

Le DMA et son contenu s'adresse à tout arbitre licencié(e) officiellement nommé(e)  
**ARBITRE FÉDÉRAL ou CANDIDAT FÉDÉRAL**

### En fonction de l'âge des arbitres précités

La nature des éléments nécessaires à l'obtention de la licence "arbitre" est différente

- **L'âge s'entend au 1<sup>er</sup> juillet de la saison pour laquelle la demande de licence "arbitre" est effectuée** •

#### ➔ Vous devez :

**Présenter un DMA en alternance avec un questionnaire de santé "QS-Sport"**

*Le DMA équivaut au certificat médical (d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive) nécessaire à la prise d'une licence sportive. Il a une validité de 3 ans conditionnée au maintien de la qualité de licencié, à l'obligation de répondre au QS-Sport et à en attester pendant les deux saisons consécutives au DMA (cf. art 70 des RG de la FFF)*

**Le cycle dure 3 ans** : un DMA suivi de deux "QS-Sport"



**Toute interruption du cycle par perte de la qualité de licencié rend le DMA obligatoire pour la reprise dudit cycle (ex : congé sabbatique)**

• **Lorsque vous devez présenter un DMA** : (pge.2 à 8)

- Le questionnaire médical doit être renseigné
- L'examen clinique doit être rempli
- L'ECG doit être analysé et transmis
- L'examen dentaire doit être rempli
- 1 DMA sur 2 (soit tous les 6 ans) vous devez faire le bilan ophtalmologique
- 1 DMA sur 2 (soit tous les 6 ans) vous devez faire le bilan biologique

• **Lorsque vous devez répondre au QS-Sport** : En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées (pge.9 du DMA)

**L'examen CARDIAQUE** sera à faire lors de la première demande puis après 35 ans tous les 5 ans .

Il consistera à faire réaliser un bilan chez un cardiologue avec analyse des facteurs de risque, lecture du bilan biologique, examen clinique, ECG de repos. Seul le cardiologue au vu des résultats prendra la décision de compléter le bilan par une Echographie cardiaque, une épreuve d'effort à visée cardiologique, une Echographie d'effort, une IRM cardiaque, un score calcique...

#### ⊕ **CAS DES ARBITRES CANDIDATS**

Lors de la réussite à l'examen théorique, vous êtes détenteur d'une licence d'arbitre de ligue acquise sur la base d'un certificat médical ou d'un QS-Sport (selon que vous soyez licencié joueur/éducateur ou non licencié).

Dès votre nomination officielle comme arbitre fédéral, vous devez remplir le **un DMA Fédéral** le plus tôt possible et au plus tard le 15 juillet de la saison en cours.

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### LORS DE LA PROMOTION D'ARBITRE DE LIGUE À ARBITRE FEDERAL :

- **La continuité du cycle DMA /QS-Sport de Ligue n'est pas conservée. Vous devez réaliser un nouveau DMA Fédéral si vous êtes candidat ou si vous êtes promu directement arbitre fédéral.**
- **Les examens cardiologiques et ophtalmologiques déjà réalisés en Ligue sont conservés. Vous devez les communiquer à la direction médicale avec votre 1<sup>er</sup> DMA fédéral.**

### À SAVOIR

- **Les praticiens qui effectuent vos examens (clinique, cardiaque, ...) peuvent demander des examens complémentaires.**
- **Concernant le DMA Fédéral, lors de l'examen clinique le médecin émet une conclusion sur l'absence de contre-indication ou non à la pratique de l'arbitrage mais seule la direction médicale de la FFF délivre l'aptitude médicale au vu de l'ensemble des éléments, examens et informations constituant le DMA. Elle peut également demander des examens complémentaires.**

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

2/9

SAISON 20..... /20.....

