

TITRE 13 RÈGLEMENT MÉDICAL

[Version en vigueur à partir du 1er janvier 2025]

SOMMAIRE

Chapitre I CODE MÉDICAL DU MOUVEMENT OLYMPIQUE	2
Chapitre II LES ACTEURS MÉDICAUX DANS LE SPORT CYCLISTE	10
§ 1 Commission médicale de l'UCI.....	10
§ 2 Médecin de l'UCI.....	10
§ 3 Délégué médical de l'UCI	10
§ 4 Médecin national.....	11
§ 5 Médecins d'équipe.....	11
§ 6 Assistants paramédicaux.....	13
Chapitre III PROTÉGER ET FAVORISER LA BONNE SANTÉ DES COUREURS	16
§ 1 Règles générales	16
§ 2 Suivi médical des équipes UCI WorldTeams et UCI ProTeams	16
§ 3 Suivi médical dans les disciplines Route Femmes, Mountain Bike (cross-country), Piste et BMX	19
§ 4 Interdiction d'injection.....	21
§ 5 Diagnostic et retour en compétition après une commotion cérébrale	23
Chapitre IV SERVICES MÉDICAUX LORS DES ÉPREUVES	29
§ 1 Règles générales	29
§ 2 Championnats du Monde UCI, épreuves de Coupe du Monde UCI et épreuves du UCI World Tour	30
Chapitre V REGLES D'ELIGIBILITE POUR LES ATHLETES TRANSGENRES	34
§ 1 Introduction.	34
§ 2 Application.	36
§ 3 Conditions d'éligibilité pour les athlètes Transgenres.....	37
§ 4 Evaluation des dossiers	39
§ 5 Enquêtes et suivi continu de la conformité.....	40
§ 6 Procédure disciplinaire.	43
§ 7 Règlement des différends.....	44
§ 8 Confidentialité.	45
§ 9 Coûts.	45
§10 Reconnaissance mutuelle.	45
§11 Limitation de responsabilité.	45
§12 Mesures de transition	46
 Annexe : Recommandations médicales	 47
 Annexe 1	 54
 Annexe 2	 55

TITRE 13 RÈGLEMENT MÉDICAL

Chapitre I CODE MÉDICAL DU MOUVEMENT OLYMPIQUE

13.1.01 En 2009, le Comité International Olympique (CIO) a adopté le Code médical du Mouvement olympique reproduit ci-dessous.

Le Code médical du Mouvement olympique ne fait pas officiellement partie du Règlement UCI du sport cycliste. Il ne s'agit pas de règles de l'UCI ni d'obligations formelles. Il exprime une série de principes, buts et objectifs destinés à guider tous ceux et celles ayant un rapport avec la santé et le soin des athlètes, et toute activité abordée dans ce Code, notamment : les coureurs, leurs médecins personnels et ceux de leurs équipes, les fédérations nationales, les médecins des équipes nationales, les assistants paramédicaux, les managers d'équipes, les organisateurs d'événements cyclistes et tout personnel médical jouant un rôle ou présent lors d'événements cyclistes. C'est à ces fins que le Code médical du Mouvement olympique est reproduit ci-dessous.

13.1.02 Il est rappelé à tous qu'en cas de divergence avec le Code médical du Mouvement olympique, les règles de l'UCI, et en particulier les chapitres 2 à 4 ci-dessous ainsi que toute législation locale prévaudront.

Code médical du Mouvement olympique Etat en vigueur au 1er octobre 2009

PREAMBULE

Chapitre I : Relations entre les athlètes et les soignants

1. Principes généraux
2. Information
3. Consentement
4. Confidentialité et respect de la vie privée
5. Soins et traitements
6. Soignants

Chapitre II : Protection et promotion de la santé des athlètes à l'entraînement et en compétition

7. Principes généraux
8. Aptitude à pratiquer un sport
9. Assistance médicale

Chapitre III : Adoption, observance et surveillance

10. Adoption
11. Observance

12. Surveillance

Chapitre IV : Champ d'application, entrée en vigueur et amendements

13. Champ d'application

14. Entrée en vigueur

15. Amendements

PREAMBULE

« Principes fondamentaux de l'Olympisme

- 1 *L'Olympisme est une philosophie de vie, exaltant et combinant en un ensemble équilibré les qualités du corps, de la volonté et de l'esprit. Alliant le sport à la culture et à l'éducation, l'Olympisme se veut créateur d'un style de vie fondé sur la joie dans l'effort, la valeur éducative du bon exemple et le respect des principes éthiques fondamentaux universels.*
- 2 *Le but de l'Olympisme est de mettre le sport au service du développement harmonieux de l'homme en vue de promouvoir une société pacifique, soucieuse de préserver la dignité humaine.»*

Charte Olympique, Juillet 2007

1. Le Mouvement olympique, dans l'accomplissement de sa mission, doit encourager toutes les parties concernées à prendre les mesures nécessaires pour veiller à ce que la pratique du sport s'exerce sans danger pour la santé des athlètes et dans le respect du fair-play et de l'éthique sportive. À ce titre, il encourage la prise des mesures nécessaires pour protéger la santé des participants et limiter les risques d'atteinte à leur intégrité physique et mentale. Il encourage également à prendre des mesures qui protégeront les athlètes dans leurs relations avec les médecins et autres soignants.
2. Cet objectif peut être atteint essentiellement par une éducation permanente portant sur les valeurs éthiques du sport et la responsabilité de chacun dans la protection de sa santé et de celle d'autrui.
3. Le présent Code défend les règles de base relatives aux bonnes pratiques médicales dans le domaine du sport et à la sauvegarde des droits et de la santé des athlètes. Il soutient et encourage l'adoption de mesures spécifiques pour atteindre ces objectifs. Il complète et renforce le Code mondial antidopage ainsi que les principes généraux reconnus dans les Codes internationaux d'éthique médicale.
4. Le Code médical du Mouvement olympique est destiné aux Jeux Olympiques, aux championnats des Fédérations Internationales, aux compétitions auxquelles le Comité International Olympique (CIO) accorde son patronage ou son soutien, ainsi qu'à tous les sports pratiqués dans le cadre du Mouvement olympique, aussi bien durant l'entraînement que durant la compétition.

Chapitre I : Relations entre les athlètes et les soignants

1. Principes généraux

- 1.1. Les athlètes devraient disposer des mêmes droits fondamentaux que tous les patients dans leurs relations avec les médecins et les autres soignants, en particulier le droit :
 - a. au respect de leur dignité humaine
 - b. au respect de leur intégrité physique et mentale;
 - c. à la protection de leur santé et à leur sécurité;
 - d. à l'autodétermination ;
 - e. au respect de leur sphère privée et de la confidentialité.

- 1.2. Les relations entre les athlètes, leur médecin personnel, le médecin d'équipe et les autres soignants devraient être protégées et sujettes au respect mutuel. La santé et le bien-être des athlètes prévalent sur le seul intérêt de la compétition et d'autres préoccupations d'ordre économique, légal ou politique.

2. Information

Les athlètes devraient être pleinement informés, de manière claire et appropriée, sur leur état de santé et le diagnostic les concernant; les mesures de prévention; les interventions médicales proposées, avec les risques et les bénéfices potentiels de chaque intervention; les alternatives aux interventions proposées, avec les conséquences potentielles pour leur santé et leur retour à la pratique du sport en cas de non-traitement, ainsi que sur le pronostic et les progrès du traitement et des mesures de réadaptation.

3. Consentement

- 3.1. Le consentement libre et éclairé des athlètes devrait être requis pour toute intervention médicale.
- 3.2. Une attention particulière devrait être prêtée afin d'éviter les pressions de l'entourage (par ex. l'entraîneur, le management, la famille, etc.) et des autres athlètes, de sorte que les athlètes puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause en tenant compte des risques associés à la pratique d'un sport avec une blessure ou une maladie diagnostiquée.
- 3.3. Les athlètes peuvent refuser ou interrompre une intervention médicale. Les conséquences d'une telle décision devraient leur être soigneusement expliquées.
- 3.4. Les athlètes sont encouragés à désigner une personne pouvant agir à leur place en cas d'incapacité. Ils peuvent également préciser par écrit la manière dont ils souhaitent être traités et donner toute autre directive qu'ils estiment nécessaire.
- 3.5. À l'exception des cas d'urgence, lorsque les athlètes n'ont pas la capacité de consentir personnellement à une intervention médicale, l'autorisation de leur représentant légal ou de la personne désignée à cette fin par les athlètes est requise, après qu'ils ont reçu les informations nécessaires.

Lorsque le représentant légal doit donner son autorisation, les athlètes, qu'ils soient mineurs ou majeurs, devraient néanmoins donner leur assentiment à l'intervention médicale dans toute la mesure de leur capacité.

- 3.6. Le consentement des athlètes est requis pour la collecte, la conservation, l'analyse et l'utilisation de tout échantillon biologique.

4. Confidentialité et respect de la vie privée

- 4.1. Toutes les informations relatives à l'état de santé d'un athlète, le diagnostic, le pronostic, le traitement et les mesures de réadaptation, ainsi que toute autre information personnelle, devraient être gardées confidentielles, même après le décès de l'athlète, et toute législation applicable devrait être respectée.
- 4.2. Des informations confidentielles ne devraient être divulguées que si l'athlète y consent explicitement ou si la loi l'autorise expressément. Le consentement peut être présumé lorsque, dans la mesure nécessaire à la prise en charge de l'athlète, des informations sont communiquées à d'autres soignants participant directement à ses soins.
- 4.3. Toutes les données médicales identifiables concernant un athlète devraient être protégées. Le dispositif de protection sera normalement adapté au mode de stockage choisi. Les échantillons biologiques à partir desquels des données identifiables peuvent être obtenues devraient également être protégés d'une divulgation inappropriée.

- 4.4. Les athlètes devraient avoir le droit d'accéder à leur dossier médical complet et d'en obtenir une copie. Cet accès ne vaut normalement pas pour les données relatives à des tiers ou fournies par des tiers.
- 4.5. Les athlètes devraient avoir le droit d'exiger la rectification de toutes données médicales erronées dans leurs dossiers.
- 4.6. Une ingérence dans la vie privée d'un athlète ne devrait être admissible que si elle est nécessaire pour le diagnostic, le traitement et les soins, avec le consentement de l'athlète, ou si cela est légalement requis. Une telle intrusion est également admise en application des dispositions du Code mondial antidopage.
- 4.7. Toute intervention médicale devrait respecter la sphère privée et n'être exécutée qu'en présence des seules personnes nécessaires pour la pratiquer, sauf si l'athlète consent expressément ou demande à ce qu'il en soit autrement.

5. Soins et traitements

- 5.1. Les athlètes devraient recevoir les soins correspondant à leurs besoins, y compris des mesures préventives, des activités de promotion de la santé et des mesures de réadaptation. Les services devraient être disponibles en permanence et accessibles à tous dans des conditions d'équité, sans discrimination, et en fonction des ressources financières, humaines et matérielles disponibles à une telle fin.
- 5.2. Les athlètes devraient recevoir des soins de qualité, caractérisés à la fois par des standards techniques élevés et une attitude professionnelle et respectueuse de la part des soignants. Cela comprend la continuité des soins, incluant une coopération entre tous les soignants et les établissements participant au diagnostic, au traitement et aux soins.
- 5.3. Durant les entraînements et les compétitions à l'étranger, les athlètes devraient recevoir les soins nécessaires qui devraient, si possible, être fournis par leur médecin personnel ou par le médecin d'équipe. Ils devraient également recevoir les soins d'urgence appropriés avant de retourner chez eux.
- 5.4. Les athlètes devraient pouvoir choisir leur propre médecin, soignant ou établissement de soins et d'en changer, dans la mesure où cela est compatible avec le fonctionnement du système de santé. Ils devraient avoir le droit de demander un deuxième avis médical.
- 5.5. Les athlètes devraient être traités avec dignité pour ce qui est du diagnostic les concernant, leur traitement, leurs soins et leurs mesures de réadaptation, en accord avec leur culture, leurs traditions et leurs valeurs. Ils devraient bénéficier du soutien de leurs parents, proches et amis au cours des soins et des traitements, et de recevoir un soutien et des conseils d'ordre spirituel.
- 5.6. Les athlètes devraient être soulagés de la douleur selon les dernières connaissances médicales reconnues. Les traitements ayant un effet analgésique qui permettent à un athlète blessé ou malade de pratiquer un sport ne devraient être poursuivis qu'après une évaluation attentive et consultation de l'athlète et d'autres soignants. S'il existe un risque à long terme pour la santé de l'athlète, un tel traitement ne devrait pas être prodigué. Les méthodes visant uniquement à masquer la douleur ou d'autres symptômes de défense afin de permettre à un athlète blessé ou malade de pratiquer son sport ne devraient pas être administrées si, en l'absence de telles méthodes, la participation dudit athlète était médicalement déconseillée, voire impossible.

6. Soignants

- 6.1. Les mêmes principes éthiques devraient s'appliquer de manière égale dans la pratique médicale courante et en médecine du sport. Les principaux devoirs des médecins et des autres soignants incluent de :
 - a. toujours faire de la santé des athlètes une priorité;
 - b. ne pas faire de mal.
- 6.2. Les soignants qui prennent en charge des athlètes devraient avoir la connaissance, la formation et l'expérience nécessaires en médecine du sport et maintenir à jour leurs connaissances. Ils devraient comprendre les exigences physiques et psychiques qu'imposent aux athlètes l'entraînement et la compétition, ainsi que l'engagement et les capacités nécessaires pour supporter l'extraordinaire endurance physique et psychique qu'exige le sport.
- 6.3. Les soignants des athlètes devraient agir selon les dernières connaissances médicales reconnues et, lorsque disponible, selon la médecine fondée sur la preuve. Ils devraient s'abstenir de toute intervention qui n'est pas médicalement indiquée, même sur requête des athlètes, de leur entourage ou d'un autre soignant. Les soignants doivent aussi refuser de fournir un certificat médical non conforme sur l'aptitude d'un athlète à participer à l'entraînement ou à la compétition.
- 6.4. En cas de risques pour la santé des athlètes, les soignants devraient fermement les décourager de poursuivre l'entraînement ou la compétition en les informant de ces risques.

En cas de danger grave pour les athlètes ou lorsqu'il existe un risque pour des tiers (joueurs de la même équipe, adversaires, famille, public, etc.), les soignants peuvent également informer les personnes ou les instances compétentes, même contre la volonté des athlètes, de leur inaptitude à participer à l'entraînement ou à la compétition, sous réserve de la législation applicable.
- 6.5. Les soignants devraient s'opposer à toute activité sportive ou physique qui n'est pas adaptée au stade de croissance et de développement des enfants, à leur état général de santé et à leur niveau d'entraînement. Ils devraient agir dans le meilleur intérêt de la santé des enfants ou des adolescents, indépendamment de tout autre intérêt ou pression de l'entourage (par ex. l'entraîneur, le management, la famille, etc.) ou des autres athlètes.
- 6.6. Les soignants devraient indiquer quand ils agissent pour le compte d'un tiers (par ex. club, fédération, organisateur, CNO, etc.). Ils devraient expliquer personnellement aux athlètes les raisons de l'examen et de son issue, ainsi que la nature des informations transmises à des tiers. En principe, le médecin de l'athlète devrait également être informé.
- 6.7. Lorsque les soignants agissent pour le compte d'un tiers, ils devraient limiter à l'essentiel le transfert d'informations. En principe, ils peuvent seulement indiquer l'aptitude ou l'inaptitude des athlètes à participer à l'entraînement ou à la compétition. Avec le consentement de l'athlète, ils peuvent fournir d'autres informations concernant sa participation au sport de manière compatible avec son état de santé.
- 6.8. Sur les sites sportifs, c'est au médecin d'équipe ou de la rencontre sportive qu'il appartient de déterminer si un athlète blessé peut continuer ou reprendre la compétition. Cette décision ne devrait pas être déléguée à d'autres professionnels ou membres du personnel. En l'absence du médecin compétent, ces professionnels ou membres du personnel devraient s'en tenir strictement aux directives établies par celui-ci. En tout état de cause, la première priorité devrait être accordée à la santé et à la sécurité de l'athlète. L'issue de la compétition ne devrait jamais influencer ce genre de décisions.
- 6.9. Si nécessaire, le médecin d'équipe ou de la rencontre sportive devrait s'assurer que les athlètes blessés ont accès à des soins spécialisés en organisant le suivi médical par des spécialistes reconnus.

