

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 trois étapes suivantes :

- Étape 1 : évaluation au cours du match à l'aide du Formulaire HIA1
- Étape 2 : évaluation post match, le même jour, à l'aide du Formulaire HIA2
- Étape 3 : évaluation 36-48 heures après la blessure à l'aide du Formulaire HIA3.

Dans le présent document, vous trouverez :

1. Explications pour le Protocole HIA :
2. Procédures du HIA
3. Annexes
 - Annexe 1 : Définitions liées aux procédures du HIA
 - Annexe 2 : Procédures du Personnel Médical des Équipes et du Jour de Match
 - Annexe 3 : Demande d'autorisation pour avoir accès au Remplacement Temporaire
 - Annexe 4 : Explication du Processus de révision du HIA et Graphique
 - Annexe 5 : Contenu éducatif minimum, Stratification des risques, Niveau avancé de soins de la commotion cérébrale
 - Annexe 6 : Programme de Reprise progressive du jeu (RPJ)
 - Annexe 7 : Consentement du Joueur et Explications

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.

Il est composé des trois 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 ou les médecins indépendants du jour de match. L'identification est réalisée soit par observation directe, soit par analyse vidéo.

L'examen hors du terrain HIA1 comprend les 4 éléments suivants :

- a. 12 critères de sortie immédiate et définitive du terrain (appelés indications de Critères 1) ET
- b. un outil de dépistage en dehors du terrain ET
- c. une analyse vidéo sur le bord du terrain ET
- d. un examen clinique réalisé par le médecin traitant

Le test d'évaluation hors du terrain HIA1 n'est donc pas limité à l'outil de dépistage en dehors du terrain. L'outil de dépistage en dehors du terrain est plutôt l'un des composants du dépistage HIA1 complet.

Les joueurs présentant des signes évidents de commotion sur le terrain (Critères 1) sont immédiatement et définitivement sortis du terrain et, dans ce cas, l'utilisation de l'outil de dépistage hors du terrain n'est pas requise. Dans les autres cas, si une commotion est suspectée (Critères 2) mais que le joueur ne présente aucun signe ni symptôme évident sur le terrain, le joueur doit passer une évaluation en dehors du terrain composée d'un examen clinique effectué à l'infirmerie par un médecin à l'aide de l'outil de dépistage multimodal. La vidéo de l'incident est également analysée.

L'outil de dépistage en dehors du terrain est un outil SCAT 5 (Sports Concussion Assessment Tool) reformaté. Le SCAT 5 est l'outil d'évaluation sur le bord du terrain recommandé par les experts du Consensus international de Berlin sur les commotions cérébrales dans le sport. Cet outil de dépistage en dehors du terrain réunit un contrôle des symptômes, une évaluation de la mémoire et un contrôle de l'équilibre. Les résultats de cette évaluation hors du terrain, utilisée uniquement en rugby professionnel, sont comparés à une « évaluation de référence » réalisée précédemment, ou à un résultat normatif. Le résultat de l'outil de dépistage 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 du terrain.

Le médecin d'équipe a la première responsabilité de mener le dépistage en dehors du terrain, mais peut déléguer cette tâche au médecin du jour de match. Le dépistage en dehors du terrain est mené dans l'infirmerie du stade ou dans une autre zone convenue au préalable si l'infirmerie est trop éloignée du terrain. Un remplacement temporaire pour blessure à la tête de 12 minutes (temps absolu, et non temps de jeu) est autorisé sur demande pendant la période d'évaluation. Un joueur passant une évaluation en dehors du terrain doit se présenter au 4^e officiel de match dans les 12 minutes suivant sa sortie du terrain, mais ne sera pas autorisé à reprendre le match avant que cette période de 12 minutes ne soit écoulée.

L'analyse vidéo a trois rôles lors du protocole hors du terrain HIA1. Premièrement, au cours du match, les médecins indépendants du jour de match peuvent compléter leur observation sur le bord du terrain par des analyses vidéo des incidents afin d'identifier tout choc à la tête suspect justifiant soit une sortie définitive du terrain, soit une sortie du terrain pour une évaluation complémentaire sur le bord du terrain. À ce stade, la décision du médecin du jour de match est simplement de sortir le joueur. Une deuxième analyse vidéo est ensuite réalisée en présence du médecin du jour de match et du médecin d'équipe. Si un des critères de sortie immédiate du HIA1 (Critères 1) est identifié, le joueur est sorti définitivement du terrain sans évaluation complémentaire. Si aucun signe lié aux Critères 1 n'est identifié, le joueur fait l'objet d'une évaluation en dehors du terrain basée sur l'outil de dépistage. La vidéo est analysée une dernière fois après l'évaluation en dehors du terrain avant d'autoriser un joueur à reprendre le match.

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

Lors de l'étape 2, chaque joueur ayant fait l'objet d'un protocole HIA passe un examen médical précoce (examen clinique HIA2) dans les trois heures suivant la fin du match, afin de déterminer l'évolution clinique et de poser, le cas échéant, un diagnostic de commotion à expression immédiate. L'évaluation de cette étape 2 est basée sur l'outil SCAT5 et s'appuie sur les valeurs de référence du joueur ou les valeurs de référence normatives au rugby.

Étape 3 : Évaluation HIA3 - identification d'une commotion à expression retardée :

Lors de l'étape 3, des contrôles médicaux supplémentaires sont effectués après deux nuits de sommeil (36-48 heures après l'événement d'impact à la tête) pour déterminer une nouvelle fois l'évolution clinique et poser, le cas échéant, un diagnostic de commotion à expression retardée (examen clinique HIA3). Cet HIA3 est composé d'un examen clinique reposant sur le SCAT5 et l'outil informatisé d'évaluation neurocognitive choisi par chaque équipe, par ex. CogSport, Impact.

Les joueurs présentant des symptômes ou des signes de commotion au bout d'un certain temps, mais qui n'ont pas été identifiés comme ayant reçu un choc à la tête pendant le match, peuvent être soumis à une étape plus avancée (étape 2 ou 3) du protocole HIA et aux examens cliniques HIA2 et/ou HIA3, le cas échéant.

Le diagnostic de la commotion est confirmé si un joueur montre des signes visibles de commotion nécessitant une sortie immédiate et définitive du terrain (Critères 1, par ex. perte de connaissance) ou un si un diagnostic clinique de commotion est posé à la suite d'un examen clinique à l'aide du HIA2 ou HIA3.

Le protocole HIA permet de diagnostiquer immédiatement une commotion (Critères 1) à la suite d'un événement d'impact à la tête, mais ne permet pas d'exclure un diagnostic de commotion avant que les évaluations HIA2 et HIA3 n'aient été effectuées avec un résultat normal.

RÉSUMÉ

Le protocole d'Évaluation de Blessure à la Tête (HIA) est un processus en trois étapes et comprend :

L'évaluation hors du terrain HIA1, comprenant :

- Critères 1 : signes indiquant une sortie immédiate et définitive du terrain
- Évaluation en dehors du terrain incluant une liste de contrôle des symptômes, un examen médical, un contrôle de l'équilibre et des tests cognitifs réalisés par un médecin
- 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 dans les 48-72 heures suivant l'incident
- Aide au diagnostic de la commotion cérébrale à **expression retardée**

RÉSUMÉ DES MODIFICATIONS DU PROTOCOLE HIA (2017 et 2019)

À la suite de la déclaration du Consensus de Berlin 2016 sur la commotion et à l'analyse des données de surveillance HIA 2015-2016, le groupe de travail HIA de World Rugby a recommandé l'application des modifications suivantes au protocole HIA à compter du 1^{er} novembre 2019.

HIA1

- Le temps accordé au dépistage en dehors du terrain HIA1 sera désormais de 12 minutes fixes, c'est-à-dire qu'un joueur ne pourra pas revenir sur le terrain avant qu'une période de 12 minutes ne se soit écoulée, même si l'évaluation est terminée. Si un joueur ne se présente pas au 4^e officiel de match avant que la période de 12 minutes ne se soit écoulée, ce joueur sera considéré comme remplacé définitivement.
- Les joueurs doivent lire à voix haute la liste de contrôle des symptômes et indiquer s'ils ressentent ou non ces symptômes.
- La durée entre le test de mémoire immédiate et le test de mémoire différée doit être de 5 minutes minimum.
- Le nombre de mots du test de mémoire immédiate et du test de mémoire différée est maintenant 10.
- La position sur une jambe et la marche en tandem (évaluation mBESS) sont les tests d'équilibre requis lors du dépistage en dehors du terrain HIA1.
- L'indication de Critères 2 a été ajoutée en 2017 : signes possibles temporaires ou en-dessous du seuil des Critères 1, par ex. trouble potentiel de l'équilibre, perte de connaissance potentielle, confusion possible, etc.

HIA2 et HIA3

- Les deux évaluations comprennent :
 - Une lecture à voix haute de la liste de contrôle des symptômes.
 - L'utilisation d'une liste de 10 mots pour le test de mémoire immédiate et de mémoire différée.
 - Évaluation de l'équilibre à l'aide d'une marche en tandem et du mBESS.
 - Un interval de 5 minutes entre le test de mémoire immédiate et le test de mémoire différée.

Processus pour recueillir les Références SCAT

1. Les symptômes de référence initiale SCAT devraient être recueillis dans un environnement calme et peuvent l'être à partir d'un groupe dont le nombre de membres est gérable pour que toutes les instructions soient données et reçues correctement.
 2. Le formulaire des symptômes devrait être donné à ou aux athlètes à qui il devrait également être demandé de lire le paragraphe sur les instructions.
 3. Le superviseur devrait fournir une explication sur la différence entre des symptômes « manifestes » et « de condition » et insister sur cette différence.
 4. Il devrait être indiqué aux athlètes que seuls les symptômes « manifestes » (ceux qui sont typiquement présents) devraient être inscrits dans cette liste initiale de référence SCAT des symptômes.
 5. Il devrait également être indiqué aux athlètes que tout symptôme sera suivi par un examen par un médecin ou professionnel de la santé.
 6. Après avoir dressé la liste de référence SCAT des symptômes, tout athlète rapportant un
-

symptôme devrait être identifié et un examen de suivi être confirmé. Cet examen de suivi devrait être effectué au moins 24 heures après le recueil initial de symptôme et après une période de repos de 24 heures sans exercice.

