

Ébauche – POLITIQUE DE LA CWFHC RELATIVE AUX COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Préambule

1. La présente politique s'appuie sur le **5^e Consensus international sur les commotions cérébrales dans le sport** (*5th Consensus Statement on Concussion in Sport*, en anglais seulement), publié en avril 2017. Elle interprète l'information contenue dans le rapport préparé en 2017 par le groupe de travail sur les commotions cérébrales dans le sport (**Concussion in Sport Group [CISG]**), un groupe de praticiens et d'experts en matière de commotions cérébrales dans le sport, et adapte les outils d'évaluation et de gestion des commotions cérébrales.

2. Le CISG a suggéré **11 mesures de gestion concernant les commotions cérébrales dans le sport (CCS)** dans le but de mettre en place une séquence logique de gestion des commotions cérébrales. La présente politique est organisée de manière similaire. Les 11 mesures sont les suivantes :

- Reconnaissance
- Retrait
- Réévaluation
- Repos
- Réhabilitation
- Référence
- Récupération
- Retour au sport
- Reconsidération
- Effets résiduels
- Atténuation des risques

3. Une commotion cérébrale est un diagnostic clinique qui ne peut être posé que par un médecin. La CWFHC décline toute responsabilité en ce qui concerne l'utilisation ou l'interprétation de la présente politique par les participants ou d'autres individus.

Définitions

4. Les termes suivants sont définis ainsi dans la présente politique :

- a) « **CWFHC** » – Canadian Weightlifting Federation Halterophile Canadienne.
- b) « **Participant** » – Entraîneurs, athlètes, bénévoles, officiels ou autres individus affiliés.
- c) « **Individus affiliés** » – Tous les individus employés par la CWFHC ou engagés dans les activités de cette dernière, notamment les employés, les bénévoles, les administrateurs, les membres de comités, les directeurs et les agents.
- d) « **Commotion cérébrale soupçonnée** » – Reconnaissance qu'un individu semble s'être blessé ou avoir subi un impact susceptible d'entraîner une commotion cérébrale, ou présente un comportement inhabituel qui pourrait être attribuable à une commotion cérébrale.
- e) « **Commotion cérébrale liée au sport** » ou « **CCS** » – Une commotion cérébrale liée au sport est une blessure cérébrale traumatique causée par des forces biomécaniques. Plusieurs caractéristiques communes peuvent être utilisées pour définir la nature d'une CCS, notamment :
 - i. Causée soit par un coup direct à la tête, au visage, au cou ou ailleurs sur le corps, soit par une force d'impact transmise à la tête.
 - ii. Entraîne habituellement le déclenchement rapide d'une perturbation à court terme de la fonction neurologique, qui disparaît spontanément. Toutefois, dans certains cas, les signes et symptômes évoluent sur plusieurs minutes ou même plusieurs heures.
 - iii. Peut entraîner des changements neuropathologiques, mais les signes et symptômes cliniques aigus reflètent largement une perturbation fonctionnelle plutôt qu'une blessure structurelle et, par conséquent, il est possible qu'aucune anomalie ne soit visible.
 - iv. Entraîne divers signes et symptômes cliniques pouvant ou non comprendre une perte de conscience. La disparition des caractéristiques cliniques et cognitives suit habituellement un ordre séquentiel. Toutefois, dans certains cas, les symptômes peuvent durer plus longtemps.

Objet

5. La CWFHC s'engage à assurer la sécurité des personnes qui pratiquent l'haltérophilie. La CWFHC reconnaît l'importance de la sensibilisation accrue en matière de commotions cérébrales, et les effets à long terme de ces dernières, et croit que la prévention des commotions cérébrales est essentielle pour protéger la santé et la sécurité des participants.

6. La présente politique sert de guide pour déceler les signes et symptômes communs d'une commotion cérébrale, et présente le protocole à suivre en cas de commotion cérébrale possible ainsi que des lignes directrices concernant le retour à l'entraînement lorsqu'une commotion cérébrale est diagnostiquée. La connaissance des signes et symptômes d'une commotion cérébrale ainsi que de la façon de gérer adéquatement une commotion cérébrale est cruciale

pour le rétablissement et pour s'assurer que l'individu ne reprend pas ses activités physiques trop tôt, en risquant des complications.

