



## **A L'ATTENTION DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU (SHN), SPORTIFS ESPOIRS (SE) ET SPORTIFS DES COLLECTIFS NATIONAUX (SCN) et leurs parents pour les mineurs**

L'article 24 de la loi n°2015-1541 du 27 novembre 2015 visant à protéger les sportifs de haut niveau et professionnels et à sécuriser leur situation juridique et sociale modifie l'article L. 231-6 du code du sport en introduisant de **nouvelles dispositions relatives à la surveillance médicale des sportifs de haut niveau (SHN), des sportifs Espoirs (SE) et des sportifs des collectifs nationaux (SCN) du projet de performance fédéral.**

La surveillance médicale réglementaire (SMR) doit être effectuée **par un médecin du sport avant le 31 décembre 2016**, au-delà de cette date, le bilan ne sera pas pris en charge par le département médical-FFN et le sportif ne sera pas maintenu sur liste ministérielle.

### **Liste des examens. Vous trouverez les documents ci-après.**

1. ECG de repos.
2. Consultation clinique.
3. Consultation psychologique.
4. Bilan diététique, fiche habitudes alimentaires préalablement remplie avant la consultation clinique.
5. Recherche d'un état de surentraînement, fiche tolérance à l'entraînement préalablement remplie la consultation clinique.
6. Bilan biologique sanguin pour les plus de 15 ans - NFS, Ferritine, Rétyculocytes et CRP.
7. Autorisation CNIL à remplir et à signer.

Extrait de l'arrêté ministériel "À la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, les bilans psychologique et diététique mentionnés ci-dessus aux n° 3 et 4 peuvent être effectués respectivement par un psychologue clinicien ou un diététicien" cependant ce(s) bilan(s) reste(nt) à la charge du sportif. Ci-joint l'arrêté ministériel du 13 juin 2016.

### **Remarques générales et importantes :**

1. Un certificat médical établi par le médecin du sport sans joindre ni le compte rendu ni la conclusion est non valable,
2. Adresser les bilans médicaux via mail. [ouardia.carini@ffnatation.fr](mailto:ouardia.carini@ffnatation.fr)
3. Faire l'avance des frais médicaux.
4. Ces examens sont pris en charge par le département médical-FFN sur la base de la grille tarifaire de la CPAM.
5. Adresser par la poste les factures originales ainsi qu'un RIB à  
FFN - Département médical  
14 avenue Scandicci  
93508 PANTIN Cedex.
6. Un examen effectué et non demandé dans le cadre du SMR n'est pas pris en charge par le Département Médical-FFN

**Mme Ouardia CARINI, secrétaire du bureau médical à la FFN ([ouardia.carini@ffnatation.fr](mailto:ouardia.carini@ffnatation.fr)) reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire si difficultés.**

## **I - Un nouveau cadre législatif**

L'article 24 de la loi n°2015-1541 du 27 novembre 2015 visant à protéger les sportifs de haut niveau et professionnels et à sécuriser leur situation juridique et sociale modifie l'article L. 231-6 du code du sport en introduisant de nouvelles dispositions relatives à la surveillance médicale des sportifs de haut niveau (SHN), des sportifs Espoirs (SE) et des sportifs des collectifs nationaux (SCN) du projet de performance fédéral.

## **II - Contenu des nouvelles dispositions réglementaires**

L'article L. 231-6 du code du sport prévoit qu'un arrêté du ministre chargé des sports :

1° définit la nature et la périodicité des examens médicaux qui sont assurés dans le cadre de la surveillance médicale des SHN ;

2° fixe le cadre relatif au contenu et à la mise en œuvre, par les fédérations, de la surveillance médicale des SE et des SCN.

Ainsi, l'arrêté en date du 13 juin 2016 relatif à la surveillance médicale des sportifs de haut niveau, Espoirs et des collectifs nationaux, pris sur le fondement de l'article L. 231-6, devrait être prochainement publié au *JORF*. Un extrait de cet arrêté figure en annexe I. Ces dispositions remplacent les articles A. 231-3 à A. 231-8 du code du sport antérieurement en vigueur.

