

Rapport Commission Médicale et de Prévention

Anne HENCKES

CDN à Marseille du 30 septembre 2017

Réunion de la commission les 3 et 4 juin 2017

- Propositions remises le 25 juin 2017 aux président et DTN
- Principal objet

Quel est l'objectif du
suivi médical de nos licenciés

???

La visite médicale

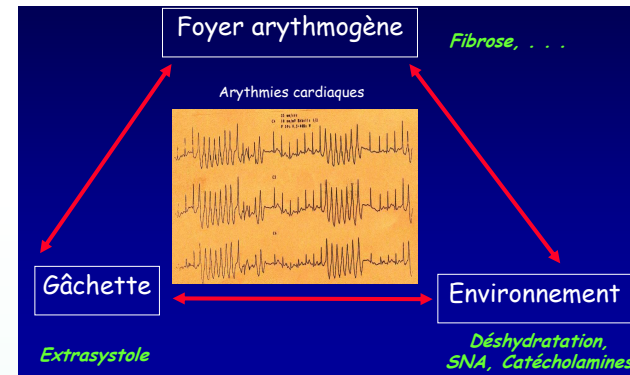
- La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de **dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave**, favorisé par cette pratique

Ministère de la Santé
Les certificats médicaux

- Participation à la prévention des conduites à risques et dopantes ...?
- **Education à la santé : +++ dans les disciplines à contraintes particulières => risques spécifiques**
 - Encourager et favoriser une pratique sportive adaptée à l'état de santé
 - Dépister des facteurs de risques d'accidents graves
 - Prévenir les conduites à risques

La visite médicale

- La pratique sportive régulière :
 - Effet positif sur la santé : pb cardio vasculaires, cancers, etc
 - Mais risque d'accident CV accru lors d'une pratique intense :
⇒ *Le sport intense ne crée pas une pathologie CV, il la révèle*



Pr François CARRE
Cardio et sport

- L'immersion :
 - Un milieu bien particulier, complexe pour le système CV en particulier (COD dans 156 cas / 590 étudiés)
 - Perte de connaissance => risque élevé de noyade (1^{ère} cause identifiée de DC en plongée : 70 % COD)

Denoble PJ et al, *Common causes of open-circuit recreational diving fatalities*. UHM 2008; 35(6)

Rapport CMPN, CDN 30/09/2017



La visite médicale

- Doit se donner raisonnablement les moyens de répondre à ces objectifs :
 - Un interrogatoire complet et ciblé : pratiquant / pratique
 - Un examen médical complet et ciblé : pratiquant / pratique
 - Des examens complémentaires ciblés : pratiquant / pratique

Table 1
Comparison of history and physical examination vs ECG in the screening of young competitive athletes

Study	Population	Positive Results Requiring Further Testing			Sensitivity to Detect Potentially Lethal Cardiovascular Disease		
		H&P	ECG	Total	No. of Cases	H&P	ECG
Wilson ² (2008)	2720 athletes and children aged 10-17 y (UK)	2.5%	1.5%	4%	9	0	100%
Bessem ²³ (2009)	428 athletes aged 12-35 y (the Netherlands)	8%	8%	13%	3	33%	67%
Hevia ²⁴ (2009)	1220 amateur athletes (Spain)	1.2%	6.1%	7.4%	2	0	100%
Baggish ²⁰ (2010)	510 college athletes (US)	6%	16%	20%	3	33%	67%
Total	4878 athletes	4.4%	7.9%	11.1%	17	12%	88%

Sensibilité examen sans ECG (12%) avec ECG (88%) pour dépister anomalie CV ...

Abbreviation: H&P, history and physical examination.