7. Cet examen de suivi devrait être effectué dans un environnement calme et en tête-à-tête par un médecin ou professionnel de la santé responsable des soins de l'athlète concerné.
8. Avant de faire cette liste des symptômes de suivi, la différence entre des symptômes « manifestes » et « de condition » devrait une nouvelle fois être expliquée et il devrait être indiqué au joueur que seuls les symptômes « manifestes » devraient être rapportés.
9. Il devrait également être indiqué à l'athlète qu'il est important qu'il se concentre bien et dise la vérité.
10. À l'issue de ce suivi de référence SCAT, le médecin devrait discuter et confirmer à l'athlète tout symptôme « manifeste » identifié. Si, après cette discussion, le ou les symptômes « manifestes » sont confirmés, ces symptômes devraient être notés comme symptôme(s) de référence SCAT pour le joueur concerné.
11. Tout symptôme « manifeste » confirmé par ce processus doit faire l'objet d'un autre examen et d'une recherche. Le guide clinique indiqué ci-dessous est fourni dans le but d'aider à cette recherche.

TESTS COGNITIFS ET D'ÉQUILIBRE DE RÉFÉRENCE

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 l'évaluation de l'équilibre mBESS se fait par l'Appui bipodal, l'Appui unipodal, la marche en tandem et sur une jambe.

Notre importante base de données des références SCAT a été utilisée pour quantifier la performance dans le cadre des tests de référence cognitifs et d'équilibre. Ces données ont été utilisées pour déterminer un niveau centile « seuil » d'environ 95 % de la population pour chaque sous-test. Notre recommandation est la suivante : ces limites de référence doivent être utilisées pour déterminer si un sous-test de référence devrait être effectué une nouvelle fois (Tableau 1 et Figure 1). Cette réévaluation a été introduite dans le processus de recueil pour aborder les problèmes liés aux « efforts du joueur » et pour améliorer la validité et la fiabilité des références SCAT.

Références SCAT : Processus pour recueillir les références des Tests cognitifs et d'équilibre

1. Les tests cognitifs des références SCAT initiales devraient être réalisés dans un environnement calme et une situation en tête-à-tête. Les tests d'équilibre n'ont pas besoin de se faire dans un environnement calme.
 2. Avant d'effectuer les tests cognitifs et d'équilibre, il devrait être indiqué à l'athlète 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 limites de référence et que si sa performance n'entre pas dans ces limites, les tests seront répétés.
 3. À l'issue des tests initiaux cognitifs et d'équilibre de référence, tout sous-test dont les résultats n'entrent pas dans les limites de référence identifiées au Tableau 1 doit être effectué une nouvelle fois en présence du médecin ou professionnel de santé.
 4. Faire refaire un sous-test cognitif et d'équilibre n'est requis que si les résultats de ce sous-test
-

ont été identifiés comme n'entrant pas dans les limites de référence. Par exemple, si le résultat du test de Mémoire immédiate est hors des limites de référence, il n'est pas nécessaire de faire repasser celui de Mémoire différée.

5. Il est reconnu que l'athlète peut apprendre avec la répétition de certains tests mais l'impact de cet apprentissage est inconnu. L'impact le plus probable de cet apprentissage par la répétition 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 à l'évaluateur.
6. Il ne faut pas faire refaire 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, il devrait être indiqué au joueur qu'il est important qu'il se concentre et fasse de son mieux d'un point de vue de performance pour ce test.

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

TESTS DE RÉFÉRENCE 2019 ET ULTÉRIEURS

Une évaluation complète de référence annuelle n'est désormais plus requise, les résultats de recherches ayant confirmé que le SCAT de référence ne change pas avec des séries de tests. Un test « après épuisement » n'est pas non plus nécessaire car l'exercice physique n'a pas d'impact significatif sur la performance globale de référence.

Il est recommandé de tester annuellement les listes de symptômes.

Tableau 1: limites de références recommandées pour les sous-modes cognitifs et d'équilibre des évaluations SCAT5 et HIA

Les résultats ci-dessous n'entrent pas dans les limites de référence pour les sous-tests cognitifs et doivent déboucher sur la répétition du test et, en cas de récurrence, d'une recherche :

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

Les résultats ci-dessous n'entrent pas dans les limites de référence pour les sous-tests d'équilibre et doivent déboucher sur une recherche :

Marche en tandem (ligne de 3m) : moins de 13 secondes

Erreurs BESS modifié :

- Appui bipodal : 1 erreur ou plus
- Tandem : 4 erreurs ou plus
- Appui unipodal : 6 erreurs ou plus

Gestion des 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 qui entrent dans cette catégorie et qui présentent un ou des signes ou symptômes de Critères 2 ne peuvent pas être sortis du terrain pour effectuer un dépistage HIA hors du terrain. Ils doivent être sortis du terrain et ne plus participer à cette rencontre. Identification et Sortie du Terrain. Les joueurs présentant un ou plusieurs Critères 1 doivent immédiatement et de façon permanente sortis du match et être considérés avoir subi une commotion cérébrale confirmée.
- Après le protocole Identification et Sortie du Terrain, tous les joueurs devraient suivre le processus HIA stipulé et HIA2 et HIA3. Les joueurs pour lesquels une commotion a été confirmée devraient suivre les protocoles RPJ prescrits par leur Fédération.

Gestion des remplacements en cas de HIA1 hors du terrain lorsque tous les remplacements ont été utilisés

- Si tous les remplaçants ont été utilisés par une équipe et qu'un joueur de cette équipe doit sortir 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 test hors du terrain, un joueur qui a été remplacé tactiquement peut revenir sur le terrain.
- Même si tous les remplaçants ont été utilisés, ce remplaçant temporaire sera autorisé à rester sur le terrain si le joueur blessé ne revient pas en jeu après l'expiration de la période de 12 minutes hors du terrain.
- Un joueur qui a été remplacé tactiquement peut revenir sur le terrain pour remplacer un joueur faisant l'objet d'une sortie immédiate et permanente ou un joueur effectuant un test HIA1 hors du terrain, même si d'autres remplaçants n'ont pas été utilisés.

REPRISE DU JEU POUR LES JOUEURS ADULTES DE L'ÉLITE : RECOMMANDATIONS

- Chaque étape de la RPJ dure au minimum 24 heures à compter du moment de la blessure.
- Les joueurs présentant des symptômes 24 heures après la blessure passent à l'étape 2a. Pour être clair, si des symptômes ne sont pas résolus au cours de la période de repos initiale (Étape 1), une progression vers des activités ne déclenchant pas ou n'aggravant pas les symptômes (Étape 2a) est recommandée.
- Les joueurs asymptomatiques à la suite de la période de repos initiale (Étape 1) passent à l'Étape 2b.
- Si un symptôme associé à la commotion apparaît au cours du protocole RPJ, l'athlète doit revenir au niveau asymptomatique précédent et tenter de progresser à nouveau après être resté asymptomatique pendant 24 heures.

CHAQUE ÉTAPE DURE AU MINIMUM 24 HEURES

Étape	Niveau de réhabilitation	Exercice autorisés	Objectif
1	Repos initial (physique et cognitif)	Activités normales du quotidien qui n'aggravent pas les symptômes, les activités vigoureuses devraient être évitées. Repos cognitif relatif, limite du temps passé devant un écran, etc. S'assurer de l'amélioration des symptômes ou de leur absence continues. Aucune présence de symptôme avant de commencer l'Étape 2.	Récupération
2a	Activités ne déclenchant pas ou n'aggravant pas les symptômes	Cela comprend des activités du quotidien qui ne déclenchent pas de symptômes. Envisager de prendre des congés ou une adaptation du travail ou de l'école	Retour à des activités normales (si les symptômes le permettent)
2b	Exercices aérobics modérés	Jogging lent pendant 10 à 15 minutes, natation ou vélo stationnaire à allure faible à modérée. Entraînement sans résistance. Pas de symptôme pendant une période complète de 24 heures.	Augmentation de la fréquence cardiaque
3	Exercices spécifiques au sport	Courses. Activités sans risque d'impact à la tête.	Ajout de mouvements
4	Entraînement sans contact	Progression vers des exercices plus complexes, par ex. les passes. Possibilité de commencer un entraînement progressif de résistance	Exercice physique, coordination et charge cognitive
5	Pratique avec contact	Après la délivrance d'un certificat médical, participation aux entraînements normaux	Reprise de confiance et évaluation des capacités fonctionnelles par le personnel d'entraînement
6	Reprise du jeu	Jeu normal	

PROCÉDURES DU PROTOCOLE HIA

1. Quels sont les signes (Critères 1) pour une sortie immédiate et définitive du jeu à la suite d'une blessure à la tête ?

Il existe 12 signes et symptômes de Critères 1 dont 6 peuvent être observés à la vidéo et les 5 autres pendant l'évaluation sur le terrain.

Observables typiques à la vidéo :

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

Identifiés pendant l'évaluation sur le terrain

- Joueur désorienté (temps, lieu, personnes)
- Clairement confus
- Changements de comportement évidents
- Troubles oculomoteurs (par ex., nystagmus spontané)
- Identification sur le terrain des signes ou symptômes de la commotion

Identifié avant le match

- Moins de 19 ans : Identification et Sortie du Terrain

2. Quels sont les signes (Critères 2) pour un HIA ?

- Impact à la tête sans diagnostic immédiatement apparent
- Changement de comportement éventuel
- Confusion possible
- L'événement ayant provoqué la blessure a été perçu comme pouvant potentiellement résulter en une blessure commotionnelle
- Signe possible de Critère 1 temporaire, par ex. trouble possible de l'équilibre, perte possible de connaissance, possible confusion, etc.

