



# BOWLS CANADA BOULINGRIN

## Politique sur les commotions cérébrales

### Engagement

1. Bowls Canada Boulingrin s'engage à adopter une approche pancanadienne harmonisée du dépistage et de la gestion des commotions cérébrales.

### Adoption

2. Bowls Canada Boulingrin a adopté et adapté les *Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport* pour créer son propre *Protocole sur les commotions cérébrales*, qui est disponible à l'adresse suivante : <http://www.bowlsCanada.com/downloads/2019%20Policies%20-%20Championships/French/PROTOCOLE%20SUR%20LES%20COMMOTIONS%20C%89R%20%89BRALES.pdf>
3. Le *Protocole national sur les commotions cérébrales* de Bowls Canada Boulingrin comprend les sections suivantes :
  - a) Information transmise avant le début de la saison
  - b) Identification d'une blessure à la tête
  - c) Examen médical sur place
  - d) Examen médical
  - e) Gestion des commotions cérébrales
  - f) Soins multidisciplinaires en cas de commotion cérébrale
  - g) Retour au sport
4. Le *Protocole national sur les commotions cérébrales* de Bowls Canada Boulingrin inclut également :
  - a) Schéma des étapes à suivre en cas de commotions cérébrales

### Conformité

5. Lorsqu'applicable, Bowls Canada Boulingrin se conformera aux lois provinciales et territoriales (comme la *Loi Rowan* de l'Ontario) associées aux commotions cérébrales et à la gestion des commotions.
6. Bowls Canada Boulingrin exigera des associations membres qu'elles se conforment à toute loi provinciale ou territoriale associée aux commotions cérébrales et à la gestion des commotions, comme condition de leur adhésion.

### Inscription (ONTARIO)

7. Cette section de la *Politique sur les commotions cérébrales* ne s'applique qu'aux participants qui résident en Ontario.
8. Lorsqu'une personne âgée de moins de 26 ans s'inscrit auprès de Bowls Canada Boulingrin, cette personne **doit** fournir une confirmation écrite ou électronique attestant qu'elle a lu et compris les ressources de sensibilisation aux commotions cérébrales au cours des 12 derniers mois. Le gouvernement de l'Ontario a produit des ressources d'information sur les commotions cérébrales adaptées à différentes tranches d'âge, qui se retrouvent ici :

- a) [10 ans et moins](#)
- b) [11 à 14 ans](#)
- c) [15 ans et plus](#)

9. Les personnes de 26 ans et moins doivent par ailleurs signer le *Code de conduite sur les commotions cérébrales* (**Annexe A**).
10. Dans le cas des athlètes de moins de 18 ans, le parent ou le tuteur du participant **doit** également confirmer avoir lu et compris les ressources de sensibilisations aux commotions cérébrales et avoir signé le *Code de conduite sur les commotions cérébrales*.
11. Les entraîneurs, les officiels et les soigneurs doivent également confirmer qu'ils ont lu et compris les ressources sur les commotions cérébrales, en plus de signer le *Code de conduite sur les commotions cérébrales*; cela n'est cependant pas obligatoire s'ils interagissent exclusivement avec des participants âgés de 26 ans ou plus.

### **Communication**

12. Cette politique sera affichée sur le site Web de Bowls Canada Boulingrin et communiquée à toutes les associations membres, ainsi qu'aux participants et aux membres individuels.

### **Examen et application de la politique**

13. Bowls Canada Boulingrin s'engage à réexaminer la présente politique sur une base annuelle et à la mettre à jour pour refléter les développements et les actualisations de la législation dans ce domaine.
14. Tout manquement au respect des directives et/ou des protocoles énoncés dans la présente politique pourrait entraîner des mesures disciplinaires, conformément à la *Politique en matière de plaintes et de mesures disciplinaires* de Bowls Canada Boulingrin.

---

Approuvé : février 2021

## Code de conduite sur les commotions cérébrales (Annexe A)

### PARTIE A

La section suivante du *Code de conduite sur les commotions cérébrales* doit être signée par tous les participants qui ont **MOINS** de 26 ans. Dans le cas des participants de moins de 18 ans, la signature d'un parent ou d'un tuteur est également exigée.