La visite médicale

- Qualifications des médecins pour les visites médicales de nos licenciés : cas général pratique sportive et plongée subaquatique :
 - Tout médecin inscrit à l'Ordre des Médecins (ayant les connaissances, l'expérience et les moyens)
- Mais des exceptions qui nécessitent attention particulière
 - À laquelle ne sont pas formés tous les médecins ...
 - ⇒ Publics fragiles
 - ⇒ Pratiques particulières, à risques

Le jeune

- N'est pas un adulte en réduction ...
- mais un être en développement :
 - Progressif, par poussées et paliers,
 - Croissance (mesurable) / maturation (fonctions)
 - Physique / psychologique

⇒ des particularités en fonction des classes d'âge

⇒ Fréquence des affections saisonnières, en particulier ORL

Le jeune

- Quelques données épidémiologiques :
 - L'asthme

Tableau 1 Prévalence (% et intervalle de confiance à 95%) de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez l'enfant, enquête décennale santé 2003 (enfants de 11 à 14 ans) et enquêtes 2003–2004 en classe de troisième et 2004–2005 en classe de CM2 du cycle triennal en milieu scolaire.

	Enquête décennale (n = 1675)	Classe de CM2 (n = 7104)	Classe de troisième (n = 7284)
<i>Symptômes 12 mois</i>			
Sifflements	8,3 (6,9–10,0)	8,5 (7,6–9,4)	10,1 (9,2–11,0)
Sifflements à l'effort	9,7 (8,2–11,4)	9,9 (8,9–11,0)	10,0 (9,1–11,0)
Toux sèche nocturne	17,0 (15,0–19,2)	14,8 (13,4–16,2)	10,5 (9,5–11,5)
<i>Gravité 12 mois</i>			
≥ 4 crises sifflements	2,4 (1,7–3,4)	3,1 (2,6–3,6)	3,4 (2,8–4,0)
≥ 1 réveil/semaine	0,5 (0,3–1,0)	0,4 (0,2–0,6)	0,3 (0,2–0,6)
≥ 1 crise grave	1,0 (0,5–1,8)	1,3 (1,0–1,6)	1,1 (0,8–1,5)
<i>Asthme</i>			
Asthme vie	12,7 (10,9–14,7)	12,3 (11,4–13,4)	13,4 (12,3–14,6]
Traitement asthme 12 mois	–	8,0 (7,2–8,8)	7,7 (6,9–8,5)
Asthme actuel ^a	–	8,7 (7,8–9,6)	8,6 (7,7–9,5)

^a Sifflements dans les 12 derniers mois chez un enfant ayant déjà eu des crises d'asthme ou traitement pour crise de sifflements ou d'asthme dans les 12 derniers mois.

Le jeune

- Quelques données épidémiologiques :
 - **Les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité** : 3 à 5 % des enfants en âge scolaire (2011), *en augmentation* Lecendreux, Konofal, & Faraone, 2011
 - Ttt des formes graves : **méthylphénidate** (dérivé des amphétamines) :
 - 6,58 / 10 000 personnes affiliées à la CPAM en 2011 (en augmentation)
 - Âge moyen 15 ans
 - 6-12 ans : 48%; 12-18 ans : 33 % des receveurs Rapport ANSM 2013

⇒ *un traitement non rare chez les jeunes ...*
 - **En 2010 : 1 collégien /10 expérimente le cannabis : 1,5 % en 6^{ème}, près de 25% en 3^{ème}**
 - En 2014 :
 - 47,8 % jeunes 17 ans ont fumé du cannabis dans leur vie Données OFDT
 - > 25% jeunes 17 ans en ont fumé dans le dernier mois
 - *L'enquête scolaire ESPAD de 2011 permet de situer la France par rapport à la plupart des autres pays européens à l'âge de 16 ans.(...). Par ailleurs, la France se distingue clairement en Europe, en étant **le seul pays avec un niveau largement supérieur à 15 %.***

Le jeune

- Nécessite une attention particulière :
 - Impact d'un accident grave
 - Conduites à risques => compétition et dopage
 - Vulnérabilité psychologique :
 - Compétitions rapidement de haut niveau (./ . nombre de participants)
 - Projet professionnel lors de l'adolescence => impact de la découverte trop tardive d'une CI
- **Nécessité d'une évaluation approfondie, de conseils préventifs adaptés à nos disciplines subaquatiques**

