

Surveillance Médicale Réglementaire

EXAMENS MEDICAUX - GYMNASTES DE HAUT NIVEAU (Elite, Senior, relève, espoirs et collectifs nationaux)

CONVOCAION ET GUIDE DES PROCEDURES

Nous vous rappelons que le cadre législatif et réglementaire fixé par l'article 24 de la loi n°2015-1541 du 27 novembre 2015 modifiant l'article L 231-6 du code du sport relatif au suivi médical longitudinal contrôlé (SMLC) concerne les sportifs inscrits sur la liste nationale des sportifs de haut niveau. L'annexe à l'article 24, indiquant la nature et périodicité des examens communs à tous les sports auxquels se rajoutent les examens spécifiques à chaque discipline sportive demandés par les fédérations pour garantir la protection de la santé de la filière de haut niveau (cf – SMR: fiche type)

Nous vous demandons de bien vouloir réaliser ou faire réaliser par le spécialiste concerné les examens suivants pour :

Nom	Prénom	Né(e) le
Adresse		CP Ville
Coordonnées tél. / courriel		Club
Discipline : (aéro, gac, gaf, gam, gr, PK, tra, tum)	Pôle :	Hors pôles : Structure d'entraînement =

Bilan N° 1 – Dans les 3 mois suivant l'intégration en PPF (*1er trimestre de la saison sportive*) = **Date limite 15 octobre**

- A. **Un examen médical** approfondi réalisé par un médecin du sport comprenant :
- 1) Un examen clinique avec interrogatoire pour compléter le dossier médical élite (modèle joint en annexe)
 - 2) Un bilan diététique avec conseils nutritionnels
 - 3) Un bilan psychologique visant à dépister les difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive
 - 4) La recherche indirecte d'un état de surentrainement via le questionnaire joint
- B. **Un électrocardiogramme de repos** (ECG), **interprété, à joindre au dossier**

Nb : **A la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, les bilans psychologique et diététique mentionnés pourront respectivement être effectués par un psychologue clinicien ou un diététicien**
Pour les mineurs, le bilan psychologique devra obligatoirement être effectué par un psychologue clinicien

Bilan n° 2 - (2e trimestre année gymnique) **Date limite 31 mars**

- A. **Un examen médical approfondi réalisé par un médecin du sport (idéalement le même médecin que pour le premier bilan) comprenant :**
- 1) Un examen clinique avec interrogatoire pour compléter le dossier médical élite (modèle joint en annexe)
 - 2) La recherche indirecte d'un état de surentrainement via le questionnaire joint
- B. **Seulement pour les mineurs - un 2nd bilan psychologique** - :réalisé par un psychologue clinicien (idéalement le même que pour le premier bilan)

Concernant :

- **les rendez-vous :**

Si vous vous entraînez en Pôle : Le Responsable technique du pôle vous indiquera les lieux des différentes consultations où vous devez vous rendre.

Si vous vous entraînez hors Pôle : Le Conseiller Technique Sportif chargé du suivi vous indiquera les lieux des différentes consultations où vous devez vous rendre.

N.B. : Chaque Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) répertorie les plateaux médico-sportifs agréés.

- **les documents à présenter lors de chaque Examen :**

- Cette présente convocation
- La fiche récapitulative de chaque bilan qu'il faudra faire dater, signer et tamponner (**Impératif !**)
- Le dossier médical élite (en complétant la 1ère page), la 2ème page sera complétée par le médecin du sport
- Le questionnaire de surentrainement **à compléter avant la consultation**

les prises en charge

La fédération prend en charge, sauf cas particulier, les examens médicaux de surveillance des gymnastes de haut niveau.

Les frais des examens seront avancés par les athlètes/familles lorsqu'ils ne sont pas rattachés à un pôle, et par les pôles* le cas échéant. (*sauf convention préalable d'une structure médicale avec la fédération).

- **la gestion des résultats**

Une fois tous les examens du bilan effectués, les résultats, **seront à déposer** (télécharger) dans le **logiciel médical sécurisé ASKAMON**.

Le Certificat médical élite (CEM) est à déposer dans EliteGym (accès site internet FFGym, via "Mon compte", onglet "Haut Niveau")

Les responsables techniques des pôles transmettront les factures et la "fiche récapitulative" à smr@ffgym.fr pour remboursement au barème fédéral.

