

CADRE DE RÉFÉRENCE et PROTOCOLE lors de suspicion de commotion cérébrale



Tiré du document :
**GESTION DES BLESSURES AU SEIN DES
PROGRAMMES DE SPORT-ÉTUDES DE LA
POLYVALENTE DE LA FORÊT ET DU
MOUVEMENT KODIAK**

GESTION ET PROTOCOLE DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Le Mouvement Kodiak souhaite tout d'abord informer le lecteur qu'il vise à s'assurer que les entraîneurs et leurs assistants soient sensibilisés et habilités à appliquer les méthodes que ce document présente lorsque la situation le demande. Une formation est d'ailleurs en cours de mise sur pied pour être présentée à l'ensemble de ce groupe. Notez également que pour alléger la lecture, le masculin a été utilisé dans ce document, mais que l'on entend également la part féminine de toutes personnes impliquées.

La commotion cérébrale est une lésion du cerveau causée par un coup porté à la tête, au visage, au cou ou au corps, incluant le contrecoup d'une chute au sol ou sur tout autre surface fixe, qui engendre une onde de choc au cerveau. Elle **ne s'accompagne pas automatiquement** d'une perte de connaissance et affecte l'équilibre, le temps de réaction, la pensée et la mémoire. À la moindre suspicion, elle requiert un examen médical et l'arrêt immédiat des activités jusqu'à guérison.

La commotion cérébrale demeure critique car elle expose les athlètes au syndrome du second impact (*subir un impact à nouveau, durant la phase de guérison du cerveau*) dont les effets peuvent en être irréversibles. Notez également que le **RETOUR PRÉMATURÉ** à la simple activité physique avant la disparition complète de tous les symptômes associés peut augmenter :

- la probabilité de récurrence;
- la gravité des symptômes;
- la durée de la récupération.

L'**ANNEXE**, qu'on suggère en lecture et que vous trouverez à la fin de ce document, vous renseignera sur de plus amples informations au sujet de la commotion cérébrale.

PRISE EN CHARGE SUR LE TERRAIN

LORS DES MATCHS ET TOURNOIS (COMPÉTITIONS) À DOMICILE

Pour avoir une prise en charge objective dans laquelle l'entraîneur peut poursuivre son travail, nous recommandons qu'une personne soit attitrée à la prise en charge (*voir [RÔLE DU RÉPONDANT MÉDICAL](#)*) lors des matchs et tournois (compétitions) à domicile, et ce, pour tous les sports du Mouvement Kodiak. Le rôle de ce répondant sera détaillé au point suivant. Voici les suggestions de personnes, en ordre hiérarchique, qui pourraient agir à titre de répondant; il est à noter que tous ces individus devront suivre une formation de base (*formation à bâtir selon les recommandations adoptées*) pour intervenir auprès des athlètes. Autrement, il est suggéré de s'abstenir et d'appeler les services d'urgence le plus rapidement possible :

1. Médecin, infirmier, physiothérapeute, thérapeute sportif, ambulancier, étudiant à la technique ambulancière, étudiant en soins infirmiers ou un sauveteur (employé pour les événements sportifs)
2. Soigneur ou thérapeute du Kodiak (advenant le cas qu'il y en a un et qu'il soit présent)
3. L'assistant-entraîneur Kodiak du match en cours
4. Parent ou spectateur qui a une formation en premiers soins ou au niveau médical (médecin, infirmier, physiothérapeute, thérapeute sportif, ambulancier)

N.B. : À noter que le répondant doit être déterminé à l'avance (sur le même calendrier que les marqueurs et autres employés pour les matchs) afin que l'on puisse donner l'information aux entraîneurs et athlètes.

LORS DES ENTRAÎNEMENTS/PRATIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA CSH OU DE LA VILLE

Suivre l'ordre suivant étant donné que l'entraîneur peut arrêter sa pratique pour prendre en charge la personne blessée:

1. Soigneur ou thérapeute du Kodiak (advenant le cas qu'il y en a un et qu'il est présent)
2. Entraîneur et/ou assistant-entraîneur
3. Parent ou spectateur qui a une formation en premiers soins ou au niveau médical (médecin, infirmière, physiothérapeute, thérapeute sportif, ambulancier)

N.B.: La prévention et l'encadrement est de mise afin que les athlètes et les entraîneurs se respectent dans la pratique d'une activité sportive. C'est un point avec lequel les entraîneur(e)s doivent insister dès le début de chaque saison avec leurs jeunes.

LORS DES MATCHS, TOURNOIS OU ÉVÉNEMENTS À L'EXTÉRIEUR

Le devoir pourrait être confié à l'assistante-entraîneur d'aller voir l'organisation qui reçoit afin de s'informer sur la façon de procéder (est-ce qu'il y a un répondant ou un service médical sur place?). Advenant le cas qu'il n'y a pas de répondant ou de service médical et que le Kodiak doit prendre en charge, voici l'ordre d'intervention :

1. Soigneur ou thérapeute du Kodiak (advenant le cas qu'il y en a un et qu'il est présent)
2. Assistant-entraîneur
3. Parent ou spectateur qui a une formation en premiers soins ou au niveau médical (médecin, infirmière, physiothérapeute, thérapeute sportif, ambulancier)

Pour tout le reste des activités (**préparation physique en salle, cours d'éducation physique, sorties sportives et matchs hors-concours**), l'infirmière, l'enseignant du cours ou le magasinier pourront, selon votre recommandation, être attirés comme répondant médical de terrain. Cela dit, nous vous conseillons fortement que ces personnes suivent la formation de base concernant les commotions même si leur formation professionnelle antécédente couvre la matière, pour s'assurer qu'ils connaissent la démarche établie dans ce mandat et fonctionnent de pair avec les standards établis par l'établissement.

