



PROTOCOLE SUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Merci au Collège Laval pour son protocole qui a servi à l'élaboration de ce document



PRISE EN CHARGE D'UNE COMMOTION CEREBRALE INFORMATIONS POUR LE PARENT

Par : _____ Remis à : _____ Date : _____

Récupérer après une commotion cérébrale

Comme toute blessure, la commotion cérébrale nécessite du repos pour guérir. Un repos autant physique que cognitif jusqu'à la disparition complète des symptômes. Donc :

- AUCUNE ACTIVITÉ PHYSIQUE (minimalement pendant 7 jours suivant l'impact et ce, sans symptômes)
- AUCUNE ACTIVITÉ MENTALE (48 premières heures, ensuite exposition graduelle si aucun symptôme n'est présent depuis au moins 24 heures - se rapporter au protocole de reprise d'activités cognitives)
 - Éviter les écrans (télévision, jeux vidéo, téléphone intelligent, iPad, etc.)
 - Éviter les activités qui demandent de la concentration (devoirs, étude, lecture, etc.)
 - Éviter les endroits bruyants et/ou excessivement éclairés

IMPORTANT

Il est important de surveiller les symptômes pendant les 24 à 48 premières heures afin d'observer une augmentation de ceux-ci ou l'apparition de nouveaux symptômes, car ils peuvent être le signe d'une complication grave.

L'athlète doit donc être transporté à l'hôpital rapidement s'il y a :

- Augmentation importante du mal de tête
- Vomissements persistants
- Pupilles inégales
- Changement de comportement démesuré
- Somnolence excessive
- Difficulté à voir, entendre, parler ou marcher
- Confusion importante, persistante ou désorientation

Aucun médicament pouvant camoufler ces symptômes ne peut être administré lors de ces 2 jours (Tylenol, Advil, Graval, etc.) afin de pouvoir superviser adéquatement les symptômes. La prise **d'alcool et de drogue est également prohibée**. Dans le doute, rendez-vous à l'hôpital.

Recommandations :

- Boire beaucoup d'eau afin de prévenir une déshydratation
- Retour graduel à l'école (à coordonner avec le thérapeute et la direction de niveau)
 - Prévoir des temps de repos durant la journée
 - Diminuer la charge de travail
 - Reporter les examens
- Éviter les fêtes, cinéma, etc.
- Ne pas conduire

IMPORTANT : Le cerveau a besoin de temps pour guérir

- Il est essentiel d'attendre d'être complètement rétabli avant de reprendre les activités.
- Le temps de guérison augmente si les activités sont reprises trop rapidement.
- Les coups portés à la tête pendant la guérison peuvent avoir des répercussions catastrophiques (syndrome du second-impact).
- Il est possible que les symptômes apparaissent uniquement 4 à 7 jours après l'impact. C'est pourquoi, il est important de respecter les 7 jours sans activité physique avant de recommencer le retour progressif.

INFORMATIONS POUR LE PARENT

*** Prévoir un rendez-vous médical

IL N'Y AURA AUCUN RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES AVEC OU SANS CONTACT SANS L'AUTORISATION D'UN MÉDECIN SPORTIF OU DU PHYSIOTHÉRAPEUTE. Nous vous suggérons d'entreprendre les démarches pour planifier un rendez-vous médical dès le début de la réhabilitation de votre enfant. Si tout se déroule bien, votre enfant devra voir un médecin vers le 10^e jour du protocole. Si les symptômes persistent, il sera bon de voir le médecin également. Si vous éprouvez des difficultés à trouver un médecin, veuillez communiquer avec le responsable du programme, M. Alain Boudrias au 450 589-5621. Il verra à vous aider dans le processus.

Suivis et communication

La clé du succès pour la réhabilitation suite à une commotion cérébrale est la communication et les suivis quotidiens. Plusieurs intervenants veilleront à l'encadrement et à la sécurité de votre enfant : vous, les physiothérapeutes, les entraîneurs et la direction du collège. Le protocole ci-joint servira de cahier de bord et d'outil de communication permettant aux différents intervenants de suivre l'évolution de la réhabilitation de votre enfant et de s'assurer d'un retour sécuritaire en classe et aux activités sportives. À noter que de façon régulière, un suivi sera fait par la direction adjointe avec votre enfant afin d'assurer sa progression dans le protocole.

