



REGLEMENT MEDICAL DE LA FEDERATION FRANÇAISE DE HOCKEY SUR GLACE

CHAPITRE 1^{ER} – COMMISSION MEDICALE NATIONALE	4
ARTICLE 1. OBJET	4
ARTICLE 2. COMPOSITION	4
ARTICLE 3. REUNIONS	5
ARTICLE 4. COMMISSIONS MEDICALES DE LIGUES	5
ARTICLE 5. CONFIDENTIALITE	5
ARTICLE 6. MISSIONS DES MEDECINS	5
6.1. <i>Le médecin élu</i>	5
6.2. <i>Le médecin fédéral national</i>	5
6.2.1. Conditions de nomination	5
6.2.2. Attributions	6
6.2.3. Missions	6
6.2.4. Moyens mis à disposition	7
6.3. <i>Le médecin coordonnateur du suivi médical</i>	7
6.3.1. Fonctions	7
6.3.2. Conditions de nomination	7
6.3.3. Attributions	7
6.3.4. Obligations	8
6.3.5. Moyens mis à disposition	8
6.4. <i>Le médecin des équipes de France</i>	8
6.4.1. Fonctions	8
6.4.2. Conditions de nomination	8
6.4.3. Attributions	8
6.4.4. Obligations	8
6.5. <i>Les médecins d'équipe</i>	9
6.5.1. Fonctions	9
6.5.2. Conditions de nomination	9
6.5.3. Attributions	9
6.5.4. Obligations	9
6.5.5. Moyens mis à disposition	9
6.6. <i>Le médecin fédéral de ligue</i>	10
6.6.1. Définition	10
6.6.2. Conditions de nomination	10
6.6.3. Attributions	10
6.6.4. Missions	10
6.6.5. Liaisons	10
6.7. <i>Le kinésithérapeute fédéral national (KFN)</i>	10
6.7.1. Fonctions	10
6.7.2. Conditions de nomination	11
6.7.3. Attributions	11
6.7.4. Obligations	11
6.7.5. Moyens mis à disposition	11
6.8. <i>Les kinésithérapeutes d'équipe</i>	11
6.8.1. Fonction	11
6.8.2. Conditions de nomination	11
6.8.3. Attributions	12
6.8.4. Obligations	12

6.8.5.	Moyens mis à disposition	12
6.9.	<i>Le médecin référent du para hockey sur glace</i>	12
6.9.1.	Fonction.....	12
6.9.2.	Conditions de nomination	13
6.9.3.	Attributions	13
6.9.4.	Obligations	13
6.9.5.	Moyens mis à disposition	13
6.10.	<i>Le médecin du pôle France</i>	13
6.10.1.	Fonction	13
6.10.2.	Conditions de nomination.....	13
6.10.3.	Attributions	13
6.10.4.	Obligations	14
6.10.5.	Moyens mis à disposition	14
6.11.	<i>Le référent antidopage</i>	14
6.11.1.	Fonction	14
6.11.2.	Conditions de nomination.....	14
6.11.3.	Attributions	14
6.11.4.	Obligations	15
6.11.5.	Moyens mis à disposition.....	15
CHAPITRE II – REGLEMENT MEDICAL		15
ARTICLE 7.	DELIVRANCE DE LICENCE	15
ARTICLE 8.	PARTICIPATION AUX COMPETITIONS.....	15
ARTICLE 9.	EXAMEN MEDICAL.....	15
ARTICLE 10.	INTERDICTION DE LA PRATIQUE	16
ARTICLE 11.	SANCTION	17
ARTICLE 12.	DOPAGE.....	17
CHAPITRE III – SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET DES LICENCIES INSCRITS DANS LES FILIERES D’ACCES AU SPORT DE HAUT NIVEAU		17
ARTICLE 13.	CADRE REGLEMENTAIRE	17
ARTICLE 14.	NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS MEDICAUX.....	17
ARTICLE 15.	PROCEDURE.....	17
ARTICLE 16.	BILAN	18
CHAPITRE IV – SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS PROFESSIONNELS SALARIES		18
ARTICLE 17.	NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS MEDICAUX.....	18
CHAPIRE V – SURVEILLANCE MEDICALE DES ARBITRES		19
ARTICLE 18.	NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS MEDICAUX POUR LA DELIVRANCE D’UNE LICENCE D’ARBITRAGE	19
ARTICLE 19.	RAPPORTS DE BLESSURES ET DE COMMOTION CÉRÉBRALE.....	19
CHAPIRE VI – SURVEILLANCE MEDICALE DES COMPETITIONS		20
ARTICLE 20.	OBLIGATIONS DE L’ORGANISATEUR	20
ARTICLE 21.	DISPOSITION SPÉCIFIQUE A LA SYNERGLACE LIGUE MAGNUS, D1, D2, COUPES ET PHASES FINALES DES AUTRES CHAMPIONNATS	20
ARTICLE 22.	DISPOSITION SPÉCIFIQUE AUX MATCHS AMICAUX (SLM, D1, D2) ET A LA PHASE RÉGULIÈRE DES CHAMPIONNATS DE STRUCTURES	20
ARTICLE 23.	RAPPORT DE BLESSURE EN SYNERGLACE LIGUE MAGNUS	21
ARTICLE 24.	DISPOSITIONS SPECIFIQUES RELATIVES AUX COMMOTIONS CEREBRALES.....	21
24.1.	<i>Introduction</i>	21
24.2.	<i>Définition de la commotion cérébrale</i>	21
24.3.	<i>Suspicion de commotion cérébrale</i>	21
24.4.	<i>Le rapport de commotion</i>	22
24.5.	<i>Protocole de retour au jeu</i>	22
CHAPITRE VII – LUTTE CONTRE LE DOPAGE		23
ARTICLE 25.	ORGANSIATION DE LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE.....	23
CHAPITRE VIII – MODIFICATION DU REGLEMENT MEDICAL		23
ARTICLE 26.	MODIFICATION DU REGLEMENT MEDICAL	23

ANNEXE MEDICALE 1 – INFIRMERIE DE PATINOIRE.....	24
ANNEXE MEDICALE 2 – TROUSSE DE SECOURS	25
ANNEXE MEDICALE 3 – PLAN D’ACTION DE SECOURS.....	26
ANNEXE MEDICALE 4 – SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET SPORTIFS ENGAGES DANS LE PPF	28

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

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 I^{ER} – COMMISSION MEDICALE NATIONALE

ARTICLE 1. OBJET

Conformément au règlement intérieur de la FFHG, la commission médicale nationale et de lutte contre le dopage (ci-après « CMN ») de la FFHG a pour objet :

- 1) de mettre en œuvre l'application au sein de la FFHG des dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection de la santé des sportifs et à la prévention contre le dopage ;
- 2) 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 ;
- 3) de définir les modalités de délivrance du certificat d'absence de contre-indication à la pratique du hockey sur glace, ainsi que du questionnaire de santé permettant, pour les licenciés majeurs le renouvellement de la licence ;
- 4) de donner un avis sur tous les problèmes médicaux soulevés au sein de la fédération ;
- 5) de promouvoir toute action dans le domaine de la recherche, de la prévention ou de la formation dans le secteur médical ;
- 6) d'assurer l'encadrement médical des stages nationaux ;
- 7) d'émettre un avis sur la nomination des médecins œuvrant pour la fédération ;
- 8) d'examiner les révisions nécessaires des règlements médicaux ;
- 9) d'examiner les révisions de non contre-indication médicale et de statuer sur les litiges s'y rapportant ;
- 10) d'effectuer des études et communications scientifiques relatives aux disciplines ;
- 11) de participer et de contribuer à toute autre action d'ordre médical et paramédical concernant :
 - la formation continue
 - la prévention du dopage
 - la réalisation de congrès médicaux
 - les actions de recherche.

ARTICLE 2. COMPOSITION

La commission médicale nationale et de lutte contre le dopage se compose de sept membres au moins parmi lesquels sont désignés un président et un président adjoint selon les dispositions énoncées dans le présent règlement.

