

Contre-indications médicales aux rapatriements sous contrainte par voie aérienne (niveau d'exécution 2-4)

Préambule

La liste ci-dessous récapitule les principaux diagnostics considérés comme contre-indications absolues dans le trafic aérien civil international. Elle a été élaborée par Oseara AG à la demande de l' Office fédéral des migrations (ODM) et est destinée aux médecins traitants des patients en attente d'un rapatriement sous contrainte. La liste est basée sur des références littéraires internationales.

Contre-indications absolues et contre-indications relatives

La liste des contre-indications absolues ne remplace en aucun cas une évaluation minutieuse du cas individuel. Si l'un des diagnostics établis figure dans la liste, il n'est pas question d'envisager un transport par voie aérienne. Toutefois, même les maladies qui ne remplissent pas strictement les critères de la liste peuvent exposer le patient à un danger inacceptable lors d'un rapatriement forcé. Il peut s'agir, d'une part, de la combinaison de plusieurs maladies, mais, d'autre part, également d'une aggravation des symptômes due aux conditions particulières d'un rapatriement sous contrainte. Ces situations d'intense stress psychique augmentent les besoins en oxygène, sollicitent massivement le système cardio-vasculaire et accroissent le risque de thrombose. L'immobilisation du patient par des liens augmente encore le risque de thrombose et, en cas de difficulté respiratoire, d'hypoxémie. A cet égard, il convient de souligner qu'avec un antécédent d'hypoxie alvéolaire, la diminution supplémentaire de la pression partielle inspiratoire de l'oxygène à l'altitude de vol entraîne une diminution de la saturation en oxygène plus importante que dans des conditions normales. Dès lors, il est essentiel que toutes les informations susceptibles d'être importantes pour la santé du patient pendant le vol soient transmises au médecin accompagnant le vol. Ceci implique toutefois le consentement du patient et le déliement du secret médical.

Recherche de contre-indications

Conformément à la proposition de la Commission Centrale d'Ethique, la personne concernée par un rapatriement forcé doit être informée de la date du vol au moins 72 heures à l'avance. Elle peut alors demander un examen médical au cas où, pour des raisons de santé, elle doute de son aptitude au transport par avion. Dès qu'il a pris connaissance du rapatriement prévu, le médecin traitant peut, de son côté, proposer un examen médical au patient, si les informations dont il dispose laissent supposer qu'il existe des contre-indications. S'il n'est pas possible d'examiner le patient dans les délais ou si son état exige des examens supplémentaires, le rapatriement doit être reporté. Lors de l'examen médical, il importe de porter attention aux problèmes suivants:

- maladies cardio-vasculaires,
- thrombose veineuse profonde,
- maladies des voies respiratoires supérieures ou inférieures (asthme, COPD, emphysème),
- maladies de l'oreille et des sinus (otite, catarrhe tubaire, sinusite),
- états postopératoires,
- maladies cérébro-vasculaires,
- diagnostics psychiatriques,
- diabète sucré,
- maladies infectieuses (telles que pneumonie, colite gastro-entérologique),
- troubles alimentaires (adiposité, sous-alimentation suite à une grève de la faim, exsiccose),
- dépendance à une substance (par ex. aux opiacés),
- grossesse.

Utilisation des résultats d'examen

Le médecin en charge du patient doit consigner par écrit toutes les contre-indications absolues ou relatives décelées ainsi que les facteurs de risque liés au rapatriement forcé par voie aérienne et recommander au patient de consentir à la transmission de ces informations à l'organisation médicale qui accompagne le vol. Le médecin pénitentiaire doit insister sur le fait que les informations sont transmises dans l'intérêt du patient; si toutefois celui-ci persiste à s'y opposer, le médecin pénitentiaire doit évaluer si le danger auquel est exposé le patient est assez sérieux pour justifier un déliement du secret médical par l'instance compétente et, le cas échéant, prendre les mesures appropriées.

