

## **LE CERTIFICAT MÉDICAL** **PRÉALABLE À LA PREMIÈRE LICENCE**

**Le certificat médical de non contre-indication est obligatoire**  
**avant la délivrance de la première licence**

*Code de la Santé Publique (article 3622-1) et arrêté du 28 avril 2000 NOR : MJSK0070039A,*

**Les sports sous-marins sont classés dans les sports à environnement particulier qui nécessitent un examen médical approfondi.**

La Commission Médicale et de Prévention Nationale(CMPN) a exprimé son avis sur les qualifications nécessaires des médecins chargés d'effectuer cet examen médical (médecin titulaire d'un diplôme de médecine subaquatique, et/ou médecin fédéral ) et a élaboré **un certificat-type à destination de ces médecins agréés** pour l'établissement du certificat médical de non contre-indication.

Afin de faciliter cette démarche d'obtention du certificat médical et tout en conservant ses critères d'attribution, la Commission Médicale et de Prévention Nationale a établi un **questionnaire de santé** dont le principe a été accepté par le CDN le 18 mai 2003.

Ce questionnaire de santé est fourni par la structure fédérale d'accueil au futur plongeur avec **la liste des contre-indications médicales à la plongée en scaphandre autonome à l'air et les formulaires de certificats médicaux type** élaborés par la CMPN.

Ce questionnaire de santé permet au postulant à la première licence de se faire examiner par tout médecin inscrit à l'Ordre des médecins ou tout médecin militaire.

**Le certificat de non contre indication peut donc être établi par tout médecin avec les 3 conditions suivantes :**

- Ce médecin prend connaissance du questionnaire de santé élaboré par la CMPN et rempli par le postulant et constate que toutes les questions ont été répondues **NON**, il conserve ce questionnaire dans son dossier médical.
- Ce médecin a pris connaissance de la dernière liste des contre-indications à la plongée sous-marine élaborée par la CMPN et imprimée au verso du certificat-type.
- Après examen, il remplit le formulaire-type du certificat de non contre-indication élaboré par la CMPN pour « tout médecin » dans lequel il est fait état des 2 conditions précédentes.

**Si au moins une des questions du questionnaire de santé est répondue OUI, le candidat plongeur doit impérativement être examiné par un médecin agréé** (médecin titulaire d'un diplôme de médecine subaquatique et/ou médecin fédéral )

***Tous les documents (joint) doivent être fournis au candidat plongeur avec les explications nécessaires par la structure fédérale avant la délivrance de la première licence (au besoin par courrier préalable à un séjour en centre éloigné du domicile)***

**QUESTIONNAIRE DE SANTE  
POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES**

De Mr – Mme – Melle : ..... Né(e) le

Pour pratiquer la plongée, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé par cette activité ou de favoriser un accident. En application de la réglementation fédérale (obéissant à l'arrêté du 28 avril 2000 du Ministère de la Jeunesse et des Sports), il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « NON » à toutes les questions, tout médecin peut délivrer le certificat de non contre-indication joint. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin de la FFESSM ou par un médecin spécialisé en médecine de la plongée subaquatique pour évaluation des risques éventuels. Le certificat qui vous sera alors remis précisera éventuellement les conseils et restrictions de pratique de la plongée. Quelles que soient vos réponses, la liste de ces médecins, qui vous conseilleront au mieux, vous sera fournie par votre club ou votre structure de plongée. Ce questionnaire, conservé dans le dossier du médecin que vous aurez consulté, reste confidentiel et relève du secret médical. Il peut cependant être demandé dans certaines circonstances par une instance judiciaire.

La pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre est contre indiquée durant la grossesse.

La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre.

		OUI	NON
▪ Si vous avez déjà plongé, avez vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Etes vous atteint d'un handicap ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Avez-vous eu ou avez vous :			
× des problèmes cardiaques ou circulatoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en particulier : - une hypertension artérielle <u>même traitée</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des pertes de connaissance à répétition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
× des problèmes respiratoires chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en particulier, une maladie asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
× un pneumothorax, un traumatisme thoracique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
× des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en particulier : - une mauvaise audition, une perforation tympanique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une sinusite ou une otite chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
× des problèmes psychiatriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en particulier, êtes vous suivi pour dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		OUI	NON
▪ Avez-vous eu ou avez vous :			
× des problèmes neurologiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en particulier : - des crises d'épilepsie, traitées ou non ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- un traumatisme crânien avec coma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- \* une maladie métabolique ?    
en particulier : - une maladie diabétique traitée ou non ?    
- une maladie endocrinienne ?
- \* une affection tumorale ?
- \* une hernie hiatale ou un reflux gastro-œsophagien ?
- \* une affection des yeux suivante : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ?
- \* des problèmes dermatologiques chroniques ?
- Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique
- Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique :
  - sur le cœur, ou sur le thorax ?
  - sur l'estomac ?
  - sur les oreilles ou les sinus ?
  - intra-crânienne ?
  - sur les yeux (y compris au laser) ?
- Bénéficiez vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ?
- Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ?

(nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires)

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti (e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin signataire du certificat médical de non contre-indication ainsi que celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer les activités subaquatiques.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

mineur)

signature :  
(du parent ou tuteur s'il s'agit d'un

---

**Avertissement**

---

Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.

**CONTRE-INDICATIONS A LA PLONGEE EN SCAPHANDRE AUTONOME A L'AIR (JUN 2003)**

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant). En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale Nationale.

	<b>Contre-indications définitives</b>	<b>Contre-indications temporaires</b>
<b>Cardiologie</b>	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Shunt D-G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale	Hypertension artérielle non contrôlée  Infarctus récent et angor  Péricardite  Traitement par anti arythmique ou <input type="checkbox"/> bloquant
<b>ORL</b>	Cophose unilatérale Evidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer par audiométrie Otospongiose opérée	Episode infectieux Polypose nasosinusienne Obstruction tubaire Syndrome vertigineux Perforation tympanique
<b>Pneumologie</b>	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme actif Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opérés Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie  Traumatisme thoracique
<b>OPHTALMOLOGIE</b>	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille Kératocône Prothèse ou implant creux	Chirurgie du globe oculaire sur 6 mois, y compris laser Détachement rétinien
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique	Traumatisme crânien grave à évaluer
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Incapacité motrice cérébrale Ethylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
<b>Hématologie</b>	Pathologies graves de la crase sanguine à évaluer	
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Dentaire</b>		Caries non traitées
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par insuline, sulfamides, acarbose ou non équilibré  Troubles métaboliques ou	Tétanie / Spasmophilie  endocriniens sévères
<b>Dermatologie</b>	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
<b>Gastro-Entérologie</b>	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
<b>TOUTE PRISE DE MEDICAMENT OU DE SUBSTANCE SUSCEPTIBLE DE MODIFIER LE COMPORTEMENT PEUT ETRE UNE CAUSE DE CONTRE-INDICATION</b>		
La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
<b>La reprise de la plongée après un accident de décompression, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident sévère, nécessitera l'avis d'un Médecin Fédéral ou Diplômé de Médecine Subaquatique ; ce certificat médical devra être visé par le Président de la Commission Médicale Régionale.</b>		

**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL DE NON CONTRE-INDICATION**  
(à l'usage de tout médecin inscrit régulièrement à l'Ordre)

Je soussigné, Docteur :

certifie :

- avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique de la plongée sous-marine établie par la Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM (cf verso)
- avoir pris connaissance des réponses au questionnaire de santé préalable à la délivrance du certificat médical initial de non contre-indication à la pratique des activités sub-aquatiques de

Mr, Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

- l'avoir examiné (e)

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités sub-aquatiques.

Fait à :

le :

Signature et tampon

(obligatoire)

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.

Informations au médecin signataire

Le présent certificat est fourni au (à la) candidat(e) par les structures fédérales en même temps qu'un questionnaire de santé qui doit être complété et signé par l'intéressé(e). Conformément à la réglementation de la FFESSM (en application de l'arrêté du 28 avril 2000 du Ministère de la Jeunesse et des Sports), ce certificat médical de non contre-indication peut être signé par tout médecin régulièrement inscrit à l'Ordre, sous réserve que toutes les réponses au questionnaire de santé qui doit obligatoirement vous être présenté par le(la) candidat(e) soient négatives. Une réponse positive à l'une au moins de ces questions impose au (à la) candidat(e) d'être examiné(e) par un Médecin Fédéral FFESSM ou spécialisé en Médecine subaquatique. La liste de ces médecins est disponible auprès des structures fédérales de la FFESSM. Le (la) candidat(e) doit être informé(e) qu'en cas de fausse déclaration il (elle) engage sa propre responsabilité.

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES**

Je soussigné Docteur

- Médecin diplômé de médecine subaquatique                       Médecin fédéral n°  
 Médecin du sport (qui ne peut pas signer ce document s'il s'agit du certificat préalable à la délivrance d'une première licence ou d'un enfant de 8 à 14 ans qui n'est pas Niveau 1)

Certifie

Avoir examiné ce jour	
Nom :	Prénom
Né(e) le	à
Demeurant	

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

- à la pratique de l'ensemble des activités fédérales de loisir  
 à la pratique des activités fédérales de loisir suivantes :

- à l'enseignement et à l'encadrement de la plongée  
 au passage du brevet suivant :

Que l'enfant désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFESSM et qu'il ne présente pas à ce jour de contre-indication clinique à la pratique :

- de la plongée subaquatique avec scaphandre  
 de l'ensemble des activités fédérales de loisirs à l'exception des activités indiquées ci-dessous :

Pour la surveillance médicale des enfants de 8 à 12 ans, je préconise la périodicité suivante :

- 6 mois     1 an

- Que l'enfant désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication au surclassement pour la discipline suivante :

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :

- de contre-indication à l'ensemble des compétitions fédérales  
 de contre-indication aux compétitions dans la discipline suivante :

Remarques éventuelles :

Fait à

le

Signature et cachet

Nombre de case(s) cochée(s) :  (obligatoire)

**Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.**