

**DOSSIER D'AIDE A LA DÉCISION DU
MÉDECIN CONSULTANT SUR
L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION
MÉDICALE A LA REPRISE DU SPORT
APRES COMMOTION CÉRÉBRALE**

A remettre au médecin consulté pour la validation de la reprise du Basket-Ball

Introduction

La Commission Fédérale Médicale de la FFBB a décidé de faire évoluer le Protocole de gestion de la commotion cérébrale lors des rencontres de Championnat et le suivi des joueurs/joueuses concerné(e)s.

A compter de la saison 2024/2025, le retour au jeu de ses licenciés victimes d'une commotion cérébrale signalée règlementairement devra obligatoirement être validé par un médecin au préalable.

Les délais et modalités de retour au jeu dépendent d'un certains nombres de critères qui vous sont détaillés dans ce dossier.

Ce dossier est strictement informatif et a été établi dans l'unique but d'aider ceux d'entre vous qui ne seraient pas formés spécifiquement ou habitués à gérer régulièrement ces problèmes de commotion cérébrale dans le sport.

Ainsi la décision d'autoriser un basketteur de reprendre son activité est de **votre stricte et unique responsabilité.**

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE

1. Antécédents de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois :
Oui Non
Si oui, précisez :
2. Auto-questionnaire des symptômes à remplir la veille ou le jour de la consultation par le joueur ou la joueuse.

Auto-questionnaire des symptômes

A REMPLIR LE JOUR DE LA CONSULTATION MÉDICALE

Nom :

Prénom :

Date : Heure :

Cochez OUI ou NON si vous ressentez un ou plusieurs symptômes suivants s'ils sont inhabituels
(veuillez renseigner toutes les lignes) :

SYMPTOMES	NON	OUI
J'ai mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai la tête lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai mal au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des nausées, envie de vomir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La lumière me gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit me gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens ralenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression d'être dans le brouillard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me souvenir des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens fatigué(e), je manque d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens confus(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai envie de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus émotif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens un peu triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux(se) ou anxieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas à 100% de mes capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE

Si l'une des cases de la colonne OUI est cochée le joueur ou la joueuse présente encore des signes de commotion cérébrale, il ne devrait pas reprendre le basket et être réévalué ultérieurement ou adressé pour avis spécialisé.

3. L'évaluation de la commotion cérébrale chez le basketteur peut être complétée par différents tests neurologiques et neurocognitifs évaluant l'équilibre, la mémoire, la concentration...

Pour en savoir plus : SCAT 5 (français) SCAT 6 (anglais) pour les + de 13 ans. SCOAT 5 (français) SCOAT 6 (anglais) pour les enfants.

Outils d'évaluation clinique de la commotion cérébrale issu de la dernière conférence de consensus d'Amsterdam : (Juin 2023, 6^e conférence internationale sur les commotions cérébrales dans le sport. Patricios JS, et al. Br J Sports Med 2023;57:695–711. doi:10.1136/bjsports-2023-106898)

4. Délais de reprise du sport recommandés par la Commission Fédérale Médicale :

- **Plus de 19 ans** : (Pas d'antécédent de commotion dans les 12 mois précédents)

& A partir du 10^{ème} jour suivant la date de la commotion cérébrale

(Un seul épisode de commotion cérébrale dans les 12 mois précédents)

& A partir du 21^{ème} jour suivant la date de la commotion cérébrale

(Plus d'un épisode de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois)

& Pas de reprise avant 90 jours. Avis spécialisé fortement conseillé

- **Moins de 19 ans** : (Pas d'antécédent de commotion dans les 12 mois précédent)

& A partir du 23^{ème} jour suivant la date de la commotion cérébrale

(Un seul épisode de commotion cérébrale dans les 12 mois précédents)

& A partir du 42^{ème} jour suivant la date de la commotion cérébrale

(Plus d'un épisode de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois)

& Pas de reprise avant 90 jours. Avis spécialisé fortement conseillé

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE

5. Protocole de retour au jeu en 6 étapes

La durée minimum de chaque étape doit être de 24h

Selon la conférence internationale de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport (2016), une reprise du sport doit se faire en 6 paliers successifs et progressifs de 24h minimum chacun.