Sont membres de droit de la CMN :

- le médecin fédéral national, président de la CMN ;
- le médecin coordonnateur du suivi médical réglementaire ;
- le médecin des équipes de France ;
- le kinésithérapeute fédéral national ;
- le médecin référent du para-hockey sur glace ;
- le médecin du pôle France féminin ;
- le référent antidopage.

Pour être membre de la CMN il faut être :

- diplômé d'une profession médicale ou paramédicale ;
- licencié de la FFHG.

Le président de la commission peut, à titre consultatif et avec l'accord du bureau directeur de la fédération, faire appel à des personnalités qui, grâce à leur compétence particulière, sont susceptibles de faciliter les travaux de la commission. Exemple : médecin de comité régional ou de ligue, médecin référent des différents secteurs de la FFHG, médecin et kinésithérapeute des équipes de France notamment masculine, féminine et parahockey.

Les membres de la CMN sont nommés par le président de la fédération sur proposition du médecin fédéral national.

ARTICLE 3. REUNIONS

La commission médicale se réunira deux fois par an, sur convocation de son président qui fixera l'ordre du jour.

Des commissions médicales restreintes, ne concernant qu'un ou plusieurs secteurs de la FFHG peuvent être amenées à se réunir avec les membres concernés de la commission médicale nationale sur convocation de son président.

Ces réunions peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence.

Le président de la FFHG et le directeur technique national en seront avisés.

ARTICLE 4. COMMISSIONS MEDICALES DE LIGUES

Des commissions médicales de ligues peuvent être créées après accord des ligues, sous la responsabilité des médecins fédéraux de ligues membres de ces comités de ligue.

ARTICLE 5. CONFIDENTIALITE

Tout membre de la commission médicale travaillant avec les « collectifs nationaux » ne peut faire état de sa fonction et publier les résultats de ses travaux sans l'accord des autres membres de la commission.

ARTICLE 6. MISSIONS DES MEDECINS

Les missions et statuts des différentes catégories de médecins ayant des activités professionnelles au sein de la fédération (médecin fédéral national, médecin fédéral de ligue, médecin des équipes, etc.) sont détaillés ci-après :

6.1. 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 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.

6.2. Le médecin fédéral national

Le médecin fédéral national est le médecin élu et il exerce une fonction tant administrative que médicale.

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 nationale, il assure le fonctionnement (réunions, convocations ordre du jour) de celle-ci et coordonne l'ensemble des missions qui sont attribuées à ladite commission, qui sont mentionnées à l'Article 1 du présent règlement.

Il lui appartient de proposer au président de la FFHG toutes les mesures destinées à l'application de la réglementation en fonction des particularités de sa (ses) discipline(s) sportive(s).

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

Il travaille en étroite collaboration avec la direction technique nationale.

6.2.1. Conditions de nomination

Le médecin fédéral national est désigné par le Comité directeur sur proposition du président de la FFHG.

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

Il doit obligatoirement être :

- docteur en médecine ;
- licencié à la fédération ;
- détenteur d'une assurance professionnelle correspondante à la fonction ;
- si possible titulaire d'une capacité en médecine et biologie du sport ou d'un CES de biologie et médecine du sport.

6.2.2. Attributions

Le médecin fédéral national est de par sa fonction :

- président de la commission médicale nationale ;
- habilité à désigner les médecins et les kinésithérapeutes de la commission précitée ;
- habilité à désigner les médecins fédéraux de ligues en concertation avec les présidents des ligues après avis du président de la fédération, compte tenu des statuts et règlements fédéraux en vigueur ainsi que du statut des ligues de la FFHG ;
- habilité à déterminer le rôle et les missions des médecins fédéraux de ligues ;
- habilité à proposer le médecin des équipes de France, en accord avec le D.T.N. ;
- habilité à proposer le kinésithérapeute fédéral national, en accord avec le D.T.N. ;
- Habilité à valider l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux des équipes de France ;
- habilité à désigner notamment les collaborateurs paramédicaux des équipes nationales (diététiciens, psychologues... reconnus pour leur spécialisation dans la discipline) ;
- habilité à assister aux réunions du comité directeur de la fédération en tant que membre élu du comité directeur de la FFHG ou convié aux réunions du comité directeur s'il n'est pas le membre élu ;
- habilité à représenter la fédération comme membre titulaire au correspondant des différentes instances médicales du Comité national olympique et sportif français, de la fédération internationale et du ministère chargé des Sports ;
- habilité à régler tout litige pouvant concerner les médecins et les collaborateurs paramédicaux à l'échelon national ou des ligues. Si nécessaire, il en réfère au président de la fédération.

6.2.3. Missions

Le médecin fédéral national est responsable de :

- l'organisation médicale fédérale et du fonctionnement de la commission médicale nationale ;
- l'action médicale fédérale concernant :
 - l'élaboration, l'adaptation et l'application de la réglementation médicale fédérale ;
 - le suivi médical des sportifs de haut niveau et inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau ;
 - la recherche médico-sportive dans sa discipline ;
 - l'application des mesures nécessaires dans la lutte antidopage ;
 - la gestion des budgets alloués pour ces actions.

En conséquence, il appartient au médecin fédéral national :

- de prévoir des réunions nécessaires au fonctionnement de la commission médicale nationale et des sous-commissions qui pourraient lui être rattachées. Le compte-rendu de chaque séance sera adressé au président de la fédération (toute réserve faite concernant le secret médical) ;
- de favoriser les liaisons nécessaires avec les collaborateurs médicaux et paramédicaux, l'encadrement technique et les responsables des diverses commissions fédérales ;
- de favoriser, à l'échelon le plus large, la diffusion d'un certain nombre d'informations médicales, par voie du bulletin fédéral ou par tout autre support qui en tient lieu, à l'usage des dirigeants, entraîneurs et sportifs, destinées à faire mieux comprendre le rôle des médecins du sport à l'intérieur de la fédération ;
- de prendre des mesures préventives destinées à assurer la sécurité des pratiquants au cours des compétitions ;
- de participer aux différentes réunions nationales ou internationales où sa présence est souhaitable ;
- d'établir avec la commission médicale nationale et le médecin coordinateur du suivi médical les protocoles et les modalités des examens à pratiquer pour réaliser la surveillance médicale régulière de ces sportifs ainsi que la périodicité (selon les dispositions de l'arrêté du 16 juin 2006 modifiant l'arrêté du 11 février 2004 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux, afin que soient déterminées pour chacun d'eux les applications d'ordre médicotechnique qui en résultent ;
- de programmer, en relation avec la direction technique nationale et le médecin chargé des équipes

- nationales, l'encadrement médical et paramédical nécessaire à la surveillance médicale des sportifs, notamment au cours des stages et compétitions ;
- de susciter des thèmes de recherche susceptibles d'améliorer l'approche médico-physiologique de la discipline ;
- de soumettre à l'approbation du président de la fédération ou du directeur technique national, la liste des sites pouvant être désignés pour les contrôles antidopage et les mesures d'information et d'éducation en ce domaine ;
- de veiller à ce que tous les médecins et collaborateurs paramédicaux respectent le secret médical concernant les sportifs.

6.2.4. Moyens mis à disposition

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

Le médecin fédéral national bénéficie d'une fiche de mission 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.

Il exerce sa fonction bénévolement.

6.3. Le médecin coordonnateur du suivi médical

6.3.1. Fonctions

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.

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

La fonction de médecin coordonnateur peut en pratique être assurée par le médecin fédéral national ou par tout autre médecin désigné, excepté les médecins des équipes nationales.

6.3.2. Conditions de nomination

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

Il doit obligatoirement être docteur en médecine et bénéficier d'une assurance en responsabilité civile professionnelle correspondante aux risques inhérents à la pratique de ses missions.

6.3.3. Attributions

Le médecin coordonnateur du suivi médical est de par sa fonction membre de droit de la commission médicale fédérale.

