

REGLEMENT MEDICAL FEDERAL

PREAMBULE

L'article L. 231-5 du code du sport prévoit que les fédérations sportives veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet les dispositions nécessaires.

CHAPITRE I – ORGANISATION GENERALE DE LA MEDECINE FEDERALE

On entend par médecine fédérale l'organisation de l'ensemble des professionnels de santé et auxiliaires en charge de la mise en œuvre au sein de la fédération des dispositions sanitaires fixées par la législation et par la fédération (protection de la santé, promotion de la santé et prévention des conduites dopantes...)

CHAPITRE II - COMMISSION MEDICALE FEDERALE (CMF)

Article 1 : objet

La Commission Médicale Fédérale de la FFR XIII a pour mission :

- la mise en œuvre au sein de la FFR XIII des dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection de la santé des sportifs ainsi qu'à la prévention et la lutte contre le dopage, notamment :
 - d'assurer l'organisation de la surveillance sanitaire des sportifs de haut niveau et inscrits dans la filière d'accès au haut niveau ;
 - de définir les modalités de délivrance du certificat de non contre-indication à la pratique du rugby à XIII,
- de définir et de mettre en œuvre la politique et la réglementation sanitaire fédérale à destination de l'ensemble des licenciés ainsi qu'organiser la médecine fédérale
- d'émettre des avis, de faire des propositions et de participer à la réflexion sur tout sujet à caractère sanitaire dont elle se saisira ou qui lui sera soumis par les instances fédérales nationales, régionales et locales, notamment relatifs à :
 - la surveillance médicale des sportifs
 - la veille épidémiologique
 - la lutte et la prévention du dopage
 - l'encadrement des collectifs nationaux
 - la formation continue,
 - des programmes de recherche
 - des actions de prévention et d'éducation à la santé
 - l'accessibilité des publics spécifique,
 - les contre indications médicales liées à la pratique du rugby à XIII
 - les critères de surclassement,
 - des dossiers médicaux litigieux de sportifs
 - l'organisation et la participation à des colloques, des congrès médicaux ou médico-sportifs...
 - les publications
- d'élaborer un budget de fonctionnement à soumettre aux instances dirigeantes

Article 2 : composition

Le Président de la Commission Médicale Fédérale est le médecin fédéral national.

La commission médicale fédérale de la FFR XIII est composée :

- d'au moins cinq membres du corps médical, dont trois titulaires d'un certificat d'études spécialisées en médecine du sport
- d'un masseur kinésithérapeute
- d'une personne titulaire du certificat d'aptitude à l'enseignement physique et sportif
- du Directeur Technique National

Les membres de la CMF sont nommés par l'instance dirigeante de la fédération sur proposition du président de la commission.

Article 3 : fonctionnement de la commission médicale fédérale

La Commission Médicale Fédérale se réunit au moins 2 fois par an, sur convocation de son Président qui fixera l'ordre du jour et en avisera le Secrétaire Général et le Directeur Technique National.

Pour mener à bien ses missions, la Commission Médicale Fédérale dispose d'un budget fédéral annuel approuvé par l'assemblée générale financière et dont la gestion est assurée par le Président de la Commission.

L'action de la CMF est organisée en lien avec la direction technique nationale.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu adressé au Président de la fédération et au Directeur Technique National.

Annuellement le Président de la Commission établit un rapport d'activité. Ce document fera en particulier état de :

- de l'organisation médicale fédérale et du fonctionnement de la commission médicale fédérale;
- de l'action médicale fédérale concernant notamment :
 - l'application de la réglementation médicale fédérale;
 - le suivi des sportifs de haut niveau et inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau;
 - les liaisons nécessaires avec les auxiliaires médicaux, les techniciens sportifs et les pratiquants;
 - l'application des mesures nécessaires à la lutte antidopage;
 - la recherche médico-sportive;
 - la gestion des budgets alloués pour ces actions.

Article 4 : commissions médicales régionales

Des commissions médicales régionales peuvent être créées par les instances dirigeantes des ligues.

Les membres de la Commission Médicale Fédérale participent à l'animation des Commissions médicales régionales.

Les commissions médicales régionales travaillent en lien direct avec la Commission Médicale Fédérale.

Article 5 : rôles et missions des intervenants médicaux et paramédicaux

Les élus fédéraux, le Directeur Technique National et les membres de l'encadrement technique de chaque équipe doivent respecter l'indépendance professionnelle des professionnels de santé vis-à-vis des décisions « médicales » et ne pourront exercer sur eux aucune contrainte.

Conformément à l'article 83 du code de déontologie (article R.4127-83 du code de la santé publique) les missions exercées par les médecins au sein de la fédération doivent faire l'objet d'un contrat écrit.

a/ le médecin élu

Conformément au point 2.2.2.2.2 de l'annexe I-5 de la partie réglementaire du code du sport relative aux dispositions des statuts des fédérations sportives, un médecin doit siéger au sein d'une des instances dirigeantes.

Le médecin élu aux instances dirigeantes, est membre de droit de la commission médicale. Il est l'interface de la commission médicale nationale avec l'instance dirigeante de la fédération.

Il exerce bénévolement son mandat.

b/ le médecin fédéral national (MFN)

Il est le responsable de l'organisation de la médecine fédérale.

Avec l'aide de la commission médicale il est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire fédérale.

En tant que président de la commission médicale fédérale, il assure le fonctionnement (réunions, convocations ordre du jour) de celle-ci et coordonne l'ensemble des missions qui lui sont attribuées (cf. chapitre II. Article 1).

Il rend compte de son activité auprès du Président de la fédération.

Il travaille en étroite collaboration avec le Directeur Technique National.

