

GUIDES ET NORMES

Reprise graduelle des activités à la suite d'un traumatisme craniocérébral léger ou d'une commotion cérébrale (TCCL/CC)

*Mise à jour du dépliant sur la reprise graduelle
des activités intellectuelles, physiques et
sportives à la suite d'un TCCL/CC*

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Reprise graduelle des activités à la suite d'un traumatisme craniocérébral léger ou d'une commotion cérébrale (TCCL/CC)

Mise à jour du dépliant sur la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un TCCL/CC

Rédaction

Agathe Lorthios-Guilledroit

Gratianne Vaisson

Coordination scientifique

Mélanie Lalancette-Hébert

Direction

Catherine Truchon

Élisabeth Pagé

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Ce document est accessible en ligne dans la section [Publications](#) du site Web de l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Agathe Lorthios-Guilledroit, Ph. D.
Gratianne Vaisson, Ph. D (c)

Coordonnatrice scientifique

Mélanie Lalancette-Hébert, Ph. D.

Adjointe à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodologies et éthique

Geneviève Corriveau, M. Sc.

Carole-Line Nadeau, M. Sc.

Esther McSween-Cadieux, Ph. D.

Soutien administratif

Sonia Morisset

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Traductions Alain Gélinas inc., traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-98938-7 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Reprise graduelle des activités à la suite d'un traumatisme craniocérébral léger ou d'une commotion cérébrale (TCCL/CC). Mise à jour du dépliant sur la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un TCCL/CC. Rapport en soutien rédigé par Agathe Lorthios-Guilledroit et Gratianne Vaisson. Québec, Qc : INESSS; 2024. 58 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité consultatif sont :

D^r Patrick Archambault, urgentologue et médecin spécialiste en soins intensifs, CISSS de Chaudière-Appalaches et Université Laval

M^{me} Miriam Beauchamp, chercheuse titulaire de la Chaire de recherche du Canada en traumatismes cranio-cérébraux pédiatriques, professeur titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal

D^{re} Alexandra Bwenge, médecin du sport, Kinatex Saint-Lambert

D^r Jean-Marc Chauny, médecin spécialiste en soins d'urgence, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

M. Patrick Doiron-Cadrin, physiothérapeute, directeur du développement et du soutien professionnel, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

D^r Nicolas Elazhary, médecin de famille, Hôpital Fleurimont

M. Dave Ellemberg, neuropsychologue, professeur titulaire, École de kinésiologie et des sciences de l'activité physique, directeur du Laboratoire des neurosciences du développement, de l'exercice et de la vision, Université de Montréal

M. Philippe Fait, thérapeute du sport agréé et professeur titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières

D^r Pierre Frémont, médecin du sport, Clinique de médecine du sport du PEPS; professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval

M^{me} Lisa Grilli, coordonnatrice de la traumatologie et physiothérapeute en chef de la clinique de TCCL, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Marie-Josée Harvey, neuropsychologue, Hôpital de Chicoutimi

D^r Guy Lacombe, médecin spécialiste en gériatrie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Marjolaine Lajoie, conseillère-cadre aux pratiques professionnelles et collaboratives, CISSS des Laurentides

M. Pierre Langevin, physiothérapeute, Cliniques Physio Interactive et Cortex; professeur de clinique et enseignant au programme de physiothérapie de l'Université Laval

M^{me} Nancy Lemieux, infirmière, Hôpital de l'Enfant-Jésus

M^{me} Michelle McKerral, chercheuse régulière, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal – Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, professeure titulaire et directrice, Département de psychologie, Université de Montréal

D^r Hugo Paquin, urgentologue pédiatrique, médecin du sport, CHU Sainte-Justine

M^{me} Isabelle Potvin, coordonnatrice de l'équipe TCCL, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Roxanne Thibodeau, médecin du sport, Hôpital de Jonquière

D^r Simon Tinawi, spécialiste en médecine physique et réadaptation, Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Karine Veilleux-Rouleau, travailleuse sociale (équipe de traumatologie et dépistage TCCL), CISSS du Bas-Saint-Laurent

Lectrices externes

Pour ce rapport les lectrices externes sont :

M^{me} Elaine de Guise, chercheuse régulière, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal – Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain et Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal

D^{re} Stéphanie Flageol, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

Pour ce rapport les patients, usagers, proches aidants et citoyens sont :

M^{me} Doris Boucher

M^{me} Jessica Boudreau

M. Stéphane Brière

M^{me} Géraldine Cadier-Miralles

M. Luc Chouinard

M^{me} Valérie Laberge

M^{me} Nicole Lebel

M. Serge Fournier

M. Maverik Gagnon

M^{me} Sonia Marois

M. Steven Tremblay

Un participant a choisi de rester anonyme.

Autres contributions

L'Institut tient à remercier aussi les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M. Adam Andersen, kinésologue, Centre de réadaptation en déficience physique de Rivière-du-Loup, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Marie-Gabrielle Delisle, infirmière clinicienne, CHU Sainte-Justine

D^{re} Michelle Garant, médecin de famille et médecin du sport, médecin-conseil, Football Québec

M. Jean-François Leblond, directeur des programmes et des formations, Hockey Québec

D^{re} Suzanne Leclerc, médecin du sport, directrice des services médico-sportifs à l'Institut national du sport du Québec (INS Québec)

M^{me} Anne-Valérie Leduc, neuropsychologue, Centre de réadaptation en déficience physique de Rivière-du-Loup, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^r Thierry Pauyo, président du conseil médical, Soccer Québec

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet. Les membres du comité consultatif et les lectrices externes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

Le **D^r Patrick Archambault** a déclaré avoir reçu du financement de recherche (IRSC, FRSQ) pour des études liées au TCCL et avoir publié un article sur le développement d'outils d'aide à la décision partagée pour les personnes qui ont subi un TCCL.

M^{me} Miriam Beauchamp a déclaré avoir développé des outils de mobilisation de connaissances et d'évaluation en lien avec les CC en bas âge, mener des projets de recherche sur le TCC et recevoir du financement de recherche (FRQ, IRSQ, FCI) pour ces projets, rédiger des articles scientifiques sur les TCC pédiatriques et siéger aux conseils d'administration de l'International Pediatric Brain Injury Society et de l'International Brain Injury Association.

La **D^{re} Alexandra Bwenge** a déclaré avoir reçu des honoraires de la part de l'Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice pour donner des conférences/cours, créer des modules de formation pour les professionnels de la santé, créer des outils informatifs pour le public sur les CC dans le sport, avoir participé aux activités de différents groupes de travail liés aux TCCL/CC.

Le **D^r Jean-Marc Chauny** a déclaré son rôle de cochercheur dans des projets de recherche liés au TCCL et avoir donné des présentations dans le cadre de ces projets.

M. Patrick Doiron-Cadrin a déclaré son rôle de directeur de l'Ordre de la physiothérapie du Québec.

M. Dave Ellemberg a déclaré être propriétaire, neuropsychologue clinicien et directeur d'une clinique privée en neuropsychologie spécialisée dans l'évaluation des troubles d'apprentissage, dont une partie de la clientèle consulte à la suite d'un TCCL/CC, donner un cours sur les CC à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, mener des projets de recherche sur les CC et avoir reçu du financement de recherche (Agence de la santé publique du Canada, CRSNG, IRSC) et des paiements pour des dépenses de voyage associées à des rencontres scientifiques associées à ces projets, avoir été membre d'un comité consultatif sur les CC pour le gouvernement du Québec (2013-2019), avoir publié des livres de vulgarisation scientifique et des articles scientifiques sur les CC, faire de la vulgarisation scientifique sur le TCCL/CC dans les médias et s'être exprimé à la Cour sur le TCCL/CC.

M. Philippe Fait a déclaré être directeur scientifique à la clinique Cortex, avoir reçu des honoraires pour son rôle de formateur sur les CC pour Atlas-Medic, avoir reçu des paiements de la part de l'UQTR pour des dépenses de voyage associées à des rencontres scientifiques (congrès scientifiques, année sabbatique), être membre du Groupe de recherche sur les affections neuromusculosquelettiques (recherche financée par l'UQTR), membre du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (recherche financée par le FRQS) et membre du groupe de travail sur les commotions cérébrales du gouvernement du Québec (2015).

La **D^{re} Stéphanie Flageol** a déclaré avoir reçu des honoraires à titre de consultante pour le MSSS pour la révision de modules en lien avec la création d'une formation continue partagée sur le TCCL/CC et d'un projet pilote sur l'introduction de la télésanté pendant la phase de surveillance à la suite d'un TCCL/CC.

Le **D^r Pierre Frémont** a déclaré avoir reçu des paiements de la part du Comité-aviseur scientifique de la National Football League pour des dépenses de voyage associées à des rencontres scientifiques dans le cadre d'un projet de recherche sur les commotions cérébrales et donner régulièrement des conférences à ce sujet.

La **D^{re} Michelle Garant** a déclaré être membre du conseil d'administration et siéger au comité des commotions cérébrales de l'Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice (AQMSE), avoir participé aux énoncés de position de l'AQMSE sur les boissons énergisantes, le dopage et les commotions cérébrales, avoir révisé le document sur le sujet du ministère de l'Éducation du Québec en collaboration avec la Direction de la sécurité dans le loisir et le sport, et être médecin du sport pour des athlètes atteints d'une commotion cérébrale au sein et hors du réseau de la santé du Québec.

M^{me} Elaine de Guise a déclaré avoir reçu des fonds de recherche du FRQ-S (Fonds de recherche du Québec – Santé) (2015-2019), participé au développement d'une application mobile sur la prise en charge des TCCL, avoir publié des articles et donné des conférences scientifiques sur le TCC.

M^{me} Marie-Josée Harvey a déclaré avoir été membre d'un groupe de travail du MSSS pour l'opérationnalisation de l'offre de services pour les personnes qui ont subi un TCCL/CC au Québec, et faire partie des experts nommés par le MSSS pour développer des formations sur la prise en charge du TCCL. Il s'agit d'activités réalisées dans le cadre de ses activités professionnelles au programme de traumatologie du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Le **D^r Guy Lacombe** a déclaré faire partie du comité du développement professionnel continu de l'Association des médecins gériatres du Québec, et du conseil d'administration de la Société Alzheimer de l'Estrie.

M. Pierre Langevin a déclaré être clinicien salarié et copropriétaire minoritaire des cliniques Cortex et Physio Interactive où il offre des services de physiothérapie à des patients avec atteintes musculosquelettiques et TCCL, avoir reçu du financement de recherche (REPAR, OPPQ) pour un projet de recherche sur l'efficacité de diverses techniques de réadaptation après un TCCL, avoir reçu une bourse doctorale pour une thèse portant sur le TCCL (2019-2022), avoir reçu des honoraires de la part de l'Association québécoise de physiothérapie musculosquelettique avancée, d'Atlas Medic, de l'Association canadienne de physiothérapie et de l'Université Laval pour son rôle de formateur des cliniciens en recherche clinique et en prise en charge du TCCL et de la cervicalgie et avoir donné plusieurs conférences et publié des articles en physiothérapie en lien avec le TCCL.

M^{me} Michelle McKerral a déclaré avoir reçu du financement de recherche pour un projet sur l'implantation d'une mesure d'évolution fonctionnelle de la clientèle qui a subi un TCC, être membre de deux centres de recherche qui reçoivent des subventions du FRQS (CRIR, CIRCA), d'un groupe de recherche qui reçoit une subvention privée (Cerebrum) et d'une équipe de recherche subventionnée par les IRSC et la FCI (BRILLIANT), présenter et publier régulièrement sur le TCCL et la réadaptation, et avoir participé aux travaux de l'INESSS sur l'élaboration de la Trousse de soutien à l'implantation du MPAI-4 dans le cadre de la deuxième phase de l'implantation de l'outil MPAI-4 dans l'ensemble des centres de réadaptation pour les personnes TCC au Québec.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Ses conclusions et ses recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Revue de littérature	4
1.2 Synthèse de l'information et élaboration d'une première ébauche d'énoncés	7
1.3 Démarche de consultation auprès du comité consultatif	7
1.4 Finalisation des énoncés	8
1.5 Démarches de consultation auprès d'utilisateurs du dépliant et des outils développés.....	8
1.6 Production d'un dépliant à l'intention des utilisateurs ciblés	10
1.7 Mise à jour.....	10
2 RÉSULTATS	11
2.1 Quels sont les symptômes fréquemment observés ou rapportés à la suite d'un TCCL/CC?.....	11
2.2 Quels sont les principaux signaux d'alerte à surveiller à la suite d'un TCCL/CC?	13
2.3 Quelles sont les balises temporelles de récupération à la suite d'un TCCL/CC? En fonction de ces balises temporelles, quand devrait-il y avoir consultation médicale?.....	15
2.4 Comment devrait être gérée la reprise des activités à la suite d'un TCCL/CC?.....	19
2.5 Comment devrait se dérouler le repos initial à la suite d'un TCCL/CC?	22
2.6 Comment devrait se dérouler la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un TCCL/CC?.....	27
2.7 Comment devrait se dérouler le retour au sport impliquant des risques de collision, chute ou contact après un TCCL/CC?.....	34
2.8 Y a-t-il d'autres éléments à considérer dans la formulation des énoncés et des conseils?	36
CONCLUSION	39
RÉFÉRENCES.....	41
ANNEXE A.....	46
Stratégie de repérage de l'information scientifique et liste des autres sources consultées	46
ANNEXE B.....	53
Sélection des études	53
ANNEXE C.....	54
Guide des consultations réalisées en début de projet.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques	6
Tableau 2	Portrait des utilisateurs ou utilisateurs potentiels consultés en début et en fin de projet ..	10
Tableau A-1	Bases de données bibliographiques	46
Tableau A-2	Autres sources consultées.....	51

LISTE DES FIGURES

Figure B-1	Diagramme de flux de type PRISMA.....	53
------------	---------------------------------------	----

RÉSUMÉ

Introduction

Un traumatisme craniocérébral (TCC) est généralement défini comme une altération des fonctions cérébrales, ou toute autre preuve de pathologie cérébrale, causée par une force externe. Le TCC léger (TCCL), parfois appelé commotion cérébrale (CC), constitue la forme la plus légère des TCC, mais également la plus fréquente.

Le TCCL/CC peut provoquer divers symptômes, mais ceux-ci disparaissent en quelques semaines chez la majorité des personnes. Pour optimiser la récupération et diminuer les impacts à long terme, une approche graduelle de reprise des activités est recommandée. Ainsi, l'information, l'éducation et la réassurance des personnes qui ont subi un tel traumatisme sont essentielles à la prise en charge de cette condition. Dans ce contexte, l'INESSS a produit un dépliant d'information visant à guider les personnes qui ont subi un TCCL/CC et leurs proches dans la reprise des activités intellectuelles, physiques et sportives. Ce dépliant, dont la dernière mise à jour remonte à 2018, est largement utilisé dans le réseau de la santé du Québec. Il est perçu par les personnes qui ont subi un TCCL/CC, leurs proches et les professionnels et professionnelles de la santé comme un outil de référence pour la prise en charge des TCCL/CC.