**SECRET MÉDICAL**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

## PRÉAMBULE

*Chaque nouvelle saison, la validation de la licence d'arbitre fédéral est subordonnée à la conformité d'un dossier médical spécifique. Les arbitres de ligue candidats à l'arbitrage en fédération sont tenus de répondre aux mêmes exigences.*

*Le DMA (pages 2 à 8) correspond au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage. Selon les articles 69 et 76 du code de déontologie médicale, nous attirons votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport.*

*La prise en compte des facteurs de risque est nécessaire et l'avis d'un spécialiste peut être requis. Il est préconisé que ce DMA soit effectué par un médecin fédéral du football ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, à défaut le médecin généraliste de l'arbitre peut l'établir.*

*La direction médicale fait lecture de tous les éléments constituant le dossier et valide l'autorisation d'arbitrer. En cas d'avis médical défavorable de la direction médicale, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, l'autorisation d'arbitrer ne sera pas délivrée.*

**Le Médecin Fédéral National**

**LE DMA** (Dossier Médical de l'Arbitrage) **est constitué de fiches d'examen.**

**Il est expédié par mail début JANVIER par la Direction Médicale :**

- à chaque arbitre fédéral.
- aux présidents de CRA pour les candidats (Dossier "type" complet).

**Il doit être retourné à la Direction Médicale, au plus tard :**

- **Le 01 JUIN** pour les arbitres fédéraux
- **Le 15 JUILLET** pour les candidats à l'arbitrage en fédération

Lorsqu'il est complet et conforme, la Direction Médicale confirme par mail sa bonne réception à chaque arbitre fédéral ou candidat et informe leur ligue de la délivrance de l'aptitude.

Dans le cas contraire, la Direction Médicale informe l'arbitre concerné de la non-conformité de son dossier.

### **RECOMMANDATIONS :**

- anticiper la prise de rendez-vous auprès des spécialistes.
- **conserver IMPÉRATIVEMENT une copie de votre dossier.** Aucune copie ne sera fournie ultérieurement.
- pour les candidats (arbitres, féminines, assistants...) : L'original du dossier doit être expédié à la Direction Médicale de la FFF, et une copie de celui-ci à la Commission régionale médicale de votre ligue pour validation de votre licence d'arbitre de ligue.

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

3/9

**SECRET MÉDICAL**

SAISON 20..... /20.....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen clinique

 non  oui\* **Avez-vous été hospitalisé(e) ?**

\* précisez : .....

 non  oui\* **Avez-vous été opéré(e) ?**

\* précisez : .....

 non  oui\* **Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?**

\* précisez : .....

 non  oui\* **Avez-vous des troubles de la vue ?** \* précisez la correction :  lunettes  lentilles non  oui\* Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant) ? non  oui\* **Avez-vous connaissance dans votre famille (et survenue avant l'âge de 50 ans) d'une ?** non  oui\* - pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire \* précisez l'âge : ..... non  oui\* - mort subite durant le sport ou non, y compris du nourrisson \* précisez l'âge : .....**Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?** non  oui - un malaise/perte de connaissance non  oui - des palpitations (cœur irrégulier) non  oui - une douleur thoracique non  oui - une fatigue/un essoufflement inhabituel**Avez-vous déjà eu un(e) ?** non  oui\* - électrocardiogramme \* date : ..... non  oui\* - échocardiogramme \* date : ..... non  oui\* - épreuve d'effort maximale \* date : .....**Avez-vous ?** non  oui - une maladie cardiaque non  oui - une maladie des vaisseaux non  oui - été opéré du cœur/des vaisseaux non  oui - un diabète non  oui - un cholestérol élevé non  oui - un souffle cardiaque non  oui - un trouble du rythme connu non  oui - une hypertension artérielle non  oui\* **Fumez-vous ?** \* nombre par jour ? ..... depuis quelle date ?..... non  oui\* **Avez-vous des allergies ?** \* précisez : ..... non  oui\* **Prenez-vous un traitement régulièrement ?** \* précisez : ..... non  oui **Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ?** non  oui\* **Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?** \* précisez : .....**Date de votre dernière vaccination contre le tétanos ?**

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : .....

Je soussigné(e), .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

**DATE :** .....**SIGNATURE (obligatoire) :** .....

## CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES

**IMPORTANT : Sans votre consentement signé la commission médicale ne pourra faire lecture de votre DMA pour établir votre aptitude**

Les données précitées sont uniquement destinées à la commission médicale de district, ou de ligue, qui les conserve dès l'enregistrement du dossier, et ce durant toute l'activité de l'arbitre, puis les supprime définitivement dans l'année qui suit la cessation totale de ladite activité. En conséquence, l'arbitre est invité à faire systématiquement une copie de ses dossiers et examens s'il souhaite en conserver l'historique. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent. L'arbitre peut exercer ses droits en s'adressant auprès de la commission médicale en charge de l'instruction de son dossier.

