



Informations sur le patient

Nom / Prénom: _____

Equipe: _____

Adresse: _____

Numéro d'identification: _____

Examineur: _____

Date de l'accident: _____ Heure: _____

QU'EST CE QUE LE SCAT5 ?

Le SCAT5 est un outil d'évaluation standardisée des commotions cérébrales, conçu pour être utilisé par les médecins et les professionnels de la santé diplômés. Le SCAT5 ne peut pas être effectué correctement en moins de 10 minutes.

Si vous n'êtes pas médecin ou professionnel de santé diplômé, veuillez utiliser l'autre outil d'identification des commotions cérébrales, le Concussion Recognition Tool 5 (CRT5). Le SCAT5 sert à évaluer les sportifs à partir de 13 ans. Pour les enfants de 12 ans et moins, il existe une version du SCAT5 pour enfants.

L'examen SCAT5 de base, réalisé en avant-saison peut être utile pour interpréter les scores du test suite à un traumatisme. Même s'il est recommandé, il n'est pas obligatoire. Des instructions d'utilisation du SCAT5 sont reportées dans des feuillets spécifiques. Veuillez lire attentivement ces instructions avant de procéder à l'évaluation des coureurs. De courtes instructions verbales pour chaque test sont fournies en italiques. Le seul équipement nécessaire pour le test est une montre ou un chronomètre.

Cet outil peut être copié librement sous sa forme actuelle afin d'être distribué aux particuliers, aux équipes, aux groupes et aux organisations. Il ne doit en aucun cas être modifié, renommé ou vendu à des fins commerciales. Toute révision, traduction ou reproduction sous forme numérique nécessite l'approbation spécifique du CISG.

Reconnaître et retirer de la piste

Une blessure à la tête par impact direct ou indirect peut être associée à une lésion cérébrale grave et potentiellement mortelle. Si le contexte est inquiétant, notamment si vous remarquez l'un des signaux d'alarme de la Case 1, lancez immédiatement les procédures d'urgence et faites évacuer le coureur vers l'hôpital.

Points clés

- Tout coureur chez qui vous soupçonnez une commotion cérébrale doit QUITTER LA PISTE, passer une évaluation médicale et rester sous surveillance afin de détecter toute éventuelle détérioration.
- Aucun coureur atteint de commotion cérébrale ne doit retourner sur la piste le jour de l'accident.
- Si vous soupçonnez une commotion cérébrale et que le personnel médical n'est pas immédiatement disponible, faites transférer le coureur dans une structure médicale pour une évaluation d'urgence.
- Les coureurs chez qui on soupçonne une commotion cérébrale ne doivent pas boire d'alcool, consommer de drogue ou conduire de véhicule motorisé avant d'en avoir reçu l'autorisation par un professionnel de santé.
- Les signes et symptômes d'une commotion cérébrale évoluent avec le temps, et il est important d'envisager une deuxième évaluation.
- Le diagnostic d'une commotion cérébrale est un jugement clinique effectué par un professionnel de santé. Le SCAT5 ne doit PAS être utilisé seul pour établir le diagnostic d'une commotion cérébrale, ou l'exclure. Une commotion cérébrale est possible même si le SCAT5 de l'athlète est « normal ».

Remarque:

- Les principes de base de premiers secours (danger, réaction, voies respiratoires, respiration, circulation) doivent être suivis.
- N'essayez pas de déplacer le coureur (sauf pour dégager ses voies respiratoires) à moins d'avoir reçu la formation nécessaire.
- Le dépistage des traumatismes médullaires est essentiel lors de l'évaluation initiale sur le terrain.
- N'enlevez pas le casque ou tout autre équipement, à moins d'avoir reçu la formation nécessaire.

EVALUATION IMMEDIATE, SUR LA PISTE

L'évaluation des points suivants doit être effectuée chez tous les coureurs susceptibles de souffrir d'une commotion cérébrale, avant l'évaluation neurocognitive. Elle doit idéalement être effectuée sur le terrain, après les premiers secours et les soins d'urgence.