Protocole de retour au jeu après une commotion cérébrale

Période initiale de 48 heures de REPOS PHYSIQUE ET COGNITIF Recommandée avant de débiter le protocole de retour au sport

PALIER	BUT	ACTIVITÉ	OBJECTIF
1	ACTIVITÉS LIMITÉES PAR SYMPTOMES	Activités quotidiennes qui n'augmentent pas les symptômes	
2	ACTIVITÉ AÉROBIQUE LÉGÈRE	MARCHE ou VÉLO stationnaire à un rythme LÉGER ou MODÉRÉ Pas de résistance	AUGMENTER LE RYTHME CARDIAQUE
3	EXERCICES SPÉCIFIQUES	Exercices de basket-ball sans risque d'impact à la tête	AJOUTER du MOUVEMENT
4	ENTRAÎNEMENT SANS CONTACT	Exercices plus compliqués	Travail de la COORDINATION Augmentation de la charge COGNITIVE
5	ENTRAÎNEMENT AVEC CONTACT		Restauration de la confiance Évaluation des aptitudes fonctionnelles
6	RETOUR à la COMPÉTITION		

- Avant d'envisager une reprise des activités physiques, déjà tenter une reprise des activités intellectuelles (école, travail)
- Chaque ÉTAPE du PROTOCOLE DOIT DURER au moins 24 heures
- Si un SYMPTOME réapparaît, le sportif doit revenir au PALIER PRÉCÉDENT

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE

6. Recommandations pour le retour à l'école

Si possible, associer au protocole de reprise du sport des conseils sur les modalités de reprise de l'école.

Il n'existe pas de protocole français validé et officiel de retour à l'école, mais il est recommandé selon les ressources institutionnelles françaises et anglosaxonnes de le suivre en 3 étapes

Etape 1 : à domicile

Reprise graduelle et progressive des activités intellectuelles après disparition des symptômes de commotion cérébrale à domicile (d'abord 15 à 20 minutes par jour à augmenter progressivement). S'il est noté une aggravation des symptômes le repos doit être repris.

Une fois atteint 45 minutes d'activité intellectuelle sans récurrence de symptômes on peut passer à l'étape suivante.

Etape 2 :

Retour progressif à l'école avec ajustements pédagogiques.

Il peut être utile d'établir un certificat à destination des enseignants, ou entrer en contact directement avec eux, les informant des possibles difficultés scolaires transitoires de l'élève et de la nécessité d'aménagement d'emploi du temps, de charge de travail, de calendrier des examens...etc , et, au minimum de tenir compte des difficultés possibles et transitoires de l'élève sur les résultats scolaires.

Etape 3 :

Retour complet à l'école sans restriction ni aménagement tout en restant vigilants sur la possible réapparition des symptômes nécessitant le retour à l'étape 2.

Conclusion

A l'issue de votre consultation, il est nécessaire de statuer sur la reprise possible du basket en compétition et remplir le certificat fourni par la FFBB au joueur ou joueuse, selon le protocole officiel et réglementaire et qu'il doit vous présenter.

En outre le dossier médical devra être remis au joueur ou joueuse ou bien à ses représentants légaux à l'issue de votre consultation afin qu'il garde l'information sur les délais et consignes de retour au jeu et à l'école.

Nous vous remercions pour votre aide et collaboration.



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKETBALL

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE

CERTIFICAT DE REPRISE DU BASKET-BALL APRES COMMOTION CEREBRALE

Je, soussigné Dr

Certifie avoir examiné ce jour

M / Mme

Date de naissance :

Victime d'une suspicion de commotion cérébrale lors d'un match de Basket-Ball le

Ne présente aucune contre-indication à la reprise du basket-ball en compétition

Présente une contre-indication à la reprise du basket-ball

Devra consulter de nouveau dans jours

Doit consulter un spécialiste neurologue ou neurochirurgien avant la reprise

Nombre de cases cochées :

Fait à

Le

Signature et cachet

Certificat à adresser dans les meilleurs délais à la Commission Fédérale Médicale par mail à commotion@ffbb.com ou par voie postale à l'adresse suivante FFBB - COMED 117 rue du Château des Rentiers CS 91528 75647 PARIS CEDEX 13

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE RAPPORT PROTOCOLE COMMOTION CÉRÉBRALE

CONFIDENTIEL

RAPPORT

Nom du 1er arbitre :

Date :

Lieu :

RENCONTRE

- Nationale (préciser) (Ex. LBWL, NM1, etc.) :
 Régionale (préciser) (Ex. PNF, RM2, etc.) :
 Départementale (préciser) (Ex. PRF, DM1, etc.) :
 Coupes et Trophées (préciser) :
 Autre compétition (préciser) :

Equipe A :

Equipe B :

N° rencontre :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

NOM :

Prénom :

Club :

N° de licence :

RAPPORT DÉTAILLÉ DE LA COMMOTION CÉRÉBRALE

Perte de connaissance :

Vomissements :

Convulsion :

Chute lourde :

Traumatisme facial :

Est resté immobile au sol avec difficultés à se relever :

Trouble de l'équilibre :

Confusion hébétude :

Trouble du comportement (nervosité, émotivité, pleurs...) :

Douleur au cou :

Maux de tête :

Troubles de la vision :

Autre :

Score de MADDOCKS effectué : oui non

par qui (précisez)

Si oui, résultat : positif négatif

Remarques complémentaires (détaillez) :

Retour au jeu : oui non

Si non, évacuation sur un centre de soins (urgences ou autre) : oui non

Fait à
Signature

le