## **III – Le rôle des fédérations**

Les fédérations sportives délégataires assurent l'organisation de la surveillance médicale à laquelle sont soumis leurs licenciés SHN, SE et SCN.

Elles doivent également définir la nature et la périodicité des examens médicaux auxquels sont soumis les SE et SCN.

Enfin, elles peuvent définir, pour les SHN, définir des examens médicaux adaptés à leur discipline sportive complémentaires au socle commun prévu à l'article A. 231-3 du code du sport.

Il appartient donc aux fédérations, conformément au courrier en date du 25 mars 2016 adressé à l'ensemble des fédérations concernées, de déterminer dès à présent la nature et la périodicité des examens médicaux susmentionnés.

## **IV – Entrée en vigueur des nouvelles dispositions**

L'arrêté en date du 13 juin 2016 relatif à la surveillance médicale des sportifs de haut niveau, Espoirs et des collectifs nationaux ne prévoit pas d'entrée en vigueur différée.

Il sera donc pleinement applicable à compter de la publication de la liste des SHN et des SE (1<sup>er</sup> novembre 2016).

En ce qui concerne les SCN, ils ne seront soumis à ce nouveau dispositif qu'à compter de la validation du projet de performance fédéral et de la publication de la liste des SCN.

## **Annexe I**

### *« Sportifs de haut niveau*

« *Art. A. 231-3.* – **Dans les deux mois qui suivent la première inscription** sur la liste des sportifs de haut niveau **et annuellement pour les inscriptions suivantes**, les sportifs de haut niveau doivent se soumettre à :

« 1° Un examen médical réalisé par un médecin du sport comprenant :

« a) un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la société française de médecine de l'exercice et du sport ;

« b) un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;

« c) un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ;

« d) la recherche indirecte d'un état de surentraînement via un questionnaire élaboré selon les recommandations de la société française de médecine de l'exercice et du sport ;

« 2° Un électrocardiogramme de repos.

« A la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, les bilans psychologique et diététique mentionnés au 1° peuvent être effectués respectivement par un psychologue clinicien ou un diététicien.

### *« Sous-section 2*

#### *« Sportifs Espoirs et des collectifs nationaux*

« *Art. A. 231-4.* – **Le contenu et la mise en œuvre de la surveillance médicale des sportifs Espoirs et des sportifs des collectifs nationaux mentionnés à l'article L. 221-2 doivent tenir compte :**