Le jeune : propositions

- Exceptions au « tout médecin » pour les CACI :
 - La pratique de la compétition par les jeunes jusqu'à 16 ans :
 - Médecins du sport
 - Médecins fédéraux
 - La pratique de la plongée sous marine par les jeunes jusqu'à 16 ans :
 - Médecins du sport
 - Médecins fédéraux
 - Médecins diplômés de médecine subaquatique (*DIU de médecine subaquatique et hyperbare, DU de médecine subaquatique, DU de médecine de plongée professionnelle et DU de médecine de plongée*)



Autres exceptions au « tout médecin »

- Encadrants ou préparation de niveau d'encadrement, hors encadrement en piscine < 6 mètres
- Pratique de la plongée « tek » : recycleur et / ou trimix
 - Médecins du sport
 - Médecins fédéraux
 - Médecins diplômés de médecine subaquatique (*DIU de médecine subaquatique et hyperbare, DU de médecine subaquatique, DU de médecine de plongée professionnelle et DU de médecine de plongée*)

⇒ L'encadrant: garant de la sécurité de sa palanquée / ses élèves

⇒ Ex : OPI chez un encadrant sénior (> 45 ans !) = accident de l'encadrant et gros risque pour l'ensemble de la palanquée ...

⇒ Défaillance => conséquences sur le reste de la palanquée

Autres exceptions au « tout médecin »

- Pratique de l'apnée en milieu spécifique **et** en compétition (poids constant):
 - Médecins du sport
 - Médecins fédéraux
 - Médecins diplômés de médecine subaquatique (*DIU de médecine subaquatique et hyperbare, DU de médecine subaquatique, DU de médecine de plongée professionnelle et DU de médecine de plongée*)
- Plongeur En Situation de Handicap
- Reprise après accident

Autres exceptions au « tout médecin »

- Pathologie chronique / prise de traitements chroniques
 - Pas de possibilité de vérification de la conformité du CACI par les responsables de structures

⇒ Intégrer dans l'article 10 du RM et promouvoir

⇒ Recommandations +++ aux praticants et aux médecins de recourir à un médecin spécialisé dans ces situations

⇒ Promotion d'utilisation d'un modèle fédéral de CACI !

Fiche d'examen médical

- Recommandé par la SFMES, adapté à nos activités en suivant les recommandations
 - De la SFC, de l'UHMS, Medsubhyp, ...
- Guide et trace de l'examen médical pour le médecin
- Proposition : recommander l'usage par les médecins du questionnaire et de la fiche médicale

Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

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 / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
sphère ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
ophtalmologique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
digestive	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
voies urinaires	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
cerveau	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
orthopédique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
autre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> 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) : _____

*date approximative

A l'effort et / ou dans l'eau, avez-vous déjà ressenti :		
malaise ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir" <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête) <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

Malaise oui - non si oui, date* :
 Perte de connaissance oui - non si oui, date* :
 Crise d'épilepsie/ convulsion oui - non si oui, date* :
 Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ? oui - non si oui, date* :

Cancer oui - non si oui, type et date* :
 Bronchites >3/an oui - non si oui, date* :
 Asthme oui - non si oui, date* :
 Respiration sifflante oui - non si oui, date* :
 Pneumothorax oui - non si oui, date* :
 Crachat de sang oui - non si oui, date* :
 Essoufflement anormal oui - non si oui, date* :
 Autre pb respiratoire oui - non si oui, le(s)quel(s) :
 Douleur thoracique oui - non si oui, date* :
 Hypertension artérielle, traitée ou non oui - non si oui, date* :
 Infarctus / angine de poitrine oui - non si oui, date* :
 Palpitations / troubles du rythme oui - non si oui, date* :
 Notion de souffle cardiaque oui - non si oui, date* :
 AVC (attaque cérébrale) / AIT oui - non si oui, date* :
 Autre problème cardio vasculaire oui - non si oui, le(s)quel(s) :
Diabète oui - non si oui, type et date* :
 Phlébite / embolie oui - non si oui, date* :
 Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...) oui - non si oui, date* :
 Otites / sinusites >3/an oui - non si oui, date* :
 Vertige, problème d'équilibre oui - non si oui, date* :
 Trouble de l'audition oui - non si oui, date* :
 Autre pb ORL oui - non si oui, le(s)quel(s) :
 Port de lunettes et/ou lentilles oui - non si oui, vision : de près - de loin
 Autre pb ophtalmo oui - non si oui, le(s)quel(s) :
 Reflux gastro-oesophagien oui - non si oui, date* :
 Ulcère gastro duodénal oui - non si oui, date* :
 Autre problème digestif oui - non si oui, le(s)quel(s) :
 Problèmes récurrents de rachis / de dos oui - non si oui, date* :
 Anxiété oui - non si oui, date* :
 Dépression oui - non si oui, date* :
 Attaque de panique oui - non si oui, date* :
 Autre affection psychiatrique oui - non si oui, la(es)quelle(s) :
 Grossesse en cours ou envisagée oui - non

Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé : oui - non ; si oui, lesquels :

Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée

Date : _____ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

*date approximative

Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

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 :					
Taille :		Poids :		Croissance normale pour l'âge : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
Anomalies métaboliques : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non				Facteurs de risques CV :	
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 : <i>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</i>					
rythme :		FC :		axe : PR :	
aspect QRS :		QT :		QTc :	
repolarisation :		indice de Sokolow :			
Bilan cardiologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets présentant des facteurs de risque péjoratif : - les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques présentant l'association d'au moins 2 FR parmi : - âge > 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes) - tabagisme actif ou sevré depuis moins de 5 ans - dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,5 g/L - hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré</i>				Bilan pneumologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires, en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i>	
Anomalie(s) cardio respiratoire(s):					
ORL		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 : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
Acuité visuelle :		sans correction : œil droit :		œil gauche :	
		avec correction : œil droit :		œil gauche :	
Appareil locomoteur normal		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)			
Etat bucco-dentaire : <input type="checkbox"/> bon - <input type="checkbox"/> moyen - <input type="checkbox"/> mauvais - <input type="checkbox"/> prothèse					
Psychisme normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		Remarques :			
Examen neurologique normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non					
Etat cutané :					
Autres :					
Conclusion (et signature médecin) :					
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					
Contre-indication : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non si oui : CI <input type="checkbox"/> temporaire - <input type="checkbox"/> définitive					
Restrictions : Justification, remarques :					
Date de l'examen :					

Rappels

- La plongée subaquatique : CACI de moins de un an à chaque renouvellement de licence :
 - Le CACI couvre > 1 an ... mais la philosophie reste une visite annuelle !
- Les disciplines sportives :
 - CACI de moins de 1 an année N0
 - Années N1 et N2 : renouvellement avec QS-SPORT si réponses négatives, sinon CACI
 - Année N3 : CACI de moins de 1 an
- Attention : en cas de modification de l'état de santé / survenue d'un accident, il faut revoir son médecin !
- Pas de pratique sportive : pas de CACI médicalement justifié

Pour le renouvellement de la licence sans CACI

- Proposition :
 - Validité du CACI pour la pratique de loisir, sans compétition : 3 ans
- Texte pour l'attestation de réponses négatives au QS-SPORT :
 - Reprise de la suggestion du Ministère
 - Ajout de la mention « lu et compris »
 - Mise en conformité avec les règles du guide du HCE

*Je soussigné.e M/Mme Prénom : _____ NOM : _____
atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce
questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à
l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du.de la sportif.ve :

Pour les mineurs :

*Je soussigné.e M/Mme Prénom : _____ NOM : _____
en ma qualité de représentant.e légal.e de [Prénom NOM], atteste qu'il.elle a lu et compris
les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT
Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du.de la représentant.e légal.e :

Pour le renouvellement CACI

- Proposition de texte explicatif à destination des dirigeants

Questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 pour le renouvellement de la licence fédérale : quelques précisions

Le questionnaire de santé « QS-SPORT » est à remplir dans le cadre du renouvellement annuel de la licence, en cas de certificat médical à validité triennale, si :

- Il n'y a pas de discontinuité dans le renouvellement de la prise de licence fédérale
- Il n'y a pas de pratique de plongée subaquatique (qui nécessite un certificat médical d'absence de contre-indication annuel) : cas de la plongée en scaphandre autonome et de la plongée libre en milieu naturel et fosse de plus de 6 mètres.