L'objectif de ce projet était de mettre à jour le dépliant de l'INESSS pour les personnes qui ont subi un TCCL/CC (enfants d'âge scolaire, adolescents, adultes, aînés) ainsi que leur entourage. Cette mise à jour était nécessaire, puisque de nouvelles données probantes et recommandations sur le sujet ont été publiées.

Méthodologie

La démarche d'élaboration des énoncés et de production du dépliant sur la reprise des activités intellectuelles, physiques et sportives a inclus :

1. Une revue de la littérature scientifique et grise sur l'information et les conseils à donner aux personnes qui viennent de subir un TCCL/CC;
2. Une synthèse de l'information, l'analyse de la qualité méthodologique des documents et la formulation d'une première ébauche d'énoncés;
3. Une démarche de consultation (deux sondages électroniques et une rencontre virtuelle) auprès d'un comité consultatif d'experts et d'expertes cliniques, scientifiques et administratifs afin d'obtenir un consensus sur les énoncés;
4. La finalisation des énoncés et leur transposition dans un dépliant d'information;
5. Deux démarches de consultation (entrevues individuelles) auprès d'utilisateurs et d'utilisatrices du dépliant, soit une en début de projet pour obtenir leur avis sur le dépliant de 2018 et une en fin de projet pour tester l'utilisabilité et l'acceptabilité du dépliant mis à jour;
6. La production d'un dépliant à l'intention des utilisateurs et des utilisatrices ciblés.

Résultats

La revue de littérature a permis de recenser 33 documents de littérature scientifique et 6 documents de littérature grise de qualité variable. L'information recueillie dans ces documents a été synthétisée sous forme d'énoncés et soumise à un comité consultatif formé de 21 personnes qui détiennent diverses expertises cliniques, scientifiques et administratives. La majorité des énoncés (13 sur 17) ont fait l'objet d'un consensus ($\geq 80\%$ d'accord) lors du vote final du comité consultatif et ils ont été conservés. Les quatre autres énoncés ont été modifiés en éliminant la source principale de désaccord, c'est-à-dire l'absence de mention de certaines professions aptes à accompagner les personnes qui ont subi un TCCL/CC.

Ainsi, la démarche a permis de formuler 17 énoncés qui ont été transposés dans un dépliant d'information visant à soutenir les personnes qui ont subi un TCCL/CC et leurs proches dans la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives.

Ces énoncés concernent les symptômes fréquemment observés, les signaux d'alerte qui nécessitent de se rendre à l'urgence, les balises temporelles de récupération, les conditions qui requièrent une consultation, le repos initial et les principes et étapes de la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives.

En début de projet, des consultations menées auprès de 12 utilisateurs et utilisatrices (personnes qui ont subi un TCCL/CC, leurs proches et intervenants en santé) ont permis de déterminer les besoins d'information, de réassurance et communicationnels des personnes qui ont subi un tel traumatisme. En fin de projet, des consultations menées auprès de 10 utilisateurs et utilisatrices potentiels ont permis de vérifier que ces besoins avaient été pris en considération dans la mise à jour du dépliant.

La version mise à jour du dépliant a été déposée sur le site de l'INESSS.

Sur le plan clinique, les principaux éléments qui diffèrent de la version de 2018 sont les suivants :

- La durée du repos initial est de 1 à 2 jours plutôt que d'au moins 48 heures;
- Le repos initial est maintenant décrit comme un repos « actif », c'est-à-dire que la personne continue à faire des activités quotidiennes, mais plus doucement, plutôt que de limiter toutes ses activités;
- Des conseils sur les activités possibles pendant le repos initial ont été ajoutés en réponse au besoin exprimé par des personnes qui ont subi un TCCL/CC, puisque le dépliant de 2018 ne mentionnait que des conseils sur les activités à éviter ou à limiter;
- L'augmentation des symptômes durant les premières étapes de reprise des activités est tolérée, pourvu qu'elle reste légère et brève (moins d'une heure);
- Les infirmières praticiennes spécialisées, les physiothérapeutes, les psychologues et les neuropsychologues s'ajoutent aux médecins et à l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC comme professionnels et professionnelles de la santé qui peuvent aider les personnes qui ont subi ce traumatisme.

Sur le plan graphique et communicationnel, les principaux éléments qui diffèrent de la version de 2018 sont les suivants :

- Le dépliant comprend maintenant 4 pages (plutôt que 2 pages) pour répondre au besoin indiqué par des utilisateurs et utilisatrices d'espacer davantage l'information;
- Dans tout le dépliant, plusieurs exemples d'activités ont été ajoutés pour tenter de joindre diverses clientèles – p. ex. les personnes qui ne vont pas à l'école ou qui ne pratiquent pas de sports;
- En réponse au besoin de réassurance exprimé par des personnes qui ont subi un TCCL/CC, la section sur les ressources additionnelles est plus élaborée pour mieux les orienter vers les ressources appropriées;
- Un effort important a été fait pour adapter le niveau de littératie au public visé et rendre l'information accessible à un plus grand nombre de personnes.

Conclusion

Il est souhaité que cette mise à jour permette aux personnes qui ont subi un TCCL/CC, et à leurs proches, d'être bien informées et rassurées à propos du TCCL/CC et qu'elles puissent vivre un rétablissement optimal. Il est également souhaité qu'elle permette de livrer un message commun, cohérent et consistant sur la reprise des activités à la suite d'un TCCL/CC.

Pour avoir l'impact souhaité, ce dépliant devra être diffusé au sein de différents ordres professionnels et de divers milieux cliniques, car certains professionnels pourraient être moins familiarisés avec le dépliant sur le TCCL/CC et les conseils qu'il contient. Le dépliant pourrait également être diffusé dans des milieux non cliniques – p. ex. milieux sportifs, milieux scolaires, milieux de travail, milieux d'hébergement – pour sensibiliser l'ensemble des intervenants qui pourraient côtoyer une personne victime d'un TCCL/CC. Comme le sujet de ces traumatismes n'est pas exclusif au milieu de la santé, un arrimage sera nécessaire entre les différentes instances qui sont concernées, y compris le ministère de l'Éducation du Québec et les différentes associations sportives.

Finalement, ce dépliant mis à jour pourra servir de levier pour développer d'autres initiatives et différents outils (p. ex. capsules audios, vidéos) à l'intention des personnes qui ont subi un TCCL/CC et de leur entourage.

SUMMARY

Gradual return to activities following a mild traumatic brain injury or concussion (MTBI/Concussion) - Updated pamphlet on the gradual return to intellectual, physical, and sports activities following an MTBI/Concussion

Introduction

Traumatic brain injury (TBI) is generally defined as an impairment of brain function, or other evidence of brain pathology, caused by an external force. Mild TBI (MTBI), sometimes called concussion, is the mildest but also the most common form of TBI.

MTBI/Concussion can cause a variety of symptoms, but in most people, these disappear within a few weeks. To optimize recovery and minimize long-term impact, a gradual approach to resuming activities is recommended. Information, education, and reassurance for people with such trauma are essential to the management of this condition. The INESSS has produced an information pamphlet designed to guide people with MTBI/Concussion and their close ones in resuming intellectual, physical, and sporting activities. The pamphlet, last updated in 2018, is widely used in the Quebec healthcare network. It is recognized by people with MTBI/concussion, their close ones, and healthcare professionals as a reference tool for the management of MTBI/Concussion.

This project aimed to update the INESSS pamphlet for people with MTBI/Concussion (school-age children, adolescents, adults, seniors) and their close ones. This update was necessary as new evidence and recommendations have been published.

Methodology

The process of developing the statements and producing the pamphlet on resuming intellectual, physical, and sporting activities included:

1. A review of the scientific and grey literature on information and advice for people who have just had a MBTI/Concussion;
2. A synthesis of the information, analysis of the methodological quality of the documents, and formulation of a first draft of statements;
3. A consultation process (two electronic surveys and one virtual meeting) with an advisory committee of clinical, scientific, and administrative experts, in order to reach a consensus on the statements;
4. Finalization of the statements and their translation into an information pamphlet;
5. Two consultation processes (individual interviews) with pamphlet users, one at the beginning of the project to get their opinion on the 2018 pamphlet, and one at the end of the project to test the usability and acceptability of the updated pamphlet;
6. The production of a pamphlet for targeted users.

Results

The literature review identified 33 scientific literature documents and 6 grey literature documents of varying quality. The information gathered in these documents was synthesized in the form of statements and submitted to an advisory committee made up of 21 people with diverse clinical, scientific, and administrative expertise. Most statements (13 out of 17) were kept as they reached consensus ($\geq 80\%$ agreement) in the final vote of the advisory committee. The four remaining statements were modified by eliminating the main source of disagreement, i.e., no mention of specific professions able to support people with MTBI/Concussion.

As a result, 17 statements were formulated and translated into an information pamphlet designed to help people with MTBI/Concussion and their close ones gradually resume intellectual, physical, and sporting activities.

These statements cover common symptoms, warning signs that require to go to the emergency room, time to recovery, conditions that require consultation, initial rest, and the principles and steps of gradual resumption of intellectual, physical, and sporting activities.

At the start of the project, consultations were held with 12 users (people who had suffered from a MTBI/Concussion, their close ones, and healthcare professionals) to determine their information, reassurance, and communication needs. At the end of the project, consultations with 10 potential users ensured that these needs had been addressed in the updated pamphlet.

The updated pamphlet has been posted on the INESSS website.

Clinically, the main elements that differ from the 2018 version are as follows:

- The initial rest period is 1 to 2 days rather than at least 48 hours;
- Initial rest is now described as “active” rest, meaning that the person continues to perform daily activities, but more gently, rather than limiting all activities;
- Advice on possible activities during initial rest has been added in response to the need expressed by people with MTBI/Concussion, since the 2018 pamphlet only mentioned advice on activities to avoid or limit;
- Increased symptoms during the initial steps of resuming activities are tolerated, provided the increase remains mild and brief (less than an hour);
- Specialized nurse practitioners, physiotherapists, psychologists, and neuropsychologists join physicians and the early intervention and rehabilitation team for MTBI/Concussion as health professionals who can help people who have suffered from this trauma.

Regarding graphics and communication, the main elements that differ from the 2018 version are as follows:

- The pamphlet now includes 4 pages (rather than 2 pages) to meet the need indicated by users to space the information further apart;
- Throughout the pamphlet, several examples of activities have been added in an attempt to reach various clienteles - e.g., people who do not go to school or who do not participate in sports;
- In response to the need for reassurance expressed by people who have suffered a MTBI/Concussion, the section on additional resources has been expanded to better direct them to the appropriate resources;
- A major effort has been made to adapt the literacy level to the target audience and make the information accessible to a large number of people.

Conclusion

It is hoped that this update will help people with MTBI/Concussion and their close ones to be well informed and reassured about MTBI/Concussion, and to optimize their recovery. It is also hoped that it gives a common, coherent, and consistent message on resuming activities following a MTBI/Concussion.

To get the desired impact, the pamphlet needs to be distributed within various professional orders and clinical settings, as some professionals may be less familiar with the MTBI/Concussion pamphlet and the advice it contains. The pamphlet could also be distributed in non-clinical settings - e.g., sports associations, schools, workplaces, residential care facilities - to raise awareness among all people who may meet a person with MTBI/Concussion. As traumas are not exclusive to the health sector, it will be necessary to establish links between various stakeholders, including the Quebec Ministry of Education and various sports associations.

Finally, this updated pamphlet could be used as a lever to develop other initiatives and tools (e.g., audio/video capsules) for people with MTBI/Concussion and those around them.

SIGLES ET ACRONYMES

ACRM	American Congress of Rehabilitation Medicine
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
CC	Commotion cérébrale
CHU	Centre hospitalier universitaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
Va/DOD	Department of Veterans Affairs and Department of Defense

INTRODUCTION

Problématique

Un traumatisme craniocérébral (TCC) est généralement défini comme une altération des fonctions cérébrales, ou toute autre preuve de pathologie cérébrale, causée par une force externe [Menon *et al.*, 2010]. Le TCC léger (TCCL), parfois appelé commotion cérébrale (CC), constitue la forme la plus légère des TCC, mais également la plus fréquente¹. Il représente environ 80 à 90 % des TCC [Levin et Diaz-Arrastia, 2015]. Les causes de TCCL/CC sont variées; elles comprennent les chutes, les accidents impliquant des véhicules à moteur et les contextes sportifs et de loisirs comme les sports d'impact ou avec risque de chute [Champagne *et al.*, 2023].

Même si certaines personnes ne consultent pas toujours un professionnel de la santé après un TCCL/CC, ce diagnostic engendre un volume important de consultations médicales. En 2019, plus de 45 000 personnes ont consulté pour un TCCL/CC à l'urgence ou en cliniques médicales au Québec [MSSS, 2023]. De plus, les personnes qui ont subi un TCCL/CC auraient tendance à se tourner davantage vers leur fournisseur de soins primaires plutôt que d'aller à l'urgence, faisant ainsi des cliniques médicales d'importants points de service dans la prise en charge des TCCL/CC [Rao *et al.*, 2017].

Au cours des jours et des semaines qui suivent l'accident qui a causé le TCCL/CC, un large éventail de symptômes peut être observé – p. ex. maux de tête, fatigue, troubles des fonctions exécutives comme des difficultés à planifier ou à résoudre un problème, troubles émotionnels, comportementaux ou liés au sommeil. Toutefois, de 80 à 90 % des personnes verront ces symptômes disparaître en moins de quatre semaines [INESSS, 2018]. Pour favoriser la récupération et diminuer les impacts à long terme, une approche graduelle pour reprendre ses activités est généralement recommandée après un TCCL/CC [AIS, 2024; Goulet et Beno, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021]. Le fait d'être informé et rassuré et de respecter les conseils relatifs à la reprise des activités pourrait avoir un impact positif sur le processus de rétablissement [Poulin-Lapierre *et al.*, 2023; Scorza et Cole, 2019]. Le niveau de littératie du matériel d'éducation et d'information doit toutefois être adapté à la clientèle ciblée, car une mauvaise compréhension des conseils pourrait mener à des comportements inadéquats et, par conséquent, à des résultats de santé défavorables [Schellhase *et al.*, 2024]. Ainsi, l'information, l'éducation et la réassurance des personnes qui ont subi un TCCL/CC sont essentielles pour limiter le recours aux soins et services plus spécialisés [Scorza et Cole, 2019; Permenter *et al.*, 2018].

¹ Le terme « commotion cérébrale » (CC) sert généralement à désigner une forme de TCCL dans laquelle les critères objectifs du TCCL ne sont pas toujours présents. Toutefois, comme sa définition tient compte de toutes les manifestations cliniques possibles des TCC et que la CC et le TCCL correspondent en réalité au même problème de santé, le libellé TCCL/CC sera désormais employé (MSSS, 2024).