Chapitre II : Protection et promotion de la santé de l'athlète à l'entraînement et en compétition

7. Principes généraux

- 7.1. Aucune pratique constituant une forme d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale des athlètes ne devrait être admissible. Les membres du Mouvement olympique devraient assurer aux athlètes des conditions de sécurité, de bien-être et de soins médicaux favorables à leur équilibre physique et mental. Ils devraient adopter les mesures propres à atteindre ce but et à limiter les risques d'accidents et de maladies. La participation de médecins du sport est souhaitable lors de l'élaboration de telles mesures.
- 7.2. Dans chaque discipline sportive, des exigences minimales de sécurité devraient être définies et mises en œuvre en vue de protéger la santé des participants et du public durant l'entraînement et la compétition. En fonction du sport et du niveau de compétition en cause, des normes spécifiques devraient être adoptées concernant les sites sportifs, les conditions environnementales sûres, le matériel sportif autorisé ou prohibé, ainsi que les programmes d'entraînement et de compétition. Les besoins spécifiques de chaque catégorie d'athlètes devraient être respectés.
- 7.3. Les mesures visant à favoriser la santé des athlètes et à limiter les risques d'atteinte à leur intégrité physique et mentale devraient être rendues publiques afin d'être bénéfiques à tous ceux qui sont concernés.
- 7.4. Les mesures de protection et de promotion de la santé des athlètes devraient reposer sur les dernières connaissances médicales reconnues.
- 7.5. La recherche en matière de médecine du sport et des sciences du sport est encouragée et devrait être menée conformément aux principes reconnus d'éthique de la recherche, en particulier la Déclaration d'Helsinki adoptée par l'Association médicale mondiale (Edimbourg, 2000), et le droit applicable. Elle ne doit jamais être conduite d'une manière qui puisse nuire à la santé des athlètes ou perturber leurs performances. Le consentement libre et éclairé des athlètes est essentiel pour leur participation à une telle recherche.
- 7.6. Les avancements en médecine et en sciences du sport ne devraient pas être tenus secrets et devraient être publiés et largement diffusés.

8. Aptitude à pratiquer un sport

- 8.1. La pratique du sport pour tous n'exige pas de se soumettre à un test d'aptitude, à moins qu'il existe des symptômes ou des antécédents familiaux significatifs. La recommandation faite à un athlète de procéder à un tel test relève de la responsabilité du médecin personnel.
- 8.2. Pour pratiquer le sport de compétition, il peut être exigé que les athlètes présentent un certificat médical assurant qu'il n'existe pas de contre-indications apparentes. Le test d'aptitude doit reposer sur les dernières connaissances médicales reconnues et être effectué par un médecin spécialement formé.
- 8.3. Un test médical de pré-participation est recommandé pour les athlètes de haut niveau. Il doit être effectué sous la responsabilité d'un médecin spécialement formé.
- 8.4. Tout test génétique visant à jauger une aptitude particulière à pratiquer un sport constitue une évaluation médicale qui peut être effectuée sous la responsabilité d'un médecin spécialement formé.

9. Assistance médicale

9.1. Dans chaque discipline sportive, des directives appropriées devraient être établies au sujet de l'assistance médicale requise par la nature de l'activité sportive et le niveau de compétition en cause.

Ces directives devraient mentionner, sans y être limitées, les points suivants :

- la couverture médicale des sites d'entraînement et de compétition et son organisation;
- les ressources nécessaires (matériels, locaux, véhicules, etc.);
- les procédures en cas d'urgence;
- le système de communication entre les services d'assistance médicale, les organisateurs et les autorités sanitaires compétentes.

9.2. En cas d'incident sérieux durant l'entraînement ou la compétition, des procédures devraient offrir aux personnes blessées l'assistance nécessaire, au besoin en les évacuant vers les services médicaux compétents. Les athlètes, les entraîneurs et les personnes associées à l'activité sportive devraient être informés de ces procédures et recevoir la formation nécessaire à leur mise en œuvre.

9.3. Afin de renforcer la sécurité dans la pratique sportive, un mécanisme devrait être mis en place pour permettre de recueillir les données relatives aux blessures survenues lors de l'entraînement ou de la compétition. Lorsqu'elles sont identifiables, de telles données devraient être recueillies avec le consentement des personnes concernées et être traitées de manière confidentielle et conforme aux principes reconnus d'éthique de la recherche.

Chapitre III : Adoption, observance et surveillance

10. Adoption

10.1. Le Code est destiné à guider tous les membres du Mouvement olympique, en particulier le CIO, les Fédérations Internationales et les Comités Nationaux Olympiques (ci-après les Signataires). Chaque Signataire adopte le Code selon ses propres procédures.

10.2. Le Code est adopté en premier lieu par le CIO. Il n'est pas obligatoire pour les autres membres du Mouvement olympique, mais il est souhaitable que ceux-ci l'adoptent.

10.3. Une liste de tous les Signataires est rendue publique par le CIO.

11. Observance

11.1. Les Signataires mettent en œuvre les dispositions applicables du Code au moyen de politiques, statuts, règles et règlements en accord avec leur autorité et dans leurs sphères de compétences respectives. Ils s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions du Code, par des moyens actifs et appropriés. À cette fin, ils collaborent étroitement avec les associations de médecins et de soignants concernées et les autorités compétentes.

11.2. Les Signataires encouragent les médecins et les autres soignants qui s'occupent des athlètes dans leur sphère de compétence à agir conformément au Code.

11.3. Les médecins et les autres soignants soumis au Code restent tenus de respecter leurs propres normes éthiques et professionnelles en plus des dispositions applicables du Code. En cas de divergence, la norme la plus favorable à la protection de la santé, des droits et des intérêts des athlètes devrait prévaloir.

12. Surveillance

- 12.1. La commission médicale du CIO surveille la mise en œuvre du Code et recueille les réactions y relatives. Elle est également responsable de suivre l'évolution qui intervient dans le domaine de l'éthique et des bonnes pratiques médicales et de proposer des adaptations au Code.
- 12.2. La commission peut émettre des recommandations et des modèles de bonnes pratiques en vue de faciliter la mise en œuvre du Code.

Chapitre IV : Champ d'application, entrée en vigueur et amendements

13. Champ d'application

- 13.1. Le Code s'applique à tous les participants aux activités sportives régies par chaque Signataire, durant et en dehors de la compétition.
- 13.2. Les Signataires sont libres d'accorder une protection plus étendue aux athlètes.
- 13.1. Le Code s'applique sous réserve des dispositions nationales et internationales, éthiques, légales et réglementaires plus favorables à la protection de la santé, des droits et des intérêts des athlètes.

14. Entrée en vigueur

- 14.1. Le Code entre en vigueur le 1^{er} octobre 2009 pour le CIO. Il s'applique à toutes les éditions des Jeux Olympiques, en commençant par les Jeux Olympiques d'hiver de 2010 à Vancouver.
- 14.2. Le Code peut être adopté par les autres membres du Mouvement olympique après cette date. Chaque Signataire détermine quand son adhésion prendra effet.
- 14.3. Les Signataires peuvent dénoncer leur adhésion au Code après avoir adressé une notification écrite de leur intention au CIO.

15. Amendements

- 15.1. Les sportifs, Signataires et autres membres du Mouvement olympique sont invités à participer à l'amélioration et aux modifications du Code. Ils peuvent proposer des amendements.
- 15.2. Sur recommandation de sa commission médicale, le CIO initie des propositions d'amendements au Code et met sur pied une procédure de consultation afin, d'une part, de recevoir des recommandations et d'y répondre et, d'autre part, de faciliter l'analyse et les commentaires des sportifs, Signataires et membres du Mouvement olympique sur les amendements préconisés.
- 15.3. Après une consultation appropriée, les amendements au Code sont approuvés par la commission exécutive du CIO. Ils entrent en vigueur trois mois après leur approbation, à moins d'une disposition contraire.
- 15.4. Chaque Signataire doit adopter les amendements approuvés par la commission exécutive du CIO au plus tard une année après notification desdits amendements. À défaut, un Signataire ne peut prétendre qu'il est en conformité avec le Code médical du Mouvement olympique.

Adopté par la commission exécutive du CIO à Lausanne le 16 juin 2009

Chapitre II LES ACTEURS MÉDICAUX DANS LE SPORT CYCLISTE

§ 1 Commission médicale de l'UCI

13.2.01 La Commission médicale de l'UCI est mise en place par le Comité Directeur de l'UCI.

Son rôle et ses responsabilités seront définis par le Comité Directeur de l'UCI et le présent Règlement.

Remarque la décision du Comité Directeur de l'UCI datant des 18-19 juin 2009 et définissant le mandat de la Commission médicale de l'UCI est reproduite à l'Annexe 1 de ce Titre 13.

§ 2 Médecin de l'UCI

13.2.02 Le Médecin de l'UCI est un docteur nommé par l'UCI, qui coordonne le travail de sa Commission médicale et en est le porte-parole auprès de l'UCI.

§ 3 Délégué médical de l'UCI

13.2.03 La Commission médicale nommera un Délégué médical pour les Championnats du Monde de son choix. Ce Délégué signera une déclaration de confidentialité dès son acceptation du poste.

13.2.04 Les responsabilités du Délégué médical de l'UCI seront les suivantes.

1. Le cas échéant, observer et apporter des conseils concernant l'application des règles UCI de protection de la santé, ainsi que du Code médical du Mouvement olympique.
2. Se familiariser avec le format du rapport médical que l'organisateur doit remettre à l'UCI, et vérifier que les installations médicales des Championnats du Monde y sont conformes et respectent les règles de l'UCI.
3. Inspecter les installations médicales en compagnie du Médecin-chef (MC) du Comité d'organisation local (COL) la veille de la première séance d'entraînement officielle. Le Délégué procédera à des vérifications régulières au cours de l'épreuve, afin de s'assurer que les installations médicales respectent bien les règles de l'UCI et signaler toute anomalie à l'organisateur et, à titre d'information, au Délégué technique de l'UCI.
4. À la fin de chaque journée, obtenir du Médecin-chef la liste ad hoc des coureurs ayant eu besoin de soins médicaux ainsi que celle des coureurs ayant dû être évacués vers un centre de soins médicaux.
5. Rendre visite aux coureurs qui ont été évacués vers un centre de soins médicaux.
6. Faire office d'interlocuteur pour les médecins d'équipe.
7. Recevoir des informations concernant les coureurs figurant sur la liste des départs et qui souhaitent ne pas participer à la course pour des raisons médicales.
8. Coordonner les projets de recherche sur le terrain entrepris par la Commission médicale.
9. Rédiger un rapport final à l'intention de la Commission médicale concernant les services médicaux du Championnat du Monde en question.

- 13.2.05** Le Médecin officiel de l'UCI se contente de vérifier que les règles de l'UCI sont respectées, et ceci ne transfère pas la responsabilité des services médicaux de l'organisateur vers l'UCI. Les cas d'infraction au règlement seront signalés à l'organisateur, qui prendra les mesures nécessaires et restera entièrement responsable de la sécurité des Championnats du Monde, conformément aux règles de l'UCI ainsi qu'aux termes de l'accord d'organisation.

§ 4 Médecin national

- 13.2.06** Chaque fédération nationale nommera un médecin au poste de Médecin national. Dans la mesure du possible, la fédération nationale nommera un médecin ayant de l'expérience en médecine sportive.
- 13.2.07** Le Médecin national sera au courant et assurera la coordination de toutes les actions de la fédération nationale dans le domaine de la santé et de la médecine.
- 13.2.08** Le Médecin national doit obtenir une licence de l'UCI auprès de la fédération nationale. La fédération nationale l'inscrira auprès de la Commission médicale de l'UCI.
- 13.2.09** Le Médecin national établira des liens et coopérera avec la Commission médicale de l'UCI.

§ 5 Médecins d'équipe

- 13.2.10** Seuls les médecins titulaires d'une licence de médecin d'équipe remise par leur fédération nationale pourront être embauchés ou nommés par les fédérations nationales, les équipes, les sponsors, les clubs, les associations de sport cycliste, ou tout autre organisme de cyclisme, pour dispenser des soins médicaux à leurs coureurs respectifs.
- 13.2.11** Dans ce contexte, soins médicaux signifie des soins médicaux approfondis, notamment dans les domaines suivants : visite médicale des coureurs, vérification qu'ils sont aptes à participer à la compétition, traitement de blessures et maladies dues au sport, prescription de médicaments à prendre pendant une activité sportive et conseils concernant la nutrition et l'entraînement.
- 13.2.12** La licence sera délivrée par la fédération nationale du pays de résidence du médecin. La fédération nationale l'inscrira auprès de la Commission médicale de l'UCI.
- 13.2.13** La fédération nationale fixera les conditions d'obtention d'une licence de médecin sportif.
- Dans tous les cas, la personne concernée devra être titulaire d'un diplôme de médecin reconnu, bénéficier d'une bonne réputation, être autorisée à exercer la médecine sans aucune restriction, et, de préférence, avoir des connaissances dans le domaine de la médecine sportive.
- 13.2.14** Tout accord ou toute pratique liant la rémunération d'un médecin d'équipe à la performance d'un ou plusieurs coureur(s) sont interdits.

13.2.15 L'équipe s'assurera que tous les membres du personnel et contractuels chargés de porter assistance aux coureurs de quelque manière que ce soit consultent le médecin de l'équipe pour tout ce qui risquerait d'avoir un impact sur la santé du coureur.

13.2.16 Outre ses obligations contractuelles envers l'équipe, le rôle et les responsabilités d'un médecin d'équipe incluront :

1. d'avoir pour souci principal de fournir les meilleurs soins médicaux possibles aux coureurs de l'équipe, quels que soient leur niveau et les circonstances, et prévoir le temps et le travail nécessaires à ces fins ;
2. de continuer à se perfectionner dans le domaine de la médecine sportive ;
3. d'acquérir et entretenir des connaissances de base dans le domaine médico-légal, celui du handicap et celui de l'indemnisation des employés ;
4. d'acquérir et entretenir des connaissances approfondies concernant les spécificités athlétiques liées aux disciplines cyclistes des coureurs de l'équipe ;
5. de coordonner le dépistage, les visites médicales et les évaluations avant la participation à une course ;
6. de prévenir et de gérer les blessures et les maladies ;
7. de coordonner la rééducation et le retour à la compétition ;
8. de prévoir une préparation adaptée pour assurer un retour en compétition sans danger à la suite d'une maladie ou d'une blessure ;
9. d'intégrer son expertise médicale à celle d'autres acteurs de la santé ;
10. de prévoir de fournir des informations et des conseils utiles aux coureurs en matière de nutrition, d'entraînement musculaire et de conditionnement, d'ergogènes, de toxicomanie, de substances et méthodes interdites, et d'autres problèmes médicaux pouvant les affecter ;
11. de prévoir de fournir une documentation et une gestion des dossiers médicaux appropriées ;
12. de participer à des sondages et autres initiatives dans le domaine de la santé, destinés à améliorer les soins médicaux en cyclisme ;
13. d'établir et de définir le rôle de toutes les parties au sein de l'équipe et leurs liens entre elles concernant la protection de la santé ;
14. de mettre en place une chaîne hiérarchique au sein de l'équipe pour toutes les questions liées à la santé ;
15. d'informer le coureur, les parents (dans le cas des mineurs), le manager de l'équipe, l'entraîneur et les autres parties concernées en cas d'inquiétude au sujet d'un coureur ;
16. de préparer un plan d'action et de s'entraîner pour faire face en cas d'urgence durant une compétition ou un entraînement ;
17. de s'occuper des questions liées aux fournitures et au matériel médicaux ;
18. de prévoir l'assistance médicale nécessaire lors d'un événement ;
19. d'évaluer les facteurs environnementaux, ainsi que les conditions pour les coureurs.

Les responsabilités du médecin de l'équipe n'annulent et n'affectent pas celles incombant à d'autres personnes en vertu du Règlement de l'UCI.

13.2.17 Tout manquement de la part du médecin d'une équipe aux obligations qui lui incombent en vertu de ce titre 13 du Règlement de l'UCI pourra voir la Commission disciplinaire de l'UCI lui imposer une période de suspension allant de huit jours à un an et/ou une amende comprise entre 500 et 5 000 CHF. En cas de seconde infraction dans les deux ans qui suivent la première, le médecin de l'équipe sera suspendu pendant au moins six mois ou définitivement exclu, et passible d'une amende comprise entre 1 000 et 10 000 CHF.

Le cas échéant, une infraction pourra être classée comme un manquement grave aux bonnes pratiques médicales.

Le dossier pourra en outre être communiqué aux autorités disciplinaires médicales du pays en question.

- 13.2.18** Toute infraction aux articles 13.2.010, 13.2.014 ou 13.2.015 pourra voir la Commission disciplinaire de l'UCI imposer à l'organisme en question une période de suspension allant d'un mois à un an, et/ou une amende comprise entre 1 000 et 10 000 CHF. En cas de seconde ou nouvelle infraction dans les cinq ans qui suivent la première, la pénalité sera une amende comprise entre 2 000 et 20 000 CHF, et/ou une suspension d'au moins six mois ou l'exclusion définitive.
- 13.2.19** Si l'affaire concerne un coureur qui a participé ou participe à des courses inscrites au calendrier international durant l'année de l'infraction, sa fédération nationale devra informer l'UCI avant d'entamer une procédure disciplinaire. L'UCI pourra exiger qu'une procédure disciplinaire soit entamée conformément à son règlement antidopage. Si l'UCI ne fait pas valoir ce droit dans les quinze jours qui suivent la date à laquelle la fédération nationale en question l'a informée de l'affaire, cette dernière pourra entamer la procédure disciplinaire conformément à son propre règlement.