Si vous remarquez un *signal d'alarme* ou un *signe visible* à la suite d'un choc à la tête, direct ou indirect, le coureur doit immédiatement quitter le terrain de façon sûre et être évalué par un médecin ou un professionnel de santé diplômé.

La décision de transférer l'athlète vers une structure médicale est à la discrétion du médecin ou du professionnel de santé.

L'échelle de Glasgow est une évaluation standard pour tous les patients, qui peut être répétée en cas de détérioration de l'état de conscience. Les questions de Maddocks et l'examen du rachis cervical sont des étapes essentielles de l'évaluation immédiate. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'effectuer ces tests périodiquement.

ETAPE 1 : SIGNAUX D'ALARME

SIGNAUX D'ALARME:

- Cervicalgie ou sensibilité
- Vision double
- Faiblesse ou sensation de picotement/brûlure dans les bras ou jambes
- Céphalée importante ou s'aggravant
- Vomissements
- Epilepsie ou convulsions
- Perte de connaissance
- Détérioration de l'état de conscience
- Nervosité, agitation ou agressivité croissante

ETAPE 2: SIGNES VISIBLES

Observés directement ☐ Sur Vidéo ☐

Allongé immobile sur la piste	O	N
Troubles de l'équilibre / démarche ébrieuse / mauvaise coordination motrice / trébuchements / mouvements lents et laborieux	O	N
Désorientation ou confusion, incapacité à répondre correctement aux questions	O	N
Regard vide ou absent	O	N
Lésion faciale faisant suite au traumatisme	O	N

Si le patient n'est pas lucide ou pas entièrement conscient, il faut considérer qu'il souffre d'un traumatisme du rachis cervical, jusqu'à preuve du contraire.

ETAPE 3 : EVALUATION DE LA MEMOIRE, QUESTIONS DE MADDOCKS

"Je vais vous poser quelques questions, écoutez attentivement et répondez au mieux. Mais d'abord, dites-moi ce qui s'est passé."

Entourer O en cas de réponse correcte / N en cas de réponse incorrecte

Sur quel site d'événement sommes-nous ?	O	N
Sur quel type d'événement sommes-nous ?	O	N
Quel est votre numéro de dossier ?	O	N
A quel niveau de qualification êtes-vous ?	O	N

ETAPE 4 : ECHELLE DE GLASGOW (GCS)

Heure de l'évaluation			
Date de l'évaluation			

Meilleure ouverture des yeux (E)

Pas d'ouverture des yeux	1	1	1
En réaction à la douleur	2	2	2
En réponse à la demande	3	3	3
Ouverture spontanée	4	4	4

Meilleures réponses verbales (V)

Aucune réponse verbale	1	1	1
Sons incompréhensibles	2	2	2
Mots inadaptés	3	3	3
Réponses confuses	4	4	4
Réponses adaptées	5	5	5

Meilleures réponses motrices (M)

Aucune réponse motrice	1	1	1
Extension en réaction à la douleur	2	2	2
Flexion anormale en réaction à la douleur	3	3	3
Flexion / Evitement de la douleur	4	4	4
Orientée (localisation de la douleur)	5	5	5
Obéit aux ordres	6	6	6
Score de Glasgow (GCS) (E + V + M)			

EXAMEN DU RACHIS CERVICAL

Le coureur signale-t-il une absence de cervicalgies au repos ?	O	N
En cas d'ABSENCE de cervicalgies au repos, le coureur a-t-il une amplitude de mouvements ACTIFS complète, et sans douleurs ?	O	N
La force et la sensation dans les membres sont-elles normales ?	O	N

EVALUATION EN CABINET OU HORS DE LA PISTE

Noter que l'évaluation neurocognitive doit être effectuée dans un environnement sans distractions, pendant que le coureur est au repos.

1

STEP 1: INFORMATION SUR LE COUREUR

Equipe : _____

Date / heure du traumatisme : _____

Age: _____

Genre : H / F

Main dominante: gauche / aucune / droite

Combien de commotions cérébrales avez-vous subi, et comment ont-elles été diagnostiquées ?

