

# Rapport Commission Médicale et de Prévention

Anne HENCKES

*CDN à Marseille du 12 octobre 2019*

# Manuel du médecin fédéral

- Document diffusé en 2013
- *Pas de mise à jour depuis ...*



## **Introduction**

Ce manuel a pour but d'aider les nouveaux Médecins Fédéraux dans leur tâche, tant sur plan réglementaire que technique. Il n'a pas pour vocation d'être exhaustif et de traiter l'ensemble de la médecine de plongée sportive.

Il inclut les recommandations de la Commission Médicale et de Prévention Nationale (CMPN) concernant certains aspects pathologiques particuliers. Il sera mis à jour au fur et à mesure de l'avancée des travaux de la CMPN.

# Manuel du médecin fédéral

- Document diffusé en 2013
- *Pas de mise à jour depuis ...*

## SOMMAIRE



|   |              |
|---|--------------|
| <b>CHAP I : ORGANISATION DE LA FFESSM *1</b> .....  | <b>- 1 -</b> |
| I-1 : COMPOSITION, ARCHITECTURE .....   | - 1 -        |
| I-2 : COMITE DIRECTEUR .....  | - 1 -        |
| I-3 : ORGANISMES DECONCENTRES DITS « OD » .....   | - 1 -        |
| I-4 : COMMISSIONS.....  | - 2 -        |
| I-5 : SA POSITION EN FRANCE ET DANS LE MONDE .....  | - 3 -        |
| I-6 : LA LICENCE .....  | - 3 -        |
| I-7 : RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE .....   | - 4 -        |
| <b>CHAP II : REGLEMENT MEDICAL DE LA FFESSM</b> .....   | <b>- 1 -</b> |
| <b>CHAP III : ASPECTS MEDICAUX ET CONTRAINTES PHYSIOLOGIQUES<br/>PROPRES A CHAQUE DISCIPLINE SPORTIVE</b> ..... | <b>- 1 -</b> |
| <b>CHAP IV : LA VISITE MEDICALE ET LE CERTIFICAT MEDICAL DE NON<br/>CONTRE INDICATION</b> .....                 | <b>- 1 -</b> |
| <b>CHAP V : RECOMMANDATIONS FEDERALES (TEXTES)</b> .....  | <b>- 1 -</b> |
| V-1 : RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES PATHOLOGIES DITES A EVALUER .....  | - 1 -        |
| 1. <i>Asthme</i> .....  | - 2 -        |
| 2. <i>Diabète</i> .....   | - 6 -        |
| 3. <i>Bétabloquants</i> .....   | - 7 -        |

# Aspirine et secourisme

- Pas d'obligation retenue par le Code du Sport
- Pas de rôle diagnostique du secouriste, mais un rôle de premiers secours :
  - L'ADD pour lequel l'aspirine était prévue ne représente qu'une partie de l'accidentologie (34 % dans le Finistère par ex)
  - Existence d'allergies, d'intolérances, de contre indications à l'aspirine

**=> Retrait de l'aspirine des référentiels de secourisme fédéraux !**

# Suivi médical des PESH

- Art 9.3 : médecin signataire

(...)

Font exception à cette règle générale les cas suivants :

- Plongeurs En Situation de Handicap (PESH)
- Attention, les activités visant les publics particuliers (Ex. : FFH/FFSA/FFESSM) sont soumises à des conditions d'exercice spécifique, il y a lieu de prendre en compte les conventions signées entre ces fédérations. Ex. : Un Certificat médical délivré par un médecin FFH ou FFESSM est obligatoire dès le baptême. Cas particulier : si le baptême est effectué dans une zone de profondeur maximale de 2 mètres, le Certificat médical peut être établi par tout médecin.),
- Pratique de la plongée en trimix, avec mélange hypoxique,
- Pratique de la compétition d'apnée au-delà de 6 mètres de profondeur

Le CACI doit être dans ces situations être établi par :

- un médecin qualifié en médecine du sport,
- un médecin qualifié en médecine subaquatique (DIU de médecine subaquatique et hyperbare, DU de médecine subaquatique, DU de médecine de plongée professionnelle et DU de médecine de plongée)
- ou un médecin fédéral

# Suivi médical des PESH

- Art 9.3 : médecin signataire  
(...)

Proposition d'ajout à la suite :

*« ou médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) pour les plongeurs en situation de handicap »*

**Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques**  
*Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ; il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.*

N

Date : \_\_\_\_\_  
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

**Activités physiques et subaquatiques**

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique \_\_\_\_\_  
Niveau de pratique : \_\_\_\_\_ nombre de plongées au total : \_\_\_\_\_  
Pratique : d'encadrement / d'enseignement :  oui -  non ; de compétition :  oui -  non  
Pratique d'autres activités sportives : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : \_\_\_\_\_  
Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

**Habitudes de vie**

Fumez-vous :  oui -  non si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_  
Nature du produit fumé : \_\_\_\_\_  
Avez-vous fumé :  oui -  non si oui, date d'arrêt : \_\_\_\_\_  
Consommation de boissons alcoolisées :  tous les jours : \_\_\_ verres/j -  occasionnellement -  jamais  
Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ?  oui -  non  
Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

