

Introduction

Le Protocole d'Évaluation de blessure à la tête (HIA) est un processus en trois étapes mis en place par World Rugby pour les équipes adultes de l'élite visant à contribuer à l'identification, au diagnostic et à la prise en charge des impacts à la tête avec risque de commotion cérébrale. Ce Protocole HIA est composé des quatre étapes suivantes :

- Étape 1 : évaluation au cours du match incluant l'utilisation du Formulaire HIA1.
- Étape 2 : évaluation post match, le même jour, incluant l'utilisation du Formulaire HIA2.
- Étape 3 : évaluation 36-48 heures après l'évènement d'impact, incluant l'utilisation du Formulaire HIA3.
- Étape 4 : autorisation de reprendre le jeu dans son intégralité à l'issue d'une rééducation individualisée, incluant l'utilisation du Formulaire HIA4.

Dans le présent document, vous trouverez :

1. Explications sur le Protocole HIA
2. Procédures du HIA
3. Annexes
 - Annexe 1 - Procédures HIA, Foire aux questions
 - Annexe 2 - Définitions HIA
 - Annexe 3 - Procédures du Personnel médical des équipes et du Jour de match
 - Annexe 4 - Protocole HIA pour le rugby à 7
 - Annexe 5 - **Application de l'HIA et recours à des substitutions/remplacements temporaires**
 - Annexe 6 - Explication du Processus de révision du HIA et Graphique
 - Annexe 7 - **Contenu éducatif minimal et niveau avancé des soins pour les commotions cérébrales**
 - Annexe 8 - **Consentement du Joueur à l'HIA et Explication des études**

Protocole HIA : Explications

Le remplacement temporaire pour blessure à la tête a été introduit de manière permanente au sein des Règles du Jeu pour le rugby d'élite des adultes en août 2015. Le Protocole HIA a été élaboré en soutien de la Règle du Jeu 3.11 et du Règlement 10, qui concernent tous les deux le remplacement temporaire pour blessure à la tête et la gestion de la commotion cérébrale. Le Protocole HIA n'est pas seulement une évaluation hors du terrain (HIA1), c'est une combinaison de signes cliniques, de signes observables à la vidéo, d'alertes données par les protège-dents connectés et d'évaluation clinique qui facilitent une évaluation multimodale et sur plusieurs points temporels de la commotion cérébrale. Le Protocole HIA est soutenu électroniquement par l'application Specialised Concussion Rugby Management (SCRM). L'application SCRM est utilisée par World Rugby pour le processus HIA dans le cadre des compétitions approuvées et permet l'enregistrement efficace et standardisé des évaluations HIA (de référence et après l'impact à la tête), des étapes et des évaluations individualisées de la rééducation, et de la consultation d'un consultant indépendant en commotion cérébrale (ICC) si nécessaire. Un guide d'utilisation de l'application SCRM est disponible [ICI](#) ou peut être téléchargé [ICI](#).

La possibilité d'utiliser le Protocole HIA est basée sur l'approbation de World Rugby et n'est appliquée que pour les compétitions ou les rencontres qui répondent à des critères minimums spécifiques définis par World Rugby. Les organisateurs de compétitions ou les Fédérations doivent demander à utiliser l'HIA en suivant la procédure de demande d'HIA de World Rugby décrite à l'annexe 4. Les organisateurs de compétitions ou les Fédérations acceptent de respecter les normes de santé du joueur décrites dans le document de demande. Cela inclut l'acceptation que tous les joueurs se conformeront au Protocole HIA dans son intégralité. Les joueurs qui ne se conforment pas entièrement au protocole à toute étape du protocole (c'est-à-dire l'évaluation hors du terrain HIA1) ne seront pas autorisés à participer à cette évaluation.

Le Protocole HIA est composé des quatre étapes suivantes :

Étape 1 : Évaluation HIA1 hors du terrain :

Lors de l'étape 1, les joueurs ayant subi un événement d'impact à la tête avec risque de commotion sont identifiés par les Officiels de match, les Médecins d'équipe (TD), le personnel médical du bord du terrain ou les Médecins de match indépendants (MDD). L'identification se fait par l'observation directe, l'examen vidéo ou les données du protège-dents connecté (iMG).

L'évaluation HIA1 hors du terrain comporte cinq éléments :

- a. 12 critères de sortie immédiate et définitive du terrain (appelés indices Critères 1)
- b. une évaluation objective des accélérations de la tête grâce aux données iMG
- c. un outil d'évaluation en dehors du terrain
- d. une analyse vidéo sur le bord du terrain
- e. un examen clinique réalisé par le médecin traitant

L'évaluation HIA1 n'est donc pas seulement un outil d'évaluation hors du terrain, mais une série d'évaluations multimodales.

Les joueurs présentant des signes évidents de commotion sur le terrain (Critères 1) sont immédiatement et définitivement sortis du terrain. Dans ce cas, l'utilisation de l'outil d'évaluation hors du terrain n'est pas requise. Les joueurs qui présentent des signes de Critère 1 sur le terrain sont diagnostiqués comme ayant subi une commotion cérébrale. Le joueur doit être évalué dans la salle médicale par le Médecin de l'équipe ou le MDD afin de déterminer si un examen plus approfondi ou une prise en charge de sa blessure est nécessaire pendant le match.

Les cas relevant des Critères 2 sont sortis du terrain pour une évaluation hors du terrain lorsque les joueurs présentent un risque de commotion cérébrale (signes de Critère 2 - indicateurs cliniques) ou lorsque les accélérations de la tête mesurées par un iMG dépassent un seuil déterminé. Un joueur qui présente un signe de Critère 1 et une alerte iMG est pris en charge comme un signe de Critère 1. L'utilisation de l'iMG dans le protocole HIA de niveau supérieur est nécessaire pour accéder à l'évaluation HIA1 hors du terrain - les exigences sont décrites [ICI](#). Dans un petit nombre de cas, les joueurs peuvent bénéficier d'une exemption médicale qui empêche l'utilisation d'un iMG, ce qui doit être officiellement signalé à Lindsay Starling lindsay.starling@worldrugby.org au plus tard 48 heures avant le jour du match.

L'outil d'évaluation hors du terrain World Rugby est une version reformatée du Sports Concussion Assessment Tool (SCAT), recommandé par les experts des conférences du consensus international sur les commotions cérébrales. Cet outil d'évaluation hors du terrain comprend une vérification des symptômes, une évaluation de la mémoire et une évaluation de l'équilibre, ainsi qu'une évaluation des séquences vidéo de l'évènement. L'outil SCAT a été régulièrement mis à jour à la suite de réunions de consensus sur les commotions cérébrales, lorsque de nouvelles données étaient disponibles. Ces données sont examinées par le groupe de travail indépendant sur les commotions cérébrales et combinées aux études de World Rugby pour orienter l'HIA. Les outils SCAT et HIA changent donc de façon intermittente, mais dans ce document, ils seront désignés respectivement par les termes « SCAT » et « HIA ». Les résultats de l'HIA sont comparés à une « évaluation de référence » réalisée précédemment par l'individu, ou à un résultat normatif si une référence individuelle n'est pas disponible. Un résultat de l'outil d'évaluation hors du terrain est anormal si le score est différent de celui de l'évaluation de référence du joueur ou du score normatif, et confirme une suspicion de commotion. Tout joueur dont l'évaluation en dehors du terrain est anormale ou pour lequel l'avis clinique indique une suspicion de commotion doit être sorti définitivement du terrain. Pour être clair, un avis clinique soutenant une suspicion de commotion cérébrale peut l'emporter sur une évaluation normale.

Le Médecin de l'équipe est responsable au premier chef de l'exécution de l'évaluation hors du terrain, mais peut déléguer cette tâche au Médecin du match indépendant et cela doit être déterminé avant le match. Toutes les décisions de reprise du jeu doivent être discutées avec le Médecin du match indépendant, qui a la responsabilité ultime de la supervision et de la prise de décision en ce qui concerne la reprise du jeu. L'évaluation hors du terrain est menée dans l'infirmerie du stade ou dans un autre lieu convenu au préalable si l'infirmerie est trop éloignée du terrain. Si un remplacement temporaire pour blessure à la tête est nécessaire, un remplacement de 12 minutes est autorisé. Il s'agit de 12 minutes fixes, et d'un temps absolu et non d'un temps de jeu. Les 12 minutes doivent commencer lorsque le joueur traverse la ligne de touche pour quitter le terrain de jeu.

Un joueur soumis à une évaluation hors du terrain et autorisé à reprendre le jeu doit se présenter au 4^{ème} officiel de match au cours de cette période de 12 minutes, mais ne sera pas autorisé à reprendre le jeu avant que cette période de 12 minutes ne soit écoulée. Si, au cours de l'évaluation d'une blessure à la tête, il y a une blessure qui saigne nécessitant une suture, le temps alloué pour traiter la blessure qui saigne et l'évaluation hors du terrain est de 17 minutes.

Lorsqu'une équipe doit procéder à deux évaluations HIA hors du terrain simultanées, le Médecin de l'équipe doit effectuer une évaluation tandis que le Médecin du match indépendant procèdera à l'autre évaluation. Le Médecin de l'équipe et le Médecin du match indépendant discuteront des deux cas au stade de la synthèse avant de prendre une décision finale.

Dans le cas improbable de trois blessures à la tête présumées ou plus survenant au cours de la même période, si un membre de l'équipe médicale dûment qualifié et expérimenté dans la réalisation d'évaluations HIA est disponible (responsable des soins immédiats ou médecin vidéo du jour du match) et s'il existe un espace approprié pour effectuer le test (salle médicale), il peut réaliser l'évaluation HIA1 hors du terrain, mais doit à nouveau discuter des résultats avec le Médecin de l'équipe et le Médecin du match indépendant lors de la phase de synthèse avant de prendre une quelconque décision.

Si aucun membre de l'équipe médicale n'est disponible, le joueur doit attendre que le Médecin de l'équipe ou le Médecin du match indépendant soit disponible pour procéder à l'évaluation. Dans ce cas, un délai supplémentaire est prévu pour cette évaluation, de sorte que le joueur dispose d'un maximum de 17 minutes pour l'évaluation, c'est-à-dire qu'il peut revenir à 12 minutes si l'évaluation est terminée, mais qu'il dispose de 5 minutes supplémentaires si nécessaire.

L'analyse vidéo remplit trois rôles lors de l'évaluation HIA1 hors du terrain. Premièrement, au cours du match, le Médecin du match indépendant peut compléter son observation sur le bord du terrain par des analyses vidéo des incidents afin d'identifier tout événement suspect d'impact à la tête justifiant soit une sortie définitive du terrain, soit une sortie du terrain pour évaluation complémentaire sur le bord du terrain. À ce stade, la décision du MDD est simplement de sortir le joueur. Une deuxième analyse vidéo est ensuite réalisée en présence du MDD et du Médecin de l'équipe. Si des critères de sortie immédiate HIA 1 (Critère 1) sont identifiés, le joueur est sorti définitivement du terrain sans qu'il soit nécessaire de procéder à l'évaluation HIA1 hors du terrain. Si aucun signe de Critère 1 n'est identifié et convenu, le joueur fait l'objet d'une évaluation hors du terrain basée sur l'outil d'évaluation. Enfin, la vidéo de l'incident est à nouveau visionnée après l'évaluation hors du terrain avant qu'une décision ne soit prise concernant la reprise du jeu.

En 2024, le groupe de travail indépendant sur les commotions cérébrales de World Rugby a élaboré un [Programme actualisé de surveillance de l'impact à la tête](#). Ces recommandations comprennent l'utilisation obligatoire de la technologie iMG pour mesurer l'exposition aux impacts à la tête (aigus et chroniques) dans le rugby de haut niveau. Le Bureau exécutif a soutenu ces recommandations, y compris l'utilisation des alertes iMG dans le cadre du protocole HIA. Pour comprendre la charge d'impact à la tête, il faut connaître avec précision la charge d'entraînement et la charge de match. Les joueurs sont tenus d'utiliser leur iMG lors de tous les entraînements et matchs où un impact à la tête est susceptible de se produire. L'accès à l'évaluation HIA1 hors du terrain sera limité aux joueurs qui se trouvent en conformité avec l'utilisation de l'iMG. Les joueurs peuvent accéder à l'HIA1 le jour du match s'ils remplissent les trois critères suivants au cours de chaque semaine de match :

1. Avoir porté son iMG au cours des semaines d'entraînement précédentes : Les joueurs doivent porter leur iMG lors de toutes les séances d'entraînement où il y a un risque d'impact à la tête. Il s'agit par exemple de toutes les séances d'entraînement au cours desquelles un ballon de rugby est utilisé. L'utilisation sera contrôlée chaque semaine par le responsable de la conformité de la compétition.
2. Porter leur iMG au début du match : L'officiel au bord du terrain évaluera cela par le biais du portail iMG sur son iPad ou tablette. Cette évaluation est effectuée numériquement par l'intermédiaire de l'application, et non par un examen physique.
3. Avoir porté leur iMG pendant au moins 50 % du temps de match précédant l'incident : Le MDD recevra ces informations sur son iPad ou sa tablette lorsqu'il effectuera l'HIA1.

Les joueurs qui ne respectent pas l'utilisation de l'iMG seront gérés selon le principe « Identification et Sortie du terrain » à savoir que si à la suite d'un impact à la tête, une commotion cérébrale est suspectée, le joueur sera sorti du jeu et ne pourra pas y revenir. Une HIA2, une HIA3 et, après une rééducation individualisée, une HIA4 doivent être réalisées pour le joueur.

Gestion des suspicions de commotion cérébrale chez les joueurs de moins de 19 ans dans le rugby adulte de l'élite

- Tout joueur ayant 18 ans ou moins disputant un tournoi adulte de l'élite dans le cadre duquel l'utilisation du protocole HIA a été approuvé doit être géré conformément au protocole « Identification et Sortie du terrain ».
- Les joueurs dans cette catégorie et qui présentent un ou des signes ou symptômes de Critères 2 ne peuvent pas être sortis du terrain pour une évaluation HIA1 hors du terrain. Ils doivent être sortis du terrain et ne plus participer à cette rencontre - Identification et Sortie du terrain. Les joueurs sous Critères 1 doivent immédiatement et définitivement être retirés du jeu et sont considérés comme ayant une commotion cérébrale confirmée.
- Après le protocole Identification et Sortie du terrain, tous les joueurs doivent suivre le processus HIA décrit en utilisant HIA2 et HIA3. Les joueurs pour lesquels une commotion a été confirmée devraient suivre les protocoles de rééducation individualisée prescrits par leur Fédération.

Étape 2 : Évaluation HIA2 - identification d'une commotion à expression immédiate :

Lors de l'étape 2, chaque joueur faisant l'objet d'un protocole HIA passe un examen médical précoce (examen clinique HIA 2) dans les trois heures suivant la fin du match, afin de déterminer l'évolution clinique et d'identifier un diagnostic de commotion à expression **immédiate** (cela inclut les joueurs qui relèvent du critère 1 et qui n'ont pas effectué l'évaluation HIA1 hors du terrain). Idéalement, l'HIA2 devrait être réalisée sur le terrain par la personne qui a réalisé l'évaluation HIA1 ou par le Médecin de l'équipe. L'HIA2 est réalisée à l'aide de l'outil SCAT et des valeurs de référence des joueurs ou des valeurs de référence normatives du rugby. L'évaluation HIA2 offre aussi l'occasion de discuter des événements entourant le retrait du joueur. En cas de désaccord au sujet d'une évaluation HIA1 ou d'un événement répondant aux Critères 1, il convient d'en discuter et de le clarifier à ce stade.

L'évaluation HIA2 est également le test le plus approprié en cas de suspicion de commotion cérébrale survenant en dehors d'un match, par exemple lors d'un entraînement, pour les joueurs de 19 ans ou plus.

Rugby à 7

Dans le rugby à 7, les matchs se déroulent sur un week-end (2 à 3 jours). Le protocole HIA pour le rugby à 7 est donc légèrement différent des autres versions. Un joueur qui subit un événement de Critère 1 ne jouera plus dans le tournoi et effectuera les HIA2 et HIA3 comme d'habitude. Un joueur qui a une suspicion de commotion cérébrale et une évaluation hors du terrain effectue son HIA2 dans les 3 heures suivant le match, mais a également une seconde HIA2 le lendemain matin. Si les deux HIA2 sont normales et que le médecin examinateur estime qu'il n'y a pas de signes cliniques ou de symptômes de commotion cérébrale, le joueur peut jouer le deuxième jour de l'événement. Le joueur continue et effectue une HIA3 le jour suivant (36-48 heures après l'événement). Cette procédure est décrite à l'annexe 4.

Étape 3 : Évaluation HIA 3 - identification d'une commotion à expression retardée :

Dans l'étape 3, d'autres examens médicaux sont effectués après deux nuits de repos (36-48 heures après l'événement d'impact à la tête) pour évaluer plus en avant l'évolution clinique et identifier un diagnostic de commotion cérébrale à expression **retardée** (évaluation clinique HIA3). Cette évaluation HIA3 consiste en une évaluation clinique appuyée par le SCAT et qui peut être accompagnée par un outil d'évaluation neuro-cognitif informatisé

supplémentaire, au choix de chaque équipe (par exemple CogState Sport ou ImPACT).

Les joueurs présentant des symptômes ou des signes différés avec suspicion de commotion cérébrale, mais qui n'ont pas été identifiés comme ayant subi un impact à la tête pendant le match, peuvent prendre part au protocole HIA à une étape ultérieure (étape 2 ou 3) et effectuer les évaluations cliniques HIA2 et/ou HIA3, le cas échéant.

Confirmation d'un diagnostic de commotion cérébrale

Le diagnostic de commotion cérébrale est confirmé si un joueur présente des signes visibles de commotion exigeant une sortie immédiate et définitive du terrain (Critères 1, par ex. perte de connaissance) ou si un diagnostic clinique de commotion est posé, appuyé par un résultat HIA2 ou HIA3 pire que le référentiel du joueur (ou les données normatives si un référentiel n'est pas disponible) ou si le médecin traitant a une suspicion clinique de commotion cérébrale, à n'importe quel moment de ce processus.

Le Protocole HIA permet de diagnostiquer immédiatement une commotion cérébrale (Critère 1) à la suite d'un événement d'impact à la tête. Toutefois, un diagnostic de commotion après impact à la tête ne peut être exclu jusqu'à ce que les évaluations HIA2 et HIA3 n'aient été effectuées avec un résultat normal et absence de suspicion clinique de commotion.

