

Nouveau dossier médical pour la pratique de la plongée

En bref

Désormais pour pratiquer des disciplines dites à « contraintes particulières », telle que la plongée scaphandre ou assimilé, il faut fournir un **Certificat médical d’Absence de Contre-Indication (CACI)** de moins d’1 an à la date de la demande de la licence. Ce certificat médical couvrira la pratique des activités jusqu’à la fin de la licence délivrée.

Dans le but de repérer facilement la durée de validité du CACI, un QR Code est désormais visible sur la licence. Il permet d’avoir les renseignements sur le CACI en cours, mais aussi le niveau technique le plus élevé du titulaire de la licence ainsi que la nature de son assurance.

Le demandeur doit présenter un CACI attestant l’absence de contre-indication à la pratique de la plongée, datant de moins d’un an, lors de la demande de la première licence, puis lors de chaque demande de renouvellement annuel.

Dans la plupart des cas, la réalisation de l’examen médical peut être effectuée par TOUT docteur en médecine, ayant le cas échéant des compétences spécifiques.

Références réglementaires :

- décrets du 24 août 2016 et 12 octobre 2016 (nouvelles conditions de renouvellement du Certificat médical pour les disciplines à contraintes particulières tous les ans),
- arrêté du 20 avril 2017 (Questionnaire Santé Sport officiel Cerfa et attestation),
- arrêté du 24 juillet 2017 (sur le contenu de l’examen médical des disciplines à contraintes particulières).

Mesures prises en application du code du sport (www.legifrance.gouv.fr)

- Un certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une première licence au sein d'une fédération (FFESSM, FSGT pour la plongée) ainsi que pour son renouvellement (article L231-2 du Code du Sport).
- Ce certificat médical doit dater de moins d'un an car l'activité est considérée comme présentant des contraintes particulières (articles L231-2-3 et D231-1-5 du Code du Sport).
- Les caractéristiques de l'examen médical en plongée sont définies par l'arrêté du 24 juillet 2017 (une attention particulière est portée sur l'examen ORL - tympan, équilibration, perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive - et l'examen dentaire).
- En dehors des fédérations (FFESSM, FSGT), le certificat médical n'est pas obligatoire mais toutes les organisations françaises le conseillent.
- Les dispositions visant à supprimer l'exigence de certificat médical en milieu scolaire ne s'appliquent pas à la plongée au sein des établissements d'APS (clubs, centres) pour lesquels seul le Code du Sport s'applique.
- Le coût de la visite médicale pour la délivrance du certificat est un acte de médecine préventive non pris en charge par la sécurité sociale.

	Médecins fédéraux (FFESSM)	Médecins diplômés de médecine subaquatique	Médecins du sport	Tout médecin inscrit à l'Ordre (« généraliste »)
Baptême, pack-découverte, pack-rando et PE12	Aucun certificat médical (sauf handisub).			
Exploration air ou nitrox	✓	✓	✓	✓
Passage niveaux 1, 2 et 3, brevets nitrox, qualifications PE-20 et + / PA12 et + / PN / PN-C	✓	✓	✓	✓
Encadrement et enseignement à l'air ou au nitrox	✓	✓	✓	✓
Passage du niveau 4	✓	✓	✓	
Passage des brevets d'enseignement	✓	✓	✓	
Recycleur ou trimix : formation (PTH), explo, encadrement, enseignement	✓	✓	✓	
Reprise de la plongée après accident	✓	✓		
Pathologies devant faire l'objet d'une évaluation	✓			
COMPÉTITIONS				
Pratique des sports en compétition	✓	✓	✓	
HANDISUB				
Handisub : baptême 2 mètres max.	✓	✓	✓	✓
Handisub : passage PESH 6 à PESH 40 et toute immersion > 2 mètres ⁽¹⁾	✓			
JEUNES PLONGEURS (moins de 14 ans)				
1^{re} étoile de mer	Aucun certificat médical n'est exigé.			
Passage plongeur Bronze, Argent, Or et exploration pour les moins de 14 ans	✓	✓		
Exploration : plongeurs de 12 ans ou 13 ans titulaires du niveau 1	✓	✓	✓	✓
2^e et 3^e étoile de mer	✓	✓	✓	✓
Avertissement : La FFESSM conseille aux membres et licenciés de privilégier, chaque fois que possible, le recours à un médecin fédéral et ce, même dans le cas où le certificat de non contre indication peut être délivré par tout médecin.				
⁽¹⁾ Ou médecin spécialisé en médecine physique (rééducation fonctionnelle).				
Sources : Règlement Médical, CTN et résolutions du CDN de la FFESSM (www.ffessm.fr).				
FSGT	Certificat non exigé pour les baptêmes. Cas général : certificat de non-contre-indication délivré par tout médecin. Pour les plongeurs pouvant évoluer au-delà de 20 m, il est vivement conseillé de consulter un médecin spécialisé en hyperbarie. Pour les enfants, il est demandé une visite annuelle auprès d'un médecin du sport.			
ANMP SNMP	Certificat non exigé pour les baptêmes. Certificat de non-contre-indication vivement conseillé. Pour les handicapés physiques, il est préconisé d'avoir recours à un médecin connaissant parfaitement les handicapés et la plongée.			