En tout temps si vous avez des questions concernant le protocole ou encore le dossier de votre enfant, veuillez communiquer avec M. Alain Boudrias 450 589-5621, poste 246.

RÉSUMÉ DES ÉTAPES À SUIVRE POUR LES PARENTS :

1. Recevoir la documentation et les consignes du physiothérapeute
2. Prendre connaissance de la documentation et des étapes à suivre pour un suivi adéquat du protocole
 - Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le responsable, M. Alain Boudrias
3. Observer les symptômes dans les 24-48 premières heures
 - Compléter le bilan du parent. À retourner au physiothérapeute lors de la réévaluation au prochain jour ouvrable (voir coordonnées Action Sport Physio, Repentigny à la page suivante)
4. Compléter tableau « Première journée sans symptôme »
 - Compléter le bilan et le retourner au physiothérapeute après la première journée sans symptôme
5. Débuter les démarches pour un rendez-vous médical
 - Si votre enfant progresse bien dans le protocole, il devra voir un médecin sportif ou le physiothérapeute désigné vers le 10^e jour (après l'étape 2 et avant l'étape 5 du protocole de « Retour aux activités physiques »).

DATE DU RENDEZ-VOUS :

S.V.P. veuillez informer M. Alain Boudrias de la date du rendez-vous médical lorsque celui-ci est confirmé

*Le protocole exigera un suivi quotidien afin de synchroniser toutes les étapes. Votre enfant devra **obligatoirement** se présenter tous les jours (sauf samedi et dimanche) au bureau de la direction adjointe à 10 h 30.*

6. Entamer le protocole « Retour à l'école ».
 - **L'élève doit se présenter 30 minutes avant son premier cours au bureau de sa direction adjointe lors de son premier jour d'école**
 - Compléter les 4 étapes
7. Lorsque le retour à l'école est complété et suite à 7 jours sans symptôme, entamer le protocole « Retour aux activités physiques ».
 - Compléter les 7 étapes
8. Retour au jeu sécuritaire

COORDONNÉES DES INTERVENANTS

Alain Boudrias

Directeur adjoint, services complémentaires aux élèves
Collège de l'Assomption
Téléphone : 450 589-5621, poste 246
Courriel : alain.boudrias@classomption.qc.ca

Direction adjointe

Collège de l'Assomption
Téléphone : 450 589-5621

Action Sport physio Repentigny (médecin sportif et physiothérapeute)

450, rue Notre-Dame, bureau 100
Repentigny, Québec
J6A 2T4
Téléphone : 450 585-1467
Urgence : 514 793-1467
Courriel : repentigny@actionsportphysio.com

Personne ressource assurances

Julie Jobin
Collège de l'Assomption
Téléphone : 450-589-5621, poste 236
Courriel : julie.jobin@classomption.qc.ca

CAHIER DE BORD

À compléter par le parent

L'élève doit toujours avoir en sa possession ce document

Nom du joueur : _____ Groupe : _____ Sport : _____ Catégorie : _____

Nom du parent/tuteur : _____ Téléphone pour vous rejoindre : _____

Observation des symptômes 24 à 48 heures – Rapport du parent

Remplir ce document en utilisant l'état de l'athlète avant la commotion comme la référence

Veuillez observer les symptômes suivants durant les 24-48 premières heures suite à la commotion cérébrale. Si les symptômes s'aggravent, présentez-vous à l'hôpital. Veuillez retourner ce rapport au physiothérapeute lors de la réévaluation de votre enfant au prochain jour ouvrable.