Étape 4 : Évaluation HIA4 - confirmation d'une réadaptation personnalisée réalisée intégralement et autorisation de reprise du jeu :

L'étape 4 s'achève lorsque le joueur a terminé sa réadaptation individualisée, décrite en détail ci-dessous. À ce stade, le joueur aura également passé des tests neurocognitifs. Le cas échéant, le joueur aura été examiné par un Consultant indépendant en commotions cérébrales avant de participer à un entraînement avec contact complet. Une fois que le joueur a terminé sa rééducation individualisée, le Médecin de l'équipe doit remplir l'HIA4 pour « clore » le dossier. Cette étape est particulièrement importante car l'application SCRM enregistre automatiquement la durée de chaque réadaptation individualisée et une récupération de plus de 21 jours indique un antécédent de commotion cérébrale, quel que soit le nombre de commotions cérébrales subies par le joueur.

RÉSUMÉ

Le protocole d'Évaluation de blessure à la tête (HIA) est un processus en quatre étapes et comprend :

L'évaluation HIA1 hors du terrain, comprenant

- Critère 1 : signes indiquant une sortie immédiate et définitive du terrain
- Une évaluation en dehors du terrain incluant une liste de contrôle des symptômes, une évaluation de la mémoire, une évaluation de l'équilibre et des tests cognitifs réalisés par un médecin
- Une évaluation objective par des protège-dents connectés des accélérations de la tête qui dépassent un seuil clinique
- Analyse vidéo
- Examen clinique réalisé par le médecin traitant

HIA2

- Répétition de l'examen médical effectuée par le médecin dans les 3 heures suivant l'incident
- Aide au diagnostic de la commotion cérébrale à expression **immédiate**

HIA3

- Examen médical supplémentaire réalisé par un médecin ou un praticien compétent dans les 48-72 heures suivant l'incident
- Aide dans le cas de présentations **retardées** de la commotion cérébrale

HIA4

- Remplir ce formulaire confirme le rétablissement après la commotion cérébrale.
- Cela permet d'identifier les antécédents de commotion (durée du rétablissement)

COMPOSANTS DE L'HIA**HIA1**

L'évaluation HIA1 hors du terrain est une évaluation d'une durée fixe de 12 minutes de temps absolu et non de temps de jeu - cela signifie qu'un joueur ne peut pas reprendre le jeu avant 12 minutes, même si l'évaluation a été terminée. Si un joueur ne se présente pas au 4^{ème} officiel de match avant que la période de 12 minutes ne se soit écoulée, ce joueur sera considéré comme remplacé définitivement.

- L'évaluation HIA1 hors du terrain est un Sports Concussion Assessment Tool (SCAT) reformaté, et inclut les sections suivantes :
- Section 1 - 12 indicateurs de sortie immédiate et permanente (signes Critère 1), dont six peuvent être observés sur vidéo et les cinq autres identifiés lors de l'évaluation sur le terrain.

Généralement observés sur vidéo :

- Perte de connaissance confirmée
- Suspicion de perte de connaissance
- Convulsions
- Crise tonique posturale
- Troubles de l'équilibre / ataxie
- Clairement hébété

Identifiés lors de l'évaluation sur le terrain :

- Désorientation du joueur : temps, lieu ou personnes
- Clairement confus
- Changements de comportement évidents
- Signes oculomoteurs (par ex. nystagmus spontané)
- Identification sur le terrain de signes ou symptômes de commotion cérébrale

Identifiés avant le jeu

- Moins de 19 ans: Identification et Sortie du terrain ne s'applique pas à l'évaluation HIA1 hors du terrain

Indicateurs pour l'évaluation HIA1 hors du terrain (signes Critères 2)

- Évènement d'impact à la tête sans diagnostic apparent immédiat
- Changements de comportement éventuels
- Confusion éventuelle
- Évènement à l'origine de la blessure perçu comme susceptible de déboucher sur une blessure commotionnelle
- Signe d'un Critère 1 inférieur au seuil, par ex trouble de l'équilibre/ataxie possible
- Autre comportement ou réaction motrice à la suite d'un impact à la tête faisant suspecter une commotion cérébrale
- Alerte de protège-dents connecté en cas d'accélération de la tête (HAE)
- Évènement dépassant le seuil clinique de suspicion de commotion cérébrale tel que défini par le Groupe de travail indépendant sur les commotions cérébrales de World Rugby

Composants de l'évaluation HIA1 hors du terrain

- Mémoire Immédiate – 6 listes de 5 mots sont incluses. Dans l'application SCRM, les 10 mots sont générés aléatoirement à partir de deux de ces listes. Ceux-ci sont présentés par l'application avec un intervalle d'une seconde entre chaque mot. Le joueur est invité à répéter la liste trois fois et un score est créé sur une possibilité de 30. Ce score est comparé aux données de référence ou normatives.
- Questions de Maddock - cinq questions d'orientation.
- Chiffres à l'envers - des séries de trois, puis quatre, puis cinq et six chiffres sont annoncés au joueur à raison d'un par seconde et le joueur doit les répéter à l'envers.
- Tests d'équilibre - La position en tandem et la position sur un seul pied sont toutes deux exécutées pendant 20 secondes et les erreurs éventuelles sont comparées aux données de base ou normatives.
- Liste de contrôle des symptômes - les joueurs sont invités à lire à haute voix et à identifier tout symptôme présent dans une liste de neuf symptômes.
- Signes cliniques - l'observation par le médecin permet de répondre aux trois questions relatives aux signes cliniques.
- Mémoire différée - le joueur est invité à répéter la liste de 10 mots de la mémoire immédiate. Ceci doit être effectué au moins cinq minutes après les questions de mémoire immédiat et est noté sur 10.

HIA2 et HIA3

- Les deux évaluations comprennent :
 - Utilisation de la liste de 10 mots pour le test de mémoire immédiate et de mémoire différée.
 - Réalisation des tests d'équilibre sur un pied et d'équilibre en tandem de l'évaluation de l'équilibre du système modifié de notation des erreurs d'équilibre (mBESS).
 - Intervalle minimum de 5 minutes entre le test de mémoire immédiate et le test de mémoire différée.

HIA4

- Cette évaluation est actuellement une simple confirmation que le joueur a été autorisé à reprendre le jeu.
- Si cette évaluation n'est pas effectuée, le « dossier » commotion cérébrale reste ouvert, ce qui prolonge la récupération telle qu'enregistrée et crée éventuellement un « historique de commotion cérébrale » dans le dossier du joueur.
- À l'avenir, guidé par les études de la récente étude [Rugby Readiness and Rehabilitation Enhanced and Personalised \(RREP\)](#), le test HIA4 pourrait s'étendre à une évaluation clinique de la récupération.

TESTS DE RÉFÉRENCE

Tous les joueurs participant au protocole HIA doivent subir un test de référence valide avant utilisation. Le test de référence est une évaluation composite du SCAT qui fournit des données de comparaison pour HIA1, HIA2 et HIA3. Cela doit être saisi directement dans l'application SCRM (le logiciel du protocole HIA de World Rugby). Lorsqu'un référentiel n'est pas disponible, le HIA du joueur sera comparé à des seuils de référence, qui peuvent être des valeurs plus prudentes et pourrait augmenter le risque d'un faux positif pendant ou après le match.

Le test SCAT de référence doit être effectué conformément au [processus SCAT de référence](#) de World Rugby. Un référentiel complet doit être effectué pour un joueur entrant dans le système (par exemple, premier référentiel dans le système SCRM), mais seul un contrôle annuel du référentiel des symptômes est requis et ceci peut être réalisé dans l'application SCRM. Si un joueur n'a pas effectué de contrôle annuel des symptômes, l'application indiquera qu'il est [nécessaire de le faire](#).

Un test de référence annuel **complet** répété n'est désormais plus requis, les résultats des études ayant confirmé que le SCAT de référence à l'exception des symptômes ne change pas avec des tests en série. Un test « après épuisement » n'est pas non plus nécessaire car nos études confirment que l'exercice physique n'a pas d'impact significatif sur la performance globale de référence.

Si un Médecin de l'équipe souhaite répéter une partie ou la totalité du référentiel de l'HIA, cela est possible dans l'application SCRM.

En outre, les Médecins de l'équipe effectueront une stratification annuelle des risques liés aux antécédents de commotions cérébrales. Ceci est décrit dans la section sur la reprise du jeu.

Processus obligatoire pour recueillir les symptômes - SCAT de référence

1. Les symptômes de référence initiaux du SCAT doivent être recueillis dans un environnement calme et peuvent l'être à partir d'un groupe de taille raisonnable afin que toutes les instructions soient données et reçues correctement.
2. Le superviseur doit fournir une explication sur la différence entre des symptômes « de trait » et « d'état » et insister sur cette différence.
 - a. Pour le référentiel, il convient de demander au joueur : « Veuillez évaluer vos symptômes en fonction de la façon dont vous vous sentez **habituellement...** (il s'agit d'un symptôme « de trait » - c'est-à-dire de la façon dont vous vous sentez au jour le jour, dans les activités de la vie quotidienne). »
 - b. Pour l'évaluation post-blessure, il convient de demander au joueur : « Veuillez évaluer vos symptômes sur la façon dont vous vous sentez **maintenant...** (il s'agit d'un symptôme « d'état », c'est-à-dire de la façon dont vous vous sentez « en ce moment » lors de l'évaluation). »
3. Il devrait être indiqué aux sportifs que seuls les symptômes « de trait » (ceux qui sont typiquement présents) doivent être inscrits dans cette **liste initiale de référence** SCAT des symptômes.
4. Il devrait également être indiqué aux sportifs que tout symptôme signalé fera l'objet d'un suivi par un médecin traitant ou professionnel de santé.

5. Après avoir dressé la liste de référence SCAT des symptômes, tout sportif signalant un symptôme doit être identifié et un examen de suivi confirmé. L'application SCRM demandera automatiquement au Médecin de l'équipe de procéder à un nouveau test si un joueur signale des symptômes dans le référentiel. Ce suivi doit avoir lieu au moins 24 heures après la collecte initiale des symptômes et après 24 heures de repos.
6. Cet examen de suivi devrait être effectué dans un environnement calme et en tête-à-tête par un médecin ou professionnel de santé responsable des soins du sportif concerné.
7. Avant de faire le suivi de la liste des symptômes, la différence entre des symptômes « de trait » et « d'état » doit une nouvelle fois être expliquée et il convient d'indiquer au joueur que seuls les symptômes « de trait » doivent être signalés.
8. Il devrait également être indiqué au sportif qu'il est important qu'il se concentre bien et dise la vérité.
9. À l'issue de ce référentiel SCAT de suivi, le médecin doit discuter et confirmer avec le sportif tout symptôme « de trait » identifié. Si, après cette discussion, le ou les symptômes « de trait » sont confirmés, ces symptômes devraient être notés comme symptôme(s) de référence SCAT pour le joueur concerné.
10. Tout symptôme « de trait » confirmé par ce processus doit faire l'objet d'un autre examen et étude. Les [lignes directrices cliniques décrites](#) sont fournies pour étayer cette étude.
11. Si un joueur présente plusieurs symptômes et qu'un nouveau test confirme qu'il s'agit bien de symptômes de trait, les Médecins de l'équipe doivent tout mettre en œuvre pour évaluer et résoudre ces problèmes. Lorsqu'un joueur reconnaît plusieurs symptômes au référentiel, cela peut amoindrir l'utilité de l'échelle des symptômes dans le protocole HIA.

SCAT de référence - Tests cognitifs et d'équilibre

Les tests cognitifs et d'équilibre sont cruciaux pour le SCAT et chacun doit être évalué à l'aide d'un certain nombre de sous-tests. L'évaluation cognitive verbale contient quatre sous tests : Mémoire immédiate, Orientation, Chiffres à l'envers et Mémoire différée, alors que éléments utilisés dans l'évaluation de l'équilibre mBESS incluent la position en tandem et la position sur un pied.

L'importante base de données de références SCAT World Rugby a été utilisée pour quantifier la performance dans le cadre des tests cognitifs et d'équilibre de référence. Ces données ont été utilisées pour déterminer un niveau « plafond » approximatif basé sur le 95^{ème} centile de la population pour chaque sous-test. Notre recommandation est d'utiliser ces seuils de référence pour déterminer si un sous-test de référence devrait être effectué une nouvelle fois (Tableau 1). Cette réévaluation a été introduite dans le processus de collecte de données pour tenir compte des problèmes liés aux « efforts du joueur » et pour améliorer la validité et la fiabilité des références SCAT.

SCAT de référence - Processus pour recueillir les Tests cognitifs et d'équilibre

1. Les tests cognitifs initiaux de référence SCAT devraient être réalisés dans un environnement calme et en présentiel. Les tests d'équilibre n'exigent pas un environnement calme.
2. Avant d'effectuer les tests cognitifs et d'équilibre, il devrait être indiqué au sportif

qu'il est important qu'il maximise sa concentration et sa performance. Il devrait également lui être indiqué que ses résultats seront mesurés par rapport à des seuils de référence et que si sa performance se trouve hors de ces seuils, les tests seront répétés.

3. À l'issue des tests cognitifs et d'équilibre de référence initiaux, tout sous-test dont les résultats se trouvent en dehors des seuils de référence identifiés au Tableau 1 doit être effectué une nouvelle fois en présence du médecin ou professionnel de santé.
4. Faire repasser un sous-test cognitif et d'équilibre n'est requis que si les résultats de ce sous-test ont été identifiés comme se trouvant en dehors des seuils de référence. Par exemple, si le résultat du test de Mémoire immédiate est hors des seuils de référence, il n'est pas nécessaire de répéter celui de Mémoire différée.
5. La possibilité d'un effet d'apprentissage lors d'un test répété est reconnue. Toutefois, l'impact de cet effet d'apprentissage est inconnu. L'impact le plus probable de cet effet d'apprentissage est une amélioration des résultats de référence qui déboucheront finalement sur une comparaison plus prudente des résultats de référence pour ce joueur. Nous recommandons que la répétition du test soit faite à un moment qui convienne au joueur et au médecin.
6. Il ne faut pas faire repasser un test à un joueur qui reçoit des soins pour une commotion ou une autre blessure qui pourraient affecter les résultats du test.
7. Avant la répétition du sous-test, le joueur doit être informé qu'il est important qu'il se concentre et donne le meilleur de lui-même.

Les meilleurs résultats des évaluations initiales et de suivi pour chaque sous-test devraient être adoptés comme performance de référence du joueur. Un résultat d'un sous-test qui n'atteint pas les limites du seuil de référence de 95 % dans le cadre du test initial ET du test de suivi doit faire l'objet d'un examen à l'aide du guide clinique indiqué ci-dessous.

Tableau 1 : Seuils de référence recommandés pour les sous-modes de l'Évaluation standardisée des commotions cérébrales (SAC) et d'équilibre des évaluations SCAT et HIA

Les résultats suivants sont en dehors des seuils de référence pour les sous-tests cognitifs et doivent faire l'objet de nouveaux tests et, s'ils sont encore anormaux, d'un examen :

- Orientation - 3 réponses correctes ou moins
- Mémoire immédiate (liste de 10 mots) - 15 réponses correctes ou moins
- Score de concentration (chiffres à l'envers et mois à l'envers) - 2 réponses correctes ou moins
- Chiffres à l'envers - 1 réponse correcte ou moins
- Mémoire différée (liste de 10 mots) - 3 réponses correctes ou moins

Les résultats suivants sont en dehors des seuils de référence pour les sous-tests d'équilibre et nécessitent un examen plus approfondi :

Erreurs au BESS modifié :

- Position en tandem - 4 erreurs ou plus
- Position sur un pied - 6 erreurs ou plus

PROCESSUS D'ANALYSE VIDÉO

L'examen des séquences vidéo est un élément important de l'identification des cas de suspicion de commotion cérébrale. En tant que norme de base, une compétition utilisant le Protocole HIA doit faciliter l'accès à l'examen vidéo pour aider à la prise en charge des impacts à la tête survenant pendant le match, et pour tout processus d'examen HIA après le match.

Pour les compétitions « premium », la norme minimale en matière de vidéo du match sera respectée comme suit :

- Vues en direct et en différé (10 secondes)
- Minimum 4 vues (diffusion + 3 autres - idéalement incluant un angle haut et large)
- Capacité à marquer l'incident
- Possibilité d'arrêter / rembobiner / ralentir / rejouer
- Disponibilité de son ou audition sportive

Lorsqu'un impact à la tête nécessitant une évaluation HIA1 hors du terrain se produit, le MDD et le Médecin de l'équipe peuvent en discuter et se mettre d'accord sur la sortie du joueur. Les séquences vidéo de l'événement doivent être visionnées avant et après l'évaluation avant de prendre une décision finale sur la sortie permanente du joueur. Le processus d'examen vidéo en 5 étapes de World Rugby décrit la manière la plus efficace d'examiner la vidéo d'un [impact à la tête et est décrit ici](#).

En cas de suspicion de commotion cérébrale, lorsqu'un joueur fait l'objet d'une évaluation hors du terrain, il ne doit pas reprendre le jeu tant que le Médecin de l'équipe et le MDD n'ont pas **entièrement visionné** la séquence vidéo de l'événement. En clair, si un MDD effectue l'HIA1 et le joueur est autorisé à reprendre le jeu, le Médecin de l'équipe DOIT examiner la vidéo avant que le joueur ne soit autorisé à reprendre le jeu.

En cas de défaillance du système vidéo juste avant ou pendant un match, le protocole HIA peut toujours être utilisé. Le MDD et le Médecin de l'équipe doivent travailler en tandem pour identifier tout impact significatif visible à la tête. Il est conseillé, en l'absence d'examen vidéo, d'abaisser le seuil appliqué pour la sortie d'un joueur pour évaluation HIA hors du terrain. Si une défaillance du système est identifiée avant le match, tous les efforts doivent être faits pour réparer le système ou fournir d'autres moyens d'examen vidéo sur la ligne de touche. Si le match doit se dérouler sans examen vidéo, le MDD doit s'assurer que des séquences vidéo du match (diffusion ou performance) sont enregistrées pour le match, ce qui pourra être utilisé en cas d'examen d'un incident fâcheux.