Reconnaissance

7. Si l'un de ces **drapeaux rouges** est présent, il faut appeler une ambulance et/ou faire appel à un professionnel de la santé autorisé se trouvant sur les lieux :

- a) Douleur ou sensibilité au cou
- b) Vision double
- c) Faiblesse ou sensation de fourmillement/brûlure dans les bras ou les jambes
- d) Mal de tête sévère ou allant en s'intensifiant
- e) Crise d'épilepsie ou convulsions
- f) Perte de conscience
- g) Détérioration de l'état de conscience
- h) Vomissements
- i) Agitation ou combativité allant en s'intensifiant

8. Les **signes observables** suivants pourraient indiquer la présence d'une commotion cérébrale :

- a) Personne allongée sans mouvement
- b) Lenteur à se relever après un coup direct ou indirect à la tête
- c) Désorientation ou confusion/incapacité de répondre adéquatement à des questions
- d) Regard vide ou absent
- e) Difficultés liées à l'équilibre ou à la démarche, incoordination motrice, tendance à trébucher, mouvements lents et laborieux
- f) Blessure au visage à la suite d'un traumatisme à la tête

9. Une commotion cérébrale pourrait entraîner les **symptômes** suivants :

- a) Mal de tête ou sensations de « pression dans la tête »
- b) Problèmes d'équilibre ou étourdissements
- c) Nausées ou vomissements
- d) Somnolence, fatigue ou baisse d'énergie
- e) Vision trouble
- f) Sensibilité à la lumière ou au bruit
- g) Sensibilité émotionnelle accrue ou irritabilité
- h) Sensation de « ne pas se sentir bien »
- i) Tristesse, nervosité ou anxiété
- j) Douleur au cou
- k) Troubles liés à la mémoire ou à la concentration
- l) Sensation d'être ralenti ou « dans un brouillard »

10. L'impossibilité de répondre correctement à l'une ou l'autre de ces **questions liées à la mémoire** peut laisser croire qu'il y a commotion cérébrale :

- a) À quel endroit sommes-nous aujourd'hui?
- b) Dans quelle ville nous trouvons-nous?

Retrait

11. Dans le cas d'une commotion cérébrale soupçonnée accompagnée de **signes observables**, de **symptômes**, ou d'impossibilité de répondre aux **questions liées à la mémoire**, le participant doit être immédiatement retiré de l'activité.

12. Les participants faisant l'objet d'une commotion cérébrale soupçonnée et qui sont retirés de l'activité ne doivent pas :

- a) être laissés seuls (au moins pendant les 1 à 2 premières heures);
- b) boire de l'alcool;
- c) faire l'usage de drogues ou de médicaments prescrits;
- d) être envoyés seuls à la maison;
- e) conduire un véhicule motorisé avant d'en avoir reçu l'autorisation par un professionnel de la santé.

13. Un participant qui a été retiré d'une activité en raison d'une commotion cérébrale soupçonnée ne doit pas reprendre l'activité avant d'avoir été examiné médicalement, préférablement par un médecin qui connaît l'**Outil d'évaluation des commotions dans le sport, 5^e édition (SCAT5)** (pour les participants âgés de plus de 12 ans) ou le **Child SCAT5** (pour les participants de 5 à 12 ans), et ce, même si les symptômes de commotion cérébrale se résorbent.

14. Lorsqu'un participant est retiré d'une activité, le parent ou le tuteur de ce dernier doit être contacté immédiatement. Le participant doit être isolé dans une pièce ou un endroit sombre, les stimuli doivent être réduits, le participant ne doit pas être laissé seul et doit faire l'objet d'une surveillance, et tout changement à son état cognitif, émotionnel ou physique doit être rapporté.

Réévaluation

15. Un participant faisant l'objet d'une commotion cérébrale soupçonnée doit être évalué par un médecin compétent, qui effectuera une évaluation neurologique complète et déterminera l'état clinique du participant ainsi que la nécessité éventuelle de procéder à une imagerie du cerveau.

Repos et réhabilitation

16. Les participants ayant reçu un diagnostic de CCS doivent se reposer pendant la phase aigüe (de 24 à 48 heures), mais peuvent graduellement et progressivement redevenir plus actifs, tant et aussi longtemps que les activités n'aggravent pas leurs symptômes. Les activités vigoureuses éreintantes devraient être évitées.

17. Les participants doivent tenir compte des divers symptômes et problèmes liés aux CCS. Des programmes de réhabilitation comprenant des paramètres contrôlés en deçà du seuil de performance maximale devraient être envisagés.

Référence

18. Les participants qui présentent des symptômes persistants post-commotion (c.-à-d. des symptômes persistant au-delà de la durée habituelle du rétablissement – de 10 à 14 jours chez les adultes, et 4 semaines chez les enfants) doivent être référés à un médecin spécialiste des CCS.

Rétablissement et retour au sport

19. Les CCS provoquent d'importants effets nuisibles sur la fonction cognitive et l'équilibre durant les premières 24 à 72 heures suivant la blessure. Chez la plupart des participants, ces effets cognitifs, l'équilibre et les autres symptômes s'améliorent rapidement durant les deux premières semaines suivant l'incident. La gravité des symptômes initiaux du participant au cours des premiers jours suivant l'incident est un important prédicteur de la vitesse à laquelle le participant se rétablira d'une CCS.

20. Le tableau ci-dessous présente une stratégie de reprise graduelle du sport pour la plupart des participants, en particulier pour ceux n'ayant pas connu de très graves symptômes initiaux durant les premiers jours suivant la blessure.