Période d'observation : du ____/____/____, heure : ____ h ____ au ____/____/____, heure : ____ h ____

Légende : 0 = jamais, 1-2 = rarement, 3-4 = parfois, 5-6 = souvent

A de la difficulté à garder son attention	0	1	2	3	4	5	6
Est facilement distrait	0	1	2	3	4	5	6
A de la difficulté à se concentrer	0	1	2	3	4	5	6
Ne se rappelle pas ce qu'on lui dit	0	1	2	3	4	5	6
A de la difficulté à suivre les instructions	0	1	2	3	4	5	6
Est dans la lune	0	1	2	3	4	5	6
Est confus	0	1	2	3	4	5	6
A tendance à oublier	0	1	2	3	4	5	6
A de la difficulté avec des tâches simples	0	1	2	3	4	5	6
A de la difficulté à résoudre des problèmes	0	1	2	3	4	5	6
A des difficultés d'apprentissage	0	1	2	3	4	5	6
A mal à la tête	0	1	2	3	4	5	6
Est étourdi	0	1	2	3	4	5	6
A la tête qui tourne	0	1	2	3	4	5	6
Se sent faible	0	1	2	3	4	5	6
A la vision embrouillée	0	1	2	3	4	5	6
A la vision double	0	1	2	3	4	5	6
A des nausées/des vomissements	0	1	2	3	4	5	6
Ressent beaucoup de fatigue	0	1	2	3	4	5	6
Se fatigue rapidement	0	1	2	3	4	5	6
TOTAL DES SYMPTÔMES :	/20						
TOTAL DU POINTAGE :	/120						

- Les symptômes s'amplifient avec l'activité mentale ? oui /non
- Les symptômes s'amplifient avec l'activité physique (marche) ? oui/non
- Y-a-t-il un changement dans l'humeur/comportement habituel de votre enfant? Non Oui Incertain
- Selon vous, votre enfant est-il prêt à recommencer l'activité cognitive (école) graduellement? oui /non

Veuillez suivre les étapes 1 et 2 du protocole de retour à l'école. Voir autre document.

Signature du parent : _____

Date : _____

Nom du joueur : _____ Groupe : _____ Sport : _____ Catégorie : _____
 Nom du parent/tuteur : _____ Téléphone pour vous rejoindre : _____

Rapport – 1^{re} journée sans symptôme

Faire remplir ce document par l'athlète sous votre supervision en utilisant l'état de l'athlète avant la commotion comme référence.
 À compléter quotidiennement jusqu'à la première journée complète sans symptôme. Retourner le document au thérapeute après la première journée sans symptôme.

Inscrire la date du jour. Noter chacun des symptômes dans les cases appropriées.							
Légende : 0 = jamais, 1-2 = rarement, 3-4 = parfois, 5-6 = souvent							
	Dates						
SYMPTÔMES À OBSERVER							
A de la difficulté à garder son attention							
Est facilement distrait							
A de la difficulté à se concentrer							
Ne se rappelle pas ce qu'on lui dit							
A de la difficulté à suivre les instructions							
Est dans la lune							
Est confus							
A tendance à oublier							
A de la difficulté avec des tâches simples							
A de la difficulté à résoudre des problèmes							
A des difficultés d'apprentissage							
A mal à la tête							
Est étourdi							
A la tête qui tourne							
Se sent faible							
A la vision embrouillée							
A la vision double							
A des nausées/des vomissements							
Ressent beaucoup de fatigue							
Se fatigue rapidement							
TOTAL DES SYMPTÔMES SUR 20	/20	/20	/20	/20	/20	/20	/20
TOTAL DU POINTAGE SUR 120	/120	/120	/120	/120	/120	/120	/120

Commentaires :

Veillez suivre les étapes du protocole de retour à l'école. Voir autre document.

Signature du parent : _____

Date : _____

PROTOCOLE DE RETOUR A L'ECOLE APRES UNE COMMOTION CEREBRALE

Nom du joueur : _____ **Groupe :** _____ **Sport :** _____ **Catégorie :** _____

Le retour doit se faire progressivement et de façon adaptée suite au **repos obligatoire d'une semaine** et seulement lorsque l'athlète ne ressent plus aucun symptôme depuis 24 heures. Il est important d'adhérer à la période de repos recommandée et de suivre les restrictions imposées afin d'assurer un retour à l'école de façon sécuritaire. Si des symptômes réapparaissent durant une des étapes, cessez l'activité, reposez-vous 24 heures et recommencez à la **première étape**. Il y aura réévaluation quotidienne par les différents intervenants.