JUGEMENT CLINIQUE

Les études de 2021 montrent que l'application réfléchie du [jugement clinique est la meilleure pratique dans la prise en charge des commotions cérébrales](#). Cela signifie qu'un médecin qui connaît bien un joueur ou qui, d'après son expérience, pense qu'un résultat anormal dans un sous-test de l'HIA peut s'expliquer par d'autres raisons que la commotion cérébrale (par exemple la fatigue), peut ne pas tenir compte de ce sous-test anormal. Dans des circonstances limitées, cela peut modifier le résultat d'une évaluation HIA1, HIA2 ou HIA3. La recherche a montré que cela confère au processus HIA1 une précision diagnostique globale supérieure à celle de l'application stricte des seuls référentiels du joueur. Cependant, comme cette pratique augmente le risque que les joueurs soient autorisés à reprendre le jeu malgré une commotion cérébrale au moment de l'HIA1, ou qu'ils soient

considérés comme n'ayant pas subi de commotion cérébrale (deux cas de faux négatifs), elle ne devrait pas être utilisée sans raison valable. En particulier, nous recommandons aux médecins de faire preuve d'une grande prudence lorsqu'ils envisagent d'utiliser leur jugement clinique pour passer outre :

- Tout symptôme confirmé
- Toute question de Maddocks à réponse erronée
- Échec à plus d'un sous-test cognitif
- Tout signe clinique

RÉÉDUCATION INDIVIDUALISÉE - le processus de reprise du jeu après une commotion cérébrale

En 2022, le groupe de travail sur les commotions cérébrales de World Rugby a examiné les études sur les facteurs de risque de récupération tardive après une commotion cérébrale et a recommandé des changements dans le processus de reprise du jeu.

Le processus de reprise du jeu sera appelé Réhabilitation (ou Réadaptation) individualisée au lieu de RPDJ.

La Réhabilitation individualisée varie pour chaque joueur et comprend désormais des durées minimales supplémentaires basées sur les éléments suivants :

1. Les antécédents ou l'historique du joueur en matière de commotions cérébrales
2. Leur présentation aiguë (Critères 1 ou Critères 2)
3. Leurs symptômes et charge cognitive au moment du diagnostic de la commotion cérébrale (HIA3)

Ce processus de stratification des risques est une gestion plus individualisée de nos athlètes commotionnés par rapport aux processus de reprise du jeu utilisés pour le grand public (figure 1). Les délais indiqués sont des délais minimums pour la reprise du jeu ; le joueur ne peut pas revenir avant ces délais.

Les médecins qui gèrent la réhabilitation personnalisée d'un joueur doivent faire appel à leur expérience et à leur jugement clinique. Ce document présente les étapes minimales de chaque résultat possible et inclut également un exemple tiré de la Conférence de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport de 2022.

Historique de commotions

Les joueurs ayant des antécédents de commotion cérébrale (définis ci-dessous) ont un délai minimum de reprise du jeu de 12 jours. Ils doivent également consulter un Consultant indépendant en commotions cérébrales avant de reprendre l'entraînement avec contact.

Définition des antécédents de commotion :

1. Commotion cérébrale au cours des 3 derniers mois
2. Trois commotions cérébrales ou plus au cours des 12 derniers mois
3. Cinq commotions cérébrales ou plus au cours de la carrière sportive
4. Seuil d'impact réduit noté*
5. Toute commotion antérieure compliquée par des problèmes psychologiques
6. Commotion antérieure avec rétablissement prolongé (>21 jours)

Présentations de Critère 1

Les joueurs diagnostiqués avec une présentation de Critère 1 ont un délai minimum pour la reprise du jeu de 12 jours. Il y a 12 signes et symptômes de Critère 1, dont six peuvent être observés sur vidéo et les cinq autres identifiés lors de l'évaluation sur le terrain.

Résultats de l'HIA3 inférieurs au niveau de référence

Les joueurs qui sont encore symptomatiques (symptômes d'état confirmés, symptômes de trait ou gravité supérieure au référentiel) ou qui présentent des anomalies cognitives ou d'équilibre au moment de l'HIA3 ont un délai minimum pour la reprise du jeu de 12 jours.

Joueurs pouvant bénéficier d'une réhabilitation individualisée accélérée

Les joueurs qui **n'ont pas** d'antécédents de commotion cérébrale, qui **n'ont pas** été diagnostiqués Critère 1 et dont l'HIA3 est égal ou supérieur à leur niveau de référence peuvent bénéficier d'une réhabilitation individualisée accélérée. Si le joueur termine sa réhabilitation individualisée sans problème, il doit consulter un consultant indépendant en commotions cérébrales (ICC) avant l'entraînement avec contact. S'il termine le processus sans aucune préoccupation identifiable, il peut bénéficier d'un délai minimum de reprise du jeu de 7 jours.

La stratification des risques d'un joueur est automatiquement remplie par l'application SCRM, [LIEN](#) mais les Médecins de l'équipe peuvent ajouter manuellement des commotions cérébrales non enregistrées ou des problèmes antérieurs lorsque cela est nécessaire.

Les commotions cérébrales ne peuvent être exclues qu'après l'HIA3. Le résultat de l'HIA3 est également essentiel pour la stratification du risque. Par conséquent, c'est à ce moment-là qu'une décision est prise sur la façon dont le joueur progresse dans sa rééducation individualisée. La date de la blessure est le « Jour 0 » et l'HIA3 est réalisé le « Jour 2 ».

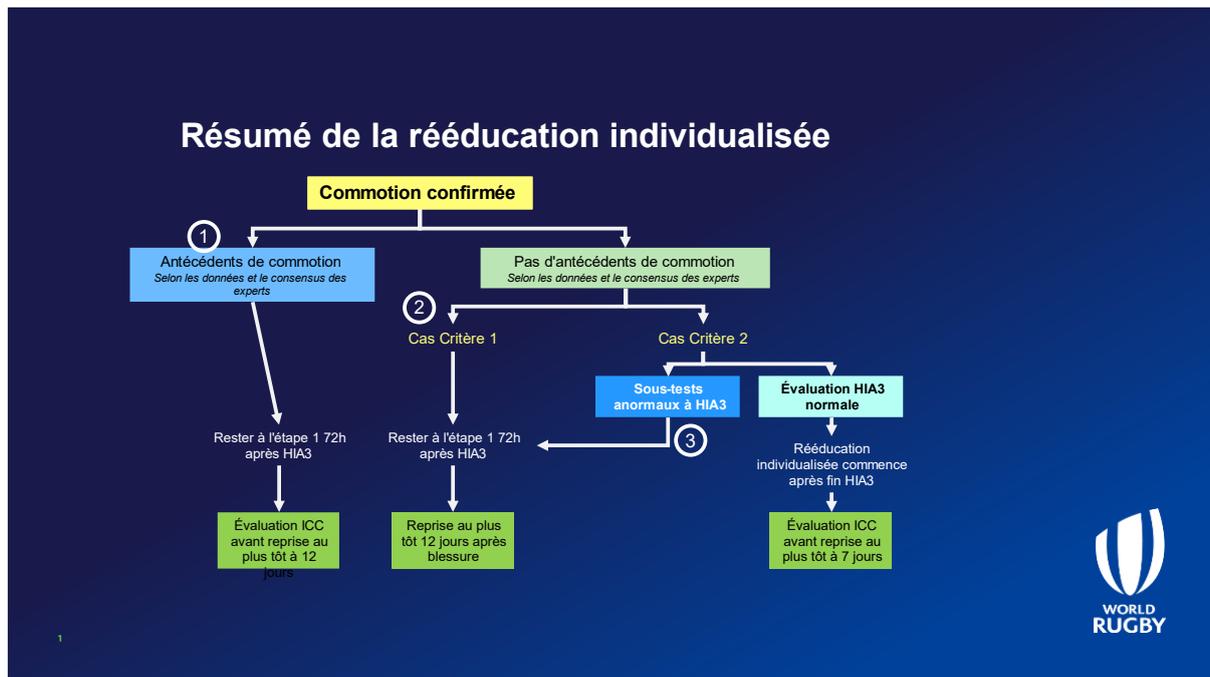


Figure 1: Résumé des parcours de réadaptation individualisés avec un délai minimum pour la reprise du jeu et indication de consultation d'un Consultant indépendant en commotions cérébrales.

Stratification du risque basé sur les antécédents de commotion

L'historique des commotions cérébrales de chaque joueur doit être noté lorsqu'il effectue son test annuel HIA de référence. Ce processus a été mis à jour dans la nouvelle application SCRM de World Rugby [LIEN](#).

Pendant la saison ou la compétition, le statut de risque d'un joueur sera automatiquement suivi et indiqué dans l'application SCRM. Si le statut d'un joueur change, par ex. après une nouvelle commotion cérébrale, cela sera reflété dans l'application. De même, si un Médecin de l'équipe ou ICC s'inquiète d'un abaissement du seuil de commotion cérébrale, cela peut être saisi manuellement dans le système.

Reprise du jeu après une commotion prise en charge par le Protocole HIA

La récupération varie d'un joueur à l'autre. La plupart des joueurs ont un délai minimum pour la reprise du jeu de 12 jours.

Nos données de recherche confirment qu'un petit groupe de joueurs (14 %) peut bénéficier d'une reprise du jeu accélérée. Il s'agit de joueurs sans antécédents de commotion cérébrale, qui présentent des Critères 2 et dont l'HIA3 est normal par rapport au niveau de référence. Si ces joueurs terminent leur rééducation individualisée sans symptômes, ils doivent consulter un ICC avant de reprendre l'entraînement avec contact.

La figure 2 est une illustration graphique des délais minimaux de reprise du jeu en fonction de la stratification des risques. Les joueurs ayant des antécédents de commotion cérébrale auront besoin d'une rééducation individualisée d'au moins 12 jours et devront consulter un ICC avant de reprendre le jeu. Les joueurs qui présentent des anomalies au HIA3 par rapport à leur niveau de référence doivent également suivre une rééducation individualisée d'au moins 12 jours.

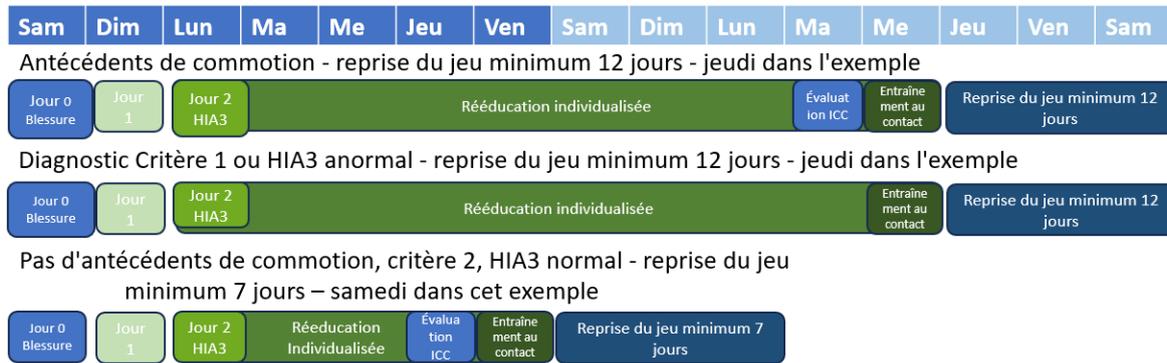


Figure 2 : Illustration des délais possibles pour la reprise du jeu - délais les plus courts à partir du jour de la blessure

Qui doit consulter le Consultant indépendant en matière de commotions cérébrales (ICC) ?

L'ICC accompagne le Médecin de l'équipe dans le processus de reprise du jeu. Les joueurs qui doivent consulter un ICC appartiennent à l'une des deux catégories suivantes :

1. Les joueurs qui ont des antécédents de commotion cérébrale - quelle que soit la durée de leur réhabilitation individualisée.
2. Les joueurs qui peuvent bénéficier d'une reprise du jeu accélérée, c'est-à-dire ceux qui :
 - a. n'ont pas d'antécédents de commotion cérébrale,
 - b. ne présentent pas de Critères 1,
 - c. n'ont pas d'anomalies persistantes au-delà de leur niveau de référence à l'HIA3.

Processus de reprise du sport

L'objectif de la prise en charge précoce de la commotion cérébrale est de faire disparaître les symptômes et de reprendre les activités normales de la vie quotidienne (qui ne provoquent pas de symptômes) le plus rapidement possible. La recherche montre désormais que les périodes d'inactivité prolongées ne sont pas utiles. Le repos est aujourd'hui mieux décrit comme un « repos relatif ».

- Le repos après un diagnostic de commotion cérébrale et dans les 48 heures suivant la blessure signifie des activités normales de la vie quotidienne qui n'aggravent pas les symptômes de manière significative. Toute activité vigoureuse doit être évitée. Le repos cognitif relatif, la limitation du temps passé devant un écran, etc. garantissent une exacerbation minimale des symptômes.
- Après les premières 48 heures, la reprise de l'activité, y compris l'exercice, est encouragée et définie comme « une activité inférieure au niveau auquel l'activité physique ou cognitive provoque des symptômes de manière significative » (exacerbation des symptômes de plus de 2 points sur une échelle de 10 points ou durant plus d'une heure).

Le processus de réhabilitation individualisée doit viser à faire progresser le joueur en augmentant progressivement l'intensité de l'exercice, en veillant à ce qu'il soit toléré. Comme pour tous les processus de réhabilitation, il n'y a pas une façon correcte unique de procéder. Vous trouverez ci-dessous un exemple de processus de reprise du sport publié à

la suite de la Déclaration de consensus international sur les commotions cérébrales dans le sport - Amsterdam 2022. Il met en évidence une approche progressive de l'augmentation de l'activité et donne également des conseils sur la gestion d'une éventuelle exacerbation légère des symptômes pendant les phases d'exercice.

Tableau 2 : Exemple de processus de reprise du sport

Etape	Stratégie d'exercice	Activité à chaque Etape	Objectif
1	Activités limitées par les symptômes.	Activités quotidiennes qui ne déclenchent pas de symptômes (par ex. marche).	Réintroduction progressive aux activités professionnelles et scolaires.
2	Exercices d'aérobic 2A - Léger (jusqu'à env 55% max HR/RC) puis 2B - Léger (jusqu'à env 70% max HR/RC).	Vélo stationnaire ou marche à allure faible à modérée. Peut commencer, entraînement résistance légère qui ne provoque pas plus qu'une exacerbation légère et brève des symptômes de commotion cérébrale.	Augmenter le rythme cardiaque.
3	Exercices spécifiques au sport NOTE: si l'exercice spécifique au sport implique tout risque d'impact à la tête, la détermination médicale de l'aptitude devrait se faire avant l'étape 3.	Entraînement spécifique au sport sans être dans l'environnement de l'équipe (par ex., course, changement de direction et/ou exercices d'entraînement individuels hors environnement de l'équipe). Pas d'activités avec risque d'impact à la tête.	Ajout de mouvements, Changement de direction.
Etapes 4 à 6 devraient commencer après la résolution de tout symptôme, toute anomalie de fonction cognitive, et toute autre conclusion clinique en relation à la commotion en cours, y compris avec ou après toute exécution physique			
4	Exercices d'entraînement sans contact.	Exercices à haute intensité y compris plus d'exercices d'entraînement exigeants (par ex. passes, entraînement à plusieurs joueurs). Peut intégrer le cadre de l'équipe.	Reprise de l'intensité normal des exercices, coordination et réflexion augmentées.
5	Pratique avec contact (entier).	Participation à des activités d'entraînement normal.	Restauration de la confiance et évaluation des techniques fonctionnelles par l'encadrement technique.
6	Reprise du sport.	Jeu normal.	

Dans cet exemple, les étapes 1 à 3 sont des traitements basés sur l'exercice qui font partie de la récupération après une commotion cérébrale et au cours desquels le joueur peut encore présenter de légers symptômes ; les étapes 4 à 6 sont une reprise progressive des activités liées au rugby pour lesquelles le joueur doit être revenu à un score de symptômes de base.

Les joueurs peuvent commencer l'étape 1 (c'est-à-dire une activité limitée aux symptômes) dans les premières 24 heures suivant la blessure, la progression dans chaque étape suivante prenant généralement un minimum de 24 heures.

Dans l'exemple proposé, les cliniciens peuvent commencer des exercices aérobiques légers (jusqu'à 55 % de la fréquence cardiaque maximale) et, s'ils sont tolérés, des exercices aérobiques modérés (jusqu'à 70 % de la fréquence cardiaque maximale) au stade 2. Il s'agit d'un traitement fondé sur des données probantes pour les symptômes de la commotion cérébrale dans la phase aiguë. Si elles sont tolérées, les étapes 2a et 2b peuvent être effectuées le même jour.

Une exacerbation légère et brève (augmentation de 2 points au maximum sur une échelle de 0 à 10 pendant moins d'une heure par rapport à la valeur de base enregistrée avant l'activité physique) se résorbant dans l'heure qui suit est acceptable après l'activité. Si une exacerbation plus que légère des symptômes se produit au cours des étapes 1 à 3, l'athlète doit s'arrêter et essayer de faire de l'exercice le jour suivant.

Dans l'entraînement au rugby, les étapes 4 à 6 comportent un risque d'impact à la tête, de sorte que le passage aux étapes 4 à 6 ne doit se faire que lorsque le joueur est revenu à son état de référence en termes de symptômes, de fonctions cognitives et de résultats cliniques, et que le personnel médical superviseur est satisfait de la normalisation du joueur.

Si un joueur présente des symptômes liés à une commotion cérébrale au cours des étapes 4 à 6, il doit revenir à l'étape 3 pour s'assurer de la disparition complète des symptômes à l'effort avant de s'engager dans des activités à risque.

La rééducation du joueur est personnalisée par le biais du processus de stratification des risques en fonction de ses antécédents, de sa présentation et de son fardeau HIA3. De la même manière, tous les domaines affectés par le processus HIA doivent être inclus dans le processus de rééducation personnalisée. En voici quelques exemples :

- La rééducation vestibulo-oculaire pour les symptômes ou les troubles de l'équilibre, la vision floue ou les vertiges
- Rééducation du rachis cervical en cas de douleurs cervicales
- Évaluation et intervention psychologiques supplémentaires lorsqu'un joueur fait part d'une anxiété, d'une irritabilité ou d'une tristesse persistantes.

Processus de rééducation individualisée dans l'application SCRM

L'évolution de la récupération d'un joueur après une commotion cérébrale est un facteur critique dans la stratification des risques, donc sa récupération doit être correctement documentée. Chaque étape de la récupération du joueur doit être documentée dans l'application SCRM. [LIEN](#). Une fois que la rééducation individualisée a progressé (et, le cas échéant, que le joueur a consulté un consultant indépendant en commotions cérébrales), lorsque l'entraînement avec contact est terminé et que le joueur est autorisé à reprendre le jeu, un formulaire HIA4 doit être rempli dans l'application SCRM. Ce formulaire documente l'achèvement de la rééducation et clôt le dossier de commotion cérébrale. Si ce formulaire n'est pas rempli, le système identifiera automatiquement le joueur comme étant toujours victime d'une commotion cérébrale et empêchera son utilisation le jour du match.

