



Fédération Française  
de Spéléologie

# CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA PRATIQUE DE LA SPÉLÉOLOGIE ET DU CANYONISME

*La spéléologie et le canyonisme sont des activités de pleine nature, non compétitives, permettant tous les niveaux de pratique, de la simple promenade souterraine à l'exploration profonde et engagée.*

*L'effort nécessaire intéresse tous les groupes musculaires. La progression est très variée. Elle associe marche en terrain accidenté, escalade, reptation, passage d'étroitures, descentes et remontées de puits verticaux, parcours aquatiques, cascades, nage en eau vive.*

*Sur le plan physiologique, il s'agit d'un effort durand, prolongé sur plusieurs heures, voire plusieurs jours, avec des périodes d'effort résistant maximal, le tout se déroulant dans un milieu relativement hostile caractérisé par l'obscurité, le froid et l'humidité.*

*Les appareils cardiovasculaire, respiratoire et locomoteur sont les plus sollicités quelle que soit la pratique.*

## **A / Pour une pratique de type "loisirs" de la spéléologie ou du canyonisme**

Pour une inscription à un club, une découverte, une pratique touristique ou un stage technique, l'examen doit permettre d'informer le consultant sur ses possibilités physiques et ses limites. Il pourra ainsi prendre ses responsabilités et choisir son niveau de pratique. Dans ce cas il ne faut pas de compétences physiques particulières. Une intégrité anatomique et une bonne tolérance cardiovasculaire à l'effort suffisent.

### **Il n'y a pas de contre-indication médicale formelle à la pratique de la spéléologie et du canyonisme**

Toutefois, les risques du milieu, la durée des explorations (souvent de 10 à 20 heures), la difficulté des secours et le niveau de pratique choisi doivent faire évaluer les conséquences physiologiques et les risques personnels liés aux pathologies suivantes si elles sont présentes :

- l'épilepsie et les états syncopaux ;
- le diabète insulino-dépendant ;
- les états vertigineux vrais et les troubles de l'équilibre ;
- les néphropathies ;
- les maladies cardiovasculaires ;
- les maladies pleuro-pulmonaires ;
- les pathologies ostéo-articulaires et musculo-ligamentaires ;
- la convalescence de maladies graves ;
- les troubles de la coagulation sanguine ;
- les affections psychiatriques non compensées ;
- la grossesse après le 3<sup>ème</sup> mois.

L'entretien médical et l'examen clinique général permettront au médecin de conseiller le sujet sur sa pratique et son niveau de risque.

Toute situation de handicap, qu'il soit physique, mental ou sensoriel, nécessitera le même raisonnement, car l'accueil de ces personnes est possible avec un encadrement adapté.

A partir de 40 ans, un bilan cardiovasculaire plus approfondi est conseillé, surtout s'il existe des facteurs de risque cardiovasculaire (facteur familial, tabagisme, HTA, hyperlipidémie, surcharge pondérale, etc.) avec un électrocardiogramme, voire une épreuve d'effort, ainsi qu'un bilan biologique.

Les vaccinations antitétaniques et antipoliomyélitiques sont indispensables. Certains autres vaccins peuvent être conseillés pour les expéditions à l'étranger et certains types de pratique (canyonisme, plongée souterraine).

## **B / Pour un candidat à un stage de cadre, initiateur, moniteur ou instructeur, de l'Ecole française de spéléologie (EFS) ou de l'Ecole française de descente de Canyon (EFC)**

L'examen doit évaluer la condition physique et psychique du candidat car il devra mobiliser le maximum de ses ressources. Par la suite, il encadrera un groupe et sera donc seul responsable de la sécurité des personnes encadrées.

Dans cet esprit, les pathologies précédentes seront examinées avec la plus grande attention afin d'évaluer le risque pour le candidat de présenter un accident ou une décompensation liés à sa pathologie, qui seraient préjudiciables à lui-même et à la sécurité de tout le groupe.

Les éléments de cette appréciation seront la nature exacte de la pathologie, sa gravité, son traitement, son évolutivité et son équilibre, l'âge du candidat, son niveau d'éducation thérapeutique et son niveau de sensibilisation, son examen clinique complet, son niveau de pratique, son psychisme, son projet personnel, etc. Tous ces éléments permettront au médecin de prendre sa décision en toute conscience, sans excès de prudence mais avec tout le sérieux nécessaire.

## **C / Pour la pratique de la plongée souterraine**

Aux contraintes physiologiques de la spéléologie s'ajoutent celles de la plongée subaquatique.

Les contre-indications se cumulent également.

Les contre-indications médicales de la plongée subaquatique sont à consulter sur les documents spécifiques à cette activité.

**Mise à jour : 26/09/2016 Réf. Imprimé : certificat\_medical\_2017**

28 rue Delandine - 69002 Lyon - Tél. 04 72 56 09 63 - Fax. 04 78 42 15 98

Association loi 1901 reconnue d'utilité publique, agréée par les Ministères chargés des sports (agrément sport), de la jeunesse et de l'éducation populaire (agrément jeunesse et éducation populaire), de l'intérieur (agrément sécurité civile) et de l'environnement (agrément environnement).

[www.ffspeleo.fr](http://www.ffspeleo.fr)





Fédération Française  
de Spéléologie

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme, Mlle, M. : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Membre actif de l'association sportive :

Il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique de :  
(cocher la case correspondante)

- la spéléologie ou du canyonisme (pratique de type "loisirs")
- la spéléologie ou du canyonisme (stage de formation de cadre)
- la plongée souterraine

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e), en un exemplaire, et remis en main propre.

Fait à : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature et cachet professionnel :





Fédération Française  
de Spéléologie

## ATTESTATION DECLARATIVE D'ANTECEDENTS

(Partie à conserver par le médecin signataire)

ANTECEDENTS	OUI	NON
<b>Cardio-vasculaire et respiratoire</b>		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections respiratoires, asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ORL / Ophtalmologie</b>		
Vertiges, perte d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdit�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections oculaires (glaucome, cataracte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neurologie</b>		
Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endormissement fréquent en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Appareil locomoteur</b>		
Maladie articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation des mouvements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interventions chirurgicales</b>		
Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabète</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Troubles de la coagulation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Traitements en cours ou r�guli�rs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tabac, alcool</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cannabis ou autres drogues</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antécédents psychiatriques (dépression...)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Invalidité / handicap reconnu par la MDPH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné (e), Madame, Mademoiselle, Monsieur....., certifie l'exactitude des réponses données à ce questionnaire médical en vue d'obtenir ma licence de la Fédération française de spéléologie.

le ..... Signature

### ATTENTION !

Toute omission volontaire ou déclaration erronée invalidera l'avis médical.

