

Table ronde 1 :

Suivi réglementaire et sanitaire au sein des fédérations

**Modérateur : Docteur Frédéric DEPIESSE,
médecin fédéral de la FF d'Athlétisme, membre de la commission médicale de l'IAAF,**

Je remercie le Président de la commission médicale du CNOSF, au titre de mes collègues médecins fédéraux et de l'association des équipes de France, d'avoir permis cette journée, qui reflète exactement nos attentes. En effet, nous avons demandé à nos collègues quels étaient les thèmes qu'ils avaient envie d'aborder et c'en est l'exacte traduction qui va être ici débattue avec vous.

**Intervenant : Docteur Gilles EINSARGUEIX, secrétariat d'Etat aux sports,
bureau de la protection du public, de la promotion de la santé
et de la prévention du dopage.**

**Thème : Bilan de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut niveau
et des sportifs en filière**

Avec la loi du 23 mars 1999, le législateur a souhaité mettre en place une surveillance médicale particulière pour les sportifs de haut niveau et les sportifs inscrits dans les filières. L'objectif de cette surveillance est de prévenir les risques sanitaires inhérents à la pratique sportive intensive. Chaque fédération est chargée de désigner un médecin qui doit coordonner cette surveillance médicale réglementaire.

Les résultats de ces examens prévus dans le cadre de cette surveillance sont transmis aux sportifs et aux médecins coordonateurs. Ces derniers peuvent alors délivrer un certificat de contre-indication et le transmettre au président de la fédération, qui, lui seul, peut suspendre la participation aux compétitions sportives.

Il est également demandé aux médecins coordonateurs d'effectuer une synthèse collective des résultats de cette surveillance médicale, afin de l'évaluer. Cette synthèse est adressée tous les ans au ministère.

Rappel: Article L231-6 Code du Sport

- Les fédérations sportives délégataires assurent l'organisation de la **surveillance médicale** particulière à laquelle sont soumis leurs licenciés inscrits sur la liste des **sportifs de haut niveau** mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du présent code ainsi que des licenciés inscrits dans les **filiales** d'accès au sport de haut niveau.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et des sports définit la **nature et la périodicité des examens médicaux** qui sont assurés dans le cadre de cette surveillance.
- Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le **livret** prévu à l'article L. 231-7 du présent code

Rappel: Article R231-3 du code du sport

- La surveillance médicale particulière à laquelle les fédérations sportives mentionnées à l'article L. 231-6 soumettent leurs licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ou dans les filiales d'accès au sport de haut niveau a pour but de **prévenir les risques sanitaires inhérents à la pratique sportive intensive**.

Rappel: Article R231-4 du code du sport

- L'instance dirigeante compétente de la fédération désigne dans les conditions fixées par le règlement médical de celle-ci **un médecin chargé de coordonner les examens** prévus dans le cadre de la surveillance médicale définie à l'article R. 231-3.

Rappel: Article R231-9 du code du sport

- Les **résultats des examens** réalisés dans le cadre de la surveillance médicale définie à l'article R. 231-3 sont **transmis au sportif** ainsi qu'au **médecin** mentionné à l'article R. 231-4. Ils sont inscrits au livret individuel prévu à l'article L. 231-7.

Rappel: Article L231-3 du code du sport

- Le médecin chargé, au sein de la fédération sportive, de coordonner les examens requis dans le cadre de la surveillance médicale particulière prévue à l'article L. 231-6 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 de la contre-indication par le médecin.

Rappel: Article R231-10 du code du sport

- Chaque année, le médecin mentionné à l'article R. 231-4 dresse un bilan de l'action relative à la surveillance médicale prévue par le présent chapitre. Ce bilan fait état des modalités de mise en œuvre et de la **synthèse des résultats collectifs** de cette surveillance. Il est présenté par ce médecin à la première assemblée générale fédérale qui en suit l'établissement et **adressé par la fédération au ministre chargé des sports**

Rappel des textes

Le contenu de la SMR a été fixé par les arrêtés :

- Arrêté du 28 avril 2000
- Arrêté du 11 février 2004
- Arrêté du 16 juin 2006

- Codifié dans le Code du sport aux articles : A 231-3 à A 231-8

Voici la liste des examens obligatoires des sportifs de haut niveau et des sportifs espoirs, à réaliser préalablement à leur première inscription :

- examen clinique ;
- bandelette urinaire ;
- échocardiographie ;
- électrocardiogramme de repos ;
- épreuve d'effort maximale ;
- examen dentaire ;
- IRM du rachis cervical, pour certaines disciplines.

Le suivi médical de ces sportifs s'effectue ensuite deux fois par an et reprend en partie ces examens. D'autres examens sont spécifiques à certaines disciplines :

- examen ORL, pour les sports aériens et les sports sous-marins ;
- examen ophtalmologique, pour les sports aériens et les sports mécaniques, les disciplines alpines et les sports de combat ;
- bilan biologique, pour les disciplines d'endurance.

Des examens supplémentaires peuvent être demandés par les fédérations sportives.