Processus du Consultant indépendant en matière de commotions cérébrales (ICC)

Le processus de l'ICC fait partie d'un processus de reprise du jeu en toute sécurité et n'est pas destiné à superviser ou à contribuer au processus de gestion des blessures. L'examen par l'ICC d'un joueur considéré comme présentant un « risque élevé » de récupération compliquée ou de récurrence ne doit être entrepris qu'après récupération complète. Si le joueur présente une récupération tardive et par conséquent des symptômes actuels, il s'agit d'un problème de gestion de commotion cérébrale et il ne doit pas être renvoyé à un ICC tant qu'il n'a pas été jugé rétabli.

Pour être clair, le processus ICC n'a pas pour but de confirmer ou d'infirmer un diagnostic antérieur de commotion cérébrale posé au cours du processus ICC ;

- les Médecins de l'équipe ne doivent pas utiliser le processus ICC comme une deuxième opinion sur l'absence ou la présence de commotion cérébrale chez un joueur.
- Les Médecins de l'équipe ne doivent pas tenter d'utiliser le processus ICC pour annuler une décision relative à une commotion cérébrale prise dans le cadre du processus HIA.
- Les Médecins de l'équipe ne doivent pas tenter d'utiliser le processus ICC pour annuler la détermination d'un événement de Critère 1 par un MDD.

Il peut également être approprié d'inclure dans le processus ICC les joueurs à récupération tardive à la suite d'une commotion cérébrale, en particulier s'ils n'ont pas eu l'occasion d'être examinés par un spécialiste des commotions cérébrales au cours de leur récupération. Si le joueur consulte un spécialiste pour la prise en charge de sa commotion cérébrale et que ce spécialiste possède les qualifications requises d'un ICC, ce spécialiste peut donner un avis ICC sur la reprise du jeu ou l'intervention appropriée.

Si le joueur est orienté vers un ICC, celui-ci peut recommander la réalisation d'imagerie médicale avant de prendre une décision sur la reprise du jeu. La décision finale concernant l'imagerie médicale sera prise par le Médecin de l'équipe dans le cadre du processus de gestion des blessures. Les coûts de cet examen seront donc à la charge du club et/ou de la Fédération nationale.

Pour être clair, les procédures ICC n'imposent pas la réalisation d'imagerie dans le cadre du processus de décision de reprise du jeu, car aucune donnée scientifique n'étaye actuellement cette approche, en particulier chez les joueurs asymptomatiques qui sont les cas candidats pour le processus ICC.

Procédure préalable à la consultation d'un consultant indépendant en commotions cérébrales (ICC)

Le processus accompagnant cette intervention de l'ICC est le suivant :

- Le Médecin de l'équipe réalise un HIA2 dans les 3 heures suivant la blessure et un HIA3 dans les 36-48 heures suivant la blessure. Cet HIA3 est un SCAT avec une liste de contrôle des symptômes plus détaillée. Les équipes ont été encouragées à utiliser également un outil informatique neuro-cognitif de leur choix après l'évaluation HIA3.
- Une fois le processus ci-dessus terminé, si un joueur a une commotion cérébrale confirmée, mais qu'il est asymptomatique et qu'une reprise du jeu pour le prochain match (généralement 7 à 10 jours après la blessure) est prévue, l'ICC doit être consulté.
- Si le joueur souffrant d'une commotion cérébrale est identifié comme présentant un risque élevé sur la base du protocole de stratification des risques décrit ci-dessus, l'ICC doit être consulté.

Consultation d'un consultant indépendant en matière de commotions cérébrales (ICC) désigné

Pour les tournois internationaux, World Rugby fournira un panel d'experts désignés qui feront office d'ICC. Nous invitons les Fédérations à proposer des candidatures à cette liste. Pour les compétitions nationales, chaque Fédération peut utiliser la liste de World Rugby ou établir sa propre liste selon les critères minimums décrits ci-dessous. La liste des ICC disponibles est régulièrement mise à jour sur le site web de World Rugby consacré à la santé des joueurs [ICI](#).

La vidéo-consultation a été utilisée avec succès dans de nombreux contextes médicaux, y compris pendant les RWC 2015, 2019, 2021 & 2023 pour les consultations de l'ICC. La vidéoconsultation avec des ICC offre l'avantage de la facilité d'accès pour des lieux géographiquement isolés, et permet en outre de surmonter la barrière linguistique et d'offrir aux joueurs les meilleurs avis d'experts internationaux de premier plan.

La procédure pour obtenir un avis d'un ICC est la suivante :

- Le Médecin de l'équipe identifie un ICC de son choix à partir de la liste de consultants fournie par World Rugby pour les matchs internationaux ou pour leur compétition. Cette liste contiendra des experts de différentes nations et ayant diverses compétences linguistiques.
- Le Médecin de l'équipe confirme par courriel l'heure adéquate pour une vidéo-consultation avec l'ICC. Si l'ICC sélectionné initialement n'est pas disponible en raison d'autres engagements, le Médecin de l'équipe devrait choisir un autre consultant.
- Le Médecin de l'équipe transmet à l'ICC, avant la vidéo-consultation, les informations clés relatives à la commotion cérébrale, qui doivent inclure :
 - Clip vidéo de l'incident (s'il n'est pas disponible au sein de l'équipe, contactez World Rugby pour en obtenir une copie)
 - Copies des trois formulaires HIA ainsi que le résultat de toute évaluation neuro-cognitive informatisée.
 - Évaluation de la stratification du risque de commotion cérébrale

Le processus qui doit être suivi lors de la consultation avec l'ICC est le suivant :

1. Le Médecin de l'équipe, en présence du joueur, commence la consultation avec l'ICC, en discutant des résultats de toutes les HIA et de toute évaluation cognitive effectuée.
2. Le Médecin de l'équipe et le joueur répondent à toutes les questions posées par l'ICC.
3. L'ICC a une consultation privée en la **seule présence du joueur**.
4. Le Médecin de l'équipe revient dans la salle pour effectuer une évaluation de l'équilibre observée par l'ICC ainsi que toute autre évaluation clinique demandée par l'ICC.
5. Le Médecin de l'équipe et l'ICC discutent du cas **sans la présence du joueur** et déterminent si le joueur :
 - Nécessite un examen plus approfondi ou une consultation de suivi.
 - N'est pas apte à reprendre le jeu ou ;
 - Est apte à poursuivre la récupération individualisée et, en cas de réussite, à reprendre le jeu lors du prochain match.
 - Au cours de ce processus, l'objectif est d'arriver à un accord, mais si cela n'est pas possible, l'ICC prend la décision finale.
6. Le joueur retourne en consultation et le Médecin de l'équipe explique les avis convenus concernant la reprise du jeu.
7. Si une consultation de suivi est nécessaire, une date de rendez-vous est convenue.

Critères minimaux pour les Consultants indépendants en matière de commotions cérébrales

1. Médecin (neurologue, neurochirurgien, médecin du sport et de l'exercice, médecin urgentiste)
2. Expert reconnu dans la gestion des commotions cérébrales dans le rugby
3. Expérience dans la prise en charge des joueurs de rugby
4. Si les médecins-chefs d'une Fédération remplissent les critères minimaux de l'ICC, ils peuvent être nommés en tant qu'ICC.

Récupération tardive et persistance des symptômes de commotion cérébrale

Les joueurs qui ont des difficultés à progresser dans le cadre d'une rééducation individualisée, qui présentent des signes ou des symptômes qui ne s'améliorent pas progressivement au-delà des 2 à 4 premières semaines, peuvent bénéficier d'une rééducation ciblée et d'une consultation plus approfondie avec un spécialiste. Il est recommandé d'avoir accès à un environnement ou à une équipe multidisciplinaire où les domaines affectés (vestibulo-oculaire, psychologique, cervical) peuvent être évalués et faire l'objet d'une rééducation appropriée.

Annexe 1 - Procédure HIA, Foire aux questions**1. Comment diagnostique-t-on une commotion cérébrale chez un joueur ?**

Selon la définition opérationnelle de World Rugby, un joueur souffre d'une commotion cérébrale confirmée si :

- a. Un signe ou symptôme de Critère 1 est présent et confirmé conformément au formulaire HIA1
- b. Une évaluation HIA2 anormale se tient après le match, le jour même (commotion à expression immédiate).
- c. Une évaluation HIA3 à 36-48 heures anormale a lieu (commotion à apparition ou à présentation retardée).
- d. Le médecin traitant a une suspicion clinique de commotion cérébrale.

Selon cette définition opérationnelle, une commotion cérébrale peut être diagnostiquée immédiatement après une blessure à la tête, mais ne peut être exclue tant que l'HIA2 et l'HIA3 n'ont pas été réalisées, c'est-à-dire 36-48 heures après la blessure.

2. Les signes et symptômes de sortie immédiate et définitive (Critère 1) sont-ils confirmés au cours d'une évaluation sur le terrain ?

Non. Les signes de Critère 1 peuvent être identifiés du bord du terrain, sur vidéo ou en route pour assister le joueur blessé. Les symptômes et les signes oculomoteurs sont identifiés pendant que le Médecin de l'équipe ou du bord du terrain s'occupe du joueur.

En case d'identification sur la vidéo, le joueur doit être sorti du terrain et la vidéo doit être examinée simultanément par le Médecin de l'équipe et le MDD et un accord doit être atteint avant d'imposer la sortie définitive du match.

3. Quelle évaluation est nécessaire pour identifier un signe « oculomoteur » ?

En général, un signe oculomoteur est immédiatement apparent et inclut des signes tels que le nystagmus, des mouvements oculaires asymétriques, la taille et les réactions de la pupille. Bien qu'ils ne constituent pas un signe courant de commotion cérébrale, s'ils sont présents suite à une blessure à la tête, ils sont des indicateurs justifiant une sortie immédiate et définitive du match.

4. Qui peut demander une évaluation HIA1 hors du terrain ?

Le personnel médical sur le terrain (tel que défini par chaque Fédération), l'arbitre ou le MDD sont autorisés à demander une évaluation hors du terrain. Un membre du personnel médical sur le terrain de l'équipe adverse n'est pas autorisé à demander une évaluation en dehors du terrain sur un joueur adverse, ni à faire des commentaires sur des incidents impliquant des joueurs de l'équipe adverse.

5. Qui effectue l'évaluation HIA1 hors du terrain ?

Le Médecin de l'équipe soumettra un joueur à une évaluation HIA1 hors du terrain lorsque cela est indiqué, à moins qu'il ne confie cette responsabilité au MDD avant le début du match. Le Médecin de l'équipe, en cas d'urgence, peut confier la responsabilité de l'évaluation en dehors du terrain au MDD pendant un match.

Au rugby à 7, l'HIA sera effectué par le Médecin de l'équipe, le médecin du match ou le médecin d'équipe du tournoi de World Rugby.

6. Comment sait-on qu'un joueur a échoué l'évaluation HIA1 (HIA1 positif) hors du terrain ?

Un joueur échoue l'évaluation HIA1 (HIA positif) hors du terrain et NE doit PAS reprendre le match si :

- le joueur répond « oui » à un ou plusieurs symptômes **qui dépassent ses symptômes de trait ou**
- le joueur répond incorrectement à une ou plusieurs questions de mémoire **ou**
- le joueur obtient un score inférieur aux scores de référence ou aux scores normatifs de rugby identifiés pour l'évaluation SAC **ou**
- le joueur échoue au test d'équilibre (position en tandem : 4 erreurs ou plus ; position sur un pied : 6 erreurs ou plus) **ou**
- le Médecin de l'équipe observe que le joueur présente un signe anormal **ou**
- le médecin qui effectue l'évaluation hors du terrain a une suspicion clinique de commotion cérébrale.

Toute suspicion clinique de commotion cérébrale par le médecin effectuant l'évaluation HIA1 hors du terrain, pour quelque motif que ce soit, doit entraîner la sortie définitive du joueur, même si l'évaluation HIA1 hors du terrain est normale.

Si un joueur formule une réponse positive à n'importe quelle partie de l'évaluation pouvant être expliquée par toute autre raison qu'une blessure à la tête, le Médecin de l'équipe garde la possibilité de passer outre l'évaluation anormale HIA1 hors du terrain en consultation avec le médecin du jour de match. Dans ce cas, une explication doit être consignée sur le formulaire HIA1, indiquant la raison de cette décision contraire.

7. Quel est le rôle du MDD (Médecin du match indépendant) et quel rôle joue le MDD dans la décision concernant l'aptitude à la reprise du jeu ? Comment l'indépendance du MDD est-elle définie ?

Le MDD observera l'évaluation hors du terrain avec le Médecin de l'équipe effectuant cette évaluation, à moins que ce dernier ne lui confie cette responsabilité. Si le Médecin de l'équipe confie au MDD la responsabilité d'effectuer une évaluation hors du terrain, le MDD effectuera cette évaluation et sera responsable de la décision concernant la reprise du jeu. Le MDD doit toutefois discuter de ses conclusions avec le Médecin de l'équipe avant de finaliser le résultat dans l'application SCRM.

Si le MDD effectue une évaluation hors du terrain parce que deux joueurs ont besoin d'une évaluation hors du terrain en même temps, le Médecin de l'équipe doit discuter de ses conclusions avec le MDD avant de finaliser le résultat dans l'application SCRM.

Si un joueur est autorisé à reprendre le jeu ou reprend le jeu mais que le MDD est inquiet ou remarque des signes ou que le joueur se plaint de symptômes évocateurs d'une commotion cérébrale, une discussion entre le Médecin de l'équipe et le MDD doit avoir lieu. Tous les efforts doivent être faits pour parvenir à un consensus sur la gestion des cas individuels. Si un différend persiste, le MDD a le droit de demander une autre évaluation hors du terrain sans intervention du Médecin de l'équipe, ou de décider unilatéralement de sortir le joueur du terrain, ce qui ne doit pas être fait sans une discussion approfondie avec le Médecin de l'équipe.

En cas d'indication chez un joueur pour une sortie définitive du terrain (comme indiqué ci-dessus) alors aucun différend n'a lieu d'être et le joueur doit sortir du terrain.

Chaque compétition ou tournoi désigné est en mesure de déterminer si « l'indépendance » du MDD est obligatoire et, le cas échéant, quelle est la définition « d'indépendance » pour sa compétition ou son tournoi.

8. Où devrait être réalisée l'évaluation HIA1 hors du terrain ?

L'évaluation hors du terrain doit être réalisée dans la salle de soins. Si l'évaluation hors du terrain ne peut être réalisée dans la salle de soins parce qu'elle est trop éloignée du terrain de jeu pour qu'une HIA1 puisse être effectuée dans les 12 minutes, le MDD, avec les Médecins des équipes, identifiera et conviendra d'un autre emplacement approprié avant le début du match.

9. Un joueur qui subit une évaluation HIA1 hors du terrain peut-il être remplacé ou substitué ?

Un joueur qui subit une évaluation HIA1 hors du terrain peut être remplacé pour une période de 12 minutes. Le joueur ne sera pas autorisé à reprendre le match avant que cette période de 12 minutes se soit écoulée et si le joueur qui subit cette évaluation HIA1 hors du terrain NE se présente PAS au 4^{ème} officiel dans les 12 minutes, le remplaçant temporaire devient un remplaçant permanent. Cette période de 12 minutes fait référence au temps réel et non au temps de jeu.

10. Que se passe-t-il si un joueur subit un impact à la tête juste avant la mi-temps et nécessite une évaluation HIA1 hors du terrain ?

L'évaluation hors du terrain doit toujours être effectuée dans les 12 minutes suivant la sortie du terrain. Elle ne peut pas être reportée. Le joueur doit se présenter à un officiel de match avant le début de la deuxième mi-temps, sinon il sera considéré comme un remplaçant permanent.

11. Que se passe-t-il si un joueur ne coopère pas avec une évaluation HIA1 hors du terrain ?

Un joueur qui ne coopère pas avec une évaluation hors du terrain sera considéré comme ayant subi une commotion cérébrale et sera sorti définitivement du match.

12. Que se passe-t-il si un joueur ne porte pas de protège-dents connecté (iMG) ?

Un joueur qui ne porte pas d'iMG ne bénéficiera pas de la protection de l'alerte iMG en cas d'impact important à la tête. Le joueur sera donc pris en charge de manière plus prudente et dans le cadre du processus « Identification et Sortie du terrain » et ne pourra donc pas reprendre le jeu lors de ce match. Le joueur sera éligible pour les HIA2 et HIA3 afin de confirmer un diagnostic potentiel de commotion cérébrale. Le joueur peut également se voir prescrire et bénéficier d'un programme de rééducation individualisé pour reprendre le jeu (comme d'habitude) si une commotion cérébrale est diagnostiquée.

13. Si le joueur a une blessure à la tête exigeant une évaluation hors du terrain complémentaire et une blessure qui saigne coexistante, de combien de temps dispose-t-on pour réaliser l'évaluation hors du terrain et contrôler l'hémorragie ?

Dans un tel cas, contrôler l'hémorragie est la priorité, toutefois l'évaluation HIA1 hors du terrain doit être réalisée le plus tôt possible. Si l'hémorragie peut être maîtrisée, la suture devrait être terminée après l'évaluation hors du terrain. Le temps total disponible est de 17 minutes pour réaliser l'évaluation hors du terrain et arrêter le saignement.

14. Si une deuxième évaluation HIA1 hors du terrain est requise pour un joueur pendant un match, cela entraîne-t-il automatiquement sa sortie du match ?

Non, une deuxième évaluation hors du terrain n'est pas une indication automatique de sortie définitive du terrain. Cependant, si un diagnostic définitif n'a pas été établi suite à la première évaluation hors du terrain ou si la deuxième évaluation est déclenchée pour un impact de faible intensité, le principe de précaution doit être appliqué et le joueur doit être sorti définitivement du terrain.

15. Des restrictions s'appliquent-elles au remplacement temporaire ?

Non. Un remplaçant temporaire n'est pas limité dans ses activités de jeu et peut tenter une pénalité ou une transformation.

16. Que se passe-t-il si un joueur soumis à une évaluation HIA1 hors du terrain ne reprend pas le match ?

Le joueur blessé sera considéré comme ayant été remplacé en raison d'une blessure et le remplacement temporaire deviendra définitif.