3. Comment un joueur est-il diagnostiqué comme ayant subi une commotion ?

En vertu de la Définition opérationnelle de World Rugby, un joueur a une commotion confirmée si :

- a. Un signe ou symptôme des Critères 1 a été confirmé en vertu du formulaire HIA1
- b. Il y a un HIA2 anormal après le match, lors de l'évaluation le même jour (commotion à expression immédiate)
- c. Il y a un HIA3 anormal, lors de l'évaluation qui suit dans les 36-48 heures (commotion à expression retardée)
- d. Le médecin traitant a une suspicion clinique que le joueur a une commotion.

En vertu de la présente, une commotion peut être diagnostiquée immédiatement après une blessure à la tête mais ne peut pas être exclue jusqu'à ce que soient effectués les tests HIA2 et HIA3, c.-à-d. 36-48 heures après la blessure.

4. Les signes et symptômes (Critères 1) pour une sortie immédiate et définitive sont-ils confirmés lors d'une évaluation sur l'aire de jeu ?

Non. Les signes de Critères 1 peuvent être identifiés depuis le bord du terrain, à la vidéo ou en chemin pour venir en aide au joueur blessé. Les symptômes et signes oculomoteurs sont identifiés pendant que le médecin traite le joueur.

S'ils sont identifiés à la vidéo, le joueur devrait être sorti du jeu et la vidéo revue simultanément par le Médecin de l'équipe et le Médecin du Match (Mdm) et un accord doit être convenu avant de mettre en vigueur la sortie permanente du jeu, de la continuation de la participation du joueur au match.

5. Quelle évaluation est nécessaire pour un ou des signes « oculomoteurs » ?

Un signe oculomoteur est généralement immédiatement apparent et comprend des signes que nystagmus, mouvements asymétriques des yeux, dilatation des pupilles et réactions. Même s'ils ne sont pas un signe commun de commotion, la présence de ces signes après une blessure à la tête est indicatrice du besoin de faire sortir immédiatement le joueur du terrain de manière permanente pour qu'il ne participe plus au match.

6. Qui peut demander une évaluation HIA hors du terrain ?

Le personnel médical sur le terrain (tel que défini par chaque Fédération), l'arbitre ou le Mdm sont autorisés à demander un test HIA. Aucun membre du personnel médical adverse sur le terrain n'est autorisé à demander un test HIA pour un joueur appartenant à l'équipe adverse, ni à formuler des observations sur des incidents impliquant des joueurs de l'équipe adverse.

7. Qui effectue l'évaluation HIA hors du terrain ?

Le Médecin d'équipe soumettra le joueur à un test HIA sauf s'il confie cette responsabilité au MDM avant le début du match. Le Médecin d'équipe, en cas d'urgence, peut confier la responsabilité du test HIA au Mdm pendant un match.

En rugby à VII, le test HIA sera effectué par le Médecin d'équipe, le Médecin du jour de match ou le Médecin d'équipe du tournoi de World Rugby.

8. Comment sait-on qu'un joueur a échoué à un HIA (HIA positif) ?

Un joueur échoue au HIA (HIA positif) et NE doit PAS reprendre le match s'il :

- répond « Oui » pour un ou plusieurs symptômes ou
- répond incorrectement à une ou plusieurs questions de mémoire ou
- obtient un score inférieur au score de référence ou inférieur aux scores normatifs définis pour le rugby lors de l'évaluation SAC ou
- échoue au test d'équilibre (Tandem : 4 erreurs ou plus ; Appui unipodal : 6 erreurs ou plus) ou
- montre des signes anormaux constatés par le Médecin d'équipe ou
- si le Médecin réalisant le test HIA a une quelconque suspicion clinique de commotion, même si le test HIA est négatif.

Si le Médecin réalisant le HIA suspecte une commotion pour une raison quelconque, le joueur doit être sorti définitivement du terrain, même si le HIA est normal.

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

9. Quel est le rôle du MdM (médecin indépendant) et quel est son rôle dans la décision concernant le retour au jeu du joueur ? Comment l'indépendance du MdM est-elle définie ?

Le MdM suit le déroulement du test HIA en compagnie du Médecin d'équipe effectuant le test HIA, à moins que la responsabilité lui ait été confiée par le Médecin d'équipe. Dans ce dernier cas, le MdM réalisera le test HIA et sera responsable de la décision d'autoriser ou non le joueur à reprendre le jeu.

Si deux joueurs nécessitent un test HIA au même moment et que le MdM réalise de ce fait un test HIA, le Médecin d'équipe conserve la responsabilité de la décision d'autoriser ou non le joueur à reprendre le jeu.

Si un joueur est autorisé à reprendre le jeu ou reprend le jeu mais que le MdM est inquiet ou note des signes de commotion ou que le joueur se plaint de symptômes suggérant une commotion, il doit en discuter avec le Médecin d'équipe. Si un litige persiste, le MdM a le droit de demander un autre test HIA réalisé sans intervention du Médecin d'équipe ou de décider unilatéralement de sortir le joueur du terrain.

Si le joueur présente un quelconque symptôme requérant une sortie définitive du terrain (listé ci-dessus), il n'y a alors aucun litige, le joueur DOIT être sorti du terrain.

Chaque compétition ou tournoi nominé(e) est en mesure de déterminer si « l'indépendance » du MdM est obligatoire et, en cas d'obligation, la définition « d'indépendance » applicable à la compétition ou au tournoi en question.

10. Où le test HIA devrait-il être réalisé ?

Le test HIA hors du terrain doit être réalisé à l'infirmerie. Lorsque le test HIA ne peut pas être réalisé à l'infirmerie, si cette dernière se trouve trop loin du terrain pour effectuer le test en moins de 12 minutes, le MdM, avec les Médecins d'équipe, détermineront et conviendront d'une zone appropriée avant le début du match.

11. Un joueur passant un test HIA peut-il être remplacé ou substitué ?

Un joueur passant un test HIA peut être remplacé temporairement pendant 12 minutes maximum pendant le test HIA. Si le joueur en train de subir ce test HIA ne se présente pas devant l'officiel de match dans les 12 minutes, le remplacement temporaire devient un remplacement définitif. Cette période de 12 minutes fait référence au temps réel, pas au temps de jeu.

12. Que se passe-t-il si un joueur a subi un coup à la tête juste avant la mi-temps et nécessite un

test HIA ?

Le test HIA doit quand même être effectué dans les 12 minutes suivant la sortie du terrain. Le test HIA hors du terrain ne peut être reporté. Le joueur doit se présenter devant l'officiel de match avant le début de la deuxième mi-temps, sous peine d'être considéré comme définitivement remplacé.

13. Que se passe-t-il si un joueur ne coopère pas lors d'un test hors du terrain ?

Un joueur non coopératif lors d'un test hors du terrain sera considéré comme souffrant d'une commotion et devra être sorti définitivement du match.

14. Si un joueur a subi un coup à la tête nécessitant un examen complémentaire en dehors du terrain et qu'il souffre simultanément d'un saignement, de combien de temps dispose-t-on pour réaliser le test HIA et contrôler le saignement ?

Dans ce scénario, le contrôle du saignement sera la priorité même si le test HIA doit être réalisé dès que possible. Si le saignement peut être contrôlé, la plaie doit être suturée après la réalisation du test HIA. Le temps total disponible est de 17 minutes pour effectuer le test HIA et arrêter le saignement.

15. Si un joueur doit passer un second test HIA lors d'un match, cela entraîne-t-il automatiquement une sortie définitive ?

Non, un second test HIA n'entraîne pas automatiquement une sortie définitive du terrain. Toutefois, si un diagnostic définitif n'a pas été établi après le premier test HIA ou que le protocole est déclenché une seconde fois pour un impact de faible intensité, le principe de précaution doit être appliqué et le joueur doit être sorti définitivement du terrain.

16. Le remplaçant temporaire est-il soumis à certaines restrictions ?

Non, un remplaçant provisoire n'est soumis à aucune restriction et peut tenter une pénalité ou une transformation.

17. Que se passe-t-il si un joueur soumis à un test HIA ne reprend pas le match ?

Le joueur blessé sera considéré comme ayant été remplacé pour une blessure et le remplacement temporaire se transforme en remplacement définitif.

18. Si un joueur est simultanément sorti de l'aire de jeu pour un remplacement tactique et un test HIA, peut-il ensuite reprendre le jeu ?

Tous les joueurs qui sortent pour un HIA 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 l'aire de jeu, il sera considéré comme ayant été sorti du jeu de manière permanente du fait d'un résultat de HIA négatif.

19. Si est joueur est sorti de l'aire de jeu pour un test HIA et que l'équipe a utilisé tous ses remplaçants, un remplacement temporaire est-il autorisé ?

Oui, si tous les substituts ont été utilisés par une équipe, un remplacement temporaire pour blessure à la tête sera 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 test hors du terrain, le joueur qui est le remplacement tactique sera autorisé à rester sur le terrain même si le joueur blessé ne revient pas en jeu après l'expiration de la période de 12 minutes hors du terrain.

Pour être clair, un joueur qui a été remplacé tactiquement peut revenir sur le terrain pour remplacer un joueur blessé à la tête même si d'autres remplaçants n'ont pas été utilisés.

20. Quel est le rôle du médecin de l'équipe adverse dans le cadre du protocole HIA ?

Le personnel médical et non médical de l'équipe adverse ne peut pas demander un HIA pour un joueur qui n'appartient pas à son équipe. Aucune suggestion ni aucun commentaire ne doivent être faits concernant la réalisation d'un HIA pour un membre de l'autre équipe.

21. Quel est le rôle du personnel non médical dans le cadre du protocole HIA ?

Le personnel non médical peut suggérer au personnel médical de son équipe respective de réaliser une évaluation HIA ou conseiller la sortie définitive d'un joueur de l'aire de jeu, mais n'est pas autorisé à demander un HIA. Le personnel non médical ne peut pas annuler, ou remettre en question, une demande de HIA effectuée par le Personnel médical sur le terrain, le MdM ou l'arbitre.