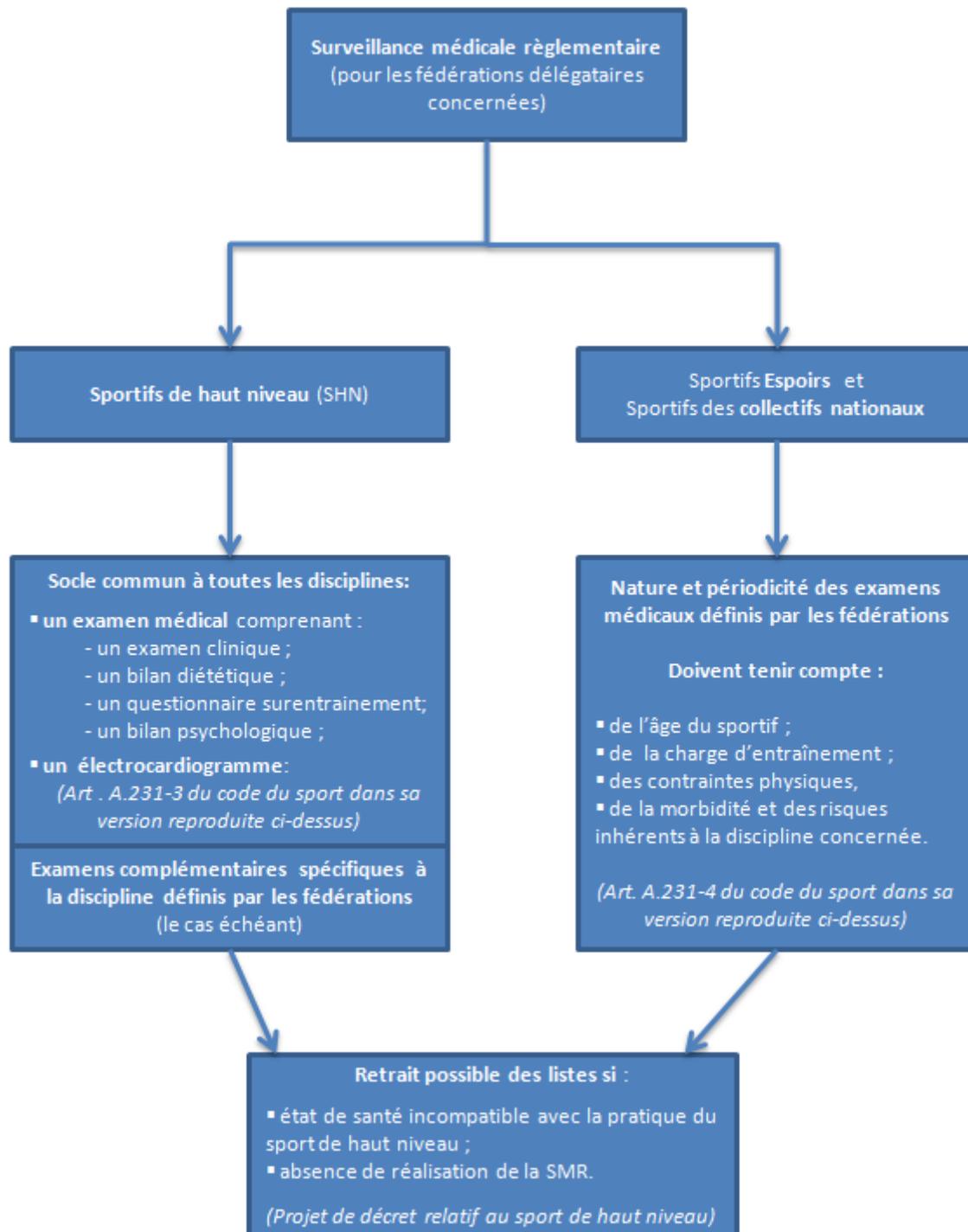
« 1° De l'âge du sportif ;

« 2° De la charge d'entraînement du sportif ;

« 3° Des contraintes physiques spécifiques de la discipline sportive ;

« 4° De la morbidité et des risques inhérents à la pratique de la discipline sportive. ».

Cf logigramme sur la page suivante :



**NOM PRENOM de L'Athlète :**

## **Autorisation d'utilisation des données médicales des athlètes de haut niveau**

Afin que la Fédération Française de Natation, via le Service Médical, puisse récolter et gérer le suivi des données personnelles et médicales des athlètes de haut niveau dans le cadre de la mise en œuvre d'un traitement informatique de surveillance médicale, la personne auprès de laquelle sont recueillies ces données est informée :

- de l'identité du responsable du traitement ;
- de l'objectif de la collecte d'informations ;
- des destinataires des informations ;
- des droits qui lui sont reconnus ;
- de l'absence de transfert de ces données vers un pays hors de l'Union Européenne.

Cette information complète est délivrée dans un courriel d'information transmis à chaque athlète de haut niveau, concomitamment à la présente autorisation.

Le traitement des données récoltées ne peut avoir lieu, conformément à l'article 32 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qu'avec le consentement exprès et préalable de la personne concernée par ledit traitement.

