

Docteur B. GRANDJEAN
Médecin des Hôpitaux

Président de la Commission Médicale
et de Prévention Nationale

Médecin Fédéral National

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE
ANNECY ,20-21 MARS 2010

RAPPORT MORAL

I BILAN :

En préambule à ce rapport , rappelons les principales missions qui font la raison d'être de la commission médicale et de prévention nationale (CMPN):

- a. élaborer le règlement médical fixant l'ensemble des obligations et des prérogatives de la fédération permettant de veiller d'une manière générale à la santé des licenciés et plus particulièrement à celle des compétiteurs dans le cadre de son devoir de surveillance médicale .
- b. dans son domaine de compétence assurer la formation et l'information des médecins, kinésithérapeutes et ostéopathes fédéraux, des clubs et des licenciés notamment par l'intermédiaire de la revue fédérale et en s'appuyant sur les relais que constituent les organes régionaux déconcentrés.
- c. participer aux travaux de recherche dans le domaine de la médecine subaquatique.
- d. assurer le suivi des compétitions fédérales, des épreuves et examens fédéraux et d'une manière générale des manifestations fédérales pour lesquelles la présence d'un médecin ou d'une équipe médicale est requise.

« **Veiller à la santé des licenciés en général** » consiste en premier lieu pour la CMPN à définir les situations médicales susceptibles de contre indiquer définitivement ou temporairement une ou plusieurs des activités subaquatiques développées par la FFESSM .Dans ce domaine , nous avons une préoccupation : permettre au plus grand nombre de licenciés ,informés de leur état, la pratique des activités subaquatiques dans des conditions d'innocuité médicale acceptables. Bien souvent et compte tenu de l'absence de preuves irréfutables l'optimisation de ces contre indications

Centre Hospitalier de la Miséricorde - Avenue Impératrice Eugénie - 20184 AJACCIO CEDEX
Tél. : 04 95 29 91 93 - Fax. : 04 95 29 94 85 – E-mail : bruno.grandjean@ch-ajaccio.fr

est un exercice difficile qui nous conduit ,en tenant compte des « données de la science », à définir consensuellement les conditions d'une pratique que nous ne voulons pas restreindre plus qu'il n'est nécessaire au regard de cette innocuité. C'est un lieu commun de dire que le « monde change » ; en médecine ,les connaissances évoluent aussi . De ce fait les listes de contre indications élaborées par la CMPN ne sont pas « inscrites dans le marbre » ;elles font l'objet d'une réflexion permanente et elles s'enrichissent des connaissances de nos différents spécialistes pour certains universitaires. Ces compétences médicales multiples et notre réseau d'experts font en la matière la force et l'efficacité de notre commission.

La participation de nos médecins à des travaux de recherche dans le domaine de la médecine subaquatique découle également de cette volonté que nous avons de trouver pour certaines maladies ou déficiences médicales un juste compromis entre les effets néfastes de l'activité pratiquée sur l'état de santé de l'individu et le plaisir qu'il éprouve en la pratiquant soit en loisir soit en compétition .

Veiller à la santé des licenciés pratiquant la plongée en scaphandre c'est aussi , grâce aux informations obtenues dans le cadre de l' « *enquête accidents de plongée scaphandre* » , identifier les facteurs de risque , les comportements accidentogènes , les dysfonctionnements dans la chaîne des secours sur lesquels nous pouvons espérer , avec l'aide de la commission technique et grâce à la diffusion de ces informations , avoir des actions correctives et de prévention .

« Veiller plus particulièrement à la santé des sportifs de haut niveau » relève du devoir de surveillance médicale prévu par le Code de la Santé Publique. Ce suivi est réalisé par le « médecin coordonnateur du suivi médical » sur la base d'examens imposés par la législation mais aussi sur ceux, proposés par les médecins des disciplines sportives, que notre commission juge justifiés .Pour ces décisions aussi, le consensus prime sur la démonstration de l'efficience de ces dispositions qui relèvent toutefois du bon sens .

« Assurer la formation et l'information des médecins, kinésithérapeutes et ostéopathes fédéraux, des clubs et des licenciés » :

la formation des licenciés dans notre domaine de compétence , c'est l'implication de nos médecins fédéraux dans l'enseignement des différents RIFA (X) et la participation de la CMPN à la rédaction de ces RIFA (X) pour tout ce qui concerne le champ médical .