**Antécédents chirurgicaux et traumatiques**

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) : (\*date approximative)  
cardiaque  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
thoracique  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
sphère ORL  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
ophtalmologique  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
digestive  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
voies urinaires  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
colonne vertébrale  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
cerveau  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
orthopédique  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_  
autre  oui -  non si oui, date\* et cause : \_\_\_\_\_

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien :  oui -  non ; si oui, précisez date\* : \_\_\_\_\_  
En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé  oui -  non  
si oui, précisez date\* et cause :

**Antécédents médicaux**

Prenez-vous des médicaments tous les jours ou de façon régulière :  oui -  non  
si oui, précisez lesquels :

Avez-vous des allergies  oui -  non ; si oui, à quoi : \_\_\_\_\_  
et quel type de manifestations : \_\_\_\_\_

Femmes : contraception : \_\_\_\_\_ traitement de la ménopause : \_\_\_\_\_

**Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur)**

Problèmes cardio vasculaires : \_\_\_\_\_  
Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : \_\_\_\_\_  
Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : \_\_\_\_\_

**Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques**  
*Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ; il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.*

à la

|   |   |   |
|---|---|---|
| NOM : &   | Prénom : &  | Age &&  |
| Niveau de plongée / de pratique :   | Compétition : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |   |
| Antécédents médicaux :  | Antécédents chirurgicaux :  |   |
| Antécédents familiaux :   | Traitements en cours :  |   |
| Allergies : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   | Symptomatologie d'effort :  |   |
| Plaintes ce jour :  |   |   |
| <b>Taille &amp; Poids &amp;&amp;</b>  | <b>Croissance normale pour l'âge &amp;&amp; oui &amp;&amp; non &amp;&amp;</b>   |   |
| <b>Anomalies métaboliques &amp; oui - <input type="checkbox"/> non</b>  | <b>Facteurs de risques &amp;&amp;</b>   |   |
| Auscultation cardiaque normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  | Auscultation pulmonaire normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |   |
| TA repos : _____  | Pouls périphériques <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   | Etat veineux normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non         |
| FC repos : _____  | Souffle artériel <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  |   |
| ECG : recommandé lors de la 1ère visite, tous les 3 ans de 12 à 35 ans, à chaque visite après 35 ans et/ou selon signes d'appel   |   |   |
| rythme : _____  | FC : _____  | axe : _____ PR : _____  |
| aspect QRS : _____  | QT : _____  | QTc : _____   |
| repolarisation : _____  | indice de Sokolow : _____   |   |
| Bilan cardiologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non<br><i>recommandé chez les sujets :</i><br>- présentant des facteurs de risque péjoratif :<br>- les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques<br>- présentant l'association d'au moins 2 FR parmi :<br>- âge > 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes)<br>- tabagisme actif ou sevré depuis moins de 5 ans<br>- dyslipidémie (LDL cholestérol) > 1,5 g/L<br>- hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré | Bilan pneumologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non<br><i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires, en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i> |   |
| <b>Anomalie(s) cardio&amp;respiratoire(s) : &amp;</b>   |   |   |
| <b>ORL &amp;</b>  | otoscopie normale : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   | Valsalva / équilibrage normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| audition normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  | équilibre normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  | anomalie : _____  |
| <b>Acuité visuelle &amp;&amp; sans correction :</b>   | œil droit : _____   | œil gauche : _____  |
| avec correction :   | œil droit : _____   | œil gauche : _____  |
| <b>Appareil locomoteur &amp; normal</b>   | mb inférieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   | mb supérieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non               |
| Rachis : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non (en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub!)  |   |   |
| <b>Etat bucco-dentaire &amp;&amp; bon - <input type="checkbox"/> moyen - <input type="checkbox"/> mauvais - <input type="checkbox"/> prothèse!</b>  |   |   |
| <b>Psychisme normal</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   | Remarques : _____   |   |
| <b>Examen neurologique normal</b> : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |   |   |
| <b>Etat éutané :</b>  |   |   |
| <b>Autres :</b>   |   |   |
| <b>Conclusion et signature médecin &amp;&amp;</b>   |   |   |
| Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :  |   |   |
| Demande d'évaluation par médecin de plongée (pour adaptation des conditions de pratique) : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  |   |   |
| <b>Contre-indication &amp;&amp; oui &amp;&amp; non</b> si oui : CI <input type="checkbox"/> temporaire - <input type="checkbox"/> définitive  |   |   |
| Restrictions : _____ Justification, remarques :   |   |   |

Date de l'examen &&

# Remontée rapide

- Quelle procédure de rattrapage préconisée par la CTN / la FFESSM en cas de remontée rapide
  - En l'absence de plainte du plongeur
  - Avec l'ordinateur bloqué
  - ?

# Réunion de janvier



- Stress et plongée
- Organisation des secours en mer