Il lui appartient :

- d'établir avec le médecin fédéral national et la commission médicale nationale, 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 par l'arrêté du 11 février 2004 modifié par l'arrêté du 16 juin 2006 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux prévus aux articles L. 3621-2 et R. 3621-3 du Code de la santé publique ;
- 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, etc.) ;
- 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 président de la fédération,

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).

6.3.4. Obligations

Il appartient 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 DRAJES 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.

6.3.5. Moyens mis à disposition

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

Le médecin coordonnateur du suivi médical bénéficie d'une fiche de mission 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.

Il exerce sa fonction bénévolement.

6.4. Le médecin des équipes de France

6.4.1. Fonctions

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

6.4.2. Conditions de nomination

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 doit obligatoirement être docteur en médecine.

6.4.3. Attributions

Le médecin des équipes nationales est de par sa fonction :

- membre de droit de la commission médicale nationale ;
- habilité à proposer au médecin fédéral national les médecins et kinésithérapeutes intervenants auprès des membres des équipes de France après concertation avec le directeur technique national ;
- Il doit prendre l'avis du kinésithérapeute national pour la nomination des kinésithérapeutes des équipes de France avant de proposer leurs nominations au médecin fédéral 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.

6.4.4. Obligations

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 pour les kinésithérapeutes d'équipe via le kinésithérapeute national après chaque session de déplacement.

Il transmet annuellement ce bilan au médecin fédéral national, 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 en de tenir informé les professionnels de santé intervenants auprès de la fédération informés de cette réglementation.

Son activité fait l'objet d'une fiche de mission 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.

Il exerce sa fonction bénévolement.

6.5. Les médecins d'équipe

6.5.1. Fonctions

Sous l'autorité d'un médecin responsable (désigné comme « le médecin des équipes de France »), les médecins d'équipe assurent l'encadrement sanitaire des membres des collectifs et équipes nationales lors des stages préparatoires aux compétitions ainsi que lors des compétitions nationales ou internationales majeures, telles que les championnats du monde et Jeux olympiques.

6.5.2. Conditions de nomination

Les médecins d'équipe sont nommés par le médecin fédéral national sur proposition du médecin des équipes de France après avis du directeur technique national.

Il doit obligatoirement être docteur en médecine.

6.5.3. Attributions

On appelle « médecins d'équipe », les praticiens désignés et affectés à une équipe ou collectif ou ceux, appartenant au pool des intervenants de la fédération, et pouvant intervenir en remplacement du médecin « titulaire ».

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. Les contre-indications pour des raisons médicales sont différentes d'une contre-indication prononcée par le médecin coordinateur du suivi médical réglementaire.

Ils assurent une formation à destination des sportifs sur la prévention des blessures, à la diététique et à la lutte contre le dopage à l'occasion des stages avec les équipes ou collectifs nationaux.

6.5.4. Obligations

Le médecin d'équipe établit un bilan d'activité qu'il transmet au médecin des équipes de France après chaque déplacement qu'il effectue avec les équipes ou collectifs nationaux. Il dresse également un inventaire exhaustif de ses matériels et médicaments qu'il transmet au manager des équipes ou collectifs nationaux.

6.5.5. Moyens mis à disposition

Au début de chaque saison, le directeur technique national transmet à la commission médicale nationale le calendrier prévisionnel des compétitions et des stages prévus, devant être couverts par l'encadrement médical des équipes.

Le médecin des équipes de France transmet aux médecins d'équipe les périodes ou les jours, préalablement fixés par la DTN au cours desquels ils doivent se rendre disponibles.

Son activité fait l'objet d'une fiche de mission 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.

Les médecins d'équipe peuvent percevoir des honoraires, fixés par l'instance fédérale sur proposition de la commission médicale fédérale, au titre des missions exercées auprès des équipes de France.

6.6. Le médecin fédéral de ligue

6.6.1. Définition

Le médecin fédéral de ligue doit, d'une part, veiller à l'application locale des directives générales et spécifiques à sa discipline sportive, et d'autre part, informer régulièrement la commission médicale nationale de la situation dans sa ligue.

6.6.2. Conditions de nomination

Le médecin fédéral de ligue est désigné par le médecin fédéral national sur proposition du président de ligue et conformément aux statuts de la FFHG et de ses ligues et après avis conforme du président de la fédération.

Il doit obligatoirement être :

- docteur en médecine ;
- licencié à la fédération ;
- détenteur d'une assurance professionnelle correspondante à la fonction ;
- si possible, titulaire d'une capacité en médecine et biologie du sport ou d'un CES de biologie et médecine du sport.

6.6.3. Attributions

Le médecin fédéral de ligue est par sa fonction le relais de la commission médicale nationale dans sa région :

- habilité à désigner, le cas échéant et, en concertation avec le médecin fédéral national, le kinésithérapeute fédéral de ligue et tout autre collaborateur paramédical de ligue ;
- habilité à assister aux réunions du comité directeur de la ligue avec avis consultatif, dans l'hypothèse où le médecin fédéral de ligue n'est pas membre élu de ce comité ;
- habilité à représenter sa ligue au comité médical du C.R.O.S. ainsi qu'auprès des instances de la direction de la jeunesse, des sports et de la vie associative de la région (médecin conseiller) ;
- habilité à constituer (sous l'égide du comité directeur de sa ligue), une commission médicale de ligue dont il sera le responsable.

6.6.4. Missions

- le médecin fédéral de ligue contribue au niveau de sa ligue au contrôle médical des licenciés en diffusant notamment les recommandations spécifiques de la discipline ;
- le médecin fédéral de ligue peut également, sur demande du médecin coordonnateur du suivi médical, être appelé à contribuer au niveau de sa région à la surveillance médico-physiologique de sportifs de haut niveau et inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau et à leur assistance au cours des stages et des compétitions, et à se mettre alors en relation avec le médecin conseiller régional, le médecin du CROS, les médecins des consultations hospitalières ou les médecins des centres médico-sportifs ;
- le médecin fédéral de ligue peut être amené à prêter assistance au suivi des équipes de France sur demande du médecin des équipes de France.

6.6.5. Liaisons

Le médecin fédéral de ligue adresse un compte-rendu de chaque compétition qu'il a la charge de surveiller, au médecin fédéral national. Il rend compte annuellement de son action au médecin fédéral national ainsi qu'au président de Ligue (dans le respect du secret médical).

Son activité fait l'objet d'une fiche de mission déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis à son conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le médecin de ligue exerce à titre bénévole.

6.7. Le kinésithérapeute fédéral national (KFN)

6.7.1. Fonctions

Le kinésithérapeute fédéral national est responsable de l'organisation matérielle (choix et commande du matériel paramédical, recueil des comptes rendus et des données chiffrées) et de la coordination des kinésithérapeutes encadrant les sportifs lors des stages et compétitions des différents collectifs des équipes nationales.

Il exerce son activité sous la responsabilité du médecin d'équipe ou du médecin des équipes de France notamment en ce qui concerne l'administration de soins aux sportifs

6.7.2. Conditions de nomination

Le kinésithérapeute fédéral national est nommé par le comité directeur de la fédération, sur proposition du médecin fédéral national.

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

Il doit obligatoirement être masseur kinésithérapeute diplômé d'État.

6.7.3. Attributions

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

- membre de la commission médicale nationale et de lutte contre le dopage ;
- habilité à proposer au médecin fédéral national, les kinésithérapeutes intervenants auprès des membres des équipes de France après concertation avec le médecin des équipes de France et le directeur technique national.

À ce titre il lui appartient de :

- d'assurer la coordination, en lien avec le médecin fédéral national, de l'organisation de l'encadrement par les kinésithérapeutes des équipes nationales au cours des stages et compétitions ;
- de gérer le matériel utilisé (consommables, appareils de physiothérapie) par les kinésithérapeutes lors des stages et compétitions des équipes nationales ;
- de favoriser les échanges, les thèmes de réflexion et les recherches susceptibles d'améliorer l'approche kinésithérapique de la discipline ;
- de favoriser la diffusion d'un certain nombre d'informations kinésithérapiques.

