LE LABO DU PILOTE · EXTRAIT GRATUIT

Préparer et réussir sa visite médicale de pilote

Un poste du chapitre 3, en entier, tel qu'il est écrit dans le guide.
Par un pilote de ligne, ancien infirmier.

ÉDITION 2026-27

Extrait offert
labodupilote.fr

CLASSE 1 & CLASSE 2 · LAPL

Ce que vous tenez

Ce PDF reproduit, sans coupe, un passage du chapitre 3 du guide « Préparer et réussir sa visite médicale de pilote » : **L'ECG (électrocardiogramme)**. Le chapitre 3 décrit la visite poste par poste, du questionnaire d'antécédents jusqu'aux trois issues possibles en sortant. C'est le plus long du guide.

Le guide ne remplace ni l'avis d'un médecin examinateur aéronautique (AME), ni les textes en vigueur, et il ne se prononce jamais sur l'aptitude de quiconque.

Chapitre 3 : La visite de l'intérieur (extrait)

L'ECG (électrocardiogramme)

Ce que l'examinateur regarde. L'ECG enregistre l'activité électrique du cœur au repos. L'examinateur y cherche des anomalies incompatibles avec la sécurité du vol, et il sait qu'un tracé n'est pas binaire : certaines particularités sont sans conséquence, d'autres non. C'est lui qui interprète, dans votre contexte, pas vous seul. Ce qui l'intéresse autant que le tracé du jour : la **comparaison avec vos tracés précédents**. **Périodicité (vérifiée au texte, MED.B.010(a)(1)(i) pour la classe 1, (a)(1)(ii) pour la classe 2)** : pour la **classe 1**, ECG à l'examen initial, puis tous les **5 ans jusqu'à 30 ans**, tous les **2 ans jusqu'à 40 ans**, **tous les ans jusqu'à 50 ans**, et à **chaque** examen de prorogation ou de renouvellement ensuite. Pour la **classe 2** : à l'examen initial, au premier examen après 40 ans, au premier examen après 50 ans, puis tous les 2 ans. Et dans tous les cas, un ECG est fait « si la situation clinique l'exige ». À partir de 40 ans, une évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire s'ajoute en classe 1 comme en classe 2 (MED.B.010 b) 5)), tous les cinq ans entre 40 et 49 ans puis plus souvent ; et en classe 1, une évaluation cardiovasculaire approfondie au premier examen après 65 ans, puis tous les quatre ans (MED.B.010 a) 3)).

Erreurs évitables.

- Arriver stimulé (café en excès, effort intense juste avant, nuit blanche) : on l'a vu au chapitre 2, cela peut perturber le tracé et la fréquence cardiaque.

- Se raidir sur la table : un ECG se fait relâché. La crispation musculaire parasite le tracé, littéralement.
- Paniquer devant un mot technique entendu ou lu sur le compte-rendu. Un terme qui vous inquiète est une question à poser à l'AME, pas un diagnostic à chercher seul sur internet à 23 h.

La question à poser avant. « Si quelque chose sur mon tracé mérite un avis complémentaire, comment ça se passe, qu'est-ce que vous me demanderez, et auprès de qui ? »

> **Le point du pilote et de l'infirmier : l'ECG, mon poste signature**
>
> J'ai fait des milliers d'électrocardiogrammes. J'ai travaillé en cardiologie et aux urgences, et aux urgences, on en fait à presque tout le monde : dès qu'on arrive pour un motif médical, il y a un ECG. Autant dire que cette machine, je la connais par cœur, pour l'avoir posée des milliers de fois, et pour être passé de l'autre côté, sur la table.
>
> **Le geste, concrètement.** Ça se fait torse nu. On pose six électrodes sur le haut du torse, trois d'un côté, trois de l'autre, et une à chaque membre : dix en tout. Selon le matériel, ce sont des patchs autocollants avec un peu de gel, ou de petites ventouses qui tiennent par succion ; aux membres, des patchs ou des pinces à plaque métallique posées contre la peau. Le gel, c'est le même genre que celui des échographies sur le ventre des femmes enceintes, froid : c'est d'ailleurs la seule chose que vous sentirez. Si quelqu'un est très poilu, on rase un peu la zone : sans contact direct avec la peau, l'électrode capte mal le signal. Chez les femmes, il faut parfois soulever légèrement le sein gauche pour bien placer une électrode. Rien de tout ça n'est douloureux : un ECG, on ne sent strictement rien.
>
> Les dix électrodes sont reliées par des câbles à la machine. On appuie sur un bouton, l'enregistrement se lance, trente à quarante-

cinq secondes, pas plus. Le tracé sort sur papier, lisible tout de suite : les machines récentes signalent déjà d'elles-mêmes ce qui sort de l'ordinaire, et le médecin lit le tracé à la sortie. En tout, entre l'installation, l'enregistrement, le retrait des électrodes et le nettoyage du gel, compte trois à quatre minutes.