L'information , c'est une politique de communication à destination du « grand public » par l'intermédiaire de la revue fédérale qui existait déjà mais que nous avons développée depuis cette année fédérale Ce sont aussi , dans les régions , des réunions « médico techniques » et notamment de vulgarisation de médecine sub-aquatique destinées à tous les licenciés : les organes régionaux déconcentrés sont les relais des décisions de la CMPN validées par le CDN .A ce sujet ,il est rappelé qu'aux termes des dispositions de V.1.3.3 du Règlement Intérieur de la FFESSM le « règlement médical fédéral » adopté par le Comité Directeur National de la Fédération s'impose à tous les membres de la Fédération et à ses organismes déconcentrés qui ne sont pas fondés en la matière à adopter un règlement différent .La communication à destination du « grand public » c'est aussi des pages CMPN sur www.ffessm.fr , pages pour lesquelles nous sommes conscients de la nécessité d'un « relooking » : nous voulons pour ce site d'informations pratiques et d'ordre médical une plus grande attractivité et plus de réactivité dans la mise en ligne des informations médicales institutionnelles ou validées par le CDN (protection de la santé, promotion de la santé et prévention des conduites dopantes...).. Nous espérons avoir cette satisfaction cette année de sorte que les liens qui y figureront soient également des outils d'information voire de formation notamment pour nos médecins fédéraux .

La formation des médecins , c'est d'une part leur participation à des réunions scientifiques telles que celles organisées par la « Société de Physiologie et de Médecine Subaquatiques et Hyperbares de langue française » (Medsubhyp) , la Société Française de Médecine du Sport , la commission

médicale du « Comité National Olympique et Sportif ».... C'est aussi l'organisation par la CMPN de la « réunion scientifique annuelle de Cochin ». Toute ces actions de « formation médicale continue » sont des actions individuelles (c'est à dire non financées par la FFESSM hormis la location de l'amphithéâtre de Cochin) qui relèvent de la déontologie médicale .C'est enfin les réunions de formation organisées par les « Commissions Médicales et de Prévention Régionales ».

« Assurer le soutien médical des manifestations fédérales pour lesquelles la présence d'un médecin ou d'une équipe médicale est requise » :

c'est bien sûr le rôle des médecins des équipes de France des disciplines sportives mais, la CMPN étant une « commission de service » ,c'est aussi le rôle de tout médecin fédéral d'assurer ce soutien médical aux compétitions , aux épreuves et examens fédéraux organisés au niveau national ou dans les régions. C'est d'ailleurs pour bien définir le champ d'action des médecins assurant le soutien médical de ces manifestations et pour préciser les devoirs des médecins et des organisateurs que le « contrat de surveillance médicale », rendu obligatoire par le code du sport , a été validé par le CDN ; il ne faut pas voir dans ce contrat un « contrat de travail » mais plus un « contrat d'objectifs et de moyens »

Le bilan de nos actions rapporté ci après a contribué à la réalisation de ces missions.

II NOS ACTIONS de MARS 2009 à MARS 2010 :

1- Relevé des activités et participations :

1.1 Réunions :

- 1 réunion plénière électorale avec AG (21 mars 2009 Paris)
- trois réunions de travail (20 mars, 5 et 6 juin, 11 décembre 2009) avec notamment examen des dossiers médicaux en appel
- réunions scientifiques:
 - réunion annuelle des médecins fédéraux (Cochin, 12 décembre 2009, environ 200 participants)
 - réunions de printemps et d'automne de MedSubHyp
- réunion des groupes de travail CMPN avec , pour certains sujets , validation des propositions faites par le CDN (cf ci dessous)

1.2 Participation du Président de la CMPN ou de ses suppléants ou des délégués :

- aux réflexions et aux réunions de travail de la CTN notamment participation au groupe de travail relatif à l'accidentologie des RSE, à la rédaction d'un document d' « informations et de conseils pour la prévention du dopage » consultable dans le « manuel du moniteur »
- aux réunions du CDN auxquelles il était invité
- au Salon de la Plongée avec 2 conférences (celle du président de la CMPN : « Comment fait on aujourd'hui évoluer les contre indications à la pratique des activités subaquatiques ? » faisant l'objet d'une parution dans subaqua)

1.3 Surveillance médicale :

- encadrement des compétitions des équipes et suivi médical des sportifs de haut niveau par les médecins des équipes
- couverture médicale des RIPE à Porquerolles
- couverture médicale des championnats de France subaquatiques à Antibes .
- suivi médical des sportifs de haut niveau par le « médecin coordonnateur du suivi médical »

1.4 Réponses aux questions posées :

La CMPN a répondu aux nombreux courriels qui lui sont adressés par des licenciés . La CMPN a aussi répondu à une « saisine » du Ministère de la Santé et des Sports adressée à la FFESSM sur le sujet suivant : « visite médicale des moniteurs BEES option plongée : modalités , contenu »

1.5 Publication :

- sur les pages web de la CMPN (accessibles par www.ffessm.fr) des résultats de l'enquête nationale sur les accidents de plongée de l'année 2009.
- dans la revue Subaqua

2- Travaux de la CMPN validés par le CDN :