Le médecin fédéral national est nommé par l'instance dirigeante de la fédération, sur proposition du président fédéral.

Cette nomination devra être transmise, pour information, au ministère chargé des sports.

Il est nommé pour une période de 4 ans, renouvelable.

Il devra obligatoirement être :

- docteur en médecine ;
- licencié de la FFR XIII.

Le médecin fédéral national est de droit de par sa fonction :

- habilité à représenter la Fédération, sur les sujets relatifs à la santé des sportifs au sein des différentes commissions médicales nationales, internationales ou olympiques (C.N.O.S.F.)
- habilité à régler tout litige pouvant survenir entre médecins, auxiliaires médicaux à l'échelon régional, s'ils n'ont pas été résolus à ce niveau, ou à l'échelon national ; si nécessaire, il en réfère au Président de la Fédération.
- habilité à valider auprès de l'instance dirigeante régionale la candidature des médecins fédéraux régionaux, en concertation avec la commission médicale fédérale.

Son activité doit faire l'objet d'un contrat de travail déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis pour avis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

Bien que son activité soit bénévole, elle doit faire l'objet d'un contrat de travail déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis pour avis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

C/ le médecin fédéral régional

Le médecin fédéral régional doit, d'une part, veiller à l'application de la législation relative à la médecine du sport, ainsi que l'application des directives et règlements spécifiques au rugby à XIII, et d'autre part, informer régulièrement la commission médicale fédérale de la situation dans sa région.

Il est le relais de la commission médicale fédérale dans sa région.

Elu fédéral, il assure bénévolement son mandat et ses missions.

Le médecin fédéral régional est désigné par le Président de la ligue après avis du Président de la Commission Médicale Fédérale.

Il devra obligatoirement être :

- docteur en médecine ;
- licencié de la FFR XIII.

Le médecin fédéral régional préside la commission médicale régionale.

A ce titre il est habilité à :

- participer aux différentes réunions des médecins fédéraux régionaux de la fédération mises en place par la commission médicale fédérale ;
- représenter la ligue à la commission médicale du CROS ainsi qu'auprès des instances des services déconcentrés du ministère chargé des Sports ;
- régler les litiges pouvant survenir entre médecins, auxiliaires médicaux, à l'échelon local ou régional. Ils seront soumis, selon nécessité, au Président de la Ligue et si besoin, transmis à l'échelon national ;
- désigner tout collaborateur paramédical régional ;
- établir et gérer le budget médical régional ;
- prévoir les réunions de coordination nécessaires avec les auxiliaires médicaux et les techniciens ;
- veiller à ce que tout le personnel médical, paramédical et auxiliaire (y compris les secrétaires de ligues) respecte le secret médical concernant les sportifs ;
- assurer l'application des mesures nécessaires à la lutte contre le dopage ;
- en fonction de l'organisation retenue, contribuer (sur demande du médecin coordonnateur du suivi médical), au niveau de sa région, à la surveillance médicale réglementaire ;
- diffuser les recommandations médicales spécifiques et les informations relatives à la médecine du sport ;
- participer à la mise en place de la politique médicale fédérale et à son application ;
- donner son avis sur les mesures préventives à mettre en œuvre pour assurer la sécurité des pratiquants au cours des épreuves sportives.

Il devra annuellement rendre compte de l'organisation et de l'action médicale régionale à la commission médicale fédérale ainsi qu'à l'instance dirigeante régionale (dans le respect du secret médical)

Bien que son activité soit bénévole, elle doit faire l'objet d'un contrat de travail déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis pour avis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

d/ le médecin coordonnateur du suivi médical

Conformément à l'article R 231-4 du code du sport, l'instance dirigeante compétente de la fédération sportive désigne un médecin chargé de coordonner les examens requis dans le cadre de la surveillance médicale particulière des sportifs inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau et dans les filières d'accès au sport de haut niveau (espoirs notamment).

Il exerce une activité médico-administrative d'expertise ou d'évaluation mais pas de soins.

La fonction de médecin coordonnateur ne peut être assurée par aucun médecin d'équipe nationale.

Le médecin coordonnateur du suivi médical est désigné par l'instance dirigeante sur proposition du médecin fédéral après concertation avec le directeur technique national et la commission médicale fédérale.

Il devra obligatoirement être :

- docteur en médecine
- titulaire du CES médecin du sport
- licencié de la FFR XIII
- bénéficier d'une assurance en responsabilité civile professionnelle correspondante aux risques inhérents à la pratique de ses missions.

Il lui appartient :

- d'établir avec le médecin fédéral national les protocoles et les modalités d'organisation du suivi médical de l'ensemble des sportifs concernés ;
- de recevoir et d'analyser les résultats de l'ensemble des examens pratiqués dans le cadre de cette surveillance médicale définie aux articles A 231-3 à A 231-8 du code du sport
- de s'assurer de la réalisation des examens du suivi médical réglementaire; d'analyser les résultats des examens transmis par les centres effecteurs et de prendre les mesures imposées par cette analyse (examens complémentaires, contre-indications...)
- de s'assurer de la tenue à jour d'un fichier médical individuel pour chaque sportif concerné par le suivi médical réglementaire (art L 231-7 du code du sport) dans le respect du secret médical ;
- d'établir, le cas échéant, un certificat de contre-indication à la participation aux compétitions sportives au vu des résultats de la surveillance médicale. Ce certificat est transmis au Secrétaire Général, qui suspend la participation de l'intéressé aux compétitions sportives organisées ou autorisées par la fédération jusqu'à la levée par le médecin de la contre-indication (art L.231-3 du code du sport)

Il appartient également au médecin coordonnateur du suivi médical de :