La Commission Médicale de la FFG



Notice à l'attention des médecins examinateurs

Dossier pour la Surveillance médicale réglementaire 2026-2027 :

Chère Consœur, Cher Confrère,

Dans le cadre de la Surveillance Médicale Réglementaire (SMR) des sportifs inscrits sur les listes ministérielles de Haut Niveau, la Fédération Française de Gymnastique a établi un **dossier médical spécifique**.

Ce dossier permet de faciliter la **veille sanitaire** (conséquences de la pratique) et de **limiter les risques sur la santé** pour ces gymnastes engagés dans une pratique intensive.

Le renseignement du dossier médical nécessite une **consultation médicale approfondie**, avec une phase d'interrogatoire tenant compte des **représentations fréquemment biaisées sur la douleur et les blessures** et un examen clinique méticuleux sur l'appareil ostéoarticulaire.

Une attention particulière sera portée :

- Aux fuites urinaires, fréquentes dans les sports à impacts répétés
- Recherche de pathologies microtraumatiques périphériques (dont les ostéochondrites aux coudes ou genoux)
- Aux RED-S et TCA
- A la tolérance psychologique des contraintes liées à l'environnement de haut niveau
- A une éventuelle hyperlaxité ligamentaire, qui chez le gymnaste peut parfois masquer un syndrome de Marfan.
- Aux douleurs, blessures, troubles de croissance liés à la pratique intensive de la gymnastique.

Le médecin vérifiera également le statut vaccinal, notamment les vaccinations obligatoires et celle contre le méningocoque, recommandée par la FFGYM.

Un bilan biologique (*NFS, plaquettes, créatinine, ferritine et vitamine D*), complémentaire est recommandé tous les deux ans (Ce dernier reste à la charge du sportif).

La Commission médicale fédérale

Contacts : Dr Pierre Billard, Médecin fédéral national et Dr Jérôme Sudrial, Médecin en charge de la SMR (isabelle.durin@ffgym.fr) - tél. 01 48 01 24 21

Nom, Prénom : _____ **Né(e) le** _____ **Discipline gymnique :** _____
 Saison précédente : Nb d'heures par semaine : _____ Nb de séances/ semaine : _____
A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

ATCD Familiaux :	
Mort subite : OUI. ☐ NON. ☐	
Pathologie cardiovasculaire <50ans : OUI. ☐ NON. ☐	
Autres : _____	
ATCD personnels :	
Médicaux	
Allergie: OUI ☐ NON ☐	
Asthme : OUI ☐ NON ☐	
Chirurgicaux :	
Traumatologiques :	Séquelles fonctionnelles ☐
	Pathologie rachidienne ☐
	Commotion cérébrale ☐
Imagerie du rachis : Rx ☐ IRM ☐ (si oui, date.....)	
Gynécologie : 1ères règles > 16ans ☐	
Traitement actuel : <i>(En cas de traitement, vérifier si besoin d'une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques - Informations sur le site de l'AFLD Demander une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) - AFLD)</i>	
Pas d'AUT demandée ☐	
AUT demandée ☐	AUT accepté : ☐ Date de fin de validité : _____ Prise de : Vitamine D ☐ (si oui posologie :.....) Autre traitement ? : _____
Vaccins Obligatoires à jour : ☐ Prise de compléments alimentaires : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquels : _____	
Mode de vie	
Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil ☐	

Cocher si « Aucune » ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

Consommation	Aucune	Occasionnel	Régulier
Tabagisme			
Cannabis			
Alcool			

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

J'accepte que l'ensemble des données de ce dossier fasse l'objet d'un traitement informatique anonymisé par le médecin fédéral, le médecin en charge de la Surveillance médicale réglementaire ou par des étudiants en santé encadrés par ces deniers, dans le cadre de leur travail de mémoire ou de thèse, pour contribuer à la veille sanitaire et à la recherche médicale sur le dépistage, la prévention ou prise en charge des blessures

Oui ☐ Non ☐

Nom : _____ **Prénom :** _____ **signature** _____

Nom :

Prénom :

Doléances actuelles : **OUI.** ☐ **NON.** ☐ Lesquelles ?

Saison actuelle : Aménagement des entraînements **OUI.** ☐ **NON.** ☐ Pourquoi ?