Nous pouvons noter une montée en charge progressive depuis 2003 de la réalisation de ces examens, tant chez les espoirs que chez les sportifs de haut niveau sans jamais atteindre l'exhaustivité. En revanche, nous constatons un relâchement inexplicable en 2009.

année	SHN		ESPOIRS	
	complet	Au moins partiel	complet	Au moins partiel
2003	42,3 %	80,8 %		
2004	55,9 %	85,7 %	32,5 %	53,3 %
2005	63,5 %	85,3 %	56,4 %	77,5 %
2006	68,2 %	86,5 %	59,7 %	81,9 %
2007	73,6 %	90,9 %	69 %	86,1 %
2008	76,8 %	84,7 %	77,2 %	84,8 %
2009	65,3 %	76,2 %	61,5 %	73,6 %

Taux de la réalisation de la SMR

Ce suivi médical est soutenu financièrement par le ministère à hauteur de 82% (subvention accordée/budget prévisionnel), *via* les conventions d'objectifs. Le taux de satisfaction de la demande fédérale se monte quant à lui à 89% (subvention accordée/demande). Globalement, entre 2006 et 2009, le budget alloué par l'Etat pour financer cette surveillance médicale est d'environ 3 millions d'euros par an. Sur cette ligne budgétaire, la part des espoirs a augmenté régulièrement pour atteindre une quasi égalité en 2009. Toutefois, chaque année la totalité de la subvention du ministère sur cette ligne budgétaire n'est pas dépensée par les fédérations et génère des fonds dédiés.

	SMR (€) *	Part SHN	Part Espoirs	Fonds dédiés (€)
2006	2 942 930	59 %	41 %	459 154
2007	3 020 050	56,4 %	43,6 %	616 483
2008	3 318 288	52,5%	47,5 %	352 069
2009	2 926 847	49,8 %	50,2 %	248 425
	SMR + aide structuration	Part SHN	Part Espoirs	Part aide structuration
2009	3 646 147	40 %	40,3 %	19,7 % 719 300 €

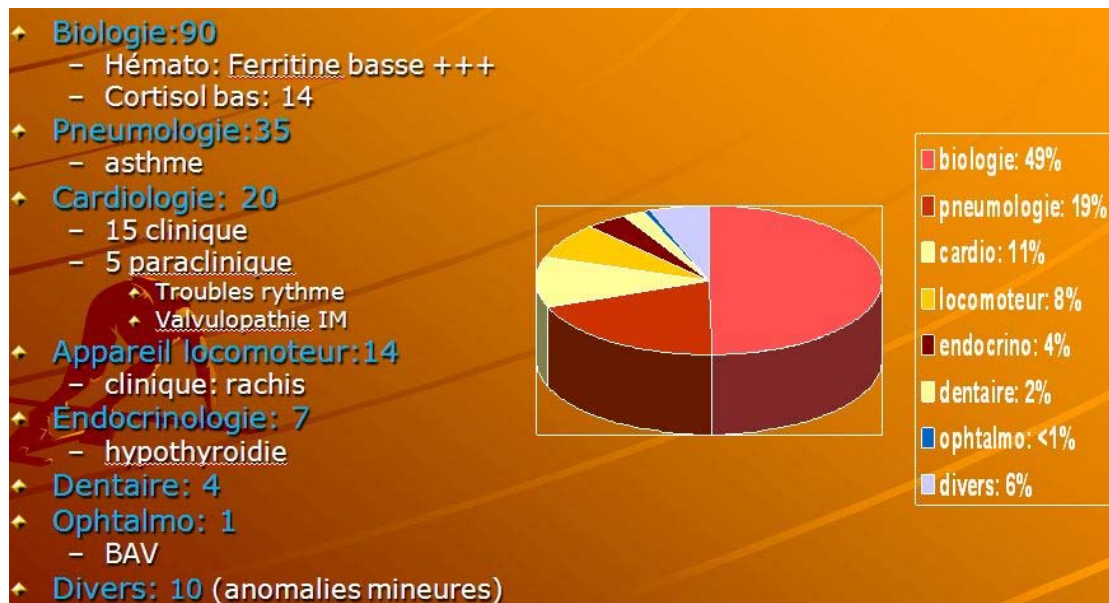
Subvention de la SMR par l'état

Les retours des fédérations sont inégaux en ce qui concerne cette SMR. Le recueil des données médicales est en effet souvent difficile. La synthèse collective de ces données demande également du temps ainsi que des moyens.

Les résultats 2007 montrent que, sur les 15 000 sportifs de haut niveau et espoirs, 13 000 ont bénéficié d'un suivi, complet ou partiel. Sur les 55 fédérations disposant d'une discipline de haut niveau, 33 ont répondu et envoyé la synthèse. Les résultats étaient cependant peu détaillés et 82 anomalies ont été détectées essentiellement biologiques et cardiologiques. Des contre-indications ont été délivrées, par quatorze fédérations. Cet éventail n'est donc pas exhaustif.