§ 6 Assistants paramédicaux

Définition

- 13.2.20** Le terme « assistant paramédical » signifiera toute personne qui, de façon régulière, à la demande ou à l'initiative directe ou indirecte d'une fédération nationale, d'une équipe, d'un sponsor, d'un club, d'une association de cyclisme, ou de toute autre entité de cyclisme apportera à un coureur n'importe quels soins paramédicaux ou physiques liés à la préparation ou la participation à des courses de cyclisme, notamment en lui administrant — sous la supervision d'un médecin d'équipe — des médicaments ou un traitement en cas de blessure, et des massages.

Licence

- 13.2.21** À l'exception des médecins titulaires d'une licence UCI de médecin d'équipe, personne ne pourra agir en tant qu'assistant paramédical sans licence d'assistant paramédical.
- 13.2.22** La licence d'assistant paramédical sera délivrée par la fédération nationale concernée.
- 13.2.23** Les conditions d'obtention d'une licence d'assistant paramédical seront fixées par les fédérations nationales. Ces conditions doivent faire en sorte que ces licences ne soient délivrées qu'à des personnes capables de fournir une assistance de bonne qualité, respectueuse des impératifs de santé et, le cas échéant, des lois gouvernant l'exercice des professionnels de la santé. Il est souhaitable de n'attribuer de licences qu'à des personnes titulaires d'un diplôme et qui ont continué à se perfectionner dans le domaine des services qu'elles vont devoir fournir aux coureurs, qui ont une connaissance pratique des problèmes médicaux qui affectent les athlètes et connaissent les premiers secours de base pour un événement sportif.

Règles de conduite

- 13.2.24** L'assistant paramédical fournira les meilleurs soins médicaux possible aux coureurs de l'équipe, quels que soient leur niveau et les circonstances, et prévoira le temps et le travail nécessaires à ces fins.
- 13.2.25** L'assistant paramédical acquerra et entretiendra des connaissances approfondies concernant les spécificités athlétiques liées aux disciplines cyclistes des coureurs de l'équipe et continuera à se perfectionner dans ses domaines d'activité.
- 13.2.26** L'assistant paramédical respectera et garantira le respect des impératifs de santé des coureurs, de la déontologie sportive et des règlements de l'UCI et des fédérations nationales. Il sera soumis au secret professionnel et médical.
- 13.2.27** Le comportement de l'assistant paramédical servira de modèle au coureur.
- 13.2.28** L'assistant paramédical fera passer la santé du coureur avant les intérêts éventuels de son équipe, club, sponsor ou équipe nationale qui pourraient nuire à celui-ci. Il s'opposera à la participation d'un coureur à des séances d'entraînement ou à des courses si la protection de la santé et la sécurité de celui-ci ne peuvent pas être garanties. Il jouera un rôle actif dans la prévention des blessures et l'information des athlètes.
- 13.2.29** L'assistant paramédical évitera et luttera contre toute situation et circonstance risquant d'avoir un effet néfaste sur l'intégrité physique et le bien-être psychique du coureur.
- 13.2.30** L'assistant paramédical limitera ses activités aux actes que sa formation et son expérience lui permettent d'exécuter en garantissant leur qualité et leur sécurité.
- 13.2.31** Les soins donnés correspondront aux besoins réels du coureur et aux meilleures pratiques paramédicales. L'assistant paramédical s'abstiendra de procéder à tout traitement expérimental.
- 13.2.32** L'assistant paramédical s'abstiendra de faire quoi que ce soit qui pourrait lui être interdit par les lois de son propre pays ou de celui dans lequel il exerce sa profession.
- 13.2.33** L'assistant paramédical sera tenu de suivre les instructions du médecin lors du traitement d'un coureur malade ou blessé.
- 13.2.34** En particulier, l'assistant paramédical s'abstiendra de participer à des actes et à l'utilisation de méthodes interdits par le règlement antidopage de l'UCI et refusera d'y être impliqué.
- Droits fondamentaux du coureur**
- 13.2.35** L'assistant paramédical ne pourra exécuter aucun acte sur un coureur sans le consentement de ce dernier.
- 13.2.36** L'assistant paramédical informera le coureur de la nature et du but de tout traitement administré, et de ses conséquences.
- 13.2.37** Le coureur sera en droit d'être informé de tout aspect relatif à sa santé ou son état psychique ou physique que l'assistant paramédical aura noté ou fait noter.
- 13.2.38** L'assistant paramédical respectera la vie privée du coureur et, dans ce but, se montrera discret concernant les soins administrés, mise à part son obligation de

divulguer les informations exigées par ou en vertu des règlements de l'UCI et des fédérations nationales, ou d'une disposition légale.

Sanctions

13.2.39 Tout manquement de la part d'un assistant paramédical aux obligations découlant de ce titre 13 du Règlement de l'UCI pourra voir la Commission disciplinaire de l'UCI lui imposer une période de suspension d'au moins huit jours et pouvant aller jusqu'à un an, et/ou une amende d'au moins 500 CHF pouvant aller jusqu'à 5 000 CHF. En cas de seconde infraction dans les deux ans qui suivent la première, l'assistant paramédical sera suspendu pendant au moins six mois ou exclu à vie, et passible d'une amende d'au moins 1 000 CHF et pouvant aller jusqu'à 10 000 CHF.

Le cas échéant, une infraction sera classée comme un manquement grave aux bonnes pratiques professionnelles.

13.2.40 Toute personne, tout club, toute équipe, toute fédération ou tout autre organisme faisant appel aux services d'une personne non titulaire d'une licence d'assistant paramédical ou de médecin pour apporter des soins à un coureur tel que cela est décrit à l'article 13.2.020 sera suspendu(e) pendant une période d'au moins un mois et pouvant aller jusqu'à un an maximum, et/ou sera passible d'une amende d'au moins 750 CHF et pouvant aller jusqu'à 10 000 CHF. En cas de récidive dans les deux ans qui suivent la première infraction, la sanction sera une suspension d'au moins six mois ou l'exclusion définitive et une amende d'au moins 1 500 CHF et pouvant aller jusqu'à 20 000 CHF.

13.2.41 Les sanctions mentionnées à l'article 13.2.040 seront imposées à tout licencié apportant des soins à un coureur tel que cela est défini à l'article 13.2.020, sans licence d'assistant paramédical ou de médecin, ou qui est complice d'une infraction commise par un assistant paramédical, en particulier en incitant ou forçant l'assistant paramédical à commettre des actes enfreignant le présent règlement.

13.2.42 Si les faits se rapportent à un coureur qui, durant l'année pendant laquelle l'infraction a été commise, participe ou a participé à des courses inscrites au calendrier international, la fédération nationale informera l'UCI avant de prendre toute mesure disciplinaire. L'UCI sera alors en droit, dans les quinze jours qui suivent l'avis de la fédération nationale, de demander qu'une procédure disciplinaire soit entamée conformément au règlement antidopage. Si l'UCI ne fait pas valoir ce droit, la procédure disciplinaire se déroulera conformément au règlement de la fédération nationale en question.

Chapitre III PROTÉGER ET FAVORISER LA BONNE SANTÉ DES COUREURS

§ 1 Règles générales

13.3.01 Chaque coureur prendra soin de sa propre forme physique et prêtera attention aux risques pouvant menacer sa santé et sa sécurité.

13.3.02 Chaque équipe participant à des épreuves de cyclisme s'assurera constamment et systématiquement que ses membres sont en assez bonne forme pour pratiquer le cyclisme.

Elle s'assurera également que ses membres pratiquent le sport dans de bonnes conditions de sécurité. Elle veillera en particulier à ce qu'un coureur soit en bonne santé lorsqu'il se remet à la compétition après une absence.

13.3.03 Lors d'une épreuve de cyclisme, il incombe à l'équipe ou au médecin de la course, s'il y en a un, de déterminer si un coureur blessé peut continuer ou reprendre la course. Cette décision ne pourra pas être déléguée à un autre professionnel ou membre du personnel. La priorité doit toujours être donnée à la protection de la santé et de la sécurité du coureur. Le résultat potentiel de la compétition ne doit jamais influencer ces décisions.

Si l'opinion du médecin de l'équipe diffère de celle du médecin de la course lorsqu'il s'agit de décider si un coureur peut continuer ou reprendre la course, ce dernier ne pourra ni la continuer ni la reprendre.

13.3.04 Outre le suivi médical prévu par ce Règlement UCI, les fédérations nationales auront toute liberté d'action concernant la protection de la santé et le suivi médical de leurs licenciés.

Une visite médicale avant de prendre part à une compétition est recommandée pour les athlètes de haut niveau. Elle devrait être effectuée sous la responsabilité d'un médecin spécialisé.

13.3.05 Durant les courses inscrites au calendrier international, aucuns contrôles autres que ceux imposés en vertu du Règlement UCI ne pourront être organisés ou acceptés. Ceci sera valable pour la « période de compétition » de chaque course telle qu'elle est définie dans le règlement antidopage de l'UCI.

13.3.06 Chaque équipe UCI WorldTeam et chaque équipe UCI ProTeam nommera un médecin, de préférence spécialiste de la médecine du sport, au poste de médecin de son équipe. Les autres équipes enregistrées auprès de l'UCI s'efforceront de nommer un médecin, de préférence spécialiste de médecine du sport, au poste de médecin de leur équipe.

§ 2 Suivi médical des équipes UCI WorldTeams et UCI ProTeams

Généralités

13.3.07 Cette partie concerne les équipes UCI WorldTeams et UCI ProTeams.

- 13.3.08** Aux fins stipulées à l'article 13.3.002, l'équipe mettra en place et en œuvre un programme de prévention et de sécurité comprenant au minimum la liste des examens exigés et les mesures de prévention des risques formulées ci-dessous.
- 13.3.09** Le manager de l'équipe sera chargé d'organiser et de mettre en œuvre ce programme. Le médecin de l'équipe sera responsable des questions médicales.
- 13.3.10** L'équipe n'obligera pas un coureur à, ni lui permettra de participer à des épreuves de cyclisme si le médecin de l'équipe ne le considère pas apte à le faire, ou si elle l'apprend de toute autre manière que ce soit.
- 13.3.11** Si le médecin de l'équipe découvre un fait quelconque qui, à son avis, signifie que le coureur n'est pas apte (même temporairement) à participer à des épreuves de cyclisme, il le déclarera inapte et en informera le manager de l'équipe. La période durant laquelle un coureur sera considéré comme inapte sera déterminée par le médecin de l'équipe. Cette décision ainsi que la déclaration d'inaptitude seront consignées par écrit et ajoutées au dossier médical du coureur.
- 13.3.12** L'équipe et le médecin de l'équipe aideront le coureur à se faire soigner.
- 13.3.13** Pour les compétitions durant trois jours ou plus, l'équipe doit obligatoirement avoir un docteur présent pendant toute la durée de l'épreuve.
- 13.3.14** Les médecins d'équipe feront part à la Commission médicale de l'UCI des risques observés ainsi que de toute information ou suggestion pouvant être utiles au sport cycliste en matière de protection de la santé, de médecine et de prévention.

Examens

- 13.3.15** Les coureurs doivent se soumettre aux examens médicaux énumérés dans le « Programme d'examens obligatoires dans le cadre du suivi médical UCI » élaboré par la Commission médicale.
- Ce programme formulera également les procédures de mise en œuvre de cette partie du règlement. Le programme est obligatoire pour les parties concernées, au même titre que ce règlement, et entraîne les mêmes sanctions.
- Le programme et ses amendements entreront en vigueur dès le moment où les équipes en seront avisées.
- 13.3.16** Lorsqu'un coureur entre dans une équipe pour la première fois, le programme d'examens obligatoires doit comprendre un bilan médical. Par la suite, les visites médicales auront lieu tous les deux ans, tous les ans et tous les trimestres comme cela est prévu dans le tableau figurant dans le programme.
- 13.3.17** Chaque visite médicale comprendra un examen physique effectué par un docteur ayant, de préférence, de l'expérience dans le domaine de la médecine sportive, ainsi que les examens spéciaux stipulés dans le programme.
- 13.3.18** Les examens seront effectués de manière à ce que les résultats soient connus avant la fin de la période durant laquelle ils doivent être réalisés et puissent former la base de l'évaluation de l'aptitude du coureur à s'entraîner ou à participer à des compétitions.
- 13.3.19** Les examens obligatoires seront effectués aux frais de l'équipe.

Dossier médical

- 13.3.20** Le médecin d'une équipe aura un dossier médical pour chacun de ses coureurs.
- 13.3.21** Ce dossier médical contiendra tous les résultats d'examens devant être effectués pour le coureur en question en vertu des dispositions du présent règlement, ainsi que toute autre information utile concernant la santé du coureur, qui y sera ajoutée avec son consentement.
- 13.3.22** Le dossier médical appartient au coureur, mais doit être conservé par le médecin de son équipe.
- 13.3.23** Sans préjudice du droit de vérification de la Commission médicale de l'UCI en vertu de l'article 13.3.028, seuls le coureur et le médecin de son équipe auront accès au dossier médical.
- 13.3.24** Le médecin de l'équipe, et si besoin est, la Commission médicale de l'UCI traiteront les résultats des examens comme des informations confidentielles, sans préjudice de l'obligation incombant au médecin de l'équipe de déclarer, le cas échéant, qu'un coureur est inapte à s'entraîner ou à participer à une compétition.
- 13.3.25** Le dossier médical sera remis au coureur lorsqu'il quittera l'équipe. Le coureur le remettra au médecin de sa nouvelle équipe.
- 13.3.26** Tout document datant de dix ans ou plus sera supprimé du dossier médical.

Contrôles

- 13.3.27** Après chaque examen, le médecin de l'équipe soumettra une déclaration à la Commission médicale de l'UCI, conforme au modèle rédigé par cette dernière, mentionnant les examens effectués pour chaque coureur. La Commission médicale de l'UCI devra recevoir cette déclaration au plus tard le 15 du mois suivant celui durant lequel les examens ont été effectués.
- 13.3.28** À la demande de la Commission médicale de l'UCI, et dans les délais et selon les procédures qu'elle aura fixés, le médecin de l'équipe lui fournira la preuve que les examens obligatoires prévus par le présent règlement ont bien été effectués, ainsi que les explications et informations demandées.
- 13.3.29** La Commission médicale de l'UCI s'assurera qu'aucun de ses membres ou aucune autre personne n'ont accès aux informations médicales des coureurs exceptés ses docteurs ou le médecin de l'UCI.

Sanctions

- 13.3.30** En cas d'infraction aux règles formulées dans cette partie, la Commission disciplinaire de l'UCI pourra imposer les sanctions suivantes :
- à l'équipe : une suspension allant de huit jours à six mois et/ou une amende comprise entre 1 000 et 10 000 CHF ; en cas d'infraction à l'article 13.3.027, l'équipe recevra une amende de 500 CHF par coureur et par semaine de retard ;
- au coureur : une suspension allant de huit jours à trois mois et/ou une amende comprise entre 100 et 1 000 CHF ;
- au médecin de l'équipe : ce que prévoit l'article 13.2.017 ;

au manager de l'équipe : une suspension allant de huit jours à dix ans et/ou une amende comprise entre 500 et 10 000 CHF. En cas de nouvelle infraction commise dans les deux ans qui suivent la première, un minimum de six mois de suspension ou l'exclusion définitive, et une amende comprise entre 1 000 et 10 000 CHF.

§ 3 Suivi médical dans les disciplines Route Femmes, Mountain Bike (cross-country), Piste et BMX

13.3.31 Cette partie concerne les disciplines suivantes : Route Femmes, Mountain Bike (cross-country), Piste et BMX.

Les coureurs et coureuses suivants doivent se soumettre au programme de suivi médical.

1. Équipes Femmes UCI
2. Mountain Bike (cross-country) : les 100 premiers hommes et les 40 premières femmes au classement individuel de l'UCI, format olympique, au 31 décembre de l'année précédente
3. Piste : les 100 premiers hommes et les 40 premières femmes au classement individuel de l'UCI au 31 décembre de l'année précédente
4. BMX : les 50 premiers hommes et les 20 premières femmes au classement individuel de l'UCI au 31 décembre de l'année précédente

Généralités

13.3.32 La fédération nationale du coureur/de la coureuse mettra en place et en œuvre un programme de prévention et de sécurité comprenant au minimum la liste des examens exigés formulée ci-dessous.

13.3.33 La fédération nationale sera chargée d'organiser et de mettre en œuvre ce programme. Si l'équipe n'a pas de médecin attitré, le médecin national ou le médecin nommé par la fédération nationale (le « médecin responsable ») sera responsable des questions médicales. Ce médecin sera titulaire d'une licence de médecin d'équipe.

13.3.34 La fédération nationale ou l'équipe d'un coureur/d'une coureuse ne l'obligera pas à, ni lui permettra de participer à des épreuves de cyclisme si le conseiller médical l'a considéré(e) inapte, ou si elle l'apprend de toute autre manière que ce soit.

13.3.35 Si le médecin responsable découvre un fait quelconque qui, à son avis, signifie que le coureur/la coureuse est inapte (même temporairement) à participer à des épreuves de cyclisme, il le/la déclarera inapte et en informera son équipe ou son club. La période durant laquelle un coureur/une coureuse sera considéré(e) comme inapte sera déterminée par le médecin responsable. Cette décision, ainsi que la déclaration d'inaptitude seront consignées par écrit et ajoutées au dossier médical du coureur/de la coureuse.