17. Si un joueur est simultanément sorti du jeu pour un remplacement tactique et une évaluation HIA1 hors du terrain, peut-il ensuite reprendre le match ?

Tous les joueurs sortis pour effectuer une évaluation HIA1 hors du terrain DOIVENT reprendre le jeu au moment de l'expiration de la période de 12 minutes s'ils ont passé avec succès le HIA, même s'ils ont été tactiquement remplacés. Pour être clair, dans cette situation, si un joueur ne revient pas sur le terrain de jeu, il sera considéré comme ayant été sorti du jeu de manière permanente du fait d'un résultat de l'évaluation hors du terrain.

18. Si un joueur est sorti du terrain pour une évaluation HIA1 hors du terrain et que l'équipe a utilisé tous les remplacements possibles, un remplacement temporaire est-il permis ?

Oui, si tous les remplaçants ont été utilisés, un remplacement temporaire pour blessure à la tête est autorisé.

Si un joueur doit sortir de manière permanente à la suite d'un impact à la tête, quelle que soit la classification de la salle de soin, c-à-d. sortie immédiate et permanente ou évaluation HIA1 hors du terrain, le joueur qui est le remplacement tactique sera autorisé à rester sur le terrain même si le joueur blessé ne reprend pas le jeu après l'expiration de la période de 12 minutes hors du terrain.

Pour être clair, un joueur tactiquement remplacé peut reprendre le jeu pour remplacer un joueur blessé à la tête, même si d'autres remplacements n'ont pas été utilisés.

19. Quel est le rôle de l'équipe médicale adverse dans le processus d'évaluation HIA1 hors du terrain ?

Le personnel médical et non médical des équipes adverses ne peut pas demander une évaluation HIA1 hors du terrain sur des joueurs qui ne font pas partie de leur équipe. Aucune suggestion ou commentaire concernant une évaluation HIA1 hors du terrain d'un membre de l'autre équipe ne doit être fait.

20. Quel est le rôle du personnel non-médical dans le processus d'évaluation HIA1 hors du terrain ?

Le personnel non médical peut prévenir le personnel médical de leur équipe respective qu'ils ont vu un incident qui suggère le recours à une évaluation HIA1 hors du terrain ou une sortie définitive. Le personnel non médical ne peut pas demander une évaluation HIA1 hors du terrain, cela doit être fait par le personnel médical. Le personnel non médical ne peut pas annuler ou remettre en question une demande d'évaluation HIA1 hors du terrain présentée par le personnel médical sur le terrain, le MDD ou l'arbitre.

21. Que se passe-t-il si le joueur a une blessure simultanée ?

A l'exception d'une blessure qui saigne, l'évaluation d'une blessure simultanée et l'évaluation HIA1 hors du terrain doivent être effectuées dans la période de 12 minutes permise pour l'évaluation HIA1 hors du terrain ou le remplacement devient définitif.

22. Quels sont les processus de suivi pour l'évaluation HIA1 hors du terrain ?

Tous les joueurs qui sont soumis à une évaluation HIA1 hors du terrain effectuée pendant un match, quel qu'en soit le résultat, doivent passer :

- a. Une évaluation après le match, le jour même, à l'aide de l'HIA2 ; et
- b. Une évaluation de suivi à l'aide de l'HIA3 intégrant une évaluation neurocognitive informatisée, effectuée entre 36 et 48 heures après la blessure.

23. L'évaluation HIA1 hors du terrain peut-il être utilisé pour diagnostiquer une commotion cérébrale ?

La présence d'un signe ou d'un symptôme de Critère 1 confirme un diagnostic de commotion cérébrale et le joueur doit être immédiatement et définitivement sorti du terrain et suivre une réhabilitation individualisée. Une évaluation HIA1 hors du terrain anormale confirme une suspicion de commotion cérébrale et le joueur est sorti du terrain pour ne plus participer au match. L'HIA2 de suivi peut confirmer un diagnostic de commotion cérébrale à expression immédiate si elle est anormale et / ou un HIA3, si le résultat est anormal, confirme un diagnostic de commotion cérébrale à expression retardée.

24. Comment dois-je interpréter le résultat de l'HIA2 ?

Le HIA2 est une évaluation SCAT composite. Cet outil est utilisé pour aider le Médecin de l'équipe à établir un diagnostic clinique au moment du test. Tout écart négatif par rapport aux données de référence ou aux données normatives doit être considéré comme un signe évocateur d'une commotion à expression immédiate.

En l'absence de test de référence, l'un des éléments suivants doit être considéré comme un signe évocateur d'un diagnostic de commotion :

- Mémoire immédiate -15 réponses correctes ou moins
- Score de concentration (chiffres à l'envers et mois à l'envers) - 2 réponses correctes ou moins
- Mémoire différée - 3 réponses correctes ou moins
- Équilibre - Position sur deux pieds - 1 erreur ou plus, Position en tandem - 4 erreurs ou plus
- Tout sportif présentant un symptôme déclaré dans la liste des symptômes, et non ressenti habituellement par le joueur à la suite d'un match ou d'une séance d'entraînement de rugby est un indicateur sérieux de commotion cérébrale.

Une HIA2 normale et un examen clinique (après le match, le jour même) n'excluent pas un épisode de commotion. Il est possible pour un joueur de développer des symptômes et des signes à expression retardée liés à une commotion cérébrale le lendemain ou les jours suivant un incident d'impact à la tête. Le protocole HIA exige une HIA3 normale et un examen clinique à 36-48 heures afin d'exclure totalement une commotion cérébrale.

25. Si une évaluation HIA1 hors du terrain est demandée par un membre du personnel médical sur le terrain, peut-elle être annulée par d'autres personnels sur le terrain ?

Une fois qu'un membre du personnel médical sur le terrain d'une équipe a demandé une évaluation HIA1 hors du terrain et que l'arbitre l'a acceptée, elle doit alors être réalisée. En résumé, une évaluation HIA1 hors du terrain demandée par un membre de l'équipe médicale sur le terrain ne peut pas être annulée.

26. Quels joueurs sont tenus de suivre une Réhabilitation individualisée ?

Les joueurs ayant reçu un diagnostic de commotion cérébrale pendant le match (Critère 1, ou pendant l'évaluation hors du terrain), après le match alors qu'ils se trouvent encore dans le stade (HIA2) ou lors du suivi de 36 à 48 heures (HIA3) DOIVENT suivre un programme de Réhabilitation individualisée. Ce programme est stratifié en fonction des antécédents personnels de commotion et de la charge des symptômes au moment du diagnostic qui peut être commencé après l'HIA3.

27. Comment prendre en charge un joueur qui se présente après le match avec des symptômes de commotion cérébrale ? Quel formulaire d'évaluation hors du terrain devrait être utilisé ?

Si un joueur ne fait pas l'objet d'une évaluation hors du terrain pendant le match mais présente des signes ou des symptômes évoquant une commotion cérébrale après le match et alors qu'il se trouve encore dans le stade, un formulaire HIA2 doit être rempli avant de quitter le stade. Il faut ensuite assurer un suivi après 36-48 heures avec l'HIA3.

Si un joueur ne fait pas l'objet d'une évaluation HIA1 hors du terrain pendant le match mais présente des signes ou des symptômes évoquant une commotion cérébrale après avoir quitté le stade mais dans les 48 heures suivant le match, ce joueur doit être évalué à l'aide du formulaire HIA3.

28. Que se passe-t-il en cas de suspicion de commotion subie à l'entraînement par un joueur ?

En cas de suspicion de commotion subie par un joueur à l'entraînement, le protocole « Identification et sortie du terrain » devrait être suivi. Le joueur doit être sorti du terrain et ne pas reprendre l'entraînement. Une évaluation médicale appropriée immédiate devrait être effectuée.

Après l'entraînement, le joueur doit être évalué par l'HIA2. Le joueur doit faire une HIA3 entre 36 et 48 heures après l'entraînement. Si à un quelconque moment, une commotion est diagnostiquée, la rééducation individualisée doit être suivie et complétée.

29. Que se passe-t-il en cas de suspicion de commotion cérébrale après l'entraînement ?

Si un joueur présente une suspicion de commotion au personnel médical après une séance d'entraînement, ce cas sera traité de la même manière qu'une expression retardée après un match. Si cette suspicion se présente moins de 2 heures après la séance d'entraînement, une évaluation HIA2 sera effectuée puis une HIA3 dans les 36-48 heures qui suivent. Si la suspicion se présente plus de 2 heures après la séance d'entraînement, une évaluation HIA3 doit être effectuée.

- 30. Un joueur présente une blessure à la tête et au cou et est évacué d'urgence. Quel formulaire HIA devrait être rempli parallèlement à l'examen clinique pour ce joueur ?**

Dans cet exemple, une évaluation HIA1 hors du terrain est inutile étant donné que le joueur est sorti définitivement du terrain. Un formulaire HIA2 et un HIA3 doivent être utilisés pour aider au diagnostic clinique dans ce cas.

- 31. Qu'entend-on par « repos » ?**

La définition du terme « repos » dépend de la période qui suit la blessure :

- Repos après une commotion diagnostiquée et dans les 24 heures suivant la blessure signifie des activités normales du quotidien qui n'aggravent pas les symptômes, les activités vigoureuses devant être évitées. Repos cognitif relatif, temps limité devant un écran, etc. - veiller à l'amélioration des symptômes ou à leur absence continue.
- Le repos après les 24 heures initiales doit être un repos relatif défini comme une « activité dont l'intensité est inférieure à celle à laquelle l'activité physique ou l'activité cognitive provoquent des symptômes. »

- 32. Les études ont-elles démontré que les interventions au bord du terrain ont eu un impact positif ?**

Avant la mise en place du remplacement temporaire en cas de blessure à la tête et la standardisation de l'évaluation des blessures à la tête au bord du terrain, il a été prouvé que 56 % des joueurs chez qui une commotion était ultérieurement confirmée retournaient sur le terrain à la suite de leur blessure. Les études ont confirmé que depuis la mise en place du protocole HIA, ce chiffre était descendu à moins de 8 %.

Annexe 2 - Définitions HIA

Signes et symptômes - Critère 1

Il existe 12 signes et symptômes de Critère 1 qui indiquent qu'un joueur doit être immédiatement et définitivement sorti de toute participation à un match. Six d'entre eux peuvent être observés sur vidéo et cinq autres sont identifiés lors de l'évaluation sur le terrain.

Généralement observés sur vidéo :

- Perte de connaissance confirmée
- Suspicion de perte de connaissance
- Convulsions
- Crise tonique posturale
- Troubles de l'équilibre / ataxie
- Clairement hébété

Identifiés lors de l'évaluation sur le terrain :

- Désorientation du joueur : temps, lieu ou personnes
- Clairement confus
- Changements de comportement évidents
- Signes oculomoteurs (par ex nystagmus spontané)
- Identification sur le terrain de signes ou symptômes de commotion cérébrale

Identifiés avant le jeu

- Moins de 19 ans - Identification et Sortie du terrain

Signes et symptômes - Critère 2

Les signes et symptômes suivants sont des Critères 2 et indiquent qu'un joueur doit être sorti du terrain pour une évaluation hors du terrain :

- Évènement d'impact à la tête sans diagnostic apparent immédiat
- Changements de comportement éventuels
- Confusion éventuelle
- Évènement à l'origine de la blessure perçu comme susceptible de déboucher sur une blessure commotionnelle
- Signe d'un Critère 1 inférieur au seuil, par ex trouble de l'équilibre/ataxie possible
- Autre comportement ou réaction motrice à la suite d'un impact à la tête faisant suspecter une commotion cérébrale
- Alerte de protège-dents connecté pour un événement HAE dépassant le seuil clinique de suspicion de commotion cérébrale tel que défini par le groupe de travail indépendant sur les commotions cérébrales de World Rugby.

Le temps alloué pour cette évaluation hors terrain, tel que stipulé dans la Règle 3, est de 12 minutes.

Perte de connaissance confirmée

Une perte de connaissance confirmée est établie par un professionnel médical ou de santé lorsqu'un joueur ne répond pas aux instructions et ne bouge pas, à l'exception de mouvements réflexes (tels que la posture tonique et les convulsions) **et garde les yeux fermés.**

Suspicion de perte de connaissance

Une perte de connaissance doit être suspectée si un ou plusieurs des éléments suivants sont observés à la suite d'un impact à la tête avec témoin :

- Hypotonie cervicale (perte de contrôle de la tête) immédiatement après l'impact à la tête.
- Le joueur n'a pas réussi à se protéger pendant la chute au sol.
- Si le joueur est déjà au sol, les critères ci-dessus peuvent être remplacés par la perte de contrôle des membres supérieurs.
- Le joueur reste allongé au sol sans mouvement volontaire pendant > 5 secondes.

Trouble de l'équilibre / ataxie

L'ataxie est l'incapacité à coordonner les mouvements musculaires volontaires. En général, elle se manifeste par une instabilité lorsqu'on se tient debout sans support, ou par des difficultés à marcher de façon stable sans support.

Clairement hébété

Sonné, ayant un regard vide ou absent après un événement d'impact à la tête. Réponses lentes aux questions ou aux instructions

Crise tonique posturale

Un joueur a une crise tonique posturale s'il a une extension d'un ou des deux avant-bras (généralement en l'air) pendant une période pouvant durer plusieurs secondes après un impact à la tête.

Annexe 3 - Procédures du Personnel Médical des Équipes et du Jour de Match**COMPRENDRE LE PROTOCOLE HIA EN 4 ÉTAPES**

La figure 3 ci-dessous résume le protocole HIA en montrant à quel moment intervient chaque étape et quand un joueur présentant des signes suspects ou signalant des symptômes suspects franchit ces étapes.

IDENTIFICATION DE CRITÈRE 1 – PROCÉDURES

Si le MDD identifie, sur la ligne de touche ou sur la vidéo, un impact à la tête suspect entraînant un signe de Critère 1 possible ou probable, la décision du MDD est simplement de faire sortir le joueur.

Une deuxième analyse vidéo est ensuite réalisée en présence du MDD et du Médecin de l'équipe. Si des critères de sortie immédiate du HIA 1 (Critère 1) sont identifiés, le joueur est sorti définitivement du terrain sans évaluation complémentaire. Si aucun signe de Critère 1 n'est évident à la vidéo, le joueur fait l'objet d'une **évaluation HIA1 hors du terrain**.

Si après examen de la vidéo, un différend existe entre le Médecin de l'équipe et le MDD concernant la présence d'un signe de Critère 1, une évaluation HIA1 hors du terrain doit alors être effectuée. Si l'évaluation hors du terrain est anormale, le joueur est sorti du terrain. Si l'évaluation hors du terrain est normale et que le MDD estime toujours qu'un signe de Critère 1 est évident, la vidéo est examinée à nouveau en présence des deux médecins. Si, après ce deuxième visionnage, le différend persiste, le MDD a le pouvoir unilatéral de sortir le joueur du terrain définitivement.

RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN DU JOUR DU MATCH

Chaque compétition ou tournoi désigné est en mesure de déterminer si « l'indépendance » du MDD est obligatoire et, le cas échéant, quelle est la définition « d'indépendance » pour sa compétition ou son tournoi. Le MDD a des tâches spécifiques avant, pendant et après le match, dont certaines sont énumérées ci-dessous - une liste complète est disponible dans la section [Médecin du Jour de Match](#) de la « Gestion des commotions cérébrales pour le personnel médical du jour du match » en utilisant le protocole HIA qui se trouve sur le site internet Santé des Joueurs (*Player Welfare*) de World Rugby.

RESPONSABILITÉS AVANT LE MATCH

- Piloter le briefing d'avant-match avec les Médecins de l'équipe, les Officiels de match et le Commissaire du match dans la salle médicale, en confirmant l'endroit où l'évaluation HIA1 hors du terrain sera effectuée.
- Confirmer avec les deux Médecins d'équipe qui réalisera l'HIA (le Médecin de l'équipe peut confier la responsabilité et la prise de décision concernant l'HIA au MDD).
- Confirmer l'emplacement de la vidéo de la ligne de touche.
- Préparer le logiciel SCRM (ligne de touche) en saisissant les informations concernant le match et les questions Maddocks pour les deux équipes.
- Confirmer avec les Officiels du match et les Médecins de l'équipe le signal de la main qui indique qu'un joueur quitte le terrain avec une blessure à la tête - tête touchée à trois reprises.
- Confirmer que les applications de communication des protège-dents connectés sont chargées sur leur dispositif numérique.