Contexte

En 2014, l'INESSS a produit des dépliants d'information visant à guider les personnes qui ont subi un TCCL/CC et leurs proches dans la reprise des activités intellectuelles, physiques et sportives après un tel traumatisme. Ce matériel, alors disponible en version pour adultes et en version pour enfants, a été mis à jour en 2018 dans un seul dépliant ciblant à la fois la clientèle adulte et pédiatrique. Des capsules vidéos expliquant le contenu du dépliant ont également été diffusées. Un sondage réalisé en 2021 a montré que ce dépliant est utilisé dans la majorité des établissements de santé au Québec, soit seul ou en combinaison avec d'autres outils [Delisle, 2021]. Une évaluation de l'impact du dépliant de l'INESSS confirme que celui-ci est perçu par ses utilisateurs (personnes qui ont subi un TCCL/CC, proches et professionnels de la santé) comme un outil de référence et d'enseignement utile à la prise en charge des TCCL/CC [INESSS, 2024].²

Une nouvelle mise à jour du dépliant de l'INESSS apparaissait nécessaire, puisque de nouvelles données probantes et recommandations, comme celles du Groupe sur les commotions cérébrales dans le sport [Patricios *et al.*, 2023], ont été récemment publiées. Cette mise à jour s'avèrerait également importante dans le contexte où le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vient d'actualiser son programme provincial de prise en charge du TCCL/CC [MSSS, 2024] et prépare le déploiement d'un projet pilote de télésurveillance des symptômes à la suite de ce traumatisme, avec lequel il souhaite offrir un panier d'outils destiné aux personnes qui ont subi un TCCL/CC et à leurs proches. Le programme provincial de prise en charge du TCCL/CC a notamment pour objectif d'encourager la personne qui a subi ce traumatisme et ses proches à adopter les comportements adéquats tout de suite après l'incident par l'information, l'éducation et la réassurance, de sorte qu'elle développe rapidement une meilleure compréhension de son état et participe activement à son rétablissement. La remise du dépliant de l'INESSS par un professionnel de la santé à la personne qui a subi un TCCL/CC et à ses proches au moment du diagnostic offre une occasion importante de contribuer à l'atteinte de cet objectif, et ainsi d'optimiser le rétablissement de la personne blessée.

Objectifs

L'objectif des présents travaux était de mettre à jour le dépliant de l'INESSS pour les personnes qui ont subi un TCCL/CC ainsi que leur entourage. Cette mise à jour s'appuie sur les nouvelles données probantes disponibles, des positions prises par des organisations et associations savantes, l'expertise de professionnels de la santé et d'autres acteurs engagés dans la prise en charge du TCCL/CC au Québec ainsi que sur l'expérience vécue de personnes qui ont subi un TCCL/CC et leurs proches.

² L'évaluation de l'impact du dépliant a été réalisée en parallèle avec la mise à jour du dépliant. Toutefois, elle a utilisé le contenu des consultations visant à obtenir la perspective de quelques utilisateurs du dépliant (voir [section 1.5](#)) comme source de données, puisque ces utilisateurs ont été questionnés sur l'impact perçu du dépliant dans le cadre de ces consultations.

Plus précisément, les travaux visaient à :

- 1) formuler l'énoncé des récentes informations, conseils ou principes de gestion de la reprise des activités physiques et intellectuelles; et
- 2) transposer ces énoncés dans un dépliant remis aux personnes qui ont subi un TCCL/CC.

Les utilisateurs ciblés par le dépliant mis à jour sont celles qui ont subi un TCCL/CC (enfants d'âge scolaire³, adolescents, adultes, aînés) ainsi que leurs proches. Le dépliant sera également utile à tout acteur qui accompagne ces personnes, soit les intervenants du réseau de la santé, des milieux de l'éducation, des milieux sportifs, des milieux de travail ou des milieux de vie (p. ex. résidences pour personnes âgées). À noter que le dépliant ne cible pas les athlètes de très haut niveau ni les para-athlètes.

Les énoncés formulés ont comme prémisse que le diagnostic de TCCL/CC a déjà été posé par un médecin – p. ex. lors d'une consultation à l'urgence ou par un médecin de famille – ou qu'une forte suspicion de TCCL/CC a été formulée par un professionnel de la santé compétent. Les critères diagnostiques du TCCL/CC ne sont donc pas traités dans ce document⁴.

³ La démarche ne cible pas les enfants d'âge préscolaire, car du matériel adapté à cette clientèle existe déjà. Pour plus d'information, voir le dépliant du [CHU Sainte-Justine](#) et de l'[Hôpital de Montréal pour enfants](#).

⁴ Les critères diagnostiques du TCCL et la définition de la CC ou du TCCL probables sont présentés dans le programme de prise en charge du TCCL/CC au Québec [MSSS, 2024].

1 MÉTHODOLOGIE

La démarche d'élaboration des énoncés et de production du dépliant sur la reprise des activités intellectuelles, physiques et sportives a été légèrement adaptée du processus suivi lors de la dernière mise à jour du dépliant [INESSS, 2018]. Elle a inclus :

1. Une **revue de la littérature** scientifique et grise sur l'information et les conseils à donner aux personnes qui viennent de subir un TCCL/CC;
2. Une synthèse de l'information, l'analyse de la qualité méthodologique des documents et la formulation d'une **première ébauche d'énoncés révisés**;
3. Une démarche de **consultation** auprès d'un comité consultatif d'experts cliniques, scientifiques et administratifs pour obtenir un consensus sur les énoncés révisés;
4. La **formulation finale des énoncés**;
5. Deux démarches de **consultation auprès d'utilisateurs** du dépliant, soit une en début de projet pour obtenir leur avis sur le dépliant de 2018 et une en fin de projet pour tester l'utilisabilité et l'acceptabilité du dépliant mis à jour;
6. La **production d'un dépliant** à l'intention des utilisateurs ciblés.

1.1 Revue de littérature

Une revue rapide de la littérature scientifique et grise a été réalisée selon les lignes directrices de revues rapides de l'INESSS [INESSS, 2023]. L'objectif était de mettre à jour les connaissances sur l'autogestion du TCCL/CC et le retour efficace et sécuritaire aux activités physiques et intellectuelles chez les personnes qui viennent de subir un TCCL/CC.

1.1.1 Questions clés de recherche

Les huit questions suivantes ont guidé le processus de revue de la littérature :

1. Quels sont les symptômes observés fréquemment ou rapportés à la suite d'un TCCL/CC?
2. Quels sont les principaux signaux d'alerte ou drapeaux rouges à surveiller à la suite d'un TCCL/CC?
3. Quelles sont les balises temporelles de récupération à la suite d'un TCCL/CC? En fonction de ces balises temporelles, quand devrait-il y avoir consultation médicale?
4. Comment devrait être gérée la reprise des activités à la suite d'un TCCL/CC?
5. Comment devrait se dérouler le repos initial à la suite d'un TCCL/CC?
6. Comment devrait se dérouler la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un TCCL/CC?

7. Comment devrait se dérouler le retour au sport impliquant des risques de collision, de chute ou de contact après un TCCL/CC?
8. Y a-t-il d'autres éléments à considérer dans la formulation des énoncés?

Pour chacune de ces questions, les distinctions entre les différentes clientèles (enfants d'âge scolaire, adolescents, adultes, aînés) ont également été spécifiées.

1.1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été mené par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet. Afin de diminuer les biais de divulgation, le repérage de l'information a été effectué dans plus d'une base de données, soit MEDLINE, Embase, EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews et CINAHL Complete. Ces bases de données ont été interrogées en septembre 2023 en tenant compte des mots clés suivants : traumatisme craniocérébral léger, éducation des personnes qui ont subi un TCCL/CC et de leurs proches, symptômes persistants, reprise des activités.

La stratégie ciblait les méta-analyses, les revues systématiques, les lignes directrices ainsi que les guides et les normes publiés en français ou en anglais de 2017 à 2023. Élaborée d'abord dans MEDLINE, la stratégie a fait l'objet d'une révision par une autre conseillère en information scientifique et a été par la suite adaptée dans chacune des bases de données consultées.

Une recherche complémentaire a été menée au moyen du moteur de recherche Google afin de répertorier des documents non publiés. Les sites Web des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé, des organismes gouvernementaux et des associations professionnelles de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Angleterre, Écosse) ont été consultés. Enfin, les bibliographies des publications pertinentes ont aussi été examinées.

La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques ainsi que la liste des autres sources consultées se trouvent à l'[annexe A](#).

Une mise à jour de la recherche documentaire a aussi été effectuée en août 2024 afin de repérer et d'intégrer, avant la parution de ce rapport, des publications récentes susceptibles de modifier les résultats présentés.

1.1.3 Processus et critères de sélection des études

Deux examinatrices ont appliqué les critères définis au [tableau 1](#) pour sélectionner les articles pertinents. Une examinatrice a procédé à une première sélection des publications en lisant les titres et les résumés, puis à une deuxième sélection en lisant au complet les publications retenues lors de la première sélection. Une réviseuse a validé la sélection en appliquant les critères de sélection sur un échantillon aléatoire correspondant à 10 % des articles issus de la première et de la deuxième sélection. Les résultats de l'examinatrice

et ceux de la réviseuse ont ensuite été comparés. Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus ou en considérant l'avis d'une troisième examinatrice, au besoin. En cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue. Un diagramme de flux ([Annexe B](#)) présente le processus de sélection des documents.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
POPULATION	▪ Clientèle ayant subi un TCCL/CC (enfants d'âge scolaire/adolescents, adultes, aînés)	▪ Enfants d'âge préscolaire (0-5 ans) ▪ Diagnostic de TCC modéré ou grave ▪ Athlètes de très haut niveau et para-athlètes
INTERVENTION	▪ Éducation ▪ Autogestion ▪ Gestion et suivi médical	▪ Établissement du diagnostic de TCCL/CC
COMPARATEUR	▪ Sans objet	▪ Sans objet
RÉSULTATS	▪ Rétablissement ▪ Reprise des activités	▪ Sans objet
TYPES DE PUBLICATION	▪ Méta-analyses ▪ Revues systématiques ▪ Lignes directrices ▪ Guides/normes ▪ Consensus d'experts ▪ Prises de position de sociétés savantes	▪ Études observationnelles ou expérimentales (sauf les études qui visent à obtenir un consensus d'experts) ▪ Revues narratives ▪ Articles d'opinion ▪ Articles de conférence ▪ Protocoles
LANGUES	▪ Français, anglais	▪ Autres langues
PÉRIODE	▪ D'août 2017* à ce jour	▪ Documents publiés avant août 2017*

* Date à laquelle s'arrêtait la recherche bibliographique pour la mise à jour du dépliant en 2018.

1.1.4 Extraction de l'information

Une examinatrice a fait l'extraction des données à l'aide d'un formulaire d'extraction. Ce formulaire a été préétabli dans le but de recueillir l'information pertinente aux différentes questions d'évaluation et il a été préalablement testé sur quelques études pour en assurer la validité.

1.1.5 Évaluation de la qualité des études

L'évaluation de la qualité des articles a été réalisée à l'aide des outils suivants :

- l'outil AMSTAR-2 (*A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews*) pour les revues systématiques et les méta-analyses [Shea *et al.*, 2017];
- l'outil AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) pour les guides de pratique clinique [Brouwers *et al.*, 2012];
- l'outil MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool*) pour les consensus d'experts obtenus à l'aide de méthodes mixtes [Hong *et al.*, 2018].

Une examinatrice a réalisé l'évaluation de la qualité de tous les articles, et 10 % des évaluations ont été validées par une deuxième examinatrice. Les désaccords ont été réglés par consensus.

1.2 Synthèse de l'information et élaboration d'une première ébauche d'énoncés

La preuve scientifique extraite des études recensées a été résumée sous forme d'une synthèse narrative, et les principaux résultats d'intérêt ont été regroupés dans des tableaux-synthèses. À partir de cette synthèse des données, une fiche a été rédigée pour chaque énoncé du dépliant de 2018. Ces fiches mettaient en évidence les résultats de la revue de littérature, ainsi que les suggestions de personnes qui avaient subi un TCCL/CC et des intervenants consultés en début de projet (voir [section 1.5](#)).

L'information contenue dans chacune des fiches a été comparée aux énoncés de 2018 pour faire ressortir les changements et élaborer une première ébauche de nouveaux énoncés.

1.3 Démarche de consultation auprès du comité consultatif

Un comité consultatif de 21 personnes a été formé afin de veiller à la qualité scientifique et à la pertinence clinique du contenu du dépliant et des autres outils développés⁵.

En plus de chercheurs universitaires et de gestionnaires de programmes cliniques auprès de la clientèle TCCL/CC, le comité comprenait les expertises cliniques suivantes : médecine générale, médecine du sport et de l'exercice, médecine d'urgence, gériatrie, physiatrie, physiothérapie, sciences infirmières, travail social, thérapie du sport et neuropsychologie.

⁵ Voir la composition en pages liminaires.

Afin de garantir l'intégrité du processus de consultation, l'ensemble des membres du comité ont déclaré les intérêts personnels ainsi que les différentes fonctions ou activités professionnelles qui pouvaient les placer dans des situations propices aux conflits d'intérêts ou de rôles⁶. L'évaluation des conflits déclarés n'a pas mené à l'exclusion de membres sur le comité.

Le processus de consultation des membres du comité consultatif s'est inspiré de la méthode Delphi employée lors de la dernière mise à jour du dépliant [INESSS, 2018]. Les membres du comité consultatif ont d'abord été invités, via un sondage électronique, à indiquer leur accord ou désaccord (en accord, en désaccord ou abstention) au regard du contenu scientifique de chaque nouvel énoncé proposé en s'appuyant sur les fiches-synthèses qui leur avaient été envoyées. Le pourcentage d'accord a varié de 50 % à 100 % (moyenne de 75 %). Après l'analyse des résultats du sondage, les énoncés ont été ajustés et les points de désaccord subsistants ont été discutés avec l'ensemble des membres du comité lors d'une rencontre virtuelle.

1.4 Finalisation des énoncés

Avant la rencontre virtuelle avec les membres du comité, une professionnelle en transfert des connaissances du Bureau – Méthodologies et éthique de l'INESSS a reformulé certains énoncés pour que le langage soit accessible à la population générale. Après la rencontre virtuelle, les membres du comité consultatif ont été invités à voter une dernière fois (en accord, en désaccord ou abstention) sur chacun des énoncés à l'aide d'un second sondage électronique. Lors de ce vote final, la majorité des énoncés (13 sur 17) ont fait l'objet d'un consensus (≥ 80 % en accord) et ont été conservés. Les quatre autres énoncés (énoncés 4, 11, 16 et 17) ont été modifiés pour inclure davantage de types de professionnels de la santé aptes à accompagner les personnes qui ont subi un TCCL/CC, car cela constituait la principale raison de désaccord par rapport à ces énoncés.

À noter que, comme la sélection des documents ciblait les revues systématiques, les méta-analyses et les guides de pratique, aucun niveau de preuve n'a été attribué aux énoncés. Toutefois, comme mentionné précédemment, la qualité des documents a été évaluée.

1.5 Démarches de consultation auprès d'utilisateurs du dépliant et des outils développés

Deux démarches de consultation auprès d'utilisateurs et d'utilisateurs potentiels du dépliant ont été menées, soit une en début de projet pour obtenir leur perspective sur le dépliant de 2018 de l'INESSS, et une en fin de projet pour tester le dépliant mis à jour (version 2024).

⁶ Les conflits d'intérêts déclarés sont décrits en pages liminaires.

