt si une exploration électrophysiologique, effectuée au moins deux mois après l'ablation, donne des résultats satisfaisants.

2.4 (i) Les candidats présentant un syndrome de pré-excitation ventriculaire, par exemple un syndrome de Wolf-Parkinson-White, doivent être déclarés inaptes à moins que l'examen cardiologique ne confirme qu'ils satisfont aux critères énoncés au paragraphe 2.4.5.

2.4.5 (a) Un candidat peut être déclaré apte par le CMCNA, sous réserve qu'un examen cardiologique approprié, effectué conformément aux dispositions du paragraphe 2.4.1, soit satisfaisant.

(b) Le CMCNA peut déclarer aptes des candidats asymptomatiques présentant un syndrome de pré-excitation sous réserve qu'une exploration électrophysiologique, sous stimulation sympathique médicamenteuse appropriée, ne révèle aucun risque de tachycardie de réentrée induite et que l'existence de voies multiples est exclue.

(c) Un enregistrement de Holter doit démontrer l'absence de tendance à la tachyarythmie, symptomatique ou asymptomatique.

2.4 (j) Les candidats porteurs d'un stimulateur cardiaque endocavitaire doivent être déclarés inaptes, à moins que le bilan cardiologique ne confirme qu'ils satisfont aux critères énoncés au paragraphe 2.4.6.

2.4.6 Les candidats porteurs d'un stimulateur cardiaque endocavitaire peuvent demander une recertification trois mois après une implantation, sous réserve que :

- (1) Ils ne présentent aucun autre trouble qui puisse les disqualifier ;
- (2) Des systèmes de dérivation bipolaire aient été utilisés ;
- (3) Le candidat ne soit pas dépendant du stimulateur, en d'autres termes, qu'un arrêt de l'activité cardiaque soit improbable ;

(4) Un électrocardiogramme d'effort, limité aux symptômes, effectué jusqu'au 4^e palier du protocole de Bruce ou équivalent, ne révèle pas d'anomalie ou de signe d'ischémie myocardique. Une scintigraphie peut être utile si l'électrocardiogramme au repos révèle des troubles/complexes stimulés de la conduction ;

(5) Un suivi puisse être effectué par un cardiologue agréé par le CMCNA, avec contrôle du stimulateur et monitoring de Holter, si indiqué ;

(6) L'expérience enseignant que les pannes de stimulateur risquent davantage de se produire dans les trois premiers mois suivant l'implantation, il convient donc de ne pas envisager la délivrance d'un certificat d'aptitude avant l'expiration de ce délai. Il est de notoriété que certains équipements opérationnels peuvent interférer avec le fonctionnement du stimulateur. Il doit donc avoir été prouvé que le fonctionnement du type de stimulateur utilisé n'est pas perturbé dans l'environnement opérationnel. Des données à ce sujet doivent pouvoir être obtenues auprès du fournisseur.

2.5. Observations générales

2.5 (a) Les candidats atteints d'une maladie vasculaire périphérique doivent être déclarés inaptes, avant ou après intervention chirurgicale. En l'absence de déficience significative, le CMCNA peut envisager de les déclarer aptes sous réserve de la satisfaction des critères énoncés au paragraphe 2.5.1 (a).

2.5.1 (a) Si les candidats ne présentent aucun signe de pathologie majeure des artères coronaires, ou qu'aucun athérome ne soit mis en évidence ailleurs, ni aucune atteinte fonctionnelle de l'organe cible irrigué, le CMCNA peut envisager de les déclarer aptes. L'évaluation comprendra un ECG à l'effort et une échographie Doppler.

2.5 (b) Les candidats présentant un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale, avant ou après intervention chirurgicale, doivent être déclarés inaptes. Les candidats présentant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale peuvent être déclarés aptes par le CMCNA, lors d'un examen de renouvellement ou de revalidation, sous réserve de la satisfaction des critères énoncés au paragraphe 2.5.1 (b).

2.5.1 (b) Le CMCNA peut envisager de déclarer apte un candidat ayant subi une intervention chirurgicale pour anévrisme sans complication de l'aorte abdominale sous-rénale, sous réserve qu'il ne présente aucune pathologie de la circulation carotidienne et coronaire.

2.5 (c) Les candidats présentant une anomalie cliniquement importante de l'une des valves cardiaques doivent être déclarés inaptes.

2.5 (d) Les candidats présentant des anomalies mineures des valves cardiaques peuvent être déclarés aptes par le CMCNA à l'issue d'un bilan cardiologique effectué conformément aux critères énoncés au paragraphe 2.5.1 (c) et (d).

2.5.1 (c) Un souffle cardiaque d'étiologie inconnue doit faire l'objet d'une évaluation par le CMCNA à l'issue d'un examen pratiqué par un cardiologue agréé par le CMCNA. Si ce souffle est jugé important, des examens complémentaires devront comprendre une échocardiographie Doppler bidimensionnelle.

2.5.1 (d) Problèmes valvulaires :

(1) Une valve aortique bicuspidie est admise sans restriction en l'absence de toute autre anomalie cardiaque ou aortique, mais doit faire l'objet d'un examen tous les deux ans, avec échocardiographie.

(2) Une sténose aortique bénigne (gradient inférieur à 25 mm Hg ou vitesse inférieure à 2 m par seconde au Doppler) peut être admise. Un examen annuel doit être effectué, avec échocardiographie Doppler bidimensionnelle, par un cardiologue agréé par le CMCNA.

(3) L'insuffisance aortique ne s'oppose pas à un certificat sans restriction à condition qu'elle soit mineure et qu'aucune surcharge volumétrique ne soit mise en évidence. Une échocardiographie Doppler bidimensionnelle ne doit pas révéler d'anomalie de l'aorte ascendante. Un examen annuel doit être pratiqué par un cardiologue agréé par le CMCNA.

(4) En principe, une affection valvulaire mitrale (sténose rhumatismale de la valve mitrale) est disqualifiante. Un prolapsus valvulaire mitral et une insuffisance mitrale bénigne peuvent être admis. Les candidats présentant un clic méso-systolique isolé peuvent être déclarés aptes sans restriction. Les candidats présentant une insuffisance mineure sans complication peuvent être déclarés aptes moyennant un suivi cardiologique régulier.

(5) Les candidats présentant des signes de surcharge du ventricule gauche avec dilatation télédiastolique du ventricule gauche doivent être déclarés inaptes.

2.5 (e) Les candidats ayant subi un remplacement valvulaire/une valvuloplastie doivent être déclarés inaptes. En cas d'évolution favorable ils peuvent être déclarés aptes par le CMCNA à l'issue d'un examen cardiologique effectué conformément au paragraphe 2.5.1 (e).

2.5.1 (e) Chirurgie valvulaire :

(1) Les candidats asymptomatiques peuvent être déclarés aptes par le CMCNA six mois après l'intervention de chirurgie valvulaire, dans les conditions suivantes :

(i) Fonctions valvulaires et ventriculaires normales, à l'échocardiographie Doppler bidimensionnelle ;

(ii) Résultats satisfaisants d'un échocardiogramme d'effort limité aux symptômes, ou équivalent ;

(iii) Absence démontrée de coronaropathie, à moins que celle-ci n'ait été traitée de manière satisfaisante par revascularisation ;

(iv) Aucune médication à visée cardiologique n'est requise ;

(v) Un contrôle cardiologique annuel effectué par un cardiologue agréé par le CMCNA est requis, comprenant un ECG à l'effort et une échocardiographie Doppler bidimensionnelle.

(2) Les candidats porteurs de valves mécaniques peuvent être déclarés aptes sous réserve d'un contrôle satisfaisant de leur thérapie anticoagulante. L'âge devrait être pris en compte dans l'évaluation des risques.