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur, Exerçant à,

médecin généraliste du sport fédéral n° :
 diplômé de médecine subaquatique autre :

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM :**

Né(e) le : **Prénom :**

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

de l'ensemble des activités subaquatiques **EN LOISIR**

Ou bien seulement (cocher) : DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
 DES ACTIVITÉS EN APNÉE
 DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION (spécifier en toute lettre) :

avec un certificat nécessitant un médecin fédéral, du sport ou qualifié (cocher) :

TRIMIX Hypoxique APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
 Pratique HANDISUB Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE **COCHÉE(S)** (obligatoire) :

Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s) (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

Un certificat est exigible toutes les 3 saisons (si renouvellement sans discontinuité de la licence) pour les disciplines : Nage avec Palmes, Nage en Eau Vive, Tir sur Cible, Hockey Subaquatique, Apnée jusqu'à 6 mètres. Pratique de l'activité jusqu'à expiration de la licence. **Un certificat est exigible tous les ans** pour la pratique de la Plongée Subaquatique (Plongée en Scaphandre en tous lieux et en Apnée au-delà de 6 mètres).

Sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui suspend la validité de ce certificat.

Il est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Pour consulter la liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <http://medical.ffessm.fr>

Fait à : **Signature et cachet :**

date :

AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT/ENCADRANT AVANT LA REPRISE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE AU COVID 19

<i>AUTO-QUESTIONNAIRE POUR LE PRATIQUANT ou ENCADRANT à l'ADMISSION</i>		
<i>Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>1- Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?</i>		
<i>2- Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?</i>		
<i>3- Gêne respiratoire récente ou aggravée ?</i>		
<i>4- Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?</i>		
<i>5- Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?</i>		
<i>6- Maux de gorge ou un écoulement nasal ?</i>		
<i>7- Fatigue importante et anormale ?</i>		
<i>8- Maux de tête inhabituels ?</i>		
<i>9- Perte du goût et/ou de l'odorat ?</i>		
<i>10- Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?</i>		
<i>Avez-vous ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>11- Été testé positif au Covid 19 ?</i>		
<i>12- Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?</i>		

Si réponse NON à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19

Si réponse OUI à une des questions, nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début des activités sportives et subaquatiques dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.



Attestation à remettre à la structure d'accueil

Je soussigné reconnais :

- *Avoir pris connaissance de l'auto-questionnaire Covid 19 et n'avoir indiqué « Oui » à aucune des questions posées.*
- *Avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques.*

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

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 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) : _____

*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	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Cancer	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crachat de sang	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Otitites / sinusites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, vision :	<input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin
Autre pb ophtalmo	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodéal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Dépression	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> 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		
Plaintes ce jour :		Symptomatologie d'effort :

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 :</i> - 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 sévère depuis moins de 5 ans - dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,5 g/L - hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré	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 :	
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	<i>(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)</i>		
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*) : oui - non

Contre-indication : oui - non si oui : CI temporaire - définitive

Restrictions : Justification, remarques :

Date de l'examen :