En début de projet, cinq personnes qui ont subi un TCCL/CC et sept professionnels de la santé ([Tableau 2](#)) ont été consultés afin de comprendre le contexte d'utilisation du dépliant et ses impacts perçus sur l'autogestion du rétablissement. Ces consultations visaient aussi à comprendre l'expérience patient et clinique de la prise en charge à la suite d'un TCCL/CC et à identifier des pistes d'amélioration et les besoins non comblés par le dépliant. Le guide de consultation ([Annexe C](#)) a été élaboré en collaboration avec une professionnelle scientifique du Bureau – Méthodologies et éthique qui menait une évaluation sur l'impact du dépliant sur le TCCL/CC.

Pour être admissibles, les personnes qui avaient subi un TCCL/CC devaient avoir reçu un diagnostic de TCCL/CC depuis 2018 (année de publication du dépliant) et avoir reçu ou consulté le dépliant. Les professionnels de la santé admissibles devaient avoir remis le dépliant à leurs patients ou le connaître.

Les participants ont été invités par courriel entre novembre et décembre 2023. Les personnes qui avaient consenti ont participé à une entrevue semi-structurée virtuelle de 30 à 60 minutes. Avec le consentement des participants, les consultations ont été enregistrées afin de compléter les prises de notes en temps réel des membres de l'équipe.

Le contenu des consultations a été synthétisé et codé par thèmes principaux par une professionnelle scientifique : utilisation du dépliant, impacts potentiels, points positifs et négatifs, pistes d'amélioration, expérience clinique et prise en charge des personnes qui ont subi un TCCL/CC, application des recommandations, autres outils utilisés, format vidéo et capsules audios, enjeux d'implantation du dépliant. Les thèmes et le résumé des consultations ont été validés par deux professionnelles scientifiques et la coordonnatrice scientifique du projet.

Après ces premières consultations, la révision du contenu scientifique et la production d'une première version du dépliant mis à jour (voir [section 1.6](#)), une deuxième démarche de consultation a été menée pour tester l'utilisabilité du dépliant. L'objectif était de recruter au moins cinq utilisateurs ou utilisateurs potentiels, ce qui permet habituellement de trouver jusqu'à 85 % des problèmes relatifs à l'utilisabilité [Nielsen, 1993]. Plus spécifiquement, les critères d'admissibilité ciblaient trois types d'utilisateurs potentiels :

- des personnes de tous âges qui ont reçu un diagnostic de TCCL/CC ou leurs proches aidants. Ces personnes ne devaient pas avoir participé à la première phase de la consultation;
- des personnes de tous âges sans diagnostic de TCCL/CC, mais qui souhaitent nous donner leur avis; et
- des intervenants d'associations de sports de contact (p. ex. hockey, football, soccer).

Dix participants ([Tableau 2](#)) ont été invités par courriel entre mai et août 2024. Les personnes qui avaient consenti à collaborer ont participé à une entrevue semi-structurée virtuelle de 30 à 60 minutes ou à une discussion de groupe pour les intervenants d'associations sportives. Avec le consentement des participants, les consultations ont été

enregistrées. Le résumé des consultations préparé par une professionnelle scientifique a été validé par une autre et par la coordonnatrice scientifique du projet.

Tableau 2 Portrait des utilisateurs ou utilisateurs potentiels consultés en début et en fin de projet

Consultation en début de projet pour identifier les besoins	Consultation en fin de projet pour tester le dépliant
5 adultes qui ont subi un TCCL/CC (4 femmes, 1 homme)	1 adulte qui a subi un TCCL/CC
1 médecin de famille spécialisé en médecine du sport	1 aîné qui a subi un TCCL/CC
1 coordonnatrice clinique en centre pédiatrique	1 adolescent qui a subi un TCCL/CC
1 infirmière clinicienne en centre pédiatrique	1 parent d'un enfant qui a subi un TCCL/CC
1 kinésiologue	2 adultes qui n'ont pas subi de TCCL/CC
3 psychologues ou neuropsychologues	1 aîné qui n'a pas subi de TCCL/CC
	3 représentants d'associations sportives (dont 2 sont des professionnels de la santé)

1.6 Production d'un dépliant à l'intention des utilisateurs ciblés

Après les premières consultations auprès de cinq adultes qui avaient subi un TCCL/CC et de sept professionnels de la santé, la revue de littérature et la consultation du comité consultatif, une première version révisée du dépliant de 2018 a été développée. Grâce aux commentaires recueillis sur son utilisabilité auprès de trois patients, un proche aidant, un potentiel patient et de trois intervenants d'associations de sport de contact, le dépliant a été bonifié, puis resoumis au comité consultatif et à deux autres potentiels patients. Après révision des commentaires, la version mise à jour du dépliant a été déposée sur le site de l'INESSS. À la demande du MSSS, une fiche de suivi sous forme de journal de bord a également été développée pour accompagner le dépliant et soutenir les personnes qui ont subi un TCCL/CC et leurs proches dans l'autogestion de leur traumatisme et dans la reprise de leurs activités intellectuelles, physiques et sportives.

1.7 Mise à jour

L'évaluation de la pertinence de mettre à jour le document sera faite dans cinq ans à partir de la date de publication de la présente version.

2 RÉSULTATS

Cette section présente, pour chacune des questions ciblées, les principaux éléments de littérature, les besoins identifiés par les utilisateurs du dépliant (patients et professionnels de la santé) et l'avis du comité consultatif. Ces éléments ont soutenu le processus de formulation des énoncés. Les énoncés soumis au vote final du comité consultatif sont présentés dans les encadrés jaunes. Certains énoncés diffèrent de l'information contenue dans le dépliant, car des modifications ont été apportées à la suite des commentaires reçus du comité consultatif, des consultations sur l'utilisabilité du dépliant et des diverses validations auxquelles le dépliant a été soumis. Lorsqu'elles étaient importantes, ces modifications sont justifiées en notes de bas de page pour chaque énoncé concerné.

Au total, 33 documents de littérature scientifique et 6 documents de littérature grise ont été sélectionnés. L'ensemble des revues systématiques a été jugé de qualité faible à très faible, sauf trois (qualité modérée). Tous les guides de pratique sont de bonne qualité sauf deux (un de qualité faible et un de qualité moyenne). Le résultat détaillé de l'évaluation de la qualité des documents est disponible sur demande.

2.1 Quels sont les symptômes fréquemment observés ou rapportés à la suite d'un TCCL/CC?

2.1.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

Quatre guides (trois de bonne qualité, un de faible qualité) et deux énoncés de position/consensus mentionnent les symptômes fréquemment observés ou rapportés à la suite d'un TCCL/CC. Cette littérature récente confirme que les symptômes mentionnés sur le dépliant de 2018 sont fréquemment rapportés après un tel traumatisme. Toutefois, plusieurs documents ajoutent les vomissements [BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Herring *et al.*, 2021], la confusion [BC Guidelines, 2023; Herring *et al.*, 2021], les problèmes d'attention [Marshall *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021; VA/DoD, 2021], les problèmes de vitesse de traitement, de jugement ou de contrôle exécutif [Goulet et Beno, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021] ainsi que les problèmes d'équilibre ou moteurs [BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021; VA/DoD, 2021]. Finalement, de nombreux symptômes ne sont mentionnés que par quelques guides : douleur au cou [BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023], problèmes comportementaux [Marshall *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021], problèmes auditifs [Marshall *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021], dépression [Marshall *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021], problèmes d'élocution et de langage [Herring *et al.*, 2021; VA/DoD, 2021] engourdissements ou picotements [Marshall *et al.*, 2023], perte de conscience [Herring *et al.*, 2021], désorientation [Herring *et al.*, 2021], convulsions [Marshall *et al.*, 2023], anormalités neurologiques [Marshall *et al.*, 2023] et problèmes avec la fonction visuospatiale [VA/DoD, 2021].

Comme les symptômes varient grandement d'une personne à l'autre, il est difficile de dresser une liste exhaustive des symptômes qui se manifestent fréquemment. De plus, des symptômes fréquents indiqués dans certains guides sont mentionnés comme signaux d'alerte dans d'autres guides, et vice versa.

2.1.2 Besoins identifiés par les utilisateurs

Selon les utilisateurs interrogés, les sections du dépliant de 2018 nommant les symptômes fréquents et les signaux d'alerte sont un point fort du dépliant : l'information, présentée dans des boîtes avec des points de forme, est tout de suite vue et facile à lire. Les personnes qui ont subi un TCCL/CC et les professionnels de la santé ont rapporté que l'information de ces sections était bien comprise, et une personne qui avait subi un TCCL/CC a mentionné qu'elle avait eu plusieurs de ces symptômes.

Cela dit, les personnes qui ont subi un TCCL/CC ont besoin de plus de réassurance concernant les symptômes et de savoir que les symptômes ressentis et la durée du rétablissement peuvent varier d'une personne à une autre. De plus, le dépliant pourrait rassurer concernant le manque de productivité et de performance des premiers jours tout en indiquant que l'état de la plupart des personnes qui ont subi un TCCL/CC évolue bien.

2.1.3 Avis du comité consultatif

Les discussions du comité ont surtout porté sur l'importance d'éliminer les chevauchements entre les symptômes fréquents et les signaux d'alerte. En effet, les membres sont d'avis que la classification de certains signaux d'alerte (p. ex. vomissements, problèmes d'équilibre et moteurs, confusion) comme symptômes fréquents retarderait la consultation aux urgences par les personnes qui ont subi un TCCL/CC.

2.1.4 Énoncé soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 1 – Symptômes fréquents à la suite d'un TCCL/CC

Voici quelques-uns des symptômes que vous pourriez ressentir au cours des jours qui suivent votre commotion cérébrale :⁷

Physiques

- Maux de tête
- Étourdissements – Vertiges
- Vision floue
- Sensibilité à la lumière ou aux bruits
- Nausées
- Fatigue – Troubles de sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir)

Cognitifs

- Sensation d'être au ralenti
- Difficulté à rester concentré ou attentif
- Difficulté à comprendre ou se rappeler de l'information

Émotionnels

- Sensation d'être plus émotif que d'habitude (anxiété, irritabilité, tristesse, symptômes dépressifs, etc.)

C'est normal de ressentir un ou plusieurs symptômes, et ils peuvent être différents d'une personne à l'autre. Cette liste ne présente pas tous les symptômes possibles, seulement les plus fréquents.

2.2 Quels sont les principaux signaux d'alerte à surveiller à la suite d'un TCCL/CC?

2.2.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

Six guides (quatre de bonne qualité, un de qualité moyenne, un de faible qualité), et trois énoncés de position/consensus mentionnent des signaux d'alerte à surveiller à la suite d'un TCCL/CC. Cette littérature récente soutient la pertinence de l'ensemble des signaux d'alerte mentionnés sur le dépliant de 2018. Cependant, plusieurs guides mentionnent des signaux d'alerte additionnels comme la faiblesse, les engourdissements ou les picotements dans les membres [AIS, 2024; Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; NICE, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021], la douleur ou

⁷ Afin d'uniformiser la terminologie avec les documents du MSSS, toutes les mentions de TCCL ou de commotion cérébrale dans le dépliant ont été changées pour le sigle « TCCL/CC ».

sensibilité au cou ou à la colonne cervicale [AIS, 2024; Parachute, 2024; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021] et la perte de vision [AIS, 2024; Parachute, 2024; Reed *et al.*, 2023]. D'autres mentionnent aussi des signes visibles de fracture/déformation du crâne [AIS, 2024; BC Guidelines, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021] ou des déficits neurologiques focaux, moteurs ou sensoriels [BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Marshall *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021] comme signaux d'alerte. Finalement, de nombreux signes ne sont mentionnés que par quelques guides : *Glasgow Coma Scale* < 15 [BC Guidelines, 2023], léthargie qui augmente [Herring *et al.*, 2021], sensibilité osseuse [Herring *et al.*, 2021], liquide clair qui sort des oreilles ou du nez [NICE, 2023] et saignement d'une ou des deux oreilles [NICE, 2023].

Des précisions sont également été apportées concernant certains signaux. Deux guides mentionnent que la perte ou détérioration de l'état de conscience doit être « plus que brève » ou « prolongée » pour être considérée comme un signal d'alerte [Goulet et Beno, 2023; Herring *et al.*, 2021]. Le guide BC Guidelines [2023] définit les vomissements répétés chez les enfants comme se produisant plus de trois fois. Il mentionne aussi que les maux de tête qui augmentent sont particulièrement préoccupants chez les adultes qui prennent des anticoagulants. Dans un outil destiné aux patients, le NICE [2023] précise que la somnolence est un signal d'alerte si elle dure plus d'une heure.

2.2.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

Les professionnels de la santé interrogés ont suggéré de préciser à quel moment les personnes qui ont subi un TCCL/CC et leurs proches devaient être les plus vigilants quant à l'apparition de ces signaux d'alerte.

2.2.3 Avis du comité consultatif

Le comité souligne qu'il faut viser la sensibilité plutôt que la spécificité des signaux d'alerte. Par conséquent, plusieurs membres ne trouvent pas pertinent de limiter la détection de ces signaux d'alerte à une durée de temps, ni de préciser ou de qualifier les signaux d'alerte mentionnés. Bien qu'elle soit inscrite comme signal d'alerte dans plusieurs documents, plusieurs membres du comité proposent de ne pas indiquer la douleur au cou comme signal d'alerte, car c'est un symptôme trop vague.

2.2.4 Énoncé soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 2 – Signaux d’alerte

Rendez-vous tout de suite à l’urgence si l’un de ces symptômes apparaît :

Physiques

- Maux de tête sévères ou qui s’aggravent
- Vomissements répétés
- Vision double ou perte de vision
- Convulsions (mouvements incontrôlables et répétés du corps)
- Difficulté à marcher ou à parler
- Faiblesse ou perte de sensation dans un bras ou une jambe

Cognitifs

- Détérioration de l’état d’éveil, par exemple :
 - Difficulté à rester éveillé (somnolence importante)
 - Confusion
 - Perte de connaissance
- Difficulté à reconnaître les gens ou les lieux

Émotionnels

- Agitation importante
- Pleurs excessifs
- Comportement inhabituel

2.3 Quelles sont les balises temporelles de récupération à la suite d’un TCCL/CC? En fonction de ces balises temporelles, quand devrait-il y avoir consultation médicale?

2.3.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

2.3.1.1 Balises temporelles de récupération à la suite d’un TCCL/CC

Six guides (quatre de bonne qualité, un de moyenne qualité, un de faible qualité), deux énoncés de position, deux revues systématiques (faible qualité) et une méta-analyse (très faible qualité) mentionnent des balises temporelles de récupération à la suite d’un TCCL/CC. Cette littérature récente est cohérente avec l’information contenue dans le dépliant de 2018 concernant les balises temporelles de récupération après un TCCL/CC

– c.-à-d. diminution évidente des symptômes au cours des 14 jours qui suivent le traumatisme et disparition des symptômes à l'intérieur de 1 mois. Le guide ontarien [Marshall *et al.*, 2023] mentionne que, pour la plupart des adultes, les symptômes disparaissent au cours des premières semaines suivant la CC, mais qu'ils peuvent se prolonger au-delà d'un mois chez une faible proportion de personnes (15-20 %). Chez les enfants et les adolescents, les symptômes disparaissent en 4 à 6 semaines dans 70 % à 80 % des cas [Davis *et al.*, 2024; Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021; Lumba-Brown *et al.*, 2018]. Cependant, environ 1 jeune sur 4 signale des maux de tête, de la fatigue et des déficits cognitifs persistants un mois après la blessure [BC Guidelines, 2023].