22. Que se passe-t-il lorsqu'un joueur présente des blessures simultanées ?

Mis à part pour les blessures qui saignent, l'évaluation d'une blessure simultanée et le test HIA doivent être effectués dans les 12 minutes autorisées pour le test HIA ou le remplacement devient définitif.

23. Quels sont les protocoles de suivi du HIA hors du terrain ?

Tous les joueurs soumis à un HIA1 lors d'un match doivent, quel que soit le résultat de ce test HIA :

- a. Passer une évaluation d'après-match, le même jour même, à l'aide du HIA2 ; et
- b. Passer une évaluation de suivi au moyen du HIA3 qui inclut une évaluation neurocognitive informatisée réalisée entre 36 et 48 heures après la blessure.

24. L'outil HIA1 peut-il être utilisé pour diagnostiquer une commotion ?

La présence d'un signe ou symptôme de Critère 1 confirme un diagnostic de commotion et le joueur doit être immédiatement sorti du terrain de manière permanente du match et effectuer ensuite les étapes d'une RPJ. Un dépistage anormal hors du terrain soutient une suspicion de commotion et le joueur est sorti du terrain pour ne plus participer au match. Le suivi du HIA2 peut confirmer un diagnostic de commotion à expression immédiate si le résultat est anormal et/ou un HIA3 si le résultat anormal

confirme un diagnostic de commotion à expression retardée.

25. Comment doit-on interpréter le résultat du formulaire HIA2 ?

Le formulaire HIA2 correspond au SCAT5. Cet outil est utilisé pour aider le Médecin d'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.

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 (liste de 10 mots) : 15 réponses correctes ou moins
- Score Concentration (chiffres et mois à l'envers) : 2 réponses correctes ou moins
- Score Mémoire différée (liste de 10 mots) : 3 réponses correctes ou moins
- Équilibre : Appui bipodal : 1 erreur ou plus ; Tandem : 4 erreurs ou plus
- Tout athlète 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

Un HIA2 normal et une évaluation clinique (après match, le même jour) n'excluent pas un épisode de commotion. Il est possible pour un joueur de développer des symptômes retardés et des signes liés à une commotion, un ou plusieurs jours après un incident d'impact à la tête. Le processus HIA exige d'effectuer un HIA3 et une évaluation clinique de 36-48 heures après l'incident pour totalement exclure le diagnostic d'une commotion.

26. Si un HIA est demandé par un membre du personnel médical sur le terrain, peut-il être annulé par un autre membre du personnel médical sur le terrain ?

Une fois qu'un membre du personnel médical sur le terrain d'une équipe a demandé un HIA et que l'arbitre en a été informé, le HIA doit être réalisé. En résumé, une demande de test HIA par un membre de l'équipe médicale sur le terrain ne peut pas être annulée.

27. Quels sont les joueurs devant obligatoirement suivre un programme de Reprise progressive du jeu (RPI) ?

Les joueurs chez qui une commotion cérébrale a été diagnostiquée au cours du match, ou après le match alors qu'ils se trouvent encore dans le stade, ou lors du suivi réalisé 36-48 heures après l'incident, DOIVENT suivre un programme de Reprise progressive du jeu (RPI) qui doit commencer 24 heures minimum après l'incident.

28. Comment doit-on gérer un joueur présentant les symptômes d'une commotion après le match ? Quel formulaire HIA devrait être utilisé ?

Si un joueur n'est pas soumis à un test HIA au cours du match mais présente des signes ou des symptômes suggérant une commotion après le match alors qu'il se trouve encore dans le stade, un formulaire HIA2 doit être renseigné avant qu'il ne quitte le stade. Ce test devrait être suivi après 36-48 heures d'un formulaire HIA3.

Si un joueur n'est pas soumis à un HIA au cours du match mais présente des symptômes suggérant une

commotion après avoir quitté le stade dans les 48 heures suivant la fin du match, ce joueur devrait être évalué à l'aide d'un formulaire HIA3.

29. 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 devrait être sorti du terrain et ne pas reprendre l'entraînement. Une évaluation médicale appropriée immédiate devrait être effectuée.

Après l'entraînement, le joueur devrait être évalué par le biais d'une HIA2. Le joueur devrait passer une HIA3 entre 36 et 48 heures après l'entraînement. Si à un quelconque moment, une commotion est diagnostiquée, le processus RPD devrait être suivi et complété.

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

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 suspicion 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.

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

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

32. À quel moment un joueur peut-il reprendre le jeu après le diagnostic d'une commotion cérébrale ?

Conformément au Règlement 10 de World Rugby, tout joueur adulte ayant une commotion cérébrale :

- doit être immédiatement et de façon définitive sorti de l'entraînement ou du champ de jeu ; et
- devrait être examiné par un médecin qualifié ou un professionnel de la santé autorisé (selon ce qui est approuvé dans la juridiction concernée) ; et
- ne doit pas retourner jouer dans le cadre du même match ; et
- doit respecter un repos complet pendant 24 heures et ne doit pas retourner à l'entraînement ni jouer un match jusqu'à ce que les symptômes aient disparu ; et
- doit observer un programme de reprise progressive du jeu, conformément au Protocole de RPJ de World Rugby applicable aux adultes

33. 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, limite du temps passé devant un écran, etc. S'assurer de l'amélioration des symptômes ou de leur absence continues.
 - Repos après les 24 heures initiales devrait 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. »

34. Les recherches ont-elles prouvé que les interventions sur le bord du terrain avaient eu un impact positif ?

Avant la mise en place du remplacement temporaire en cas d'impact à la tête et la standardisation de l'évaluation des impacts à la tête sur le bord du terrain, il a été prouvé que 56 % des joueurs chez qui une commotion était confirmée retournaient sur le terrain à la suite de leur blessure. La recherche a déterminé que depuis la mise en place du protocole HIA, ce chiffre était descendu à moins de 8 %

Annexe 1. HIA : Définitions

Signes et symptômes de Critères 1

Les signes et symptômes suivants sont de Critères 1 et indiquent qu'un joueur doit être sorti immédiatement et définitivement du terrain :

- Perte de connaissance confirmée
- Suspicion de perte de connaissance
- Convulsion
- Crise tonique posturale
- Trouble de l'équilibre/ataxie
- Clairement hébété
- Joueur désorienté (temps, lieu, personnes)
- Clairement confus
- Changements de comportement évidents
- Troubles oculomoteurs (par ex., nystagmus spontané)
- Identification sur le terrain des signes ou symptômes de la commotion
- Moins de 19 ans : Identification et Sortie du terrain

Signes et symptômes de Critères 2

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

- Impact à la tête sans diagnostic immédiatement apparent
- Changement de comportement éventuel
- Confusion éventuelle
- Observation d'un événement dangereux pouvant potentiellement provoquer une commotion
- Signes possibles temporaires de Critères 1 comme par exemple trouble de l'équilibre/ataxie possible
- Autres symptômes ou signes suggérant une suspicion de commotion

Le temps alloué pour cette évaluation en dehors du terrain, telle que définie dans la Règle 3, est de 12 minutes.

Perte de connaissance confirmée

Un joueur présente une perte de connaissance confirmée par un médecin ou un professionnel de la santé lorsqu'il ne répond à aucun ordre et n'effectue aucun mouvement en dehors de réponses motrices réflexes telles que la réaction tonique posturale et les convulsions, ou est désorienté par rapport au temps, au lieu ou aux personnes.

Suspicion de perte de connaissance

Il devrait y avoir suspicion de perte de connaissance si un ou plus des signes suivants sont observés après avoir été témoin d'un événement d'impact à la tête :

- Hypotonie cervicale (perte du contrôle de la tête) observée immédiatement après le choc.

- Le joueur ne se protège pas pendant la chute au sol.
- Si le joueur est déjà au sol, les critères ci-dessus peuvent être remplacés par la perte de contrôle d'un ou des membres supérieurs.
- Le joueur reste au sol sans bouger, sans mouvement volontaire pendant plus de 5 secondes.

Troubles de l'équilibre/ataxie

L'ataxie est l'incapacité d'avoir des mouvements musculaires coordonnés volontaires. De manière typique, l'ataxie se manifeste par le déséquilibre, la difficulté à se tenir debout sans aide ou à marcher sans soutien.

Clairement hébété

Hébété, hagard ou avoir le regard vide après un événement d'impact à la tête. Réponses lentes à des questions ou instructions.

Posture tonique

Un joueur a une posture tonique s'il a un ou les deux avant-bras tendus (typiquement en l'air) pendant une période pouvant durer plusieurs secondes après un événement d'impact à la tête.

Annexe 2. Procédures du Personnel Médical des Équipes et du Jour de Match

COMPRENDRE LES 3 ÉTAPES DU PROTOCOLE HIA

Le graphique 1 à la page suivante résume les Protocole HIA en identifiant chaque étape et à quel moment le joueur passe d'une étape à l'autre selon les signes indicateurs de suspicion ou les symptômes suspects rapportés.

IDENTIFICATION DES CRITÈRES 1 : PROCÉDURES

Si un médecin le jour de match indépendant identifie, du bord du terrain ou à la vidéo, un événement suspect d'impact à la tête débouchant sur un signe possible ou probable de Critère 1, la décision de ce MDM doit simplement être de faire sortir le joueur.

Une deuxième analyse vidéo est alors entreprise en présence du MDM et du Médecin de l'équipe. Si un ou plusieurs critères HIA1 de sortie immédiate (Critères 1) sont identifiés, le joueur est sorti de manière permanente du jeu sauf autre évaluation. S'il n'y a pas de signe de Critères 1 évident à la vidéo, le joueur doit effectuer une évaluation hors du terrain avec l'outil de dépistage.