Si le patient consent à la transmission des informations ou si le médecin est délié du secret médical, le rapport d'examen est transmis au médecin accompagnant le vol; dans le cas contraire, il suffit de communiquer que le patient s'oppose à la transmission des informations médicales le concernant.

Contre-indications aux transports aériens de passagers:

Maladies cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none">- Angines de poitrine instables- Arythmies cardiaques non maîtrisées et non traitées- Hypertension artérielle non maîtrisée et non traitée (crises d'hypertension)- Insuffisance cardiaque aiguë décompensée- Syndrome d'Eisenmenger- Maladies valvulaires symptomatiques- Status après un infarctus du myocarde (vol interdit pendant au moins 3 semaines après un infarctus du myocarde non compliqué et 6 semaines après un infarctus sévère)- Status après ICV (vol interdit pendant au moins 2 semaines)- Thromboses veineuses profondes : aptitude au transport aérien si anticoagulation adéquate- Embolies pulmonaires
Maladies du système respiratoire	<ul style="list-style-type: none">- Maladies pulmonaires sévères avec dyspnée au repos- Suspicion de pneumothorax ou de pneumomédiastin- Status après une opération thoracique (vol interdit pendant au moins 3 à 4 semaines)- Modifications structurelles sévères du poumon (kyste, bronchiectasie)
Maladies hématologiques	<ul style="list-style-type: none">- Anémies sévères - Hb < 75 g/L- Crises récentes en cas de drépanocytose
Maladies gastro-intestinales	<ul style="list-style-type: none">- Hémorragies gastro-intestinales aiguës- Chirurgie viscérale : au moins 10 jours après une opération- Iléus
Maladies ORL	<ul style="list-style-type: none">- Sinusites, otites, en particulier en cas de blocage de la trompe d'Eustache- Immobilisation de la mâchoire (postopératoire), sauf en présence d'un drain
Maladies ophtalmologiques	<ul style="list-style-type: none">- Interventions ophtalmologiques avec injection de gaz (intervention à la rétine) : l'ophtalmologue doit confirmer la résorption complète du gaz avant le vol.
Maladies neurologiques	<ul style="list-style-type: none">- Augmentation de la pression intracrânienne suite à une hémorragie, un traumatisme, une néoplasie ou une infection
Maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none">- Immunodéficience sévère- Infections très contagieuses (tuberculose non traitée)
Traumatologiques et états	<ul style="list-style-type: none">- Interventions chirurgicales récentes avec infiltration de gaz

postopératoire	(chirurgie laparoscopique) <ul style="list-style-type: none"> - Opérations du cerveau, opérations avec pénétration du globe oculaire - Traumatismes abdominaux, lésions faciales et oculaires
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Après 36 semaines de grossesse - Après 32 semaines pour les grossesses multiples - Déconseillés pendant le 3^e semestre de grossesse en cas d'accouchement prématuré antérieur, d'incompétence du col, d'hémorragie vaginale, d'activité utérine accrue (contractions) ou de grossesse multiple
Pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Aptitude au transport aérien à partir du 2^e jour après la naissance, et si possible seulement à partir du 7^e jour
Maladies psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoses, sauf si elles sont traitées et stables

Approuvé par le Comité de direction de la Conférence suisse des médecins pénitentiaires le 12 mai 2014.

