



## Médicale et de Prévention

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

*Medical certificate of no-contraindication  
for the practice of underwater activities*

Je soussigné, Docteur :

*I, Medical Doctor :* .....

- certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique des activités sub-aquatiques établie par la Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM,  
*certify that I have read the list of underwater activities contraindications established by the Medical and Prevention Commission of the French underwater federation,*

- avoir examiné M, Mme, Mlle :  
*having examined Mr, Mrs, Miss :* .....

Né(e) le : Demeurant à :  
*Date of birth : Address :* .....

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités sub-aquatiques.  
*and attest he (she) does not present, as of this day, any clinically detectable contraindication for the practice of underwater activities.*

Fait le : à :  
*Date : at :* .....

Signature et tampon (obligatoire).  
*Signature and stamp (required).*

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.  
*This certificate, valid for 1 year outside of any intercurrent illness or diving injury, is personally delivered to the applicant who has been duly informed of the potential medical risks.*

#### Informations au médecin signataire

Conformément à l'article L231-2 du code du Sport, la première délivrance d'une licence sportive est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée. Un renouvellement annuel du certificat médical est exigé par la FFESSM. La délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un examen médical approfondi qui peut permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre indication temporaire ou définitive ; la liste indicative de ces affections établie par la Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM figure au verso de ce certificat dont l'usage est fortement conseillé par la FFESSM. Si le recours à un Médecin Fédéral FFESSM ou spécialisé en Médecine subaquatique et hyperbare vous paraît souhaitable, la liste de ces médecins est disponible auprès des structures fédérales de la FFESSM ou en consultant les sites web régionaux accessibles à partir de [www.ffessm.fr](http://www.ffessm.fr)

**CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME**

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 et de Prévention Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale et de Prévention Nationale.

|   | <b>Contre indications définitives</b>  | <b>Contre indications temporaires</b>  |
|---|--|--|
| <b>Cardiologie</b>  | Cardiopathie congénitale<br>Insuffisance cardiaque symptomatique<br>Cardiomyopathie obstructive<br>Pathologie avec risque de syncope<br>Tachycardie paroxystique<br>BAV II ou complet non appareillés<br>Maladie de Rendu-Osler<br>Valvulopathies(*)   | Hypertension artérielle non contrôlée<br>Coronaropathies : à évaluer(*)<br>Péricardite<br>Traitement par anti-arythmique :à évaluer(*)<br>Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale: à évaluer (*)<br>Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire(*)   |
| <b>Oto-rhino-laryngologie</b>   | Cophose unilatérale<br>Évidement pétromastoïdien<br>Ossiculoplastie<br>Trachéostomie<br>Laryngocèle<br>Déficit audio. bilatéral à évaluer (*)<br>Otospongiose opérée<br>Fracture du rocher<br>Destruction labyrinthique uni ou bilatérale<br>Fistule peri-lymphatique<br>Déficit vestibulaire non compensé | Chirurgie otologique<br>Épisode infectieux<br>Polypose nasosinusienne<br>Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique<br>Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise<br>Tout vertige non étiqueté<br>Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois)<br>Perforation tympanique(et aérateurs trans-tympaniques)<br>Barotraumatismes de l'oreille interne<br>ADD labyrinthique +shunt D-G :à évaluer(*) |
| <b>Pneumologie</b>  | Insuffisance respiratoire<br>Pneumopathie fibrosante<br>Vascularite pulmonaire<br>Asthme :à évaluer (*)<br>Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*)<br>Chirurgie pulmonaire  | Pathologie infectieuse<br>Pleurésie<br>Traumatisme thoracique  |
| <b>Ophthalmologie</b>   | Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille, non stabilisées, susceptibles de saigner<br>Kératocône au delà du stade 2<br>Prothèses oculaires ou implants creux<br>Pour les N3, N4 , et encadrants : vision binoculaire avec correction <5/10 ou si un œil <1/10, l'autre <6/10   | Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison<br>Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois<br>Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois<br>Grefte de cornée : 8 mois<br>Traitement par bêta bloquants par voie locale : à évaluer(*)   |
| <b>Neurologie</b>   | Épilepsie<br>Syndrome déficitaire sévère<br>Pertes de connaissance itératives<br>Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique<br>Incapacité motrice cérébrale   | Traumatisme crânien grave à évaluer  |
| <b>Psychiatrie</b>  | Affection psychiatrique sévère<br>Éthylisme chronique  | Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène<br>Alcoolisation aiguë   |
| <b>Hématologie</b>  | Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales.<br>Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite.<br>Hémophiles : à évaluer (*)  | Phlébite non explorée  |
| <b>Gynécologie</b>  |  | Grossesse  |
| <b>Métabolisme</b>  | Diabète traité par insuline : à évaluer (*)<br>Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides)  | Tétanie / Spasmophilie   |
| <b>Dermatologie</b>   | Troubles métaboliques ou endocriniens sévères<br>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 médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication</b><br>La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen  |  |  |
| <b>Toutes les pathologies affectées d'un (*) doivent faire l'objet d'une évaluation, et le certificat médical de non contre indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral</b>  |  |  |
| <b>La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un Médecin Fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement intérieure de la C.M.P.N.</b> |  |  |