Si après la visualisation de la vidéo, il y a un litige entre le Médecin de l'équipe et le MDM sur la présence d'un signe de Critères 1, l'évaluation hors du terrain HIA1 sera effectuée. Si le résultat de cette évaluation hors du terrain est anormal, le joueur est sorti du jeu. Si le résultat de cette évaluation hors du terrain est normal et que le MDM continue de penser qu'un signe de Critères 1 est évident, la vidéo sera une nouvelle fois analysée en présence des deux médecins. Si après cette deuxième visualisation, le litige persiste, le MDM a le pouvoir de faire sortir de manière unilatérale et permanente le joueur du jeu.

RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN DU MATCH

Chaque compétition ou tournoi nominé peut déterminer si « l'indépendance » du MDM est obligatoire ou non. Si elle est obligatoire, la compétition ou le tournoi en question déterminera sa définition du terme « indépendance ».

AVANT LE MATCH

- Confirmer aux Médecins d'équipe, aux Officiels de match (arbitres) et au Commissaire de match l'endroit où le test HIA sera réalisé.
- Confirmer avec les deux Médecins d'équipe qui mènera le test HIA (le Médecin d'équipe peut confier la responsabilité du test HIA et la prise de décision au MDM).
- Préparer le logiciel CSx (bord du terrain) en saisissant les données du match et les questions de Maddocks pour les deux équipes.
- Confirmer avec les Officiels de match et les Médecins d'équipe le geste indiquant qu'un joueur quitte le terrain pour blessure à la tête (se toucher trois fois la tête avec le doigt).

PENDANT LE MATCH

- Assister le Médecin de l'équipe avec l'identification d'événements suspects.
- En cas d'identification de signe de Critères 1, demander à ce que le joueur soit sorti du jeu et analyser la vidéo pour confirmer ou écarter le signe de Critères 1. Aucune décision unilatérale par le MDM ne peut être prise à ce moment-là.
- Observer le Médecin d'équipe réaliser le test HIA, à moins que le Médecin d'équipe lui ait confié la responsabilité de mener le test HIA.
- Si le MDM est en désaccord avec la décision d'autoriser un joueur à reprendre le jeu, il DOIT en discuter avec le Médecin d'équipe. Le MDM a le droit, conformément au Règlement 15.2.1 (d), de



WORLD RUGBY *Putting Players First*

Protocole d'Évaluation de Blessure à la Tête (HIA)

décider unilatéralement de sortir définitivement un joueur blessé du terrain. Il est fortement recommandé de n'utiliser ce droit qu'après avoir consulté le Médecin d'équipe.

APRÈS LE MATCH

- Confirmer que tous les joueurs soumis à un test HIA lors d'un match, quel que soit le résultat de ce test, ont passé une évaluation « Post-match, le jour même » à l'aide du formulaire HIA2 de World Rugby.
- Compléter le formulaire HIA2 si cela lui est demandé par le Médecin de l'équipe ou veiller à ce que le formulaire HIA2 soit bien rempli par le médecin de l'équipe. S'il est rempli, le Médecin de l'équipe doit signer pour confirmer le diagnostic.
- Si le MDM remplit le Formulaire HIA2, il ne sera pas responsable des évaluations neurologiques ou diagnostics cliniques restants.

Annexe 2. Graphique explicatif Médecin d'Équipe et du Jour de Match

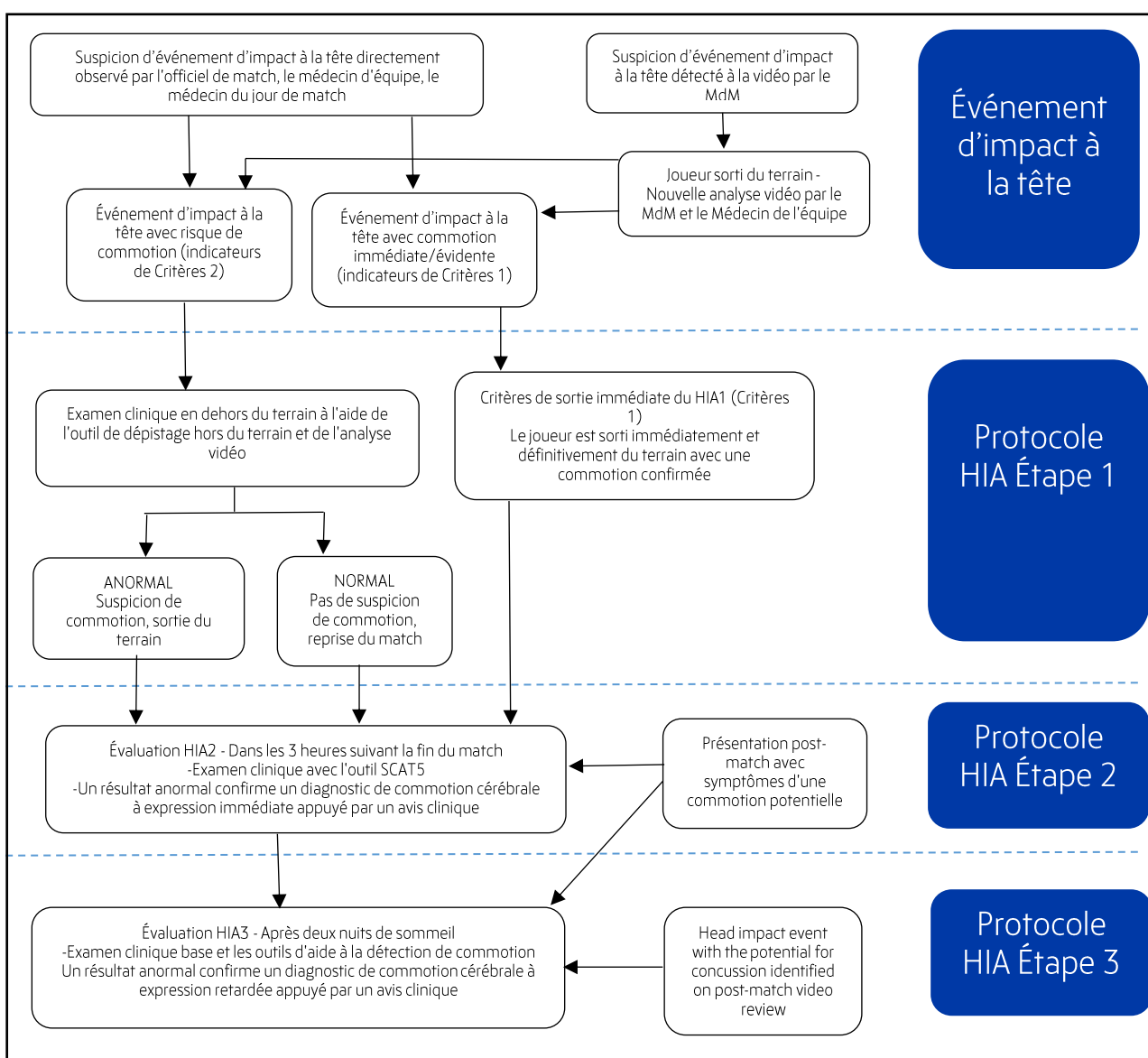


Figure 1. Résumé du protocole commotion pour l'évaluation des événements d'impact à la tête avec risque de commotion

Annexe 3. Demande d'utilisation du Protocole HIA et des remplacements temporaires

Le remplacement provisoire pour l'évaluation des blessures à la tête (HIA) fait partie intégrante des Règles du Jeu depuis août 2015. Ce formulaire de demande doit être rempli après lecture du Protocole d'Évaluation de blessure à la tête (HIA) de World Rugby, de la Règle 3.26 et du Règlement 10.

Tournoi/compétition	
Nom du demandeur	
Rôle du demandeur	
Date de la demande (jj/mm/aaaa)	
Dates du tournoi/de la compétition	

Veuillez répondre aux questions des sections 1, 2 et 3 en cochant Oui ou Non. Des informations complémentaires peuvent être

1. STANDARDS LIÉS À LA SANTÉ DU JOUEUR DE L'ORGANISATEUR DU

Les Organismes de Tournoi ou de Matches qui souhaitent appliquer le remplacement provisoire pour évaluation de blessure à la tête (HIA) doivent faire la demande d'approbation à World Rugby.

Les Standards obligatoires pour la Santé du Joueur 1- 5 s'appliqueront dans le cadre des compétitions majeures suivantes :

1. Rugby Championship
2. Six Nations
3. Guinness Pro 14
4. European Club Rugby Champions Cup (EPCR)
5. Gallagher Premiership
6. Top 14
7. Super Rugby
8. Top League (Japon)
9. Toutes les compétitions d'Élite de World Rugby

Standards obligatoires pour la Santé du joueur pour les Compétitions majeures		Oui	Non
1	Ils mettront en œuvre des programmes obligatoires de surveillance des blessures en conformité avec la Déclaration de Consensus.		
2	Il y aura la présence obligatoire d'un MDD (Médecin de Match).		
3	Est-ce que la compétition nominée a défini la notion « d'indépendance » en ce qui concerne son MDD ?		
4	Les standards suivants minimaux relatifs à la vidéo seront respectés : <ul style="list-style-type: none"> • Visionnement en direct et en différé (10 secondes) • 4 visionnements au minimum (diffusion+3 autres : dans l'idéal angle large et en hauteur) • Capacité de marquer l'incident • Capacité d'arrêter/venir en arrière/ralentir/repasser les images • Disponibilité du son ou oreillette (commentaires) 		
5	Il y aura une représentation obligatoire de World Rugby au Processus de Révision des HIA.		

Pour **TOUTES** les compétitions, l'application des Standards obligatoires pour la Santé du Joueur 6 -9 doit être confirmée.

Standards pour la Santé des joueurs obligatoires pour toutes les Compétitions		Oui	Non
6	Le tournoi ou les matches en question sont des tournois ou des matches adultes de l'élite.		
7	Les principaux standards (obligatoires) de santé du joueur relatifs à la commotion, stipulés dans la section 2, ont été intégrés au Conditions de Participation ou à l'Accord de Tournée signés par toutes les fédérations ou équipes participantes.		
8	Ils ont facilité la mise en place d'un PROCESSUS DE RÉVISION DES HIA (HRP) conforme au processus recommandé et stipulé par le document relatif au Protocole HIA et ses Annexes.		
9	Ils ont facilité un accès à la vidéo pour aider la gestion des événements d'impact à la tête survenant au cours des matches.		