#### **J'aiderai à prévenir les commotions cérébrales comme suit :**

- En portant de manière appropriée l'équipement adapté à mon sport.
- En développant mes compétences et mes forces pour pouvoir participer au mieux de mes capacités.
- En respectant les règles du sport ou de l'activité que je pratique.
- Par mon engagement pour l'esprit sportif et le respect de tous (le respect des autres athlètes, entraîneurs, soigneurs de l'équipe et représentants officiels).

#### **Je veillerai à ma santé et à ma sécurité en prenant les commotions cérébrales au sérieux. D'ailleurs, je comprends ce qui suit :**

- Une commotion cérébrale est une blessure au cerveau qui peut avoir des effets à court terme et à long terme.
- Un choc porté à la tête, au visage, au cou ou au corps qui déplace le cerveau dans le crâne peut provoquer une commotion cérébrale.
- Une commotion cérébrale ne se manifeste pas forcément par une perte de connaissance.
- Je m'engage à reconnaître les signes d'une commotion cérébrale et à signaler tout cas s'y rapportant, notamment si je suis directement concerné(e), mais aussi à informer la personne désignée lorsque l'on soupçonne une commotion cérébrale chez un autre individu.  
*(Autrement dit : Si je pense souffrir d'une commotion cérébrale, je dois arrêter **immédiatement** de participer à l'exercice, à l'entraînement ou à la compétition, ou avvertir un adulte si je pense qu'un autre athlète souffre d'une commotion cérébrale.)*
- En cas de commotion cérébrale, la poursuite de l'exercice, de l'entraînement ou de la compétition augmente le risque de développer des symptômes plus graves et plus durables, ainsi que le risque de subir d'autres blessures.

#### **Je ne cacherai pas les symptômes suggérant une commotion cérébrale. J'en parlerai, pour moi et pour les autres.**

- Je ne cacherai pas mes symptômes. Si je présente un **quelconque** symptôme suggérant une commotion cérébrale, j'en parlerai à un entraîneur, un représentant officiel, un soigneur de l'équipe, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance.
- Si quelqu'un me parle de symptômes suggérant une commotion cérébrale ou si j'observe de tels symptômes chez quelqu'un, j'en parlerai à un entraîneur, un représentant officiel, un soigneur de l'équipe, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance pour obtenir de l'aide.
- Je comprends que si je souffre d'une éventuelle commotion cérébrale, je serai écarté(e) de l'activité sportive et je ne pourrai pas reprendre l'exercice, l'entraînement ou la compétition avant d'avoir subi un examen médical effectué par un médecin ou un infirmier praticien et

d'avoir obtenu l'autorisation médicale de reprendre l'exercice, l'entraînement ou la compétition.

- Je m'engage à partager toutes les informations pertinentes concernant les incidents de mise en retrait avec mon école et toute autre organisation sportive auprès de laquelle je suis inscrit(e). *(Autrement dit : Si l'on m'a diagnostiqué une commotion cérébrale, je comprends que le fait d'informer tous mes autres entraîneurs et professeurs de ma blessure les aidera à m'accompagner dans mon rétablissement.)*

**Je prendrai le temps de guérir, car c'est important pour ma santé.**

- Je comprends mon engagement visant à soutenir le processus de retour au sport, et je devrai respecter le protocole de retour au sport de mon organisation sportive.
- Je comprends que je dois obtenir l'autorisation médicale d'un médecin ou d'un infirmier praticien pour pouvoir reprendre l'exercice, l'entraînement ou la compétition.
- Je respecterai mes entraîneurs, les soigneurs de l'équipe, mes parents, les professionnels des soins de santé, ainsi que les médecins et les infirmiers praticiens, pour toutes les questions concernant ma santé et ma sécurité.