Poids : kg Taille : cm Masse Grasse : % IMC :

TA	mmHg	FC	bpm
----	------	----	-----

Examen cardiologique :

Pas de Souffle ☐

ECG date.....: Normal ☐ Anomalies mineures ☐ **Anomalies majeures** ☐ **si oui, préciser :**

Examen de l'appareil locomoteur :

Rachis Hyperlordose Lombaire ☐ Hypercyphose dorsale ☐

Distance main sol.....cm:

Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°) : indolore ☐ douloureux ☐

Hyperlaxité (Beighton test): **OUI.** ☐ **NON.** ☐

Douleurs à la palpation des articulations :

Epineuses rachidiennes : **OUI.** ☐ **NON.** ☐
Coude **OUI.** ☐ **NON.** ☐
Genou condyles **OUI.** ☐ **NON.** ☐
Cheville/ pied **OUI.** ☐ **NON.** ☐
Epaule douloureuse **OUI.** ☐ **NON.** ☐ si oui, imagerie ?
Signes d'ostéochondrose **OUI.** ☐ **NON.** ☐
Signes de tendinopathie **OUI.** ☐ **NON.** ☐
Signes de lyse isthmique **OUI.** ☐ **NON.** ☐

Gynécologie : Aménorrhée primaire ☐ Ménarche régulière : **OUI** ☐ **NON** ☐

Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimales) **OUI** ☐ **NON** ☐

Contraception orale ☐ Consultation spécialisée souhaitée **OUI** ☐ **NON** ☐

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, Neuro...) :

Nb de critères de RED S (asthénie chronique, trouble menstruel, perte de poids, IMC bas) :

Examens SMR	Questionnaire Surentraînement	Evaluation diététique	Vit D (facultatif)	Bilan psychologique
Date				
Anomalie(s)/résultat				

Conclusions :

Apte à la poursuite du haut niveau ☐

Contre-indication Temporaire ☐

Avis réservé sur la poursuite du haut niveau, avis du médecin fédéral demandé ☐

Examens ou avis complémentaires demandés ☐.....

Bilan de RED S **OUI** ☐ **NON** ☐

Date :

Signature et cachet :

Tél et mél du médecin :

Questionnaire de dépistage du surentraînement de la
Société française de médecine du sport
à compléter **avant** la consultation de l'examen médical

Date du jour :

Nom : Prénom : Date de naissance :

- Si vous êtes scolarisé(e), ou étudiant(e), êtes-vous en période d'examens ? Oui / Non

- Quelle est votre discipline gymnique principale : Aérobic – GAc - GAF – GAM – GR – PK -
TR – TU (*entourez la discipline correspondante*)

- Niveau de pratique ? International ou national ou régional (*entourez le niveau correspondant*)

- Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ?

- Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ?

- Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ?

- Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition) :

- Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les

.....
- Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie
personnelle ou familiale ? Oui / Non

- Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? Oui / Non

- Prenez-vous un traitement actuellement ? Oui / Non

Si oui, lequel ?

- Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ? Oui / Non

..... - Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire
ou autres raison) ? Oui / Non

- Avez-vous des troubles des règles ? Oui / Non

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

Mon Niveau de Performance est :

Mauvais <----->Excellent

Je me fatigue :

Plus lentement <-----> Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue :

Plus vite <-----> Plus lentement

Je me sens :

Très détendu <-----> Très anxieux

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

Augmenté <-----> Diminué

J'ai la sensation que mon endurance a :

Augmenté <-----> Diminué

Ce dernier mois :

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON
10	Je somnole et bâille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais des contre-performances	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
35	Je me blesse facilement	OUI	NON
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
41	Je dors plus	OUI	NON
42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON

44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc.)	OUI	NON
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
53	Je maigris	OUI	NON
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON

Interprétation :

**Réponse « OUI » à plus de 20 items = sujet à risque de surentraînement
(Notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)**

Références :

- Legros P, Beau M, DesmaretsY, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al.
Le surentraînement. *Science & Sports* 1992;7:51–7.
- Legros P, Bedu M, DesmaraisY, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al.
Le surentraînement : diagnostic des manifestations psycho comportementales précoces. *Science & Sports* 1993;8:71–4.



Ordonnance pour réaliser un bilan psychologique

Bilan Psychologique N°1	/...../ 2026
Bilan Psychologique N° 2 (gymnastes mineurs)	/...../ 2027

NOM :		Prénom	
Adresse			
Date de Naissance		Discipline : : (aéro, acro, gaf, gam, gr, pk, tra, tum)	
N° tel 1:		N° tel 2:	Courriel :
Pôle :		Si hors pôle : Structure d'entraînement =	N° Licence

Pour les majeurs, faire pratiquer par un **médecin du sport**, un bilan psychologique visant à dépister les difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive :

Nb : A la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, le bilan psychologique mentionné pourra être effectué par un psychologue clinicien .