2. STANDARDS POUR LA SANTÉ DU JOUEUR : FÉDÉRATIONS ET ÉQUIPES

Les Conditions de Participation au Tournoi ou l'Accord de Tournée doivent inclure les responsabilités suivantes de la fédération et des équipes. L'Organisateur du Tournoi a la responsabilité de confirmer que la Fédération et les équipes sont au fait de ces responsabilités et ont exprimé leur acceptation de respecter ces Standards pour la Santé du Joueur.

Standards obligatoires pour la Santé du joueur : Fédération et Équipes		Oui	Non
1	<p>L'ensemble du personnel médical de l'équipe et du personnel médical du jour de match du Tournoi ont effectué les modules éducatifs en ligne de World Rugby ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la commotion cérébrale pour le personnel médical du jour de match de l'élite • Protocoles médicaux pour le personnel médical du jour de match • Mindset : une documentation sur la Santé Mentale <p>Ils doivent également avoir effectué le cours présentiel suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins immédiats dans le rugby Niveau 2, ou équivalent <p>La confirmation du suivi des modules éducatifs est disponible auprès de : mark.harrington@world.rugby</p>		
2	Au cours de l'année précédant le commencement du Tournoi, tous les joueurs et l'encadrement de l'équipe ont suivi une séance d'information sur la commotion (dispensée par le médecin en chef de la Fédération ou le médecin de l'équipe concernée). Cette séance d'information doit, au minimum, aborder les informations essentielles stipulées dans le document du Protocole HIA.		
3	Chaque joueur a effectué une évaluation de référence au cours de l'année précédant le Tournoi, et les résultats de cette évaluation ont été remis au personnel médical de l'équipe. Cette évaluation de référence doit au minimum correspondre au SCAT5, mais il est recommandé aux équipes de se soumettre également à une évaluation neurocognitive informatisée dans le cadre de l'évaluation de référence annuelle du joueur.		
4	Une stratification du risque de commotion (voir le document du Protocole HIA et les Annexes) a été réalisée pour tous les joueurs, au moins annuellement, afin d'aider à la prise en charge de la commotion au cas par cas.		
5	Le personnel médical, les entraîneurs et l'encadrement des équipes respecteront tous les critères régissant la sortie définitive ou temporaire du champ de jeu d'un joueur pour les événements d'impact à la tête (disponibles dans le document du Protocole HIA et les Annexes, et le Formulaire HIA1).		
6	Le personnel médical, les entraîneurs et l'encadrement des équipes respecteront tous le programme de Reprise Progressive du Jeu (RPI) approuvé par World Rugby et/ou la Fédération conformément aux pratiques médicales de la juridiction concernée.		
7	Toutes les équipes participant au tournoi respectif prendront part à la recherche HIA de World Rugby et confirmeront que le consentement des joueurs a été obtenu (Voir le document du Protocole HIA et les Annexes)		
8	Tout le personnel de l'équipe reconnaît qu'un système PROCESSUS DE RÉVISION DES HIA a été mis en place pour aider le personnel médical des équipes à optimiser la santé des joueurs et la sécurité dans le cadre des blessures à la tête dans le jeu. Spécifiquement pour des incidents dont les critères, identifiés au HIA, pour des sorties définitives ou temporaires du jeu à la suite d'une blessure à la tête, n'ont pas fait l'objet d'un protocole HIA, feront l'objet d'une révision et d'une demande d'information. Tout le personnel de l'équipe reconnaît également qu'il participera, le cas échéant, à tout PROCESSUS DE RÉVISION D'HIA, ou le cas échéant, à toute procédure disciplinaire qui pourrait découler de ce PROCESSUS DE RÉVISION DES HIA.		
9	Tout le personnel de l'équipe reconnaît que le Médecin du jour de Match a le pouvoir unilatéral, conformément au Règlement 15.2.1(c), de sortir définitivement du terrain un joueur blessé.		
10	Toutes les équipes acceptent d'utiliser ou de saisir les données liées au HIA (1, 2 et 3) dans l'appli (CSx) de World Rugby sauf dérogation signifiée par World Rugby.		

3. STANDARDS RECOMMANDÉS POUR LA SANTÉ DU JOUEUR

Les responsabilités suivantes recommandées et incombant aux fédérations et équipes, relatives à la commotion cérébrale et aux autres problèmes médicaux généraux, devraient être respectées et intégrées ou citées à titre de référence dans les politiques médicales pertinentes de chaque fédération, les Conditions de Participation au Tournoi ou dans l'Accord de Tournée et, si elles sont intégrées dans ces documents, être signées par les fédérations et/ou les équipes participantes.

Standards recommandés : Commotion		Oui	Non
1	Les fédérations doivent désigner, dans le cadre de leur politique sur la commotion, un « professionnel de la santé agréé » en fonction de leur juridiction. Ce « professionnel de la santé agréé » doit être compétent pour prendre des décisions sur la reprise du jeu (commotion).		
2	Les Fédérations devraient définir un « niveau avancé de soins pour la commotion ». Un niveau avancé de soins permet une prise en charge plus personnalisée de la commotion. Ce niveau de soins est essentiel pour tous les joueurs adultes de l'élite qui souhaitent débiter le programme de reprise du jeu sans observer une semaine de repos physique. Une définition de ce « niveau avancé de soins pour la commotion » est stipulée au document Protocole HIA et aux Annexes.		
Standards recommandés : Problèmes médicaux généraux		Oui	Non
3	Avant tout tournoi ou match, les Fédérations devraient confirmer que tous les joueurs ont été examinés par un personnel médical adéquat et ont été déclarés aptes d'un point de vue médical, dentaire et physique à assister et participer à un tournoi ou à un match.		
4	Les Fédérations devraient confirmer que tous les joueurs ont complété le Questionnaire de dépistage du risque cardiaque de World Rugby et subi un examen cardiaque tel que décrit dans le document Dépistage du risque cardiaque de World Rugby. Il incombe à chaque tournoi de décider si un ECG doit faire partie de ce processus de dépistage du risque cardiaque.		
5	Confirmation que tout le personnel médical de l'équipe a effectué : Le module éducatif antidopage Keep Rugby Clean (ou équivalent) Le module éducatif anticorruption Keep Rugby Onside (ou équivalent)		

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Si vous avez répondu NON à l'un des critères d'approbation ou standards obligatoires, veuillez en indiquer la raison ainsi que les mesures qui seront prises. Veuillez également indiquer tout autre problème que World Rugby pourrait avoir à examiner.

Veuillez renvoyer ce formulaire à mark.harrington@world.rugby

Cette demande sera examinée par le Directeur médical de World Rugby et le Chef des Services Techniques

Annexe 4. Processus de révision du HIA

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 l'organigramme joint, doit être mis en œuvre lors de l'ensemble des tournois et compétitions pour lesquels une autorisation d'accès au remplacement temporaire pour blessure à la tête est demandée.

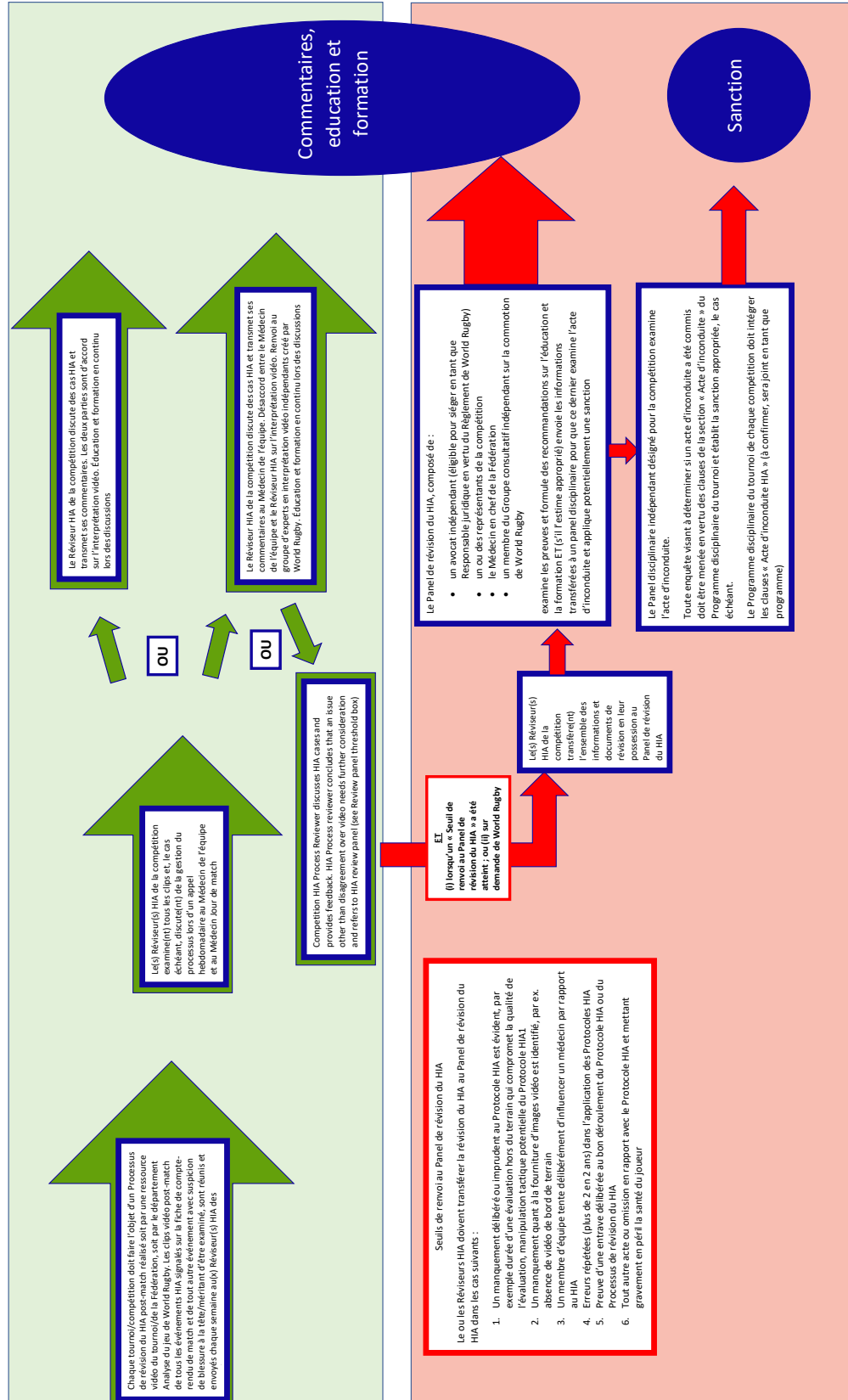
Les principales caractéristiques de ce processus, qui doit être mis en œuvre avant le 1^e septembre 2017 par toutes les Fédérations et leurs Médecins en chef autorisés à utiliser le remplacement temporaire à compter du 1^e septembre 2017, sont les suivantes :