Combien de temps avez-vous mis pour récupérer ? A quand remonte votre dernière commotion ? _____

Le/La coureur.se a-t-il/elle déjà:

Eté hospitalisé.e suite à un traumatisme crânien ?

Oui Non

Diagnostiqué.e ou traité.e pour céphalées ou migraines ?

Oui Non

Eu un diagnostic de trouble de l'apprentissage/dyslexie ?

Oui Non

Eu un diagnostic de trouble et déficit de l'attention (TDA) ou de trouble et déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) ?

Oui Non

Eu un diagnostic de dépression, anxiété ?

Oui Non

Traitements actuels ? Si oui, les lister ci-dessous:

2

STEP 2: EVALUATION DES SYMPTÔMES

Vous devez donner le formulaire des symptômes au coureur et lui demander de lire ce paragraphe d'instructions à voix haute avant de remplir l'échelle. Pour l'évaluation de base, le coureur doit donner une note à ses symptômes selon son ressenti habituel. Pour l'évaluation post-traumatisme, le coureur doit donner une note à ses symptômes actuels.

Cocher la case : Examen ☐ de Base ☐ Post-traumatisme

Donner le formulaire au coureur

	Non	Léger		Modéré		Important	
Céphalées	0	1	2	3	4	5	6
“Pression dans le crâne”	0	1	2	3	4	5	6
Douleurs dans le cou	0	1	2	3	4	5	6
Nausées ou vomissements	0	1	2	3	4	5	6
Vertiges	0	1	2	3	4	5	6
Vision trouble	0	1	2	3	4	5	6
Problèmes d'équilibre	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité à la lumière	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité au bruit	0	1	2	3	4	5	6
Sensation d'être ralenti.e	0	1	2	3	4	5	6
Sensation d'être « dans le brouillard »	0	1	2	3	4	5	6
Ne pas se sentir normal.e	0	1	2	3	4	5	6
Difficultés à se concentrer	0	1	2	3	4	5	6
Problèmes de mémoire	0	1	2	3	4	5	6
Fatigue ou manque d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
Confusion	0	1	2	3	4	5	6
Somnolence	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité émotionnelle	0	1	2	3	4	5	6
Irritabilité	0	1	2	3	4	5	6
Tristesse	0	1	2	3	4	5	6
Nervosité ou anxiété	0	1	2	3	4	5	6
Difficultés à s'endormir (si applicable)	0	1	2	3	4	5	6

Nombre total de symptômes: _____ sur 22

Degré de sévérité des symptômes: _____ sur 132

Vos symptômes s'aggravent-ils pendant une activité physique ? ☐ O ☐ N

Vos symptômes s'aggravent-ils pendant une activité mentale ? ☐ O ☐ N

Si 100% correspond à une sensation normale, à combien de pour cent vous sentez-vous normal.e?

Si la réponse n'est pas 100%, pourquoi?

Rendez le formulaire à l'examineur

ETAPE 3: EXAMEN COGNITIF

Evaluation standardisée des Commotions cérébrales (SAC)

ORIENTATION

Quel mois sommes-nous ?	0	1
Quelle est la date d'aujourd'hui ?	0	1
Quel jour de la semaine sommes-nous ?	0	1
En quelle année sommes-nous ?	0	1
Quelle heure est-il ? (à 1 h près)	0	1
Orientation score	of 5	

MEMOIRE IMMEDIATE

Le test de mémoire immédiate peut être effectué avec la liste classique de cinq mots par test, ou avec une liste optionnelle de dix mots afin de minimiser tout effet de plafonnement. Vous devez faire passer les trois essais au cœur, quel que soit le nombre de réponses correctes au premier. Prononcez un mot par seconde.

Choisissez le groupe de cinq mots OU dix mots et entourez la liste spécifique choisie pour ce test.