2.5 (f) Un traitement anticoagulant systémique pour embolie pulmonaire ou troubles veineux périphériques est disqualifiant. Un traitement anticoagulant pour prévenir une éventuelle pathologie thrombo-embolique artérielle est disqualifiant. L'embolie pulmonaire nécessite un bilan complet. Les candidats peuvent être déclarés aptes par le CMCNA, conformément aux critères énoncés au paragraphe 2.5.2.

2.5.2. Après un bilan complet et, dans le cas d'un traitement anticoagulant pour embolie pulmonaire ou troubles veineux périphériques, lorsque le traitement anticoagulant est stable et sous réserve d'un contrôle satisfaisant, le candidat peut être déclaré apte sous réserve qu'un spécialiste compétent agréé par le CMCNA établisse un rapport. Le traitement par héparine par voie sous-cutanée peut être acceptable, sous réserve qu'un spécialiste compétent agréé par le CMCNA établisse un rapport satisfaisant.

2.5 (g) Les candidats présentant une anomalie du péricarde, du myocarde ou de l'endocarde doivent être déclarés inaptes jusqu'à guérison complète ou jusqu'à l'issue d'un examen cardiologique effectué conformément au paragraphe 2.5.3.

2.5.3 Les anomalies du péricarde, du myocarde et de l'endocarde, primaires ou secondaires, doivent généralement être considérées comme disqualifiantes, sauf guérison clinique. Un examen cardio-vasculaire, à la discrétion d'un cardiologue agréé par le CMCNA, peut devoir inclure une échocardiographie Doppler bidimensionnelle, un électrocardiogramme d'effort, un enregistrement électrocardiographique ambulatoire sur vingt-quatre heures, une scintigraphie myocardique et une coronarographie.

2.5 (h) Les candidats présentant des anomalies cardiaques congénitales, avant ou après intervention chirurgicale réparatrice, doivent généralement être déclarés inaptes. Les candidats présentant des anomalies mineures peuvent être déclarés aptes par le CMCNA à l'issue d'un bilan cardiologique, effectué conformément au paragraphe 2.5.4.

2.5.4 Les anomalies cardiaques congénitales, y compris lorsqu'elles sont corrigées par chirurgie, doivent normalement être considérées comme disqualifiantes, sauf si elles sont sans incidence sur le plan fonctionnel et qu'aucune médication ne soit requise. Une évaluation cardiologique par le CMCNA est obligatoire. Les examens peuvent comprendre une échocardiographie Doppler, un électrocardiogramme d'effort et un enregistrement électrocardiographique ambulatoire sur vingt-quatre heures. Un contrôle cardiologique régulier est requis. La périodicité des contrôles devrait être laissée à l'appréciation d'un cardiologue agréé par le CMCNA.

2.5 (i) Un candidat ayant subi une transplantation cardiaque doit être déclaré inapte.

2.5 (j) Les candidats qui présentent des antécédents de syncopes vasovagales récidivantes doivent être déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de déclarer aptes des candidats ayant présenté des symptômes évocateurs, sous réserve de la satisfaction des critères énoncés au paragraphe 2.5.5.

2.5.5 Les candidats ayant connu des épisodes récurrents de syncopes subiront les examens suivants :

(a) Un électrocardiogramme d'effort, de 12 dérivations, limité aux symptômes, effectué jusqu'au 4^e palier du protocole de Bruce ou équivalent, qui ne révèle aucune anomalie selon un spécialiste agréé par le CMCNA. Si l'ECG au repos n'est pas normal, une scintigraphie myocardique/une échocardiographie de stress est requise ;

(b) Une échocardiographie Doppler bidimensionnelle qui ne révèle pas de dilatation sélective de la chambre ventriculaire ni d'anomalie structurelle ou fonctionnelle du cœur, des valvules ou du myocarde ;

(c) Un enregistrement ECG ambulatoire sur vingt-quatre heures qui ne révèle aucun trouble ni complexe de la conduction, aucun trouble constant du rythme ni de signe d'ischémie myocardique ;

(d) Eventuellement, un test d'inclinaison, effectué selon un protocole standard, qui ne révèle, de l'avis d'un cardiologue agréé par le CMCNA, aucun signe d'instabilité vasomotrice.

En principe, un examen neurologique sera indiqué.

3. Appareil respiratoire

3.1. Généralités

3.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune anomalie de l'appareil respiratoire, qu'elle soit congénitale ou acquise, susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

3.1 (b) Une radiographie postérieure/antérieure du thorax sera effectuée sur indication clinique.

3.1 (c) Des épreuves de la fonction respiratoire sont requises lors de l'examen initial. Les candidats présentant une altération significative de la fonction respiratoire doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 3.1.1).

3.1.1 Un examen spirométrique est nécessaire lors de l'examen initial en vue de l'obtention du certificat européen de classe 3. Un rapport VEMS/CV inférieur à 70 % requiert une évaluation approfondie par un spécialiste des affections respiratoires.

3.1 (d) Toute anomalie importante doit faire l'objet d'un examen complémentaire par un spécialiste des affections respiratoires.

3.2. Troubles respiratoires

3.2 (a) Les candidats présentant une affection obstructive chronique majeure des voies aériennes doivent être déclarés inaptes. Si nécessaire, ils devront se soumettre à une évaluation par un spécialiste des affections respiratoires.

3.2 (b) Les candidats présentant une hyperréactivité des voies respiratoires (asthme bronchique) nécessitant un traitement doivent faire l'objet d'une évaluation, conformément aux critères énoncés au paragraphe 3.2.1.

3.2.1 Les candidats sujets à des crises d'asthme récidivantes doivent être déclarés inaptes. Le CMCNA peut envisager de délivrer un certificat européen de classe 3 à un candidat souffrant d'asthme bénin, si les résultats des épreuves de la fonction respiratoire sont acceptables et que le traitement soit compatible avec l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

3.2 (c) Les candidats présentant des affections inflammatoires évolutives de l'appareil respiratoire doivent être déclarés temporairement inaptes.

3.2 (d) Les candidats atteints de sarcoïdose évolutive doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 3.2.2).

3.2.2 La délivrance du certificat peut être envisagée par le CMCNA si la maladie :

(a) A fait l'objet d'un examen complet par rapport au risque de conséquences générales ;

(b) Se limite à une adénopathie hilairale et que le candidat ne prenne aucune médication.

3.2 (e) Les candidats présentant un pneumothorax spontané doivent être déclarés inaptes dans l'attente d'un bilan complet (cf. paragraphe 3.2.3).

3.2.3 Pneumothorax spontané :

3.2.3 (a) Le certificat peut être délivré après rétablissement intégral d'un pneumothorax spontané unique, à l'issue d'une période d'observation après l'incident, avec examen respiratoire complet, y compris une IRM ou une épreuve équivalente.

3.2.3 (b) Le CMCNA peut envisager la revalidation ou le renouvellement si le candidat se rétablit intégralement d'un pneumothorax spontané unique après six semaines.

3.2.3 (c) Un pneumothorax spontané récidivant est disqualifiant. Le CMCNA peut envisager de délivrer le certificat après une intervention chirurgicale suivie d'un rétablissement satisfaisant.

3.2. (f) Les candidats nécessitant une opération majeure du thorax doivent être déclarés inaptes après l'intervention et jusqu'à ce que ses effets ne risquent plus de perturber l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés aux licences. La pathologie sous-jacente ayant nécessité l'intervention devra être prise en compte dans le processus d'évaluation en vue de la revalidation ou du renouvellement (cf. paragraphe 3.2.4).

3.2.4 Le CMCNA peut envisager la revalidation ou le renouvellement du certificat à la suite d'une pneumectomie ou d'une opération du thorax de moindre importance après rétablissement satisfaisant et évaluation respiratoire complète, y compris une IRM ou une épreuve équivalente.

3.2 (g) Les candidats atteints d'un emphysème pulmonaire doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 3.2.5).