RÔLE DU RÉPONDANT MÉDICAL

D'abord, en aucun cas le répondant agirait par-dessus les ordres d'un ambulancier ou médecin déplacé sur les lieux. Son rôle est avant tout d'avoir un regard constant sur le terrain/plateau sportif pour être en mesure de rapporter tout mécanisme de blessure/impact ou évènement causant lésion. Nous entendons donc ici que les parents, les entraîneur-chefs et spectateurs ne peuvent avoir un regard et/ou une opinion objective puisqu'ils sont directement impliqués émotionnellement sur l'issue des matchs/compétitions/rencontres. Ainsi le répondant devient le principal témoin pour répondre aux questions des spécialistes de la santé (ambulanciers, médecins) et remplir le rapport d'accident.

Par la suite, son rôle est de pouvoir effectuer une évaluation très sommaire de l'état de l'athlète (voir L'ABC DE L'ÉVALUATION SOMMAIRE DU RÉPONDANT) pour connaître la gravité de la blessure et passer le coup de fil au 9-1-1 si le cas l'indique. Le mot d'ordre est : **en cas de quelconque doute, appelez le 9-1-1.**

**** Notons ici l'importance de trouver des répondants déjà formés et à l'aise avec le «RCR» (Réanimation Cardio-Respiratoire) et les premiers soins de base. Cela apporte une sécurité pour les jeunes, une quiétude pour les parents, démontre un sérieux dans le mouvement et diminue la charge sur les épaules des gens déjà impliqués dans le sport étudiant s'occupant de d'autre(s) aspect(s) (entraînements, matériel, locaux, gestion interne, arbitrage, etc...) La santé et la sécurité des jeunes doivent faire partie des priorités. ****

L'ABC DE L'ÉVALUATION SOMMAIRE DU RÉPONDANT

Voici la démarche à suivre lors de tout impact direct ou indirect. Dès que l'on ***dit oui à l'un des signes de chacun des points suivants***, le protocole de commotion cérébrale s'enclenche. Cela signifie que l'athlète est automatiquement retiré du jeu et qu'il doit aller voir un médecin pour se faire évaluer. Il ne retournera pas sur le jeu, peu importe l'importance de la compétition, ni à l'entraînement tant qu'il n'aura pas consulté un médecin et suivi à la lettre le protocole établi par ce dernier, et ce, bien au-delà des exigences de l'entraîneur et/ou d'un parent (voir section protocole).

L'ATHLÈTE EST AU SOL OU REVIENT AU BANC: QUE FAIRE?

Athlète au sol

Le répondant formé en RCR et DEA effectuera les manœuvres qui lui ont été enseignées pour prendre en charge une personne effondrée au sol (inconsciente). Il sera encouragé à se munir de volontaires pour placer l'appel aux services d'urgence et revenir confirmer l'appel, pour aller chercher le DEA, pour attendre l'ambulance à l'entrée du bloc sportif, pour aider en alternance le massage cardiaque, etc. Durant ce temps, lorsque les parents de la victime sont sur place, le répondant les rassurera qu'il prend les choses en main et leur demandera une tâche mineure (comme appeler les urgences) pour qu'ils se sentent impliqués. Cela aura pour effets de les garder actifs au lieu de les laisser anxieux et possiblement nuisibles aux alentours de la victime.

Lorsque l'athlète respire et est conscient, il est impératif de ne pas bouger l'athlète et attendre les secours s'il y a **présomption de blessure au cou, a de la difficulté à respirer, se plaint de faiblesse, d'engourdissement ou brûlure dans les membres inférieurs et/ou supérieurs ou encore est en convulsion ou crise d'épilepsie.** De plus, il doit être évacué par ambulance également dans les **cas suivants** même s'il a pu regagner le banc par lui-même. Ce sont des «drapeaux rouges» et requièrent une expertise médicale même durant le transport:

- vomissements répétés
- détérioration de l'état de conscience
- mal de tête intense ou qui s'aggrave
- changement inhabituel dans le comportement
- double vision

Athlète revenu au banc :

Si les secours n'ont pas été appelés, c'est que l'athlète est conscient, bouge par lui-même sans se plaindre de douleur au cou ou au dos et est revenu au banc par lui-même ou avec assistance minimale. Les 3

étapes qui suivent sont très importantes dans le processus de suspicion d'une commotion malgré que l'athlète *ne semble pas* en danger. Si l'athlète est agité ou très confus, accompagnez le doucement à l'écart du gymnase ou lieu de l'accident, dans un endroit calme pour le rassurer. Il n'est pas rare de voir un athlète victime d'une commotion se relever immédiatement après un impact avec hargne, voire même agressivité, particulièrement pour retourner sur le jeu. Il est primordial d'arriver à le calmer, d'autant plus qu'il devra impérativement passer par les étapes suivantes et qu'il aura besoin de sa concentration :

A. Reconnaître une commotion cérébrale

On doit soupçonner une commotion cérébrale en présence de l'un ou l'autre des signes ou symptômes suivants. Notez que les signes sont TRÈS importants à observer puisque dans 2 cas sur 3 les symptômes peuvent ne pas être rapportés par l'athlète; soit par insouciance ou tout simplement car il ne les ressent pas. De plus, dans 20 à 30% des cas, les symptômes n'apparaissent que 12 à 24 heures après l'accident, alors restez à l'affût :