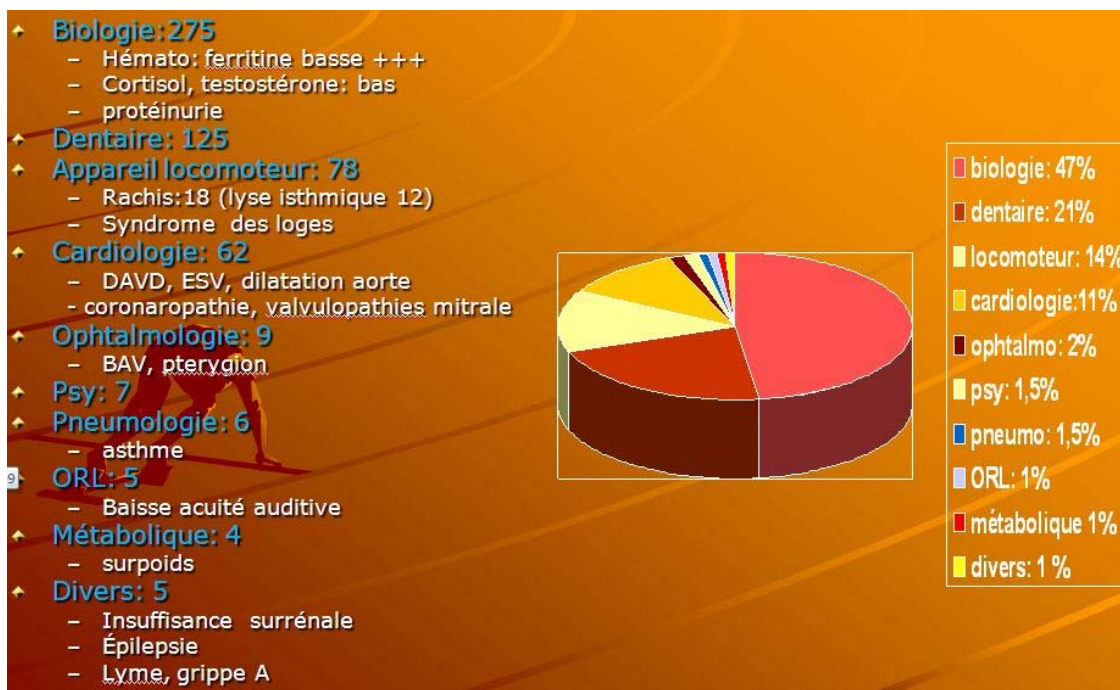
J'ignore cependant si ces pathologies ont été dépistées lors de la surveillance médicale ou si les sportifs en ont fait état lors de l'examen médical prévu dans le cadre de cette surveillance.

En 2008, le taux de suivi des sportifs était de 85%. Seules 18 fédérations sur 55 ont transmis la synthèse collective des résultats qui montre le dépistage de 181 anomalies, qui ont donné lieu à 54 contre-indications temporaires, mais aucune contre-indication définitive. Nous notons des anomalies biologiques, pneumologiques, cardiaques et des anomalies de l'appareil locomoteur.



Synthèse des anomalies 2008

En 2009, un questionnaire type a été adressé aux fédérations, afin de les aider à élaborer la synthèse collective de la SMR et tendre vers une harmonisation des réponses. Leur taux de réponses est ainsi passé à 72% (40 fédérations sur 55) et concerne 8 222 sportifs. On constate une augmentation du nombre d'anomalies qui passe à 576 et donnant lieu à 23 contre-indications temporaires et à deux contre-indications définitives. La biologie arrive toujours en tête des anomalies.



Synthèse des anomalies 2009

La subvention attribuée à la réalisation de cette SMR représente 3% de la subvention totale des conventions d'objectifs. Ce suivi médical est informatisé dans seulement 15 fédérations, mais nous ne savons pas si cette informatisation permet le traitement des données médicales. En 2009, une seule fédération a transmis ses données médicales à l'IRMES.

En conclusion, depuis que nous avons envoyé ce questionnaire en 2009, nous constatons un meilleur retour des fédérations, mais les statistiques sont peu fiables, car les questionnaires ne sont pas toujours bien renseignés et sont incomplets. Nous ne pouvons donc pas nous baser sur ces chiffres. La synthèse ne permet pas une évaluation rigoureuse du suivi médical. Il faut dès lors améliorer ce questionnaire. Il est également envisageable que chaque fédération adresse ses données brutes à l'IRMES, qui pourrait les traiter.

Intervenant : Michel GUINOT, UM de médecine et traumatologie du Sport et recherche sur l'Exercice - Clinique de Physiologie, Sommeil, Exercice – Pôle Physiologie Rééducation – CHU de Grenoble – Expert auprès de la Commission médicale de la FF de Cyclisme

Thème : Le dispositif de la surveillance médicale réglementaire de la FFC : Bilan et perspectives

Bonjour à tous et merci aux organisateurs de leur invitation.