3.2.5 Le CMCNA peut envisager de délivrer le certificat si leur état n'entraîne pas de conséquences fonctionnelles significatives.

3.2 (h) Les candidats souffrant de tuberculose évolutive doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 3.2.6).

3.2.6 Les candidats présentant des lésions stabilisées ou guéries peuvent être déclarés aptes.

3.2 (i) Les candidats qui présentent une somnolence diurne excessive, y compris un syndrome d'apnée du sommeil, doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 3.2.7).

3.2.7 Les candidats présentant un syndrome d'apnée du sommeil peuvent être déclarés aptes en fonction de l'ampleur des symptômes et sous réserve d'un traitement satisfaisant et d'une évaluation fonctionnelle dans l'environnement de travail, conformément aux éléments indicatifs donnés au point 1 de l'annexe 1 au présent document.

4. Appareil digestif

4.1. Généralités

4.1 Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune affection fonctionnelle ou structurelle du tractus gastro-intestinal ou de ses annexes, susceptible de nuire à l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

4.2. Troubles digestifs

4.2 (a) Les candidats qui présentent des troubles dyspeptiques récidivants nécessitant un traitement doivent être déclarés inaptes (voir toutefois le paragraphe 4.2.1 (a) et (c)).

4.2.1 (a) Une dyspepsie récidivante nécessitant un traitement doit faire l'objet d'explorations radiologiques ou endoscopiques. Les analyses en laboratoire devraient comprendre une évaluation de l'hémoglobine et un examen des fèces. Dans les cas démontrés d'ulcération ou d'inflammation importante, le CMCNA ne peut revalider ou renouveler le certificat qu'après rétablissement dûment attesté.

4.2 (b) Une pancréatite est disqualifiante (voir toutefois le paragraphe 4.2.1 (b) et (c)).

4.2.1 (b) Le CMCNA peut envisager de délivrer un certificat si la cause de l'obstruction (par exemple médicament, calcul biliaire) est supprimée.

4.2.1 (c) L'alcool peut être à l'origine d'une dyspepsie et d'une pancréatite. Si nécessaire, une évaluation complète de sa consommation ou de son abus est requise.

4.2 (c) Les candidats présentant des calculs biliaires symptomatiques multiples ou un gros calcul unique doivent être déclarés inaptes jusqu'à ce qu'un traitement efficace ait été appliqué (cf. paragraphe 4.2.2).

4.2.2 Un gros calcul unique peut être compatible avec la délivrance du certificat, après examen par le CMCNA. Une personne qui présente des calculs asymptomatiques multiples et en attente d'évaluation ou de traitement peut être déclarée apte.

4.2 (d) Un candidat qui présente des antécédents médicaux établis ou un diagnostic clinique d'affection inflammatoire aiguë ou chronique intestinale (iléite régionale, colite ulcéreuse, diverticulite) doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 4.2.3).

4.2.3 Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte s'il y a rémission établie et stabilisation, et si le traitement, s'il y a lieu, est minimal. Un suivi régulier est requis.

4.2 (e) Un candidat qui présente une hernie susceptible de donner lieu à des complications entraînant une incapacité doit être déclaré inapte.

4.2 (f) Tout candidat présentant des séquelles de maladie ou d'intervention chirurgicale affectant une partie quelconque du tractus digestif ou de ses annexes, et susceptibles d'être à l'origine d'une incapacité, en particulier d'une obstruction due à un étranglement ou à une compression, doit être déclaré inapte.

4.2 (g) Tout candidat ayant subi une intervention chirurgicale du tractus digestif ou de ses annexes et comportant une excision totale ou partielle ou une dérivation de l'un de ces organes, doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 4.2.4).

4.2.4 Après une intervention chirurgicale majeure, il est peu probable qu'un individu puisse reprendre le travail avant un délai minimum de trois mois. Le CMCNA peut envisager, à l'occasion d'une revalidation ou d'un renouvellement, de déclarer un candidat apte plus tôt si le rétablissement est complet et le risque de complication secondaire ou de récurrence minime, et si les effets de l'intervention ne risquent plus de perturber l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

5. Maladies du métabolisme, de la nutrition et du système endocrinien

5.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucun trouble fonctionnel ou structurel du métabolisme, de la nutrition ou du système endocrinien, qui soit susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

5.1 (b) Un candidat présentant des dysfonctionnements du métabolisme, de la nutrition ou du système endocrinien doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 5.1.1).

5.1.1. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte si son état est asymptomatique, cliniquement compensé et stable, avec ou sans thérapie de remplacement, et régulièrement suivi par un spécialiste compétent.

5.1 (c) La chirurgie endocrinienne entraîne l'inaptitude. Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte après rétablissement complet, dans les conditions décrites au paragraphe 5.1.1.

5.1 (d) Les candidats souffrant de diabète sucré doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphes 5.1.2 et 5.1.3).

5.1.2 La constatation d'une glycosurie et d'une glycémie anormale requiert des investigations complémentaires. La déclaration d'aptitude peut être envisagée par le CMCNA s'il est démontré que la tolérance au glucose est normale (seuil rénal bas) ou si la tolérance affaiblie au glucose, sans pathologie diabétique, est pleinement maîtrisée par un régime et fait l'objet d'un suivi régulier.

5.1.3 L'utilisation de biguanides et/ou d'inhibiteurs de l'alpha-glucosidase peut être admise, ces produits n'entraînant pas d'hypoglycémie.

5.1 (e) Les candidats présentant un diabète insulino-dépendant doivent être déclarés inaptes.

5.1 (f) L'utilisation d'antidiabétiques est disqualifiante (cf. paragraphe 5.1.3).

6. Hématologie

6.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune affection hématologique qui soit susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

6.1 (b) L'analyse de sang doit faire partie de l'examen initial, puis être répétée, pour la revalidation ou le renouvellement, à intervalles de quatre ans jusqu'à l'âge de 40 ans et tous les deux ans après, ou sur indication clinique (cf. paragraphe 6.1.1).

6.1.1 Le détail des analyses pratiquées peut être fixé par le CMCNA de chaque Etat membre.

6.1.2 Les anémies confirmées par une diminution de la concentration d'hémoglobine requièrent un examen. Une anémie insensible au traitement est disqualifiante. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte dans les cas où la cause primitive a été traitée de manière satisfaisante (par exemple déficience en fer ou vitamine B12) et où l'hémoglobine est stabilisée (taux recommandé entre 11 g/dl et 17 g/dl), ou dans les cas où une thalassémie ou une hémoglobinopathie mineure est diagnostiquée, sans antécédent de crises, et où il est démontré que le potentiel fonctionnel est complet.

6.1 (c) Tout candidat présentant une hypertrophie localisée ou généralisée significative des ganglions lymphatiques, ainsi qu'une maladie du sang, doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 6.1.3).

6.1.3 Toute hypertrophie des ganglions lymphatiques requiert un examen. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte dans le cas d'un processus infectieux aigu suivi d'un rétablissement complet, ou d'un lymphome de Hodgkin traité et en rémission intégrale. En raison des effets secondaires à long terme possibles de certains agents chimiothérapeutiques, il y a lieu de tenir compte du schéma thérapeutique précis utilisé.

6.1 (d) Tout candidat atteint de leucémie aiguë doit être déclaré inapte. Lors d'une première demande, les candidats qui sont atteints de leucémie chronique doivent être déclarés inaptes (pour la revalidation ou le renouvellement, voir le paragraphe 6.1.4).

6.1.4 En cas de leucémie chronique, Le CMCNA peut envisager de délivrer le certificat lors de la revalidation ou du renouvellement si le diagnostic révèle une leucémie lymphoïde au stade 0, I (et, éventuellement, II) sans anémie et nécessitant un traitement minimal, ou une leucémie à tricholeucocytes stable, avec hémoglobine et plaquettes normales. Un suivi régulier est requis.

6.1 (e) Tout candidat présentant une splénomégalie doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 6.1.5).