Signes observables

Symptômes rapportés

<ul style="list-style-type: none"> ○ Confusion, désorientation; ne pas se souvenir de l'heure, du lieu, de l'activité, de l'équipe adverse ou du pointage ○ Amnésie; ne pas se rappeler ce qui s'est passé avant, pendant ou après le traumatisme ○ Brève perte de connaissance (assommé) ○ Distraction, manque de concentration ○ Diminution des aptitudes de jeu ○ Empâtement de la parole ○ Lenteur à répondre aux questions ou suivre les consignes ○ Émotions étranges ou inappropriées (rire, pleure ou se fâcher facilement) ○ Regard vide, yeux vitreux 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maux de tête ○ Nausées ○ Étourdissements ○ Vomissements ○ Vertige, fatigue, confusion ○ Voir des étoiles ou des lumières vives ○ Bourdonnements dans les oreilles ○ Somnolence ○ Vision double ou floue ○ Manque d'équilibre ○ Manque de coordination ○ Trouble de mémoire
---	---

B. MÉMOIRE

Si l'athlète ne répond pas bien à l'une de ces questions, on doit soupçonner une commotion cérébrale

1) Comment as-tu été blessé?

2) Où jouons-nous?

3) Quel est le pointage?

4) Ton équipe a-t-elle gagné son dernier match?

5) Quelle est la dernière chose dont tu te souviens avant la blessure/l'impact ?

6) Contre qui avons-nous joué la dernière partie ?

(adaptez les questions à l'activité)

C. ÉQUILIBRE

1^{re} étape : Demander à l'athlète de mettre un pied devant l'autre.

2^e étape : S'assurer que son poids est réparti également sur chaque pied.

3^e étape : Demander à l'athlète de mettre ses mains sur ses hanches, de fermer les yeux et de garder l'équilibre durant 20 secondes.

4^e étape : Observer l'athlète. S'il n'arrive pas à tenir la position, il pourrait avoir subi une commotion cérébrale.

PRISE EN CHARGE D'UNE COMMOTION : AVANT L'ÉVALUATION MÉDICALE

Entre le moment où l'on suspecte qu'il y a commotion et celui où l'athlète est évalué par un médecin, il faut garder un œil sur tous ces points :

- ✓ Retirer l'athlète du jeu immédiatement comme mentionné ci-haut.
- ✓ Le répondant doit s'assurer que les parents, la direction de l'école et le personnel soignant (s'il vient à en exister un) soit au courant de la blessure ainsi que de la marche à suivre par rapport à la visite médicale qui doit suivre dans les plus brefs délais.
- ✓ Ne jamais laisser l'athlète seul, il doit constamment être surveillé par un adulte dans les 24 heures qui suivent la blessure. Il est donc fortement suggéré de ne pas laisser l'enfant dormir ailleurs qu'à la maison dans le cas où vous décidez d'attendre au matin pour aller voir un médecin.
- ✓ Garder le jeune éveillé quelques heures après l'accident pour observer quelque détérioration. Après l'évaluation du médecin, vous et lui pourrez dormir sans crainte.

Le médecin est celui qui prescrira et donnera le protocole à l'athlète arrêté. Une réévaluation avant le retour au jeu sera fort probablement exigée par le médecin consulté pour s'assurer qu'aucun symptôme ne persiste et donc que le danger est maintenant écarté. La recommandation propose donc que l'élève-athlète rapporte impérativement une autorisation de retour au jeu signée par le médecin, au responsable de discipline pour que celui-ci accepte que l'athlète reprenne l'entraînement et entame le protocole.

La reprise des activités, ainsi dire les entraînements, suite à la commotion sera **possible que si aucun symptôme au repos ne se manifeste depuis au moins une semaine, i.e. : 7 jours inclusifs et consécutifs.**

Le retour sera graduel, surveiller étroitement par l'entraîneur et l'entraîneur-chef. Par contre, l'emploi d'un thérapeute pour encadrer l'athlète durant les 6 étapes du protocole (6 jours, +/- 5 heures) est **fortement** recommandé. Encore une fois, l'entraîneur doit se soucier de donner un entraînement efficace pour l'ensemble de ses joueurs et ne pourra avoir l'œil constamment sur son athlète en réadaptation, qui lui peut présenter des signes très subtils mais révélateurs de son niveau de guérison.

Le but ultime derrière tout ça est une guérison complète et une réadaptation totale. Les critères sont les suivants:

- **s'assurer que l'athlète a suivi à la lettre les consignes fournies pour un retour, celles *spécifiques* à son sport;**
- **s'assurer que l'athlète est revenu à son niveau de jeu antérieur;**
- **s'assurer que l'athlète a confiance en ses capacités pour revenir au jeu.**

****Sans tous ces critères, il ne doit pas y avoir de retour au jeu ou à la compétition****

Dans le protocole qui suit, chaque étape a sa raison d'être autant en importance que dans son ordre. Si durant une étape ou l'autre, un symptôme (un seul suffit) réapparaît, il faut arrêter immédiatement l'activité, récupérer durant un minimum de vingt-quatre (24) heures et retourner à **l'étape précédente** si le symptôme est disparu au repos. Si c'est à l'étape 1 que les symptômes apparaissent, reprendre cette même étape après 24 heures puisque aucune ne la précède. Voici une histoire fictive pour se mettre en contexte :