6.7.4. Obligations

Le KFN :

- coordonne le retour des rapports d'activité adressés par les kinésithérapeutes d'équipe après chaque session de déplacement (stages ou compétitions) ;
- en assure la transmission au médecin des équipes de France ;
- collabore au compte-rendu annuel d'activité qui sera transmis au médecin fédéral national et au directeur technique national (dans le respect du secret médical).

6.7.5. Moyens mis à disposition

Au début de chaque saison, le directeur technique national transmet à la commission médicale nationale le calendrier prévisionnel des compétitions et des stages prévus, devant être couverts par l'encadrement médical des équipes.

Le kinésithérapeute national fédéral transmet aux kinésithérapeutes d'équipe les périodes ou les jours, préalablement fixés par le DTN, au cours desquels ils doivent se rendre disponibles.

Son activité fait l'objet d'une fiche de mission déclinant les missions et les moyens dont il dispose et qui doit être soumis à son conseil départemental de l'ordre des kinésithérapeutes.

Il exerce bénévolement sa mission.

6.8. Les kinésithérapeutes d'équipe

6.8.1. Fonction

En relation avec un médecin responsable et le kinésithérapeute fédéral national s'il existe, les kinésithérapeutes d'équipe assurent l'encadrement des membres des collectifs et équipes nationales lors des stages préparatoires aux compétitions ainsi que lors des compétitions internationales majeures.

6.8.2. Conditions de nomination

Les kinésithérapeutes d'équipe sont nommés par le médecin fédéral national sur proposition du médecin des

équipes de France et du kinésithérapeute fédéral national après avis du directeur technique national.

Il doit obligatoirement être masseur kinésithérapeute diplômé d'État, et licencié à la FFHG.

6.8.3. Attributions

On appelle « kinésithérapeutes d'équipe », les praticiens désignés et affectés à une équipe ou collectif ou ceux, appartenant au pool des intervenants de la fédération, et pouvant intervenir en remplacement du kinésithérapeute « titulaire ».

Ils participent selon deux 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.

6.8.4. Obligations

- Le kinésithérapeute d'équipe établit un bilan d'activité qu'il transmet au kinésithérapeute fédéral national et à défaut au médecin des équipes de France après chaque déplacement qu'il effectue avec les équipes ou collectifs nationaux. Il dresse également un inventaire exhaustif de ses matériels qu'il transmet au manager des équipes ou collectifs nationaux ;
- L'article L. 4323-3 du Code de santé publique rappelle que le kinésithérapeute d'équipe 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, relatives 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.

6.8.5. Moyens mis à disposition

Au début de chaque saison, le directeur technique national transmet au kinésithérapeute fédéral national (à défaut au médecin des équipes de France), le calendrier prévisionnel des compétitions et des stages prévus auxquels les masseurs-kinésithérapeutes doivent participer. Ceux-ci peuvent alors prévoir les périodes ou jours au cours desquels ils devront se rendre disponibles.

Les kinésithérapeutes d'équipe peuvent percevoir des honoraires, fixés par l'instance fédérale sur proposition de la commission médicale fédérale, au titre des missions exercées auprès des équipes de France.

6.9. Le médecin référent du para hockey sur glace

6.9.1. Fonction

Le médecin référent du para hockey assure, la coordination de l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux, en lien avec le médecin des équipes de France et le kinésithérapeute national, effectuant des soins auprès des membres des équipes nationales lors des stages préparatoires aux compétitions ainsi que lors des compétitions internationales majeures.

Le médecin référent du para hockey est, si possible, membre de commission para hockey où il est le relais de la commission médicale nationale.

Le médecin référent du para hockey est en charge du règlement médical pour les éléments relevant du para hockey.

6.9.2. Conditions de nomination

Le médecin référent du para hockey est nommé par le comité directeur sur proposition du médecin fédéral national après avis du directeur technique national, de la commission médicale nationale et de la commission para hockey.

6.9.3. Attributions

Le médecin référent du para hockey est de par sa fonction :

- Membre de droit de la commission médicale nationale ;
- Habilité à proposer au médecin fédéral national les médecins et kinésithérapeutes intervenants auprès des membres de l'équipe de France de para hockey après concertation avec le directeur technique national et le médecin des équipes de France ;

6.9.4. Obligations

Le médecin référent du para hockey dresse le bilan de l'encadrement médical et sanitaire des stages et compétitions des équipes de France au vu des rapports d'activités qui lui sont adressés par les médecins et pour les kinésithérapeutes via le kinésithérapeute national après chaque session de déplacement.

Il transmet annuellement ce bilan au médecin fédéral national, à la commission médicale, et au directeur technique national (dans le respect du secret médical).

Le médecin référent du para hockey est chargé de coordonner et de préparer la classification des athlètes avant les compétitions internationales en lien avec le manager des équipes de France de para hockey.

Le médecin référent du para hockey en lien avec le médecin des équipes de France est tenu de :

- respecter la réglementation en vigueur concernant l'exportation temporaire et la réimportation des médicaments ;
- tenir informé les professionnels de santé intervenants auprès de la fédération informés de cette réglementation.

Son activité fait l'objet d'une fiche de mission déclinant les missions et les moyens dont il dispose. Cette fiche est soumise pour avis à son conseil départemental de l'Ordre des médecins.

6.9.5. Moyens mis à disposition

Cette fonction est exercée bénévolement.

6.10. Le médecin du pôle France

6.10.1. Fonction

En relation avec les entraîneurs et le référent de la structure, le médecin du pôle France assure la prise en charge médicale des joueuses du pôle France.

6.10.2. Conditions de nomination

Le médecin du pôle France est nommé par le comité directeur après avis du médecin fédéral national et du directeur technique national.

Il est obligatoirement docteur en médecine avec idéalement une compétence en médecine et biologie du sport.

6.10.3. Attributions

Le médecin du pôle France est membre de droit de la Commission médicale nationale avec voix consultative.

6.10.4. Obligations

Le médecin du pôle France est tenu aux missions suivantes :

- Suivi préventif et soins des joueuses du Pôle France :
 - Visites hebdomadaires ;
 - Soins des joueuses en collaboration avec les membres du staff médical ;
 - Organisation des réunions d'information (diététique, dopage, bizutage) ;
 - Organiser l'encadrement médical ou paramédical du pôle en déplacement ;
 - Communication avec les médecins des équipes de France pour le suivi des joueuses ;
- Coordination du SMR :
 - Organiser les examens obligatoires et le suivi des examens complémentaires si besoin ;
 - Centraliser ces examens ;
 - Confirmer l'aptitude ou non en pôle ;
 - Informer le médecin fédéral national d'une contre-indication temporaire ou définitive ;
- Organisation médicale générale :
 - Participer à l'élaboration des plannings du pôle ;
 - Participer au suivi des conditions de pratiques générales (restauration, sommeil...) ;

6.10.5. Moyens mis à disposition

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

Le médecin du pôle France bénéficie d'une fiche de mission 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.

Sa rémunération fait l'objet d'un contrat entre la structure et le praticien.

6.11. Le référent antidopage

6.11.1. Fonction

Le référent anti-dopage est, de par sa fonction :

- Membre de droit de la commission médicale et de lutte contre le dopage ;
- Habilité à proposer les éducateurs anti-dopage.

6.11.2. Conditions de nomination

Le référent antidopage est nommé par le Comité directeur sur proposition du médecin fédéral national.

La fonction de référent antidopage peut être attribuée à un autre membre de la commission médicale en cas de nécessité organisationnelle.

6.11.3. Attributions

Le référent antidopage est responsable de la politique fédérale de lutte contre le dopage et notamment de l'élaboration des plans pluriannuels d'action et de lutte antidopage de la fédération en accord avec le comité directeur et l'AFLD.

Coordinateur et animateur au sein de la fédération en matière de lutte antidopage. Il est le lien avec les référents antidopage des clubs.

Il est l'intermédiaire entre les instances et les institutions officielles (notamment l'AFLD et le ministère des sports).

6.11.4. Obligations

Compte tenu de ses missions, le référent a accès à des informations sensibles. Le référent antidopage est astreint à une obligation de confidentialité sur les informations dont il pourrait avoir connaissance.