Seulement pour les mineurs - un 2ème bilan psychologique - : réalisé par un psychologue clinicien (idéalement le même que pour le premier bilan).

Dès réception des résultats et sauf convention particulière avec la Fédération Française de Gymnastique, le bilan sera remboursé au maximum dans la limite du barème fixé par la Fédération Française de Gymnastique.

La demande de remboursement sera envoyée avec l'ensemble des justificatifs des autres examens du bilan.

La Commission Médicale FFG



ORDONNANCE pour faire réaliser un ECG commenté

BILAN N°1	/...../ 2026
-----------	-------------------

NOM :		Prénom	
Adresse			
Date de Naissance		Discipline : (aéro, acro, gaf, gam, gr, pk, tra, tum)	
N° tel 1:		N° tel 2:	Courriel :
Pôle :		Si hors pôle : Structure d'entraînement =	

Faire pratiquer **un électrocardiogramme** avec interprétation, dans le cadre du bilan cardiovasculaire d'un gymnaste de « haut niveau ».

Dès réception des résultats et sauf convention particulière avec la Fédération Française de Gymnastique, l'acte sera remboursé au maximum dans la limite du barème fixé par la Fédération Française de Gymnastique.

La demande de remboursement sera envoyée avec l'ensemble des justificatifs des autres examens du bilan.

La Commission Médicale FFG



SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE DES GYMNASTES DE HAUT NIVEAU
(Elite, Senior, relève, espoirs et collectifs nationaux)

Examens obligatoires et prise en charge fédérale
2026-2027

- | | |
|---|------------|
| 1. Consultation médicale + recherche de surentrainement
(2 fois par an) | 45€ |
| 2. Electrocardiogramme 12 dérivations avec interprétation
(1 fois par an) | 15€ |
| 3. Entretien diététique et conseils alimentaire
(1 fois par an) | 30€ |
| 4. Examen psychologique
(1 fois/an pour les gymnastes majeurs, 2 fois/an pour les mineurs) | 40€ |

Attention :

Les examens de la SMR **doivent être réglés directement par les pôles ou par les gymnastes.**

Ces examens seront remboursés par la fédération à hauteur des tarifs indiqués, ci-dessus, une fois les dossiers médicaux déposés dans le logiciel Askamon.

Les factures seront à transmettre avec la "Fiche récapitulative" à : smr@ffgym.fr, ou, à défaut, par courrier adressé au Dr Pierre BILLARD à la FFG : 7 Ter, cours des Petites Ecuries 75010 Paris.

SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE DES GYMNASTES DE HAUT NIVEAU

(Elite, Senior, relève, espoirs et collectifs nationaux)

FICHE RECAPITULATIVE 2026-2027



BILAN N°1	/...../ 2026
BILAN N° 2	/...../ 2027

NOM :		Prénom :	
Adresse			
Date de Naissance		Discipline : (aéro, acro, gaf, gam, gr, pk, tra, tum)	
N° tel 1:		N° tel 2:	Courriel :
Pôle :		Si hors pôle : Structure d'entraînement =	

☐ EXAMEN CLINIQUE			
Nom du Médecin du sport:	Date de l'examen :	Facture : Montant	A rembourser à : Déjà remboursé par autres organismes :
☐ ENTRETIEN DIETETIQUE (1/an)			
Nom du Médecin ou du spécialiste	Date de l'examen :	Facture : Montant	A rembourser à : Déjà remboursé par autres organismes :
☐ BILAN PSYCHOLOGIQUE (2/an pour les sportifs mineurs – 1/an pour les sportifs majeurs)			
Nom du Spécialiste	Date de l'examen :	Facture : Montant	A rembourser à : Déjà remboursé par autres organismes :

Cachet
Cachet
Cachet

☐ ELECTROCARDIOGRAMME DE REPOS (1/an)			
Nom du Médecin	Date de l'examen :	Facture : Montant	A rembourser à : Déjà remboursé par autres organismes :

Cachet

Cette fiche sert de **référence pour le PSQS**. Elle doit être **duement remplie et conservée par la/le gymnaste** qui la **présentera lors de chaque examen de la SMR**.