- mettre en œuvre les liaisons nécessaires à la conduite de sa mission avec les médecins des services médicaux où sont effectués les bilans médicaux des sportifs, les médecins fédéraux régionaux, voire les médecins conseillers des DRDJS afin d'étudier avec ceux-ci les possibilités régionales les plus appropriées pour la concrétisation locale de ses missions ;
- faire le lien avec le Directeur Technique National et son équipe, en particulier pour la mise en œuvre du suivi médical pendant des stages ou regroupements sportifs ;
- rendre régulièrement compte de son action au médecin fédéral national ;
- de faire annuellement un bilan collectif de la surveillance sanitaire de la population, à présenter à la commission médicale fédérale et à l'assemblée générale avec copie au ministre chargé des sports comme le prévoit l'article R.231-10 du code du sport ;
- dans tous les cas, qu'il soit bénévole ou rémunéré, son activité doit faire l'objet d'un contrat de travail déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis pour avis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

La fédération met à sa disposition les outils lui permettant de mener à bien sa mission (poste informatique, soutien administratif d'un secrétariat dédié, armoire de stockage permettant de respecter le secret médical...).

Qu'il soit bénévole ou rémunéré, le médecin coordonnateur du suivi médical doit faire l'objet d'un contrat de travail écrit déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis pour avis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

En contrepartie de son activité, il peut recevoir une rémunération qui est fixée annuellement par l'instance fédérale sur proposition de la commission médicale fédérale.

e/ le médecin des équipes de France

Le médecin des équipes de France assure la coordination de l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux effectuant des soins auprès des membres des collectifs ou équipes nationales lors des stages préparatoires aux compétitions ainsi que lors des compétitions internationales.

Le médecin des équipes de France est nommé par le Président de la Fédération sur proposition du médecin fédéral national après avis du directeur technique national et de la commission médicale nationale.

Il devra obligatoirement être :

- docteur en médecine ;
- titulaire du CES médecin du sport ;
- licencié de la FFR XIII.

Le médecin des équipes de France est de par sa fonction :

- membre de la CMF ;
- habilité à proposer les médecins et kinésithérapeutes intervenant auprès des membres des équipes de France après concertation avec le Directeur Technique National ;
- chargé d'assurer la gestion et la coordination de la présence médicale et paramédicale des intervenants auprès des équipes nationales en concertation avec le Directeur Technique National ;
- habilité à prodiguer des soins aux sportifs des équipes nationales qui le nécessitent et/ou qui en font la demande.

Le médecin des équipes de France dresse le bilan de l'encadrement médical et sanitaire des stages et compétitions des équipes de France au vu des rapports d'activité qui lui sont adressés par les médecins et kinésithérapeutes d'équipes.

Il transmet annuellement ce bilan à la commission médicale, et au Directeur Technique National (dans le respect du secret médical).

Le médecin est tenu de respecter la réglementation en vigueur concernant l'exportation temporaire et la réimportation des médicaments et de tenir informés de cette réglementation les professionnels de santé intervenant auprès de la fédération.

Dans tous les cas, qu'il soit bénévole ou rémunéré, son activité doit faire l'objet d'un contrat de travail déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis pour avis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

Pour exercer sa mission de coordination, le médecin des équipes de France peut être bénévole ou rémunéré. S'il exerce sa mission de coordination contre rémunération, celle-ci est fixée annuellement par l'instance fédérale sur proposition de la commission médicale fédérale.

f/ les médecins d'équipes

Le médecin d'équipe (chargé des soins) ne peut pas être le médecin coordonnateur du suivi médical pour la même population de sportifs ni un des médecins de plateaux techniques ou centres effecteurs du suivi médical utilisés par ces sportifs.

Les médecins d'équipes sont nommés par le médecin fédéral national après avis du Directeur Technique National. Ils devront obligatoirement être :

- docteur en médecine ;
- licencié de la FFR XIII ;
- bénéficier d'une assurance en responsabilité civile professionnelle correspondante aux risques inhérents à la pratique de leurs missions.

Ils assurent la prise en charge sanitaire des sportifs qu'ils accompagnent.

Ils apportent les soins qui s'imposent et peuvent prononcer un arrêt temporaire à la pratique sportive s'ils le jugent nécessaire.

Le médecin d'équipe établit un bilan d'activité qu'il transmet au médecin coordinateur des équipes de France après chaque déplacement qu'il effectue avec les équipes ou collectifs nationaux.

Le médecin des équipes de France transmettra aux médecins d'équipes les périodes ou les jours au cours desquels ils devront se rendre disponibles.

Qu'ils soient bénévoles ou rémunérés, les médecins d'équipes doivent faire l'objet d'un contrat de travail écrit déclinant leurs missions et les moyens dont ils disposent et qui doivent être soumis pour avis aux conseils départementaux de l'ordre des médecins dont ils dépendent.

En contrepartie de leur activité, ils peuvent recevoir une rémunération qui est fixée annuellement par l'instance fédérale sur proposition de la commission médicale fédérale.

g/ les kinésithérapeutes d'équipes

En relation avec les médecins d'équipe, les kinésithérapeutes d'équipes assurent l'encadrement des membres des collectifs et équipes nationales lors des stages préparatoires aux compétitions ainsi que lors des compétitions internationales majeures.

Les kinésithérapeutes d'équipes sont nommés par le Président de la commission après avis du Directeur Technique National.

Ils devront obligatoirement être :

- masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat ;
- licenciés de la fédération ;
- bénéficier d'une assurance en responsabilité civile professionnelle correspondante aux risques inhérents à la pratique de leurs missions.

Ils participent selon 2 axes d'intervention :

1) Le soin :

Conformément à l'article L 4321-1 du code de la santé publique, lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession.