Il est chargé de veiller au respect par la fédération de ses obligations en matière de lutte contre le dopage (article R.232-41-12-4 du Code du sport).

6.11.5. Moyens mis à disposition

Le référent antidopage a accès aux élus fédéraux pour les sensibiliser aux questions d'antidopage et faire des recommandations. Il peut être amené à solliciter les représentants des sportifs (syndicats de joueurs, comités et ligues de la fédération, arbitres, etc.).

Il a accès aux documents ressources mis en place par l'AFLD pour les référents antidopage identifiés.

CHAPITRE II – REGLEMENT MEDICAL

ARTICLE 7. DELIVRANCE DE LICENCE

Les dispositions relatives au certificat médical sont régies par les articles L. 231-2 et suivants du Code du sport.

Pour les personnes majeures, la première délivrance d'une licence JOUEUR, ARBITRE ou ENTRAINEUR est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du hockey sur glace (en compétition s'agissant de la licence JOUEUR).

Le renouvellement de ces licences est subordonné, tous les trois ans (tous les ans pour les titulaires d'une licence ou d'une option *para hockey*), à la présentation d'un nouveau certificat médical datant de moins d'un an permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du hockey sur glace (en compétition s'agissant de la licence JOUEUR). Pour les personnes mineures ou lorsqu'en application des alinéas précédents, un certificat médical n'est pas exigé pour le renouvellement de ces licences, le licencié (et les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur) renseigne(nt) un questionnaire relatif à son état de santé (disponible sur le site internet fédéral et le logiciel fédéral).

Le licencié (et les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur) atteste(nt), *via* le logiciel fédéral ou une attestation remise à son club, que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. À défaut, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du hockey sur glace datant de moins de six mois, pour l'obtention ou le renouvellement de sa licence. Lorsque la demande de licence est saisie par le club, le club conserve impérativement l'attestation (pas le questionnaire) complétée, datée et signée par le licencié ou son représentant légal.

Tout certificat médical doit être obligatoirement signé par un médecin inscrit au Conseil national de l'ordre des médecins français avec indication de son numéro.

ARTICLE 8. PARTICIPATION AUX COMPETITIONS

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.

ARTICLE 9. EXAMEN MEDICAL

L'obtention du certificat médical mentionné à l'Article 7 et à l'Article 8 est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du doctorat d'État. Ce document doit être rédigé en français.

La commission médicale de la FFHG :

- 1) rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :
 - engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, 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.
- 2) précise que :
 - le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur ;
 - l'obtention d'un surclassement doit être faite sur le formulaire de surclassement spécifique.
- 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) insiste sur les contre-indications à la pratique de la discipline :
 - insuffisance staturo-pondérale ;
 - maladies cardio-vasculaires à l'origine de troubles à l'éjection ventriculaire gauche et/ou de troubles de rythme à l'effort ou lors de la récupération ;
 - lésions pleuropulmonaires évolutives ;
 - affections morphologiques statiques et/ou dynamiques sévères, en particulier du rachis dorsolombaire, avec risque de pathologie aiguë ou d'usure accélérée ;
 - troubles graves de la coagulation, traitement anticoagulant.
- 5) pathologie médicale à discuter :
 - pathologie unilatérale type rein unique, testicule unique avec risque de traumatisme ;
 - problème ophtalmologique avec monophthalmie ou risque de décompensation ;
 - commotions antérieures ;
 - stimulateur ou défibrillateur cardiaque.

Ces contre-indications peuvent être jugées absolues, temporaires ou définitives par le médecin examinateur, la compétition entraînant une prise de risque et une intensité d'effort non contrôlables.

- 6) préconise :
 - une échographie cardiaque tous les 3 ans ;
 - une épreuve cardio-vasculaire d'effort tous les 3 ans à partir de 35 ans ;
 - une mise à jour des vaccinations ;
 - une surveillance biologique élémentaire.

En cas de difficulté, la commission médicale nationale peut être saisie par l'intermédiaire du médecin fédéral national en utilisant l'adresse medical@ffhg.eu.

Les conditions et modalités de sur classement et sous classement sont déterminées, en lien avec la Commission médicale nationale, dans le règlement des affiliations, licences et mutations.

ARTICLE 10. INTERDICTION DE LA PRATIQUE

Tout médecin a la possibilité de demander l'interdiction de la pratique de la discipline en compétition à tout sujet paraissant en mauvaise condition physique. La demande de retrait de licence ou d'interdiction de délivrance de licence sera adressée, à titre confidentiel, au président de la commission médicale qui statuera après avoir examiné l'intéressé et/ou s'être entouré des avis autorisés.

Le président du groupement sportif et le président de la FFHG doivent être prévenus sans faire état du diagnostic.

Tout licencié déclaré inapte a la possibilité de formuler une demande de dérogation auprès de la commission médicale nationale ou auprès des services de médecine du sport des centres hospitalo-universitaires.

ARTICLE 11. SANCTION

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 du présent règlement de la FFHG et sera suspendu jusqu'à régularisation de la situation.

ARTICLE 12. DOPAGE

Toute prise de licence à la FFHG implique l'acceptation de l'intégralité de la réglementation nationale et internationale de lutte contre le dopage.

Conformément à l'article L231-5-1 du code du sport, la FFHG coopère en matière de lutte contre le dopage avec la fédération internationale et les organisations nationales antidopage. A ce titre, spontanément ou à la demande de l'AFLD, la FFHG communique toute information nécessaire à l'exercice de ses missions.

Lorsqu'un sportif, sanctionné en application des articles L231-21 à L232-23-3-12 du code du sport, sollicite la restitution, le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive, la FFHG subordonne cette restitution, ce renouvellement ou cette délivrance à la production d'une attestation délivrée par une antenne médicale de prévention du dopage à l'issue d'un entretien entre un médecin et l'intéressé.

CHAPITRE III – SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET DES LICENCIES INSCRITS DANS LES FILIERES D'ACCES 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 reconnus dans le projet de performance fédéral, a pour but de prévenir les risques sanitaires inhérents à la pratique sportive intensive.

ARTICLE 13. CADRE REGLEMENTAIRE

La FFHG 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 ou engagés dans le projet de performance fédéral.

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.

ARTICLE 14. NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS MEDICAUX

Conformément à l'article R. 231-5 du Code du sport, 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 engagés dans le projet de performance fédéral figure dans l'arrêté du 11 février 2004 modifié par l'arrêté du 16 juin 2006 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux prévus aux articles L. 3621-2 et R. 3621-3 du code de la santé publique.

➤ *Cf. Annexe 4 du présent règlement.*

ARTICLE 15. PROCEDURE

Les résultats des examens prévus à l'Article 207 sont transmis au médecin coordonnateur du suivi médical. Le sportif peut communiquer ses résultats au médecin fédéral national ou à tout un 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 de la fédération, 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 de haut niveau ou engagés dans le projet de performance fédérale.

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 engagés dans le projet de performance fédérale.

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 président fédéral (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 16. BILAN

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 ceux engagés dans le projet de performance fédéral.

Ce bilan présenté à l'assemblée générale fédérale devra être adressé, annuellement, par la fédération au ministre chargé des sports.

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 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Les résultats des examens prévus à l'article 14 sont transmis au médecin national de la fédération et à un autre médecin précisé, par le sportif, dans le livret médical prévu à l'article L.231-7 du Code du sport.

CHAPITRE IV – SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS PROFESSIONNELS SALARIES

ARTICLE 17. NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS MEDICAUX

En application des articles R. 231-1 et A. 231-5 du Code du sport, les sportifs professionnels salariés se soumettent, dans les deux mois qui suivent l'embauche puis annuellement, aux examens prévus à l'article A. 231-3, à savoir :

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 ;
- Un électrocardiogramme de repos.

Il est également rappelé l'obligation pour tout employeur de procéder à une visite médicale de ses salariés auprès de la médecine du travail.