Pourquoi on vous demande de ne pas bouger. Le muscle qui se contracte parasite le signal : le tracé devient sale. C'est tout bête, mais un mouvement, une crispation, et il faut recommencer. Donc : allongé, relâché, immobile.

Ce qui peut apparaître sur un tracé. Un ECG, ce n'est pas binaire, bon d'un côté, mauvais de l'autre. C'est le médecin qui lit et qui interprète, dans le contexte de la personne qu'il a en face. Un tracé peut présenter de petites particularités sans que ça veuille forcément dire quelque chose, et c'est le médecin, lui seul, qui dit ce qu'elles valent dans votre contexte. Moi, par exemple, je bats naturellement lentement, et j'ai une petite particularité sur mon tracé depuis toujours ; je vis très bien avec, mais ce que ça signifie, ce n'est pas à moi de vous le dire. Si quelque chose mérite un regard de plus, le médecin peut demander l'avis d'un cardiologue, ou poser un holter : un enregistrement du cœur sur une longue durée. « Regarder de plus près » ne veut pas dire « problème ».

Mon rituel, quand c'est mon tour. J'essaie d'être le plus détendu possible. Je ferme les yeux, je respire lentement, pas trop fort, pour ne pas parasiter le tracé. Je laisse mon corps se relâcher pour de vrai. Le pire, c'est de faire monter votre rythme pour rien, à force de vous crisper sur « est-ce que mon cœur bat trop vite ». Lâchez prise. Le reste, c'est de la préparation, et elle se joue surtout la veille : pas d'excitants, pas d'alcool, pas trois cafés le matin, bien hydraté, reposé. Et plus largement, une bonne hygiène de vie (sommeil, un peu de sport, manger correctement) se voit sur un tracé comme sur le reste.

Et si on doit recommencer ? Ça arrive tout le temps, et ce n'est jamais un souci. Une électrode qui se décolle, la machine, une montre qu'on a oublié d'enlever, le hoquet, une envie de se gratter, mille raisons qui n'ont rien à voir avec votre cœur. J'ai vu des ECG refaits cinq ou six fois sans que la personne y soit pour quoi que ce soit. Ça ne coûte rien, on relance, et voilà. Si on vous le refait, ne vous imaginez pas le pire : le plus souvent, c'est l'électrode, pas vous.

Le point du pilote et de l'infirmier, ce qui est écrit en bas du tracé

J'ai posé des milliers d'électrodes, en cardiologie puis aux urgences. J'ai suivi une formation à la lecture de l'ECG au CHU de Lausanne, non pas pour me substituer au médecin, mais pour qu'en cas de trouble grave je puisse aller le chercher immédiatement au lieu d'attendre qu'il se libère. C'est un réflexe qui ne m'a jamais quitté : quand mon tracé sort de la machine, j'y jette un œil.

La machine écrit sa propre conclusion. En bas du papier, à côté des tracés, l'appareil imprime un court résumé automatique, en toutes lettres. S'il a repéré quelque chose, c'est écrit là, noir sur blanc. On peut le lire en une seconde.

Deux précautions, et elles comptent. **Ce résumé n'est pas un diagnostic** : c'est une machine qui propose une lecture, et c'est le médecin qui tranche. Il arrive qu'elle signale une particularité parfaitement bénigne, et il arrive qu'elle se trompe. Et **savoir lire un tracé demande une formation** : je ne vous invite pas à interpréter le vôtre, je vous dis simplement que cette ligne existe et que vous avez le droit de la regarder.

Moi, j'y lis toujours la même chose : une particularité de conduction que je traîne depuis toujours, connue, documentée et stable. Elle n'a jamais posé de problème à aucune visite. C'est exactement ce que dit la section ci-dessus : un tracé n'est pas binaire, et une particularité connue vaut mieux qu'une découverte.

La suite, dans le guide

> **Chapitre 1 · Le système, en dix pages.** Les certificats, qui examine quoi, les durées de validité selon l'âge, prolonger ou renouveler.

> **Chapitre 2 · Le rétroplanning, de J-90 au jour J.** Quoi faire, quand, dans quel ordre, et la visite placée avant les frais de formation.

> **Chapitre 3 · La visite de l'intérieur.** Les autres postes : questionnaire, santé mentale, traitement proposé, ECG, audiogramme, vision, analyses, EEG, et les trois issues.

> **Chapitre 4 · Les cas qui compliquent.** Six situations, relues par des médecins aéronautiques agréés.

> **Chapitre 5 · Si ça se passe mal.** Renvoi, inaptitude, recours : les délais et la marche à suivre.

> **Chapitre 6 · L'annexe de votre pays, et l'ULM.** Tenue à jour en ligne pendant douze mois.

> **Les outils à imprimer.** Pièces à emporter, rétroplanning, questions à l'AME, courrier type pour obtenir son dossier.

Une édition par pays : France, Belgique, Suisse ou Luxembourg. 59 €, une fois, exemplaire PDF à votre nom reçu par e-mail dans les minutes qui suivent le paiement.

> `labodupilote.fr/guide-visite-medicale-pilote.html`