Je vais tester votre mémoire. Je vais vous lire une liste de mots, et vous devrez ensuite répéter tous les mots dont vous vous souvenez, peu importe l'ordre. Pour les tests 2 et 3 : Je vais répéter la même liste. Répétez tous les mots dont vous vous souvenez, peu importe l'ordre, même si vous avez déjà dit le mot.

Liste						Score (sur 5)		
Liste de 5 mots alternatifs						Essai 1	Essai 2	Essai 3
A	Doigt	Monnaie	Couverture	Citron	Insecte			
B	Bougie	Papier	Sucre	Sandwich	Wagon			
C	Bébé	Singe	Parfum	Coucher du soleil	Fer			
D	Coude	Pomme	Tapis	Selle	Bulle			
E	Veste	Flèche	Poivre	Coton	Film			
F	Dollar	Miel	Miroir	Selle	Ancre			
Score de mémoire immédiate						sur 15		
Heure de passage du dernier test								

Liste						Score (sur 10)		
Liste de 10 mots alternatifs						Essai 1	Essai 2	Essai 3
G	Doigt	Monnaie	Couverture	Citron	Insecte			
	Bougie	Papier	Sucre	Sandwich	Wagon			
H	Bébé	Singe	Parfum	Coucher de soleil	Fer			
	Coude	Pomme	Tapis	Selle	Bulle			
I	Veste	Flèche	Poivre	Coton	Film			
	Dollar	Miel	Miroir	Selle	Ancre			
Score de mémoire immédiate						sur 30		
Heure de passage du dernier test								

CONCENTRATION

CHIFFRES A L'ENVERS

Entourez la liste de chiffres choisie (A, B, C, D, E, F). Lisez un chiffre par seconde, en lisant la colonne sélectionnée DE HAUT EN BAS.

Je vais vous lire une liste de chiffres, et vous allez ensuite me la répéter dans l'ordre inverse de celui dans lequel vous l'avez entendue. Par exemple, si je dis 7-1-9, vous devez dire 9-1-7.

Concentration : Liste de chiffres (entourez-en une)					
Liste A	Liste B	Liste C			
4-9-3	5-2-6	1-4-2	O	N	0
6-2-9	4-1-5	6-5-8	O	N	1
3-8-1-4	1-7-9-5	6-8-3-1	O	N	0
3-2-7-9	4-9-6-8	3-4-8-1	O	N	1
6-2-9-7-1	4-8-5-2-7	4-9-1-5-3	O	N	0
1-5-2-8-6	6-1-8-4-3	6-8-2-5-1	O	N	1
7-1-8-4-6-2	8-3-1-9-6-4	3-7-6-5-1-9	O	N	0
5-3-9-1-4-8	7-2-4-8-5-6	9-2-6-5-1-4	O	N	1
Liste D	Liste E	Liste F			
7-8-2	3-8-2	2-7-1	O	N	0
9-2-6	5-1-8	4-7-9	O	N	1
4-1-8-3	2-7-9-3	1-6-8-3	O	N	0
9-7-2-3	2-1-6-9	3-9-2-4	O	N	1
1-7-9-2-6	4-1-8-6-9	2-4-7-5-8	O	N	0
4-1-7-5-2	9-4-1-7-5	8-3-9-6-4	O	N	1
2-6-4-8-1-7	6-9-7-3-8-2	5-8-6-2-4-9	O	N	0
8-4-1-9-3-5	4-2-7-9-3-8	3-1-7-8-2-6	O	N	1
Score des chiffres :			sur 4		

MOIS A L'ENVERS

Maintenant, récitez les mois de l'année à l'envers. Commencez par le dernier mois et remontez-les. Vous allez donc dire « décembre, novembre ». Allez-y.

Dec - Nov - Oct - Sept - Aout - Juil - Jun - Mai - Avr - Mar - Fev - Jan	0 / 1
Score des mois	sur 1
Score total de concentration (Chiffres + Mois)	sur 5

ETAPE 4 : EXAMEN NEUROLOGIQUE

Consultez la fiche d'instructions pour en savoir plus sur la mise en place de ces examens et de leurs résultats.