CHAPIRE V – SURVEILLANCE MEDICALE DES ARBITRES

Par arbitre on entend arbitre et juge de ligne.

ARTICLE 18. NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS MEDICAUX POUR LA DELIVRANCE D'UNE LICENCE D'ARBITRAGE

Pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence d'arbitre il est demandé, selon le niveau d'arbitrage, des certificats médicaux et des examens complémentaires.

Pour l'arbitrage en ligue Magnus, et pour les arbitres inscrits sur les listes des arbitres et juges de haut niveau, il est demandé chaque année :

- Un examen médical réalisé par un médecin du sport avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport comprenant :
 - Un entretien avec interrogatoire sur les facteurs de risque cardio-vasculaires
 - Un examen clinique en particulier cardio-vasculaire et locomoteur
 - Des mesures anthropométriques
- Un ECG de repos ;
- A partir de 35 ans, une échographie cardiaque et une épreuve d'effort à visée cardiologique, à renouveler tous les 3 ans ;
- Selon les risques cardio-vasculaires un bilan biologique
 - Sanguin : bilan lipidique, GammaGT, NFS, plaquettes, glycémie
 - Urinaire : protéinurie, glycosurie, hématurie, nitriturie.

Pour l'arbitrage en D1, D2, D3, féminins, jeunes, loisir et parahockey il est demandé tous les 3 ans :

- Un examen médical réalisé par un médecin du sport avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport comprenant :
 - Un entretien avec interrogatoire sur les facteurs de risque cardio-vasculaires
 - Un examen clinique en particulier cardio-vasculaire et locomoteur
 - Des mesures anthropométriques
- Un ECG de repos
- À partir de 35 ans une échographie cardiaque et une épreuve d'effort à visée cardiologique à renouveler tous les 5 ans.

Le médecin examinateur doit rédiger un certificat médical attestant de la réalisation des examens prévus à la pratique de l'arbitrage selon la catégorie demandée. Ce certificat, établi obligatoirement sur le certificat médical type de la FFHG, sera intégré dans hockeynet lors de la prise de licence.

ARTICLE 19. RAPPORTS DE BLESSURES ET DE COMMOTION CÉRÉBRALE

Un rapport de blessure devra être réalisé pour toute blessure, considérée comme sévère, pour les arbitres et juges de ligne, et un rapport de commotion pour toute commotion. Ces rapports doivent être envoyée au médecin fédéral par mail à medical@ffhg.eu

En cas de commotion, le même protocole d'arrêt d'activité et de reprise du jeu que les joueurs devra être appliqué avec notamment un examen médical avant reprise de l'arbitrage.

ARTICLE 20. OBLIGATIONS DE L'ORGANISATEUR

Dans le cadre des compétitions organisées par la fédération, la commission médicale fédérale rappelle que les moyens humains et matériels à mettre en œuvre doivent être adaptés selon l'importance de la manifestation (catégorie d'âge, niveau du championnat de France, type de locaux, etc.).

Dans tous les cas, la commission médicale fédérale rappelle qu'il appartient à l'organisateur de toute compétition de prévoir la surveillance médicale des compétitions et *a minima* :

- d'informer les arbitres de la présence ou non de médecins et/ou d'auxiliaires médicaux ;
- d'avoir un nécessaire médical de premier secours à un emplacement spécifique près des surfaces de compétition et à l'abri du public en vue des premiers soins à apporter en cas d'accident ;
- de disposer d'un téléphone accessible avec affichage à proximité des numéros d'appel du SAMU, des pompiers et du responsable de la patinoire ou du club ;
- d'avoir une infirmerie ouverte avec le matériel accessible (cf annexe 2), un défibrillateur accessible et si possible un plan dur et des colliers cervicaux.

Un plan d'action de secours conforme à l'Annexe 3 du présent règlement doit obligatoirement être mis en place par tout club organisateur d'une compétition.

La présence du médecin ou du professionnel de santé est également recommandée lors de l'échauffement. Pendant les périodes de jeu, le médecin ou le professionnel de santé doit se tenir entre les bancs des équipes après s'être présenté aux équipes participantes. Pendant les pauses entre les tiers, il doit rester à proximité des vestiaires des équipes.

Le médecin prévu par l'organisateur d'une rencontre peut prendre toute décision de motif médical concernant la participation ou la poursuite de la compétition par un compétiteur. Il indique cette décision à l'arbitre et au club organisateur.

Au-delà des dispositions spécifiques ci-après, la présence d'un médecin ou d'un service médical d'urgence est vivement conseillée à chaque match.

ARTICLE 21. DISPOSITION SPÉCIFIQUE A LA SYNERGLACE LIGUE MAGNUS, D1, D2, COUPES ET PHASES FINALES DES AUTRES CHAMPIONNATS

La présence effective d'un médecin dans l'enceinte de la patinoire est impérative durant toute la durée des rencontres.

Le médecin est tenu d'intervenir, y compris sur la glace et au banc des joueurs, au bénéfice des deux équipes, des arbitres ainsi qu'éventuellement des spectateurs.

Le médecin doit se faire connaître des deux équipes avant le début du match.

Le médecin présent devra avoir une formation à la prise en charge des urgences vitales et des commotions.

Il est souhaitable d'avoir une ambulance équipée avec le personnel adéquat, notamment si le délai si le délai d'intervention d'une ambulance de pompiers ou de SMUR est de plus de dix minutes et, sinon il faut prévoir au minimum une équipe de secouristes titulaires de la formation Premiers Secours en Equipe de niveau 2 (PSE2) à jour afin de pouvoir évacuer un joueur de la glace.

ARTICLE 22. DISPOSITION SPÉCIFIQUE AUX MATCHS AMICAUX (SLM, D1, D2) ET A LA PHASE RÉGULIÈRE DES CHAMPIONNATS DE STRUCTURES

La présence effective dans l'enceinte de la patinoire d'un professionnel de santé, au sens du Code de la santé publique formé aux manœuvres de premiers secours et à l'utilisation d'un défibrillateur ou un équipier secouriste titulaire de la formation Premier Secours en Equipe de niveau 2 (PSE2) à jour de sa formation est obligatoire durant toute la durée des rencontres. Une sensibilisation à la gestion des commotions est indispensable.

A titre d'exemple, sont considérés comme professionnels de santé les médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux (infirmiers et aides-soignants) et ambulanciers.

Le professionnel de santé est tenu d'intervenir, y compris sur la glace et au banc des joueurs, au bénéfice des deux équipes, des arbitres ainsi qu'éventuellement des spectateurs.

Le professionnel de santé doit se faire connaître des deux équipes avant le début du match.

ARTICLE 23. RAPPORT DE BLESSURE EN SYNERGLACE LIGUE MAGNUS

Les clubs évoluant en Synergglace Ligue Magnus doivent remplir le formulaire « Rapport de blessure », téléchargeable depuis le site internet fédéral, lorsqu'une blessure significative intervient durant un match de championnat ou de coupe. Ce formulaire doit être mis à disposition du médecin de match.

Les blessures suivantes sont considérées comme significatives :

- a) Toute blessure qui entraîne pour un joueur ou une joueuse une absence d'un entraînement ou d'un match du fait d'une blessure qui est survenue durant un entraînement ou un match.
- b) Tout traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- c) Toute blessure dentaire.
- d) Toute plaie qui nécessite des soins médicaux.
- e) Toute commotion cérébrale (*cf. ci-après*).

Ce formulaire est strictement confidentiel et anonyme et doit être envoyé à l'adresse medical@ffhg.eu dans un délai de 8 jours francs suivant le jour de la blessure.

ARTICLE 24. DISPOSITIONS SPECIFIQUES RELATIVES AUX COMMOTIONS CEREBRALES

24.1. Introduction

Il est obligatoire d'avoir à disposition les documents suivant, Pocket CRT, rapport de commotion, SCAT 6 et notamment à la table de marque mais aussi à l'infirmerie.

Le pocket CRT pour être le plus exhaustif pour la détection des commotions notamment en l'absence de professionnel de santé doit être disponible facilement et notamment dans les vestiaires, infirmeries trousse de secours...