Une méta-analyse de très faible qualité portant sur 35 études rapporte une durée moyenne des symptômes de 14 jours après un TCCL/CC lié au sport [Putukian *et al.*, 2023]. Une revue systématique de faible qualité portant sur 8 études rapporte, quant à elle, une moyenne de 3,4 à 13,6 jours et une médiane de 2 à 11 jours [Wait *et al.*, 2023]. Les résultats de ces deux publications sont applicables surtout aux athlètes ou sportifs. En milieu scolaire, les résultats d'une revue systématique de faible qualité rapportent des moyennes de récupération de 6 à 11,6 jours pour les élèves du primaire, de 10 à 25,1 jours pour les élèves du secondaire et de 23,6 jours pour les étudiants du collégial [Kemp et O'Brien, 2022]. La majorité des enfants et des adolescents retournent à l'école sans soutien scolaire en 10 jours ou moins et peuvent reprendre le sport au cours du mois suivant leur TCCL/CC [Davis *et al.*, 2024].

Plusieurs facteurs peuvent compromettre le processus de récupération après un TCCL/CC, ainsi que sa durée. Toutefois, le comité consultatif n'a pas jugé nécessaire de préciser des sous-groupes pour qui le rétablissement pourrait être plus long ou plus complexe (voir [section 2.3.3](#)).

2.3.1.2 Quand consulter un professionnel de la santé?

Huit guides (six de bonne qualité, un de moyenne qualité, un de faible qualité) et trois énoncés de position/consensus mentionnent des conditions dans lesquelles une consultation serait pertinente.

De manière générale, cette littérature récente recommande que les personnes qui ont subi un TCCL/CC consultent un professionnel de la santé si elles présentent des symptômes persistants durant plus de 4 semaines après la blessure, et ce, quel que soit leur âge [Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021]. Seul un consensus d'experts sur les CC liées aux sports définit plutôt les symptômes persistants comme ceux qui perdurent au-delà de deux semaines [Herring *et al.*, 2021].

Certains guides recommandent toutefois un suivi médical une à deux semaines après la consultation initiale, soit pour informer sur la gestion des symptômes et la reprise graduelle des activités, soit pour surveiller le développement de comorbidités (p. ex. dépression ou anxiété) ou pour réévaluer le statut clinique [BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023].

L'orientation vers une équipe multidisciplinaire serait recommandée : 1) si une personne présente des symptômes persistants tels que définis ci-dessus; 2) si une personne est à risque de symptômes persistants (p. ex. charge symptomatique élevée, comorbidités, antécédent de TCCL/CC) [Goulet et Beno, 2023; Reed *et al.*, 2023; Lumba-Brown *et al.*, 2018]; ou 3) si une personne a de la difficulté à progresser à travers les étapes de reprise des activités après le TCCL/CC [BC Guidelines, 2023; Memmini *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023].

Enfin, la personne peut être orientée vers différents spécialistes (p. ex. santé mentale, réadaptation cervicovestibulaire, réadaptation cognitive, spécialiste du sommeil, neuropsychologue) selon le tableau clinique et la durée de ses symptômes [BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Marshall *et al.*, 2023; NICE, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021; Lumba-Brown *et al.*, 2018].

2.3.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

Deux professionnels de la santé ont proposé de clarifier dans le dépliant les facteurs défavorables à la récupération pour inciter les personnes concernées à consulter plus précocement ou pour que leur médecin leur parle des recommandations à adapter selon leur condition. Des professionnels de la santé ont également souligné le besoin de préciser les conditions qui nécessitent une consultation – p. ex. après un certain nombre de jours d'absence de l'école, persistance de symptômes spécifiques au-delà d'un certain nombre de jours.

2.3.3 Avis du comité consultatif

Le comité approuve les balises temporelles de récupération mentionnées dans le dépliant de 2018. Toutefois, le fait de cibler des sous-groupes de personnes qui pourraient prendre plus de temps à récupérer ne fait pas l'unanimité. Selon certains membres, normaliser les symptômes prolongés pourrait mener certaines personnes à minimiser la gravité de leurs symptômes. Ils suggèrent plutôt de mentionner qu'une minorité des personnes pourraient prendre plus de temps à récupérer, mais sans cibler de sous-groupes.

Plusieurs membres suggèrent de bien définir les ressources spécialisées pour accompagner les personnes qui ont subi un TCCL/CC (p. ex. physiothérapeutes ou autres professionnels de la santé formés pour prendre en charge les TCCL/CC) et s'assurer de leur accessibilité. Ils proposent notamment d'orienter la personne vers les corridors de services existants ou à venir – c.-à-d. équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC dans sa région. En raison des enjeux d'accès à certains services dans le réseau public et puisque les services doivent être offerts rapidement après le TCCL/CC pour éviter la persistance des symptômes, des membres soulignent l'importance d'inscrire plusieurs ressources (p. ex. ligne Info-Santé, urgences, médecin) ou autres sites Web ou codes QR. La référence à la ligne Info-Santé (811) est d'ailleurs à conserver, surtout pour les personnes moins familiarisées avec la technologie.

2.3.4 Énoncés soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 3 – Balises temporelles de récupération

Pour la plupart des patients, les symptômes diminuent après 2 semaines et disparaissent complètement au bout de 1 mois. Une minorité de patients peuvent avoir des symptômes prolongés. En suivant les conseils de ce dépliant, vous avez plus de chances de récupérer rapidement.

Énoncé 4 – Besoin de consultation médicale

Consultez un médecin, une infirmière praticienne spécialisée en 1^{re} ligne ou l'équipe spécialisée en TCCL/CC⁸ de votre région si :

- Votre état ne s'améliore pas beaucoup après 2 semaines
- Vous avez encore des symptômes après 1 mois
- Vous avez du mal à avancer dans les étapes pour reprendre vos activités physiques ou intellectuelles – par exemple si vous devez rester au repos pendant plus de 2 jours⁹
- Vous êtes très inquiet à propos de vos symptômes

⁸ À la suite des commentaires des membres du comité consultatif, le dépliant mis à jour mentionne maintenant l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC, les médecins de famille, les médecins du sport, les infirmières praticiennes spécialisées, les physiothérapeutes, les psychologues et les neuropsychologues comme professionnels de la santé pouvant accompagner les victimes de TCCL/CC.

⁹ À la suite des commentaires des membres du comité consultatif, un exemple plus concret a été choisi.

Énoncé 5 – Ressources additionnelles¹⁰

Coordonnées de la ressource à contacter au besoin – section à remplir par le professionnel de la santé qui a fait l'évaluation du patient :

- Codes QR vers les centres de traumatologie
- Numéro de téléphone du centre de traumatologie
- Courriel vers un professionnel de la santé

Pour connaître les ressources disponibles dans votre région, composez le 811 (ligne Info-Santé).

Lien vers d'autres outils et références utiles :

- Codes QR vers les vidéos de l'INESSS
- Guichet d'accès à la première ligne (GAP)

2.4 Comment devrait être gérée la reprise des activités à la suite d'un TCCL/CC?

2.4.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

Neuf guides (sept de bonne qualité, un de moyenne qualité, un de faible qualité), quatre énoncés de position/consensus, quatre revues systématiques (qualité faible à très faible) ont abordé la reprise des activités à la suite d'un TCCL/CC.

La littérature récente continue de soutenir les bienfaits d'une reprise graduelle et par étapes des activités physiques et cognitives après un TCCL/CC, jusqu'au retour complet aux activités habituelles [AIS, 2024; Goulet et Beno, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021]. La reprise graduelle de l'activité physique (plutôt que le repos ou des étirements) permet d'ailleurs d'accélérer la récupération et de réduire le risque de récupération tardive [DeMatteo *et al.*, 2020].

Des guides publiés avant le consensus d'Amsterdam recommandaient d'éviter les activités qui provoquaient toute augmentation des symptômes et d'augmenter l'intensité des activités seulement s'il n'y avait pas de symptômes pendant l'activité [Goulet et Beno, 2023; Herring *et al.*, 2021; DeMatteo *et al.*, 2019; Lumba-Brown *et al.*, 2018]. Cependant, le consensus d'Amsterdam et les guides qui y font référence recommandent dorénavant que les activités sans risque après un TCCL/CC devraient être reprises, même si une augmentation légère des symptômes survient¹¹. Si les symptômes augmentent trop (c.-à-d. durent plus d'une heure et si l'augmentation est de plus de

¹⁰ À la suite des commentaires sur l'utilisabilité du dépliant, des moyens concrets de contacter différents types de professionnels de la santé et des ressources supplémentaires ont été ajoutés à cette section.

¹¹ À noter que l'augmentation légère des symptômes peut être tolérée seulement au début de la reprise des activités, soit aux étapes 2 à 3 de la reprise d'activités intellectuelles et aux étapes 2 à 3 de la reprise d'activités physiques.

2 points sur une échelle de 0-10) ou ne peuvent être tolérés, ces guides recommandent de prendre une pause de l'activité ou de ralentir le rythme de progression [Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Memmini *et al.*, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023]. Ces recommandations s'appuient sur les résultats d'une revue systématique qui conclut que l'augmentation brève des symptômes pendant l'activité physique ou cognitive ne retarde pas la récupération [Leddy *et al.*, 2023].

Plusieurs documents mentionnent également l'importance de faire participer les proches à la gestion du TCCL/CC pour favoriser le rétablissement du patient [Goulet et Beno, 2023; NICE, 2023; VA/DoD, 2021]. En effet, la collaboration de diverses parties prenantes est importante pour surveiller les symptômes commotionnels, suivre la reprise d'activités et, au besoin, planifier les adaptations nécessaires [BC Guidelines, 2023; Lumba-Brown *et al.*, 2018]. En milieu scolaire, la mise en place d'une équipe de soutien de l'élève comprenant des représentants scolaires, médicaux, spécialistes et familiaux et la communication efficace entre les parties prenantes sont essentielles pour favoriser le retour à l'école et le soutien à la personne atteinte [Putukian *et al.*, 2023; Kemp et O'Brien, 2022; Purcell *et al.*, 2019].

De manière plus générale, le NICE recommande qu'un médecin qui a établi un diagnostic de TCCL/CC à l'urgence partage son évaluation clinique avec le médecin de famille du patient et les infirmières scolaires (pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire) [NICE, 2023]. Au besoin, cette information peut être remise au patient et à sa famille ou à un travailleur social [NICE, 2023]. Un guide canadien mentionne qu'une lettre d'évaluation médicale doit être remise à la personne qui a subi un TCCL/CC et que cette personne (ou son parent) a la responsabilité de la transmettre à son entourage (p. ex. entraîneurs, professeurs, employeur) [Parachute, 2024]. Une lettre d'évaluation médicale peut également être utile pour donner des instructions claires au patient et à son employeur lors du retour au travail [BC Guidelines, 2023].

2.4.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

Les personnes qui ont subi un TCCL/CC et les professionnels de la santé ont émis des avis contraires concernant le graphique du dépliant illustrant la « séquence optimale de reprise des activités à la suite d'un TCCL ». D'un côté, cinq professionnels de la santé ont apprécié cette séquence imagée qui montre la reprise, séparée mais simultanée, des activités physiques et intellectuelles et l'inclusion des étapes clés – p. ex. consultation pour obtenir une autorisation de retour au sport. Cependant, trois personnes qui avaient subi un TCCL/CC ont dénoncé le manque de clarté, la trop grande linéarité et la séparation entre les activités physiques et intellectuelles, puisqu'elles s'imbriquent l'une dans l'autre en réalité.

Les professionnels de la santé suggèrent de mettre davantage en évidence dans le dépliant des facteurs clés favorables à la récupération, comme le fait de reprendre ses activités physiques ou intellectuelles à la suite d'une pause.

Par ailleurs, deux personnes qui avaient subi un TCCL/CC ont souligné l'importance de sensibiliser son entourage aux difficultés vécues afin que ces personnes puissent les aider, car certains symptômes cognitifs peuvent rendre plus difficiles la prise de décision, la gestion de la vie familiale avec des enfants et la gestion de la vie quotidienne – p. ex. se laver, s'habiller, cuisiner.

2.4.3 Avis du comité consultatif

La notion d'augmentation légère des symptômes (augmentation de 2 sur une échelle de 10) proposée par le consensus d'Amsterdam [Patricios *et al.*, 2023] est jugée difficile à interpréter par les personnes qui ont subi un TCCL/CC, selon certains membres du comité. D'autres trouvent que cette notion normalise les symptômes pendant l'activité et améliore la précision de l'évaluation de leur évolution. L'idée d'accompagner le texte d'une échelle visuelle avec des visages représentant la sévérité des symptômes pour représenter l'augmentation acceptable de ceux-ci fait toutefois consensus.

Plusieurs membres remettent en question la pertinence de remettre une lettre d'évaluation médicale pour informer l'entourage de la personne atteinte des conseils à appliquer. Plusieurs enjeux sont nommés à ce sujet, soit des difficultés d'accès à un médecin pour obtenir cette lettre et la lourdeur administrative associée. Il pourrait être plus envisageable de partager d'autres documents – p. ex. dépliant de l'INESSS, note ou billet d'un professionnel qui fait le suivi de TCCL/CC.

2.4.4 Énoncés soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 6 – Séquence de reprise des activités et gestion des symptômes

Reprenez vos activités étape par étape et à votre rythme.

Commencez lentement et augmentez peu à peu l'intensité et la durée de vos activités. À retenir : remettez-vous en action et soyez à l'écoute de votre corps.

Chaque personne évolue différemment. Faites les activités que vous pouvez tolérer, c'est-à-dire qui ne causent peu ou pas de symptômes. Il est normal que vos symptômes augmentent légèrement pendant ou après l'activité, mais ils devraient diminuer en moins de 1 heure.

Si vos symptômes augmentent beaucoup, prenez une pause jusqu'à ce qu'ils reviennent à leur niveau préactivité. Ensuite, réessayez l'activité durant une période plus courte ou à une plus faible intensité.

Énoncé 7 – Avis aux proches et responsables

Remettez ce dépliant ou toute autre note médicale aux personnes qui vous entourent (famille, employeur, école, éducateurs ou équipes sportives) pour qu'elles vous aident dans votre rétablissement.

Contactez votre école ou votre employeur pour planifier votre retour progressif¹².

2.5 Comment devrait se dérouler le repos initial à la suite d'un TCCL/CC?

2.5.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

Six guides (cinq de bonne qualité, un de qualité faible), quatre revues systématiques (très faible qualité), une méta-analyse (qualité modérée) et cinq énoncés de position/consensus ont abordé le repos initial à la suite d'un TCCL/CC.

L'ensemble des guides récents recommandent un repos initial de 24 h à 48 h, tant pour les enfants/adolescents que pour les adultes. Seul un guide moins récent [Lumba-Brown *et al.*, 2018] mentionne plutôt d'une période de quelques jours d'activités physiques et cognitives plus restreintes pour les enfants et les adolescents. Toutefois, le repos prolongé n'a pas démontré d'avantages et pourrait même retarder la récupération [DeMatteo *et al.*, 2020].