La FFC, suite aux événements du Tour de France 1998, a mis en place le suivi médical réglementaire en raison d'une volonté forte de ses élus et de la LCPF. Ils ont également influencé le législateur pour étendre ce dispositif à tous les sportifs de haut niveau.

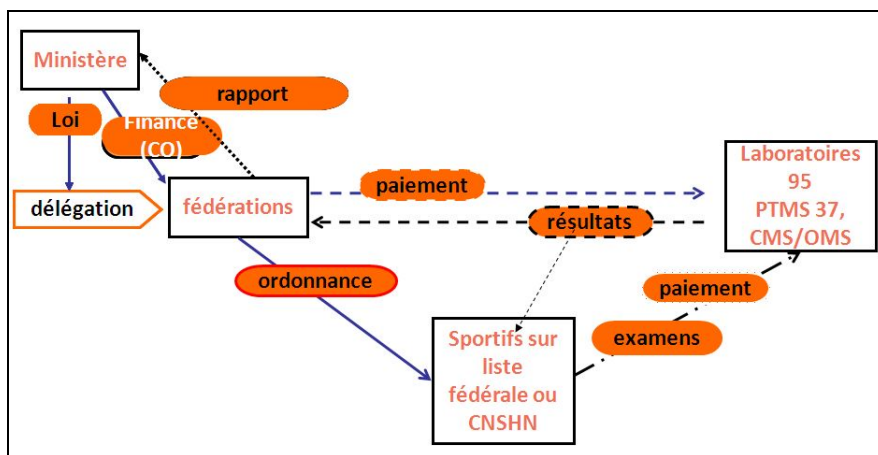
Le cyclisme était alors marqué par les problèmes de dopage à l'EPO. La demande des institutions était donc très forte pour lutter contre ce dopage jusque là non détectable, ce qui a abouti à l'élaboration d'un bilan biologique très large.

Système hématopoïétique	NFS, Réticulocytes – off score
Axe corticotrope	Cortisol
Axe gonadotrope	Testostérone (Homme uniquement)
Axe somatotrope	Insulin-like Growth Factor 1 (IGF1)
Métabolisme osseux	Ostéocalcine
Métabolisme du fer	Ferritine (+ CRP)

Examens biologiques retenus par les experts cliniciens auprès de la FFC

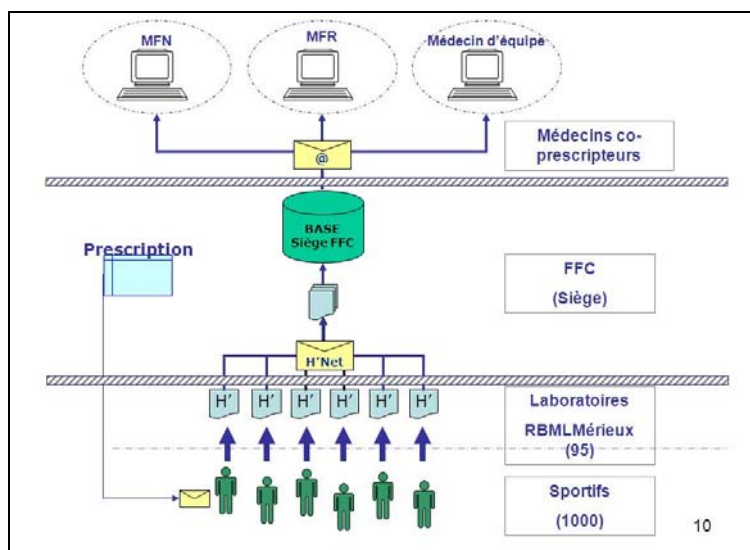
Au-delà de la lutte contre le dopage, ce qui, d'un point de vue de l'éthique médicale, n'est pas forcément du ressort du médecin, la pratique du cyclisme constitue un stress chronique exigeant des adaptations, pouvant entraîner des effets biologiques ou physiologiques. La commission médicale de la FFC a donc souhaité mettre en place une prévention individuelle des risques, ainsi que des indicateurs qui nous paraissent sensibles du point de vue de la surveillance de cette population à risque. Il nous est ainsi arrivé d'alerter les autorités de tutelle au sujet de pratiques qui nous semblaient trop fréquentes, notamment en 2002, sur la surveillance de paramètres sanguins à propos des transfusions sanguines.

Ce dispositif est financé par le ministère de la Santé et des Sports et par la Ligue professionnelle de cyclisme, via les groupes sportifs. Les sportifs listés effectuent leur suivi dans 95 laboratoires en France métropolitaine et d'Outre Mer, ainsi que sur 37 plateaux techniques, répartis sur tout le territoire.



Dispositif administratif actuel

Les examens sont ensuite envoyés sur une base informatique hébergée à la FFC, puis sont renvoyés sur les différentes bases des médecins prescripteurs.



Transferts et traitement des données biologiques

La population concernée est large et compte environ 1 000 sportifs, haut niveau et espoirs.