6.1.5 La splénomégalie requiert un examen. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte lorsque l'hypertrophie est minime et stable, et ne s'accompagne d'aucune autre pathologie associée (par exemple, malaria chronique traitée), ou si l'hypertrophie est minime et associée à un autre état acceptable (par exemple, lymphome de Hodgkin en rémission). Une splénomégalie palustre hyperactive peut ne pas faire obstacle à la déclaration d'aptitude, mais il convient de l'évaluer au cas par cas.

6.1 (f) Tout candidat présentant une polyglobulie importante doit être déclaré inapte. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte si l'affection est pleinement maîtrisée et que de bons rapports de suivi aient été reçus (cf. paragraphe 6.1.6).

6.1.6 La polyglobulie requiert des investigations complémentaires. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte si l'état est stable et qu'il a été prouvé qu'aucune pathologie n'y est associée.

6.1 (g) Tout candidat présentant un trouble de la coagulation doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 6.1.7 et 6.1.8).

6.1.7 Les troubles majeurs de la coagulation requièrent des investigations complémentaires. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte s'il n'y a pas d'antécédents hémorragiques importants ou thromboemboliques notables, et que les données hématologiques indiquent que la sécurité ne s'en trouvera pas compromise.

6.1.8 Si une thérapie anticoagulante ou un traitement est prescrit, il convient de suivre les éléments indicatifs énoncés au paragraphe 2.5.2.

7. Appareil urinaire

7.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune affection fonctionnelle ou structurelle de l'appareil urinaire ou de ses annexes, susceptible de nuire à l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

7.1 (b) Tout candidat présentant des signes de maladie organique du rein doit être déclaré inapte. L'analyse d'urine doit faire partie de tout examen médical. L'urine ne doit contenir aucun élément anormal considéré comme pathologique. Une attention particulière doit être portée aux affections des voies urinaires et des organes génitaux (cf. paragraphe 7.1.1).

7.1.1 Toute anomalie constatée lors d'une analyse d'urine requiert un examen. L'examen et l'analyse doivent porter sur la protéinurie, l'hématurie et la glycosurie.

7.1 (c) Tout candidat présentant des calculs urinaires doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 7.1.2).

7.1.2 La présence d'un calcul asymptomatique ou d'antécédents de coliques néphrétiques requiert des investigations complémentaires. Après traitement, la déclaration d'aptitude peut être envisagée, sous réserve d'un suivi approprié, la décision appartenant à un spécialiste agréé par le CMCNA. Des calculs résiduels devraient être disqualifiants à moins qu'ils ne se situent à un endroit d'où il est peu probable qu'ils se déplacent et entraînent l'apparition de symptômes.

7.1 (d) Tout candidat présentant des séquelles de maladie ou d'intervention chirurgicale sur les reins et les voies urinaires susceptibles de donner lieu à une incapacité doit être déclaré inapte. Un candidat ayant subi une néphrectomie compensée, sans hypertension ni urémie, peut être déclaré apte (cf. paragraphe 7.1.3).

7.1.3 Toute chirurgie urologique majeure entraîne une inaptitude. Toutefois, le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte s'il est complètement asymptomatique et qu'il n'existe qu'un risque minime de complication secondaire ou de récurrence.

7.1 (e) Tout candidat ayant subi une intervention chirurgicale majeure sur les voies urinaires ou l'appareil urinaire, comportant une excrèse totale ou partielle, ou une dérivation de l'un de ces organes, doit être déclaré inapte jusqu'à ce que les effets de l'intervention ne risquent plus d'entraîner l'incapacité (cf. paragraphes 7.1.3 et 7.1.4).

7.1.4 Une transplantation rénale ou une cystectomie totale sont disqualifiantes pour la délivrance d'un premier certificat. Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte lors de la revalidation ou du renouvellement dans les cas suivants :

7.1.4 (a) Transplantation rénale parfaitement compensée et tolérée, avec traitement immunosuppresseur mineur, après un délai minimum de douze mois ;

7.1.4 (b) Cystectomie totale fonctionnellement satisfaisante, sans récurrence de pathologie primitive.

8. Maladies et autres infections transmissibles

8.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter ni antécédents médicaux établis ni diagnostic clinique de maladie ou autres infections transmissibles, susceptibles de nuire à l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence (cf. paragraphe 8.1.1).

8.1.1 Une attention particulière doit être portée à des antécédents ou des signes cliniques indiquant :

- (1) une séropositivité pour le VIH ;
- (2) un affaiblissement du système immunitaire ;
- (3) une hépatite infectieuse ;
- (4) une syphilis.

8.1 (b) Un candidat présentant une infection VIH comportant des symptômes d'affection évolutive, telle que le SIDA, une lymphadénopathie chronique liée au VIH ou une atteinte du système nerveux central doit être déclaré inapte. Toutefois, la déclaration d'aptitude peut être envisagée au renouvellement et à la revalidation pour les individus présentant une réaction positive asymptomatique pour le VIH, dans les conditions énoncées aux paragraphes 8.1.1 à 8.1.3.

8.1.2 Il n'est pas nécessaire de procéder à un dépistage généralisé du VIH, mais uniquement sur indication clinique. Lorsque la séropositivité est confirmée, un processus rigoureux d'évaluation et de suivi devrait être établi pour permettre aux individus concernés de continuer à travailler, sous réserve que leur aptitude à exercer les privilèges attachés à leur certificat au niveau de sécurité requis ne soit pas compromise. Le traitement doit

être évalué par un spécialiste agréé par le CMCNA, au cas par cas, pour en vérifier le caractère approprié et les effets secondaires éventuels. Des éléments indicatifs sur les programmes d'analyses figurent au point 2 de l'annexe 1 du présent document.

8.1.3 Etant donné que l'incapacité soudaine engendrée par une crise comitiale ou l'incapacité légère générée par un dysfonctionnement cognitif figurent parmi les manifestations connues du VIH, un examen neurologique approfondi devrait, pour les personnes concernées, faire partie de l'examen régulier.

8.1 (c) Un diagnostic de syphilis n'est pas disqualifiant. Toutefois, les symptômes et complications d'une syphilis qui compromettent l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence sont disqualifiants (cf. paragraphe 8.1.4).

8.1.4 Le CMCNA peut envisager la déclaration d'aptitude dans le cas de sujets correctement traités et guéris de toute atteinte primaire et secondaire.

9. Gynécologie et obstétrique

9.1 (a) Toute candidate à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit pas présenter un état obstétrical ou gynécologique fonctionnel ou structurel qui soit susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

9.1 (b) Si l'examen obstétrical révèle une grossesse normale, la candidate peut être déclarée apte jusqu'à la fin de la 34^e semaine de grossesse au plus tard.

9.1.1 Le CMCNA, ou le MEA sous l'autorité du CMCNA, le cas échéant, devrait informer, par écrit, la candidate et son médecin traitant, des risques de complications de la grossesse.

9.1.2 Les privilèges attachés à la licence peuvent être rétablis dès confirmation satisfaisante du rétablissement intégral de l'intéressée après l'accouchement ou l'interruption de la grossesse.

9.1 (c) Une candidate ayant subi une opération gynécologique majeure doit être déclarée inapte (cf. paragraphe 9.1.3).

9.1.3 Une intervention chirurgicale gynécologique majeure est normalement disqualifiante. Le CMCNA peut envisager de déclarer une candidate apte, lors de la revalidation ou du renouvellement, si l'intéressée ne présente aucun symptôme et que le risque de complication secondaire ou de récurrence soit minime, et si les effets de l'intervention ne risquent plus de perturber l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

10. Appareil locomoteur

10.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune anomalie des os, des articulations, des muscles ou tendons, qu'elle soit congénitale ou acquise, susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence (cf. paragraphes 10.1.1 et 10.1.2).