La littérature récente soutient également qu'un repos complet (jusqu'à la disparition totale des symptômes) n'est ni efficace et ni bénéfique pour faciliter la récupération [AIS, 2024; Goulet et Beno, 2023; Leddy *et al.*, 2023; Memmini *et al.*, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; DeMatteo *et al.*, 2020]. Les guides les plus récents recommandent un repos « relatif » [AIS, 2024; BC Guidelines, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023] où les activités quotidiennes, y compris la marche et autres activités physiques et cognitives légères, sont permises dans la mesure où elles sont tolérées [Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023]. Le consensus d'Amsterdam¹³ et les guides récents qui y font référence considèrent le repos relatif comme la première étape du processus de retour aux activités intellectuelles et sportives. Les paragraphes suivants précisent ce que la littérature récente conseille ou déconseille de faire durant cette période de repos relatif.

¹² Comme cette dernière phrase laissait sous-entendre qu'il devait y avoir un arrêt alors que ce n'est pas toujours le cas, elle n'a pas été intégrée au dépliant.

¹³ Le terme « consensus d'Amsterdam » fait référence à la publication : Patricios *et al.*, *Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport-Amsterdam, October 2022. Br J Sports Med* 2023; 57(11): 695-711.

Activités cognitives – Un niveau élevé d'activités cognitives (p. ex. fréquentation scolaire accrue) tôt après le TCCL/CC devrait être évité [BC Guidelines, 2023], car il peut exacerber l'intensité et la durée des symptômes [Lumba-Brown *et al.*, 2018]. De plus, limiter le temps d'écran durant les 48 premières heures semble bénéfique [AIS, 2024; BC Guidelines, 2023; Reed *et al.*, 2023], mais cette restriction ne semble pas nécessaire au-delà de ce délai [AIS, 2024; BC Guidelines, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023].

Activités physiques – Les activités quotidiennes et les activités aérobiques légères (p. ex. marcher) sont encouragées selon la tolérance de la personne [BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Kline, 2017]. Les personnes qui ont subi un TCCL/CC devraient toutefois éviter les activités physiques intenses [BC Guidelines, 2023] et durant lesquelles elles risquent de se blesser à nouveau (contact, collision, chutes) [Goulet et Beno, 2023; Marshall *et al.*, 2023] jusqu'à ce qu'un professionnel de la santé détermine qu'il est sécuritaire de réaliser des activités à plus haut risque [BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Leddy *et al.*, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023].

Gestion des symptômes – Selon un guide, les personnes qui ont subi un TCCL/CC devraient être encouragées à être graduellement plus actives et être informées à propos des niveaux de tolérance des symptômes – p. ex. reconnaître le moment où les symptômes légers apparaissent et pouvoir continuer sans entraîner une exacerbation significative ou prolongée des symptômes [Marshall *et al.*, 2023]. Certains guides recommandent de donner des conseils sur les stratégies destinées à promouvoir le rétablissement et gérer les symptômes, par exemple :

- Prioriser une bonne hydratation, une alimentation équilibrée et une bonne hygiène de sommeil [BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021; Lumba-Brown *et al.*, 2018];
- Prioriser la gestion des maux de tête, des troubles du sommeil et des changements d'humeur, car ceux-ci répondent le mieux aux interventions et peuvent avoir un impact sur les autres symptômes liés au TCCL/CC [BC Guidelines, 2023];
- Miser d'abord sur les bonnes habitudes de vie et les approches non pharmaceutiques pour diminuer la survenue des maux de tête – p. ex. massages, application du froid ou de la chaleur, exercices de respiration ou de pleine conscience, prendre de l'air frais – avant d'envisager le recours aux médicaments [BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023].
 - Des médicaments en vente libre (p. ex. acétaminophène, ibuprofène) peuvent être utilisés, tant chez les enfants que chez les adultes [Patterson Gentile *et al.*, 2024; Marshall *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; Lumba-Brown *et al.*, 2018], et ce, après en avoir discuté avec un professionnel de la santé [BC Guidelines, 2023]. Il est toutefois important de respecter les doses recommandées, d'éviter de les consommer en continu (p. ex. 24 h sur 24 h) ou durant une trop longue période (p. ex. > 15 jours par mois) [Patterson

Gentile *et al.*, 2024; BC Guidelines, 2023; Marshall *et al.*, 2023; Lumba-Brown *et al.*, 2018]. Quelques guides formulent d'autres restrictions, soit de limiter leur utilisation durant la première semaine après le TCCL/CC chez la clientèle pédiatrique [Reed *et al.*, 2023] et d'éviter spécifiquement les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) durant les 24 premières heures, car ils pourraient augmenter le risque de saignement [BC Guidelines, 2023]. Toutefois, chez les jeunes, le risque de saignement intracrânien tardif en cas de traumatisme crânien fermé sans complication est rare (0,03 %), et les AINS peuvent être administrés durant cette période si le risque est faible [Patterson Gentile *et al.*, 2024].

- Éviter les substances comme l'alcool, les opioïdes (ou autres drogues récréatives), le cannabis et les sédatifs, car ils peuvent masquer les symptômes liés au TCCL/CC, augmenter la fatigue et présenter un risque de dépendance [BC Guidelines, 2023; Reed *et al.*, 2023; VA/DoD, 2021];
- Limiter la consommation de caféine et de nicotine [VA/DoD, 2021];
- Maintenir les relations et interactions sociales (selon la tolérance) [Reed *et al.*, 2023; Lumba-Brown *et al.*, 2018]. Reprendre la participation à des activités normales en les adaptant peut réduire le risque d'isolement social [BC Guidelines, 2023].

Conduite automobile – Certains symptômes peuvent avoir un impact sur la capacité à conduire, et des données préliminaires suggèrent que la conduite pourrait être risquée même si la personne est asymptomatique [Harmon *et al.*, 2019]. Toutefois, il n'y a pas de consensus concernant la sécurité de la conduite automobile après une CC [Herring *et al.*, 2021; Jain *et al.*, 2021; Harmon *et al.*, 2019]. Deux guides recommandent d'éviter la conduite automobile durant les 24 à 48 premières heures après le TCCL/CC [BC Guidelines, 2023; Reed *et al.*, 2023]. Après cette période, les personnes qui ont subi un tel traumatisme peuvent reprendre la conduite automobile en respectant des conditions qui varient selon les guides – p. ex. après une consultation avec un professionnel de la santé [BC Guidelines, 2023] ou si les symptômes ont diminué significativement [Marshall *et al.*, 2023]. Le guide de l'Ontario pour les enfants/adolescents, quant à lui, mentionne les quatre conditions suivantes pour reprendre la conduite automobile : 1) l'état de la personne doit s'être nettement amélioré, 2) elle doit être capable de se concentrer suffisamment 3) elle doit se sentir en sécurité au volant et 4) la conduite ne doit pas provoquer de symptômes importants [Reed *et al.*, 2023].

2.5.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

La plupart des professionnels de la santé ont mentionné l'importance de limiter les arrêts de travail/école à 1 ou 2 semaines seulement. Écrire « repos durant 48 h » au lieu de « repos pour au moins 48 h » permettrait d'éviter les interprétations. En effet, les professionnels de la santé en réadaptation constatent qu'il n'est pas rare que leurs patients aient reçu la prescription d'une période de repos plus longue que 48 heures, ce

qui a un impact négatif sur la récupération en engendrant le déconditionnement, de l'anxiété et la chronicisation des symptômes chez les patients.

Les personnes qui ont subi un TCCL/CC et les professionnels de la santé ont souligné l'importance d'ajouter des exemples concrets et précis sur ce que la personne peut faire et ne pas faire durant la période de repos afin d'être capable d'appliquer les conseils du dépliant. En effet, la phase de repos initiale de 48 heures a été jugée cruciale par les personnes qui ont subi un TCCL/CC. Les professionnels ont quant à eux souligné l'importance d'un repos actif afin d'éviter la fatigue et le déconditionnement physique qui nuisent à la récupération.

Alors que certaines personnes qui ont subi un TCCL/CC ont éprouvé de la difficulté à appliquer la recommandation ne pas utiliser l'ordinateur pour travailler, l'une d'entre elles a également mentionné que, dans le cas de symptômes sévères ou de limitations importantes, les exemples d'activités auditives étaient nécessaires pour aider à passer le temps et être bienveillant envers soi-même. Fragmenter le temps et mettre une minuterie ont aussi été suggérés comme exemples d'aide à la mise en application des conseils du dépliant.

Des professionnels de la santé ont mentionné que des croyances populaires liées au TCCL/CC circulent toujours. Ils suggèrent que le dépliant peut contribuer à déconstruire certains mythes néfastes au rétablissement. Par exemple, d'un côté, certains pensent qu'ils doivent s'isoler dans une pièce sans lumière ni bruits, porter des lunettes de soleil à l'intérieur ou des bouchons d'oreille. Ce n'est pas le cas. D'un autre côté, d'autres personnes banalisent leurs symptômes et poursuivent leurs activités malgré des douleurs et d'importantes sensations d'inconfort, ce qui pourrait prolonger la durée de leur rétablissement.

2.5.3 Avis du comité consultatif

La durée proposée pour le repos initial fait l'objet d'un consensus au sein du comité. Des membres attirent l'attention sur le fait que cette information devrait être bien diffusée auprès de l'ensemble des professionnels de la santé qui côtoient des clientèles atteintes d'un TCCL/CC, y compris les médecins de famille.

Les membres du comité sont d'accord avec la plupart des conseils mentionnés dans la littérature. Ils trouvent toutefois difficile d'interpréter la recommandation du BC Guidelines [2023] sur la priorisation des symptômes. Un membre propose de conseiller d'éviter l'utilisation d'écrans durant le repos initial plutôt que de la diminuer, car il trouve que les gens en utilisent généralement trop.

Sans données probantes concernant les conséquences du TCCL/CC sur la conduite automobile, les membres proposent de communiquer de l'information sur les symptômes à surveiller qui pourraient compromettre la capacité à conduire – p. ex. somnolence, vertiges, maux de tête, problèmes de concentration ou de vision. Selon eux, c'est surtout en présence de symptômes « importants » qu'il faut éviter de conduire. Un membre souligne l'importance de donner ces conseils sur la conduite automobile aux personnes

âgées. Plusieurs membres du comité jugent toutefois peu pertinent de consulter un professionnel de la santé pour faire évaluer la capacité à conduire en raison d'enjeux légaux et d'enjeux d'accès aux professionnels de la santé dans le réseau public.

Tout comme les utilisateurs, le comité trouve pertinent d'aborder les croyances populaires dans le dépliant. Cependant, comme chaque personne évolue différemment, il est difficile d'adapter les exemples à chaque clientèle. Le comité suggère de souligner que la récupération est un processus individuel et qu'à l'étape du repos la personne qui a subi un TCCL/CC devrait faire des activités qui ne génèrent que peu ou pas de symptômes.

2.5.4 Énoncés soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 8 – Durée du repos initial

La durée du repos initial devrait être de 1 à 2 jours après le TCCL/CC.

Énoncé 9 – Repos initial – Quoi faire et ne pas faire

Étape 1 – Un repos actif durant 1 à 2 jours après le TCCL/CC

Se reposer ne veut pas dire ne rien faire ! Restez en action, mais allez-y tranquillement.

À faire	À éviter
Activités intellectuelles	
Faites des activités simples qui vous font du bien (écouter de la musique douce, faire de la relaxation guidée, écouter des livres audios, jouer à des jeux de société)	Évitez les activités qui vous demandent de trop vous concentrer, de réfléchir ou d'utiliser votre mémoire
Restez en contact avec vos amis et votre famille pour éviter de vous sentir seul	Diminuez le temps passé devant les écrans durant les deux premiers jours ¹⁴
	Évitez de conduire si vous avez des symptômes importants (p. ex. somnolence, vertiges, maux de tête, problèmes de concentration ou de vision). Notez qu'il peut y avoir des risques même si vous ne ressentez pas ces symptômes.
Activités physiques	
Faites des activités physiques légères comme marcher, faire le ménage ou cuisiner. Vous devriez pouvoir parler sans être essoufflé durant ces activités.	Évitez les activités physiques intenses ou celles où vous pourriez vous blesser (contact, collision, chute)

¹⁴ Des exemples ont été ajoutés (jeux vidéos, réseaux sociaux, télévision, cellulaire, tablette, ordinateur) pour définir la notion d'écrans.

Gestion de vos symptômes ¹⁵	
Buvez de l'eau, mangez équilibré et dormez suffisamment la nuit	Ne buvez pas d'alcool ou de boissons énergisantes et ne prenez pas de drogue
	Évitez de rester dans le noir et en silence ou de porter des lunettes de soleil et des bouchons d'oreille, car cela pourrait ralentir votre rétablissement.

2.6 Comment devrait se dérouler la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un TCCL/CC?

2.6.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

Les séquences de la reprise des activités sont adaptées du consensus d'Amsterdam publié en 2023 [Patricios *et al.*, 2023]. Bien que ces recommandations s'adressent à une clientèle sportive, plusieurs guides ont repris leurs recommandations puisqu'il n'existait pas de modèle équivalent pour la clientèle non sportive.

2.6.1.1 Reprise des activités intellectuelles

Cinq guides (trois de bonne qualité, un de moyenne qualité, un de faible qualité) et un consensus d'experts ont abordé la reprise des activités intellectuelles.

Le processus de retour aux activités intellectuelles décrit dans la littérature vise principalement le retour à l'école, aux études, et plus rarement le retour au travail. Ce processus comprend généralement quatre étapes, allant du repos relatif initial (décrit à la [section 2.5](#)) au retour complet aux activités.

Il y a des divergences quant au moment auquel la personne peut retourner à l'école ou aux études. Par exemple, le guide de l'Ontario ciblant la clientèle adulte [Marshall *et al.*, 2023] mentionne que les étudiants au postsecondaire peuvent retourner à leurs études à l'étape 1, soit 1 à 2 jours après la blessure si la personne n'a pas ou si elle a peu de symptômes. Deux autres guides (clientèle adulte et pédiatrique) [BC Guidelines, 2023; Reed *et al.*, 2023] mentionnent qu'il est possible de faire des activités cognitives (p. ex. lecture, devoirs) à l'école à l'étape 2, et un consensus d'experts mentionne que le retour en classe peut être fait à cette étape pour les étudiants de l'éducation supérieure [Memmini *et al.*, 2023]. Le consensus d'Amsterdam [Patricios *et al.*, 2023] et un autre guide pédiatrique [DeMatteo *et al.*, 2019] mentionnent que la reprise des études, du moins à temps partiel ou avec adaptation, est plutôt faite à l'étape 3.

¹⁵ La phrase suivante a été ajoutée au dépliant : *Consultez votre pharmacien à propos des médicaments en vente libre que vous pourriez prendre pour soulager vos symptômes et respectez les doses recommandées.* Ce conseil est cohérent avec les recommandations de la littérature (section 2.5.1 – Gestion des symptômes) et il a été validé par les membres du comité consultatif.

Un guide canadien mentionne qu'aucune autorisation médicale n'est requise pour retourner à l'école et qu'une personne peut le faire même en présence de symptômes légers [Parachute, 2024]. En cas d'augmentation importante des symptômes lors d'activités intellectuelles, il est suggéré de discuter avec les intervenants concernés (p. ex. personnel scolaire, employeur) des adaptations qui permettraient de tolérer ces activités [Memmini *et al.*, 2023].