2) L'aptitude et le suivi d'entraînement :

L'article 11. du décret N° 96-879 du 8 octobre 1996, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute (modifié par le décret en conseil d'état N° 2000-577 du 27 juin 2000) précise qu'il existe une exception à la règle de la pratique sur ordonnance médicale puisqu'en milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

- Le kinésithérapeute d'équipe établit un bilan d'activité qu'il transmet au médecin coordonnateur des équipes de France après chaque déplacement qu'il effectue avec les équipes ou collectifs nationaux ;
- L'article L 4323-3 du code de santé publique rappelle que le kinésithérapeute d'équipes est tenu au secret professionnel, dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal ;
- L'article 10. du décret N° 96-879 du 8 octobre 1996, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute (modifié par le décret en conseil d'état N° 2000-577 du 27 juin 2000) précise qu'en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit être remis au médecin dès son intervention ;
- Le masseur-kinésithérapeute doit exercer son activité dans le strict respect de la législation et de la réglementation relative à la lutte contre le dopage. A ce titre, il participe aux actions de prévention du dopage conduites. Dans le cadre des attributions, il appelle l'attention du médecin tout particulièrement sur les modifications physiologiques ou risques de pathologies, notamment iatrogènes, ainsi que tout élément pouvant révéler un dopage.

Le médecin des équipes de France transmettra aux kinésithérapeutes d'équipes les périodes ou les jours au cours desquels ils devront se rendre disponibles.

En contrepartie de leur activité, ils peuvent recevoir une rémunération qui est fixée annuellement par l'instance fédérale sur proposition de la commission médicale fédérale.

CHAPITRE III – ASPECT REGLEMENTAIRE MEDICAL

Article 6 : délivrance de la licence et renouvellement

Conformément à l'article L. 231-2 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 certificat médical est exigé par la FFR XIII à chaque renouvellement de licence.

Par ailleurs, l'article L 231-2-2 précise que l'obtention d'une première licence sportive ne permettant pas la participation aux compétitions organisées par la fédération sportive qui la délivre est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline sportive pour laquelle elle est sollicitée. Les fédérations sportives peuvent, selon une fréquence qu'elles définissent, demander pour une nouvelle délivrance de licence la présentation d'un certificat médical.

Article 7 : participation aux compétitions

Conformément à l'article L. 231-3 du code du sport, la participation aux compétitions est subordonnée à la présentation d'une licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition qui doit dater de moins d'un an.

Conformément à l'article L. 231-2 du code du sport, l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive permettant la participation aux compétitions organisées par la fédération sportive qui la délivre est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline ou activité sportive pour laquelle elle est sollicitée.

Conformément à l'article L. 231-2-1 du code du sport, la pratique en compétition d'une discipline sportive à l'occasion d'une manifestation organisée par une fédération agréée ou autorisée par une fédération délégataire est subordonnée à la présentation :

1° Soit d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de cette discipline ou activité sportive ;

2° Soit d'une licence mentionnée à l'article L. 231-2 délivrée pour la même discipline ou activité sportive et portant attestation de la délivrance de ce certificat.

Article 8 : médecin habilité pour la délivrance des certificats médicaux pour la fédération

L'obtention du certificat médical mentionné aux articles 6 et 7 est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du Doctorat d'Etat. Cependant, la commission médicale fédérale de la FFR XIII :

1- rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique [article 69 du code de déontologie]), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen ;
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie])

2- précise que le contenu et la rigueur de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur.

3- conseille :

- de tenir compte des pathologies dites "de croissance" et des pathologies antérieures liées à la pratique de la discipline ;
- de consulter le carnet de santé ;
- de constituer un dossier médico-sportif.

4- impose dans tous les cas de demande de surclassement la production d'un certificat médical d'aptitude au surclassement réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport.

5- Interdit le double surclassement.

Une procédure dérogatoire exceptionnelle peut toutefois être étudiée par la commission médicale, sous certaines conditions et après examen des pièces suivantes :

- Motivation technique dûment explicitée par l'entraîneur, et approuvée par le directeur technique national ;
- Certificat de non contre indication à la pratique du rugby à XIII en compétition dans deux catégories d'âge au dessus, établi par un médecin du sport. Ce certificat devra préciser les mensurations et l'âge osseux du joueur au moment de la demande ;
- Compte rendu d'une épreuve d'effort et d'une échocardiographie récentes ;
- Autorisation parentale (les deux parents ou à défaut le dépositaire de l'autorité parentale)

6- La reprise de la compétition après une commotion cérébrale ne sera autorisée que sur présentation d'un certificat médical qui sera joint à la feuille de match (voir § commotions).

Article 9 : certificat d'inaptitude temporaire à la pratique en compétition

Tout médecin a la possibilité d'établir un certificat d'inaptitude temporaire à la pratique du rugby à XIII en compétition à tout sujet examiné lui paraissant en mauvaise condition de santé. Ce certificat sera transmis par le sujet examiné au médecin fédéral national qui en contrôlera l'application.

Pendant toute la durée de cette inaptitude, le joueur est considéré comme n'étant pas apte pour jouer.

Article 10 : dérogations dans le cadre d'une inaptitude temporaire à la pratique en compétition

Tout licencié déclaré inapte a la possibilité de faire une demande de dérogation au près du Président de la CMF.

Article 11 : refus de se soumettre aux obligations du contrôle médico-sportif

Tout licencié qui se soustraira à la vérification de sa situation en regard des obligations du contrôle médico-sportif sera considéré comme contrevenant aux dispositions des règlements de la FFR XIII et sera suspendu jusqu'à régularisation de la situation.