13.3.36 La fédération nationale et le docteur responsable aideront le coureur/la coureuse à se faire soigner.

Examens

13.3.37 Les coureurs/coureuses mentionnés à l'article 13.3.031 doivent se soumettre aux examens médicaux énumérés dans le « Programme d'examens obligatoires dans le

cadre du suivi médical UCI » pour les disciplines Route Femmes, Mountain Bike (cross-country), Piste et BMX, élaboré par la Commission médicale de l'UCI.

Ce programme formulera également les procédures de mise en œuvre de cette partie du règlement. Le programme est obligatoire pour les parties concernées, au même titre que ce règlement, et entraîne les mêmes sanctions.

Le programme et ses amendements entrent en vigueur dès l'instant où ils sont communiqués à la fédération nationale.

13.3.38 Le programme d'examens obligatoires doit comprendre un bilan médical dès lors que la licence est demandée. Par la suite, les visites médicales auront lieu comme cela est prévu dans le tableau figurant dans le programme.

13.3.39 Dans le cadre du suivi médical, chaque visite médicale comprendra un examen physique effectué par un docteur ayant, de préférence, de l'expérience dans le domaine de la médecine sportive, ainsi que les examens spéciaux stipulés dans le programme.

13.3.40 Les examens seront effectués de manière à ce que leurs résultats soient connus avant la fin de la période durant laquelle ils doivent être réalisés et puissent former la base de l'évaluation de l'aptitude du coureur/de la coureuse à s'entraîner ou à participer à des compétitions.

13.3.41 Les examens obligatoires seront effectués aux frais de l'équipe (pour les coureurs/coureuses faisant partie d'une équipe enregistrée) ou de la fédération nationale.

Dossier médical

13.3.42 Le médecin responsable aura un dossier médical pour chaque coureur/coureuse.

13.3.43 Le dossier médical contiendra tous les résultats d'examens devant être effectués pour le coureur/la coureuse en question en vertu des dispositions du présent règlement, ainsi que toute autre information utile concernant la santé du coureur/de la coureuse, qui y sera ajoutée avec son consentement.

13.3.44 Le dossier médical appartient au coureur/à la coureuse, mais doit être conservé par le médecin responsable.

13.3.45 Sans préjudice du droit de vérification de la Commission médicale de l'UCI en vertu de l'article 13.3.049, seuls le coureur/la coureuse et le médecin responsable auront accès au dossier médical.

13.3.46 Le médecin responsable, et si besoin est, la Commission médicale de l'UCI traiteront les résultats des examens comme des informations confidentielles, sans préjudice de l'obligation incombant au médecin responsable de déclarer, le cas échéant, qu'un coureur/une coureuse est inapte.

13.3.47 Le dossier médical sera remis au coureur/à la coureuse lorsque celui-ci/celle-ci cessera d'être licencié(e) de la fédération nationale en question.

13.3.48 Tout document datant de dix ans ou plus sera supprimé du dossier médical.

Contrôles

13.3.49 À la demande de la Commission médicale de l'UCI, et dans les délais et selon les procédures qu'elle aura fixés, le médecin responsable lui fournira les résultats des examens, ainsi que les explications et informations demandées.

13.3.50 La Commission médicale de l'UCI s'assurera qu'aucun de ses membres ou aucune autre personne n'ont accès aux informations médicales des coureurs/coureuses exceptés ses docteurs ou le médecin de l'UCI.

Sanctions

13.3.51 En cas d'infraction au règlement formulé dans cette partie, la Commission disciplinaire de l'UCI pourra imposer les sanctions suivantes :

1. à l'équipe ou la fédération nationale : une amende allant de 1 000 à 10 000 CHF en cas d'infraction à l'article 13.3.037 ; la fédération nationale recevra une amende de 500 CHF par coureur/coureuse par semaine de retard ;
2. au coureur/à la coureuse : une suspension allant de huit jours à trois mois et/ou une amende comprise entre 100 et 1 000 CHF ;
3. au médecin responsable : ce que prévoit l'article 13.2.017 ;
4. au manager de l'équipe du coureur/de la coureuse, selon le cas : une suspension allant de huit jours à dix ans et/ou une amende comprise entre 500 et 10 000 CHF. En cas de nouvelle infraction commise dans les deux ans qui suivent la première, un minimum de six mois de suspension ou l'exclusion définitive et une amende comprise entre 1 000 et 10 000 CHF.

§ 4 Interdiction d'injection

Remarque : ce paragraphe a pour but d'interdire l'injection de médicaments ou de substances ne portant pas d'indication médicale précise (c.-à-d. vitamines, enzymes, cofacteurs, sucres, acides aminés, protéines, antioxydants, etc.). Il concerne particulièrement les injections destinées à améliorer et accélérer la convalescence ou à combattre la fatigue.

13.3.52 L'injection de toute substance sur une partie quelconque du corps d'un coureur est interdite à moins que toutes les conditions suivantes soient réunies :

1. l'injection doit être justifiée d'après les meilleures pratiques médicales professionnelles. Ce processus de justification inclut un examen médical effectué par un médecin agréé ainsi qu'un diagnostic, les médicaments prescrits et la précision d'une voie d'administration correctement documentés ;
2. il n'existe aucun autre traitement possible sans injection ;
3. la raison de l'injection doit correspondre aux indications thérapeutiques approuvées par le fabricant pour le médicament en question ;
4. l'injection doit être administrée par un professionnel de la médecine agréé, sauf si la pratique normale est que le patient souffrant d'une maladie nécessitant des injections fasse ses piqûres lui-même (comme dans le cas du diabète) ;
5. l'injection doit être signalée immédiatement, et par écrit dans les 24 heures, au médecin de l'UCI (par email [medical@uci.ch]), sauf :
 - a. pour les coureurs détenant une AUT valide ;
 - b. pour vaccination

- c. si l'injection est administrée dans le cadre d'un traitement hospitalier ou d'un examen clinique ;
- d. si la pratique normale est que le patient souffrant d'une maladie nécessitant des injections fasse ses piqûres lui-même.

Le rapport doit être rédigé par un docteur ayant examiné le coureur, et doit confirmer notamment qu'il a procédé à un examen physique, et préciser le diagnostic, les médicaments prescrits et la voie d'administration. Le cas échéant, il contiendra également l'ordonnance mentionnée à l'article 13.1.065.

Remarque concernant le paragraphe 5 : le docteur peut envoyer le rapport au coureur. Le coureur est responsable de l'envoi du rapport.

13.3.53 L'interdiction prévue à l'article 13.3.052 concerne toute substance injectée, qu'elle soit endogène ou exogène, et qu'elle soit interdite en vertu du règlement antidopage de l'UCI ou non.

13.3.54 L'interdiction prévue à l'article 13.3.052 concerne tout type d'injection : intraveineuse, intramusculaire, intra-articulaire, périarticulaire, péri-tendineuse, épidurale, intradermique, sous-cutanée, etc.

13.3.55 En cas d'injection locale de glucocorticostéroïde, qui est également soumis au règlement antidopage de l'UCI et figure sur la liste des substances interdites, le coureur doit se reposer et est exclu de la compétition pendant huit jours.

Le médecin qui a prescrit l'injection prescrira ce repos par écrit au coureur et ajoutera une copie de cette ordonnance signée de sa main et de celle du coureur à la documentation mentionnée à l'article 13.3.052.1.

Le médecin prescripteur ou le médecin d'équipe procédera à un contrôle du cortisol sanguin juste avant la reprise éventuelle de la compétition. Le dosage du cortisol sera effectué au mieux par une méthode de spectrométrie de masse.

Les résultats de ce dosage et la décision d'aptitude médicale à la reprise de la compétition seront adressés par le médecin d'équipe au directeur médical de l'UCI selon les mêmes modalités que celles précisées à l'article 13.3.052.5.

13.3.56 Si la substance injectée est une substance interdite, il faudra également une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT), en plus des exigences stipulées aux articles 13.3.052 et 13.3.055 ; la procédure prévue à l'article 4 du règlement antidopage de l'UCI doit également être suivie.

13.3.57 En cas d'infraction à l'article 13.3.052, la Commission disciplinaire de l'UCI pourra imposer les sanctions suivantes : une suspension allant de huit jours à six mois et/ou une amende comprise entre 1 000 et 10 000 CHF ; si une seconde infraction est commise dans les deux ans qui suivent la première : un minimum de six mois de suspension ou l'exclusion à vie, et une amende comprise entre 10 000 et 200 000 CHF.

Les sanctions concerneront tout licencié s'il est découvert qu'il a commis une telle infraction ou en a été complice, sous réserve de l'application de l'article 1.1.086 ;

13.3.58 Outre les sanctions stipulées à l'article 13.3.057, ce qui suit sera également appliqué :

1. en cas d'infraction à l'article 13.3.055, l'ensemble des résultats obtenus par un coureur dans les 48 heures qui suivent fera l'objet d'une disqualification.
2. En cas d'infraction à l'article 13.3.052 lors d'une course, le/les licencié(s) concerné(s) et, le cas échéant, l'ensemble de l'équipe du/des licencié(s) fautif(s) pourront être exclus de la course ; à cet égard, la possession d'objets utilisés ou pouvant l'être pour administrer une injection seront présumés être la preuve qu'une infraction à l'article 13.3.052 a été commise, sauf si ces objets sont en la possession d'un docteur ayant rédigé le rapport mentionné à l'article 13.3.052.5 et sont couverts par ce rapport, et exceptés les objets pouvant raisonnablement être en la possession d'un docteur. L'exclusion pourra être décidée par le président du Collège des commissaires après avoir donné aux personnes concernées la possibilité de s'exprimer, ou par le président de la Commission disciplinaire de l'UCI sur les bases des informations fournies par le président du Collège des commissaires.

13.3.59 Pour les courses par étapes, les procédures disciplinaires pourront être accélérées et se dérouler comme le décidera le président de la Commission disciplinaire de l'UCI.

13.3.60 L'élimination de tout matériel utilisé pour une injection sera conforme à des normes de sécurité reconnues.

§ 5 Diagnostic et retour en compétition après une commotion cérébrale

13.3.61 Tous les médecins et assistants paramédicaux membres d'une équipe, ou impliqués dans le soutien médical d'une compétition cycliste doivent avoir pris connaissance et être en capacité de mettre en œuvre le « Consensus sur les commotions cérébrales survenant en cyclisme », ainsi que « l'outil d'évaluation des commotions cérébrales dans le sport » (SCAT5), disponibles sur le site internet de l'UCI.

13.3.62 Conformément au « Consensus sur les commotions cérébrales survenant en cyclisme » :

- l'évaluation clinique devra être conforme aux procédures reportées dans « l'outil d'évaluation des commotions cérébrales dans le sport » (SCAT5), dans tous les cas où les médecins disposent du temps suffisant pour réaliser un examen standardisé (10 min minimum) ; et
- dans tous les autres cas, et en particulier lors d'une épreuve qui suit son cours, un examen clinique initial est nécessaire sur le bord du parcours, conformément aux procédures reportées dans le « Consensus sur les commotions cérébrales survenant en cyclisme ».

13.3.63 Tous les coureurs et les personnels d'encadrement non-professionnels de santé des équipes doivent avoir pris connaissance du « Guide de poche » qui rappelle les principaux signes de suspicion de commotion cérébrale. Ce guide est disponible sur le site internet de l'UCI.

Lorsqu'un non professionnel de santé identifie des signes de suspicion de commotion cérébrale, il a une obligation d'en référer à un médecin. Ce dernier doit procéder à une évaluation clinique telle que décrite dans le « Consensus sur les commotions cérébrales survenant en cyclisme ».

Lorsqu'un médecin confirme des soupçons de commotion cérébrale, suite à une évaluation clinique, celui-ci doit immédiatement retirer le coureur de la compétition ou de l'entraînement. Le coureur doit alors être soumis de toute urgence à des examens médicaux complémentaires adaptés.

Afin d'améliorer la sensibilité des tests réalisés au cours de l'examen d'urgence sur le bord du parcours d'une épreuve, surtout lorsque celle-ci n'est pas interrompue, l'UCI recommande de pratiquer une évaluation de base (en avant-saison) des examens extraits de l'outil d'évaluation des commotions cérébrales dans le sport (SCAT5),

- équilibre en position pieds joints, tête en arrière,
- rappel immédiat de 10 mots,
- chiffres inversés.

13.3.64 Toute commotion cérébrale médicalement confirmée doit être signalée par écrit dans les 24 heures, au médecin de l'UCI (par email [medical@uci.ch]) en utilisant le document de déclaration disponible sur le site internet de l'UCI.

13.3.65 Chez les coureurs adultes, la phase de repos (absence de compétition et d'entraînement) suite à une commotion cérébrale confirmée doit être d'une durée minimale de 7 jours. Aucun retour à la compétition avant cette période de 7 jours ne peut être envisagée.
Chez les coureurs juniors, la période de repos est d'au minimum de 2 semaines.

Chapitre IV SERVICES MÉDICAUX LORS DES ÉPREUVES

§ 1 Règles générales

- 13.4.01** Le souci principal d'un organisateur d'épreuve de cyclisme sera la protection de la santé et de la sécurité de toutes les personnes concernées par l'événement.
- 13.4.02** L'organisateur d'une épreuve de cyclisme sera chargé de la mise en place et du bon fonctionnement des services médicaux de l'événement, de façon à fournir des soins aux coureurs, aux dirigeants, au personnel des équipes ainsi qu'à celui chargé de l'organisation, aux journalistes et à toute autre personne accréditée qui seraient victimes d'une blessure ou tomberaient malades durant l'épreuve.
- 13.4.03** L'organisateur veillera à ce que l'assistance médicale fournie lors de son épreuve de cyclisme soit du meilleur niveau possible et efficace à tous égards, compte tenu du fait que tout retard, toute erreur ou indécision risquent d'avoir des conséquences graves.
- 13.4.04** La disponibilité des soins médicaux sera immédiate en cas d'accident ou d'apparition de symptômes (premier délai d'intervention). L'objectif premier sera de fournir les meilleurs soins possibles afin de stabiliser l'état de la personne concernée et, si besoin est, de l'évacuer sous les plus brefs délais vers un hôpital approprié.
- 13.4.05** L'organisateur devra, au minimum, nommer un ou plusieurs médecins chargés des soins médicaux sur place, et fournir une ou plusieurs ambulances. Le reste des services médicaux dépendront de tous les facteurs pertinents, notamment, mais sans s'y limiter :
1. la discipline, la taille et le niveau de l'épreuve,
 2. le nombre prévu de concurrents, de membres du personnel logistique et de spectateurs,
 3. les caractéristiques géographiques, topographiques et environnementales, et
 4. les lois et pratiques professionnelles locales.
- 13.4.06** L'organisateur veillera à ce que les prestataires de services médicaux soient titulaires des licences et autorisations professionnelles requises, notamment pour les véhicules qu'ils conduisent.
- 13.4.07** Les services médicaux prévus sur place seront opérationnels au moins une heure avant le départ de chaque compétition ou le début d'une séance officielle d'entraînement, et sans interruption jusqu'à une heure après que le dernier coureur ait terminé.
- 13.4.08** En dehors des horaires mentionnés à l'article 13.4.007, un service disponible 24 h/24 sera assuré par au moins un assistant paramédical de garde auquel on pourra demander de trouver une assistance médicale adaptée, et qui parlera couramment l'anglais ou le français.
- 13.4.09** Avant le départ de l'épreuve, l'organisateur doit mettre à la disposition des équipes participantes ainsi que de tous les membres du personnel médical et organisateur, un document contenant un plan des postes médicaux sur le terrain, le nom et le numéro de téléphone des membres du personnel médical sur place et des hôpitaux à contacter s'il faut évacuer un blessé.

13.4.10 L'organisateur fournira également un service médical indépendant réservé au public, conforme à la législation locale et adapté à l'ampleur de la foule attendue.

13.4.11 La responsabilité des services médicaux incombera à l'organisateur et aucunement à l'UCI.

Les contrôles qui pourront éventuellement être effectués par ou pour le compte de l'UCI se limitent à vérifier que les règles de l'UCI sont respectées, et ceci ne transfère pas la responsabilité des services médicaux de l'organisateur vers l'UCI. L'organisateur demeure exclusivement responsable de la sécurité de son épreuve.

§ 2 Championnats du Monde UCI, épreuves de Coupe du Monde UCI et épreuves du UCI World Tour

13.4.12 Les règles de ce § 2 concernent les Championnats du Monde UCI, les épreuves de Coupe du Monde UCI, UCI World Tour, UCI Women's WorldTour et les épreuves UCI ProSeries.

13.4.13 Le Comité d'organisation local (COL) mettra en place, au minimum, les ressources spécifiées ci-dessous. Les lois locales et/ou des circonstances propres à l'épreuve pourront nécessiter des ressources supplémentaires.