	Nombre	Bilan PTMS	Prélèvements biologiques
Haut niveau	250	1 fois par an	3 fois par an
Espoirs	180	1 fois par an	2 fois par an
Amateurs première catégorie	300	1 fois par an	3 fois par an
Professionnels	220	1 fois par an	4 fois par an

11

Population soumise au suivi réglementaire de la FFC

La surveillance médicale réglementaire génère un travail assez lourd. Il faut en effet des moyens logistiques pour effectuer correctement le recueil des données et le suivi des sportifs présentant des anomalies.

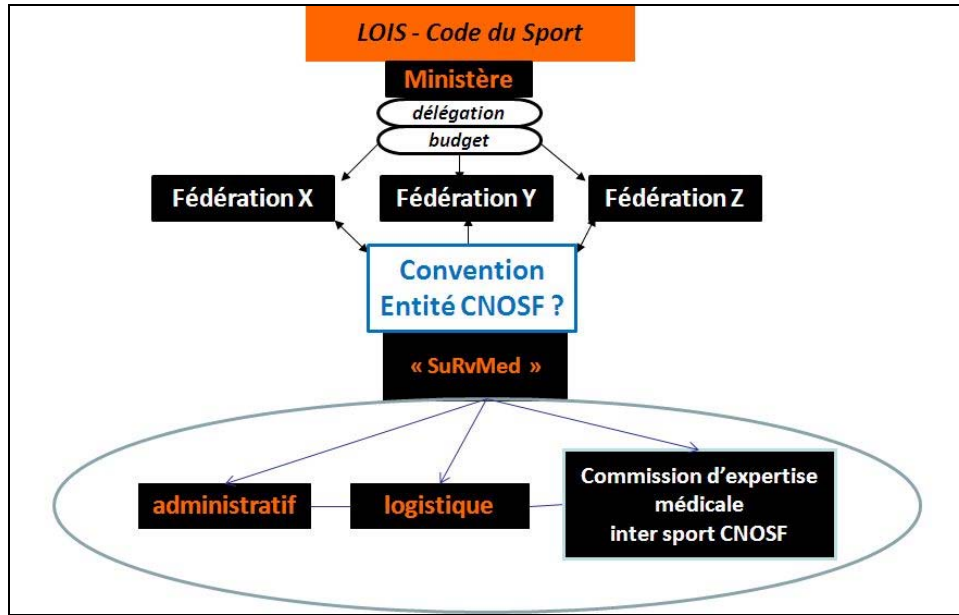
En ce qui concerne la gestion des anomalies, nous avons lancé des procédures d'alerte sur les problèmes que nous avons rencontrés. Nous avons souhaité nous appuyer sur une commission d'expertise médicale, réunissant des experts de différentes spécialités, afin de lister et d'explorer de manière homogène ces anomalies.

La décision médicale revenait au médecin fédéral, régional ou national, qui pouvait prononcer une contre-indication ou une demande d'avis spécialisé. Il avertissait le sportif concerné, ainsi que le président de la fédération et les cadres dirigeants en cas de demande de suspension d'accès à la compétition. Ce dispositif s'est sans doute avéré dissuasif pour de nombreux sportifs et a été repris dans la loi de 2006.

En 2009, 93 anomalies ont été repérées, dont 84 sur le plan biologique. 36 contre-indications temporaires ont été prononcées. L'autorisation a été délivrée une nouvelle fois lorsque ces anomalies ont été normalisées.

En termes de perspectives d'évolution, il importe que la médecine de suivi réglementaire soit reconnue comme une véritable médecine d'aptitude. Il est également important d'évaluer l'impact de ce suivi dans le domaine des bénéfices pour la santé de cette population. Il faut aussi mutualiser les moyens et réfléchir à la place de la médecine fédérale d'un point de vue éthique.

La proposition d'Armand Mégret consiste à regrouper les fédérations qui le souhaitent, éventuellement par le biais d'une convention avec le CNOSF, afin de mieux prendre en charge les anomalies, notamment par type de sports. Un tel dispositif pourrait en effet rendre ce suivi réglementaire plus lisible et faire évoluer son contenu.