10.1.1 Une morphologie anormale, notamment une obésité, ou une faiblesse musculaire peut requérir une évaluation médicale notamment dans l'environnement de travail, agréée par le CMCNA.

10.1.2 Les dysfonctionnements locomoteurs, amputations, malformations, pertes d'une fonction et troubles ostéo-articulaires évolutifs seront évalués au cas par cas. Cette évaluation sera effectuée par le MEA en concertation avec l'expert opérationnel compétent connaissant la complexité des tâches considérées.

10.1 (b) Les candidats atteints d'obésité sévère doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 10.1.3).

10.1.3 L'âge du candidat et son indice de masse corporelle doivent être pris en considération dans le cadre de l'évaluation.

10.1 (c) Les candidats présentant un état évolutif ostéo-articulaire ou musculo-tendineux se traduisant par des troubles fonctionnels doivent être déclarés inaptes (cf. paragraphe 10.1.4).

10.1.4 Les états évolutifs ostéo-articulaires ou musculo-tendineux peuvent être d'origine congénitale ou acquise. Tout trouble fonctionnel devrait être évalué en fonction de ses incidences sur l'aptitude de l'intéressé à opérer de manière satisfaisante dans l'environnement de travail. Il ne peut suivre aucun traitement disqualifiant (cf. 10.1.2).

10.1.5 Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte, lors de la revalidation ou du renouvellement, dans les cas de déficience d'un membre, avec ou sans prothèse, à l'issue d'une évaluation satisfaisante par le CMCNA dans l'environnement de travail (cf. 10.1.2).

11. Psychiatrie et psychologie

11.1. Psychiatrie

11.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou tout titulaire d'un tel certificat ne doit pas présenter d'antécédents médicaux établis ou de diagnostic clinique de maladie, incapacité, état ou troubles psychiatriques, aigus ou chroniques, congénitaux ou acquis, susceptibles de perturber l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

11.1 (b) Les points ci-après doivent faire l'objet d'une attention particulière (cf. paragraphes 11.1.1 à 11.1.5) :

- (1) Symptômes évoquant une psychose ;
 - (2) Troubles de l'humeur ;
 - (3) Troubles de la personnalité, notamment s'ils sont suffisamment graves pour s'être traduits par un comportement manifestement anormal ;
 - (4) Troubles mentaux et névrose ;
 - (5) Utilisation de drogues ou d'autres substances psychotropes, ou abus d'alcool, avec ou sans dépendance.
- 11.1.1 Les questions soulevées dans la présente section sont complexes. On trouvera des éléments indicatifs dans le chapitre du manuel JAR FCL 3 consacré à la psychiatrie dans l'aéronautique.
- 11.1 (c) Un état établi comportant des symptômes psychotiques est disqualifiant (cf. paragraphe 11.1.2).
- 11.1.2 Le CMCNA ne peut envisager de déclarer un candidat apte que s'il est convaincu que le diagnostic initial était erroné ou mal fondé, ou qu'il résultait d'un épisode toxique unique.
- 11.1 (d) Une névrose établie est disqualifiante (cf. paragraphe 11.1.3).
- 11.1.3 Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte à l'issue d'un examen par un psychiatre agréé par le CMCNA et après cessation de tout traitement psychotrope sur une durée appropriée.
- 11.1 (e) Une tentative de suicide unique ou des actes manifestes répétés sont disqualifiants (cf. paragraphe 11.1.4).
- 11.1.4 Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte à l'issue de l'examen complet d'un cas particulier, avec suivi psychologique et psychiatrique de l'intéressé.
- 11.1 (f) L'abus d'alcool et l'usage de drogues ou autres substances psychotropes, avec ou sans dépendance, sont disqualifiants (voir le paragraphe 11.1.5).
- 11.1.5 Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte à l'issue d'une période établie de sobriété ou de sevrage de deux ans. Une déclaration d'aptitude lors de la revalidation ou du renouvellement peut être envisagée à la discrétion du CMCNA à l'issue d'un traitement et d'un examen qui peuvent comprendre les éléments suivants :
- (a) Cure en hôpital ou en établissement spécialisé ;
 - (b) Examen par un psychiatre agréé par le CMCNA ;
 - (c) Suivi permanent, incluant analyses de sang et rapports de l'entourage pendant une période de trois ans minimum.

11.2. Psychologie

11.2 (a) Tout candidat qui se montre incapable de faire face au stress ou aux problèmes qui y sont liés, dans une mesure pouvant engager son aptitude à exercer en toute sécurité, les privilèges attachés à la licence, doit être déclaré inapte (voir toutefois les paragraphes 11.2.2 et 11.2.3).

11.2.1 Dans le cadre de la gestion psychiatrique, l'évaluation psychologique peut être décisive pour permettre au psychiatre d'effectuer une évaluation holistique.

11.2 (b) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit présenter aucune déficience psychologique établie qui soit susceptible de compromettre l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence (cf. paragraphes 11.2.2 à 11.2.4).

11.2.2 Si des problèmes liés au stress, qui sont susceptibles de nuire à l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence sont signalés, une évaluation psychologique confiée à un spécialiste dûment qualifié agréé par le CMCNA, peut être nécessaire (cf. paragraphe 11.2 (c)).

11.2.3 Faire face au stress signifie :

- (a) Faire face à une charge de travail élevée ;
- (b) Supporter l'ennui ;
- (c) « Décompresser » après le travail ;
- (d) Contrôler l'anxiété et la colère ;
- (e) Gérer les incidents critiques.

En cas de signes d'inaptitude ou en cas d'incidents en rapport avec les éléments ci-dessus, le candidat devrait être présenté à un spécialiste dûment qualifié agréé par le CMCNA (cf. paragraphe 11.2 (c)).

11.2.4 Une évaluation psychologique peut être demandée par le CMCNA dans le cadre, ou en complément, d'un examen psychiatrique ou neurologique lorsque le MEA ou l'autorité responsable reçoit des informations vérifiables d'une source identifiable faisant état de doutes quant à l'aptitude mentale ou à la personnalité d'un individu précis. Il peut s'agir d'accidents ou d'incidents, de problèmes apparus lors de contrôles de la formation ou de qualification, de faits de délinquance ou de connaissances, en rapport avec l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

11.2.5 L'évaluation psychologique peut tenir compte des antécédents médicaux, de l'histoire personnelle et du suivi de l'aptitude, en plus des tests de personnalité et de l'entretien psychologique.

11.2 (c) En cas d'indication d'évaluation psychologique, celle-ci doit être effectuée par un spécialiste en psychologie appliquée à l'aéronautique ou par un psychologue possédant une connaissance approfondie du contrôle aérien, agréé par le CMCNA. L'évaluation doit être dirigée par un neurologue ou un psychiatre, selon le cas (cf. paragraphe 11.1.2).

12. Neurologie

12.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou titulaire d'un tel certificat ne doit pas avoir d'antécédents médicaux avérés ni présenter de signes cliniques d'affection neurologique susceptibles de nuire à l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

12.1.1 Toute maladie évolutive du système nerveux est disqualifiante, mais une perte fonctionnelle mineure associée à une maladie stabilisée peut être acceptée après évaluation complète par un spécialiste agréé par le CMCNA.

12.1 (b) Les états suivants sont disqualifiants :

- (1) Affection évolutive du système nerveux ;
- (2) Epilepsie ;
- (3) Etat avec forte propension au dysfonctionnement cérébral.

(cf. paragraphes 12.1.1 à 12.1.5)

12.1.2 Un diagnostic d'épilepsie est disqualifiant. Un ou plusieurs épisodes convulsifs après l'âge de cinq ans sont disqualifiants. Toutefois, un candidat n'ayant pas eu de crise et ne suivant aucun traitement depuis dix ans peut être déclaré apte. Un épisode dont il est prouvé, à l'issue d'une évaluation neurologique, qu'il est dû à une cause occasionnelle isolée, telle qu'un traumatisme ou une toxine, peut être accepté.