Mardi, durant l'entraînement de 2^e période, Georges est rendu à l'étape 3 du protocole et commence à voir embrouillé avec des petits points noirs lors d'un exercice de renforcement de style push-up. Il décide de ne pas en faire mention à son thérapeute qui l'accompagne durant ses exercices. Par contre, ce dernier voit que Georges ferme souvent ses yeux et se secoue un peu la tête. Il décide donc de lui lancer une petite balle mousse près des mains sans l'avertir alors qu'il était assis entre deux séries. Georges ne voit même pas la balle arrivée et la laisse rebondir par terre. Le thérapeute fait donc réaliser à Georges que sa vision est mauvaise et ce dernier avoue maintenant qu'un symptôme a refait surface. Georges doit immédiatement arrêter tous ses exercices de la journée, cardiovasculaire inclusivement, et se reposer jusqu'à minimum mercredi période 3. Durant ces 24 heures, il devra faire un effort d'éviter toute stimulation visuelle et cérébrale comme durant sa convalescence (ordinateur, cellulaire, jeu vidéo, conduite de véhicule...) Avec son thérapeute, il retourne maintenant à l'étape 2 lors de son entraînement suivant.

Notons que l'objectif est que «Georges» soit un cas isolé puisque tous les athlètes auront été sensibilisés aux faits de ne pas cacher de symptômes durant une réadaptation.

LES 6 ÉTAPES DU PROTOCOLE DE RETOUR AU JEU, APPLICABLE À TOUS LES SPORTS

Tel qu'expliqué par le *KiT* de l'hôpital pour enfants de Montréal :

<http://www.hopitalpourenfants.com/sites/default/files/articles/return-to-sports-following-concussion.pdf>

ÉTAPE 1 : Légers exercices de conditionnement

- AUCUN CONTACT;
- Commencer par 5 à 10 minutes d'exercices d'échauffement (étirements/flexibilité);
- Enchaîner avec 15 à 20 minutes d'entraînement pouvant comporter : vélo stationnaire, tapis roulant, marche rapide, course légère, aviron ou natation.

ÉTAPE 2 : Conditionnement et habiletés spécifiques au sport; individuellement

- AUCUN CONTACT; Commencer par 5 à 10 minutes d'exercices d'échauffement (étirements/flexibilité);
- Augmenter l'intensité et la durée de l'entraînement (20 à 30 minutes);
- Commencer les exercices d'habileté spécifiques au sport, mais sans pirouettes, plongeurs ou sauts.

ÉTAPE 3 : Conditionnement et habiletés spécifiques au sport; individuellement et avec un coéquipier

- AUCUN CONTACT;
- Augmenter la durée de la séance d'entraînement à 60 minutes. Commencer l'entraînement en résistance;
- Continuer à pratiquer seul les exercices d'habileté spécifiques au sport;
- Commencer les exercices de lancers, de coups de pieds et de passes avec un coéquipier;
- Commencer les pirouettes, les plongeurs et les sauts de niveau débutant.

ÉTAPE 4 : Conditionnement et habiletés spécifiques au sport; en équipe

- Aucun contact. AUCUN JEU DIRIGÉ;
- Reprendre les pratiques et les durées d'entraînement habituelles;
- Augmenter l'entraînement en résistance et l'intensité des exercices d'habileté spécifiques au sport;
- Hausser graduellement le niveau des pirouettes, des plongeurs et des sauts.

ÉTAPE 5 : Pratique complète avec contact physique

- CONTACT. MÊLÉES;
- Reprendre l'entraînement complet pour retrouver votre place dans l'alignement. Si vous arrivez à la fin d'un entraînement sans symptômes, vous êtes prêt pour un retour à la compétition. **Discutez avec l'entraîneur de votre retour au jeu;**
- **Les entraîneurs doivent s'assurer que l'athlète est revenu à son niveau de jeu habituel et qu'il a confiance en ses moyens pour reprendre le jeu.**

ÉTAPE 6 : Retour à la compétition

LES 6 ÉTAPES DU PROTOCOLE DE RETOUR AU JEU, APPLICABLE AU BASKETBALL

Il existe également une version du protocole déjà adaptée :

<http://www.hopitalpourenfants.com/sites/default/files/articles/return-to-basketball-following-concussion.pdf>

ÉTAPE 1 : Légers exercices de conditionnement

- AUCUN CONTACT;
- Commencer par 5 à 10 minutes d'exercices d'échauffement (étirements/flexibilité);
- Enchaîner avec 15 à 20 minutes d'entraînement pouvant comporter : vélo stationnaire, tapis roulant, marche rapide, course légère, aviron ou natation.

ÉTAPE 2 : Conditionnement et habiletés spécifiques au sport; individuellement

- AUCUN CONTACT;
- Commencer par 5 à 10 minutes d'exercices d'échauffement (étirements/flexibilité);
- Augmenter l'intensité et la durée de l'entraînement (20 à 30 minutes);
- Commencer les exercices d'habileté spécifiques au basketball : jeux de pieds offensifs et défensifs, maniement du ballon, dribble et lancers.

ÉTAPE 3 : Conditionnement et habiletés spécifiques au sport; individuellement et avec un coéquipier

- AUCUN CONTACT;
- Augmenter la durée de la séance d'entraînement à 60 minutes. Commencer l'entraînement en résistance;
- Commencer les exercices de passes et de lancers avec un partenaire;

- Commencer les exercices d'attaque et les jeux défensifs au ralenti.