Ressources humaines

13.4.14 Le COL nommera au poste de Médecin-chef (MC) un docteur possédant des connaissances en médecine sportive, et si possible de l'expérience dans la discipline de l'épreuve en question. Le MC assumera le rôle de coordinateur général des services médicaux de l'épreuve.

13.4.15 Le COL fournira également au MC l'aide suivante :

1. un médecin adjoint (deux pour les courses sur route), ayant de préférence une formation en médecine sportive, en médecine d'urgence ou en traumatologie, ou encore spécialisé(s) en anesthésiologie, et titulaire(s) d'un diplôme de soins avancés de réanimation traumatologique (ATLS) ;
2. à chaque poste de secours, une équipe médicale composée d'un médecin, d'un assistant paramédical et d'un bénévole ;
3. dans chaque ambulance, un infirmier détenteur de la qualification nationale professionnelle la plus élevée dans le domaine des soins avancés de réanimation (ALS) et un assistant paramédical ;
4. pour chaque ambulance, un conducteur titulaire de la qualification nationale la plus élevée en matière de transport ambulancier ;
5. pour les courses sur route, dans la voiture du médecin, un conducteur expérimenté à conduire durant une course cycliste.

13.4.16 Le personnel médical devra porter des vêtements facilement identifiables. Les médecins revêtiront une veste spéciale portant le mot « Médecin ».

13.4.17 Tous les médecins, et dans la mesure du possible tous les autres membres du personnel médical parleront couramment l'anglais ou le français.

Matériel

A. Véhicules

13.4.18 Le COL fournira :

1. pour les courses sur route, une voiture, de préférence de type cabriolet,

- destinée au médecin assurant les premiers secours en cas d'accident et chargé des soins d'urgence ;
2. au moins trois ambulances destinées à venir en aide aux accidentés et équipées de matériel de réanimation cardio-pulmonaire d'urgence et de soins avancés de réanimation ; au minimum une ambulance doit être disponible à tout moment lorsque l'autre/les autres ambulance(s) est/sont en service ;
 3. selon la nature de l'épreuve, la proximité des hôpitaux et l'accessibilité des voies d'évacuation, les véhicules suivants seront également fournis :
 - a) des véhicules capables de transporter un blessé sur un brancard dans des conditions raisonnables sur des routes ou chemins difficiles
 - b) une moto conçue pour permettre d'apporter rapidement de l'aide à un patient lorsqu'il est difficile de l'atteindre en voiture (routes étroites, foule sur la route, etc.) ;
 - c) si l'évacuation d'un blessé par ambulance risque de mettre plus de 30 min (trente minutes), un hélicoptère médicalisé doit être disponible, situé le plus près possible et permettre de transporter un patient sur un brancard, afin de minimiser le second temps d'intervention ; une aire doit être prévue près du site de compétition pour permettre à un hélicoptère d'atterrir ;
 - d) d'autres moyens de transport et de secours adaptés à la topographie du site de compétition : secouristes de haute montagne, quads, etc.

B. Matériel médical

- 13.4.19** Le COL fournira tout le matériel médical de l'épreuve et le placera sous la responsabilité du MC ; ce matériel comprendra, au minimum, les équipements décrits à l'Annexe 2.

C. Communications

- 13.4.20** Tous les véhicules, postes et unités du service médical doivent être interconnectés par un système radio professionnel utilisant un canal de fréquence spécial, exclusivement réservé au service médical. Le système radio doit également être réglé sur le canal de fréquence des commissaires et de l'organisateur.
- 13.4.21** Tous les membres du personnel médical doivent être équipés d'émetteurs-récepteurs radio, ainsi que de téléphones portables à utiliser en cas de mauvais fonctionnement de leur dispositif radio.
- 13.4.22** L'ensemble du personnel médical doit être en possession de la liste des centres médicaux d'urgence et des hôpitaux vers lesquels les blessés peuvent être évacués si besoin est, ainsi que des numéros de téléphone des services de secours pertinents.

Le MC, au minimum, doit être capable de contacter directement la direction de ces services de secours.

Répartition sur le terrain

A. Courses sur route

- 13.4.23** Si les conditions sont normales, les services médicaux sont répartis de la façon suivante à l'échelon course :
1. la voiture transportant le MC ou le médecin adjoint et un assistant paramédical prend place derrière celle du président du Collège des commissaires ;
 2. la première ambulance reste derrière les voitures des managers d'équipe, avec le peloton principal ; les ambulances restantes restent en queue de course, à proximité de la voiture-balai ; un des médecins adjoints doit se trouver dans l'une de ces deux ambulances ;

3. si une moto est disponible, elle transportera le second médecin adjoint et s'occupera des échappés dans les étapes de plaine, mais restera disponible sur l'ensemble du parcours dans les étapes de montagne.

13.4.24 Si certaines sections du parcours présentent des difficultés techniques susceptibles d'engendrer des chutes, l'organisateur fournira à tous les membres du personnel médical un plan du parcours indiquant précisément ces sections et les voies d'accès des ambulances ainsi que les voies d'évacuation.

Un poste de secours sera déployé dans les environs de chacune de ces sections afin de permettre une intervention rapide en cas d'urgence.

13.4.25 Si le parcours forme un circuit, un poste médical central sera également mis en place au niveau de la ligne de départ/d'arrivée.

B. Autres disciplines

13.4.26 L'organisateur fournira un poste médical central sous une structure permanente ou temporaire, assez grand pour abriter le personnel médical et son matériel et administrer des soins aux malades ou blessés quelle que soit la gravité de leur état. Le poste médical central sera situé dans la zone de départ-arrivée pour les épreuves de mountain bike et cyclo-cross, contiguë au site de compétition pour les épreuves de BMX, de trial et en salle, et dans le vélodrome pour les épreuves sur piste.

Son emplacement offrira de bonnes possibilités d'accès et d'évacuation.

13.4.27 Si certaines sections d'une course de mountain bike ou de cyclo-cross présentent des difficultés techniques susceptibles d'engendrer des chutes, l'organisateur fournira à tous les membres du personnel médical un plan du parcours indiquant précisément ces sections et les voies d'accès des ambulances ainsi que les voies d'évacuation.

Un poste de secours sera déployé dans les environs de chacune de ces sections afin de permettre une intervention rapide en cas d'urgence.

Au moins un médecin devrait également être rapidement disponible et capable de se déplacer entre les différentes sections.

13.4.28 Pour les épreuves sur piste, un poste de secours sera déployé au centre de la piste, afin de permettre une intervention rapide en cas d'urgence.

13.4.29 Pour les épreuves de BMX, le personnel médical sera en poste au bord du parcours, aux endroits où les chutes sont les plus probables.

C. Règle spéciale pour les Championnats du Monde UCI

13.4.30 Le COL d'un Championnat du Monde soumettra le plan des services médicaux à l'approbation préalable de la Commission médicale de l'UCI à l'aide du formulaire de rapport médical UCI.

L'organisateur enverra ce formulaire de rapport médical à l'UCI par courrier électronique [medical@uci.ch] au moins trois mois avant le début de l'épreuve.

13.4.31 Le Délégué médical de l'UCI désigné pour les Championnats du Monde en question inspectera les installations médicales en compagnie du Médecin-chef, comme cela est stipulé à l'article 13.2.004.

Chapitre V REGLES D'ELIGIBILITE POUR LES ATHLETES TRANSGENRES

§ 1 Introduction

13.5.01 L'Union Cycliste Internationale (UCI), en tant que fédération internationale responsable de la gouvernance et de la réglementation mondiale du Cyclisme, a adopté le présent Règlement sur l'éligibilité des athlètes transgenres (ci-après, le « **Règlement sur les athlètes transgenres** ») pour la participation des athlètes transgenres au cyclisme, dans la catégorie de compétition et de classification correspondant à leur identité de genre, et ce conformément aux dispositions suivantes :

1. L'UCI entend assurer l'égalité des opportunités à tous les athlètes en matière de participation et d'excellence sportive, et leur garantir des conditions de compétition justes et pertinentes, afin de les motiver pour qu'ils fassent preuve de l'engagement et des sacrifices nécessaires pour exceller dans le sport, et inciter les nouvelles générations à rejoindre ce sport et à aspirer à la même excellence.
2. Compte tenu des différences significatives entre les sexes en matière de performance sportive qui se manifestent à partir de la puberté, la seule manière d'atteindre les objectifs susvisés est de conserver des classifications (catégories de compétition) distinctes pour les athlètes féminins et les athlètes masculins. Cette différence est à mettre sur le compte des avantages physiques dont jouissent les athlètes masculins grâce à la production par les testicules de taux de testostérone sérique beaucoup plus élevés que ce que produisent les ovaires des athlètes féminins à partir de la puberté.
3. L'UCI reconnaît que les athlètes transgenres peuvent souhaiter participer à des compétitions cyclistes dans une catégorie et une classification correspondant à leur identité de genre. L'UCI respecte la dignité de tous, notamment la dignité des athlètes transgenres. En outre, l'UCI souhaite rendre le sport cycliste aussi inclusif que possible et offrir à tous un accès clair à ce sport. Par conséquent, elle souhaite imposer des conditions de participation se limitant au strict nécessaire afin de tenir la promesse d'une compétition juste et pertinente au plus haut niveau de ce sport.
4. Ce Règlement sur les athlètes transgenres vise uniquement à atteindre la série d'objectifs susmentionnés. Il n'est en aucun cas destiné à porter un jugement ou à remettre en question l'identité de genre de l'athlète. Au contraire, la dignité et la vie privée des athlètes transgenres doivent être respectées et préservées. Par conséquent, tous les dossiers présentés en vertu du présent Règlement sur les athlètes transgenres doivent être traités et résolus de manière confidentielle, en tenant compte du caractère sensible de ces questions.

13.5.02 Le présent Règlement sur les athlètes transgenres est le reflet d'un large consensus médical, scientifique et juridique quant à l'approche requise pour satisfaire aux impératifs susmentionnés. Il se base sur un dialogue et des discussions entre experts médicaux, médecins du sport, conseillers juridiques, experts des droits de l'homme et représentants des communautés transgenres.

- 13.5.03** Ce Règlement sur les athlètes transgenres, qui entre en vigueur le 17 juillet 2023, remplace la version antérieure (entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2022) et s'applique immédiatement et intégralement à tous les dossiers qui en relèvent. Il sera soumis à un examen périodique et pourra être modifié à la suite de cet examen afin de prendre en compte tout nouvel élément de preuve et/ou toute avancée scientifique ou médicale pertinente.
- 13.5.04** Ces Règles d'éligibilité pour les athlètes transgenres s'imposent et sont opposables aux dirigeants de l'UCI, athlètes, fédérations nationales, représentants des athlètes, dirigeants des fédérations membres, ainsi qu'à toutes les autres personnes concernées, notamment, sans s'y limiter, aux personnes physiques et morales accueillant des compétitions internationales, aux personnes et entités participant à des compétitions internationales, etc.
- 13.5.05** Étant donné que ce Règlement est appliqué à l'échelle mondiale puisqu'il régit les conditions de participation à des compétitions organisées partout dans le monde, il doit être interprété et appliqué, dans la mesure du possible, non par référence aux lois nationales ou locales, mais plutôt comme un texte indépendant et autonome, et d'une manière qui protège et respecte les exigences identifiées ci-dessus.
- 13.5.06** Dans l'éventualité où un problème non couvert par le présent Règlement se poserait, celui-ci sera abordé par l'UCI d'une manière qui protège et promeut les exigences identifiées ci-dessus.
- 13.5.07** Les termes et expressions utilisés dans le présent Règlement (indiqués par une lettre majuscule initiale) ont le sens qui leur est attribué ci-après :

« **Groupe d'Experts** » désigne un groupe d'experts médicaux indépendants disposant de connaissances et d'une expertise adéquate, désignés par l'UCI pour exécuter les fonctions décrites dans ces Règles d'éligibilité pour les athlètes transgenres et étudier les dossiers dans ce cadre.

« **Compétition Internationale** » désigne un événement figurant dans le calendrier international UCI dans n'importe quelle discipline, notamment tout événement dans le cadre duquel des points UCI sont attribués, ainsi que tout autre événement reconnu par l'UCI, tel que les records du monde et toute autre compétition organisée par ou pour le compte de l'UCI.

« **Responsable Médical** » désigne une personne nommée par l'UCI et agissant en son nom, en charge de toutes les questions découlant du Règlement. Le responsable médical ne peut pas faire partie du groupe d'experts.

« **Stades de Tanner** » désigne l'analyse médicale qui décrit les cinq stades de la puberté, au cours desquels les personnes développent des caractéristiques sexuelles secondaires. Le stade II de Tanner dénote le commencement de la puberté. La puberté commence généralement entre 8 et 13 ans pour les femmes et entre 9 et 14 ans pour les hommes.

Le terme « **transgenre** » désigne une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son sexe biologique (que cette personne ait déjà passé la puberté ou non et qu'elle ait subi ou non quelque intervention médicale que ce soit). Un « **homme transgenre** » est une personne ayant un sexe biologique féminin et une identité de genre masculin ; et une « **femme transgenre** » est une personne ayant un sexe biologique masculin et une identité de genre féminine.

« **Conditions d'Éligibilité pour les femmes transgenres** » à la signification qui lui est

attribuée à l'article 13.5.015 du présent Règlement.

§ 2 Application

13.5.08 Ce Règlement établit les conditions permettant aux athlètes transgenres de participer à des compétitions internationales dans la catégorie de compétition qui correspond à leur identité de genre.

13.5.09 Un athlète transgenre qui souhaite concourir dans la classification qui correspond à sa catégorie de genre lors d'un événement international accepte, à titre de condition de cette participation :

1. De se conformer intégralement à ce Règlement, ainsi qu'à toute autre règle applicable édictée par l'UCI ;
2. De collaborer sans délai et de bonne foi avec le Responsable Médical et le Groupe d'Experts dans l'exercice de leurs responsabilités respectives en vertu de ce Règlement, notamment :
 - a) En fournissant toutes les informations et preuves demandées par le responsable médical et le Groupe d'Experts afin d'évaluer sa conformité au présent Règlement, notamment en se soumettant aux tests prévus par ce Règlement ;
 - b) En s'assurant que toutes les informations et les preuves fournies par l'athlète ou pour son compte au Responsable Médical et au Groupe d'Experts sont exactes et exhaustives, et que tous les éléments pertinents ont été divulgués ; et
 - c) En acceptant et en assurant la communication auprès du Responsable Médical et du Groupe d'Experts par son ou ses médecins de toute information ou preuve jugée nécessaire à l'évaluation par le Groupe d'Experts.
3. (Dans toute la mesure compatible avec la législation en vigueur) de consentir à la collecte, au traitement, à la divulgation et à l'utilisation des informations (y compris ses informations personnelles sensibles) nécessaires à la mise en œuvre et à l'application effective et efficace du présent Règlement ;
4. De suivre exclusivement les procédures prévues au paragraphe 7 du présent Règlement dans le contexte des recours contre ce Règlement ou des appels contre les décisions rendues en vertu de ce Règlement, et de ne pas tenter d'action devant un tribunal ou une autre instance qui serait incompatible avec le présent article ; et
5. De fournir une confirmation écrite de son consentement aux articles 13.5.009/1 à 13.5.009/4 de ce Règlement sur demande de l'UCI. Cependant, l'acceptation de ce Règlement par l'athlète est automatiquement présumée en conséquence de sa participation à des compétitions de cyclisme. Que l'acceptation ait été confirmée ou non par écrit, ce Règlement s'impose et est opposable à l'athlète.

13.5.10 À tout moment, avec ou sans justification, un(e) athlète peut révoquer le consentement qu'il / elle a accordé, conformément à l'article 13.5.009. Dans cette éventualité, l'athlète sera considéré(e) comme ayant retiré toute demande de satisfaire aux conditions d'éligibilité pour les athlètes transgenres énoncées au paragraphe 3 de ce Règlement.

13.5.11 Toute personne ou entité sous la juridiction de l'UCI (y compris toute personne qui entre dans le champ de la juridiction de l'UCI en fournissant des informations à l'UCI conformément au présent Règlement) :

1. Est liée par le présent Règlement et doit s'y conformer intégralement, notamment en ne fournissant que des renseignements exacts et exhaustifs et en ne fournissant aucun renseignement de mauvaise foi ou à des fins répréhensibles ; et
2. Doit collaborer sans délai et de bonne foi avec le Responsable Médical et le Groupe d'Experts dans l'exercice de leurs responsabilités respectives en vertu de ce Règlement.

13.5.12 Tous les dossiers découlant de ce Règlement seront traités par le département médical de l'UCI plutôt que par la fédération nationale de l'athlète concerné (ou par tout autre organe), sauf si le Responsable Médical demande spécifiquement son aide sur un dossier particulier. Chaque fédération nationale doit collaborer rapidement et intégralement avec l'UCI dans le cadre de l'application et de l'exécution de ce Règlement (notamment en répondant aux demandes d'assistance dans le cadre d'expertises et d'enquêtes menées en vertu de ce Règlement), respecter strictement les obligations de confidentialité énoncées ci-dessous, et s'assurer que tout athlète transgenre qui relève de sa compétence et qui est inscrit pour participer à une Compétition Internationale est éligible à y participer en vertu de ce Règlement sur les athlètes transgenres.