**Je soussigné(e) Madame/Monsieur .....**, en qualité d'athlète de haut niveau licencié de la FFN (n° de licence : .....),

**Reconnaît avoir été informé(e) des prescriptions visées ci-dessus, et autorise la FFN à utiliser mes données personnelles et médicales dans le cadre de la mise en place du traitement informatique de surveillance médicale des athlètes de haut niveau intégré au logiciel sécurisé « Almerys TeamLive ».**

### **Si l'athlète est mineur(e) :**

**Je soussigné(e)**, (père, mère, tuteur.....), **en tant que représentant légal de** .....), athlète de haut niveau licencié de la FFN (n° de licence : .....),

**reconnaît avoir été informé(e) des prescriptions visées ci-dessus, et autorise la FFN à utiliser les données personnelles et médicales de mon enfant/pupille mineur dans le cadre de la mise en place du traitement informatique de surveillance médicale des athlètes de haut niveau intégré au logiciel sécurisé « Almerys TeamLive ».**

Pour exercer le droit d'accès et de rectification dont vous bénéficiez (cf. loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, veuillez-vous adresser au service chargé du droit d'accès :

Fédération Française de Natation  
Département Médical  
***À l'attention de Mme CARINI***  
14 Rue Scandicci – Tour Essor 93  
93508 PANTIN CEDEX  
Tél : 01 41 83 87 45 – Mail : [ouardia.carini@ffnatation.fr](mailto:ouardia.carini@ffnatation.fr)

Fait à ....., le .....

Signature de l'athlète:

Signature des parents :

(En cas de minorité de l'athlète)

## Quelles sont vos habitudes alimentaires ?

Nom.....Prénom .....

Discipline.....Date de l'examen

### Avant de répondre aux questions, voici comment calculer vos portions ?

J'utilise les équivalences de portions...

◇ Groupe 1 : Eau

1 portion = 1 verre de 25 cl

◇ Groupe 2 : Protéines

1 portion = 1 morceau de viande = 2 à 3 tranches de jambon = 1 part de poisson = 2 œufs

◇ Groupe 3 : Laitages

1 portion = 1 bol de lait = 1 yaourt = 1 part de fromage (environ 1/8 de camembert)

◇ Groupe 4 : Produits céréaliers

1 portion = 1 bol de céréales, de muesli, ou de flocons d'avoine = 1 morceau de pain = 2 tranches de pain = 1 assiette de riz, de pâtes ou de pommes de terre = 1 assiette de lentilles ou de haricots blancs = 1 assiette de semoule.

◇ Groupe 5 : Fruits et Légumes

1 portion = 1 fruit = 1 salade de fruits = 1 compote = 1 salade, 1 crudité = 1 assiette de légumes cuits.

◇ Sucreries et boissons sucrées :

Exemple : 20 cl de boisson sucrée = 1 barre chocolatée = 1 gâteau = 1 croissant = 5 bonbons = 1 crème dessert.

### Questionnaire alimentaire

#### Boissons : quelle quantité buvez-vous chaque jour ou chaque semaine ?

##### (Préciser /j ou /semaine)

Eau (en Litre) : .....Laquelle : .....

Soda (en Litre) : .....Lesquels : .....Jus de fruits.....pressé? pur jus? nectar?

Vin : .....Alcool : .....Lesquels : .....

Café : .....Thé : .....Tisane : .....

#### Combien de fois par jour, par semaine ou par mois consommez-vous :

##### (Préciser /j ou /semaine ou /mois)

De la viande (y compris jambon).....

Lesquelles ? .....Mode de cuisson : .....

*(dans le beurre, la margarine, huile, ou sans graisse)*

Du poisson : .....Lesquels ? .....Mode de cuisson : .....

Des œufs : .....Mode de cuisson : .....

De la charcuterie (pâté, saucisson, ...) ou quiche, pizza, friand, chips.....

Des produits laitiers :

Lait (écrémé,  $\frac{1}{2}$  écrémé, entier).....Quelle quantité ? .....

*Entourer la réponse correspondante*

Lait de vache : .....Lait de chèvre : .....Autre (lait de soja par ex.) .....

Fromages : .....Lesquels ? .....

Yaourts : .....Lesquels ? (nature, sucrés, aux fruits).....

Crèmes desserts : .....Lesquelles ? (Danette, flan, Viennois,...).....