Je soussigné(e), ..... Consens expressément à ce que mes données personnelles y compris mes données de santé figurant sur l'ensemble du DMA fassent l'objet d'un traitement par la commission médicale de district ou de ligue et ce afin de statuer sur mon aptitude médicale dans le cadre de ma demande de licence d'arbitre

**DATE :** .....**SIGNATURE (obligatoire) :** .....



**SECRET MEDICAL**

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

4/9

SAISON 20..... /20.....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## EXAMEN CLINIQUE et ECG

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
TRAITEMENT(S) EN COURS	

### EXAMEN MORPHOSTATIQUE

TAILLE : ..... (m/cm)	IMC : .....	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
POIDS : ..... (kg/g)	(Poids / Taille <sup>2</sup> )	18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE : anomalie éventuelle

EXAMEN CARDIOLOGIQUE : anomalie éventuelle

Examen clinique	
Pression Artérielle	
Fréquence Cardiaque de repos	
Interprétation ECG (joindre le tracé)	

### ☞ CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine à .....

Certifie avoir examiné(e) M, Melle, Mme, ....., arbitre de football, et constaté(e) qu'il (elle) :

- Présente, à ce jour, une absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
- Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage. Préciser le motif : .....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET (obligatoire):



**SECRET MÉDICAL**

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

SAISON 20..... /20.....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## EXAMEN DENTAIRE

Cet examen est pratiqué par un dentiste. Il est **OBLIGATOIRE** :

- À la première demande
- Tous les 3 ans en même temps que le DMA.

*En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose annuellement un examen clinique dentaire de dépistage.*

*Cet examen ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient.*

*Merci de lui remettre ce feuillet comprenant votre conclusion à l'issue de votre examen*

### COMPTE-RENDU :

.....

.....

.....

.....

### SOIN(S) À EFFECTUER :

.....

.....

.....

.....

### ⇒ CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine à .....

Certifie avoir examiné(e) M, Melle, Mme, ....., arbitre de football, et constaté(e) qu'il (elle) :

- Présente, à ce jour, une absence de contre-indication liée à un problème dentaire à la pratique de l'arbitrage.
- Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage. Préciser le motif: .....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET (obligatoire) :



**SECRET MÉDICAL**

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

6/9

SAISON 20..... /20....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## EXAMEN CARDIOLOGIQUE

L'examen cardiaque par un cardiologue sera à faire :

- À la première demande
- Puis après 35 ans tous les 5 ans

Il consistera à faire réaliser un bilan chez un cardiologue avec analyse des facteurs de risque, lecture du bilan biologique, examen clinique, ECG de repos.

Seul le cardiologue au vu des résultats prendra la décision de compléter le bilan par une Echographie cardiaque, une épreuve d'effort à visée cardiologique, une Echographie d'effort, une IRM cardiaque, un score calcique...)

*Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés*

**Joindre les tracés et interprétations des examens cardiologiques**

Antécédents cardiologiques	
Facteurs de risque	
Signes Fonctionnels	
Examen clinique	
Pression Artérielle	
Fréquence Cardiaque de repos	
Interprétation ECG si nécessaire (joindre le tracé)	
<b>ECHOGRAPHIE CARDIAQUE</b>	<b>Une seule fois par carrière réaliser une Échographie cardiaque.</b> Cet examen exigé lors du 1er DMA est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA. Seul le cardiologue peut décider de refaire l'échographie cardiaque durant la carrière de l'arbitre.
<b>AUTRES EXAMENS</b>	Bilan chez un cardiologue avec analyse des facteurs de risque, lecture du bilan biologique, examen clinique, ECG de repos. <b>Seul le cardiologue au vu des résultats prendra la décision de compléter</b> le bilan par une Echographie cardiaque, une épreuve d'effort à visée cardiologique, une échographie d'effort, une IRM cardiaque, un score calcique...)

### CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine à .....

Certifie avoir examiné(e) M., Melle, Mme, ....., arbitre de football, et constaté(e) qu'il (elle) :

- Présente, à ce jour, une absence de contre-indication cardiologique à la pratique de l'arbitrage.
- Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan cardiologique
- Préciser le motif : .....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET (obligatoire) :

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

7/9



**SECRET MÉDICAL**

SAISON 20..... /20.....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Cet examen est **pratiqué par un médecin ophtalmologue**. Il est **OBLIGATOIRE** :

- la première année de l'arbitrage fédéral (ou candidat). Il comprend les examens du bilan initial (7 items)
- tous les 6 ans (soit tous les 2 DMA). Il comprend les examens du bilan de renouvellement (3 items)

Entre ces visites, toute survenue d'évènement ophtalmique (*médical, chirurgical ou traumatique*) devra être signalée à la Direction Médicale.