Littérature

- Aerospace Medical Association, Medical Guidelines Task Force. Medical guidelines for airline travel. 2nd ed. Aviat Space Environ Med 2003;74(5 Suppl):A1-19. Available from: www.asma.org/pdf/publications/medguid.pdf
- Assessing fitness to fly -Guidelines for medical professionals from the Aviation Health Unit, UK Civil Aviation Authority (February 2009)
- British Heart Foundation (September 2010). Factfile - Fitness to fly for passengers with cardiovascular disease.
- Commercial flight and patients with intracranial mass lesions: a caveat. Report of two cases.", Zrinzo et al., J Neurosurg. 2006 Oct;105(4):627-30
- Hemorrhage Within Brain Tumors in Association with Long Air Travel ", Goldberg CR, Hirschfeld A., Acta Neurochir (Wien). 2002 Mar;144(3):289-93
- http://www.britishairways.com/health/docs/before/airtravel_guide.pdf
- http://www.who.int/ith/mode_of_travel/travellers/en/
- http://www.who.int/ith/mode_of_travel/contraindications/en/
- International Air Transport Association (IATA): Medical Manual, 4th edition, January 2011. www.iata.org/whatwedo/safety_security/safety/health/Documents/medical-manual-jan2011.pdf
- 'Medical guidelines for air travel', Aviation, Space and Environmental Medicine, October 1996, 67, 10, 11
- Pulse (2002);62 (28): 64
- Ross D, Essebag V, Sestier F, Soder C, Thibeault C, Tyrrell M, et al. Assessment of the cardiac patient for fitness to fly: flying subgroup executive summary. Can J Cardiol 2004;20(13):1321-3. Transport Canada [website]. Hypoxia and hyperventilation. Ottawa, ON: Transport Canada; 2008. Available from: www.tc.gc.ca/CivilAviation/cam/tp13312-2/section2/hypoxia.htm
- Shrikrishna D, Coker RK: Air travel working party of the british thoracic society standards of care committee managing passengers with stable respiratory disease planning air travel: British Thoracic Society recommendations. Thorax 2011; 66: 831–3
- Smith D, Toff W, Joy M: Fitness to fly for passengers with cardiovascular disease. Heart 2010; 96 Suppl 2: ii1–16

Littérature complémentaire

- International Civil Aviation Organization: <http://icao.int>
- Medical guidelines for airline travel, 2nd ed. Alexandria, VA, Aerospace Medical Association, Medical Guidelines Task Force, 2003; available at <http://www.asma.org/pdf/publications/medguid.pdf>
- Mendis S, Yach D, Alwan AI. Air travel and venous thromboembolism. Bulletin of the World Health Organization, 2002, 80(5):403–406
- Report of WHO Research into Global Hazards of Travel (WRIGHT) Project 2006. Geneva, World Health Organization
- Summary of SARS and air travel. Geneva, World Health Organization, 23 May 2003; available at <http://www.who.int/csr/sars/travel/airtravel/en/>
- The impact of flying on passenger health: a guide for healthcare professionals, London, British Medical Association, Board of Science and Education, 2004; available at [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFlying/\\$FILE/Impactofflying.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFlying/$FILE/Impactofflying.pdf)
- Tourism highlights: 2006 edition. Madrid, World Tourism Organization, 2006; available at <http://www.unwto.org/facts/menu.html>
- Tuberculosis and air travel: guidelines for prevention and control, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.363)

Abbreviations

ASD	Atrial septal defect / communication interauriculaire
CABG	Coronary artery bypass grafting / pontage aortocoronarien
CAD	Coronary artery disease / maladie coronarienne
CCS	Canadian Cardiovascular Society / Société cardio-vasculaire canadienne
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease / maladie pulmonaire obstructive chronique
CSF	Cerebrospinal fluid / liquide céphalorachidien
CVA	Cerebrovascular accident / accident cérébro-vasculaire
CXR	Chest x-ray / radiographie pulmonaire
DVT	Deep vein thrombosis / thrombose veineuse profonde
EF	Ejection fraction / fraction d'éjection
ENT	Ear, nose and throat / oreilles, nez et gorge
ICD	Implantable cardioverter-defibrillator / défibrillateur automatique implantable
LMW	Low molecular weight / faible poids moléculaire
NSTEMI	Non- ST segment elevation myocardial infarction / infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST
NYHA	New York Heart Association
PCI	Percutaneous coronary intervention / intervention coronaire percutanée)
PE	Pulmonary embolism / embolie pulmonaire
SOB	Shortness of breath / essoufflement
STEMI	ST segment elevation myocardial infarction / infarctus du myocarde avec un sus-décalage du segment ST,
TIA	Transient ischemic attack / accident ischémique transitoire
VTE	Venous thromboembolism / thromboembolie veineuse