

# Exemple de Code de conduite en matière de commotion cérébrale pour **LES ATHLETES ET LES PARENTS/TUTEURS LEGAUX**

(pour Les athlètes de moins de 18 ans)

Voici un exemple de Code de conduite en matière de commotion cérébrale pour les athlètes et les parents/tuteurs légaux. Il peut être utilisé par n'importe quelle organisation sportive en Ontario ou adaptés de sorte à refléter votre sport ou organisation sportive. Les éléments accompagnés d'un astérisque \* sont obligatoires en vertu du Regl. de l'Ont. 161/19 : Dispositions générales.



## **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 Le fair-play 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** symptômes 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,

**APRÈS UN COUP, FAITES UNE PAUSE.**

# Exemple de Code de conduite en matière de commotion cérébrale pour **LES ATHLETES ET LES PARENTS/TUTEURS LEGAUX**

(pour les athlètes de moins de 18 ans)



Je m'engage à partager toutes les informations pertinentes concernant les incidents de mise en retrait avec l'école de l'athlète et toute autre organisation sportive auprès de laquelle l'athlète est 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.\*  
*(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, dans le cadre de ma santé et de ma sécurité,

En signant ici, je reconnais avoir lu l'intégralité du présent Code de conduite en matière de commotion cérébrale et je m'engage pleinement à le respecter.

Athlète:

Parent/Tuteur légal:

*(pour les athlètes de moins de 18 ans)*

Date:

*Si votre organisation sportive a adopté des politiques concernant (a) La tolérance zéro, (b) La disqualification obligatoire pour un jeu déloyal très risqué susceptible de provoquer des commotions cérébrales et (c) Les conséquences croissantes en cas de violation du Code de conduite en matière de commotion cérébrale, veuillez lire la rubrique suivante et vous engager à la respecter. Si la rubrique suivante ne s'applique pas à votre organisation sportive, veuillez l'ignorer.*

J'aiderai à prévenir les commotions cérébrales comme suit:

○ Mon engagement en faveur de la tolérance zéro à l'égard des jeux interdits trop risqués susceptibles de provoquer des commotions cérébrales"

La reconnaissance de l'expulsion obligatoire de la compétition en cas de violation de la tolérance zéro pour un jeu interdit trop risqué susceptible de provoquer des commotions cérébrales.  
*(Autrement dit : Je serai disqualifié(e)/expulsé(e) du jeu si j'enfreins la politique de tolérance zéro)*

○ Reconnaissance des conséquences croissantes pour ceux et celles qui enfreignent de manière répétée le Code de conduite en matière de commotion cérébrale.\*

APRES UN COUP, FAITES UNE PAUSE.