Chaque club doit avoir un référent commotion qui sera en charge d'actions de prévention et devra s'assurer de la disponibilité des documents. Celui-ci sera l'interlocuteur entre la FFHG via la commission médicale nationale et le club.

Il est fondamental que les commotions soient prises en charge de façon optimale pour préserver la santé des joueurs de la prévention, à la détection jusqu'aux soins.

24.2. Définition de la commotion cérébrale

Une commotion cérébrale est une perturbation du fonctionnement du cerveau, consécutive à un traumatisme crânien. C'est-à-dire consécutive à un choc direct ou indirect, au niveau de la boîte crânienne, du visage, du cou ou du corps. Elle peut aussi résulter d'une accélération ou d'une décélération brusque.

24.3. Suspicion de commotion cérébrale

La priorité est la santé du joueur, en cas de suspicion de commotion, le joueur doit être retiré du jeu immédiatement et ne doit pas rejouer tant qu'il n'a pas été examiné par un médecin. Si un joueur est soupçonné d'avoir une commotion cérébrale et qu'aucun personnel médical qualifié n'est disponible, le joueur doit être envoyé ou transporté si nécessaire dans un établissement de soins pour être évalué.

Pour aider à la détection d'une commotion les non-médecins pourront utiliser le pocket CRT et il est souhaitable que les encadrants bénéficient d'une sensibilisation et d'une formation à la gestion des commotions.

Et on peut évoquer une commotion notamment devant :

- Des signes physiques ;
- Des symptômes ;
- Un comportement anormal ;

24.4. Le rapport de commotion

Un rapport de commotion sera rempli par un médecin, un professionnel de santé ou l'encadrant en cas de suspicion de commotion.

Le rapport de commotion peut également être rempli suite à une suspicion de commotion à l'entraînement et ce par l'encadrant présent.

Ce rapport peut être rempli à posteriori si le diagnostic est effectué secondairement notamment en raison de signes tardifs.

Ce rapport doit être rempli même en l'absence de médecin et sera alors considéré comme une suspicion de commotion. La commotion devra être confirmée ou infirmée par un médecin mais la volonté de déclaration étendue a pour but de ne pas avoir de commotion non traitée et limiter les conséquences pour la santé des joueurs.

Le rapport de commotion devra être envoyé à la FFHG par mail à l'adresse médical@ffhg.eu. Un double du rapport de commotion ou est rappelé la date de la commotion et le protocole de retour au jeu sera remis au joueur.

En cas de présence médicale, le médecin réalisera en plus du rapport une évaluation en utilisant le SCAT 6 dont un exemplaire sera remis au joueur pour la surveillance ultérieure.

24.5. Protocole de retour au jeu

Lorsque qu'un protocole commotion est déclenché, la reprise des activités physiques devra se faire selon le protocole de retour au jeu. Celui-ci est disponible notamment sur le rapport de commotion mais également sur le site fédéral.

- Jour 0 : Blessure ;
- Jour X : Examen médical constatant la disparition des symptômes ;
- Jour X + 1 : Activité réduite qui ne provoque pas de symptôme ;
- Jour X+2 : Exercices aérobies légers (par exemple sur ergomètre) ;
- Jour X + 3 : Exercices spécifiques au sport ;
- Jour X + 4 : Entraînement sans contact (commencer un entraînement léger de résistance) ;
- Jour X + 5 : Entraînement en plein contact après autorisation médicale ;
- Jour X + 6 : Retour au jeu.

Chaque étape nécessite au minimum 24 heures (ou plus) et le joueur doit revenir à l'étape précédente si les symptômes réapparaissent.

Le processus de retour au jeu précise le début de celui-ci en l'absence de signe et après avis médical. Un avis médical est également demandé avant la reprise de l'entraînement en plein contact.

Le certificat médical de reprise post commotion, avec l'autorisation médicale autorisant le retour au jeu avec contact est indispensable avant la reprise de la compétition et devra être envoyé à la fédération par la boîte mail médical@ffhg.eu.

Pour rappel la durée d'arrêt avant retour à la compétition dépendra des avis médicaux mais sera au minimum de 7 jours.

La licence sera bloquée jusqu'à réception de l'autorisation médicale de reprise de l'entraînement en plein contact.

Si le rapport est rempli par un médecin, le protocole commotion est d'emblée enclenché avec notamment la nécessité de respecter le protocole de retour au jeu avec un blocage systématique de la licence.

Si le rapport est rempli par un non-médecin, il s'agit d'une suspicion de commotion. Il est conseillé d'être prudent et de considérer jusqu'à un avis médical contraire qu'il s'agit d'une commotion et donc de respecter ce protocole de retour au jeu. La licence pourra être débloquée par la commission médicale notamment si un avis médical infirme le diagnostic de commotion.

En cas de récurrence de commotion, il est souhaitable de prendre un avis médical spécialisé avant la reprise des activités. La commission médicale est disponible pour les conseils médicaux.

CHAPITRE VII – LUTTE CONTRE LE DOPAGE

ARTICLE 25. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE

La Commission médicale est chargée d'élaborer une politique fédérale avec un plan pluriannuel transmis à l'AFLD.

Un ou plusieurs référents antidopage seront nommés par le président de la fédération en accord avec la commission médicale.

La Fédération devra avoir un ou plusieurs éducateurs antidopage qui seront en charge d'appliquer la politique fédérale de lutte contre le dopage. Si possible un éducateur devra être formé au sein de l'Institut National de Formation.

La Commission médicale sera informée par le référent antidopage des contrôles positifs éventuels par l'intermédiaire du référent antidopage et pourra ainsi adapter la prévention et vérifier également l'application des sanctions éventuelles et d'un entretien avec une Antenne Médicale de Prévention du Dopage avant la reprise de l'activité sportive.

CHAPITRE VIII – MODIFICATION DU REGLEMENT MEDICAL

ARTICLE 26. MODIFICATION DU REGLEMENT MEDICAL

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

Le président de la FFHG



Le secrétaire général de la FFHG



INFIRMERIE DE PATINOIRE

Afin de prendre en charge efficacement les urgences vitales ainsi que les traumatismes observés dans la pratique du hockey sur glace il apparaît nécessaire de disposer de locaux et de matériels adéquats.

Une infirmerie devra être à disposition des équipes et ouverte durant les entraînements et les matchs. Elle pourra servir également si besoin de local antidopage en fonction des disponibilités.

Elle devra comporter à minima une table d'examen, des chaises et du matériel à disposition pour la prise en charge des urgences.

Un téléphone avec la liste des numéros d'urgence (SAMU, Pompiers, Police) mais aussi les numéros des personnels de la patinoire devront être disponibles.

Une documentation devra être à disposition avec un pocket CRT affiché mais aussi des rapports de commotion et des fiches de SCAT 6 (à l'usage des médecins qui seraient amenés à évaluer des commotions).

Liste du matériel obligatoire :

- Défibrillateur à proximité de la glace
- Insufflateur manuel (BAVU)
- Plan dur d'évacuation
- Brancard
- Couverture de survie
- Coussin hémostatique d'urgence (type CHUT)
- Colliers cervicaux
- Canules de Guedel
- Gel hydroalcoolique
- Gants non stériles
- Compresses
- Désinfectants
- Pansements
- Compresses hémostatiques (type Coalgan)
- Sutures cutanées (type Steristrip)
- Bandes adhésives élastiques (type Elastoplast)
- Bandes (type Velpeau)
- Sparadrap

Il est également recommandé que cette trousse contienne : stéthoscope, tensiomètre, saturomètre, marteau réflexe en cas de présence médicale

Un complément « médical » (par exemple : set de suture, fils, anesthésiant local, médicaments d'urgence, etc..) peut compléter cette liste selon l'usage éventuel et en accord avec le médecin du club.

Ce matériel pourra être mis à disposition par le gestionnaire de la patinoire et complété si nécessaire par le club.

TROUSSE DE SECOURS

A l'usage des professionnels de santé amenés à assurer la sécurité des événements de hockey sur glace, et notamment pour intervenir sur la glace, il est nécessaire de disposer d'une trousse de secours.