ÉTAPE 4 : Conditionnement et habiletés spécifiques au sport; en équipe

- Aucun contact . AUCUNE MÊLÉE;
- Reprendre les pratiques et les durées d'entraînement habituelles;
- Pratiquer les passes, les lancers et les éléments défensifs (individuellement);
- Commencer les exercices de contre-attaque, 3 contre 2, 2 contre 1, et défense (coquille) sans contact avec les autres joueurs;
- Continuer avec les montées et les attaques offensives sans contact;
- Pratiquer les tactiques défensives sans contact;
- Revoir les techniques de "box-out" et d'écran; se concentrer sur les habiletés requises.

ÉTAPE 5 : Entraînement d'équipe complet avec contact physique

- CONTACT. MÊLÉES;
- Reprendre l'entraînement complet pour retrouver votre place dans l'alignement. Si vous arrivez à la fin d'un entraînement sans symptômes, vous êtes prêt pour un retour à la compétition. **Discutez avec l'entraîneur de votre retour au jeu;**
- **Les entraîneurs doivent s'assurer que l'athlète est revenu à son niveau de jeu habituel et qu'il a confiance en ses moyens pour reprendre le jeu.**

ÉTAPE 6 : Retour à la compétition

NOTES SUPPLÉMENTAIRES POUR CE PROTOCOLE

- La prise de quelconque médicament, y compris de simple antidouleur (Tylénol en vente libre autant que prescription médicale) doit être cessé pour passer à **l'étape 2**.
- Le conditionnement physique de type musculation (poids libres, barres, machines, renforcement sans accessoire, etc.) ne doit pas être repris avant d'être apte à passer à **l'étape 3**. L'accès à la salle de musculation devra être refusé à l'athlète en arrêt pour commotion cérébrale. Le ou les responsables de ce lieu devront avoir une liste constamment mise à jour des athlètes qui ne peuvent entrer dans la salle de conditionnement.
- Suite à la pratique complète de **l'étape 5**, la rencontre avec l'athlète et son entraîneur devra se faire en présence du responsable de discipline. Cela réduira la charge sur les épaules de l'entraîneur en plus d'amener un second avis à la situation. Ce dernier aura le dernier mot sur le retour au jeu de cet athlète, sauf si le médecin en décide autrement. En ce cas, nous pouvons affirmer que le médecin a le pouvoir ultime de renvoyer un athlète au jeu, sauf s'il a remis ce pouvoir par écrit au soin de quelqu'un d'autre (thérapeute, entraîneur, responsable de discipline).
- Lors du retour au jeu, l'entraîneur doit prévoir un retour progressif afin de mettre son athlète à l'aise. Par contre, il est important de ne pas non plus faire sentir ce dernier comme le maillon faible de l'équipe ou du groupe car la confiance en soi et en ses capacités suite à

une blessure peuvent être assez faible. Il peut envisager de réduire son implication à quelques minutes/présences par quart pour ce qui est du basketball ou l'équivalent pour d'autres sports. S'il sent que le jeu devient très physique, il peut retirer momentanément son athlète du terrain. S'il voit que l'athlète n'est pas confortable avec la pression du jeu ou des adversaires sur lui, il peut également lui donner davantage de pauses ou simplement un rôle qui réduit les chances de contact. La communication entraîneur-athlète est primordiale dans cette phase du retour au jeu. Il est aussi à noter que le niveau de fatigabilité pourrait être augmenté suite à cette convalescence.

Avec un calcul très rapide, vous remarquerez que le retour au jeu d'un athlète ayant subi une commotion cérébrale ne peut pas être en deçà de 13 jours au lendemain de la journée de la blessure et/ou du diagnostic médical. La patience est donc de mise. C'est ce qu'il faut faire comprendre aux athlètes, entraîneurs, parents et également aux coéquipiers qui sont généralement très fébriles au retour au jeu de leur ami. Tentons de mettre le moins de pression possible sur l'athlète pour qu'il se concentre vraiment sur l'essentiel : revenir à 100% ainsi que préserver sa santé et sa sécurité à long terme!

LEXIQUE

Dans ce document, vous trouverez plusieurs titres, rôles et fonctions. Pour s'assurer que tous les lecteurs cernent facilement de qui l'on parle, voici un lexique qui explique de quels individus il s'agit :

- **Athlète/jeune/élève/ participant:** regroupent tous les usagers participant aux activités sportives qui font partie du Mouvement Kodiak
- **Assistant-entraîneur :** s'agit des individus autant mineurs que majeurs qui assistent l'entraîneur dans ses fonctions. Ils relèvent de l'entraîneur de cette même équipe.
- **Entraîneur :** s'agit de l'individu attribué à la prise en charge complète de chacune des équipes ou des groupes d'athlètes respectivement. Il relève du responsable de discipline.
- **Responsables de discipline:** s'agit de l'unique personne responsable de l'entièreté d'une dite discipline.
- **Répondant médical :** individu nommé par le responsable du Mouvement Kodiak pour chacun des événements sportifs locaux accueillis. Ce poste n'était pas encore existant, une partie de ce mandat en décrit la recommandation dans la section «Prise en charge sur le terrain».
- **Thérapeute sportif/ physiothérapeute/ thérapeute en réadaptation physique:** regroupent les individus qualifiés pour évaluer, traiter et superviser un athlète sur le plan musculo-squelettique. Assure la bonne mise en œuvre du plan de réadaptation et retour au jeu. Son

rôle est également de faire un pont fiable, valable et objectif entre le médecin et l'athlète ainsi qu'entre l'athlète (et son parent) et l'entraîneur. Le médecin demeure néanmoins la référence primaire quant aux décisions et protocoles à appliquer pour chaque cas.