Date de la commotion (aaaa-mm-jj) : 20 ____ / ____ / ____

ÉTAPE 1	<p>REPOS COMPLET (SANS STIMULATION LE JOUR DE LA COMMOTION) AUCUN SPORT ET NE SE PRÉSENTE PAS À L'ÉCOLE AVANT UNE SEMAINE</p> <p>Passer à la prochaine étape si effort mental de 20 minutes sans symptôme.</p>	Étape réussie le : 20 ____ / ____ / ____ Parent :
ÉTAPE 2	<p>ACTIVITÉS RÉDUITES AUCUN SPORT ET NE SE PRÉSENTE PAS À L'ÉCOLE SI SYMPTÔMES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alternance 20 minutes de marche, 20 minutes de télévision, 20 minutes de lecture 2. Augmenter la durée en fonction de tolérance sans symptômes <p>Passer à la prochaine étape si effort mental de 45 minutes sans symptômes SE PRÉSENTER À LA CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE POUR UNE ÉVALUATION AVEC LE PHYSIOTHÉRAPEUTE.</p>	Étape réussie le : 20 ____ / ____ / ____ Parent : Physiothérapeute :
ÉTAPE 3	<p>ADAPTATIONS ACADÉMIQUES (approche progressive) RETOUR EN CLASSE. AUCUN SPORT OU COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SE PRÉSENTER AU BUREAU DE LA DIRECTION ADJOINTE 30 minutes avant son premier cours. Remettre le billet du physiothérapeute indiquant la capacité à reprendre les cours. 2. Se présenter quotidiennement au bureau de la direction adjointe jusqu'au retour complet en classe. 3. Ajuster les périodes de cours et de repos au besoin 4. Aucun cours d'éducation physique et de sports, de danse ou de musique 5. Réduire la charge de travail, des devoirs et des examens (au besoin) 6. Accorder plus de temps afin de réaliser les tâches <p>Passer à la prochaine étape si aucun symptôme.</p>	Étape réussie le : 20 ____ / ____ / ____ Directeur : Physiothérapeute :
ÉTAPE 4	<p>RETOUR COMPLET EN CLASSE AUCUN SPORT OU COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SE PRÉSENTER AU BUREAU DU DIRECTEUR DE NIVEAU 30 MINUTES AVANT SON PREMIER COURS. <p>VOIR THÉRAPEUTE ET REMETTRE LE FORMULAIRE AFIN D'ENTAMER LE PROTOCOLE DE RETOUR AUX ACTIVITÉS SPORTIVES.</p>	Étape réussie le : 20 ____ / ____ / ____ Directeur : Physiothérapeute :

À L'ATTENTION DU DIRECTEUR DE NIVEAU

RECOMMANDATIONS DU PHYSIOTHÉRAPEUTE LORS DE L'ÉTAPE 2

- Pas d'éducation physique et de sport jusqu'au : _____
- Accorder des pauses durant la journée. Ratio cours/repos : _____
- Offrir plus de temps pour la réalisation de tâches nécessitant beaucoup de concentration
- Réduire la charge de travail, pas de devoir et/ou de leçon.
- Pas d'évaluation, d'oral ou d'examen.

Signature du parent : _____

Date : _____

PROTOCOLE DE RETOUR AUX ACTIVITES APRES UNE COMMOTION CEREBRALE

Nom du joueur : _____ Groupe : _____ Sport : _____ Catégorie : _____

Le retour doit se faire progressivement et de façon adaptée au sport pratiqué. Il est important d'adhérer à la période de repos recommandée et de suivre les restrictions imposées afin d'assurer un retour aux activités sportives sécuritaires. Si des symptômes réapparaissent durant une des étapes, cessez l'activité, reposez-vous 24 heures **et recommencer à l'étape 1** (24 heures sans symptômes).