Une fois tous les examens réalisés, elle est remise au Pôle ; pour les « hors pôles », l'adresser au Conseiller Technique Sportif Coordonnateur, chargé du suivi pour transmission à la FFG.

AUTORISATION
Saison 2026-2027

Gymnastes mineurs, ou majeurs protégés

Document à présenter au préleveur(euse) agréé(e) AFLD
si un contrôle antidopage (en, ou hors compétition) est effectué avec technique invasive.

Je soussigné(e).....

Mère, père, représentant légal du/de la gymnaste *

Discipline

Né(e) leLicence n°

Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de cheveux et/ou d'ongles), sur ce dernier/cette dernière*, effectué par un(e) préleveur(euse) agréé(e) par l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD).

Fait à le

Signature

Décret n° 2011-57 du 13 janvier 2011 relatif aux contrôles en matière de lutte contre le dopage
Rappel de la réglementation - Article R. 232-52 du code du sport

« Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement sanguin, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle. »

L'absence d'autorisation est considérée comme un refus de se soumettre au contrôle et entraînera des sanctions disciplinaires de la part de la Fédération.

L'autorisation signée doit être conservée par le gymnaste afin d'être présentée lors des contrôles, avec l'attestation de sa licence.

* Rayer la mention inutile

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Je ressens du bien-être, de la confiance et du respect quand...							Je ressens gêne et malaise quand...						Je me sens très mal et j'ai peur quand...						
Je me sens encouragé-e dans mes efforts	Les règles sportives, les personnes et l'environnement sont respectés	Je me sens libre de demander des explications sur une parole, un geste, une consigne	Je me sens libre de demander les adaptations dont j'ai besoin pour ma pratique	Mon corps m'appartient, mon accord est demandé lors d'un geste technique ou un contact répété sur mon corps.	Je me sens à l'aise quand je me change, ou qu'on m'aide. Mon intimité est respectée.	Je peux vivre sans crainte mon identité ou mon orientation sexuelle	Je ressens des attitudes (paroles, gestes, regards) dévalorisants ou trop flatteurs, sur mon corps, ou mes vêtements	Je dois me mettre en sous-vêtements à la vue des autres (vestiaire, massage, pesée, transport, douche en plein air...)	L'encadrement entre dans les vestiaires sans attendre mon autorisation	On m'aide dans des gestes de la vie quotidienne (habillement, toilettes ...) sans que j'en ai exprimé le besoin ou l'envie	Je ressens une pression de plus en plus lourde par les réseaux sociaux (entraîneurs, coéquipiers, followers, sponsors, chantage à la sélection...)	On me demande de rester à la fin de l'entraînement alors qu'il n'y a plus personne. Cette situation m'angoisse	Je me sens seul-e, isolé-e et harcelé-e ; j'ai peur, alors que j'aime mon sport	Je subis des violences sur les réseaux sociaux (messages haineux ou sexuels...)	On diffuse des photos de parties de mon corps, en sous-vêtements ou nues	On me prive d'un matériel adapté, d'un traitement médical autorisé, ou de boire ou de manger	Mes parties intimes sont touchées, caressées, embrassées (bouche, cuisse, fesses, poitrine, sexe)	On me demande de toucher, caresser ou embrasser les parties intimes d'une autre personne ; je subis un rapport sexuel	On me fait du chantage pour que je garde le secret
 Amuse-toi !							 Non tu n'es pas seule-e, tu peux en parler						 Non, tu n'es pas responsable mais tu es en danger, des professionnel-le-s peuvent t'aider						

Réégo'sport

Les numéros d'urgence

Police Secours	17
Urgences pour les personnes atteintes de surdité-aphasie	114

Les numéros utiles

Enfant en danger	119
E-Enfance : internet / cyber-harcèlement / sextorsion / challenges sexuels	3018

Violences Femmes infos

Violences sur personnes vulnérables - âgées / en situation de handicap	3977
CFCV	0800 05 95 95

Femmes et hommes victimes de viols et d'agressions

3919 Cellule du ministère des Sports/

signalements
signal-sports@sports.gouv.fr

Tchat

En avant toutes : [Commentonsaime.fr](https://commentonsaime.fr)
(violences dans le couple, sexuelles ou sur les personnes LGBTQIA+ ; personnel formé aux handicaps)

Un projet



Soutenu par



VILLE DE
PARIS

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

EN AVANT
TOU(T)ES