Le patient peut-il lire à voix haute (par ex. la liste des symptômes) et suivre des instructions sans difficulté ?	O	N
Le patient a-t-il une amplitude de mouvements PASSIFS complète du rachis cervical sans douleur ?	O	N
Sans bouger la tête ou le cou, le patient peut-il regarder sur les côtés, en haut et en bas sans voir double ?	O	N
Le patient peut-il effectuer normalement le test de coordination doigt-nez ?	O	N
Le patient peut-il effectuer normalement une marche en tandem ?	O	N

EXAMEN D'EQUILIBRE

Version modifiée du test BESS (Balance Error Scoring System)

Quel pied est testé ?
(i.e. pied non-dominant) ☐ Gauche ☐ Droit

Surface du test (sol dur, terrain meuble, etc.) _____

Pieds nus ou chaussures ? _____

Position	Erreurs
Sur 2 pieds	sur 10
Sur 1 pied (non-dominant)	sur 10
Position en tandem (pied non-dominant en arrière)	sur 10
Total des erreurs	sur 30

ETAPE 5 : MEMOIRE DIFFEREE

Le test de mémoire différée doit être effectué cinq minutes après la fin de la partie sur la mémoire immédiate. Marquez un point par réponse correcte.

Vous rappelez-vous la liste de mots que j'ai lue un peu plus tôt ? Récrivez autant de mots de cette liste que possible, peu importe l'ordre.

Heure de début _____

Veuillez inscrire chaque mot correct récité. Le score total correspond au nombre de mots dont le patient se souvient.

Nombre total de mots corrects récités :

sur 5

ou

sur 10

ETAPE 6: DECISION

Domaine	Date et heure de l'évaluation :		
Nombre de symptômes (sur 22)			
Score de gravité des symptômes (sur 132)			
Orientation (sur 5)			
Mémoire immédiate	sur 15 sur 30	sur 15 sur 30	sur 15 sur 30
Concentration (sur 5)			
Examen neurologique	Normal Anormal	Normal Anormal	Normal Anormal
Erreurs d'équilibre (sur 30)			
Mémoire différée	sur 5 sur 10	sur 5 sur 10	sur 5 sur 10

Date et heure de l'accident : _____

Si vous connaissiez l'athlète avant le traumatisme, notez-vous des différences par rapport à d'habitude ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Ne s'applique pas

(En cas de différence, décrivez pourquoi dans la section des notes cliniques)

Commotion cérébrale diagnostiquée ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Ne s'applique pas

En cas de nouveau test, y a-t-il eu des progrès ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Ne s'applique pas

Je suis médecin ou professionnel de santé diplômé, et j'ai personnellement fait passer ce SCAT5 ou je l'ai supervisé.

Signature: _____

Nom : _____

Titre : _____

Numéro d'inscription (si applicable): _____

Date: _____

LES DONNÉES DE SCORE DU SCAT5 NE DOIVENT PAS ETRE UTILISÉES COMME SEULE MÉTHODE POUR DIAGNOSTIQUER UNE COMMOTION CÉRÉBRALE, ÉVALUER LA CONVALESCENCE DE L'ATHLÈTE OU POUR DÉCIDER DE SON APTITUDE À REPRENDRE LA COMPÉTITION APRÈS UNE COMMOTION CÉRÉBRALE.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



(A donner à la personne qui surveille le coureur blessé)

Si vous remarquez un changement de comportement, des vomissements, une aggravation des maux de tête, une vision double ou une somnolence excessive, contactez immédiatement votre médecin ou les urgences de l'hôpital le plus proche.

Repos initial: Limitez l'activité physique aux activités de routine (évit^{ez} l'exercice, l'entraînement, le sport) et limitez les activités telles que l'école, le travail et le temps devant un écran à un niveau qui n'aggrave pas les symptômes.

- Nom du patient : _____

Date / heure de l'accident : _____

Date / heure de l'examen médical : _____

Nom - Prénom du médecin : _____

Numéro de téléphone du médecin : _____

Page 6