Article 12 : acceptation des règlements intérieurs fédéraux

Toute prise de licence à la FFR XIII implique l'acceptation de l'intégralité du règlement antidopage de la FFR XIII figurant en annexe du Règlement Intérieur de la FFR XIII.

CHAPITRE IV - SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET SPORTIFS INSCRITS DANS LES FILIERES D'ACCÈS AU SPORT DE HAUT NIVEAU

L'article R. 231-3 du code du sport précise que la surveillance médicale particulière à laquelle les fédérations sportives soumettent leurs licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ou dans les filières d'accès au sport de haut niveau a pour but de prévenir les risques sanitaires inhérents à la pratique sportive intensive.

Article 13 : organisation du suivi médical réglementaire

La FFR XIII ayant reçu délégation, en application de l'article L. 231-6 du code du sport, assure l'organisation de la surveillance médicale particulière à laquelle sont soumis ses licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ainsi que des licenciés inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau ou des candidats à l'inscription sur ces listes.

Cette surveillance médicale ne dispense pas les employeurs des sportifs professionnels titulaires d'un contrat de travail au titre de l'article L. 122-1-1 du code du travail de satisfaire aux obligations qui leur incombent en application du titre IV du livre II du même code.

L'article R 231-6 du code du sport précise que « une copie de l'arrêté prévu à l'article R. 231-5 et du règlement médical de la fédération est communiquée par celle-ci à chaque licencié inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau ou dans les filières d'accès au sport de haut niveau ».

Article 14 : le suivi médical réglementaire

Conformément à l'article R. 231-5, un arrêté des ministres chargés de la santé et des sports définit la nature et la périodicité des examens médicaux, communs à toutes les disciplines sportives, assurés dans le cadre de la surveillance définie à l'article R. 231-3. Les examens à réaliser dans le cadre de la surveillance médicale particulière des sportifs de haut niveau et sportifs inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau figurent aux articles A 231-3 à A 231-8. (se reporter à l'annexe A)

Article 15 : Non respect de la réalisation du suivi médical réglementaire

Le non respect des délais imposés pour la réalisation des différents examens constitue une violation des dispositions réglementaires.

A titre administratif et en vertu du principe de précaution, sauf s'il peut justifier d'une raison majeure, tout sportif n'ayant pas satisfait à ces obligations sera suspendu de toute participation à une compétition ou sélection fédérale jusqu'à régularisation de sa situation.

Article 16 : les résultats de la surveillance sanitaire

Les résultats des examens prévus à l'article 13 sont transmis au médecin coordonnateur du suivi médical. Le sportif peut communiquer ses résultats au médecin fédéral national ou à tout autre médecin précisé, par lui, dans le livret médical prévu à l'article L 231-7 du code du sport.

Conformément à l'article L. 231-3 du code du sport, le médecin coordonnateur du suivi peut établir un certificat de contre-indication à la participation aux compétitions sportives au vu des résultats de cette surveillance médicale.

Ce certificat est transmis au Président, qui suspend la participation de l'intéressé aux compétitions sportives organisées ou autorisées par ladite fédération jusqu'à la levée par le médecin de la contre-indication.

Le médecin coordonnateur peut être saisi par le Directeur Technique National, le Président fédéral, le responsable médical d'un Pôle ou par tout médecin examinateur, en particulier ceux qui participent à l'évaluation et la surveillance médicale préalable à l'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau ou à la surveillance médicale particulière des sportifs espoirs ou de haut niveau.

Le médecin coordonnateur instruit le dossier et saisit la commission médicale à chaque fois que cela est

nécessaire.

Il statue sur l'existence ou l'absence d'une contre-indication temporaire ou définitive à l'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau ou sur la liste des sportifs espoirs.

Un avis motivé est donné au sportif ou à son représentant légal.

La commission médicale peut faire appel à un ou plusieurs médecins spécialistes reconnus pour leurs compétences avant de statuer ou en cas d'appel du licencié.

En attendant l'avis rendu par la commission médicale, le sportif ne peut pas être inscrit sur les listes ministérielles ou intégrer une structure appartenant à la filière d'accès au sport de haut niveau. S'il s'agit déjà d'un sportif en liste ou en filière d'accession au haut niveau, celui-ci ne doit pas poursuivre son activité sportive fédérale sauf avis spécifié de la commission médicale transmis au Directeur Technique National et au Président fédéral.

Dans le respect de la déontologie médicale, le médecin coordonnateur notifie la contre indication temporaire ou définitive au Secrétaire Général (copie pour information au directeur technique national) qui prend toute disposition pour suspendre ou interdire l'activité du sportif concerné.

De même, le Directeur Technique National est également informé dans le cas où un sportif ne se soumet pas à l'ensemble des examens prévus par l'arrêté du 16 juin 2006 afin qu'il puisse suspendre la convocation d'un sportif aux regroupements, stages et compétitions des équipes de France jusqu'à la régularisation de sa situation.

Article 17 : bilan de la surveillance sanitaire

Conformément à l'article R 231-10 du code du sport, le médecin coordonnateur du suivi établit, en lien avec le médecin fédéral et la commission médicale fédérale, un bilan de la surveillance sanitaire des sportifs de haut niveau et inscrits dans les filières d'accès au haut niveau.

Ce bilan devra être adressé, annuellement, par la fédération au ministre chargé des sports.

Article 18 : secret professionnel

Les personnes habilitées à connaître des données individuelles relatives à la surveillance médicale des licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ou dans la filière d'accès au haut niveau sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles L. 226-13 et L. 226-14 du code pénal.

Tous les dossiers médicaux, qu'ils appartiennent à des joueurs, à des arbitres ou à toute autre personne, sont soumis au secret médical. Lorsqu'ils sont conservés à la Fédération, ils sont archivés de façon confidentielle et ne peuvent être consultés que par les médecins de la Fédération.