12.1.3 Un épisode d'épilepsie rolandique bénigne peut être acceptable, sous réserve d'avoir été clairement diagnostiqué, avec des antécédents dûment documentés et des résultats d'EEG normaux. Le candidat ne doit plus présenter de symptômes et ne plus suivre de traitement depuis au moins dix ans.

12.1.4 Un électroencéphalogramme est requis lorsque les antécédents du candidat le justifient ou sur indication clinique.

12.1.5 Les anomalies EEG paroxystiques sont disqualifiantes.

12.1 (d) Les états ci-après peuvent être admis, sous réserve d'évaluation complète par un spécialiste agréé par le CMCNA :

- (1) Troubles de la conscience ou perte de conscience ;
- (2) Traumatisme crânien (cf. paragraphe 12.1.6 à 12.1.7).

12.1.6 Des antécédents d'un ou de plusieurs épisodes de troubles de la conscience sont disqualifiants. De tels épisodes peuvent toutefois être acceptés par le CMCNA lorsqu'ils s'expliquent de manière satisfaisante par une cause occasionnelle isolée et après évaluation neurologique approfondie.

12.1.7 Tout traumatisme crânien doit être évalué par le CMCNA et être soumis à un neurologue consultant agréé par le CMCNA. Une déclaration d'aptitude n'est possible qu'après rétablissement complet et pour autant que le risque d'épilepsie soit faible (dans les limites jugées acceptables par le CMCNA).

13. Ophtalmologie

13.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou tout titulaire d'un tel certificat ne doit pas présenter d'anomalie du fonctionnement des yeux ou de leurs annexes, ni d'affection évolutive, congénitale ou acquise, aiguë ou chronique, ni de séquelles d'intervention chirurgicale (cf. paragraphe 13.1.2) ou de traumatisme oculaire, susceptible de perturber l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

13.1.1 Les ophtalmologues auxquels le CMCNA fait appel devraient posséder une connaissance élémentaire de la fonctionnalité requise par les contrôleurs de la circulation aérienne dans l'exercice des privilèges attachés à leurs licences.

13.1 (b) Un examen ophtalmologique complet est requis lors de l'examen initial (cf. paragraphe 13.1.2).

13.1.2 Lors de l'examen initial en vue de l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3, un examen ophtalmologique complet doit être effectué par un spécialiste de l'ophtalmologie aéronautique agréé par le CMCNA, ou sous sa responsabilité, qui 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 objective sous cycloplégie ;
- (4) La motilité oculaire et la vision binoculaire ;
- (5) La vision des couleurs ;
- (6) Une mesure des champs visuels ;
- (7) Une tonométrie sur indication clinique et chez le candidat de plus de 40 ans ;
- (8) L'examen du globe oculaire, de son anatomie, un examen à la lampe à fente et un examen du fond d'œil ;
- (9) L'évaluation de la sensibilité au contraste.

13.1 (c) Tous les examens de revalidation ou de renouvellement doivent comporter un examen ophtalmologique de routine (cf. paragraphe 13.1.3).

13.1.3 Lors de chaque examen médical de revalidation ou de renouvellement, l'aptitude visuelle du candidat doit être évaluée et un examen oculaire effectué à la recherche d'une éventuelle pathologie, qui 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) un examen de la morphologie de l'œil à l'ophtalmoscope ;

(4) tout autre examen sur indication clinique.

Tous les cas anormaux ou douteux doivent être renvoyés chez un spécialiste de l'ophtalmologie aéronautique agréé par le CMCNA.

13.1 (d) Si, à l'examen de revalidation ou de renouvellement, la performance fonctionnelle a subi un changement significatif ou si les critères d'aptitude médicale de classe 3 (6/9 (0,7) 6/9 (0,7), 6/6 (1,0), N14, N5) ne peuvent être atteints qu'à l'aide de verres correcteurs, le candidat doit soumettre au MEA un rapport d'examen d'un ophtalmologue ou d'un spécialiste de la vue agréé par le CMCNA. Si l'erreur de réfraction n'excède pas + 5, - 6 dioptries, cet examen doit être effectué dans les 60 mois précédant l'examen médical général. Si l'erreur de réfraction se situe en dehors de ces limites, l'examen ophtalmologique doit être effectué dans les vingt-quatre mois précédant l'examen (cf. paragraphe 13.1.4).

13.1.4 L'examen comprendra :

(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) Une mesure des champs visuels ;

(6) Une tonométrie chez le candidat de plus de 40 ans ;

(7) l'examen du globe oculaire, de son anatomie, un examen à la lampe à fente et un examen du fond d'œil.

Le rapport doit être transmis au CMCNA. Si une anomalie propre à mettre en doute la santé oculaire du candidat est détectée, des examens ophtalmologiques complémentaires seront requis.

13.1 (e) Tout candidat à l'obtention d'un certificat de classe 3 âgé de plus de 40 ans doit effectuer une tonométrie tous les deux ans ou soumettre un rapport de tonométrie effectuée dans les vingt-quatre mois précédant l'examen.

13.1 (f) Un candidat ayant subi une chirurgie réfractive doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 13.1.5).

13.1.5 Le CMCNA peut déclarer aptes des candidats ayant subi une chirurgie réfractive sous réserve que :

(a) La réfraction préopératoire n'excédait pas + 5 ou - 6 dioptries ;

(b) La réfraction se soit stabilisée de manière satisfaisante (moins de 0,75 dioptrie de fluctuation diurne) ;

(c) Un examen de l'œil ne révèle aucune complication postopératoire ;

(d) La sensibilité à l'éblouissement se situe dans les critères d'aptitude médicale de classe 3 ;

(e) La sensibilité au contraste en condition mésopique ne soit pas altérée ;

(f) L'examen soit effectué par un ophtalmologue agréé par le CMCNA, à la discrétion du CMCNA.

13.1 (g) Toute autre chirurgie ophtalmologique est disqualifiante (toutefois, voir le paragraphe 13.1.6).

13.1.6 (a) Chirurgie de la cataracte.

Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte après deux mois, sous réserve que les critères de vision soient satisfaits soit à l'aide de lentilles de contact, soit à l'aide de lentilles intraoculaires (monofocales, non teintées).

(b) Chirurgie rétinienne.

A l'examen de revalidation ou de renouvellement, le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte six mois après une chirurgie réussie. Le CMCNA peut déclarer un candidat apte après un traitement de la rétine par laser. Le candidat devrait passer annuellement un examen auprès d'un ophtalmologue.

(c) Chirurgie du glaucome.

Le CMCNA peut, en principe, envisager de déclarer un candidat apte six mois après une chirurgie réussie. Le candidat devrait passer tous les six mois un examen auprès d'un ophtalmologue.

(d) Chirurgie des muscles extra-oculaires.

Le CMCNA peut envisager de déclarer le candidat apte au moins six mois après l'intervention. Le candidat doit être examiné par un ophtalmologue agréé par le CMCNA.

13.1 (h) Le kératocône est disqualifiant. Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte, lors de l'examen de revalidation ou de renouvellement, s'il satisfait aux conditions d'acuité visuelle (cf. paragraphe 13.1.7).

13.1.7 Le CMCNA peut envisager de déclarer un candidat apte, à l'examen de revalidation ou de renouvellement, après un diagnostic de kératocône, sous réserve que :

(a) Les critères de vision soient satisfaits à l'aide de verres correcteurs ;

(b) Un examen soit effectué par un ophtalmologue agréé par le CMCNA, dont la fréquence est à la discrétion du CMCNA.

14. Appareil visuel

14.1 (a) L'acuité visuelle à distance, avec ou sans correction, doit être égale à 7/10 (6/9) ou plus, pour chaque œil pris séparément, lors de mesures effectuées au moyen des optotypes de Snellen (ou équivalents) avec un éclairage approprié ; l'acuité visuelle binoculaire doit être égale à 10/10 (6/6) ou plus (cf. paragraphe 14.1.1).