BILAN INITIAL <input type="checkbox"/>		
<b>1 • ACUITÉ VISUELLE</b>		
	Œil droit	Œil gauche
Sans correction		
Avec correction		
Correction optique		
Mode de correction	<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> lentilles
<b>2 • CHAMP VISUEL</b> (celui-ci peut être automatisé)		
Œil droit		
Œil gauche		
<b>3 • VISION BINOCULAIRE</b>		
Œil droit		
Œil gauche		
<b>4 • MOBILITÉ PUPILLAIRE</b>		
Œil droit		
Œil gauche		
<b>5 • EXAMEN ORGANIQUE DES GLOBES OCULAIRES</b>		
	Œil droit	Œil gauche
Segment		
Fond d'œil		
<b>6 • TEST CHROMATIQUE ISHIHARA</b>		
<b>7 • ÉBLOUISSEMENT</b> - Existe-il une sensibilité à l'éblouissement ?		

RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/>		
<b>1 • ACUITÉ VISUELLE</b>		
	Œil droit	Œil gauche
Sans correction		
Avec correction		
Correction optique		
Mode de correction	<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> lentilles
<b>2 • CHAMP VISUEL</b> (celui-ci peut être automatisé)		
Œil droit		
Œil gauche		
<b>3 • VISION BINOCULAIRE</b>		
Œil droit		
Œil gauche		

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage.
- La diplopie est une contre-indication relative.
- La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive (motif : aggravation de la sensibilité à l'éblouissement)
- Selon les résultats transmis, la commission médicale se réserve le droit de demander des examens complémentaires (autres spécialistes)

### ☉ CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), ..... ophtalmologue à .....

Certifie avoir examiné  Melle,  Mme,  M. ...., arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

Présente, à ce jour, une absence de contre-indication ophtalmologique à la pratique de l'arbitrage.

Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan ophtalmologique.

Préciser le motif : .....

**DATE DE L'EXAMEN :**

**SIGNATURE et CACHET (obligatoire):**

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

8/9

SAISON 20..... /20....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## EXAMEN BIOLOGIQUE

**Le bilan biologique** sera à faire :

- à la première demande
- Puis tous les 6 ans (soit tous les 2 DMA).

*En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose plusieurs examens dont la réalisation d'un examen biologique à faire à jeun et dont vous trouverez le détail ci-dessous.*

*Cet examen ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient. Merci de remettre les résultats de l'examen demandé à l'arbitre à l'issue de votre analyse.*

### NFS PLQ

**Bilan Lipidique (Cholestérol total, Cholestérol LDL / HDL, Triglycérides)**

**Glycémie à jeun**

**Créatininémie, Clearance de la créatine**



**CONFIDENTIEL**

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE FÉDÉRAL & CANDIDAT

9/9

SAISON 20..... /20...

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ARBITRE MAJEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUVELLEMENT)

Pour plus de détails se conférer à la notice accompagnant le DMA ou à l'article 70 des règlements généraux de la FFF

### UNIQUEMENT RÉSERVÉ AUX ARBITRES RÉPONDANT IMPÉRATIVEMENT AUX CONDITIONS SUIVANTES :

- avoir entre 18 à 34 ans inclus au 1<sup>er</sup> juillet de la saison (N) indiquée ci-dessus
- avoir présenté un DMA à N-1 ou à N-2
- avoir été licencié à N-1

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un DMA pour demander votre licence d'arbitre au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 de ses règlements Généraux.

**NB :** Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

	OUI	NON
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>		
1   Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2   Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3   Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4   Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5   Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6   Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À CE JOUR :</b>		
7   Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8   Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9   Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MARCHE À SUIVRE DE L'ARBITRE MAJEUR POUR SA DEMANDE DE LICENCE :

#### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

- ⇒ Vous ne devez pas fournir de DMA.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.

#### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

- ⇒ Vous devez fournir un DMA à la commission médicale de votre district ou de votre ligue. Suivez les indications des examens du DMA.
- Consultez un médecin : présentez-lui ce questionnaire renseigné ainsi que le DMA pour qu'il y porte sa conclusion quant à l'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.