PENDANT LE MATCH

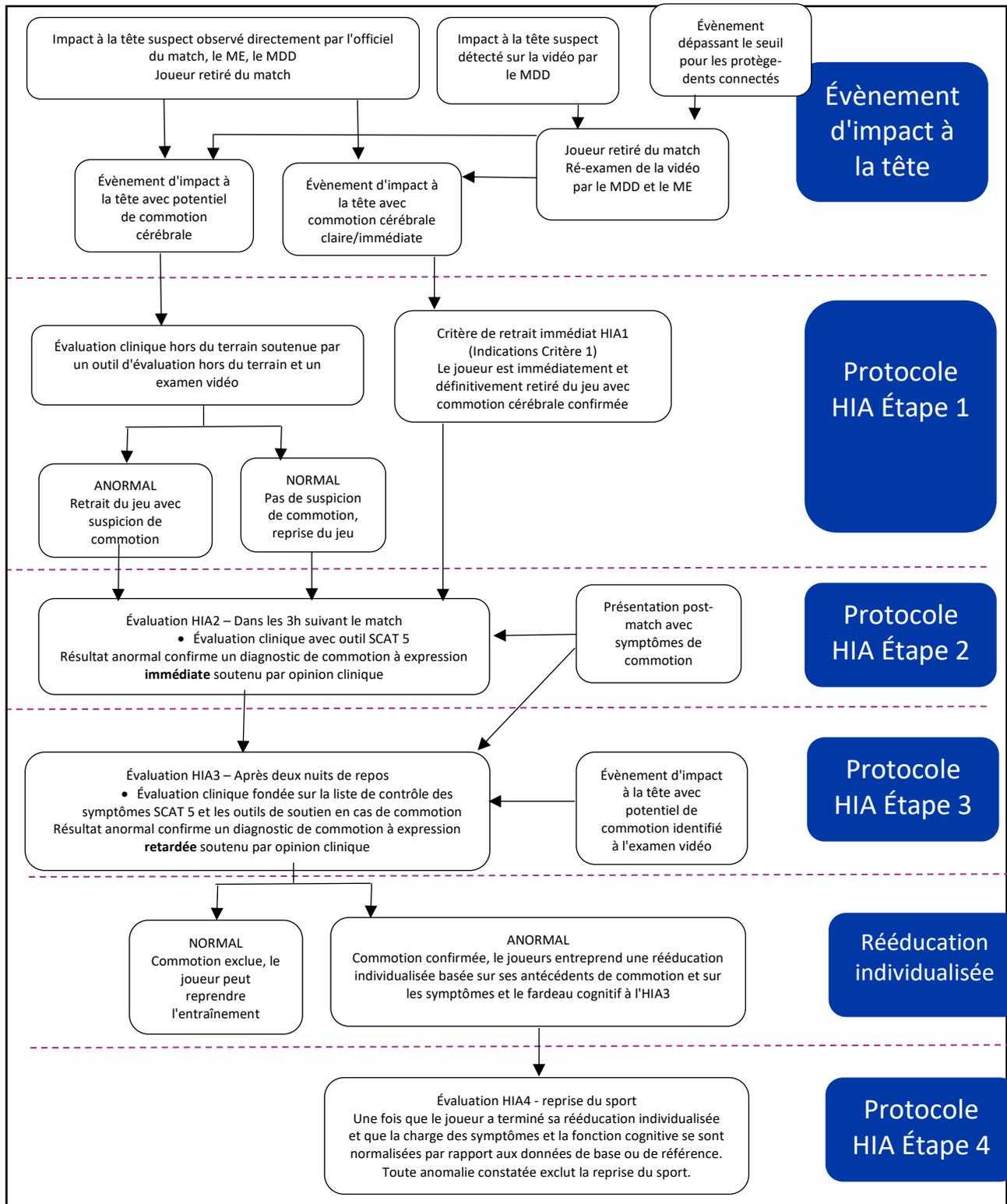
- Soutenir le Médecin de l'équipe dans l'identification des événements suspects.
- Si un signe de Critère 1 est identifié, demander que le joueur soit retiré du jeu et examiner la vidéo pour confirmer ou exclure un signe de Critère 1. Aucune décision unilatérale par le MDD de faire sortir un joueur ne peut être prise.
- Observer le Médecin de l'équipe qui réalise un HIA1, à moins que le Médecin de l'équipe ne lui ait confié la responsabilité d'effectuer l'HIA1.
- Si le MDD n'est pas d'accord avec une décision de reprise du jeu pour un joueur, il DOIT en parler au Médecin de l'équipe. Le MDD dispose de l'autorité, au titre du Règlement 15.2.1 (d), de retirer unilatéralement un joueur blessé de toute participation à un match. Il est vivement recommandé de ne le faire qu'après discussion et consultation avec le Médecin de l'équipe.

RESPONSABILITÉS APRÈS LE MATCH

- S'assurer que tous les joueurs ayant été soumis à une évaluation HIA1 hors du terrain lors d'un match, et ce, quel qu'en soit le résultat, ont réalisé une évaluation le jour même après le match à l'aide du HIA2.
- Réaliser l'évaluation HIA2 si le Médecin de l'équipe le demande ou observer le Médecin de l'équipe réaliser l'évaluation HIA2. Une fois réalisé, le Médecin de l'équipe doit accepter et confirmer le diagnostic.
- Si le MDD fait l'évaluation HIA2, il doit consulter le Médecin de l'équipe avant d'accepter et de confirmer le diagnostic.

Une liste complète des rôles, responsabilités et tâches des MDD (y compris les listes de contrôle d'avant-match) est décrite dans la section [Médecin du match](#) du document « Gestion des commotions cérébrales pour le personnel médical du jour du match » en utilisant le protocole HIA qui se trouve sur le site web de la Santé du joueur de World Rugby.

Figure 3 : Résumé du protocole HIA pour l'évaluation des événements d'impact de la tête avec potentiel de commotion cérébrale

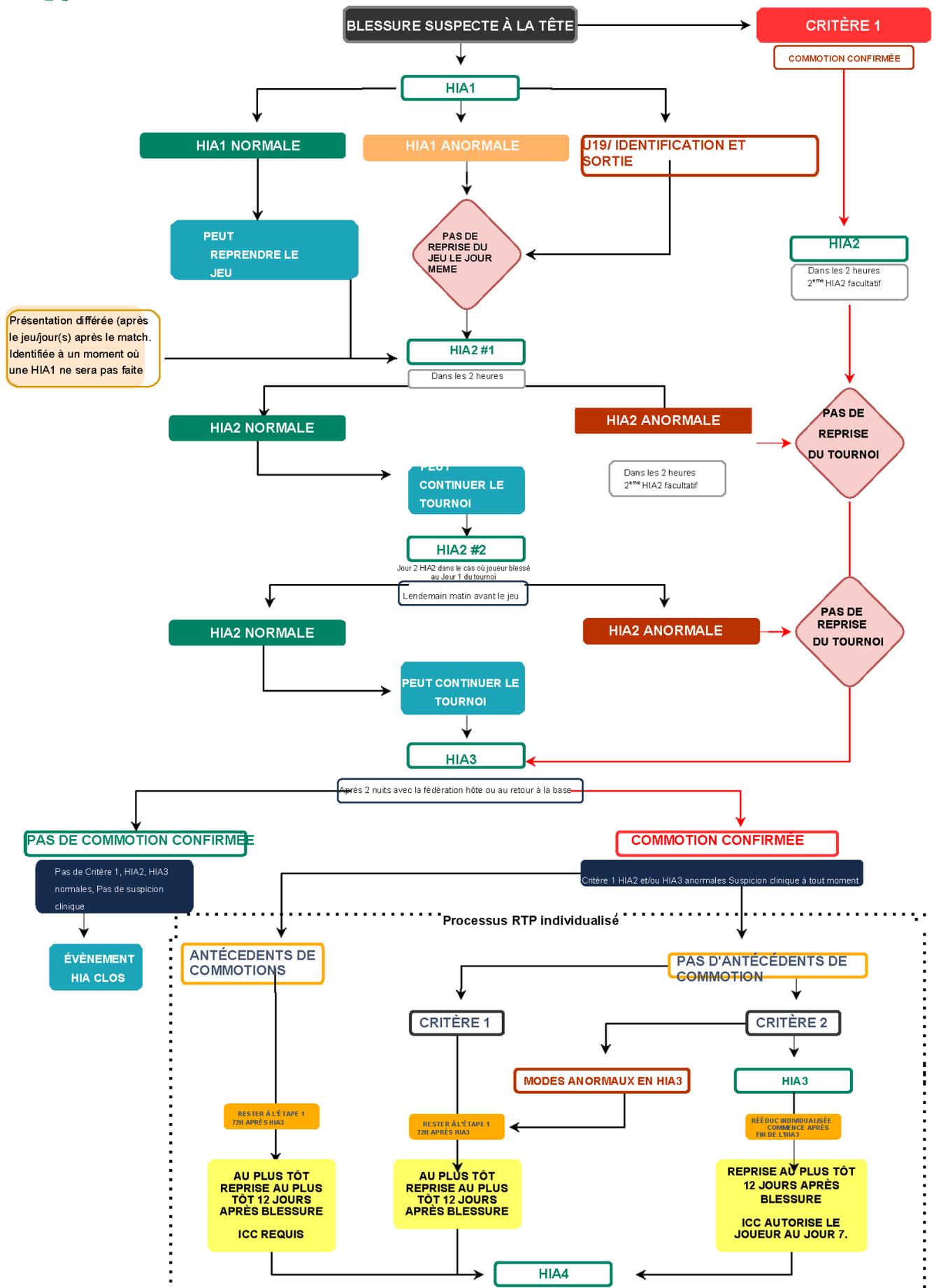


Annexe 4 - PROTOCOLE HIA POUR LE RUGBY À 7

Au rugby à 7, un joueur qui a une suspicion de commotion cérébrale et une évaluation hors du terrain HIA1 effectue son HIA2 dans les 3 heures suivant le match, mais effectuera également une deuxième évaluation HIA2 le lendemain matin. Si les deux HIA2 sont normales et que le médecin examinateur estime qu'il n'y a pas de signes cliniques ou de symptômes de commotion cérébrale, le joueur peut jouer le deuxième jour de l'événement (figure 5). Le joueur continue et effectue une HIA3 le jour suivant (36-48 heures après l'événement).

Les joueurs âgés de 18 ans ou moins au moment du tournoi ne font pas l'HIA1, en cas de suspicion de commotion cérébrale, ils sont pris en charge dans le cadre du programme « Identification et Sortie du terrain ».

Figure 5 : Résumé du protocole HIA pour l'évaluation des événements d'impact de la tête avec potentiel de commotion cérébrale ([télécharger ici](#))



Annexe 5 - Demande d'utilisation de l'HIA et recours à des substitutions/remplacements temporaires

Chaque compétition doit faire une demande pour pouvoir utiliser le protocole HIA chaque année.

Une version mise à jour du formulaire de demande d'HIA de World Rugby est désormais disponible. Vous pouvez télécharger les nouveaux formulaires de demande HIA ici : [Formulaire de demande d'HIA 2024](#)

Les mises à jour reflètent l'importance de soumettre avec précision les informations relatives au personnel médical du bord du terrain/terrain de jeu et/ou du tournoi dans le cadre de la demande. Cela permet de vérifier que le personnel médical est en conformité avec les accréditations en présentiel et les modules de formation en ligne de World Rugby requis pour le tournoi et/ou le match en question.

La procédure de soumission du formulaire de demande à World Rugby a également été mise à jour. Elle est expliquée dans la « Section 5 » du formulaire et un guide vidéo vous présentant le processus de soumission est disponible ici : [Guide pour la soumission de demande d'HIA](#)

Les modifications sont décrites ci-dessous :

- Clarification des accréditations en présentiel et des modules en ligne requis pour le personnel médical d'équipe du bord du terrain/terrain de jeu et le personnel médical du tournoi.
- Section 5 du formulaire :
 - Confirmation des coordonnées du personnel médical de bord de terrain/terrain de jeu et/ou du personnel médical du tournoi requises. Les coordonnées de **tous les membres de l'équipe médicale du bord du terrain/terrain de jeu** (médecins, physiothérapeutes, entraîneurs sportifs, etc.) doivent être communiquées. Cela inclut également **tout le personnel médical du tournoi/de la compétition/du match** (par exemple, MDD, HIA, ICL etc.).
 - Ajout de documents-type téléchargeables pour la saisie des données relatives au personnel médical de bord de terrain/terrain de jeu et/ou du tournoi.
 - Le formulaire de demande et le document concernant le personnel médical de bord de terrain/terrain de jeu et/ou du tournoi doivent être téléchargés sur le portail de soumission de la demande. Guide étape par étape disponible pour la Section 5 du formulaire.

Pour toute question veuillez contacter : mark.harrington@worldrugby.org

Annexe 6 - Explication du Processus de révision du HIA et Graphique

Le Processus de révision du HIA est un processus de soutien à l'éducation, à la formation et à la conformité développé pour optimiser la santé des joueurs adultes de l'élite et renforcer leur sécurité dans le cadre des blessures à la tête. Ce processus servira à surveiller la conformité aux derniers protocoles HIA.

Le Processus de révision du HIA, décrit dans le graphique joint, doit être mis en œuvre dans le cadre de l'ensemble des tournois et compétitions pour lesquels une autorisation d'accès au remplacement temporaire pour blessure à la tête est demandée.

Les principales caractéristiques de ce processus, qui doit être mis en œuvre par toutes les Fédérations et leurs Médecins en chef autorisés à utiliser le remplacement temporaire, sont les suivantes :

1. Identification et désignation d'un ou de plusieurs Réviseurs HIA de la Fédération - cette désignation doit être faite par chaque Médecin en chef de Fédération pour les compétitions, tournois et test-matches joués par des équipes dans leur juridiction. Ce Réviseur HIA peut être le Médecin en chef de la Fédération ou une personne désignée et doit avoir de l'expérience en matière d'analyse vidéo de blessure à la tête et de reconnaissance et gestion des commotions cérébrales. Ce Réviseur HIA de la Fédération doit au minimum avoir terminé les modules pédagogiques en ligne « Interprétation vidéo » et « Commotion cérébrale » de World Rugby. Le Réviseur HIA surveillera le respect des Protocoles HIA actuels par les praticiens et sera le contact central des Médecins de l'équipe et des MDD pour ce qui est de l'éducation et de la formation.
2. Confirmation concernant le support vidéo des incidents. Le CMO de chaque Fédération doit confirmer que tous les incidents vidéo suspects et HIA relevant de sa juridiction seront identifiés et « découpés » par les techniciens du support vidéo de la Fédération ou, lorsque ce service n'est pas disponible au sein d'une Fédération, par le département d'analyse du jeu de World Rugby. Les Fédérations ayant besoin de l'aide de World Rugby DOIVENT contacter Ben Hester (ben.hester@world.rugby) pour coordonner ce service.
3. Pour être autorisé à utiliser le remplacement temporaire pour blessure à la tête, un Panel de révision du HIA doit obligatoirement être désigné pour tous les tournois et compétitions. Il sera fait appel à ce Panel de révision du HIA si les « seuils » identifiés (voir organigramme) sont atteints. Les qualifications requises pour les membres de ce Panel de révision du HIA sont également spécifiées dans l'organigramme. Les actions possibles de ce Panel de révision du HIA en cas de non-respect des protocoles sont les suivantes :
 - recommandation préconisant une éducation et une formation plus poussées du Médecin de l'équipe et du personnel médical du bord du terrain.
 - Recommandation préconisant que le Groupe de travail HIA de World Rugby envisage une modification du processus.
 - renvoi à la Commission de Discipline du tournoi ou de la compétition.

4. Ce Processus de révision du HIA sera soutenu par la désignation par World Rugby d'un groupe d'experts en interprétation vidéo indépendants. World Rugby désignera trois experts en interprétation vidéo de chaque hémisphère. Une Fédération ayant besoin de l'aide d'un expert en interprétation vidéo indépendant (conformément à l'organigramme) contactera un expert de l'hémisphère opposé afin de lui demander son avis en cas de désaccord sur une interprétation. Les désaccords ne pouvant être résolus par le groupe d'experts en interprétation vidéo indépendants seront soumis au Médecin en chef de World Rugby.

Pour chaque tournoi/compétition, une ressource vidéo basée sur la Fédération/le tournoi ou par le département d'analyse du jeu de World Rugby. Les clips vidéo d'après-match de tous les événements HIA signalés doivent faire l'objet d'un Processus de révision HIA d'après-match appuyé par la carte de rapport de match et tout autre événement de blessure à la tête suspect/méritant d'être examiné est rassemblé et envoyé chaque semaine au(x) réviseur(s) du processus HIA de la compétition. Le processus est décrit dans le schéma ci-dessous en une série d'étapes :

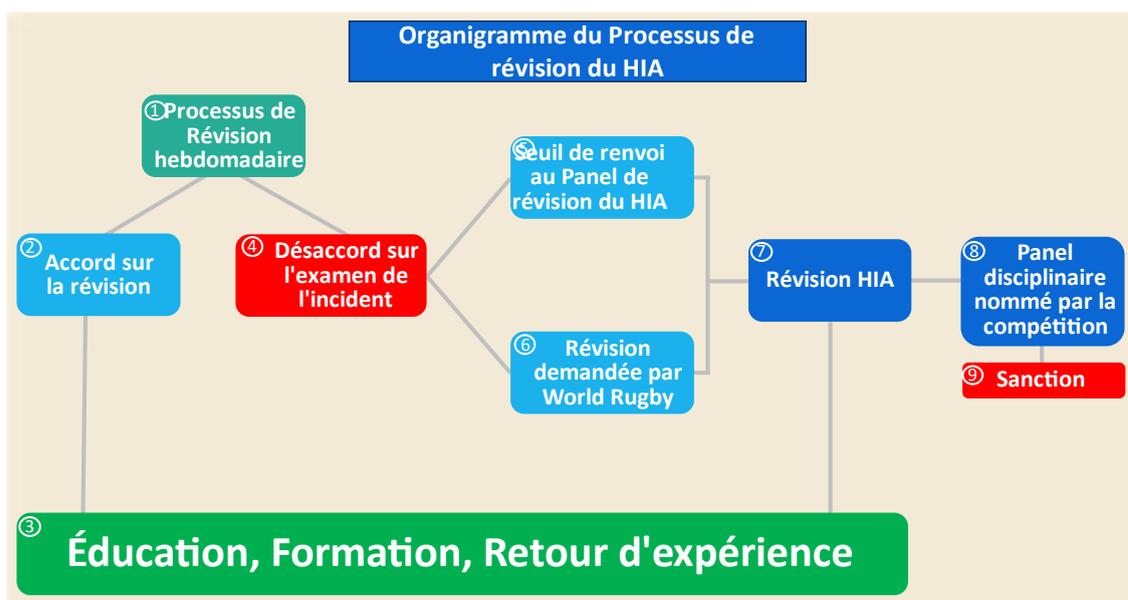


Figure 6 : Schéma du Processus de révision du HIA

Étape 1 : Le(s) réviseur(s) du processus HIA de la compétition examine(nt) tous les clips et, le cas échéant, discute(nt) de la gestion lors de l'appel hebdomadaire avec le Médecin de l'équipe et le MDD.

Étape 2 : Le groupe de Révision du processus HIA de la compétition discute du HIA avec le Médecin de l'équipe responsable et fournit un retour d'information. Les deux parties s'accordent sur l'interprétation de la vidéo et sur la manière d'éviter ce résultat à l'avenir. Il s'agit d'une opportunité d'apprentissage et le résultat de ces discussions constitue l'étape 3.

Étape 3 : L'éducation et la formation continues sont assurées au cours des discussions et, le cas échéant, ce résultat est utilisé pour améliorer la formation de tous les médecins de compétitions. Ce processus devrait être principalement axé sur le soutien et l'éducation plutôt que sur la sanction et la recherche de fautes. Chaque examen est une occasion de collaboration et d'éducation.

Étape 4 : Le groupe de Révision du processus HIA de la compétition discute du HIA avec le Médecin de l'équipe responsable et fournit un retour d'information. En cas de désaccord entre le Médecin de l'équipe et le Réviseur du processus HIA sur l'interprétation vidéo, le cas est soumis à un groupe d'experts indépendants en interprétation vidéo qui sera mis en place par World Rugby. Éducation et formation continues dispensées pendant la discussion.