14.1.1 En cas de signes cliniques indiquant que les optotypes de Snellen pourraient ne pas convenir, on peut utiliser les anneaux de Landolt pour évaluer l'acuité visuelle.

14.1 (b) Erreurs de réfraction.

L'erreur de réfraction se définit comme une déviance de l'emmétropie, mesurée en dioptries dans le méridien le plus amétrope. La réfraction doit être mesurée selon des méthodes standard. Les candidats doivent être déclarés aptes eu égard aux erreurs de réfraction s'ils remplissent les conditions énoncées dans les paragraphes suivants.

14.1 (c) Lors du premier examen, un candidat présentant une erreur de réfraction maximum de + 5,0/- 6,0 dioptries peut être déclaré apte sous réserve :

(1) Qu'aucune pathologie importante ne soit mise en évidence ;

(2) Qu'une correction optimale ait été envisagée ;

(3) Qu'un examen soit effectué tous les cinq ans par un ophtalmologue ou spécialiste de la vue agréé par le CMCNA (cf. paragraphe 14.1.2).

14.1.2 A l'examen de revalidation ou de renouvellement, un candidat présentant des erreurs de réfraction allant jusqu'à + 5 dioptries ou des erreurs de réfraction (forte myopie) excédant - 6 dioptries peut être déclaré apte par le CMCNA sous réserve :

(1) Qu'aucune pathologie importante ne soit mise en évidence ;

(2) Qu'une correction optimale ait été envisagée ;

(3) Qu'un examen soit effectué tous les deux ans par un ophtalmologue ou spécialiste de la vue agréé par le CMCNA.

14.1 (d) Lors du premier examen, dans le cas d'un candidat présentant une erreur de réfraction avec astigmatisme, l'astigmatisme ne doit pas être supérieur à 2,0 dioptries.

14.1.3 A l'examen de revalidation ou de renouvellement, un candidat astigmatique peut être déclaré apte par le CMCNA sous réserve de la présentation d'un rapport satisfaisant dressé par un ophtalmologue agréé par le CMCNA.

14.1 (e) Lors du premier examen, la différence de réfraction entre les deux yeux (anisométrie) ne doit pas dépasser 2,0 dioptries (cf. paragraphe 14.1.4).

14.1.4 A l'examen de revalidation ou de renouvellement, un candidat présentant une différence d'erreur de réfraction entre les deux yeux allant jusqu'à 3,0 dioptries peut être déclaré apte par le CMCNA.

14.1 (f) L'évolution de la presbytie doit être vérifiée lors de tous les examens de revalidation ou de renouvellement d'un certificat. Le candidat doit être capable de lire les planches de Parinaud 2, N 5 (ou équivalent) à 30-50 cm de distance, et Parinaud 6, N 14 (ou équivalent) à 100 cm de distance, avec correction, si nécessaire.

14.1 (g) Un candidat atteint de diplopie doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 14.1.5).

14.1.5 Les tests de phories mettront en évidence des anomalies significatives de l'équilibre oculomoteur. Une épreuve TNO peut être effectuée si elle est jugée appropriée. Cependant, un résultat anormal ne sera pas nécessairement disqualifiant.

14.1 (h) Tout candidat présentant des troubles de convergence doit être déclaré inapte (cf. paragraphe 14.1.6).

14.1.6 Une convergence sortant des limites de la normale peut être jugée acceptable, si elle ne perturbe ni la vision de près (30-50 cm) ni la vision intermédiaire (100 cm), avec ou sans correction.

14.1 (i) Tout candidat présentant un déséquilibre des muscles oculaires (hétérophorie) supérieur à (lorsqu'il est mesuré avec la correction habituelle, le cas échéant) :

2,0 dioptries prismatiques d'hyperphorie à 6 mètres ;

10,0 dioptries prismatiques d'ésophorie à 6 mètres ;

8,0 dioptries prismatiques d'exophorie à 6 mètres, et

1,0 dioptrie prismatique d'hyperphorie à 33 cm ;

8,0 dioptries prismatiques d'ésophorie à 33 cm ;

12,0 dioptries prismatiques d'exophorie à 33 cm,

doit être déclaré inapte, à moins que les réserves fusionnelles ne soient suffisantes pour prévenir l'asthénopie et la diplopie (cf. paragraphe 14.1.7).

14.1.7 Au-delà de 12 dioptries prismatiques d'exophorie, les candidats doivent être examinés par un ophtalmologue pour évaluation des réserves fusionnelles.

14.1 (j) Tout candidat présentant des anomalies du champ visuel binoculaire doit être déclaré inapte (voir cependant le paragraphe 14.1.1).

14.1 (k) Tout candidat à un premier certificat présentant des défauts fonctionnellement importants de la vision binoculaire, tels que déterminés par un ophtalmologue eu égard à l'environnement de travail, doit être déclaré inapte.

14.1.8 (annulé).

14.1 (l) Tout candidat présentant une vision monoculaire à l'examen initial doit être déclaré inapte.

Lors de la revalidation ou du renouvellement, le candidat peut être déclaré apte sous réserve que l'examen ophtalmologique soit satisfaisant et que la maladie sous-jacente n'empêche pas l'intéressé d'exercer, en toute sécurité, les privilèges attachés à sa licence (cf. paragraphe 14.1.9).

14.1.9 Les tests de revalidation ou de renouvellement doivent comprendre, dans ces circonstances, des épreuves fonctionnelles dans l'environnement de travail approprié.

14.1 (m) Lorsqu'une correction est nécessaire pour satisfaire à un critère de vision, les lunettes ou les lentilles de contact doivent offrir une fonction visuelle optimale et être adaptées aux besoins du contrôle de la circulation aérienne.

Les verres correcteurs portés dans le cadre de l'exercice des privilèges attachés à la licence doivent permettre au titulaire de la licence de satisfaire aux critères de vision à toutes les distances. Une seule paire de lunettes sera utilisée à cet effet (voir toutefois le paragraphe 14.1.10).

14.1.10 Il est recommandé de disposer à tout moment d'une paire de lunettes de rechange offrant la même correction pendant l'exercice des privilèges attachés à la licence.

14.1.11 Lorsqu'une forte correction de la myopie, supérieure à -6 dioptries, est nécessaire, il y a lieu d'exiger des intéressés qu'ils utilisent leurs lentilles de contact ou leurs lunettes avec des verres à indice élevé afin de minimiser la distorsion périphérique du champ visuel.

14.1.12 Dans le cas de l'utilisation de lentilles de contact, celles-ci seront monofocales, non colorées et non orthokératologiques. L'utilisation de lentilles de contact en monovision n'est pas autorisée.

15. Perception des couleurs

15.1 (a) Une perception normale des couleurs est requise. Elle se définit comme la capacité à réussir le test d'Ishihara ou à être considéré comme trichromate normal au test de l'anomaloscope de Nagel (cf. paragraphe 15.1.1).

15.1.1 Le test d'Ishihara doit être considéré comme réussi si des planches consécutives sont identifiées correctement selon les conditions spécifiées dans le *Manuel à l'intention des utilisateurs du test d'Ishihara*.

15.1 (b) Tout candidat qui n'obtient pas un résultat acceptable aux tests de perception des couleurs est jugé « perception non sûre » et doit être déclaré inapte. (cf. paragraphe 15.1.2).

15.1.2 Les candidats qui échouent au test d'Ishihara doivent être examinés par anomaloscope (Nagel ou équivalent).

Ce test est considéré comme réussi si l'association des couleurs est trichromatique normale.