ÉTAPE 1	REPOS SANS ACTIVITÉ PHYSIQUE/RETOUR À L'ÉCOLE Première journée sans symptômes, date : ____/____/____ Initiales du parent : ____ ****7 jours complets de repos sans aucun symptôme avec présence à l'école. Passer à la prochaine étape le 8 ^e jour s'il n'y a toujours aucun symptôme ressenti.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Thérapeute :
ÉTAPE 2	EXERCICES LÉGERS AUCUN CONTACT NI SPORT. ENTRAÎNEMENT LÉGER PERMIS 1. Jogging léger/marche rapide/vélo stationnaire pendant 10 – 15 minutes 2. Étirements (5 – 10 minutes) Passer à la prochaine étape le lendemain si aucun symptôme n'est revenu.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Thérapeute :
ÉTAPE 3	EXERCICES SPÉCIFIQUES AU SPORT (INDIVIDUEL) AUCUN CONTACT NI SPORT. ENTRAÎNEMENT LÉGER PERMIS 1. Échauffement dynamique (5 – 10 minutes) 2. Exercices d'habiletés selon la position (jeux de pieds, courses, lancés, etc.) (20 minutes) 3. Étirements (5 – 10 minutes) Passer à la prochaine étape le lendemain si aucun symptôme n'est revenu.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Thérapeute : Entraîneur :
ÉTAPE 4	ENTRAÎNEMENT D'ÉQUIPE SANS CONTACT AUCUN CONTACT NI SPORT. ENTRAÎNEMENT LÉGER PERMIS. 1. Échauffement avec l'équipe 2. Faire tous les exercices de la pratique où il n'y a PAS de contact 3. Commencer à revoir les stratégies de jeux Passer à la prochaine étape le lendemain si aucun symptôme n'est revenu.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Entraîneur : Thérapeute :
Jour 10	RENDEZ-VOUS MÉDICAL <ul style="list-style-type: none"> • L'athlète doit rencontrer un médecin sportif ou le physiothérapeute désigné et obtenir le feu vert pour recommencer les activités avec contact <input type="checkbox"/> DATE DU RENDEZ-VOUS : _____ (faire suivi) Présenter le billet médical autorisant la poursuite du protocole à l'entraîneur.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Parent : Thérapeute : Entraîneur :
ÉTAPE 5	DÉBUT DE L'OPPOSITION 1. Échauffement avec l'équipe 2. Faire les exercices de la pratique où il n'y a PAS de contact 3. Faire les oppositions en 1 vs 1 seulement (avec contact) AUCUN EFFECTIF COMPLET 4. Revoir les habiletés techniques (plaquage, blocage, etc.) Passer à la prochaine étape le lendemain si aucun symptôme n'est revenu.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Entraîneur : Thérapeute :
ÉTAPE 6	ENTRAÎNEMENT COMPLET 1. Échauffement avec l'équipe 2. Faire tous les exercices de la pratique, sans restriction 3. Faire les oppositions en effectif complet (avec contact) 4. Revoir les habiletés techniques (plaquage, blocage, etc.) Passer à la prochaine étape le lendemain si aucun symptôme n'est revenu.	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Entraîneur : Thérapeute :
ÉTAPE 7	PARTIE L'entraîneur-chef doit s'assurer que l'athlète a repris toutes ses capacités physiques initiales avant de faire jouer une partie à l'athlète	Étape réussie le : 20 ____/____/____ Entraîneur : Thérapeute :

Signature du physiothérapeute :

Date :

REFERENCES

1. Canadian Pediatric Society, *Identification and Management of Children with Sport-related Concussion*, *Pediatric and Child Health*, 2006 ;11:420-428.
2. McCrory P, Meeuwisse W, Johnston K, et al. *Consensus Statement on Concussion in Sport: the 3rd International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2008*, *British Journal of Sports Medicine*, May 1, 2009; 43 (Suppl_1): i76-84.
3. SCAT3, *Sport Concussion Assessment tool* - 3rd edition, *British Journal of Sports Medicine*, 47-259, 2013.