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 d'équipe et des Médecins Jour de Match pour ce qui est de l'éducation et de la formation.
2. Confirmation concernant le support vidéo des incidents. Chaque Médecin en chef de Fédération doit préciser si l'ensemble des événements HIA et autres événements avec suspicion de blessure à la tête seront identifiés et compilés par les techniciens support vidéo de la Fédération ou, si ce service est indisponible au sein d'une Fédération, par le département Analyse du jeu de World Rugby. Les Fédérations ayant besoin de l'aide de World Rugby DOIVENT contacter Marc Douglas (marc.douglas@worldrugby.org) 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
 - 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.

L'organigramme à la page suivante décrit le Processus de révision du HIA.

Annexe 4. Processus de révision du HIA

HIA PROCESS REVIEW



Annexe 5. Contenu éducatif minimum, Stratification des risques, Niveau avancé de soins de la commotion cérébrale

Les points qui suivent représentent les questions qui doivent être abordés lors de l'élaboration d'un programme annuel de formation aux commotions cérébrales pour les joueurs, les entraîneurs et le personnel d'encadrement de l'équipe.

- Qu'est-ce qu'une commotion cérébrale ?
- Quels en sont les principaux signes et symptômes ?
- Comment une commotion est-elle prise en charge ?
- Qu'est-ce qu'une reprise progressive du jeu ?
- Qu'est-ce qu'une Évaluation de blessure à la tête (HIA) ?
- Comment traiter une commotion cérébrale ? Qu'entend-on par repos ?
- Se protéger, protéger son coéquipier ?
- Quels sont les nouveaux développements dans le domaine de la commotion ?
- Interprétation vidéo (entraîneurs uniquement)

World Rugby a développé une présentation convenant à la formation des joueurs, des entraîneurs et des membres de l'encadrement de l'équipe et qui peut être utilisée par les fédérations dans le cadre de leur séance de formation préalable au tournoi.

Stratification des risques : Exemple

Lors de la mise au point d'un système de stratification des risques de commotion pour les joueurs, il convient de tenir compte des facteurs qui suivent :

1. Joueurs de plus de 30 ans
2. Joueurs de moins de 18 ans
3. Joueurs ayant subi au moins deux commotions cérébrales au cours des 12 derniers mois
4. Joueurs ayant déjà subi plusieurs commotions par le passé
5. Joueurs ayant subi plusieurs commotions par le passé, les plus récentes étant de moins en moins intenses.
6. Joueurs présentant un état pathologique inhabituel ou une récupération lente.

Lors de la conception d'une stratification des risques de commotion cérébrale, il est conseillé au personnel médical de tenir compte de tous les facteurs de risque potentiels susceptibles d'identifier un sportif à fort risque de commotion et de récupération lente.

Soins avancés de la commotion cérébrale

Les soins les plus avancés de la commotion cérébrale sont prodigués dans un environnement avancé de soins incluant au moins chacun des éléments suivants :

- des médecins formés et expérimentés dans la reconnaissance et la prise en charge des commotions cérébrales et des suspicions de commotions cérébrales ; et
- un accès à des installations d'imagerie cérébrale et à des neuroradiologues ; et
- un accès à une équipe de spécialistes pluridisciplinaires incluant des neurologues, des neurochirurgiens, des neuropsychologues et des spécialistes de la rééducation vestibulaire, des tests neurocognitifs et de l'équilibre

Des soins avancés de la commotion cérébrale sont généralement disponibles au sein des équipes professionnelles de rugby et contribuent à une prise en charge plus individualisée de la commotion.

Annexe 6. Programme de Reprise Progressive du jeu (RPJ)

Un programme de Reprise Progressive du jeu (RPJ) inclut un programme d'exercices que le joueur doit réaliser peu à peu afin de se familiariser à nouveau aux entraînements avec contact et au jeu par étapes raisonnables. Après une commotion qui a été diagnostiquée, le joueur devrait respecter un repos physique et cognitif d'au moins 24 heures. À la suite de cette période de repos initiale, le joueur devrait être encouragé à être graduellement et progressivement plus actif tout en restant dans des seuils d'exacerbation des symptômes cognitifs et physiques inférieurs.

Si un joueur présente des symptômes avant un épisode de commotion cérébrale, ces derniers doivent être réattribués à un stade antérieur à la commotion avant de commencer un programme de RPJ.

Pour les joueurs adultes de l'élite qui sont surveillés par des médecins expérimentés chaque Étape de la RPJ devrait être d'une période minimale de 24 heures. Les étapes de la RPJ sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

World Rugby recommande le programme RPJ de la déclaration du Consensus de Zurich qui inclut six étapes différentes, chacune d'une durée minimum de 24 heures.

RECOMMANDATIONS 2017 POUR LA REPRISE DU JEU PAR UN JOUEUR ADULTE DE L'ÉLITE

- Chaque étape consiste en une période de repos complet d'au moins 24 heures.
- Les joueurs présentant des symptômes 24 heures après la blessure progresseront à l'Étape 2a. Pour être clair, si les symptômes ne disparaissent pas pendant la période de Repos initial (Étape 1), la progression aux activités limitées (Étape 2a) est recommandée.
- Les joueurs ne présentant pas de symptômes après la période de Repos initial (Étape 1) devraient entamer l'Étape 2b.
- Si un symptôme lié à la commotion survient pendant ce programme en étapes, l'athlète devrait revenir au niveau précédant sans symptôme et tenter de recommencer sa reprise progressive après ne plus présenter de symptôme lié à la commotion pendant une période de 24 heures au niveau le plus bas.

Annexe 6. Programme de Reprise progressive du jeu (RPJ)

CHAQUE ÉTAPE DURE AU MINIMUM 24 HEURES

Étape	Niveau de réhabilitation	Exercice autorisés	Objectif
1	Repos initial (physique et cognitif)	Activités normales du quotidien qui n'aggravent pas les symptômes, les activités vigoureuses devraient être évitées. Repos cognitif relatif, limite du temps passé devant un écran, etc. S'assurer de l'amélioration des symptômes ou de leur absence continues. Aucune présence de symptôme avant de commencer l'Étape 2.	Récupération
2a	Activités ne déclenchant pas ou n'aggravant pas les symptômes	Cela comprend des activités du quotidien qui ne déclenchent pas de symptômes. Envisager de prendre des congés ou une adaptation du travail ou de l'école	Retour à des activités normales (si les symptômes le permettent)
2b	Exercices aérobics modérés	Jogging lent pendant 10 à 15 minutes, natation ou vélo stationnaire à allure faible à modérée. Entraînement sans résistance. Pas de symptôme pendant une période complète de 24 heures.	Augmentation de la fréquence cardiaque
3	Exercices spécifiques au sport	Courses. Activités sans risque d'impact à la tête.	Ajout de mouvements
4	Entraînement sans contact	Progression vers des exercices plus complexes, par ex. les passes. Possibilité de commencer un entraînement progressif de résistance	Exercice physique, coordination et charge cognitive
5	Pratique avec contact	Après la délivrance d'un certificat médical, participation aux entraînements normaux	Reprise de confiance et évaluation des capacités fonctionnelles par le personnel d'entraînement
6	Reprise du jeu	Jeu normal	

Annexe 7. Consentement du Joueur et Explications

Veuillez cocher toutes les cases

Initiales

1. Je confirme avoir lu et compris la fiche d'information contenue dans le formulaire Information sur l'étude des Évaluations de blessure à la tête pour ce qui est du traitement de mes renseignements personnels par World Rugby.

2. Je consens à ce que World Rugby traite mes renseignements personnels à des fins de recherche dans le cadre du processus d'Évaluations de blessure à la tête de World Rugby.

3. Je comprends que World Rugby pourra traiter des informations me concernant qui sont considérées être des renseignements personnels sensibles et je consens à leur traitement

4. Je consens à ce que World Rugby traite mes renseignements personnels afin qu'elles soient dépersonnalisées à des fins de recherche plus détaillée.

5. Je consens au transfert de mes renseignements personnels dans des pays hors de la Zone économique européenne et comprends que ces pays ne disposent peut-être pas des systèmes de protection appropriés en place.

6. Je comprends que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis libre de revenir sur mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans que mon accès aux soins médicaux ou mes droits légaux ne soient affectés.

7. Je comprends que toutes les informations fournies sur mes blessures et mes entraînements seront traitées de manière strictement confidentielle.

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

Nom du participant
[EN LETTRES MAJUSCULES]

Date

Signature

Nom de la personne chargée de recueillir le consentement
Signature
[EN LETTRES MAJUSCULES]

Date



Annexe 7. Consentement du Joueur et Explications

Cher joueur,

La santé et la sécurité des joueurs sont une priorité absolue pour World Rugby.

Les blessures à la tête constituent un problème important et World Rugby cherche sans cesse à améliorer leur prise en charge.