Un guide mentionne qu'une autorisation médicale écrite (d'un médecin, d'une infirmière praticienne ou d'un professionnel de la santé) est nécessaire avant de reprendre les activités au travail qui pourraient avoir des implications de sécurité pour la personne qui a subi un TCCL/CC ou une autre personne (p. ex. travailler en hauteur, utiliser de l'équipement lourd), tel que requis par le milieu de travail et les organisations de santé et sécurité au travail [BC Guidelines, 2023].

2.6.1.2 Reprise des activités physiques et sportives

Le processus de retour aux activités physiques et sportives comprend généralement 6 étapes, allant du repos relatif initial (décrit à la [section 2.5](#)) au retour à la compétition. Il est abordé dans 15 revues systématiques de qualité faible à très faible (sauf une de qualité modérée), dans quatre guides, dont deux de qualité élevée, et trois énoncés de position/consensus.

Les données récentes soutiennent les bienfaits de l'activité physique commencée en phase aigüe (2 à 14 jours après le TCCL/CC) pour réduire le nombre et la sévérité des symptômes [Florez *et al.*, 2024; De Luigi *et al.*, 2023; Jaganathan *et al.*, 2023; Reid *et al.*, 2022; Carter *et al.*, 2021; Langevin *et al.*, 2020; Rossi *et al.*, 2020; Lempke *et al.*, 2019; Lal *et al.*, 2018], la durée de la récupération et l'incidence des symptômes persistants [Art *et al.*, 2023; Jaganathan *et al.*, 2023; Leddy *et al.*, 2023; Shen *et al.*, 2021; Langevin *et al.*, 2020; Rossi *et al.*, 2020; Lempke *et al.*, 2019; Lal *et al.*, 2018] sur les fonctions cognitives [Lal *et al.*, 2018] et sur le nombre de jours d'absence au travail [Reid *et al.*, 2022; Lal *et al.*, 2018].

De plus, les bienfaits semblent plus importants et apparaissent plus rapidement si l'activité physique est commencée plus tôt [Jaganathan *et al.*, 2023; Carter *et al.*, 2021; Shen *et al.*, 2021; Hattrup *et al.*, 2020]. À noter que les études qui ont évalué les bienfaits de l'activité physique précoce portent principalement sur des adolescents athlètes [Jaganathan *et al.*, 2023].

Bien que les exercices aérobiques réalisés en phase aigüe soient sécuritaires [Carter *et al.*, 2021; Hattrup *et al.*, 2020; Langevin *et al.*, 2020; Prince *et al.*, 2020], l'activité physique intense (p. ex. sport de compétition) pourrait augmenter la durée de la récupération, augmenter la présence de symptômes et compromettre les fonctions neurocognitives [Moore *et al.*, 2024; Langevin *et al.*, 2020; Lempke *et al.*, 2019; Lal *et al.*, 2018]. Ces données soulignent l'importance d'une reprise graduelle des activités physiques et sportives. D'ailleurs, plusieurs guides proposent d'attendre au moins 24 heures entre chaque étape [AIS, 2024; Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; Harmon *et al.*, 2019].

Le consensus d'Amsterdam recommande que les étapes 4 à 6 ne débutent qu'après la disparition des symptômes ou anormalités cliniques liées à la CC, y compris pendant et après l'effort physique [Patricios *et al.*, 2023]. En présence de symptômes pendant l'activité physique aux étapes 4 à 6, il est recommandé de retourner à l'étape 3 et d'attendre la disparition complète des symptômes pendant l'activité physique avant d'entreprendre des activités à risque [Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021]. Un guide canadien mentionne qu'une autorisation médicale serait alors requise à nouveau avant de repasser à l'étape 4 [Parachute, 2024]. Seul l'Australian Institute of Sport [AIS, 2024] recommande qu'une période minimale de 14 jours sans symptômes au repos soit observée avant de reprendre l'entraînement avec contact chez les jeunes de < 19 ans qui ne sont pas suivis par un professionnel de la santé. Cette organisation recommande aussi une période minimale de 21 jours entre la CC et le retour aux compétitions de sports de contact ou avec risque de collision, mais cette information n'est pas reprise ailleurs.

2.6.1.3 Reprise en parallèle des activités intellectuelles et sportives

La reprise des activités intellectuelles doit être faite en parallèle à la reprise des activités physiques et sportives [Parachute, 2024; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023]. Toutefois, plusieurs guides et consensus d'experts recommandent que le retour complet à l'école sans mesures d'adaptation (étape 4 de la reprise des activités intellectuelles) soit fait avant la reprise d'exercices ou d'entraînements plus exigeants (étape 4 de la reprise des activités physiques et sportives) [BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021; DeMatteo *et al.*, 2019]. De plus, chez les adolescents, le retour à l'école devrait avoir priorité sur le retour au travail [Reed *et al.*, 2023].

2.6.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

Les professionnels de la santé ont souligné que certains termes employés dans le dépliant pourraient générer de l'anxiété, des comportements d'évitement ou d'hypervigilance relativement aux symptômes chez les personnes qui ont subi un TCCL/CC. Ainsi, le terme « éviter » devrait être remplacé par « reprendre graduellement les activités », et les termes « retour » et « récédive » des symptômes seraient à proscrire, puisque les patients les associeraient à une détérioration de leur condition neurologique.

Un professionnel de la santé a suggéré de réviser le visuel des conseils de reprise des activités sous forme de tableau afin d'en simplifier la compréhension.

2.6.3 Avis du comité consultatif

Reprise des activités intellectuelles

Le comité réitère l'importance de reprendre les activités scolaires et de travail dès que possible et de prioriser le retour à l'école avant le retour au travail pour ceux qui font les deux. Certains membres du comité soulignent qu'il n'est pas toujours requis de suivre l'ensemble des étapes de la reprise des activités intellectuelles. Par exemple, si les symptômes disparaissent rapidement, la progression peut être faite plus rapidement.

Bien que la récréation et les cours d'éducation physique fassent partie intégrante de la routine scolaire, le comité propose de les aborder spécifiquement dans la séquence des activités physiques et sportives (voir ci-dessous). Des risques de blessure sont toutefois possibles en dehors de ces activités (p. ex. au travail), d'où l'importance de conseiller de continuer d'éviter ces activités à l'étape 2. Un membre suggère l'application de stratégies de gestion du stress à l'étape 3 étant donné que le stress peut être néfaste pour les personnes anxieuses.

Reprise des activités physiques et sportives

La reprise de la récréation et des cours d'activités physiques a fait l'objet de discussions au sein du comité, l'enjeu étant de trouver un équilibre entre favoriser le retour aux activités (y compris la récréation) dès que possible et d'éviter le risque de se blesser à nouveau. La perception du degré de dangerosité de la récréation diffère selon les membres, car elle peut être sécuritaire pour la majorité des enfants, mais risquée selon les jeux pratiqués et en raison de l'absence d'encadrement. Ainsi, certains membres suggèrent de permettre la récréation à l'étape 2 en mentionnant le besoin de surveillance pour éviter d'isoler les enfants pendant ces périodes, alors que d'autres proposent plutôt de la permettre à l'étape 3. Les cours d'éducation physique, quant à eux, pourraient être repris à l'étape 3 si les activités sont adaptées à l'enfant et s'il n'y a pas d'augmentation significative des symptômes.

La majorité des membres du comité ont exprimé leur fort désaccord concernant la nécessité d'une période sans symptôme chez les moins de 19 ans telle que suggérée par l'Australian Institut of Sport [AIS, 2024]. Il s'agit selon eux d'un critère arbitraire, peu soutenu par la littérature, incohérent par rapport au consensus d'Amsterdam et qui pourrait mener à une sous-déclaration des TCCL/CC chez cette population.

Retour à l'étape 3 en cas de réapparition des symptômes aux étapes 4 à 6

La plupart des membres sont d'accord avec le fait de revenir à l'étape 3 en cas de réapparition des symptômes aux étapes 4 à 6 de la séquence de reprise des activités physiques et sportives. Ils proposent de ne pas spécifier la réapparition des symptômes lors d'activités « intellectuelles » ici, car il est déjà indiqué que la personne doit avoir repris complètement ses activités intellectuelles avant l'étape 4 de la reprise des activités physiques et sportives.

Bien que les membres du comité ne jugent pas nécessaire de demander à nouveau une autorisation de retour au jeu lorsque la personne revient à l'étape 3 après réapparition des symptômes aux étapes 4 à 6, ils soulignent l'importance d'inviter la personne à consulter à nouveau un professionnel de la santé si elle a toujours du mal à franchir ces étapes.

2.6.4 Énoncés soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 10 – Séquence de reprise des activités intellectuelles

Conseils pour reprendre vos activités intellectuelles

Les étapes 2 et 3 de reprise des activités intellectuelles ne sont pas toujours requises¹⁶. Par exemple, en cas de disparition rapide et complète des symptômes, la progression peut être plus rapide.

Étape 2. REPRISE PARTIELLE DES ACTIVITÉS (ÉCOLE, TRAVAIL ET LOISIRS)

- Retournez à l'école ou au travail dès que possible, même si vous ressentez encore des symptômes légers. Il est possible de commencer par des demi-journées et d'augmenter graduellement la durée de vos périodes d'activité.
- Faites des activités qui demandent un peu plus de concentration, de réflexion ou de mémoire, comme la lecture ou les devoirs.
- Reprenez graduellement l'utilisation d'appareils avec un écran.
- Évitez encore les activités pendant lesquelles vous pourriez vous blesser à nouveau¹⁷.

Étape 3. REPRISE COMPLÈTE DES ACTIVITÉS AVEC ADAPTATION

- Exemples d'adaptation :
 - Avoir plus de temps pour effectuer les travaux/devoirs
 - Réduire sa charge de travail
 - Diviser le travail en petites sections
 - Prendre des pauses dans un endroit calme
- Reprenez les activités plus exigeantes (par exemple : examens, réunions de travail).

¹⁶ À la suite de la consultation des utilisateurs potentiels, cette phrase a été modifiée sur le dépliant pour éviter que certaines personnes soient encouragées à reprendre trop vite leurs activités.

¹⁷ Cette phrase a été déplacée à l'étape 2 de la reprise des activités physiques et sportives.

- Utilisez des stratégies pour gérer votre stress et réduire l'anxiété (par exemple : préparez-vous à l'avance et planifiez bien l'activité pour savoir à quoi vous attendre).

Étape 4. REPRISE COMPLÈTE DES ACTIVITÉS SANS ADAPTATION

Énoncé 11 – Séquence de reprise des activités physiques et sportives¹⁸

Conseils pour reprendre vos activités physiques et sportives

Les 6 étapes ne s'appliquent peut-être pas à vous. Cela dépend du niveau et du type d'activité physique que vous pratiquiez avant le TCCL/CC¹⁹.

Étape 2. ACTIVITÉS PHYSIQUES LÉGÈRES À MODÉRÉES

- Faites des activités qui vous essouffent légèrement, mais durant lesquelles vous êtes capable de parler (par exemple marche rapide, vélo stationnaire, nage, étirements).
- Chez les jeunes d'âge scolaire, la récréation peut être reprise en évitant les jeux qui présentent un risque de choc à la tête.

Étape 3. EXERCICES INDIVIDUELS SPÉCIFIQUES À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE OU À VOTRE SPORT (sans risque de choc à la tête)

- Commencez les exercices comprenant des mouvements spécifiques (par exemple lancers, dribles, jogging léger, changements de direction, activités individuelles de cours d'éducation physique).

Étape 4. EXERCICES AVEC OU SANS COÉQUIPIER (sans contact)

- Commencez les exercices qui demandent plus de concentration ou de coordination (par exemple échanges au tennis, chorégraphie, exercices de passes).

Étape 5. REPRISE COMPLÈTE NON-COMPÉTITIVE (contact permis)

- Reprenez l'entraînement complet de votre sport et de toutes activités d'éducation physique, pratiques avec risque de collision, chute ou contact.

¹⁸ Certains exemples proposés par les utilisateurs potentiels consultés et validés par les membres du comité consultatif ont été ajoutés dans cette section pour que les personnes qui ne pratiquent pas de sport puissent s'y retrouver aussi.

¹⁹ À la suite des consultations des utilisateurs potentiels, cette phrase a été modifiée sur le dépliant pour éviter que certaines personnes soient encouragées à reprendre trop tôt leurs activités.

Étape 6. REPRISE DE LA COMPÉTITION

- Reprenez la compétition lorsque vous avez pu faire un entraînement complet sans restriction (étape 5) et sans avoir eu de symptômes au cours des 24 heures suivantes.

Énoncé 12 – Espacer les étapes d'au moins 24 heures (reprise d'activités physiques et sportives)

Entre chaque étape, attendez au moins une journée.

Énoncé 13 – Reprise du sport et reprise des activités intellectuelles

Passez à l'étape 4 (*de la reprise d'activités physiques et sportives*) seulement si vous remplissez ces deux conditions :

- Vos symptômes ont disparu durant l'activité et au repos
- Vous avez repris complètement vos activités intellectuelles (sans mesure d'adaptation)

Énoncé 14 – Retour des symptômes aux étapes 4 à 6 de la reprise d'activités physiques et sportives

Aux étapes 4 à 6, soyez attentif au retour de vos symptômes. Si des symptômes reviennent durant l'activité, revenez à l'étape 3. Veuillez attendre que les symptômes disparaissent complètement avant de reprendre les activités à risque. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de demander une nouvelle autorisation²⁰.

Énoncé 15 – Reprise en parallèle des activités intellectuelles et sportives

Vous pouvez commencer à reprendre progressivement vos activités intellectuelles et vos activités physiques en même temps.

²⁰ Pour éviter toute confusion, cette dernière phrase a été remplacée par une invitation à consulter son professionnel de la santé dans les cas où la personne aurait toujours du mal à franchir les étapes 4 à 6.

Énoncé 16 – Précision au regard du retour à l'emploi

Parlez avec votre médecin, une infirmière praticienne spécialisée en première ligne ou l'équipe spécialisée en TCCL/CC de votre région avant de retourner au travail, surtout si vos tâches comportent des risques pour vous-même ou pour les autres²¹. Ces spécialistes pourront évaluer si vous êtes prêt à reprendre le travail en toute sécurité.

2.7 Comment devrait se dérouler le retour au sport impliquant des risques de collision, chute ou contact après un TCCL/CC?

2.7.1 Nouvelle information issue de la revue de littérature

Quatre guides (deux de bonne qualité, un de moyenne qualité, un de faible qualité) et cinq énoncés de position/consensus mentionnent le retour au sport impliquant des risques de collision, chute ou contact après un TCCL/CC.

En cohérence avec l'information du dépliant, la majorité des documents mentionnent que l'autorisation médicale est requise avant de reprendre les activités à risque (p. ex. pratiques avec contact ou activités à risque de chuter) ou sans restriction (soit avant l'étape 4, 5 ou 6 de la stratégie de reprise graduelle des activités selon la nature de l'activité) et selon les règlements et politiques locaux [AIS, 2024; Parachute, 2024; BC Guidelines, 2023; Goulet et Beno, 2023; Patricios *et al.*, 2023; Reed *et al.*, 2023; Herring *et al.*, 2021; Harmon *et al.*, 2019]. Dans les cas où l'accès à des médecins est limité, cette autorisation peut être obtenue d'une infirmière qui dispose d'un accès préétabli à un médecin [Parachute, 2024].