Étape 5 : Le groupe de Révision du processus HIA de la compétition conclut qu'une question autre qu'un désaccord sur la vidéo nécessite un examen plus approfondi et renvoie à la commission de révision HIA (voir le seuil de la commission de révision - tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3 : Seuil de renvoi au Panel de révision du HIA

Seuil de renvoi au Panel de révision du HIA

Le ou les Réviseurs du Processus HIA doivent envoyer tout cas au Panel de Révision HIA pour une Révision du HIA dans les situations suivantes :

- Si un manquement délibéré ou imprudent du respect des Protocoles HIA est évident, par ex. une évaluation hors du terrain réalisée qui comprendrait une manipulation potentielle tactique du Protocole HIA1
- Il a été noté qu'un angle/des images vidéo ne sont pas fournies, par ex. pas de lien vidéo sur le bord du terrain
- Une tentative délibérée par tout membre d'équipe d'influencer un médecin dans le cadre d'une HIA est décelée
- Des erreurs répétées (plus de 2 sur une période de deux ans) dans le cadre de l'application des Protocoles HIA
- Preuve d'une obstruction délibérée sur le Protocole HIA ou la Révision du Processus HIA
- Tout autre acte ou autre omission dans le cadre du Protocole HIA qui compromet de manière significative la santé des joueurs

Étape 6 : World Rugby peut demander qu'une question soit examinée dans le cadre du processus de Révision de l'HIA de la compétition.

Étape 7 : Le(s) réviseur(s) du processus HIA de la compétition transmet(tent) toutes les informations et la documentation de la révision au Panel de révision de l'HIA. Ce panel doit être désigné avant le début de la compétition. Ses membres devraient inclure :

- Un avocat indépendant (habilité à siéger en tant qu'Officier juridique en vertu des règlements de World Rugby)
- Un(des) représentant(s) de la compétition
- Le Médecin-chef de la Fédération concernée
- Un représentant désigné par World Rugby

Le panel examine les éléments de preuve et formule des recommandations en matière d'éducation (étape 3) et de formation ET [s'il le juge approprié] transmet les informations à un panel disciplinaire.

Étape 8: Chaque compétition doit désigner un panel disciplinaire indépendant chargé d'examiner les cas d'inconduite.

Toute enquête sur une inconduite est traitée selon les termes de la section « inconduite » du programme disciplinaire du tournoi.

Étape 9: Le groupe disciplinaire indépendant détermine la sanction appropriée, le cas échéant. Chaque compétition doit inclure les dispositions relatives à l' « Inconduite HIA » dans le programme disciplinaire du tournoi.

Annexe 7 - Contenu éducatif minimal et niveau avancé des soins aux commotions cérébrales

Voici les points minimums à inclure lors de l'élaboration d'un programme annuel d'éducation sur les commotions cérébrales pour les joueurs, les entraîneurs et la direction de l'équipe :

- Qu'est-ce que la commotion cérébrale ?
- Quels sont les symptômes et les signes fréquents ?
- Comment gérer une commotion cérébrale ?
- Qu'est-ce-que la reprise progressive du jeu ?
- Qu'est-ce-que une Évaluation de blessure à la tête (HIA) ?
- Comment traiter la commotion cérébrale - qu'entend-on par repos ?
- Se protéger, protéger son coéquipier ?
- Qu'est-ce qui est nouveau dans la commotion cérébrale?
- Interprétation Vidéo (entraîneurs seulement)

World Rugby a mis au point une présentation pédagogique adaptée aux joueurs, aux entraîneurs et à l'encadrement des équipes, que les Fédérations peuvent proposer dans le cadre de leur session de formation pré-tournoi. Cette vidéo sera mise à jour régulièrement et devrait être montrée aux joueurs en tant que norme minimale d'éducation.

Niveau avancé de la gestion de la commotion cérébrale

Le plus haut niveau de soins pour les commotions cérébrales est fourni dans un cadre de soins avancés qui comprendrait au moins chacun des éléments suivants :

- médecins ayant une formation et une expérience dans la reconnaissance et la gestion des commotions cérébrales et des suspicions de commotions cérébrales : et
- accès aux installations d'imagerie cérébrale et aux neuroradiologues ; et
- accès à des programmes de soins spécialisés avec une équipe multidisciplinaire de spécialistes comprenant des neurologues, des neurochirurgiens, des neuropsychologues, des spécialistes des tests neurocognitifs et des thérapeutes en rééducation de l'équilibre et vestibulaire.

Un niveau avancé de soins des commotions cérébrales est généralement disponible au sein des équipes internationales, professionnelles et dans les ligues opérant dans des lieux géographiques similaires à d'autres ligues. Ce processus permet une gestion plus individualisée des commotions cérébrales.

**Annexe 8 - Consentement du Joueur à l'HIA et Explication des études -
Compétitions « Premium »****Cher(e) Joueur(euse)**

La santé des joueurs est notre première priorité. Malgré les efforts de réduction des blessures déployés au cours des dix dernières années, les taux de blessures à la tête restent élevés. Nous œuvrons constamment pour améliorer la gestion des blessures à la tête et en réduire le nombre. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir autoriser l'utilisation de vos informations dans le cadre d'une étude évaluant le Processus d'évaluation des blessures à la tête de World Rugby.

Veillez lire attentivement cette fiche d'information et décider ensuite si vous acceptez que nous utilisions vos informations pour étudier l'efficacité du processus d'évaluation des blessures à la tête. Toutes les analyses de données à des fins de recherche seront effectuées sur des données pseudonymisées, les résultats étant présentés sous forme de données combinées ou de moyennes de groupe, ce qui signifie qu'il n'y aura aucun moyen de vous identifier dans les résultats de cette étude.

L'étude a fait l'objet d'un examen indépendant par un comité d'experts afin de s'assurer que toutes les procédures de recherche sont sûres et éthiques.

Lorsque vous aurez lu et bien compris les informations et que vous accepterez de participer à l'étude, veuillez remplir le formulaire de consentement ci-joint et le renvoyer au coordinateur World Rugby d'évaluation des blessures à la tête en compétition.

Pourquoi les blessures à la tête sont-elles importantes ?

Les blessures à la tête constituent un problème important dans le rugby de l'élite. Il est très rare qu'une blessure à la tête grave entraînant des lésions cérébrales structurelles se produise et nécessite un traitement d'urgence immédiat. Une forme moins sévère de blessure à la tête, appelée commotion cérébrale, se produit plus souvent. La commotion cérébrale est actuellement comprise comme une brève perturbation des fonctions cérébrales, dont les symptômes les plus communs comprennent des maux de tête et des pertes de concentration, de mémoire et de coordination, symptômes généralement temporaires qui disparaissent dans les 7 jours. Des commotions multiples peuvent avoir un certain nombre de conséquences :

1. Les commotions multiples peuvent aggraver les symptômes et retarder la guérison.
2. Dans de rares cas, la survenue d'une deuxième commotion, peu de temps après une première commotion, peut entraîner un gonflement très grave du cerveau, appelé « syndrome du deuxième impact ».
3. Des chocs répétés avec ou sans commotion peuvent contribuer au déclin cognitif à long terme.
4. Une baisse de l'attention et une réduction de l'anticipation peuvent entraîner un risque accru de nouvelles blessures.
5. Diminution de la performance du joueur, ce qui peut entraîner des erreurs physiques et tactiques.

Pour éviter ces problèmes, il est important d'identifier tout joueur suspecté d'avoir subi une commotion, de stopper sa participation au jeu et de le faire sortir du terrain.

Comment les suspicions de blessures à la tête sont-elles gérées dans le rugby d'élite ?

Tout joueur qui subit un coup (direct ou indirect) susceptible de provoquer une blessure à la tête sera pris en charge par le protocole d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby. Le processus d'Évaluation de blessure à la tête a été introduit en tant que Règle expérimentale mondiale en 2012. Le processus a été conçu pour améliorer la gestion des blessures à la tête, y compris les commotions cérébrales, lors des matchs de rugby d'élite et permet d'identifier 3 groupes de joueurs :

1. **Commotion cérébrale clairement suspectée** : Les joueurs présentant des signes évidents de blessure à la tête, tels qu'une perte de connaissance ou des convulsions, recevront les soins d'urgence nécessaires et seront immédiatement et définitivement retirés du jeu.
2. **Le diagnostic de la blessure à la tête n'est pas immédiatement évident** : Les joueurs souffrant d'une blessure à la tête dont le diagnostic n'est pas immédiatement évident feront l'objet d'une brève évaluation médicale en dehors du terrain. Les tests consisteront en de brèves évaluations des symptômes, de l'équilibre, de la mémoire et de l'orientation. L'évaluation sera effectuée dans un endroit calme et durera jusqu'à 12 minutes. Pendant l'évaluation, un remplacement temporaire de joueur est autorisé. En cas de résultat positif à l'un de ces tests, une commotion cérébrale est suspectée et le joueur est sorti du terrain pour le reste du match. Les joueurs peuvent également être retirés si les tests ne révèlent aucun signe de commotion cérébrale mais que le médecin chargé de l'évaluation soupçonne que le joueur pourrait avoir subi une commotion. Si les tests hors du terrain n'indiquent pas que le joueur est suspecté d'avoir subi une commotion cérébrale et que le médecin n'a aucune autre raison de suspecter que le joueur a subi une commotion cérébrale, le joueur peut reprendre le jeu une fois l'évaluation hors du terrain terminée.
3. **Développement de symptômes de commotion après le match** : Les signes et symptômes d'une commotion cérébrale peuvent apparaître rapidement, ou jusqu'à 24-48 heures après le match. Dans ce cas, le joueur devra passer une évaluation standard pour confirmer le diagnostic. Les joueurs identifiés aux points 1 et 2 ci-dessus seront également soumis aux évaluations de suivi standard effectuées pour les joueurs qui présentent des symptômes peu après le match et 24-48 heures après le match.

Il n'y a aucun changement dans les protocoles habituels de reprise du jeu après une blessure à la tête.

Qu'est-ce que l'Étude d'Évaluation de blessure à la tête ?

Plusieurs évaluations standard sont effectuées dans le cadre du protocole d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby. Le fait de consentir à cette étude n'influencera pas les soins médicaux recommandés et n'entraînera pas la collecte d'informations supplémentaires, mais nous permettra d'analyser les données issues de ces évaluations afin de déterminer dans quelle mesure le processus d'Évaluation de blessure à la tête fonctionne bien et identifiera les domaines dans lesquels la gestion des commotions cérébrales peut être améliorée. Le refus de consentement n'affectera pas la collecte de données aux fins du protocole d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby, qui est une exigence distincte de World Rugby. Accorder le consentement en vertu du présent document permettra uniquement à World Rugby d'utiliser ces données dans le but additionnel de mener l'étude d'Évaluation de blessure à la tête telle qu'elle est décrite dans le présent document.

Ces évaluations standard impliquent que les médecins d'équipes recueillent des informations cliniques sur vous dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête. En plus des évaluations habituellement effectuées par les médecins d'équipe, le département d'analyse du jeu de World Rugby identifie également les incidents où les joueurs peuvent avoir subi une blessure à la tête pendant un match en examinant des séquences vidéo. Les informations recueillies par le médecin de votre équipe dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête et les séquences vidéo examinées par le département d'analyse du jeu de World Rugby seront utilisées par l'équipe de recherche de World Rugby dans cette étude.

Comment mes informations seront-elles utilisées ?

Afin d'optimiser le processus HIA, nous devons continuellement mener des recherches sur les données collectées.

Préparation et collecte de données : Les informations recueillies régulièrement dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête et les séquences vidéo examinées par le département d'analyse du jeu de World Rugby seront réunies par World Rugby. Les données d'évaluation de blessure à la tête peuvent être combinées avec les séquences vidéo analysées de l'événement traumatique afin de guider les futures stratégies de prévention des commotions cérébrales. Les séquences vidéo permettront à World Rugby d'identifier vos données, mais elles seront rapidement rendues anonymes une fois que les ensembles de données auront été combinés et avant que les données ne soient utilisées dans de futurs projets de recherche.

Une fois les données préparées, elles seront hachées et stockées en tant que données dépersonnalisées. Cela signifie que tous les champs personnellement identifiables seront convertis en un hachage non identifiable de 32 chiffres et qu'il n'y aura aucun moyen de vous identifier dans la base de données. Seules des données anonymes seront stockées et analysées à des fins de recherche.

La seule exception à cette anonymisation est lorsque World Rugby a besoin de partager des données identifiables avec une institution de recherche partenaire (une université) uniquement pour compléter l'Étude de l'Évaluation de blessure à la tête. Si vous souhaitez plus de détails sur les institutions spécifiques impliquées, veuillez nous contacter à eanna.falvey@worldrugby.org

Analyse et présentation des données : Sous réserve de ce qui précède, seules des données anonymes seront analysées à des fins de recherche. Des données agrégées ou des moyennes de groupe seront présentées et, dans les cas où le nombre de blessures spécifiques est <5, nous n'indiquerons pas le nombre réel. Cela signifie qu'il n'y aura aucun moyen d'identifier des individus ou des événements individuels dans les données présentées. Si une image ou un clip vidéo est utilisé dans une présentation ou dans un article publié, votre visage sera pixelisé/obscurci.

Les données relatives à l'Évaluation de blessure à la tête sont stockées sur des conteneurs Amazon Web Service (AWS) conformes au GDPR et situés dans la région AWS de l'Irlande. World Rugby peut changer de fournisseur de services de stockage de données, mais les données resteront stockées en toute sécurité conformément aux exigences légales.

Qui est responsable de cette étude ?

La personne ayant la responsabilité globale de cette étude est le Médecin-chef de World Rugby. L'étude est menée par une équipe spécialisée dans la médecine du sport, les statistiques et les commotions cérébrales.

Que dois-je faire maintenant ?

Si vous acceptez que vos informations soient utilisées aux fins susmentionnées, veuillez remplir le formulaire de consentement ci-joint. Nous nous appuyons sur votre consentement pour effectuer ce traitement et votre participation à cette recherche est facultative. Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment sans conséquences et, dans ce cas, nous supprimerons toutes les informations vous concernant que nous avons détenues aux fins de cette étude, sur la base de votre consentement préalable à y participer. Pour ce faire, il vous suffit de signaler votre retrait au Médecin-chef de World Rugby, Dr Éanna Falvey, en envoyant un courriel à l'adresse suivante eanna.falvey@worldrugby.org

Si vous souhaitez accéder, limiter ou supprimer vos informations personnelles, vous pouvez le faire en contactant Dr Éanna Falvey à World Rugby. Sur demande, World Rugby vous fera savoir si nous détenons certaines de vos informations personnelles. Dans certains cas où nous traitons vos informations, vous pouvez également avoir le droit de restreindre ou de limiter la manière dont nous utilisons vos informations personnelles. Dans certaines circonstances, vous avez également le droit de vous opposer au traitement de vos informations personnelles, de demander la suppression de vos informations personnelles et d'obtenir une copie de vos informations personnelles dans un format facilement accessible. Pour de plus amples informations concernant nos pratiques en matière de protection de la vie privée et vos droits, veuillez consulter le site world.rugby/privacy-policy.

Si vous avez des questions ou des suggestions concernant vos informations et l'utilisation que nous en faisons pour cette recherche, vous pouvez contacter Dr Éanna Falvey. Sans préjudice de tout autre droit que vous pourriez avoir, vous pouvez déposer une plainte auprès de la Commission irlandaise à la protection des données, qui est l'autorité de contrôle de protection des données de World Rugby.

Veuillez remplir le formulaire de consentement à l'étude afin de confirmer votre accord pour soumettre des données à l'Étude de l'Évaluation de blessure à la tête.

Fiche d'information sur l'outil sur la sécurité de la charge - Compétitions « Premium »

Les lignes directrices sur la charge de contact publiées en 2021 sont conçues pour protéger les joueurs d'une charge de contact excessive, en particulier des événements de chocs à la tête. Le protocole HIA est utilisé lors de compétitions dans le monde entier et jusqu'à présent il n'a pas été possible de contrôler la façon dont les individus s'entraînent et jouent individuellement. Au cours des trois dernières années, nous avons réalisé des travaux approfondis dans cinq compétitions avec des protège-dents connectés (iMG). Nous savons désormais que nous pouvons mesurer en toute sécurité et avec précision le nombre et l'ampleur des événements d'impact à la tête subis par un joueur lorsqu'il joue. C'est pourquoi le groupe de travail indépendant sur les commotions cérébrales a approuvé l'utilisation obligatoire des iMG dans cette compétition.

Qu'est-ce qu'un protège-dents connecté et comment fonctionne-t-il ?

Un protège-dents connecté est semblable aux autres protège-dents, à ceci près que des capteurs ont été placés à l'intérieur pour mesurer les impacts à la tête et les accélérations/décélérations de la tête. Les données fournies par les capteurs du protège-dents sont utilisées pour déterminer à la fois le moment où une accélération s'est produite et l'ampleur (vitesse d'accélération de la tête) de l'accélération. Actuellement, World Rugby approuve l'utilisation des protège-dents connectés Prevent, qui sont certifiés CE et conformes à toutes les réglementations de sécurité requises et aux spécifications minimales de performance. World Rugby peut approuver des protège-dents connectés proposés par d'autres fournisseurs à l'avenir, dès qu'ils seront disponibles et s'ils sont conformes. Afin de vous conformer à l'évaluation hors du terrain HIA1 et d'en bénéficier, vous devrez porter un protège-dents connecté approuvé par World Rugby lors des matchs et de toutes les séances d'entraînement sur le terrain. Après chaque séance, votre protège-dents connecté sera remis dans le boîtier de chargement pour être rechargé et pour que les données soient téléchargées. De cette manière, le processus sera similaire à la gestion de votre unité GPS. Au cours des trois dernières années, nous nous sommes efforcés d'améliorer la manière dont nous recueillons les données grâce à cette technologie. Nous sommes désormais en mesure d'exiger que les protège-dents connectés soient utilisés comme outil de sécurité afin de veiller à ce que les joueurs ne soient pas exposés à un nombre excessif de chocs à la tête, qu'il s'agisse de chocs importants trop fréquents ou de chocs moyens trop nombreux.

Dois-je porter un protège-dents connecté ?