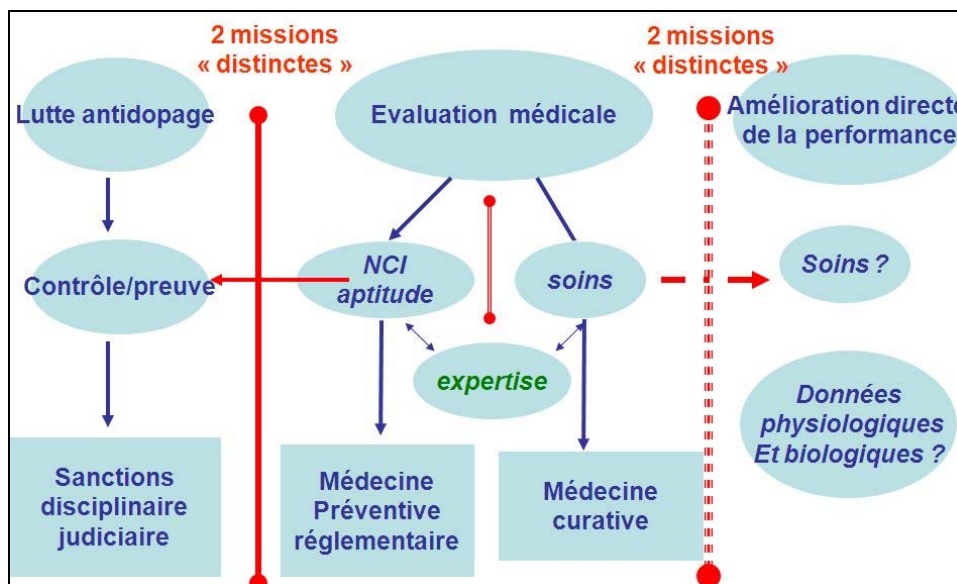


La surveillance médicale réglementaire interfédérale

Les avantages potentiels de la SMR interfédérale pourraient être :

- d'améliorer le nombre et la qualité du suivi des sportifs ;
- de rendre les données plus accessibles aux médecins fédéraux ;
- de simplifier le dispositif de surveillance ;
- de diminuer les coûts de gestion et d'améliorer le suivi des anomalies.

Sur le plan éthique, nous avons parfois été sollicités par le monde antidopage. Il est cependant hors de question, d'un point de vue déontologique, de transmettre les données personnelles d'un sportif à une instance, quelle qu'elle soit.



Problématique des fonctions multiples et des conflits d'intérêts

Par ailleurs, les résultats biologiques et physiologiques du suivi médical pourraient en outre être utilisés dans le but d'améliorer les performances des athlètes. En tant que médecins, il faut que nous restions vigilants dans ce domaine, car nous sommes soumis au secret médical et notre rôle n'est pas de permettre aux sportifs d'améliorer leurs performances, mais de leur permettre de les réaliser dans des conditions qui n'altèrent pas leur santé.

Intervenant : Docteur Alain FREY, président de l'Union National des Médecins Fédéraux, médecin fédéral de la FF de Pentathlon Moderne

Thème : Propositions concernant l'aménagement du contenu du SMR

Peu de fédérations sont informatisées. Il est donc complexe d'étudier nos résultats en ce qui concerne le SMR.

Depuis peu, des médecins coordonateurs ont été nommés au sein de plusieurs fédérations, encore que, dans certaines d'entre elles, le médecin fédéral s'occupe aussi de la coordination du SMR.


Je rappelle que nous devons prendre en compte avant tout la santé des athlètes, qui est une priorité réglementaire et médicale.

29/09/2010

Code médical du CIO 2005

Parmi les droits et devoirs des soignants, figurent à l'article 6.1 le devoir de
« toujours faire de la santé des athlètes une priorité »

l'article 6.4, en cas de risque pour leur santé,
« de décourager fermement les athlètes de poursuivre l'entraînement ou la compétition en les informant de ces risques »



Code du sport
Articles A-231.1 à A-231.8


29/09/2010

Arrêté du 11 février 2004

- Examens pour entrer dans la filière =
 - Examen médical complet, questionnaire SFMS
 - BU
 - ECG
 - Échographie transthoracique
 - Epreuve d'effort
 - Bilan dentaire
- Dans les trois mois précédent l'inscription + + +

29/09/2010

Arrêté du 11 février 2004

- Deux fois par an
- Examen médical complet avec questionnaire
 - Bilan diététique
 - Bilan psychologique
 - BU
- Une fois par an
- Bilan dentaire
 - ECG
 - Biologie (NFS, réticulocytes, ferritine)
- Tous les 4 ans
- Epreuve d'effort
 - Echographie à refaire vers 18-20 ans si faite avant 15 ans
- 

29/09/2010

Arrêté du 11 février 2004 Arrêté du 16 juin 2006

- Examen ophtalmologique
 - Sports mécaniques, Sports aériens (sauf aéromodélisme), Disciplines alpines (ski alpin et acrobatique, snowboard) et ski-alpinisme, Sports de combats (pieds-poings)
- Examen ORL
 - Sports aériens (sauf aéromodélisme), Sports sous-marins
- IRM du rachis cervical
 - Football américain, plongeon de haut vol, rugby à XV (uniquement pour les postes de première ligne à partir de 16 ans)
 - Rugby à XIII (uniquement pour les postes de première ligne)
- Bilan psychologique
- Biologie trois par an
 - Athlétisme (courses uniquement), aviron, biathlon, course d'orientation, cyclisme, natation, pentathlon moderne
 - roller skating, ski de fond, triathlon

J'ai demandé aux médecins fédéraux s'ils estimaient que le suivi actuel était adapté à celui de leurs populations. Les médecins du rugby à XIII ne sont pas tous d'accord au sujet de l'IRM cervicale et souhaiteraient que le bilan biologique soit plus poussé qu'actuellement. La Fédération de tir s'interroge sur l'utilité du deuxième bilan, car elle ne constate que peu d'éléments nouveaux entre les deux bilans. La FFBB s'interroge également sur l'opportunité du deuxième bilan. La Fédération de triathlon considère que le bilan est adapté à sa population, mais propose de majorer le suivi du bilan en se centrant sur le groupe élite. La Fédération de pentathlon moderne a été classée dans les disciplines qui doivent effectuer trois bilans biologiques par an, ce qui n'est pas forcément nécessaire. En ce qui concerne le judo, nous avons constaté peu d'anomalies sur l'ensemble des bilans biologiques. Nous estimons qu'il faut programmer des bilans isocinétiques, afin de diminuer les blessures. Nous nous apercevons effectivement que l'activité physique engendre des désordres dans le ratio entre les ischio-jambiers et des quadriceps.