Celle-ci peut être complétée selon l'usage, la formation et les habitudes des utilisateurs voire être personnelle.

Liste de matériel recommandé :

- Canules de Guedel
- Coussin hémostatique d'urgence
- Compresses
- Gants non stériles
- Bandes adhésives élastiques
- Bandes auto-adhésives
- Bandes crêpes
- Pansements
- Sparadrap
- Désinfectant
- Ciseaux
- Lampe de poche
- Couverture de survie

PLAN D’ACTION DE SECOURS

Il est indispensable d’avoir prévu un plan d’action et de secours.

Celui-ci précise les modalités d’alerte et de prise en charge d’un blessé. Il est établi avec le gestionnaire de la patinoire en tenant compte notamment de la présence de personnels de sécurité.

1. DISPOSITIONS GENERALES

A l’entraînement ou en match, en l’absence de personnel médical, en cas de blessure sur la glace, les premiers soins seront sous la responsabilité de l’entraîneur avec l’aide éventuelle de personnes présentes qui auraient des compétences médicales.

Si l’état du joueur est potentiellement sévère et au moindre doute, il ne faut pas sortir le joueur de la glace. Il faut alors déclencher les secours, soit directement, soit par l’intermédiaire du personnel de la patinoire selon le règlement local. Les personnes présentes doivent alors prodiguer les soins d’urgences éventuels. Il est recommandé, en cas de doute, de ne pas retirer, en l’absence de personnel médical, le casque ni de déplacer le joueur.

En match, les premiers soins sont réalisés par un membre du staff de l’équipe qui fera appel si besoin au professionnel de santé, au médecin du match présent et éventuellement aux secouristes ou ambulanciers présents.

Pendant les matchs l’accès à la glace pour les secours est conditionné à la validation des arbitres.

Ce plan de secours doit être élaboré en partenariat avec le gestionnaire de la patinoire

L’organisateur d’une manifestation sportive doit prendre contact avec les services de secours institutionnels, et déclarer celle-ci aux autorités compétentes (entre autres police, mairie, pompiers, Croix-Rouge, etc.) afin d’établir un plan de secours, identifiant les moyens humains et matériels et définissant les procédures d’alerte et d’intervention des secours.

2. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SYNERGLACE LIGUE MAGNUS, D1, D2, U18 CHAMPIONNAT DE STRUCTURE, U20 CHAMPIONNAT DE STRUCTURE, COUPES ET AUX PHASES FINALES DES AUTRES CHAMPIONNATS

Le plan d’action de secours doit comporter trois niveaux :

2.1. Moyens

2.1.1. Sécurité médicale pendant les matchs

Les dispositions relatives à la présence médicale lors des matchs sont prévues par l’article 4.2 du règlement des activités sportives.

Le professionnel de santé doit avoir à sa disposition et sous sa responsabilité une trousse de secours conforme à la directive « Infirmerie du hockey sur glace ».

Elle doit être : 1) près de la glace pour permettre une utilisation rapide et la gestion des situations d’urgence et 2) dédiée aux clubs.

Un défibrillateur externe semi automatisé doit obligatoirement être placé près de la glace et sous la responsabilité du professionnel de santé.

2.1.2. Ambulance

Les modalités pratiques d'intervention d'une ambulance doivent faire l'objet d'une disposition spécifique du plan d'action des secours mentionné ci-dessus.

L'ambulance doit être pourvue en personnel et équipée de moyens de réanimation cardio-pulmonaire, de stabilisation de blessé médullaire ou de traumatisme crânien, de stabilisation de toutes urgences.

Un plan d'évacuation des secours doit être élaboré pour évacuer l'athlète d'une façon prompte et efficace après un accident sérieux sur la glace.

2.1.3. Services hospitaliers

Un hôpital ou une clinique avec service d'urgence doit pouvoir accueillir tout blessé et répondre à toutes les urgences.

2.2. Premiers secours sur la glace

Pendant l'entraînement et pendant un match, le médecin d'équipe, le kinésithérapeute ou l'entraîneur (s'il est titulaire du Brevet d'Etat) sont habilités à donner les premiers secours sur la glace à leur joueur. Ils sont autorisés à monter sur la glace à l'appel de l'arbitre.

Pendant le match, le médecin de l'équipe visiteuse, le kinésithérapeute ou l'entraîneur requiert l'aide du médecin de l'équipe à domicile ou du tournoi dans le cas d'une urgence sérieuse sur la glace.

Le médecin de l'équipe à domicile ou du tournoi prend en main la gestion de l'urgence et la responsabilité de l'athlète.

L'évacuation d'un joueur de la glace sur un brancard ou une civière sera effectuée par le personnel d'ambulance ou des auxiliaires médicaux. Le joueur sera alors transféré à l'infirmerie de la patinoire ou vers un hôpital selon la sévérité de blessure.

L'infirmerie doit disposer d'un moyen de communication permettant d'alerter rapidement les secours.

2.3. Plan d'évacuation

2.3.1. Général

Pour le public, l'organisateur doit prendre contact avec les services de secours institutionnels afin d'établir un plan d'évacuation, identifiant les moyens humains et matériels et définissant les procédures d'alerte et d'intervention des secours, numéros téléphoniques du SAMU, de l'hôpital et du médecin ou cabinet médical le plus proche.

2.3.2. Joueurs accidentés

Un plan d'évacuation pour joueur blessé doit être discuté avant le championnat avec le gestionnaire de la patinoire et les services de secours institutionnels pour permettre l'accès libre par l'équipe médicale à la glace et faciliter les évacuations d'un joueur avec le brancard de la glace vers l'infirmerie et vers l'ambulance. Un exercice d'évacuation d'un blessé de la glace doit avoir lieu impérativement avant le début de la saison avec les services de secours institutionnels.

SURVEILLANCE MEDICALE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET SPORTIFS ENGAGES DANS LE PPF

CHAPITRE I – NATURE DES EXAMENS MEDICAUX PREALABLES A L'INSCRIPTION SUR LA LISTE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU OU SUR LA LISTE DES SPORTIFS ESPOIRS

Dans les 2 mois qui suivent la première inscription sur la liste des sportifs de haut-niveau, les sportifs de haut-niveau doivent se soumettre à :

- Un examen médical réalisé par un médecin du sport comprenant :
 - Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;
 - Un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;
 - Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ;
 - 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.
- Un électrocardiogramme de repos.
- Une échographie cardiaque pour éliminer une pathologie cardiaque qui pourrait contre-indiquer la pratique du sport à haute intensité.

CHAPITRE II – NATURE ET PERIODICITE DES EXAMENS DE LA SURVEILLANCE MEDICALE, COMMUNS A TOUTES LES DISCIPLINES, POUR LES SPORTIFS INSCRITS SUR LA LISTE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU OU DANS LES FILIERES D'ACCES AU SPORT DE HAUT NIVEAU

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

Annuellement les sportifs de haut-niveau doivent se soumettre à :

- Un **examen médical** réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport comprenant :
 - Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;
 - Un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;
 - Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ;
 - 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.
- Un électrocardiogramme de repos.

Cinq ans après l'inscription le sportif doit réaliser une nouvelle échographie cardiaque. Cet examen visant à surveiller l'impact cardiaque de l'effort intense dans la durée.

Une épreuve d'effort est demandée pour les sportifs de plus de 35 ans inscrit sur les listes SHN à renouveler 5 ans après si le sportif est toujours sur la liste des SHN. Cet examen a pour but de permettre de dépister

une pathologie coronarienne ou un trouble du rythme cardiaque à l'effort pouvant apparaître avec l'âge et la réalisation d'un effort intense.

CHAPITRE III – ATHLETES EN RECONVERSION

Annuellement les sportifs de haut-niveau en reconversion doivent se soumettre à :

- Un examen médical réalisé par un médecin du sport comprenant :
 - Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;
 - Un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;
 - Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive et à l'arrêt de celle-ci.
- Un électrocardiogramme de repos.