Oui, si vous souhaitez bénéficier de l'évaluation HIA1 hors du terrain. Comme indiqué dans les Normes relatives à la santé des joueurs de la compétition, vous devez porter cet outil de sécurité lors de tous les matchs. Afin que votre équipe obtienne une image complète et précise de toutes les accélérations de la tête que vous subissez lorsque vous jouez au rugby, vous devrez également porter votre protège-dents connecté lors de toutes les séances d'entraînement avec contact. Si, pour une raison quelconque, vous ne pouvez pas porter le protège-dents connecté pendant les matchs, vous pouvez demander une dérogation par l'intermédiaire de votre Manager ou Médecin de l'équipe, à Lindsay Starling, Responsable scientifique et médicale de World Rugby (lindsay.starling@worldrugby.org). Cette demande de dérogation doit être étayée par des preuves suffisantes, telles qu'une justification médicale, pour être prise en compte. Toutes les dérogations médicales doivent être demandées au moins deux jours avant le(s) jour(s) de match concerné(s). Aucune dérogation ne sera accordée après JM - 2.

SI VOUS NE VOULEZ PAS PORTER DE PROTÈGE-DENTS CONNECTÉ POUR QUELQUE RAISON QUE CE SOIT ET QUE VOUS N'AVEZ PAS OBTENU DE DÉROGATION, VOUS POUVEZ CHOISIR DE NE PAS PORTER DE PROTÈGE-DENTS CONNECTÉ, MAIS VOUS NE POURREZ PAS BÉNÉFICIER DE L'ÉVALUATION HIA1 HORS DU TERRAIN. SI VOUS SUBISSEZ UNE BLESSURE À LA TÊTE PENDANT LE MATCH ET QUE VOUS NE PORTEZ PAS DE PROTÈGE-DENTS CONNECTÉ, VOUS SEREZ CONSIDÉRÉ COMME SORTI DÉFINITIVEMENT POUR LE RESTE DU MATCH. VOUS DÉBUTEREZ AINSI LE PROCESSUS HIA À HIA2 APRÈS LE MATCH ET SUIVREZ LE RESTE DU PROCESSUS HIA (HIA3, GRPT ET ICC, LE CAS ÉCHÉANT).

Quelles données seront collectées ?

Lorsqu'il est porté, le module iMG mesure le nombre et l'importance des accélérations de la tête que vous subissez pendant les activités de rugby. Les données seront téléchargées de votre protège-dents connecté vers un serveur central à chaque fois que vous le porterez. Les vidéos des matchs (si disponibles) seront utilisées pour identifier les activités et les événements du match (par ex. plaquages, post-plaquage, etc.) qui provoquent des accélérations de la tête, et ceux-ci seront liés aux données d'accélération de la tête provenant des protège-dents.

Comment mes données seront-elles utilisées ?

Votre équipe utilisera les données de votre iMG pour tenter de détecter et de traiter les accélérations de la tête et les blessures à la tête que vous subissez lors des matchs et des séances d'entraînement alors que vous portez votre iMG. Si vous avez des questions sur la manière dont votre équipe utilisera les données de votre iMG, vous devez contacter votre équipe.

Par ailleurs, si vous consentez à l'utilisation de vos données iMG à des fins de recherche par World Rugby, vos données iMG seront également hachées et stockées en tant que données dépersonnalisées. Cela signifie que tous les champs personnellement identifiables seront convertis en un hachage non identifiable de 32 chiffres et qu'il n'y aura aucun moyen de vous identifier dans la base de données. Seules les données pseudonymisées seront fournies à World Rugby et analysées à des fins de recherche et de prise de décision globale.

Vos données seront analysées par World Rugby sous forme agrégée, où elles seront combinées avec les données iMG provenant de diverses compétitions dans le monde. Les données iMG d'un joueur, y compris l'équipe, la nationalité ou l'identité, ne seront jamais rendues publiques par World Rugby, et toute communication de décisions par World Rugby dérivées des données sera complètement dépersonnalisée. Cela signifie qu'il n'y aura aucun moyen de vous identifier à partir des données présentées par World Rugby. Si une image ou un clip vidéo est utilisé dans une présentation ou dans un article publié, votre visage sera pixelisé/obscurci.

Les données pseudonymisées intégrées des protège-dents peuvent être transférées par World Rugby à un tiers pour un stockage sécurisé, afin de permettre la réalisation d'autres recherches qui peuvent être bénéfiques pour la santé.

Consentement du Joueur – Compétitions « Premium »

Veuillez parapher toutes les cases

avec vos Initiales

1. Je confirme que j'ai lu et compris les informations contenues dans la fiche d'Information du joueur pour l'étude sur l'Évaluation de blessure à la tête en ce qui concerne le traitement de mes informations personnelles par World Rugby.
2. J'autorise World Rugby à traiter mes informations personnelles à des fins de recherche dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby.
3. Je comprends que World Rugby peut traiter des informations me concernant qui sont considérées comme des informations personnelles sensibles et je consens à ce traitement.
4. Je consens à ce que des séquences vidéo me concernant soient utilisées par World Rugby dans le cadre de cette étude.
5. Je consens à ce que World Rugby traite mes informations afin de les dépersonnaliser à des fins de recherche ultérieure.
6. Je consens à ce que World Rugby partage mes informations avec ses institutions de recherche partenaires uniquement comme indiqué dans ce document.
7. Je reconnais que toutes les données partagées par World Rugby avec des parties tierces à des fins de recherche ne seront que des informations pseudonymisées et que des garanties appropriées sont en place en ce qui concerne un tel transfert de ces données.
8. Je comprends que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis libre de retirer mon consentement à l'utilisation de mes informations personnelles à tout moment en contactant World Rugby sans donner de raison, sans que mes soins médicaux ou mes droits légaux soient affectés.
9. Je comprends que toutes les informations recueillies par World Rugby concernant mes blessures et mon entraînement seront traitées de manière strictement confidentielle et ne seront communiquées qu'à des instituts de recherche dans le cadre d'accords de partage de données appropriés.

10. J'accepte de participer à l'étude ci-dessus.

 Nom du participant

 Date

 Signature

 Nom de la personne chargée
 d'obtenir le consentement

 Date

 Signature

Consentement du Joueur à l'HIA et Explication des études – Principales Compétitions

Cher(e) Joueur(euse)

La santé des joueurs est notre première priorité. Malgré les efforts de réduction des blessures déployés au cours des dix dernières années, les taux de blessures à la tête restent élevés. Nous travaillons constamment à l'amélioration de la gestion et de la réduction des blessures à la tête. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir autoriser l'utilisation de vos informations dans le cadre d'une étude évaluant le processus d'évaluation des blessures à la tête de World Rugby.

Veillez lire attentivement cette fiche d'information et décider ensuite si vous acceptez que nous utilisions vos informations pour étudier l'efficacité du processus d'évaluation des blessures à la tête. Toutes les analyses de données à des fins de recherche seront effectuées sur des données pseudonymisées, les résultats étant présentés sous forme de données combinées ou de moyennes de groupe, ce qui signifie qu'il n'y aura aucun moyen de vous identifier dans les résultats de cette étude.

L'étude a fait l'objet d'un examen indépendant par un comité d'experts afin de s'assurer que toutes les procédures de recherche sont sûres et éthiques.

Lorsque vous aurez lu et bien compris les informations et que vous accepterez de participer à l'étude, veuillez remplir le formulaire de consentement ci-joint et le renvoyer au coordinateur World Rugby d'évaluation des blessures à la tête en compétition.

Pourquoi les blessures à la tête sont-elles importantes ?

Les blessures à la tête constituent un problème important dans le rugby de l'élite. Il est très rare qu'une blessure à la tête grave entraînant des lésions cérébrales structurales se produise et nécessite un traitement d'urgence immédiat. Une forme moins sévère de blessure à la tête, appelée commotion cérébrale, se produit plus souvent. La commotion cérébrale est actuellement comprise comme une brève perturbation des fonctions cérébrales, dont les symptômes les plus communs comprennent des maux de tête et des pertes de concentration, de mémoire et de coordination, symptômes généralement temporaires qui disparaissent dans les 7 jours. Des commotions multiples peuvent avoir un certain nombre de conséquences :

6. Les commotions multiples peuvent aggraver les symptômes et retarder la guérison.
7. Dans de rares cas, la survenue d'une deuxième commotion, peu de temps après une première commotion, peut entraîner un gonflement très grave du cerveau, appelé « syndrome du deuxième impact ».
8. Des chocs répétés avec ou sans commotion peuvent contribuer au déclin cognitif à long terme.
9. Une baisse de l'attention et une réduction de l'anticipation peuvent entraîner un risque accru de nouvelles blessures.
10. Diminution de la performance du joueur, ce qui peut entraîner des erreurs physiques et tactiques.

Pour éviter ces problèmes, il est important d'identifier tout joueur suspecté d'avoir subi une commotion, de stopper sa participation au jeu et de le sortir du terrain.

Comment les suspicions de blessures à la tête sont-elles gérées dans le rugby d'élite ?

Tout joueur qui subit un coup (direct ou indirect) susceptible de provoquer une blessure à la tête sera pris en charge par le protocole d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby. Le processus d'Évaluation de blessure à la tête a été introduit en tant que Règle expérimentale mondiale en 2012. Le processus a été conçu pour améliorer la gestion des blessures à la tête, y compris les commotions cérébrales, lors des matchs de rugby d'élite et permet d'identifier 3 groupes de joueurs :

4. **Commotion cérébrale clairement suspectée** : Les joueurs présentant des signes évidents de blessure à la tête, tels qu'une perte de connaissance ou des convulsions, recevront les soins d'urgence nécessaires et seront immédiatement et définitivement retirés du jeu.
5. **Le diagnostic de la blessure à la tête n'est pas immédiatement évident** : Les joueurs souffrant d'une blessure à la tête dont le diagnostic n'est pas immédiatement évident feront l'objet d'une brève évaluation médicale en dehors du terrain. Les tests consisteront en de brèves évaluations des symptômes, de l'équilibre, de la mémoire et de l'orientation. L'évaluation sera effectuée dans un endroit calme et durera jusqu'à 12 minutes. Pendant l'évaluation, un remplacement temporaire de joueur est autorisé. En cas de résultat positif à l'un de ces tests, une commotion cérébrale est suspectée et le joueur est sorti du terrain pour le reste du match. Les joueurs peuvent également être retirés si les tests ne révèlent aucun signe de commotion cérébrale mais que le médecin chargé de l'évaluation soupçonne que le joueur pourrait avoir subi une commotion. Si les tests hors du terrain n'indiquent pas que le joueur est suspecté d'avoir subi une commotion cérébrale et que le médecin n'a aucune autre raison de suspecter que le joueur a subi une commotion cérébrale, le joueur peut reprendre le jeu une fois l'évaluation hors du terrain terminée.
6. **Développement de symptômes de commotion après le match** : Les signes et symptômes d'une commotion cérébrale peuvent apparaître rapidement, ou jusqu'à 24-48 heures après le match. Dans ce cas, le joueur devra passer une évaluation standard pour confirmer le diagnostic. Les joueurs identifiés aux points 1 et 2 ci-dessus seront également soumis aux évaluations de suivi standard effectuées pour les joueurs qui présentent des symptômes peu après le match et 24-48 heures après le match.

Il n'y a aucun changement dans les protocoles habituels de reprise du jeu après une blessure à la tête.

Qu'est-ce que l'Étude d'Évaluation de blessure à la tête ?

Plusieurs évaluations standard sont effectuées dans le cadre du protocole d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby. Le fait de consentir à cette étude n'influencera pas les soins médicaux recommandés et n'entraînera pas la collecte d'informations supplémentaires, mais nous permettra d'analyser les données issues de ces évaluations afin de déterminer dans quelle mesure le processus d'Évaluation de blessure à la tête fonctionne bien et identifiera les domaines dans lesquels la gestion des commotions cérébrales peut être améliorée. Le refus de consentement n'affectera pas la collecte de données aux fins du protocole d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby, qui est une exigence distincte de World Rugby. Accorder le consentement en vertu du présent document permettra uniquement à World Rugby d'utiliser ces données dans le but additionnel de mener l'étude d'Évaluation de blessure à la tête telle qu'elle est décrite dans le présent document.

Ces évaluations standard impliquent que les médecins de l'équipe recueillent des informations cliniques sur vous dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête. En plus des évaluations habituellement effectuées par les médecins d'équipe, le département d'analyse du jeu de World Rugby identifie également les incidents où les joueurs peuvent avoir subi une blessure à la tête pendant un match en examinant des séquences vidéo. Les informations recueillies par le médecin de votre équipe dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête et les séquences vidéo examinées par le département d'analyse du jeu de World Rugby seront utilisées par l'équipe de recherche de World Rugby dans cette étude.

Comment mes informations seront-elles utilisées ?

Afin d'optimiser le processus HIA, nous devons continuellement mener des recherches sur les données collectées.

Préparation et collecte de données : Les informations recueillies régulièrement dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête et les séquences vidéo examinées par le département d'analyse du jeu de World Rugby seront réunies par World Rugby. Les données d'évaluation de blessure à la tête peuvent être combinées avec les séquences vidéo analysées de l'événement traumatique afin de guider les futures stratégies de prévention des commotions cérébrales. Les séquences vidéo permettront à World Rugby d'identifier vos données, mais elles seront rapidement rendues anonymes une fois que les ensembles de données auront été combinés et avant que les données ne soient utilisées dans de futurs projets de recherche.

Une fois les données préparées, elles seront hachées et stockées en tant que données dépersonnalisées. Cela signifie que tous les champs personnellement identifiables seront convertis en un hachage non identifiable de 32 chiffres et qu'il n'y aura aucun moyen de vous identifier dans la base de données. Seules des données anonymes seront stockées et analysées à des fins de recherche.

La seule exception à cette anonymisation est lorsque World Rugby a besoin de partager des données identifiables avec une institution de recherche partenaire (une université) uniquement pour compléter l'Étude de l'Évaluation de blessure à la tête. Si vous souhaitez plus de détails sur les institutions spécifiques impliquées, veuillez nous contacter à eanna.falvey@worldrugby.org

Analyse et présentation des données : Sous réserve de ce qui précède, seules des données anonymes seront analysées à des fins de recherche. Des données agrégées ou des moyennes de groupe seront présentées et, dans les cas où le nombre de blessures spécifiques est <5, nous n'indiquerons pas le nombre réel. Cela signifie qu'il n'y aura aucun moyen d'identifier des individus ou des événements individuels dans les données présentées. Si une image ou un clip vidéo est utilisé dans une présentation ou dans un article publié, votre visage sera pixelisé/obscurci.

Les données relatives à l'Évaluation de blessure à la tête sont stockées sur des conteneurs Amazon Web Service (AWS) conformes au GDPR et situés dans la région AWS de l'Irlande. World Rugby peut changer de fournisseur de services de stockage de données, mais les données resteront stockées en toute sécurité conformément aux exigences légales.

Qui est responsable de cette étude ?

La personne ayant la responsabilité globale de cette étude est le Médecin-chef de World Rugby. L'étude est menée par une équipe spécialisée dans la médecine du sport, les statistiques et les commotions cérébrales.

Que dois-je faire maintenant ?

Si vous acceptez que vos informations soient utilisées aux fins susmentionnées, veuillez remplir le formulaire de consentement ci-joint. Nous nous appuyons sur votre consentement pour effectuer ce traitement et votre participation à cette recherche est facultative. Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment sans conséquences et, dans ce cas, nous supprimerons toutes les informations vous concernant que nous avons détenues aux fins de cette étude, sur la base de votre consentement préalable à y participer. Pour ce faire, il vous suffit de signaler votre retrait au Médecin-chef de World Rugby, Dr Éanna Falvey, en envoyant un courriel à l'adresse suivante eanna.falvey@worldrugby.org

Si vous souhaitez accéder, limiter ou supprimer vos informations personnelles, vous pouvez le faire en contactant Dr Éanna Falvey à World Rugby. Sur demande, World Rugby vous fera savoir si nous détenons certaines de vos informations personnelles. Dans certains cas où nous traitons vos informations, vous pouvez également avoir le droit de restreindre ou de limiter la manière dont nous utilisons vos informations personnelles. Dans certaines circonstances, vous avez également le droit de vous opposer au traitement de vos informations personnelles, de demander la suppression de vos informations personnelles et d'obtenir une copie de vos informations personnelles dans un format facilement accessible. Pour de plus amples informations concernant nos pratiques en matière de protection de la vie privée et vos droits, veuillez consulter le site world.rugby/privacy-policy.

Si vous avez des questions ou des suggestions concernant vos informations et l'utilisation que nous en faisons pour cette recherche, vous pouvez contacter Dr Éanna Falvey. Sans préjudice de tout autre droit que vous pourriez avoir, vous pouvez déposer une plainte auprès de la Commission irlandaise à la protection des données, qui est l'autorité de contrôle de protection des données de World Rugby.

Veillez remplir le formulaire de consentement à l'étude afin de confirmer votre accord pour soumettre des données à l'Étude de l'Évaluation de blessure à la tête.

Consentement du Joueur – Principales Compétitions

Veuillez parapher toutes les cases

avec vos Initiales

1. Je confirme que j'ai lu et compris les informations contenues dans la fiche d'Information du joueur pour l'étude sur l'Évaluation de blessure à la tête en ce qui concerne le traitement de mes informations personnelles par World Rugby.
2. J'autorise World Rugby à traiter mes informations personnelles à des fins de recherche dans le cadre du processus d'Évaluation de blessure à la tête de World Rugby.
3. Je comprends que World Rugby peut traiter des informations me concernant qui sont considérées comme des informations personnelles sensibles et je consens à ce traitement.
4. Je consens à ce que des séquences vidéo me concernant soient utilisées par World Rugby dans le cadre de cette étude.
5. Je consens à ce que World Rugby traite mes informations afin de les dépersonnaliser à des fins de recherche ultérieure.
6. Je consens à ce que World Rugby partage mes informations avec ses institutions de recherche partenaires uniquement comme indiqué dans ce document.
7. Je reconnais que toutes les données partagées par World Rugby avec des parties tierces à des fins de recherche ne seront que des informations pseudonymisées et que des garanties appropriées sont en place en ce qui concerne un tel transfert de ces données.
8. Je comprends que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis libre de retirer mon consentement à l'utilisation de mes informations personnelles à tout moment en contactant World Rugby sans donner de raison, sans que mes soins médicaux ou mes droits légaux soient affectés.
9. Je comprends que toutes les informations recueillies par World Rugby concernant mes blessures et mon entraînement seront traitées de manière strictement confidentielle et ne seront communiquées qu'à des instituts de recherche dans le cadre d'accords de partage de données appropriés.

10. J'accepte de participer à l'étude ci-dessus.

 Nom du participant

 Date

 Signature

 Nom de la personne chargée
 d'obtenir le consentement

 Date

 Signature