C'est pourquoi nous souhaiterions vous demander si vous seriez d'accord pour que vos informations soient utilisées dans le cadre d'une étude sur le protocole d'Évaluation de Blessure à la tête de World Rugby.

Nous vous saurions gré de bien vouloir lire cette fiche de renseignements avant de décider de nous autoriser ou non à utiliser vos informations anonymes pour évaluer l'efficacité du protocole d'Évaluation de Blessure à la tête. Nous faisons tout notre possible pour s'assurer de dépersonnaliser vos informations avant d'utiliser ces renseignements à des fins de recherche.

Si vous êtes d'accord, merci de compléter le formulaire de consentement ci-joint et de le renvoyer au Coordinateur des compétitions en charge de l'Évaluation de Blessure à la tête de World Rugby.

En quoi les blessures à la tête sont-elles importantes ?

Les blessures à la tête constituent un problème important dans le domaine du rugby de l'élite. Il est extrêmement rare qu'une blessure grave à la tête entraîne des lésions cérébrales structurelles et nécessite un traitement d'urgence immédiat. Une forme plus modérée de blessure à la tête, appelée commotion cérébrale, survient plus fréquemment. Une commotion se définit comme une brève perturbation de la fonction cérébrale n'entraînant aucune lésion cérébrale structurelle. Les symptômes de la commotion, parmi lesquels des maux de tête et une perte de la concentration, de la mémoire et de la coordination, sont généralement temporaires et disparaissent la plupart du temps dans les 7 jours. Une commotion cérébrale peut engendrer un certain nombre de conséquences à court terme propres au rugby :

1. Diminution des performances du joueur pouvant entraîner des erreurs physiques et tactiques ;
2. Diminution de l'attention et réduction de l'anticipation pouvant accroître le risque de contracter d'autres blessures ;
3. Des commotions supplémentaires peuvent accroître les symptômes et ralentir la récupération.
4. Dans de rares cas, la survenue d'une deuxième commotion cérébrale, peu de temps après la première, peut conduire à un grave œdème cérébral, appelé « syndrome de second impact ».

Pour éviter ces problèmes, il est important d'identifier tous les joueurs susceptibles d'être victimes d'une commotion, de les faire arrêter de jouer et de les faire sortir du terrain.

Comment les suspicions de blessures à la tête sont-elles prises en charge dans le rugby de l'élite ?

Tout joueur victime (directement ou indirectement) d'un choc susceptible d'entraîner une commotion sera pris en charge dans le cadre du protocole Évaluation de Blessure à la tête de World Rugby. Le protocole Évaluation de Blessure à la tête a été introduit à titre d'expérimentation mondiale en 2012. Il a été conçu dans le but d'améliorer la prise en charge des impacts à la tête, notamment des commotions cérébrales, lors des matchs de rugby de haut niveau. Il permet également de distinguer 3 groupes de

Protocole d'Évaluation de Blessure à la Tête

joueurs :

1. **Suspicion claire ou évidente de commotion cérébrale** : Les joueurs présentant des signes évidents de blessure à la tête (perte de conscience ou épilepsies par exemple) recevront le traitement d'urgence nécessaire et seront immédiatement et définitivement évacués du terrain.
2. **Le diagnostic de blessure à la tête n'est pas tout de suite évident** : Les joueurs souffrant d'un traumatisme à la tête pour lesquels le diagnostic n'apparaît pas immédiatement de manière évidente, seront soumis à une brève évaluation médicale en dehors du terrain. Ce test consistera en une brève évaluation des symptômes, de l'équilibre, de la mémoire et de l'orientation. L'évaluation devra avoir lieu dans un endroit calme et durera jusqu'à 12 minutes. Pendant cette évaluation, un remplacement temporaire du joueur sera autorisé. Tout résultat positif à l'un des tests découlera sur une suspicion de commotion cérébrale et le joueur ne sera pas autorisé à rejouer. Le joueur pourra également être interdit de jeu si les tests ne montrent aucun signe de commotion mais que le médecin réalisant l'évaluation suspecte une commotion cérébrale. Si un médecin établit que le joueur ne présente assurément aucune commotion cérébrale, ce dernier pourra reprendre le jeu.
3. **Apparition de symptômes de commotion cérébrale après le match** : Les signes et symptômes de commotion peuvent apparaître très tôt, ou jusqu'à 24 à 48 heures après le match. Si tel est le cas, le joueur devra passer une évaluation standard pour confirmer le diagnostic. Les joueurs identifiés dans les catégories 1 et 2 ci-dessus se soumettront également aux évaluations de suivi standard destinées aux joueurs dont les symptômes apparaissent rapidement après le match et jusqu'à 24 à 48 heures après le match.

Il n'y a pas de changement pour ce qui est des protocoles habituels pour la reprise du jeu après une blessure à la tête.

Qu'est-ce que l'étude sur le protocole d'Évaluation de Blessure à la tête ?

Cette étude aura pour but d'évaluer l'efficacité du protocole d'Évaluation de Blessure à la tête et d'identifier tous les domaines dans lesquels la prise en charge de la commotion cérébrale peut être améliorée.

Nous souhaiterions utiliser des informations habituellement recueillies dans le cadre du protocole d'Évaluation de Blessure à la tête. De la même manière que les évaluations généralement effectuées par les médecins de l'équipe, le département d'analyse de World Rugby identifiera les incidents suite auxquels des joueurs ont pu contracter une blessure à la tête pendant le jeu. Ces incidents seront portés à l'attention des médecins de l'équipe qui devront formuler des commentaires sur les incidents en question. À la suite de cela, il est possible que le joueur doive passer une évaluation de la commotion après le match.

Ces informations seront utilisées pour déterminer l'efficacité de l'évaluation en dehors du terrain pour identifier les commotions cérébrales et si le protocole d'Évaluation de Blessure à la tête fonctionne comme prévu.

L'étude sur le protocole d'Évaluation de Blessure à la tête n'altérera d'aucune sorte votre prise en charge à la suite d'une blessure à la tête, ni n'entraînera la collecte d'aucune information supplémentaire.

Cette étude a été examinée par un comité d'experts indépendants afin de garantir que toutes les procédures de recherche répondent aux normes de sécurité et de déontologie.

Comment mes informations seront-elles utilisées ?

Vos renseignements personnels sont utilisés par World Rugby à des fins de recherche sur la commotion. Seules les informations recueillies par le médecin de votre équipe dans le cadre du processus



Protocole d'Évaluation de Blessure à la Tête

d'Évaluation de Blessure à la tête, et de l'analyse des images vidéo par le service Analyse du Jeu de World Rugby seront utilisées par World Rugby.

Ces informations peuvent comprendre, par exemple, les informations médicales dépersonnalisées (c.-à-d. anonymes) relatives à une suspicion de commotion par le médecin de l'équipe et les informations physiques observées au moyen de la vidéo. Certaines des informations recueillies dans le cadre du processus d'Évaluation de Blessure à la tête peuvent être considérées comme étant des renseignements personnels sensibles vous concernant. Nous faisons tout notre possible pour s'assurer de dépersonnaliser vos informations avant d'utiliser ces renseignements à des fins de recherche.

L'ensemble des informations recueillies par les médecins de l'équipe seront transmises à un coordinateur des compétitions, qui est une personne indépendante de World Rugby nommée pour recueillir les informations des différentes compétitions ou régions. Le coordinateur des compétitions saisira les informations recueillies dans une base de données où elles seront conservées en toute sécurité. Seuls les coordinateurs des compétitions auront accès aux informations d'un joueur bien précis ; le personnel impliqué dans ce projet n'y aura nullement accès.

World Rugby conservera vos informations pour la durée de ce projet de recherche. Si vous ne voulez plus que World Rugby utilise vos informations qui sont sous son contrôle dans le cadre du processus d'Évaluation de Blessure à la tête, vous pouvez vous mettre en contact avec info@worldrugby.org.

Certaines de vos informations peuvent être transférées dans un pays hors de la Zone économique européenne. Quand vos informations sont transférées de votre pays à un autre pays, les lois et réglementations qui protègent vos renseignements personnels peuvent différer de celles du pays dans lequel vous résidez et ne pas fournir le même niveau de protection des données.

Qui est responsable de cette étude ?

La personne assumant la responsabilité globale de cette étude est le Directeur médical de World Rugby. L'étude est menée par une équipe d'experts en médecine du sport, statistiques et commotion.

Que dois-je faire maintenant ?

Si vous acceptez que vos informations soient utilisées, veuillez compléter le formulaire de consentement ci-joint. Nous comptons sur votre consentement pour effectuer ce processus et sur votre participation à cette recherche est facultative. Vous êtes en droit de vous retirer de cette étude à tout moment, sans aucune conséquence pour vous. Pour ce faire, il vous suffira de faire part de votre retrait au Dr Éanna Falvey en envoyant un courrier électronique à eanna.falvey@world.rugby

Si vous souhaitez avoir accès, limiter ou supprimer vos renseignements personnels, vous pouvez le faire en contactant World Rugby. Sur demande, World Rugby vous indiquera si des renseignements personnels vous concernant sont à sa disposition. Dans certains cas de traitement de vos informations, vous avez également le droit de restreindre ou limiter les manières dont nous utilisons vos renseignements personnels. Dans certaines circonstances, vous avez également le droit de faire objection au traitement de vos informations personnelles, de demander la suppression de vos informations personnelles et d'obtenir une copie de vos informations personnelles sous un format facilement accessible.

Si vous avez des questions ou suggestions sur vos informations et l'usage de celles-ci pour cette recherche, vous pouvez entrer en contact avec le Chef du Service Technique de World Rugby. Sans préjudice de tout autre droit dont vous pourriez disposer, vous pouvez déposer une plainte au bureau irlandais pour la protection des données Irish Data Protection Commissioner, qui est l'autorité de tutelle de World Rugby dans ce domaine.

Veuillez remplir le formulaire de consentement éclairé de l'étude pour confirmer que vous acceptez de communiquer des données à l'étude sur le protocole d'Évaluation de Blessure à la tête.