13.5.13 Une fédération nationale peut adopter ses propres règles déterminant l'éligibilité des athlètes transgenres à concourir dans des compétitions qui relèvent de sa compétence et ne sont pas des Compétitions Internationales. Afin de lever toute ambiguïté, cependant :

1. Aucune des mesures prises ou non par une fédération nationale n'affectera l'éligibilité des athlètes transgenres à participer à des Compétitions Internationales. Cette éligibilité sera déterminée exclusivement au regard du présent Règlement.
2. Si une fédération nationale ne fixe aucune règle d'éligibilité des athlètes transgenres à participer à des compétitions qui relèvent de sa responsabilité, les exigences énoncées dans le présent Règlement s'appliqueront par défaut et la fédération nationale en question demeurera seule responsable de leur application.

§ 3 Conditions d'Eligibilité pour les athlètes transgenres

Conditions d'Eligibilité pour les athlètes masculins transgenres (femme choisissant le genre masculin)

13.5.14 Pour être éligible à participer à une Compétition Internationale dans la catégorie masculine, un athlète homme transgenre doit fournir une déclaration écrite et signée, sous une forme jugée satisfaisante par le Responsable Médical, attestant que son identité de genre est celle d'un homme. Dès que possible après réception de cette déclaration, le Responsable Médical délivrera une attestation écrite de l'éligibilité de l'athlète à concourir dans la catégorie masculine en Compétition Internationale.

Conditions d'Eligibilité pour les athlètes femmes transgenres (homme choisissant le genre féminin)

13.5.15 Pour être éligible à participer à une Compétition Internationale dans la catégorie féminine, une athlète femme transgenre doit satisfaire à toutes les conditions ci-après (conjointement, les **Conditions d'Eligibilité pour les femmes transgenres**) à la satisfaction du groupe d'experts :

1. Elle doit fournir une déclaration écrite et signée, sous une forme jugée satisfaisante par le responsable médical, attestant que son identité de genre est celle d'une femme ;
2. Elle ne doit avoir connu aucun stade de la puberté masculine au-delà du stade 2 de Tanner ou après l'âge de 12 ans (selon la première de ces éventualités) ;
3. Elle doit avoir maintenu en continu, depuis la puberté, son taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L ;
4. Elle doit maintenir à tout moment (c'est-à-dire pendant la compétition et en dehors) son taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L, pour aussi longtemps qu'elle entend demeurer éligible à participer à des Compétitions Internationales dans la catégorie féminine ;
5. Aux fins du présent Règlement, toutes les mesures de la testostérone sérique doivent être effectuées au moyen d'une chromatographie liquide couplée à une spectrométrie de masse, comme précisé dans l'Annexe.

Dispositions applicables à tou(te)s les athlètes transgenres

13.5.16 Afin d'éviter toute ambiguïté, aucun(e) athlète ne sera contraint(e) de s'astreindre à un examen et/ou un traitement médical en vertu de ce Règlement. Il incombe à l'athlète, en lien étroit avec son équipe médicale, de décider de la pertinence de réaliser un examen et/ou d'avoir recours à un traitement.

13.5.17 Afin de lever toute ambiguïté, il n'existe aucune autre condition exceptionnelle (c'est-à-dire autre que les Conditions d'Eligibilité pour les femmes transgenres) qu'un(e) athlète transgenre doit respecter pour participer à une Compétition Internationale dans la catégorie correspondant à son identité de genre (car ces exigences ne sont pas pertinentes pour les impératifs susmentionnés). En particulier, les éléments ci-après ne constituent pas des Conditions d'Eligibilité des athlètes transgenres à participer à une Compétition Internationale dans la catégorie correspondant à leur identité de genre :

1. La reconnaissance juridique de l'identité de genre de l'athlète ; ou
2. Des corrections anatomiques chirurgicales.

13.5.18 Une fois qu'un(e) athlète transgenre a satisfait aux critères d'éligibilité pertinents ci-dessus et a commencé à concourir à une Compétition Internationale dans la catégorie correspondant à son identité de genre, il / elle ne peut participer à nouveau à une Compétition Internationale dans l'autre catégorie, à moins que (a) au moins quatre années se soient écoulées depuis la première Compétition Internationale à laquelle il / elle a participé comme athlète transgenre; et (b) qu'il / elle remplisse toutes les conditions pour concourir dans cette autre catégorie.

13.5.19 Les conditions d'éligibilité pour les athlètes transgenres énoncées dans le présent Règlement s'appliquent indépendamment des autres conditions d'éligibilité applicables à tous les athlètes (transgenres ou autres) selon les règles de l'UCI. Ces autres conditions

doivent donc également être remplies en tout temps. En particulier, aucune disposition du présent Règlement n'a pour objet de porter atteinte ou d'affecter de quelque manière que ce soit les exigences du code mondial anti-dopage, des standards internationaux de l'AMA (y compris le standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) ou des règles antidopage de l'UCI. Aucune disposition du présent Règlement ne permet, n'excuse ou ne justifie le non-respect des dispositions incluses dans ces textes, y compris l'obligation pour un(e) athlète d'obtenir une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques pour l'usage de substances inscrites sur la liste des interdictions de l'AMA, telles que la testostérone, la spironolactone ou les agonistes de la GnRH.

§ 4 Évaluation des dossiers

13.5.20 L'UCI désignera un groupe d'experts médicaux indépendants à partir duquel un panel d'experts disposant des qualifications adéquates (ci-après, le « **Groupe d'Experts** ») pourra être constitué pour examiner les dossiers dans le cadre du présent Règlement. En outre, il désignera l'un de ces experts pour agir en tant que président et pour sélectionner le groupe d'experts pour chaque dossier.

13.5.21 Le Groupe d'Experts peut procéder aux enquêtes ou investigations qu'il juge nécessaires pour mener une expertise exacte et effective, y compris demander des renseignements supplémentaires à l'athlète ou à son médecin et/ou obtenir les avis d'autres experts. Il incombe à l'athlète de s'assurer que les renseignements fournis sont exacts et complets et qu'aucun élément pertinent à l'évaluation du cas par le Groupe d'Experts n'a été occulté. L'athlète doit également fournir les consentements et les renoncations appropriés (sous une forme jugée satisfaisante par le responsable médical) pour permettre à son ou ses médecins de fournir au Responsable Médical et au Groupe d'Experts toute information qu'il juge nécessaire à son évaluation.

13.5.22 Une athlète féminine transgenre (à savoir, homme choisissant le genre féminin) qui souhaite participer à une Compétition Internationale dans la catégorie féminine

1. Doit déposer la déclaration appropriée visée à l'article 13.5.015/1 du présent Règlement auprès du Responsable Médical ;
2. Doit fournir ses antécédents médicaux complets, notamment des renseignements sur :
 - a. Toute chirurgie de réassignation que l'athlète a subie, y compris la ou les dates de ces interventions et le fait qu'elles aient eu lieu avant ou après la puberté ;
 - b. Tout autre traitement pertinent que l'athlète a reçu (y compris tout traitement avant ou après la réassignation), ce qui comprend le calendrier, la posologie et la fréquence de ce traitement ; et
 - c. Les résultats de tout examen de contrôle avant ou après la réassignation,
3. Sauf si elle est en mesure de prouver de manière convaincante pour le Responsable Médical qu'elle a subi une gonadectomie ou autre procédure ayant réduit son taux de testostérone de manière inévitable et permanente en deçà de 2,5 nmol/L, doit communiquer, sur demande du Responsable Médical, des preuves continues de son taux de testostérone sérique, par exemple les comptes rendus de laboratoire des résultats des analyses d'échantillons sanguins recueillis régulièrement sur demande de son médecin privé.

- 13.5.23** Après avoir communiqué avec l'athlète et/ou le médecin de l'athlète pour remédier à tout défaut évident, le Responsable Médical a la possibilité de transmettre le dossier (sous forme anonyme) au Groupe d'Experts, en décrivant les mesures détaillées proposées par le Responsable Médical pour surveiller le taux de testostérone sérique de l'athlète, auquel cas il modifiera ces mesures proposées comme nécessaires pour traiter tout commentaire formulé par le Groupe d'Experts.
- 13.5.24** Le Groupe d'Experts évaluera les cas qui lui seront soumis par le Responsable Médical afin de déterminer si les Conditions d'Eligibilité pour les femmes transgenres ont été remplies (ou bien, ce que l'athlète doit entreprendre pour satisfaire ces conditions). Il utilisera les orientations reportées dans l'Annexe pour effectuer son expertise. Il peut procéder aux enquêtes ou investigations qu'il juge nécessaires pour mener une expertise exacte et effective, y compris demander des renseignements supplémentaires à l'athlète ou à son médecin et/ou obtenir les avis d'autres experts.
- 13.5.25** Si le Groupe d'Experts a des doutes quant à la conformité de la preuve fournie par ou pour le compte de l'athlète sur un point particulier, il offrira à l'athlète une possibilité équitable de corriger le problème avant de prendre sa décision définitive.
- 13.5.26** Le Groupe d'Experts achèvera son expertise dès qu'il jugera que l'évaluation peut raisonnablement être terminée en tenant compte des circonstances du cas. Toutefois, l'UCI ou tout membre du Groupe d'Experts ne sera en aucun cas tenu responsable de tout préjudice prétendument subi par l'athlète ou par toute autre personne en raison du temps pris par le Groupe d'Experts pour parachever son évaluation.
- 13.5.27** Une fois qu'il aura terminé son évaluation, le Groupe d'Experts enverra sa décision par écrit au Responsable Médical, qui la transmettra à l'athlète (avec une copie destinée au médecin de l'athlète, le cas échéant).
1. S'il décide que les preuves fournies ne sont pas suffisantes pour démontrer la satisfaction des Conditions d'Eligibilité pour les femmes transgenres, le Groupe d'Experts devra communiquer une explication écrite des motifs de cette décision. Le cas échéant, il devra également préciser ce que l'athlète doit faire d'autre pour satisfaire à ces conditions (y compris, par exemple, maintenir son taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L pendant une plus longue période, effectuer des contrôles, des suivis et d'autres examens).
 2. Si le Groupe d'Experts décide que les Conditions d'Eligibilité pour les femmes transgenres sont remplies, le Responsable Médical délivrera une attestation écrite certifiant l'éligibilité de l'athlète à concourir dans la catégorie féminine des Compétitions Internationales. Cette éligibilité sera assujettie à la condition que l'athlète maintienne son taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L de concentration.
- 13.5.28** La décision du Groupe d'Experts sera définitive et exécutoire à l'égard de toutes les parties. Elle ne pourra être contestée que par voie d'appel, conformément au paragraphe 7 de ce Règlement.

§ 5 Enquêtes et suivi continu de la conformité

- 13.5.29** Le Responsable Médical peut à tout moment contrôler qu'une athlète se conforme bien aux Conditions d'Eligibilité pour les femmes transgenres, avec ou sans préavis, que ce soit par des contrôles aléatoires ou ciblés du taux de testostérone sérique de l'athlète ou par tout autre moyen approprié.

13.5.30 En outre, à condition de procéder de bonne foi et de se baser sur des fondements raisonnables en tenant compte d'informations découlant de sources fiables (par exemple, l'athlète, le médecin de l'équipe de la fédération nationale à laquelle l'athlète est affiliée, les résultats d'un examen de santé de routine préalable à la participation et/ou des informations / données (notamment, sans s'y limiter, des données du taux de testostérone sérique) obtenues dans le cadre du prélèvement et de l'analyse d'échantillons sur l'athlète dans le cadre des contrôles antidopage), le Responsable Médical peut effectuer une enquête visant à déterminer si une athlète en compétition ou potentiellement inscrite pour participer à une Compétition Internationale pourrait être une athlète transgenre relevant du présent Règlement. Le Responsable Médical peut également enquêter à tout moment afin de déterminer :

1. S'il est nécessaire (en raison d'un changement ultérieur de circonstances, après avoir acquis de nouvelles connaissances ou une nouvelle expérience, ou autre) d'exiger qu'une athlète transgenre qui a déjà été considérée comme satisfaisant aux Conditions d'Éligibilité pour les femmes transgenres soit soumise à une évaluation plus poussée par le Groupe d'Experts pour déterminer si elle remplit toujours ces conditions ; et/ou
2. S'il existe un ou plusieurs éléments indiquant une non-conformité potentielle au présent Règlement par une athlète transgenre ;

Et dans ces situations, l'athlète en question devra collaborer pleinement et de bonne foi avec l'enquête effectuée par le Responsable Médical et avec toute évaluation ultérieure réalisée par le Groupe d'Experts, notamment en fournissant sur demande des échantillons de sérum et/ou d'urine pour analyse et/ou en se soumettant à une visite médicale.

Si l'athlète n'apporte pas son concours selon les dispositions du présent Règlement ou si cela est nécessaire pour préserver l'équité et/ou l'intégrité de la compétition, l'UCI peut provisoirement suspendre la participation de l'athlète à des Compétitions Internationales en attendant la résolution de l'affaire. Si une suspension provisoire est imposée, tous les efforts raisonnables devront être fournis pour résoudre l'enquête dans la mesure du possible. Toute suspension provisoire peut faire l'objet d'un appel conformément au paragraphe 7 du présent Règlement (Résolution des différends).

13.5.31 Si, à la suite d'une enquête, le Responsable Médical conclut qu'un(e) athlète est un(e) athlète transgenre relevant de ce Règlement, le Responsable Médical invitera l'athlète à fournir les informations prévues dans ce Règlement pour permettre l'évaluation de son dossier.

13.5.32 La dignité de chaque individu doit être respectée. Toute forme d'abus et/ou de harcèlement est interdite. En particulier, mais sans s'y limiter :

1. Toute personne physique ou morale qui fournit des renseignements au Responsable Médical et/ou au Groupe d'Experts pour examen en vertu du présent Règlement a pour obligation :
 - a. De s'assurer que l'information est exacte et complète ; et
 - b. De ne fournir aucune information de mauvaise foi, de ne pas harceler, stigmatiser ni blesser un(e) athlète, ou de ne fournir aucune information à toute autre fin inappropriée.
2. Aucune stigmatisation ni discrimination inappropriée fondée sur l'identité de genre ne sera tolérée. En particulier, le harcèlement ou les attaques contre un

athlète simplement parce que son apparence n'est pas conforme aux stéréotypes de genre sont inacceptables. Une telle conduite sera considérée comme une infraction grave au présent Règlement et au Code d'éthique, ainsi que tout manquement aux règles de confidentialité énoncées ci-dessous :

13.5.33 Une athlète féminine transgenre sera seule responsable du maintien de son taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L pour aussi longtemps qu'elle souhaite demeurer éligible à participer dans la catégorie féminine d'une Compétition Internationale.

13.5.34 Le Groupe d'Experts peut indiquer des moyens particuliers de maintenir la testostéronémie sous le seuil exigé. Dans tous les cas, l'athlète doit produire sur demande une preuve du maintien sous le seuil exigé jugée satisfaisante par le Responsable Médical. En particulier, sauf si elle est en mesure de prouver de manière convaincante pour le groupe d'experts qu'elle a subi une gonadectomie ou toute autre procédure ayant inévitablement et en permanence réduit son taux de testostérone en deçà de 2,5 nmol/L, le Responsable Médical :

1. Peut exiger de l'athlète qu'elle fournisse des preuves continues de son taux de testostérone sérique, par exemple les comptes rendus de laboratoire des résultats des analyses d'échantillons recueillis régulièrement et obtenus par son médecin privé ;
2. Peut surveiller le taux de testostérone sérique dans l'organisme de l'athlète, notamment en recueillant des échantillons auprès de l'athlète et en les analysant à la lumière des preuves pertinentes ;
3. Peut consulter le président du Groupe d'Experts aussi souvent que le Responsable Médical le juge nécessaire au cours de ce processus ; et
4. Peut renvoyer l'athlète féminine transgenre au groupe d'experts pour évaluation complémentaire.

13.5.35 Si une athlète féminine transgenre ayant précédemment été déclarée éligible à participer à une Compétition Internationale dans la catégorie féminine n'a pas pu maintenir un taux de testostérone sérique inférieur à 2,5 nmol/L ; dans ces cas (sous réserve de l'article 13.5.036 du présent Règlement) :

- 1.1 Si elle considère que cela est nécessaire pour préserver l'intégrité des résultats de la compétition, l'UCI peut annuler les résultats individuels obtenus par l'athlète dans la catégorie féminine d'une Compétition Internationale et/ou d'autres compétitions avec toutes les conséquences qui en découlent, notamment l'annulation de toute médaille, tous points de classements, toute récompense monétaire, tout record (notamment les records du monde) et autres éléments accordés à l'athlète sur la base de ces résultats;
- 1.2 Si l'athlète est en mesure de convaincre le Groupe d'Experts, selon la prépondérance des probabilités, que le non-respect de sa part des exigences relatives au taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L n'était pas volontaire, l'athlète ne sera pas éligible à participer dans la catégorie féminine d'une Compétition Internationale pendant une durée aussi longue que la période jugée nécessaire, le cas échéant, par le Groupe d'Experts pour protéger et assurer l'équité de la compétition dans la catégorie féminine ; et

- 1.3 Si l'athlète n'est pas en mesure de convaincre le Groupe d'Experts, selon la prépondérance des probabilités, que le non-respect de sa part des exigences relatives au taux de testostérone sérique en deçà de 2,5 nmol/L n'était pas volontaire, l'athlète ne sera pas éligible à participer dans la catégorie féminine d'une Compétition Internationale pendant une durée aussi longue que la période d'inéligibilité à laquelle elle aurait été condamnée en cas d'utilisation volontaire d'un stéroïde anabolisant, en vertu des Règles antidopage en vigueur au moment pertinent. L'athlète disposera de suffisamment de temps pour fournir les explications ou commentaires qu'elle juge adéquats avant l'annulation des résultats ou l'imposition d'une période d'inéligibilité, en vertu de l'article 13.5.036 du présent Règlement.