Article 19 : Le dossier de suivi longitudinal du joueur

Il comportera des données administratives et sportives, mais aussi la mention des blessures traumatiques (nature et circonstances de survenue), à l'exclusion de toute autre pathologie.

Ce recueil sera réalisé dans le seul but d'améliorer la prise en charge du blessé et la prévention des récidives.

Dans cette optique, les données du dossier pourront être portées à la connaissance de l'encadrement médical et technique du joueur.

Toutefois, ce partage d'information devra obligatoirement respecter les limites suivantes :

- Il ne concernera que l'encadrement directement impliqué dans le suivi du joueur ;
- Il ne sera autorisé que durant la période effective de son suivi longitudinal ;
- Il se fera exclusivement dans le but de faciliter la gestion de ses blessures ou de préserver son intégrité ;

- Il respectera la plus stricte confidentialité, notamment pour lui éviter tout préjudice sportif ou professionnel ;
- Il nécessitera au préalable son autorisation écrite ou celle de ses parents s'il est mineur (imprimé type qui sera conservé dans le dossier)

Le joueur ou ses parents s'il est mineur auront un droit d'accès à ce dossier et pourront à tout moment revenir sur l'autorisation donnée, en s'adressant au directeur technique national.

Chaque intervenant engagera sa propre responsabilité en cas de non respect des directives précédentes.

CHAPITRE V – SURVEILLANCE MEDICALE DES COMPETITIONS

Article 20 : Moyens matériels et humains

La commission médicale fédérale rappelle que les moyens à mettre en œuvre doivent être adaptés à la nature et à l'importance de la manifestation (nombre et âge des compétiteurs, nombre de spectateurs, type de locaux, etc).

1. Sécurité du public et des participants

(L'obligation ne concerne que les manifestations organisées par la fédération, directement ou par délégation. Dans les autres cas, il s'agit de simples recommandations)

- Les secouristes :

- Le prestataire (Croix Blanche, Croix Rouge, Ordre de Malte, pompiers...) doit obligatoirement être une association de secourisme agréée par la sécurité civile ;
- Dans le cas d'un tournoi ou d'une manifestation de grande ampleur (public attendu supérieur à 1000 personnes), l'importance du DPS (dispositif prévisionnel de secours) dépend de plusieurs facteurs (effectif et comportement prévisible du public, nature de l'évènement, accessibilité du site, délai d'intervention des secours publics...). L'évaluation de ces indicateurs est faite par le prestataire, qui proposera ensuite à l'organisateur un dispositif en conformité avec ses obligations légales (arrêté du 7 novembre 2006 définissant le référentiel national sur les dispositifs prévisionnels de secours)
- Dans le cas d'une rencontre où le public attendu est inférieur à 1000 personnes, le minimum exigé par le règlement fédéral est un DPS de petite envergure (4 secouristes équipés du lot A, incluant notamment un DSA, une planche Laerdal ou équivalent, un jeu de colliers cervicaux rigides, un insufflateur manuel et une bouteille d'oxygène)
- Le DPS devra impérativement être présent sur le site dès l'échauffement des joueurs, soit une heure avant le coup d'envoi.

- Le médecin :

- Pour les participants, il est mandaté par la fédération (ou par l'organisateur en cas de carence, sur décision du médecin fédéral)
- Pour le public, la présence d'un médecin supplémentaire est obligatoire au delà de 5000 personnes attendues.

2. Moyens matériels et humains en club

(L'obligation concerne l'élite 1 uniquement. Dans les autres cas, il s'agit de simples recommandations)

- Le local de soins :

Chaque club doit prévoir dans l'enceinte du stade un local réservé aux soins médicaux. Cette pièce devra être

chauffée et disposer :

- d'une table d'examen ;
- d'une lampe ;
- d'une table et d'une chaise ;
- d'un point d'eau chaude et froide, avec savon et essuie mains jetables ;
- d'un container pour les aiguilles usagées ;
- d'un container pour les déchets souillés ;
- d'une pharmacie comprenant au minimum des compresses stériles, un antiseptique, des bandes pour pansement, du sparadrap, des gants latex.

- Les vestiaires :

Chaque vestiaire (équipe locale et visiteurs) devra disposer :

- d'un container pour les aiguilles usagées ;
- d'un container pour les déchets souillés ;
- d'une table de soins et de massages

Le club qui reçoit devra s'assurer que la récupération des déchets souillés et des aiguilles usagées se fait par l'intermédiaire d'un organisme habilité.

- Le local réservé aux contrôles antidopage :

Ce local devra être fermé et comprendre :

- Des sanitaires (un point d'eau chaude et froide, un WC)
- Un bureau, une table, deux chaises L'accès au local sera réservé aux joueurs convoqués et aux personnes habilitées à les accompagner.

- L'équipement à la disposition du médecin :

Le niveau minimum qui doit être disponible au bord du terrain est le suivant :

- Un plan dur avec sangles et cales de tête (BaXstrap Laerdal ou équivalent)
- Un jeu de colliers cervicaux rigides ;
- Un jeu d'attelles pour immobilisation d'un membre fracturé ;
- Une bouteille d'oxygène et un insufflateur manuel ;
- Un défibrillateur automatisé externe ;
- Une aspiration portable.