Il faudra réfléchir au sujet des populations que nous souhaitons cibler en ce qui concerne l'électrocardiogramme.

Le suivi psychologique, assez récent, nous a permis de découvrir des pathologies sous-jacentes, liées à la pratique du sport de haut niveau, notamment dans les populations jeunes.

L'isocinétisme devrait être davantage utilisé dans chaque fédération, dans le cadre de nos bilans préventifs, afin de dépister d'éventuelles anomalies, pour donner des renseignements aux entraîneurs par exemple.

Les tests de terrain sont très rares. Faut-il que les médecins du sport, dans le cadre du suivi des athlètes, s'interface davantage sur le terrain avec les entraîneurs ? Je ne saurais répondre seul à cette question, il faudrait mettre en place une réunion avec nos entraîneurs et nos DTN.

Il faudrait informatiser les données du SMR et les rendre anonymes, afin de les transmettre à l'IRMES, qui pourrait ainsi disposer de bases d'analyse objectives.

Nous proposons une visite médicale au moins une fois par an. Nous pourrions nous baser sur les recommandations des sociétés françaises de cardiologie pour l'ECG. Sur le plan biologique, les paramètres minimaux demandés à chaque fédération doivent-ils être poursuivis ou modifiés ? Faut-il séparer la biologie qui sert à analyser les effets de l'entraînement sur les athlètes de haut niveau de celle qui relève du contrôle antidopage ?

Je reste également sceptique au sujet de la pertinence de l'ECG d'effort pour dépister des anomalies.

Le bilan dentaire est effectué chaque année pour toute la population. Il peut donc être poursuivi à ce rythme chez nos athlètes de haut niveau.

Il faut amener les entraîneurs et les sportifs à participer activement au bilan médical préventif. Devons-nous continuer à mener une médecine préventive ou devons-nous nous calquer sur l'Evidence Based Medicine ? Il faut quoi qu'il en soit que nous amenions les sportifs et les entraîneurs à participer activement à ce bilan. Il faut donc améliorer ce bilan, afin qu'ils leur apportent davantage. Je serai favorable à la mise en place d'un groupe de travail, réunissant

l'ensemble des médecins fédéraux, qui ferait des propositions constructives sur les bilans à mettre en place par groupe de sport, puis adresser des propositions au ministère.

Enfin, quel suivi mettre en place pour les ex-SHN ?

Questions-réponses avec l'amphithéâtre

Frédéric DEPIESSE

J'insisterai sur la proposition du docteur MEGRET, qui souhaite travailler sur la mutualisation, ainsi que sur le suivi biologique au sein du SMR. Nous optimiserions ainsi l'utilisation des fonds que nous verse le ministère.

La création de cette commission interfédérale d'experts me semble également très importante. Elle pourrait être composée de médecins reconnus ainsi que de médecins fédéraux disposant d'une véritable culture de terrain. En effet, sans connaître l'histoire clinique d'un patient, il n'est pas possible d'analyser des données biologiques brutes.

Ainsi, en mutualisant, les coûts seraient diminués, l'efficacité serait améliorée, de même que les services rendus aux sportifs, ce qui constitue bien, l'un de nos objectifs prioritaire.

Laurent CRESTE, médecin fédéral de la FF de Boxe

Je ne pense pas que le sportif ait la chance d'être un patient comme les autres. En effet, quand il se présente, je n'ai pas connaissance de son dossier antérieur. Aucun médecin centralisateur n'est prévu. Je souhaiterais donc que nous mettions en place un dossier médical informatisé et qu'il soit possible de centraliser ces données.

Frédéric DEPIESSE

Il existe déjà des outils de mutualisation. Je suis d'accord avec votre objectif.

Bruno SESBOÛE, médecin du sport, trésorier de la SFMS

Les suivis médicaux réglementaires sont pris en charge par les fédérations, auxquelles il reste de l'argent. Or certaines d'entre elles refusent de prendre en charge les examens de leurs sportifs.

Gilles EINSARGUEIX

Puisque le ministère soutient les demandes à hauteur de 89 %, normalement, les fédérations ont les moyens de régler ces factures. A contrario, d'après les remontées des fédérations certains plateaux techniques n'envoient pas leurs factures.