Il s'agit d'un questionnaire de santé : les réponses à celui-ci relèvent du secret médical. A ce titre, les responsables et dirigeant.e.s de structure

- N'ont pas :
 - A avoir connaissance des réponses aux questions
 - A expliquer des questions qui ne seraient pas comprises par le la pratiquant.e. En cas d'hésitation, le la licencié.e devra demander à son médecin traitant.
- Doivent :
 - Recueillir l'attestation du de la pratiquant.e ou de son responsable légal.e, qu'il.elle a compris et répondu par la négative à l'ensemble des 9 questions posées
 - Ou recueillir le nouveau certificat médical si le la pratiquant.e a répondu oui à l'une des questions ou n'est pas certain.e d'avoir compris l'ensemble des questions
 - Conserver ladite attestation de l'année en cours et une copie du certificat médical en cours
- Peuvent :
 - Télécharger et fournir le questionnaire de santé aux pratiquant.e.s
 - Télécharger et fournir l'attestation de compréhension et de réponse négative à l'ensemble des questions aux pratiquant.e.s
 - Renvoyer les pratiquant.e.s vers le lien fédéral pour télécharger ces documents : www.ffessm.fr ou <http://medical.ffessm.fr>

Autres questions / infos de la commission

- Présentation du règlement médical :
 - Un document complet
 - Des doc scindés par chapitre, avec annexes reliées à chaque chapitre
- Modification des chapitres I et II du règlement médical :
 - Mise en conformité avec les nouveaux statuts et RI votés au printemps 2017
- Modification du chapitre V du RM :
 - Mise à jour de la réglementation des sportifs HN
 - Proposition remise au DTN

Autres questions / infos de la commission

- Proposition de notre chargé des finances au trésorier :

Ajout de la mention « je soussigné.e atteste que les présents frais de déplacement ne font pas l'objet d'un remboursement par un autre organisme »

en bas du formulaire de demande de remboursement de frais de déplacement

Autres questions / infos de la commission

- Calendrier prévisionnel :
 - Réunion scientifique le samedi 13 janvier 2018 matin
 - À la Pitié Salpêtrière
 - 2 thèmes : sport-santé et gestion des risques
 - Réunions CMPN :
 - Samedi 21 octobre :
 - matin avec les médecins des commissions sportives ... et le DTN (??)
 - Après midi : toute la commission
 - Vendredi 12 janvier 2018 après midi
 - AGN d'Amnéville
 - 19 et 20 mai 2018 : séminaire de travail à Annecy

Autres questions / infos de la commission

- Communication :
 - Pages de Subaqua
 - Site CMPN :
 - Désuet ...
 - Projet de site fédéral ?
 - Page facebook



The image shows a screenshot of the Facebook page for 'Medicale Ffessm'. The page header includes navigation options: Page, Boîte de réception, Notifications (with a red badge), Statistiques, Outils de publication, Paramètres, and Aide. The profile picture is a logo for 'FFESSM COMMISSION Médicale et Prévention'. The name of the page is 'Medicale Ffessm' with the handle '@medicaleFFESSM'. A menu on the left lists: Accueil, Évènements, Avis, À propos, Vidéos, and Photos. The main content area features a large landscape photo of a harbor at dusk with a lighthouse and boats. Below the photo are buttons for 'J'aime', 'S'abonner', 'Partager', and 'En savoir plus'. A notification from 'Isabelle' is visible, stating 'vous a invité(e) à aimer cette Page'. At the bottom, there is a green button that says 'J'aime la Page' and a rating of 5.0 stars.

Merci de votre attention !