- Les moyens humains :

- Chaque club d'élite 1 doit avoir dans son effectif un médecin et un kinésithérapeute.
- Le club devra communiquer à la fédération avant le 1er octobre de chaque saison leurs noms, numéro d'inscription à l'ordre et coordonnées professionnelles. Ceux ci devront être licenciés, et pouvoir présenter leur carte fédérale sur le terrain. Cette obligation répond à la nécessité de communication entre l'encadrement médical des clubs et celui des équipes de France, dans l'intérêt de tous.
- Le club qui reçoit a l'obligation d'assurer la présence effective d'un médecin au bord du terrain. Celui ci devra se mettre à la disposition du club reçu en cas de besoin. Les délégués devront signaler, le cas échéant, tout manquement à l'une de ces deux obligations. A chaque infraction, amende au club organisateur (montant fixé par les règlements saisonniers)

- La mission du médecin, qu'elle soit bénévole ou rémunérée, engage sa responsabilité et lui impose des conditions matérielles compatibles avec la qualité et la sécurité des soins (articles R4127-32 et R4127-71 du code de la santé publique). Cette responsabilité est partagée avec l'organisateur.
- Il est rappelé que médecin et kinésithérapeute exercent sous leur propre responsabilité. Ils doivent préciser à leur assurance responsabilité civile professionnelle qu'ils donnent des soins à des sportifs professionnels, en France ou à l'étranger.
- Sur le terrain, les médecins et les kinésithérapeutes sont autorisés à rentrer de leur propre autorité en cas d'accident. Ils interviennent dans l'intérêt du joueur, comme le leur dictera la situation. En cas de blessure grave, le joueur doit être éloigné de l'aire de jeu aussi rapidement que possible pour recevoir les soins nécessaires. Le soigneur ne doit placer sur le sol aucun ustensile susceptible de gêner le jeu, ni ne transporter aucun objet rigide de nature à causer une blessure par collision en cas de renversement rapide du cours de jeu.
- L'assistance médicale pendant la préparation des équipes de France, leurs déplacements et le déroulement des rencontres internationales est assurée par un médecin et par un kinésithérapeute désignés par le président de la commission médicale fédérale.
- Tout médecin et tout kinésithérapeute licencié dans un club d'élite a la possibilité de participer à la commission médicale s'il le souhaite. La demande se fera par simple lettre au président de la commission médicale, en précisant les motivations.

Article 21: Commotions cérébrales

C'est un accident de jeu particulièrement fréquent et trop souvent négligé.

- Le diagnostic de commotion se fait sur le terrain à l'aide des 5 questions de Maddocks. Une seule réponse incorrecte suffit à authentifier la commotion et impose la sortie du joueur: la perte de connaissance (KO) n'est pas nécessaire au diagnostic.
- L'autorisation de reprendre le jeu ne peut être donnée que par le médecin de la rencontre, après un examen soigneux permettant de diagnostiquer une récupération complète, et seulement s'il n'y a eu aucun signe de gravité (amnésie, perte de connaissance, confusion ayant duré plus de 15 minutes). Cet examen doit toujours être fait en dehors du terrain. La décision du médecin doit être signifiée à l'arbitre, et elle n'est pas contestable (cf article 23).
- Tout manquement à ces obligations devra être signalé sur la feuille de match en même temps que la commotion, et sera sanctionné.
- Toute commotion doit être mentionnée sur la feuille de match, en précisant si elle a nécessité la sortie définitive du joueur ou si celui-ci a pu reprendre le jeu.
- Après une commotion ayant permis la reprise du jeu, le délai de retour à la compétition est à l'appréciation du médecin. Après une commotion ayant nécessité la sortie définitive du joueur, l'interruption minimum obligatoire est de quinze jours pleins pour le premier accident, vingt et un jours pleins en cas de récidive dans la même saison. Dans tous les cas, la reprise de la compétition ne pourra se faire que sur présentation d'un certificat médical qui sera joint à la feuille de match, attestant la disparition des symptômes post commotion et l'absence de contre indication (imprimé type sur le site de la fédération)
- Questions de Maddocks, pocket SCAT 2 et SCAT 2, Trail Making Test, certificat médical de reprise après commotion, fiche d'information et consensus de Zurich sont téléchargeables sur le site de la fédération, à la page de la commission médicale.

Article 22: Saignement

Un joueur qui est victime durant la rencontre d'une lésion qui saigne doit obligatoirement sortir pour se faire soigner. Il ne pourra reprendre sa place que lorsque le saignement sera arrêté et la plaie pansée. Toutes les précautions doivent être prises pour éviter l'exposition au sang des autres participants (gants à usage unique, tubes de vaseline unidose...)

Article 23: Autorité et responsabilité du médecin sur le terrain

Lorsqu'un joueur se blesse en cours de partie et si le médecin présent juge que la nature de sa blessure ne lui permet pas de retourner au jeu sans s'exposer à de graves complications, il est tenu d'expliquer ce risque à l'intéressé puis à son entraîneur, de façon simple et intelligible. Si malgré ces explications la décision du médecin est contestée, et si celui-ci estime que la contre indication est absolue, il doit le signaler à l'arbitre et au délégué, afin que le joueur ne soit pas autorisé à reprendre le jeu. Il s'agit d'un remplacement définitif imposé et non d'une expulsion. L'arbitre et le délégué devront veiller à ce que le joueur ne reprenne le jeu en aucun cas et que celui-ci soit remplacé définitivement.

CHAPITRE VI – MODIFICATION DU REGLEMENT MEDICAL

Article 24

Toute modification du règlement médical fédéral devra être transmise, dans les plus brefs délais, au Ministre chargé des sports.