Des céréales : .....Lesquelles ? (au petit-déjeuner par ex.).....

Du pain.....Lequel (pain blanc, pain complet, autre...).....  
*(donner la quantité totale de tranches ou de morceaux sur la journée - voir l'explication)*

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre).....  
*(1 portion = 1 assiette raisonnable, sinon compter 2 portions)*

Des lentilles, haricots blancs, pois, fèves.....

Des fruits : .....Des légumes cuits:.....

Des crudités et de la salade : .....  
*(préciser l'assaisonnement; si vinaigrette, quelle huile ?)*

Des fruits secs ?.....Lesquels ? .....

Des pâtisseries (gâteaux, sucreries, barres chocolatées) : .....

Des viennoiseries (croissants, pains au chocolat, ...) .....

Combien de fois par semaine allez vous au restaurant ? .....

*Préciser Fast-food, pizzeria,*

Prenez-vous des compléments alimentaires ? OUI/NON Lesquels ? .....

**Analyse**

Nombre de portions	Eau GR 1	Protéines GR 2	Laitages GR 3	Produits Céréaliés GR 4	Fruits et Légumes GR 5	Sucreries et boissons sucrées
Petit-déjeuner						
Déjeuner						
Goûter						
Dîner						
En dehors des repas						



## FICHE D'EXAMEN MEDICAL INSCRIPTION - SMR

Examen préventif (2 fois par an) non pris en charge par la CPAM

A adresser au dépt médical-FFN - Dr J.P.CERVETTI 14 rue Scandicci 93508 Pantin Cedex Tél : 01-41-83-87-45 ou par mail [medical@ffnatation.fr](mailto:medical@ffnatation.fr)

Nom:	Prénom:	Né(e) :	Age :	ans	Sexe :
Examen le:	Médecin:	<u>Entrainement</u> Nb Séances/sem. :		Nb heures :	
Scolarité Niveau :	Activité Professionnelle :		Discipline :		
Adresse :					
Tél portable :			Email : (important)		

### ANTEDECENTS MEDICAUX/Mise à jour depuis le dernier examen :

#### Familiaux :

#### Personnels

- Médicaux :
- Traumatiques :
- Chirurgicaux :
- Allergies :

#### VACCINATION Derniers rappels DDTC-Polio :

Autres:

#### EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Poids :	Taille :	BMI :	Envergure :		
<u>Plis cutanés</u>	Bi :	Tri :	S/Scap :	S/III :	TOTAL:
Masse grasse par impédancemétrie:	% (facultatif)		Masse grasse pli:	%	

#### ACCUTE VISUELLE OD :

OG :

Correction : Oui/Non

Lunettes : Oui/Non

Lentilles: Oui/Non

Date dernière visite :

#### A.U.T :

<b>Electro-Cardio-Gramme de repos</b>	<b>1 fois/ an et valable un an</b> Joindre une copie du tracé	
Rythme		
C.A.V.	PR :	
C.I.V.	QTc :	
Repolarisation		

	F.C.	T.A.
<b>REPOS</b>		

Commentaire

<b>SPIROMETRIE</b>	<b>(facultatif)</b>
C.V. :	
V.E.M.S :	
Peak Flow :	

### CONCLUSION

#### SYMPTOMES ACTUELS

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doléances</li> <li>• Prise de médicaments</li> <li>• Régime alimentaire</li> <li>• Gynécologie :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraception</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scolarité :</li> <li>• Humeur :</li> <li>• Troubles de sommeil :</li> <li>• Cycle – DDR :</li> </ul> |
|--|---|---|

## EXAMEN CLINIQUE

Cardiologique :

Pouls périphériques :

Pneumologique :

ORL :            Nez :                            Oreille :                            Sinus :                            Gorge :

Aires ganglionnaires :

Abdomen :                            Rate :                            Foie :                            Troubles fonctionnels :

Génito-urinaire :                    Infection urogénitale :            Fosses lombaires :