- **Ambulancier :** généralement en groupe de deux, ils sont les individus à arriver sur les lieux et prendre complètement en charge le blessé. Ne pas confondre les ambulanciers en service avec des spectateurs/parents qui s'adonnent à être sur les lieux. Ceux en service deviennent les uniques responsables de la situation, sauf si un médecin est sur les lieux.
- **Médecin :** pour toutes les recommandations de ce mandat, un médecin consulté pour une blessure quelconque, sur les lieux ou non des activités du Mouvement Kodiak, devient la référence ultime quant aux diagnostics, protocoles et autres recommandations médicales. Il aura donc le droit de contredire et outrepasser les standards établis dans les sections précédentes.
- **Parent :** regroupe le/les pères, la/les mères, la personne qui représente l'autorité parentale ou quelconque membre de la famille.
- **Spectateur :** regroupe toute personne présente sur les lieux des activités qui ne fait pas partie d'aucun des regroupements d'individus ci-haut et qui n'est pas en service et à l'emploi de la Commission scolaire Harricana ou du service des loisirs de la ville d'Amos.

SOURCES D'INFORMATION ET RÉFÉRENCES

Pour la réalisation de ce document, plusieurs références dans le domaine médical furent consultées. La liste est placée au tout début pour offrir au lecteur une confiance envers les informations et recommandations proposées.

- *La prévention de blessures, un incontournable!*, par **Julie Gardiner** B.Sc.PT, Physiothérapeute en chef INS Québec, diplômée physiothérapeute du sport du Canada, document de conférence en février 2014
- *Aspects médicaux de la pratique du sport de haut niveau*, **Dre Mireille Belzile**, document de conférence de mai 2014 pour l'INS du Québec
- *Liste des programmes reconnus Sport-Études au Québec*, obtenu sur le site internet du **MELS**
- *Guide d'informations 2013-2014 du Programme Sport-Arts-Études*, par la **Commission scolaire des Rives-Du-Saguenay**
- *Brochure des Sports et Arts-Études 2013-2014*, de l'**École secondaire de la Ruche**, Magog, Qc
- *Dépliant Sport-Études*, de l'**école secondaire de Rivière-du-Loup**

- Plusieurs autres informations concernant les programmes de Sport-Études de d'autres écoles secondaires ont été extraites de conversations téléphoniques ou échanges de courriel(s) entre Valérie Cossette, du Mouvement Kodiak, et les employés de ces programmes.
- Document Excel du *Rapport d'incident pour assurance complémentaire des commissions scolaires*, par **Lemieux, Ryan et associés**
- *Le traumatisme craniocérébral léger : Renseignements, conseils pratiques et recommandations*, par **l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec**
- *Feuillet explicatif traumatisme craniocérébral léger*, par **Madore, Leclerc, Ellemberg, De Beaumont de l'Association québécoise des médecins du sport**, TCCL Sportif Déc 2007
- L'ensemble des documents du *Kit pour les commotions cérébrales*, par le **département de TRAUMATOLOGIE de l'hôpital de Montréal pour enfants**,
<http://www.hopitalpourenfants.com/info-sante/traumatologie/kit-pour-commotion-cerebrale-de-lhopital-de-montreal-pour-enfants>
 - Commotion cérébrale : Le Guide
 - Commotion cérébrale : Carte de poche
 - Commotion cérébrale : Carte de l'athlète
 - Reprendre les activités sportives après une commotion cérébrale (tous les sports)
 - Reprendre les activités sportives après une commotion cérébrale (basketball)
- *Commotion cérébrale : un problème réel chez les sportifs*, **AQAIRS vous informe**, volume 7, numéro 21 mai 2014, (association québécoise des arénas et des installations récréatives et sportives), www.aqairs.ca
- *Commotions cérébrales : prise en charge pour le retour au jeu*, document PowerPoint, par **Dre Valérie Juneau** (médecin d'urgence CSSSTR), **Karine Maltais Pht**, et **Maxime Robert Pht** (équipe médicale du Sport-Études de l'Académie Les Estacades de Trois-Rivières)
- *Sport, commotion cérébrale et traumatisme craniocérébral léger*, par le **MELS**, 2013, www.mels.gouv.qc.ca
- *OUTIL DE DÉPISTAGE DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES de poche*, Tiré de **McCroly et coll.**, «Consensus Statement on Concussion in Sport». *British Journal of Sports Medicine*, 47 (5), 2013.
- *Sites internet :*
 - http://www.cdesl.ca/CMS/images/documents/Criteres_admissibilite_des_intervenants_2012_2013.pdf
 - <http://www.sportsquebec.com/>
 - <http://www.insquebec.org/fr/accueil>
 - <http://www.cshnq.org/>

ANNEXE : DESCRIPTION DU PHÉNOMÈNE : LA COMMOTION CÉRÉBRALE

FAITS

- Peut être causée par un coup porté à la tête, au visage, au cou ou au corps, incluant le contrecoup d'une chute au sol ou sur toute autre surface fixe, qui engendre une onde de choc au cerveau;
- Est considérée comme une lésion fonctionnelle plutôt que structurelle du cerveau, ce qui explique qu'un athlète puisse éprouver des symptômes sans que les examens comme les rayons X et les tomographies révèlent de lésion;
- Est la forme de lésion cérébrale la plus fréquente chez les athlètes;
- Peut s'accompagner d'une perte de connaissance ou non;
- Peut affecter l'équilibre, le temps de réaction, la pensée et la mémoire;
- Peut entraîner une variété de symptômes qui peuvent apparaître sur-le-champ, quelques heures après ou même le lendemain;
- Requiert un examen médical et l'arrêt immédiat des activités jusqu'à guérison.