16. Appareil oto-rhino-laryngologique

16.1 (a) Tout candidat à l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale de classe 3 ou tout titulaire d'un tel certificat ne doit pas présenter d'anomalie du fonctionnement des oreilles, du nez, des sinus ni de la gorge, y compris la cavité buccale, les dents et le larynx, ni d'état pathologique évolutif, congénital ou acquis, aigu ou chronique, ni de séquelles d'intervention chirurgicale et de traumatisme, susceptibles de perturber l'exercice, en toute sécurité, des privilèges attachés à la licence.

16.1.1 Les spécialistes ORL auxquels le CMCNA aura recours devraient posséder une connaissance de la fonctionnalité requise des contrôleurs de la circulation aérienne dans l'exercice des fonctions couvertes par la licence.

16.1 (b) Un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) complet est requis lors du premier examen.

16.1.2 Lors de l'examen initial, un examen ORL complet sera effectué par un ORL spécialiste en médecine aéronautique agréé par le CMCNA ou sous sa supervision.

16.1 (c) Tous les examens de revalidation ou de renouvellement doivent comporter un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) de routine (cf. paragraphe 16.1.3).

16.1.3 Lors des examens de revalidation ou de renouvellement, toute anomalie ou tout état douteux constaté de la sphère ORL doit être soumis à un ORL spécialiste en médecine aéronautique agréé par le CMCNA.

16.1 (d) Tout candidat présentant l'un des troubles ci-après doit être déclaré inapte :

(1) Affection en cours, aiguë ou chronique, de l'oreille interne ou moyenne.

(2) Perforation non cicatrisée ou dysfonctionnement de la membrane tympanique (cf. paragraphe 16.1.4).

(3) Troubles de la fonction vestibulaire (cf. paragraphe 16.1.5).

(4) Malformation importante ou infection importante, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures.

(5) Troubles importants de l'élocution ou de la voix (cf. paragraphe 16.1.6).

16.1.4 Une perforation sèche unique, d'origine non infectieuse et qui ne perturbe pas le fonctionnement de l'oreille, peut être considérée comme acceptable.

16.1.5 La présence d'un nystagmus spontané ou provoqué doit donner lieu à une évaluation vestibulaire complète par un spécialiste agréé par le CMCNA. Dans ce cas, aucune réponse vestibulaire anormale importante à une épreuve calorique ou de rotation ne peut être acceptée. Lors d'un examen de revalidation ou de renouvellement, les réponses vestibulaires anormales doivent être évaluées dans leur contexte clinique par le CMCNA.

16.1.6 Lorsqu'une évaluation complète et un contrôle fonctionnel sont nécessaires, il convient de porter une attention appropriée à l'environnement de travail dans lequel les fonctions couvertes par la licence sont exercées.

16.1 (e) Une attention particulière doit être portée à une gêne respiratoire importante des voies aériennes supérieures, ou à tout dysfonctionnement des sinus. Ces manifestations ne devraient pas nécessairement entraîner une inaptitude, sous réserve qu'elles ne compromettent pas l'exercice des fonctions couvertes par la licence.

16.1 (f) Tout trouble de l'élocution ou de la voix qui réduit l'intelligibilité doit faire l'objet d'un examen par un spécialiste de la parole.

17. Appareil auditif

17.1 (a) L'audition doit être testée lors de chaque examen. Le candidat doit comprendre correctement une conversation, chaque oreille étant testée séparément à une distance de 2 mètres du MEA et le dos tourné à l'examineur.

17.1 (b) L'audition doit être testée par une audiométrie tonale lors de l'examen initial et lors des examens ultérieurs de revalidation ou de renouvellement, tous les quatre ans jusqu'à l'âge de 40 ans et tous les deux ans après (cf. paragraphe 17.1.1).

17.1.1 L'audiogramme tonal doit couvrir au moins les fréquences de 500 à 3 000 Hz. Les seuils d'audition des fréquences doivent être déterminés comme suit :

- 500 Hz ;
- 1 000 Hz ;
- 2 000 Hz ;
- 3 000 Hz.

Les tests à des fréquences égales ou supérieures à 4 000 Hz contribueront au diagnostic précoce de la perte d'audition due au bruit.

17.1 (c) Lors de l'examen initial en vue de l'obtention de l'attestation d'aptitude médicale de classe 3, le candidat ne doit présenter, pour chaque oreille testée séparément, aucune perte d'audition qui soit supérieure à 20 dB (HL) à l'une quelconque des fréquences de 500, 1 000 et 2 000 Hz, ou à 35 dB (HL) à 3 000 Hz. Tout candidat dont la perte d'audition se situe à ± 5 dB (HL) de ces limites dans deux ou plus des fréquences testées doit subir un examen audiométrique tonal au moins une fois par an (cf. paragraphe 17.1.2).

17.1.2 En cas de perte d'audition, si le test annuel suivant ne révèle aucune détérioration, les examens médicaux peuvent être effectués de nouveau à la fréquence normale (cf. paragraphe 17.1 b).

17.1 (d) Lors des examens de revalidation ou de renouvellement, le candidat ne doit présenter, pour chaque oreille testée séparément, aucune perte d'audition qui soit supérieure à 35 dB (HL) à l'une quelconque des fréquences de 500, 1 000 et 2 000 Hz, ou à 50 dB (HL) à 3 000 Hz. Tout candidat dont la perte d'audition se situe à ± 5 dB (HL) de ces limites dans deux ou plus des fréquences testées doit subir un examen audiométrique tonal au moins une fois par an (cf. paragraphe 17.1.2).

17.1 (e) Lors de l'examen de revalidation ou de renouvellement, les candidats présentant une hypoacousie peuvent être déclarés aptes par le CMCNA si un test d'intelligibilité vocale apporte la preuve que leur acuité auditive est satisfaisante (cf. paragraphe 17.1.3).

17.1.3 Les cas d'hypoacousie doivent être soumis à un spécialiste agréé par le CMCNA pour évaluation approfondie.

S'il est prouvé que le candidat présente une acuité auditive satisfaisante dans un bruit ambiant correspondant aux conditions de travail normales, le CMCNA peut envisager de le déclarer apte lors d'un examen de revalidation ou de renouvellement.

17.1 (f) Lors de l'examen initial, le recours à une aide auditive est disqualifiant. Lors des examens de revalidation ou de renouvellement, tout contrôleur ayant besoin d'une aide auditive pour chaque oreille doit être déclaré inapte. Toutefois, l'utilisation d'une aide auditive ou d'une prothèse auditive adaptée (telle qu'un casque spécial dont les écouteurs sont dotés d'un réglage individuel du volume) peut être acceptable pour la revalidation ou le renouvellement lorsqu'elle permet de rétablir l'audition du contrôleur au niveau normal (cf. paragraphe 17.1.4).

17.1.4 Il convient d'effectuer des évaluations fonctionnelles et environnementales complètes avec les appareils d'aide auditive choisis pour vérifier que l'intéressé est capable d'exercer les fonctions couvertes par sa licence et que le fonctionnement des aides n'est pas perturbé par l'utilisation de casques ou d'autres facteurs. Etant donné les risques de défaillance de ces appareils, un jeu de rechange, accompagné des accessoires tels que des piles, devra être disponible.

Aides mécaniques

Lorsqu'un candidat utilise des appareillages mécaniques et électromécaniques pour satisfaire au niveau requis pour l'obtention d'une attestation d'aptitude médicale, ces appareillages doivent être testés fonctionnellement dans l'environnement opérationnel par un spécialiste de l'équipement à tester, assisté par un expert du contrôle de la navigation aérienne, pour vérifier qu'il n'y a aucune interférence. Il peut également être nécessaire qu'un médecin spécialiste évalue l'individu qui utilise un appareillage dans l'environnement opérationnel.

Oncologie

L'évaluation d'un état malin est également expliquée dans le chapitre « Oncologie » du *Manuel JAR-FCL 3* (JAA, 1997), qui donne des informations au sujet de l'aptitude et qui devrait être consulté en association avec les chapitres du présent document relatif à l'appareil affecté.