Tableau 1 – Stratégie de retour au sport

| Stade | But | Activité | Objectif |
|--------------|---|--|--|
| 1 | Activités limitées, selon les symptômes | Activités quotidiennes ne provoquant pas de symptômes | Réintroduction graduelle des activités (travail/études) |
| 2 | Exercices aérobiques légers | Marche ou vélo stationnaire à une vitesse lente à modérée | Aucun entraînement en résistance. Augmentation du rythme cardiaque. |
| 3 | Exercices propres au sport | Activités sans impact à la tête | Ajout de mouvements |
| 4 | Entraînement sans contact | Entraînement plus intense. Possibilité de commencer progressivement l'entraînement en résistance. | Exercices, coordination et concentration accrues. |

| | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| 5 | Pratique avec contact | Après avoir reçu l'accord d'un médecin, reprise des activités normales d'entraînement | Rétablissement de la confiance, et évaluation des habiletés fonctionnelles par les entraîneurs |
| 6 | Retour au sport | Participation normale | |

21. Une période initiale de 24 à 48 heures de repos physique et cognitif est recommandée avant de mettre en place la stratégie de retour au sport.

22. Chaque stade devrait durer au moins 24 heures (ou plus). Si les symptômes réapparaissent ou empirent, le participant doit revenir au stade précédent.

23. L'entraînement en résistance ne devrait être ajouté qu'aux derniers stades (stade 3 ou 4).

24. Si les symptômes persistent, le participant doit retourner consulter un médecin.

25. La stratégie de retour au sport du participant devrait être adaptée et approuvée par un médecin, et des consultations régulières devraient avoir lieu durant le processus.

Reconsidération

26. Le CISG a étudié si les CCS devaient être prises en charge différemment chez certaines populations (enfants, adolescents et athlètes de niveau élite).

27. Il a été déterminé que tous les participants, sans égard à leur niveau compétitif, doivent être pris en charge en suivant les mêmes principes de gestion des CCS.

28. Les adolescents (de 13 à 18 ans) et les enfants (de 5 à 12 ans) doivent être pris en charge de façon différente. Les symptômes de CCS chez les enfants peuvent persister jusqu'à 4 semaines. De plus amples recherches devraient être menées afin de déterminer de quelle manière chacun de ces groupes devrait être pris en charge, mais le CISG recommande que les enfants et les adolescents suivent d'abord un protocole de retour à l'école avant que soit mise en place la stratégie de retour au sport. Une stratégie de retour à l'école est décrite ci-dessous.

Tableau 2 – Stratégie de retour à l'école

| Stade | But | Activité | Objectif |
|-------|---|---|--|
| 1 | Activités quotidiennes à la maison ne provoquant pas de symptômes chez l'enfant | Activités typiques de l'enfant durant le jour, à condition qu'elles n'accroissent pas les symptômes (p. ex. | Retour graduel aux activités habituelles |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | lecture, envoi de textos, écrans). Commencer par des périodes de 5 à 15 minutes à la fois, et augmenter graduellement. | |
| 2 | Activités scolaires | Devoirs, lecture ou autres activités cognitives en dehors de la classe | Accroissement de la tolérance au travail cognitif |
| 3 | Retour à l'école à temps partiel | Introduction graduelle du travail scolaire. Pourrait nécessiter de commencer par des journées d'école partielles ou en intégrant des pauses plus longues durant la journée. Accroissement des activités académiques. | Retour à l'école à temps plein |
| 4 | Progression graduelle dans les activités scolaires jusqu'à ce qu'une journée complète puisse être tolérée | Retour complet aux activités académiques et rattrapage | |

Effets résiduels

29. Les participants devraient être à l'affût des problèmes à long terme possibles, comme les perturbations cognitives et la dépression. Le potentiel de développer une encéphalopathie traumatique chronique (ETC) doit aussi être pris en compte, même si le CISG a précisé qu'aucune relation de cause à effet n'a encore été démontrée entre les ETC et les CCS, ou l'exposition à des sports de contact. Par conséquent, on ignore pour le moment si les commotions cérébrales répétées ou si les impacts n'entraînant pas de diagnostic de commotion causent des ETC.

Atténuation du risque et prévention

30. La CWFHC reconnaît que le fait d'être au courant de l'historique d'un participant en matière de CCS peut aider à élaborer une stratégie de prise en charge des commotions cérébrales et de retour au sport. L'historique clinique devrait également comprendre l'information au sujet de toute blessure antérieure à la tête, au visage ou à la colonne cervicale. La CWFHC encourage les

participants à informer leurs entraîneurs et les autres intervenants de leur historique personnel.

Non-conformité

31. Le non-respect de toute ligne directrice et/ou de tout protocole énoncé dans la présente politique pourrait entraîner la mise en place de mesures disciplinaires, conformément au *Code de conduite* de la CWFHC.