**En signant ici, je reconnais avoir lu l'intégralité du présent *Code de conduite sur les commotions cérébrales* et je m'engage pleinement à le respecter.**

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou du tuteur  
(lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

---

## PARTIE B

La section suivante du *Code de conduite sur les commotions cérébrales* doit être signée par tous les **entraîneurs et les soigneurs de l'équipe** qui interagissent avec des participants de moins de 26 ans.

### Je peux aider à prévenir les commotions cérébrales comme suit :

- En veillant à ce que mes athlètes portent de manière appropriée l'équipement adapté à leur sport.
- En aidant mes athlètes à développer leurs compétences et leurs forces pour qu'ils puissent participer au mieux de leurs capacités.
- En respectant les règles de mon sport ou activité sportive, et en veillant à ce que mes athlètes en fassent autant.
- En m'engageant pour l'esprit sportif et le respect de tous (le respect des autres entraîneurs, des soigneurs de l'équipe, des représentants officiels et de tous les participants, et en veillant à ce que mes athlètes respectent autrui et fassent preuve d'esprit sportif).

### Je veillerai à la santé et à la sécurité de tous les participants en prenant les commotions cérébrales au sérieux.

#### D'ailleurs, je comprends ce qui suit :

- Une commotion cérébrale est une blessure au cerveau qui peut avoir des effets à court terme et à long terme.
- Un choc à la tête, au visage, au cou ou au corps peut déplacer le cerveau dans le crâne et provoquer une commotion cérébrale.
- Une commotion cérébrale ne se manifeste pas forcément par une perte de connaissance.
- Un athlète qui souffre d'une éventuelle commotion cérébrale doit arrêter **immédiatement** de participer à l'exercice, à l'entraînement ou à la compétition.
- Je m'engage à reconnaître les signes d'une commotion cérébrale et à signaler tout cas s'y rapportant, notamment si je suis directement concerné(e), mais aussi à informer la personne désignée lorsque l'on soupçonne une commotion cérébrale chez un autre individu.
- En cas de commotion cérébrale, la poursuite de l'exercice, de l'entraînement ou de la compétition augmente le risque de développer des symptômes plus graves et plus durables, ainsi que le risque de subir d'autres blessures, voire même le risque de décès.

### Je favoriserai un environnement où les participants peuvent s'exprimer librement. Je prends les engagements suivants :

- Encourager les athlètes à ne pas cacher leurs symptômes, mais à m'en parler ou en parler à un représentant officiel, un parent ou un autre adulte en qui ils ont confiance s'ils présentent un **quelconque** symptôme suggérant une commotion cérébrale à la suite d'un choc.
- Donner l'exemple. Si je présente un quelconque symptôme suggérant une commotion cérébrale, j'en parlerai à un collègue entraîneur, un représentant officiel ou un soigneur de l'équipe, et je consulterai un médecin ou un infirmier praticien.
- Comprendre et respecter que si tout athlète souffre d'une éventuelle commotion cérébrale, celui-ci doit être écarté de l'activité sportive et ne pas être autorisé à revenir avant d'avoir subi un examen médical effectué par un médecin ou un infirmier praticien et d'avoir obtenu l'autorisation médicale de reprendre la formation, l'entraînement ou la compétition.
- *Pour les entraîneurs uniquement* : S'engager à fournir aux athlètes la possibilité de discuter des problèmes éventuels en matière de commotion cérébrale, avant et après chaque exercice, entraînement et compétition.

**J'encouragerai tous les participants à prendre le temps nécessaire à leur guérison.**

- Je comprends mon engagement visant à soutenir le processus de retour au sport.
- Je comprends que les athlètes doivent obtenir l'autorisation médicale d'un médecin ou d'un infirmier praticien pour pouvoir reprendre le sport.
- Je respecterai mes collègues entraîneurs, les soigneurs de l'équipe, les parents, les médecins et les infirmiers praticiens, ainsi que toute décision prise concernant la santé et la sécurité de mes athlètes

**En signant ici, je reconnais avoir lu l'intégralité du présent *Code de conduite sur les commotions cérébrales* et je m'engage pleinement à le respecter.**

\_\_\_\_\_  
Nom et poste (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date