13.5.36 Conformément au paragraphe 7, l'athlète en question peut interjeter appel de toute décision d'annuler des résultats et/ou d'imposer une période d'inéligibilité en vertu de l'article 13.5.035 de ce Règlement.

§ 6 Procédure disciplinaire

13.5.37 Sans porter atteinte aux compétences attribuées à l'UCI par ce Règlement, dans les cas où :

1. Un(e) athlète transgenre participe à une Compétition Internationale dans une catégorie de compétition pour laquelle il/elle n'a pas satisfait aux conditions d'éligibilité énoncées dans le présent Règlement sur les athlètes transgenres ; ou
2. Un entraîneur, un instructeur, un agent ou une autre personne physique ou morale s'est rendu complice d'une infraction ou du non-respect du présent Règlement par un(e) athlète ;
3. Un coach, un entraîneur, un agent ou une autre personne physique ou morale ayant commis un autre manquement ou une non-conformité à ce Règlement ;

L'UCI peut prendre des mesures disciplinaires à l'encontre de cette personne physique ou morale conformément à ses règles spécifiques (Partie XII : Discipline et procédures).

13.5.38 En cas de procédure disciplinaire, un athlète ne peut contester la validité des présentes Règles d'Eligibilité pour les athlètes transgenres ou de toute décision prise en vertu du présent Règlement. En lieu et place, une telle contestation peut être présentée, mais uniquement par voie de recours ou d'appel, conformément au paragraphe 7 du présent Règlement.

13.5.39 Dans le cadre d'une procédure disciplinaire, les sanctions qui peuvent être imposées en cas de violation avérée peuvent inclure (en fonction de toutes les circonstances du dossier) :

1. Une mise en garde, un blâme et/ou un avertissement quant à une conduite future ;
2. L'annulation des résultats individuels obtenus par l'athlète lors des Compétitions Internationales, avec toutes les conséquences qui en découlent, y compris la perte de toute médaille, point de classement, prime ou autres éléments attribués à l'athlète en fonction de ces résultats ;

3. La disqualification d'un record mondial ;
4. Une période de suspension déterminée empêchant de participer aux Compétitions Internationales ;
5. Une amende ; et/ou
6. Si l'infraction implique plus de deux membres d'une équipe, ou s'il existe plusieurs infractions impliquant une telle équipe, des sanctions appropriées pour l'équipe (par exemple, l'annulation des résultats de l'équipe, l'imposition d'une période de suspension empêchant de participer à l'avenir aux compétitions internationales, une amende).

§ 7 Règlement des différends

13.5.40 À l'exclusion des questions disciplinaires visées à l'art. 6 du présent Règlement (qui seront traitées selon les modalités de ce Règlement), tout différend entre l'UCI et un athlète (et/ou son équipe ou sa fédération nationale) en lien avec ce Règlement relèvera de la compétence exclusive du TAS. En particulier, la validité, la légalité et/ou les bonnes interprétations et applications du présent Règlement ne peuvent être contestées que (a) dans le cadre d'une procédure ordinaire engagée devant le TAS et/ou (b) dans le cadre d'un appel interjeté devant le TAS, conformément à l'article 13.5.042 du présent Règlement.

13.5.41 Les décisions ci-après (et uniquement les décisions ci-après) prises en vertu du présent Règlement peuvent être contestées par l'athlète soumis à une telle décision, devant le TAS conformément au paragraphe 7 de ce Règlement, en déposant une déclaration d'appel auprès du TAS et de l'UCI (en tant que défendeur à l'appel) dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de la décision motivée :

1. Une décision selon laquelle l'athlète ne répond pas aux conditions de ce Règlement et, par conséquent, n'est pas éligible à concourir dans des catégories correspondant à son identité de genre dans le cadre de Compétitions Internationales ;
2. Une décision de suspendre provisoirement un athlète de la compétition en vertu de l'article 13.5.030 du présent Règlement ; et
3. Une décision d'annuler les résultats et/ou d'imposer une période d'inéligibilité, conformément à l'article 13.5.036 du présent Règlement.

13.5.42 Tout recours ou appel de ce type sera régi par la constitution de l'UCI, le présent Règlement sur l'éligibilité des athlètes transgenres et les autres règles et règlements de l'UCI, la législation suisse étant d'application subsidiaire. Le TAS connaîtra du recours ou de l'appel et le tranchera définitivement conformément au code de l'arbitrage en matière de sport du TAS, étant entendu que (1) en cas de contradiction entre les actes constitutifs et lois susvisés d'une part et le code de l'arbitrage en matière de sport du TAS d'autre part, les actes constitutifs et lois primeront; et (2) dans le cadre de tout appel, l'athlète disposera d'un délai de quinze jours à compter du dépôt de sa déclaration d'appel pour déposer son mémoire en appel, et l'UCI disposera d'un délai de trente jours à compter de la réception du mémoire en appel pour déposer sa réponse. En attendant que le recours ou l'appel soit tranché, ce Règlement et la décision contre laquelle l'appel est formé resteront en vigueur et de plein effet sauf si le TAS l'ordonne autrement.

13.5.43 La décision du TAS sur le fond du recours ou de l'appel sera définitive et exécutoire pour toutes les parties, et aucun droit d'appel ni autre recours ne pourra être exercé contre

cette décision pour quelque motif que ce soit, sauf dans les cas prévus au chapitre 12 de la loi fédérale suisse sur le droit international privé.

§ 8 Confidentialité

- 13.5.44** Tous les cas découlant du présent Règlement, et en particulier tous les renseignements sur les athlètes fournis à l'UCI en vertu du présent Règlement et tous les résultats des examens et évaluations effectués en vertu du présent Règlement, seront traités de façon strictement confidentielle à tout moment. Tous les renseignements médicaux et les données concernant un athlète seront traités comme des informations personnelles sensibles et le Responsable Médical s'assurera qu'ils sont traités comme tels conformément aux lois applicables en matière de protection des données et de confidentialité. Ces renseignements et données ne seront pas utilisés à des fins autres que celles prévues dans le présent Règlement et ne seront pas divulgués à des tiers, sauf (a) dans la mesure strictement nécessaire à l'application et à l'exécution efficaces du présent Règlement ; ou (b) si la loi l'exige.
- 13.5.45** L'UCI ne publiera aucun commentaire concernant les circonstances spécifiques d'un dossier dans le cadre du présent Règlement (par opposition aux descriptions génériques des processus et connaissances concernées), sauf s'il s'agit de répondre à des commentaires formulés en public par l'athlète ou les représentants de l'athlète.
- 13.5.46** Chaque membre du Groupe d'Experts doit signer une déclaration de conflit d'intérêts et un engagement de confidentialité appropriés relativement à son travail en tant que membre du groupe.

§ 9 Coûts

13.5.47

Les frais d'évaluation, d'examen, de traitement, de suivi et de rapport médicaux, ainsi que tous les autres frais afférents à l'application du Règlement, seront à la charge de l'athlète concerné(e). Les frais courants du Panel d'experts seront pris en charge par l'UCI.

§ 10 Reconnaissance mutuelle

- 13.5.48** Si un athlète transgenre d'un autre sport souhaite participer au sport cycliste, l'UCI peut reconnaître et donner effet à la décision d'éligibilité de la fédération internationale de l'autre sport en ce qui concerne cet athlète, à condition que la décision d'éligibilité et les règlements de cet autre sport relatifs à cette décision d'éligibilité ne soient pas contraires à ce Règlement. Toute éligibilité ainsi accordée sera assujettie à une condition de respect continu des dispositions du présent Règlement par l'athlète.

§ 11 Limitation de responsabilité

13.5.49

1. En aucun cas, l'UCI, les membres du Groupe d'Experts, les employés de l'UCI, les dirigeants, les agents, et les autres personnes impliquées dans l'application et/ou l'exécution du présent Règlement ne pourront être tenus responsables de quelque manière que ce soit et vis-à-vis de quelque personne que ce soit des actes accomplis ou omis en toute bonne foi en relation avec le présent Règlement.

2. Chaque dossier sera traité dès que possible en toutes circonstances. Toutefois, l'UCI, le Responsable Médical ou tout membre du Groupe d'Experts ne sera en aucun cas tenu responsable de tout préjudice prétendument subi par l'athlète concerné ou par toute autre personne en raison du temps pris pour terminer l'enquête / l'évaluation du dossier.

§ 12 Mesures de transition

- 13.5.50** Le présent chapitre au Règlement médical UCI a été adopté par le Comité Directeur de l'UCI le 10 juillet 2023 et entre en vigueur le 17 juillet 2023. Il s'applique à tous les athlètes transgenres.

ANNEXE : RECOMMANDATIONS MÉDICALES

Sommaire

1. Renseignements médicaux généraux
2. Recommandations sur la surveillance des taux de testostérone sérique chez les Athlètes femmes transgenres à des fins d'admissibilité à concourir
3. Recommandations sur la méthode de mesure des taux de testostérone sérique à des fins d'admissibilité à concourir

L'application du présent Règlement sera nécessairement très individualisée et spécifique aux circonstances de chaque cas. Les présentes recommandations médicales ne visent qu'à fournir des conseils généraux sur certains aspects médicaux du présent Règlement, afin de faciliter leur mise en pratique. Toutes les informations contenues dans la présente Annexe 1 sont basées sur la littérature existante applicable à de telles situations. Ni l'UCI ni aucun de ses employés, dirigeants, agents, représentants ou autres personnes impliquées dans l'administration du présent Règlement ne pourront être tenus responsables de quelque manière que ce soit des résultats obtenus par les procédures adoptées.

1. Renseignements médicaux généraux

1.1 L'identité de genre fait référence au genre tel que perçu par l'individu lui-même. Elle peut être différente de l'anatomie sexuelle, du sexe chromosomique, gonadique ou hormonal, du rôle assigné à chacun des sexes ou du sexe consigné à la naissance.

1.2 Étant donné que certains enfants qui se présentent comme transgenres ne se présenteront plus comme tels à l'âge adulte, un traitement médical précoce comporte un risque important. La question est problématique, car les personnes qui souhaitent recourir à un traitement pour les personnes transgenres estimeront que cela est facile à un plus jeune âge, avant qu'il soit nécessaire d'inverser les caractéristiques de sexe opposé développées à la puberté. Une réponse à cet enjeu consiste à utiliser des analogues de la GnRH (ou progestatifs de synthèse) qui retardent la puberté d'une manière réversible jusqu'à ce qu'un plan à long terme soit en place. La prise des analogues de la GnRH commencerait dès les premiers signes visibles de la puberté soit environ au stade Tanner II. Il convient de noter que les enfants prépubères n'ont besoin d'aucune intervention médicale.

Diagnostic

1.3 Le diagnostic de l'identité transgenre est généralement simple chez les adultes. Le fait qu'une personne transgenre veuille ou non s'attaquer à l'incongruence est une décision très personnelle qui peut être influencée par de multiples facteurs.

1.4 Afin d'éviter qu'un trouble psychiatrique n'ait d'effet confondant à un point tel que l'identité de genre n'est pas claire, un professionnel de la santé mentale est normalement inclus dans l'équipe de gestion médicale pour confirmer l'absence d'un tel facteur confondant et pour fournir une aide en cas de stress lié à la transition (qui peut être important).

Traitement médical

1.5 Pour les personnes transgenres qui envisagent une intervention médicale, la stratégie de traitement la plus efficace consiste généralement à changer l'apparence de la personne pour l'aligner sur son identité de genre.

1.6 Le traitement médical repose sur l'hormonothérapie. De nombreuses personnes transgenres envisagent

également des interventions chirurgicales d'affirmation de genre. Leur choix est influencé par (entre autres) l'accès aux soins, les aspects techniques des chirurgies spécifiques et les éléments personnels qui doivent être adaptés à chaque patient.

1.7 Le traitement hormonal des personnes transgenres suit les paradigmes hormonaux conventionnels, avec les mêmes préoccupations et les mêmes effets induits par l'utilisation de ces mêmes hormones à d'autres fins.

1.8 Il est également important pour les Athlètes transgenres de définir si un traitement médical demandé nécessite l'obtention d'une Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques pour l'utilisation d'une substance présente sur la Liste des interdictions de l'AMA (telle que la testostérone, la spironolactone ou les agonistes de la GnRH). De plus amples informations sont disponibles en consultant le document de l'AMA : **Lignes directrices sur les AUT à l'intention des médecins - Athlètes transgenres, disponible sur le site de l'AMA www.wada-ama.org**

Stratégie de traitement des hommes transgenres et programmes de traitement typiques

1.9 Typiquement, le traitement hormonal pour les hommes transgenres consiste à administrer de la testostérone pour faire passer le taux de testostérone sérique du niveau habituellement rencontré chez les femmes (entre 0,06 et 1,68 nmol/L [intervalle de confiance bilatéral de 95 %]) à celui habituellement rencontré chez les hommes (entre 7,7 et 29,4 nmol/L [intervalle de confiance bilatéral de 95 %]). Les doses requises sont similaires à celles utilisées pour le traitement des hommes hypoogonadiques. La testostérone est administrée par voie parentérale (intramusculaire [IM] ou sous-cutanée [SC]) ou transdermique (par gel, solution ou patch).

1.10 Voici un programme de traitement typique pour l'administration de testostérone :

Voie parentérale

- Esters de testostérone (éнанthane, cypionate, mixte): 50 - 250 mg IM ou SC toutes les 1 -3 semaines
- Undécanoate de testostérone : 750 ou 1000 mg toutes les 8-12 ou 10-14 semaines

Voie transdermique

- Gel, crème ou solution de testostérone : 50 - 100 mg/jour
- Patch transdermique de testostérone : 2,5 - 7,5 mg/jour

1.11 La plupart des hommes transgenres qui envisagent une intervention médicale voudront aussi entreprendre une chirurgie de reconstruction thoracique (mastectomie). Cependant, la plupart des hommes transgenres n'envisagent pas de chirurgie de reconstruction génitale (phalloplastie ou métaïdioplastie) en raison du taux élevé de complications, du coût (dans les pays où elle ne fait pas partie des soins de santé généraux) et de la potentialité de devoir entreprendre de multiples interventions chirurgicales (Kailas et al, Endocr Pract. 2017 ; 23).

1.12 Les recommandations sur le traitement pour les personnes transgenres expriment une inquiétude vis-à-vis du risque possible de cancer dans les tissus reproducteurs féminins exposés aux androgènes pendant de longues périodes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les hommes transgenres ont généralement choisi de subir une hystérectomie et une ovariectomie au début du traitement. Cependant, en l'absence de données démontrant le risque de cancer, on observe une tendance à la baisse de la fréquence de ces interventions chirurgicales.

Stratégie de traitement des femmes transgenres et programmes de traitement typiques

1.13 Pour les femmes transgenres, la stratégie consiste à réduire le taux de testostérone sérique pour le faire passer du niveau habituellement rencontré chez les hommes à celui habituellement rencontré chez les femmes. Bien que plus invasive que la médecine seule, la façon la plus facile d'atteindre cet objectif est d'avoir recours à une chirurgie d'ablation des gonades (orchidectomie, qui peut ou non faire partie d'une

chirurgie de reconstruction génitale, c.-à-d. une vaginoplastie), suivie d'une thérapie substitutive à l'œstrogène adaptée à l'âge pour féminiser et pour protéger la santé osseuse sur le long terme.

1.14 Pour les femmes transgenres traitées médicalement, le traitement hormonal typique consiste en une supplémentation en œstrogènes et la prise d'un agent réduisant ou bloquant les androgènes.

1.15 Pour la supplémentation en œstrogènes, le choix est multiple. Les plus populaires sont le 17 bêta-œstradiol et les œstrogènes conjugués (bien qu'ils ne soient pas utilisés en Europe). Selon la personne, les doses peuvent être doublées ou quadruplées par rapport aux doses habituellement administrées aux femmes ménopausées. Les doses doivent parfois être encore plus élevées chez les personnes dont les testicules sont présents afin d'abaisser le taux de testostérone sérique pour atteindre un niveau habituellement rencontré chez les femmes.