Orifices herniaires :              Stade pubertaire :

Dermatologique :

Neurologique :

Locomoteur :

Podoscopie :

Statique :

Rachis :                            Sagittal :

Frontal :

Membres supérieurs

Epaule:                            Rot Int. :                            Rot Ext. :

Coude :

Poignet :

Main :

Membres inférieurs

Hanche :

Genoux :                            Laxité :

Cheville :                            Laxité :

Souplesse générale :

**BILAN BIOLOGIQUE** Oui/Non **joindre le bilan**

**BILAN PSYCHOLOGIQUE** Oui/Non **joindre le bilan**

**OBSERVATIONS & CONCLUSION** (obligatoire) Estimation d'une bonne tolérance à l'entraînement

Je soussigné(e)

Dr en Médecine du sport certifie avoir examiné

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique  
en stage et en compétition.

Date, Signature et Cachet

Questionnaire de dépistage de la **tolérance à l'entraînement** (établi par la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport)

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
Profession :	Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? oui non	<b>Examen le</b>

<b>Quelle est votre discipline sportive principale ?</b>		Je fais des contre-performances .....		oui non
<b>Quel est votre niveau de pratique ?</b>		je m'enrhume fréquemment .....		oui non
Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ? .....	heure(s)	J'ai des problèmes de mémoire .....		oui non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ? .....	heure(s)	Je grossis .....		oui non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ? .....	heure(s)	Je me sens souvent fatigué-e .....		oui non
Nombre de compétitions dans la mois qui précède (en journées de compétition) ? .....	jour(s)	Je me sens en état d'infériorité .....		oui non
<b>Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les.</b>				
Y a-t-il eu au cours du dernier mois un évènement ayant perturbé votre vie personnelle ? .....	oui non	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes .....		oui non
Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? .....	oui non	J'ai plus souvent mal à la tête .....		oui non
Prenez-vous un traitement actuellement ? .....	oui non	Je manque d'entrain .....		oui non
<i>Si oui, lequel ?</i>		J'ai parfois des malaises ou des étourdissements .....		oui non
Avez-vous effectué un stage en altitude dans les 15 derniers jours ? .....	oui non	Je me confie moins facilement .....		oui non
Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autre raison) ? .....	oui non	Je suis souvent patraque .....		oui non
<b>FEMMES :</b> Avez-vous des troubles des règles ? .....	oui non	J'ai plus souvent mal à la gorge .....		oui non
		Je me sens nerveux-se, tendu-r, inquiet-e .....		oui non
		Je supporte moins bien mon entraînement .....		oui non
		Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos .....		oui non
		Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort .....		oui non
		Je suis souvent mal fichu-e .....		oui non
		Je me fatigue plus facilement .....		oui non
		J'ai souvent des troubles digestifs .....		oui non
		J'ai envie de rester au lit .....		oui non
		J'ai moins confiance en moi .....		oui non
		Je me blesse facilement .....		oui non
		J'ai plus de mal à rassembler mes idées .....		oui non
		J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive .....		oui non
		Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles .....		oui non
		J'ai perdu de la force, du punch .....		oui non
		J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler .....		oui non
		Je dors plus .....		oui non
		Je tousse plus souvent .....		oui non
		Je prends moins de plaisir à mon activité sportive .....		oui non
		Je prends moins de plaisir à mes loisirs .....		oui non
		Je m'irrite plus facilement .....		oui non
		J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle .....		oui non
		Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre .....		oui non
		Les séances sportives me paraissent trop difficiles .....		oui non
		C'est ma faute si je réussis moins bien .....		oui non
		J'ai les jambes lourdes .....		oui non
		J'égare plus facilement les objets (clés etc.) .....		oui non
		Je suis pessimiste, j'ai des idées noires .....		oui non
		Je maigris .....		oui non
		Je me sens moins motivé-e, j'ai moins de volonté, moins de ténacité .....		oui non

<b>Examen pratiqué par le Dr</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Demande de(s) bilan(s) complémentaire(s)</b> <b>OUI    NON</b>	