Dans la plupart des cas, les symptômes durent sept à dix jours et disparaissent graduellement. Malheureusement certains cas peuvent se prolonger davantage pour des raisons inconnues ou encore car l'athlète n'a pas respecté les recommandations du médecin et/ou ceux de son entraîneur dans le protocole de retour au jeu (voir la section du même nom). Des examens et des suivis plus rigoureux seront généralement entrepris dans ces cas, sous la supervision du médecin. Le syndrome du second impact (*subir un impact à nouveau, durant la phase de guérison du cerveau*) est un des problèmes majeurs et des plus inquiétants des commotions cérébrales.

À plus long terme, selon le docteur en neuropsychologie, Dave Elleberg, chercheur au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à partir de trois commotions totales à vie (sans nécessairement avoir subi le syndrome du second impact), l'individu a **10x plus de chance de développer la Maladie d'Alzheimer**. De plus, les risques de vivre et souffrir de **dépression** sont nettement augmentés. On peut de ces faits tirer des liens et se poser des questions, comme les spécialistes ont commencé à faire, entre les répercussions physiques associées à la commotion cérébrale et le nombre inquiétant d'actes de violence et suicides commis par les sportifs et sportifs retraités : voir les trois cas en 4 mois durant l'année 2011 des anciens joueurs de la LNH **Derek Boogaard, Rick Rypien et Wade Belak** retrouvés morts (<http://www.cbc.ca/news/canada/are-nhl-enforcers-addictions-depression-a-result-of-on-ice-brain-trauma-1.982100>).

Selon ce même docteur, il y a actuellement une culture qui prévaut et banalise les effets des commotions. Il croit que les gens doivent davantage être éduqués et sensibilisés à ce phénomène réel et que chez les jeunes, le tout passe d'abord par les écoles, autant pour la compréhension que la détection de leurs propres symptômes.

REMETTONS LE TOUT DANS LE CONTEXTE DE NOS JEUNES

Chez les jeunes, la tête est encore plus grosse par rapport au corps et l'espace entre le cerveau et la boîte crânienne est également plus grand. Ces deux facteurs font que les jeunes sont plus à risque de subir des commotions que les adultes.

Le cerveau de nos jeunes en plein développement prend davantage de temps pour récupérer que celui de l'adulte; gardons toujours cela en tête.

Une commotion cérébrale peut créer une altération du développement et de la consolidation des réseaux neuronaux (la plasticité du cerveau), qui en revers est déjà consolidé chez l'adulte. Le cerveau des jeunes est donc plus vulnérable aux répercussions à long terme. Voilà pourquoi nous ne pouvons prendre le phénomène à la légère, d'autant plus qu'une bonne guérison et un bon suivi médical permettront au jeune atteint de reprendre sans problème sa vie normale après quelques semaines. Par contre, si un deuxième impact survient durant la période de guérison (diagnostiqué ou non), les chances de modifications **IRRÉVERSIBLES** des fonctions cognitives et psychologiques sont augmentées de manière alarmante.

Les jeunes regardent les athlètes professionnels et s'en inspirent. Cela devient un combat de longue haleine pour les spécialistes de la santé puisqu'il faut comprendre que ce ne sont pas toutes les fédérations, ligues et organisations sportives, même au niveau «professionnel» qui possèdent et appliquent un protocole clair en cas de commotion cérébrale. Un excellent exemple de l'actualité sportive est survenu lors du match de la dernière finale de la coupe du monde de soccer au Brésil en juillet dernier. Alors que des millions de paires de yeux étaient rivés à leur écran, Christoph Kramer, un milieu de terrain de l'équipe Allemande, a subi un violent impact à la tête à la première demie. Il a continué à jouer durant 14 minutes pour éventuellement sortir du terrain. Étrangement, il retourna à la 31^e minute de jeu. Quelques minutes suffirent pour que des symptômes de commotion cérébrale se remarquent même pour le commun des spectateurs. Sonné, complètement désorienté, les yeux totalement absents et on épargne le lecteur, Kramer eut besoin de l'assistance de 2 soigneurs pour sortir de bon du terrain. Il aurait

affirmé après le match avoir menti sur les lignes de côté au sujet de ses symptômes tout en ne cessant de demander à l'officiel si c'était un match de finale. Après trois reprises, ce dernier comprit qu'il ne blaguait pas et informa un coéquipier allemand. Même encore à ce jour, Kramer ne se souvient absolument de rien de la première demie du match qui lui a permis de mettre la main sur la Coupe du Monde 2014.

Source et lien à consulter de cet évènement :

<http://o.canada.com/sports/soccer/world-cup/germanys-cristoph-kramer-continuing-in-world-cup-final-after-head-injury-revives-concussion-concerns>

En voyant les meilleurs de ce monde dans leur sport subir de telle blessure, il est plutôt ardu de faire appliquer par les jeunes des règles et protocoles stricts alors que leurs « modèles sportifs » n'en suivent pas ou défient les conseils médicaux pour retourner au jeu, parfois par défaut d'avoir eux-mêmes des protocoles dans leur fédération/association.