Bruno SESBOÛE

En cas de contre-indication, le sportif peut s'inscrire dans une autre fédération, où, en tant qu'amateur, il ne connaîtra plus de problème de contre-indication.

Michel GUINOT

Avec une mutualisation, nous pouvons prévoir de mettre en place des listes de contre-indications qui suivent le sportif. Il est cependant certain que, si le sportif souhaite contourner ces règles, il le pourra toujours.

Frédéric DEPIESSE

Notre responsabilité dépend des moyens que nous mettons en place. Si le sportif ne prend pas en compte notre information bien formalisée et expliquée, nous ne sommes pas responsables de son choix.

Bruno SESBOÛE

Le médecin qui signera son certificat pour une autre discipline pourra être mis en cause.

Françoise FRAISSE, pédiatre, FF de Gymnastique

En ce qui concerne le groupe de travail sur le Suivi Médical Réglementaire, il faudrait aussi penser aux groupes d'âge et ne pas se limiter aux groupes de discipline.

Frédéric DEPIESSE

Nous l'avons effectivement prévu.

Gérard JUIN, médecin national du suivi des Equipes de France de Handball

Pour pouvoir échanger les données, il faudrait que nous disposions du même outil. Or à la fédération de handball, nous travaillons déjà sur trois outils qui ne parviennent pas à échanger les données. Il faudrait donc réfléchir à ces questions.

Frédéric DEPIESSE

Effectivement. Si nous parvenions à mettre en place un outil unique, nous ferions la preuve de notre force à travailler ensemble. C'est pourquoi nous proposons une idée de mutualisation. Toutes les fédérations désirant travailler avec nous seront donc les bienvenues pour travailler sur l'idée de l'outil unique.

Marie-Philippe ROUSSEAU-BLANCHI, membre de la commission médicale de la FI de SKI

Dans la convention d'objectifs, il est très important de définir les anomalies. En effet, si une anomalie contre-indique la pratique sportive, elle diffère d'une autre qui ne la contre-indiquerait pas. Cette commission interfédérale devrait donc définir ce que nous entendons par « anomalies ».

Gilles EINSARGUEIX

Il faut effectivement standardiser et améliorer le questionnaire, notamment préciser le terme d'anomalies afin de pouvoir exploiter les statistiques.

Marie-Philippe ROUSSEAU-BLANCHI

De plus, l'IRMES pourrait ainsi être renseigné sur l'épidémiologie des blessures.

Jean-Pierre CERVETTI

J'estime que la nouvelle loi constitue une révolution très profitable à nos athlètes. Depuis qu'elle existe, les sportifs sont en effet contraints d'être suivis. Il faut cependant aménager ce SMR, mais je ne pense pas qu'il faille l'aménager vers le bas. Il faut plutôt donner du sens à ces visites médicales, en les organisant en associations avec les programmes sportifs et les entraîneurs.

Il serait en outre intéressant que les médecins coordonnateurs puissent rencontrer le ministère, afin que tous parlent le même langage.

Enfin, le dossier informatisé s'apparente selon moi à un serpent de mer et l'INSEP doit régler cette question.

Pierre ROCHCONGAR, médecin fédéral de la FF de Football

La mise en place de la commission d'experts interfédérale me semble fondamentale. Cependant, la mise en place d'un seul type de logiciel me paraît irréaliste par rapport aux questions d'appel d'offre. Il faut que les producteurs de logiciels fassent en sorte que la lecture de leurs produits soit accessible quel que soit l'outil. Nous avons ainsi réussi à la FFF que les deux logiciels que nous utilisions soient compatibles.

Frédéric DEPIESSE

Nous souhaitons établir un cahier des charges précis au sujet du contenu de ce logiciel. Il faudrait ensuite que les industriels s'adaptent pour que les différents logiciels puissent communiquer entre eux

François DUCHESNE DE LA MOTTE, médecin de la FF de Vol Libre

Nous attendons des référentiels. Les petites fédérations ont les mêmes problèmes notamment de saisie au niveau des financements.

Yves-Hervé DESFORGES, médecin du plateau technique de l'INSEP

Je suis totalement d'accord avec Pierre ROCHCONGAR. Il est inconcevable de mettre en place un outil unique à toutes les fédérations. Ces outils doivent cependant être compatibles, ce qui ressort de la responsabilité des fédérations. Il faudrait ainsi former les personnels des fédérations dans le domaine médico-sportif. Enfin, il faut valoriser les plateaux techniques et les médecins du sport pour obtenir des résultats dans ce domaine.

Nicolas BARIZIEN, médecin responsable du Pôle national de Marcoussis, FF de Rugby

Il faut que ce dossier soit centralisé autour du sportif, qui dépend également d'un club et d'une ligue professionnelle. Au sein de la FFR, nous avons mis en place un dossier qui peut être utilisable par les clubs et la fédération.

Frédéric DEPIESSE

La plupart des fédérations ne rencontrent cependant pas ce type de problèmes. Le groupe de travail devra se pencher sur ces sujets.

Je remercie le CNOSF de nous avoir accueillis en son sein.