- autorisation de la pratique de l'apnée en compétition pour les 16/18 ans sous réserve du respect de certaines conditions concernant la délivrance de ce certificat
- liste des contre indications à la pratique de la nage avec palmes et de la nage en eau vive
- liste des contre indications à la pratique de l'apnée et des disciplines associées (pêche sous marine et tir sur cible)
- liste des contre indications à la pratique à la pratique du hockey
- version anglaise de la liste des contre indications à la pratique de la plongée en scaphandre
- version anglaise du certificat de non contre indication à la pratique de la plongée en scaphandre
- « contrat type » de surveillance médicale des compétitions , épreuves ou examens fédéraux
- réponses aux questions du CDN relatives à la pratique des activités subaquatiques par les jeunes ; ces réponses figurent au pv du CDN du 6 et 7 février 2010 consultable sur www.ffessm.fr

3- Principaux travaux de la CMPN en cours :

- poursuite de la révision des contre-indications à la plongée scaphandre (actualisation)
- poursuite des réflexions relatives aux conditions de pratique de la plongée subaquatique chez les personnes « en situation de handicap »
 - * par amputation d'un segment de membre
 - * par déficit moteur « fixé » (c'est à dire non évolutif) consécutif à une maladie ou un traumatisme du système nerveux central
 - * relevant de la Fédération Française de sports adaptés
- rédaction du manuel du médecin fédéral (en cours de finalisation)
- « expérimentation » de la fiche médicale d'examen préalable à la délivrance du certificat médical de non contre-indication
- poursuite de l'enquête nationale sur les accidents
- un groupe de travail médico – juridique réfléchi à une question récurrente des présidents de club : « que doit faire un moniteur ou un dirigeant de club face à un licencié connu pour être porteur d'une pathologie identifiée comme étant une contre indication mais présentant un certificat médical de non contre indication ? »
- « oedème pulmonaire d'immersion et plongée scaphandre » il s'agit d'un travail de recherche clinique impliquant la CMPN
- Apnée en poids constant : la FFESSM peut elle autoriser les compétitions dans cette discipline ? (groupe de travail mixte : commission apnée et CMPN)

4- Travaux à initier :

- quelle formation pour les médecins fédéraux qui, d'après le nouveau règlement médical fédéral de septembre 2008, peuvent ne plus être niveau 2 ?
- révision des prérogatives des plongeurs diabétiques insulino-dépendants ; extension des recommandations actuelles relatives à la pratique de la plongée en scaphandre autonome par les diabétiques insulino-dépendants aux diabétiques non insulino-dépendants.

5 – Enquête accidents 2009 :

1/ Les deux objectifs principaux de cette enquête :

- une prévention « gagnante »
- une meilleure qualité de la prise en charge initiale

2/ Les principaux résultats 2009 :

* 346 ADP recensés dont 239 en club (69%)

* participation fédérale (compte rendu d'accidents ayant eu lieu en club) = 4,2 % (10 dossiers reçus sur les 238 possible ...)

* caractéristiques des accidentés :

- 32,7% de femmes

- N1 : ≈ 24% ; N2 : 25% ; N3/4 : 27% ; Moniteurs : 16%

- 33% à P < 30m ; 42% dans la tranche 30-40m ; 25% dans la tranche 40-60m

* 30% des ADP survenus en 2009 sont consécutifs à une plongée d'exercice

* 84% des ADP consécutifs à des plongées d'exploration sont survenus sans faute de procédure ; pour 45% d'entre eux, on va retrouver au moins un facteur de risque.

* les causes les plus fréquentes des accidents de la plongée d'exploration :

- dans 17% des cas vitesse de remontée rapide par panique

- faute de procédure par panne d'air : près de 17% des cas d'ADP d'exploration par faute de procédure

* nature des accidents : 74,5% d'ADD dont 22% de labyrinthiques

* des améliorations encore possibles :

- dans 23,6% des cas, prompts secours incorrects (70% en 2001, 66% en 2002, 41,5% en 2007, 46,3% en 2008)

- dans 31,4% des cas (77% en 2002, 38% en 2007, 53% en 2008), la mise en alerte des secours est « retardée » expliquant certainement :

- une mauvaise qualité à la prise en charge initiale : dans 29,4% des cas de secours retardés, les gestes de premiers secours sont mis en œuvre plus de 30 mn après l'apparition des premiers signes (70% en 2001, 53% en 2002, 32% en 2007, 32% en 2008)
- des délais de traitement spécialisés anormalement longs [39,6% des ADP ont été traités dans un $\Delta t > 6h$ après l'apparition des premiers signes (variabilité de ce délai selon les régions), 47% en 2002, 45% en 2001, 30% en 2007, 39,2% en 2008]

- dans environ 94 % des cas de retard de mise en alerte des secours, la responsabilité de ce retard est imputable aux accidentés (92% en 2007, 97% en 2008).



Docteur B. GRANDJEAN