1.16 Certains rapports indiquent que l'effet thrombogène des œstrogènes peut être atténué en évitant l'administration par voie orale. Bien que les données ne soient pas concluantes, les œstrogènes transdermiques et injectables sont recommandés dans certains pays. L'œstradiol transdermique est facile à surveiller. Quant à l'œstradiol injectable, il est plus difficile à surveiller que les œstrogènes par voie orale. Les données les plus solides relatives aux œstrogènes concernent spécifiquement l'augmentation de l'effet thrombogène de la prise d'éthinylestradiol par voie orale. Par conséquent, son usage est contre-indiqué dans les recommandations actuellement en vigueur qui conseillent d'autres agents disponibles.

1.17 La spironolactone est un exemple d'anti-androgène. Elle est utilisée depuis 50 ans comme diurétique épargneur de potassium pour traiter l'hypertension. C'est cela qui lui confère son profil d'innocuité à long terme. Des doses plus élevées que celles requises pour le contrôle de la tension artérielle sont utilisées, des doses d'environ 200 mg/jour n'étant pas inhabituelles et des doses pouvant atteindre 400 mg/jour étant parfois observées (en doses fractionnées si nécessaire pour que le patient les tolère).

1.18 Un autre anti-androgène couramment utilisé est l'acétate de cyprotérone. Dans certains pays, l'acétate de cyprotérone est plus cher que la spironolactone. Dans d'autres, il n'est pas disponible du tout. Récemment, l'acétate de cyprotérone a été associé à de légères élévations des taux de prolactine non observées avec d'autres anti-androgènes.

1.19 Un troisième anti-androgène est l'agoniste de la GnRH en dépôt, utilisé pour les enfants transgenres en suivant les programmes de traitement typiques pour les cas de puberté précoce. Pourtant, le traitement à l'agoniste de la GnRH peut être également très efficace pour abaisser les taux de testostérone sérique chez les femmes transgenres adultes. Il n'existe pas de données sur l'innocuité à long terme du traitement par la GnRH chez ces patients. Son utilisation est d'autant plus limitée qu'elle est beaucoup plus coûteuse que la spironolactone ou l'acétate de cyprotérone, et qu'elle est administrée par voie parentérale, alors que les deux autres sont administrées par voie orale.

1.20 Certaines femmes transgenres peuvent également utiliser le finastéride, un inhibiteur de la réductase qui, entre autres choses, est destiné à atténuer la calvitie masculine.

1.21 Voici un programme de traitement typique pour les femmes transgenres :

Œstrogènes

Voie transdermique

- Patch transdermique d'œstradiol : 0,025 - 0,2 mg/jour (nouveau patch à appliquer 1 à 2 fois par semaine)
- Gel d'œstradiol : 1 - 2 mg/jour

Voie parentérale

- Valérate ou cypionate d'œstradiol : 2 - 30 mg IM toutes les 1 -2 semaines
- Phosphate de polyœstradiol: 80 mg toutes les 3-4 semaines

Voie orale

- Estradiol : 2,0 - 8,0 mg/jour
- Œstrogènes conjugués : 2,5 - 10,0 mg/jour

Agents abaissant ou bloquant la testostérone

- Spironolactone : 100 - 400 mg/jour
- Acétate de cyprotérone : 25 - 50 mg/jour
- Agoniste de la GnRH : 3,75 - 11,25 mg SC tous les mois (les programmes de traitement à intervalles plus longs sont tout aussi courants)
- Finastéride : 1 - 5 mg/jour

1.22 En plus de leur traitement médical, de nombreuses femmes transgenres auront recours à des interventions chirurgicales d'affirmation de genre telles que (1) des chirurgies de féminisation faciale (particulièrement recherchées par les femmes transgenres en transition plus tard dans leur vie après avoir été exposées à des niveaux androgènes masculins pendant une longue période); (2) une chirurgie d'augmentation mammaire; et (3) une chirurgie de reconstruction génitale. Bien que la société ait tendance à considérer la chirurgie de reconstruction génitale comme la chirurgie d'affirmation de genre par excellence, les personnes transgenres font preuve d'une grande hétérogénéité dans leurs choix chirurgicaux. En particulier, on assiste aujourd'hui à une diminution de la demande en chirurgie et on constate une tendance plus prononcée, comparée à ce qui est généralement admis, à privilégier davantage les chirurgies visibles comme les interventions de féminisation du visage et d'augmentation mammaire plutôt que les chirurgies de reconstruction génitale (Kailas et al, Endocr Pract. 2017 ; 23)

Suivi du traitement médical

Suivi des hommes transgenres

1.23 L'une des préoccupations au sujet du traitement à la testostérone est l'augmentation de l'hématocrite (accompagné d'une augmentation possible du risque de thrombose). Ce risque est plus élevé en cas de dosage excessif de la testostérone. Les patients doivent également être informés des risques de changement d'humeur.

1.24 Le programme de suivi typique comprend l'examen clinique indiqué, y compris l'examen de la tension artérielle et les analyses de laboratoire, tous les trois mois lorsque des changements sont apportés au programme, puis tous les six à douze mois par la suite. Le suivi habituel comprend la mesure du taux de testostérone sérique (pour évaluer le succès du traitement), de l'hématocrite et du profil lipidique.

1.25 Le dépistage de la malignité doit inclure toutes les parties du corps présentes, qu'elles soient ou non associées à l'un ou l'autre sexe (par exemple, les hommes transgenres qui ont encore le col de l'utérus et les seins, respectivement, doivent réaliser des frottis vaginaux et des mammographies).

Suivi des femmes transgenres

1.26 La plus grande préoccupation au sujet de l'œstrogénothérapie concerne le risque accru de thrombose, qui peut entraîner des thromboses veineuses profondes, une embolie pulmonaire ou un accident vasculaire cérébral. Il n'existe aucune donnée sur d'autres problèmes de santé œstrogéno-dépendants, bien que de nombreux praticiens surveillent en laboratoire les valeurs des éléments habituellement sensibles aux œstrogènes, notamment la prolactine.

1.27 Un traitement anti-androgénique, quelle qu'en soit la forme, peut entraîner une diminution de la libido. La spironolactone est un diurétique épargneur de potassium, ce qui signifie que les personnes sensibles peuvent enregistrer une augmentation de leur taux de potassium conduisant à un dépassement de la limite acceptable.

1.28 Le suivi habituel des programmes hormonaux destinés aux femmes transgenres comprend la mesure de la testostérone sérique (pour déterminer le succès du traitement), du taux d'œstrogène (estradiol), de la prolactine, du potassium (si la spironolactone est utilisée). Le programme de suivi typique comprend un examen clinique et des tests de laboratoire tous les trois mois lorsque des changements sont apportés au programme, puis tous les 6 à 12 mois par la suite.

1.29 Le dépistage de la malignité doit inclure toutes les parties du corps présentes, qu'elles soient ou non associées à l'un ou l'autre sexe (y compris le dépistage du cancer de la prostate, même pour les femmes transgenres qui ont subi une chirurgie de reconstruction génitale).

Références

1.30 Les références suivantes (non exhaustives) peuvent vous intéresser

- Fung et al, Differential Effects of Cyproterone Acetate vs Spironolactone on Serum High- Density Lipoprotein and Prolactin Concentrations in the Hormonal Treatment of Transgender Women, JSexMed, 2016, volume 13, n° 11, pp 1765-1 772
- Hembree et al, Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, J Clin Endocrinol Metab, novembre 2017, volume 102, n° 11, pp 1 -35
- Irwig, Testosterone therapy for transgender men, Lancet Diabetes Endocrinol, 2017, avril, volume 5, n° 4, pp 301 -311
- Kailas et al, Prevalence And Types Of Gender-Affirming Surgery Among A Sample Of Transgender Endocrinology Patients Prior To State Expansion Of Insurance Coverage, Endocr Pract, 201 7, volume 23, n° 7, pp 780-786
- Mamoojee, Yaasir et al, Transgender hormone therapy: understanding international variation in practice, Lancet Diabetes & Endocrinology, avril 2017, volume 5, Issue 4, pp 243-246.
- Saraswat et al, Evidence Supporting the Biologic Nature of Gender Identity, Endocr Pract, 2015; 21: 199-204
- Les normes de soins (Standards of Care) de l'Association professionnelle internationale pour la santé des personnes transgenres (World Professional Association for Transgender Health) sont disponibles à l'adresse suivante : www.wpath.org
- www.uptodate.com/contents/transgender-men-evaluation-and-management
- www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management

2. Recommandations sur la surveillance des taux de testostérone sérique chez les Athlètes femmes transgenres à des fins d'admissibilité à concourir

2.1 Comme indiqué plus haut, il existe plusieurs stratégies de traitement différentes pour faire passer le taux de testostérone sérique du niveau habituellement rencontré chez les hommes à celui habituellement rencontré chez les femmes (la chirurgie la plus définitive étant la gonadectomie). Le programme de suivi clinique typique est détaillé ci-dessus.

2.2 En vertu du présent Règlement, l'UCI est autorisée, à des fins d'admissibilité à concourir, à surveiller la conformité d'un Athlète aux Conditions d'admissibilité des femmes transgenres, et ce à tout moment, avec ou sans préavis, soit par des contrôles aléatoires ou ciblés des taux de testostérone sérique de l'Athlète, soit par tout autre moyen approprié.

2.3 Les programmes de suivi seront nécessairement très individualisés et spécifiques aux circonstances du cas particulier et doivent être établis avec l'aide d'un endocrinologue/gynécologue ou d'un médecin habilité à prescrire des hormones qui soit expérimenté dans le domaine. Les facteurs particuliers à prendre en considération peuvent inclure :

- Le fait que l'Athlète soit avant ou après sa puberté.
- Le fait que l'Athlète ait subi une orchidectomie.
- Le type de traitement médical utilisé par l'Athlète. Par exemple, un Athlète ayant subi une orchidectomie peut n'avoir besoin que d'un suivi limité. Les Athlètes qui prennent quotidiennement des œstrogènes (par voie orale ou transdermique) qui ont des effets inhibiteurs de testostérone à court terme peuvent, de temps à autre, faire l'objet de contrôles inopinés. Quant aux implants d'estradiol en dépôt, ils nécessitent moins de suivi en raison de leur durée d'action prolongée. De même, les Athlètes qui prennent quotidiennement de la spironolactone ou de l'acétate de cyprotérone sous forme de gélules à prise quotidienne devront probablement être suivis de plus près que ceux à qui l'on administre tous les 1-3 mois des agonistes de la gonadotrophine (GnRH)
- Les exigences physiologiques du sport et l'effet bénéfique probable de la testostérone sur la performance.
- D'autres renseignements recueillis au moment d'établir ou de maintenir l'éligibilité (par exemple, toute preuve de non-observance thérapeutique, de perte d'éligibilité antérieure ou d'autres facteurs de risque).

2.4 Dans certains cas, les données de laboratoire obtenues dans le cadre du suivi clinique de routine d'un Athlète peuvent équivaloir à un niveau de suivi acceptable ou suffisant. Dans d'autres cas, un suivi supplémentaire peut être nécessaire.

3. Recommandations sur la méthode de mesure des taux de testostérone sérique à des fins d'admissibilité à concourir.

3.1 Aux fins du présent Règlement, toutes les mesures des taux de testostérone sérique doivent être effectuées par chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse (p. ex. chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse en tandem [LC-MS/MS] ou chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse haute résolution [LC- HRMS]), qui offre une bien meilleure spécificité que les méthodes traditionnelles de dosage immunologique.

3.2 La méthode utilisée doit être validée par le laboratoire effectuant l'analyse et doit également être accréditée selon les normes internationales ISO/IEC-17025 ou 15189 par un organisme d'accréditation reconnu et membre à part entière de l'Organisation internationale des organismes d'accréditation. Ces exigences peuvent être satisfaites aussi bien par les laboratoires cliniques que par les laboratoires accrédités par l'AMA.

3.3 La méthode utilisée doit être conforme aux critères d'efficacité de l'analyse, ce qui comprend une incertitude de mesure (estimée lors de la validation de la méthode pour un taux de concentration de testostérone proche du seuil de 2,5 nmol/L) n'excédant pas 20 %.

3.4 L'efficacité de la méthode d'analyse doit être contrôlée par le laboratoire effectuant l'analyse. Pour ce faire, le laboratoire doit effectuer des essais d'aptitude (EA) appropriés et/ou une/des évaluation(s) externe(s) de la qualité (EEQ).

3.5 Les échantillons de sérum doivent être prélevés selon des procédures normalisées (par exemple, celles utilisées à des fins antidopages). Ces procédures peuvent comprendre les éléments suivants :

- Il est recommandé de prélever les échantillons le matin (car la concentration de testostérone dans le sérum diminue pendant la journée).
- Le sang veineux doit être prélevé, l'Athlète restant en position assise normale avec les pieds sur le sol pendant au moins dix minutes avant le prélèvement de l'échantillon. Les échantillons ne doivent pas être prélevés dans les deux heures suivant tout effort physique.
- Un tube collecteur contenant un agent coagulant et un séparateur de gel doit être utilisé, par exemple BD Vacutainer SST-H Advance (un seul échantillon sera suffisant, mais l'UCI peut décider de prélever également, à sa discrétion, un échantillon de réserve).
- L'échantillon doit être transporté au laboratoire à l'état réfrigéré. L'échantillon ne doit pas geler et la température doit de préférence être maintenue dans une fourchette de 2 à 12 °C (idéalement autour de 4 °C). Un enregistreur de température doit être utilisé pour mesurer la température de l'échantillon pendant le transport.
- L'échantillon doit arriver au laboratoire dans les 48 heures suivant son prélèvement. L'échantillon doit être centrifugé dès que possible à son arrivée et conservé congelé s'il ne peut être analysé immédiatement.

Annexe 1

Décision du Comité Directeur de l'UCI prise lors de sa réunion des 18-19 juin 2009 à Lausanne et définissant le mandat de la Commission médicale de l'UCI

1. Mandat

- Conseiller le Comité Directeur de l'UCI sur tous les aspects médicaux du cyclisme et lui apporter des recommandations
- Coopérer avec les autres commissions de l'UCI concernant toute question à caractère médical
- Rédiger et publier des directives destinées aux services médicaux des épreuves de cyclisme
- Surveiller la mise en œuvre des règles de l'UCI concernant la sécurité des coureurs et les conditions sportives
- Effectuer le suivi des services médicaux lors de Championnats du Monde
- Faciliter l'information médicale des entraîneurs et médecins
- Aider les athlètes, les entraîneurs, et les managers et médecins d'équipe à prévenir le dopage, en mettant particulièrement l'accent sur les risques pour la santé

Dans le cadre de ce mandat et de son budget, la Commission peut :

- coopérer avec les autres fédérations sportives et les organismes médicaux dirigeants concernant l'ensemble des questions liées à la santé dans le cyclisme ;
- faciliter les échanges d'information à caractère médical liés au cyclisme ;
- prévenir et enquêter sur les blessures et maladies dues au sport ;
- étudier, surveiller et attirer l'attention sur les aspects biologiques de l'entraînement ;
- sponsoriser, patronner ou organiser des réunions médicales susceptibles d'améliorer la sécurité dans le sport cycliste ;
- fournir des informations sous la forme de publications ;
- fournir de la documentation concernant la physiologie du sport, la médecine sportive et la biomécanique

2. Règle complémentaire

- Article 69 de la Constitution de l'UCI
- Titre 13 du Règlement du sport cycliste

Annexe 2

Matériel médical minimum exigé (cf. art. 13.4.019)

Le matériel médical comprendra au moins ce qui suit :

1. Poste médical central

- Des brancards pour transporter les blessés, avec possibilité de stabilisation de la colonne vertébrale (brancard cuillère, matelas coquille)
- Oxygénateur portable
- Matériel d'assistance respiratoire
- Matériel d'aspiration
- Matériel d'intubation
- Écran ECG et défibrillateur
- Oxymètre de pouls
- Colliers cervicaux (minerves)
- Tensiomètre et stéthoscope
- Médicaments de réanimation et analgésiques/liquides pour perfusion
- Matériel et médicaments de premiers secours

2. Postes de secours (y compris moto, le cas échéant)

- Mallette de soins avancés de réanimation contenant du matériel d'intubation, des solutés pour perfusions, des dispositifs d'administration de médicaments
- Ventilation artificielle à l'oxygène et oxymétrie de pouls
- Matériel de contrôle de la tension artérielle
- Lecteur de glycémie
- Médicaments à administrer par perfusion
- Défibrillateur
- Valise de soins avancés de réanimation traumatologique contenant du matériel de suture, des pansements

3. Ambulances

- Des brancards pour transporter les blessés, avec possibilité de stabilisation de la colonne vertébrale (brancard cuillère, matelas coquille)
- Oxygénateurs portables
- Matériel d'assistance respiratoire
- Matériel d'intubation
- Matériel d'aspiration
- Écran ECG et défibrillateur
- Oxymètre de pouls
- Appareil pour perfusion
- Tensiomètre et stéthoscope
- Attelles et matériel d'immobilisation des membres et de la colonne vertébrale (y compris des colliers cervicaux et des minerves)
- Matériel pour trachéotomie
- Matériel et médicaments de premiers secours

4. Hélicoptère médicalisé Équipé conformément aux normes nationales locales