Même adulte, **un athlète sur deux niera ses symptômes**, généralement pour pouvoir retourner au jeu. L'implantation d'un protocole strict permet d'éviter le plus possible qu'un cas nous échappe et s'expose au syndrome du second impact avec toutes les séquelles fatales qu'on lui connaît.

Dans 20 à 30

% des cas, **les symptômes débiteront que 12 à 24 heures plus tard**; on parle de tout près d'un athlète sur 3 qui ne ressentira rien d'anormal durant toutes ces heures ! Le retrait immédiat du jeu est donc primordial et ce à la moindre suspicion. Dans les faits, lors d'un impact à la tête, il peut y avoir mort de cellule. La concentration et la capacité à réfléchir peuvent être altérées. Cela signifie que l'individu a moins de cellules et par conséquent ressent moins les symptômes. Ce n'est pas toujours par mauvaise volonté, mais bien par incapacité que l'athlète ne rapporte pas tout ce qui se passe dans son corps.

Un **RETOUR PRÉMATURÉ** avant la disparition complète de tous les symptômes peut augmenter:

- la probabilité de récurrence;
- la gravité des symptômes;
- la durée de la récupération.

Le repos physique **et** mental est le seul traitement efficace. Aucune médication n'est prouvée efficace pour traiter et accélérer la guérison. Le médecin pourrait suggérer la prise d'acétaminophène (Tyléno) selon la posologie pour réduire seulement certains symptômes, **mais déconseillera l'ibuprofène (Advil et**

Motrin). La prise de quelconque médication devra être arrêtée à la veille d'entreprendre l'étape 2 du protocole de retour au jeu (voir la section du même nom).

SYMPTÔMES POSSIBLES

1. Maux de tête ou sensation de tête légère
2. Manque d'initiative ou de jugement
3. Nausées et vomissements
4. Vision embrouillée, points lumineux
5. Étourdissements, vertiges
6. Sensibilité à la lumière ou aux sons
7. Troubles de la mémoire et/ou de concentration
8. Diminution des habiletés physiques et intellectuelles
9. Somnolence, fatigue, insomnie
10. Sensation d'être sous l'effet de l'alcool
11. Irritabilité, impulsivité, agressivité
12. Manque d'équilibre
13. Bourdonnements dans les oreilles

Suite à la première évaluation, si les circonstances suivantes apparaissent, rendez-vous à l'urgence immédiatement :

- Une nouvelle perte de connaissance
- Augmentation ou persistance des maux de tête
- Augmentation de la somnolence
- Confusion (propos incohérents, désorientation), agitation grandissante ou irritabilité
- Deux vomissements ou plus dans les prochains 24 heures ou nausées persistantes
- Écoulement de sang ou de liquide provenant du nez ou des oreilles
- Convulsions, épilepsie
- Tout symptôme neurologique nouveau (ex. : faiblesse d'une jambe ou d'un bras, perte d'équilibre, vision trouble, difficulté à parler)

Annexe 2 : Particularités de la démarche post-trauma pour les sorties à l'extérieur

Dans le cas où la situation requiert un transport d'urgence (immédiat ou suite à l'apparition de drapeaux rouges) :

- ▶ *Un adulte de l'équipe d'intervenants doit accompagner l'athlète à l'hôpital et le quittera seulement quand son parent ou une personne déléguée par le parent arrivera.*
- ▶ *Cela peut vouloir dire de dormir une nuit de plus à l'extérieur et de revenir avec un autobus voyageur.*
- ▶ *La collaboration des parents est demandée pour prendre en charge leur enfant le plus tôt possible.*

Dans le cas d'une présomption de commotion cérébrale:

- ▶ *L'entraîneur informe le parent qu'une évaluation médicale est recommandée le plus tôt possible, et fait son possible pour que l'athlète reçoive cette évaluation dans les 24h.*
- ▶ *Si l'athlète n'arrive pas à avoir cette évaluation médicale avant le départ de l'autobus pour le retour, le parent doit décider si il vient chercher l'athlète ou si il donne son autorisation pour que l'athlète retourne en autobus afin d'être évalué dès son arrivée à Amos.*
 - ▶ *On peut laisser l'athlète s'assoupir, mais il faut s'assurer qu'il est possible de le réveiller à l'occasion pendant cette période, étant donné qu'il faut surveiller les symptômes. Les intervenants adultes qui encadrent l'équipe pourront se relayer pour la surveillance*
 - ▶ *La condition de l'athlète doit être très bonne pour entreprendre le voyage, car l'idéal est d'avoir une évaluation médicale le plus tôt possible.*

Annexe 2 : Protocole de retour aux activités intellectuelles à la suite du TCCL

La responsable du Mouvement Kodiak informe la direction de l'école secondaire du TCCL survenu et des restrictions qui s'y rattachent. La direction transfère l'information aux personnels enseignants concernés. Un dépliant de conseils est remis aux parents.

L'élève doit revenir à l'étape précédente en cas de réapparition des symptômes

ÉTAPE 1 Limiter pendant quelques jours les activités intellectuelles. Limiter à des périodes de 15 à 20 minutes à la fois. Pas d'examen pendant cette période.

ÉTAPE 2 Reprendre graduellement des activités intellectuelles structurées. Procéder par demi-journées et augmenter à des journées complètes lorsque l'élève le tolère. Pas d'examen pendant cette période

ÉTAPE 3 Reprendre complètement la routine scolaire. Reprendre les examens et les autres projets demandant un plus haut niveau d'activité intellectuelle. Cependant débiter par un examen par semaine et augmenter par la suite.