ANNEXE A – SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET SPORTIFS INSCRITS DANS LES FILIERES D'ACCES AU SPORT DE HAUT NIVEAU

Article A231-3

Pour être inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ou sur la liste des sportifs Espoirs prévues aux articles R. 221-2 et R. 221-11, les sportifs doivent effectuer les examens suivants :

- 1° Un examen médical réalisé, selon les recommandations de la Société française de médecine du sport et des autres sociétés savantes concernées, par un médecin diplômé en médecine du sport ;
- 2° Une recherche par bandelette urinaire de protéinurie, glycosurie, hématurie, nitrites ;
- 3° Un électrocardiogramme standardisé de repos avec compte rendu médical ;
- 4° Une échocardiographie transthoracique de repos avec compte rendu médical ;

5° Une épreuve d'effort d'intensité maximale (couplée, le cas échéant, à la mesure des échanges gazeux et à des épreuves fonctionnelles respiratoires) réalisée par un médecin, selon des modalités en accord avec les données scientifiques actuelles, en l'absence d'anomalie apparente à l'examen clinique cardio-vasculaire de repos et aux deux examens précédents. Cette épreuve d'effort vise à dépister d'éventuelles anomalies ou inadaptations survenant à l'effort, lesquelles imposeraient alors un avis spécialisé.

Chez les sportifs licenciés ayant un handicap physique ou mental ne permettant pas la réalisation de cette épreuve d'effort dans des conditions habituelles, une adaptation méthodologique est à prévoir ;

- 6° Un examen dentaire certifié par un spécialiste ;

7° Un examen par imagerie par résonance magnétique du rachis cervical, dans le but de dépister un canal cervical étroit, pour les disciplines suivantes :

- football américain ;
- plongeon de haut vol ;
- rugby à XV (uniquement pour les postes de première ligne à partir de 16 ans) ;
- rugby à XIII (uniquement pour les postes de première ligne).

Une information des sportifs est à prévoir lors de l'examen médical quant au risque de développer ou d'aggraver (si préexistant) :

- un canal cervical étroit lors de la pratique des disciplines citées au 7° ;
- des pathologies du rachis lombaire, notamment une lyse isthmique avec ou sans spondylolisthésis lors de la pratique de certaines disciplines.

Les examens ci-dessus doivent être réalisés dans les six mois qui précèdent la première inscription sur la liste des sportifs de haut niveau ou sur la liste des sportifs Espoirs.

Article A231-4

Le contenu des examens permettant la surveillance médicale des sportifs visés à l'article L. 231-6 du code du sport comprend :

- 1° Deux fois par an :

Un examen médical réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport comprenant :

- un entretien ;
- un examen physique ;
- des mesures anthropométriques ;
- un bilan diététique, des conseils nutritionnels, aidés si besoin par des avis spécialisés coordonnés par le médecin selon les règles de la profession ;
- une recherche par bandelette urinaire de protéinurie, glycosurie, hématurie, nitrites ;

- 2° Une fois par an :

- a) Un examen dentaire certifié par un spécialiste ;
- b) Un examen électrocardiographique standardisé de repos avec compte rendu médical ;
- c) Un examen biologique pour les sportifs de plus de 15 ans mais avec autorisation parentale pour les mineurs, comprenant :
 - numération-formule sanguine ;
 - réticulocytes ;
 - ferritine ;

3° Deux fois par an chez les sportifs mineurs et une fois par an chez les sportifs majeurs, un bilan psychologique est réalisé, lors d'un entretien spécifique, par un médecin ou par un psychologue sous responsabilité médicale.

Ce bilan psychologique vise à :

- détecter des difficultés psychopathologiques et des facteurs personnels et familiaux de vulnérabilité ou de protection ;

- prévenir des difficultés liées à l'activité sportive intensive ;
- orienter vers une prise en charge adaptée si besoin ;

4° Une fois tous les quatre ans, une épreuve d'effort maximale telle que précisée à l'article A. 231-3 ;

5° Les candidats à l'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau ou sur la liste des sportifs Espoirs qui ont bénéficié de l'échocardiographie alors qu'ils étaient âgés de moins de 15 ans, doivent renouveler cet examen entre 18 et 20 ans.

Article A231-5

Les examens prévus une fois par an à l'article A. 231-4 ne seront pas réalisés une nouvelle fois chez un même sportif s'ils ont déjà été effectués, la même année, lors du bilan médical prévu à l'article A. 231-3.

Article A231-6

Selon les disciplines, les sportifs visés à l'article L. 231-6 sont soumis aux examens suivants :

1° Un examen ophtalmologique annuel effectué par un spécialiste pour les disciplines suivantes :

- a) Sports mécaniques ;
- b) Sports aériens (sauf aéromodélisme) ;
- c) Disciplines alpines (ski alpin et acrobatique, snowboard) et ski-alpinisme ;
- d) Sports de combats (pieds-poings).

2° Un examen ORL annuel effectué par un spécialiste pour les disciplines suivantes :

- a) Sports aériens (sauf aéromodélisme) ;
- b) Sports sous-marins.

3° Un examen biologique, trois fois par an, comprenant : numération-formule sanguine, réticulocytes, ferritine pour les disciplines suivantes :

- athlétisme (courses uniquement) ;
- aviron ;
- biathlon ;
- course d'orientation ;
- cyclisme ;
- natation ;
- pentathlon moderne ;
- roller skating ;
- ski de fond ;
- triathlon.

Article A231-7 (article en cours d'abrogation non concerné mais toujours présent au code du sport)

La réalisation des examens radiologiques prévus à l'article A. 231-6 s'effectue dans les conditions prévues par les articles R. 1333-55 à R. 1333-74 du code de la santé publique.

Article A231-8

Dans le but de prévenir les risques sanitaires liés à la pratique sportive intensive, notamment d'origine iatrogène ou liés à des conduites dopantes, d'autres examens complémentaires (notamment biologiques), définis dans le cadre des conventions d'objectifs signées avec le ministère des sports, peuvent être effectués par les fédérations sportives mentionnées à l'article L. 231-6.