Une approche collaborative multidisciplinaire avec décision partagée (participation du joueur, consentement éclairé) est généralement encouragée [AIS, 2024], mais la décision finale du retour au sport devrait être prise par un professionnel médical qualifié (p. ex. médecin de l'équipe sportive) [Herring *et al.*, 2021] et être basée sur le jugement clinique [Parachute, 2024]. De plus, les principes médico-légaux doivent être pris en considération lorsque les joueurs courent un risque de CC. L'examen oculaire et de l'équilibre ainsi que les tests d'effort doivent être normaux, les athlètes ne doivent pas avoir de maux de tête et le score à l'outil d'évaluation SCAT doit être normal [Hohmann *et al.*, 2023].

De nombreuses organisations exigent une documentation de cette autorisation médicale pour la reprise des activités sportives, d'apprentissage ou professionnelles [BC Guidelines, 2023]. Selon le consensus d'Amsterdam, la progression des étapes 4 à 6 de la reprise des activités physiques et sportives devrait être suivie par un professionnel de la santé [Patricios *et al.*, 2023].

²¹ Comme cette phrase portait à confusion chez les utilisateurs potentiels (à savoir si l'on devait ou non parler à un professionnel de la santé), le dépliant mentionne maintenant qu'il est suggéré d'obtenir une autorisation d'un professionnel de la santé lorsque les tâches comportent des risques pour la personne ou autrui.

2.7.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

Aucun besoin n'a été reconnu par les utilisateurs spécifiquement au sujet de la reprise du sport impliquant des risques de collision, chute ou contact après un TCCL/CC.

2.7.3 Avis du comité consultatif

Certains membres du comité notent des enjeux de faisabilité pour obtenir une autorisation de retour au jeu (p. ex. pour la participation aux cours d'éducation physique) en raison de la difficulté d'accès aux médecins de famille, aux médecins du sport et aux médecins à l'urgence. Ils suggèrent de bien définir les professionnels de la santé qualifiés pour permettre un retour au sport de contact²².

Ils sont également d'avis que cette autorisation n'est nécessaire que pour les activités gérées par une association ou fédération sportive qui demande qu'un sportif obtienne cette autorisation.

2.7.4 Énoncé soumis au vote final du comité consultatif

Énoncé 17 – Autorisation de retour au jeu²³

Si vous pratiquez un sport où il y a des risques de collision, de chute ou de contact, vous devez obtenir une autorisation de votre médecin, d'une infirmière praticienne spécialisée en première ligne ou d'un membre de l'équipe spécialisée en TCCL/CC de votre région avant de commencer l'étape 4 de la reprise des activités physiques et sportives.

²² Au Québec, les physiothérapeutes peuvent autoriser la reprise d'activités sportives après un TCCL/CC depuis mai 2020. Certaines conditions s'appliquent. Ils doivent notamment avoir été accrédités par le Collège des médecins (voir le lien suivant : <https://oppg.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/tccl-autorisation-reprise-sport/>). De plus, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sont également autorisées à poser un diagnostic de TCCL/CC (<https://www.oiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>). Les psychologues et les neuropsychologues le seront également bientôt en vertu du projet québécois de loi n° 67 (<https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-67-43-1.html>).

²³ En raison des enjeux soulignés par le comité consultatif et comme il n'y a pas d'obligation légale à cet égard, le contenu de cet énoncé a été reformulé ainsi dans le dépliant : *Si votre association sportive le demande, vous devriez obtenir une autorisation par un professionnel de la santé avant de commencer l'étape 4.* Ce libellé a été accepté par les membres du comité consultatif lors de leur révision finale du dépliant.

2.8 Y a-t-il d'autres éléments à considérer dans la formulation des énoncés et des conseils?

Plusieurs éléments additionnels ont fait l'objet de discussion par les utilisateurs et le comité consultatif.

2.8.1 Besoin de réassurance et de ressources additionnelles

2.8.1.1 Information issue de la littérature

Outre les professionnels de la santé, le NICE recommande de communiquer les coordonnées d'organismes de soutien [NICE, 2023]. Le guide du VA/DoD[VA/DoD, 2021], quant à lui, conseille de proposer des ressources sur la prévention du suicide aux personnes qui ont subi un TCCL/CC, si pertinent.

2.8.1.2 Besoins reconnus par les utilisateurs

Les personnes qui ont subi un TCCL/CC ont mentionné avoir besoin de soutien et de réassurance. Premièrement, bien qu'une case à remplir existe pour inscrire les coordonnées de la personne-ressource à contacter, elle est rarement utilisée. Cette problématique a été soulignée par les personnes qui ont subi un TCCL/CC et les professionnels de la santé. Les personnes qui ont subi un TCCL/CC mentionnent qu'ajouter des ressources médicales permettrait d'avoir de la réassurance, de poser des questions, de bénéficier d'un accompagnement dans la séquence afin de bien se situer dans les étapes et d'interpréter correctement le dépliant. Les exemples de ressources proposées par les personnes qui ont subi un TCCL/CC incluaient des groupes de soutien sur les réseaux sociaux, de créer une ligne téléphonique de soutien réservée aux TCCL/CC (p. ex. 1-800), d'ajouter les codes QR des vidéos de l'INESSS et des capsules audios qui pourraient être créées. Les professionnels de la santé ont de leur côté proposé d'ajouter les codes QR vers les courriels des personnes-ressources et de mettre en référence les coordonnées du centre de traumatologie de la région.

2.8.1.3 Avis du comité consultatif

Certains membres sont moins favorables à l'idée d'orienter la personne vers des groupes de soutien en raison de l'information contradictoire et des appréhensions négatives qu'ils peuvent générer.

2.8.2 Quantité et qualité de l'information

2.8.2.1 Besoins reconnus par les utilisateurs

Les personnes qui ont subi un TCCL/CC et les professionnels de la santé ont souligné que le niveau de littératie du dépliant de 2018 était trop élevé. L'information est dense et difficile à comprendre. Mieux vulgariser l'information, formuler des phrases claires, mieux définir les activités physiques et les activités intellectuelles et donner des exemples concrets afin de pouvoir opérationnaliser les recommandations sont autant de pistes

d'amélioration qui ont été mentionnées. L'usage des points de forme, de l'iconographie et la répartition du texte sur quatre pages pourrait également faciliter la lecture.

2.8.2.2 Avis du comité consultatif

La quantité importante d'information et les enjeux d'espace qui en découlent sont également soulignés par le comité. De plus, des membres proposent qu'un bon plan de diffusion du dépliant soit élaboré, car plusieurs personnes reçoivent de l'information qui ne reflète pas les bonnes pratiques. Comme certaines personnes pourraient trouver le dépliant sur Internet avant de consulter un médecin, il serait également important de conserver la mise en garde spécifiant d'utiliser le dépliant seulement après avoir reçu diagnostic d'un médecin. L'importance de traduire le dépliant, en anglais et si possible dans d'autres langues, est aussi soulignée.

2.8.3 Adaptation aux clientèles cibles

2.8.3.1 Besoins reconnus par les utilisateurs

Dans l'ensemble, le dépliant de 2018 semble trop cibler la clientèle d'enfants sportifs. Il semble également y avoir de la confusion entre activité physique et activité sportive. Les personnes qui ont subi un TCCL/CC et les professionnels de la santé suggèrent de mieux adapter les exemples d'activités afin qu'ils rejoignent autant les enfants et les adultes que les aînés. Ainsi, les exemples d'activités physiques pourraient établir des parallèles avec les activités physiques de la vie de tous les jours comme monter trois étages ou porter des sacs d'épicerie. Une personne qui a subi un TCCL/CC suggère aussi d'insister davantage sur l'importance de la marche, même pour une durée aussi courte que cinq minutes. Les professionnels soulignent que rester actif et pratiquer une activité aérobique, comme nager et marcher, sont des facteurs clés qui aident à la récupération, tant que les étapes sont respectées. De plus, afin de mieux interpeller l'ensemble des clientèles ciblées, une personne qui a subi un TCCL/CC a également proposé de retirer la photo du joueur de football de la première page du dépliant.

Par ailleurs, un professionnel indique que les suggestions d'activités intellectuelles de l'étape 1 trop axées sur les écrans pourraient être complétées par d'autres exemples comme jouer à des jeux de société ou suivre une recette.

2.8.3.2 Avis du comité consultatif

Le comité suggère de mentionner dans le dépliant que la récupération est un processus individuel. Il soulève d'ailleurs que, comme chaque personne évolue différemment, il est difficile d'adapter les exemples à chaque clientèle.

2.8.4 Terminologie du TCCL et de la commotion cérébrale

2.8.4.1 Avis du comité consultatif

Tout comme lors de la dernière mise à jour du dépliant, l'utilisation des termes « TCCL » ou « CC » a fait l'objet de discussion. Un membre exprime son désaccord avec le fait de faire référence à la commotion cérébrale dans le dépliant, car elle diffère du TCCL pour lequel il existe des critères opérationnels. Le reste du comité reconnaît que le dépliant vise la population générale et non le corps médical et que, dans ce cas, l'emploi du terme « commotion cérébrale » a pour but de vulgariser et de rester cohérent avec d'autres outils comme le programme du MSSS ou le consensus d'Amsterdam. Un membre estime d'ailleurs que le terme « commotion cérébrale » devrait rester dans le dépliant pour que le langage soit accessible au public. Cela dit, plusieurs membres du comité estiment que le sigle TCCL doit rester dans le dépliant. Ce sigle pourrait toutefois y être mieux défini. Le terme « traumatisme » seul, quant à lui, est jugé peu spécifique. À noter que l'American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM) considère la commotion cérébrale comme un TCCL et que le terme « commotion cérébrale » peut être employé de manière interchangeable avec le terme « TCCL » lorsqu'un examen de tomodensitométrie n'est pas indiqué ou lorsque ses résultats sont normaux [Silverberg *et al.*, 2023].

CONCLUSION

Les présents travaux avaient pour objectif de mettre à jour les conseils à suivre pour favoriser le rétablissement après avoir subi un TCCL/CC. Cette démarche de mise à jour du dépliant s'est appuyée sur une revue de la littérature, la consultation d'un comité consultatif et l'expérience de personnes qui ont subi un TCCL/CC ainsi que d'autres utilisateurs du dépliant, dans le souci de tenir compte de leurs besoins et de leur perspective. Malgré la qualité variable des documents consultés à l'étape de la revue de littérature, le dépliant résultant et les conseils qu'il contient sont bien acceptés par l'ensemble des personnes consultées.

Pour avoir l'impact souhaité, ce dépliant devra être diffusé au sein de différents ordres professionnels et de divers milieux cliniques (p. ex. auprès des physiothérapeutes, médecins de famille en clinique ou en GMF), car certains professionnels pourraient être moins familiarisés avec le dépliant sur le TCCL/CC et les conseils qu'il contient, notamment en ce qui concerne la durée du repos initial et le fait qu'il n'est pas toujours nécessaire de prescrire des arrêts de travail ou d'école. Le dépliant pourrait également être diffusé dans des milieux non cliniques (p. ex. milieux sportifs, milieux scolaires, milieux de travail, milieux d'hébergement) pour sensibiliser l'ensemble des intervenants qui pourraient côtoyer une personne victime d'un TCCL/CC. Comme le sujet du TCCL/CC n'est pas exclusif au milieu de la santé, un arrimage sera nécessaire entre les différentes instances qui y travaillent, y compris le ministère de l'Éducation du Québec et les différentes associations sportives.

Ce dépliant mis à jour pourra servir de levier pour développer d'autres initiatives et différents outils. En effet, bien que le dépliant puisse convenir à la majorité, il n'est pas spécifiquement adapté à chaque clientèle. Certains utilisateurs du dépliant avaient d'ailleurs reproché ce manque d'adaptation à celui de 2018. Pour répondre à ce besoin, d'autres outils plus adaptés à différentes clientèles pourraient être développés. Par exemple, les capsules audios ont l'avantage d'éviter les stimulations visuelles et l'utilisation d'écrans. Des capsules audios adaptées à certaines clientèles (p. ex. adolescents, aînés) pourraient être développées et profiteraient aussi, par exemple, aux personnes qui ont des problèmes de littératie ou des problèmes visuels. La vidéo, quant à elle, pourrait être utile aux professionnels de la santé, aux proches aidants (parents) et à l'entourage (enfants, entraîneurs sportifs) de la personne qui a subi un TCCL/CC; elle leur permettrait de mieux comprendre et de les sensibiliser à ce que vit leur proche. De cette façon, ils pourraient être plus en mesure d'accompagner les personnes qui ont subi un tel traumatisme et de les aider à récupérer – p. ex. participation du conjoint à certaines tâches, rassurer l'enfant d'un adulte qui a reçu un diagnostic de TCCL/CC. De plus, offrir l'information sous plus d'une forme permettrait aux personnes qui ont subi un TCCL/CC de choisir la plus appropriée à leurs besoins.

Enfin, cette mise à jour devrait permettre aux personnes qui ont subi un TCCL/CC et à leurs proches d'être bien informés et rassurés à propos de ce traumatisme et qu'ils puissent ainsi vivre un rétablissement optimal. Le nouveau dépliant devrait permettre à tous les professionnels concernés de livrer un message commun, cohérent et consistant sur la reprise des activités à la suite d'un TCCL/CC. Le déploiement imminent d'un projet pilote de télésurveillance des symptômes à la suite d'un TCCL/CC mené par le MSSS pourrait être l'occasion d'évaluer plus systématiquement les impacts du dépliant dans le cadre d'une trajectoire d'autosoins.

RÉFÉRENCES

- Art K, Ridenour C, Durbin S, Bauer M, Hassen-Miller A. The effectiveness of physical therapy interventions for athletes post-concussion: a systematic review. *International journal of sports physical therapy* 2023;18(1):26.
- Australian Institute of Sport (AIS). Concussion and brain health. Position statement 2024. Gouvernement d'Australie; 2024. Disponible à : https://www.concussioninsport.gov.au/data/assets/pdf_file/0004/1133545/37382_Concussion-and-Brain-Health-Position-Statement-2024-FA.pdf (consulté le 19 mars 2024).
- BC Guidelines. Concussion / Mild Traumatic Brain Injury (mTBI) DRAFT FOR EXTERNAL REVIEW. 2023. Disponible à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/concussion-mtbiguideline_forexternalreview_v3.pdf (consulté le 18 mars 2024).
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol* 2012;65(5):526-34.
- Carter KM, Pauhl AN, Christie AD. The Role of Active Rehabilitation in Concussion Management: A Systematic Review and Meta-analysis. *Medicine and science in sports and exercise* 2021;53(9):1835-45.
- Champagne AS, Yao X, McFaull SR, Saxena S, Gordon KR, Babul S, Thompson W. Self-reported concussions in Canada: A cross-sectional study. *Health reports* 2023;34(6):17-28.
- Davis GA, Schneider KJ, Anderson V, Babl FE, Barlow KM, Blauwet CA, et al. Pediatric Sport-Related Concussion: Recommendations From the Amsterdam Consensus Statement 2023. *Pediatrics* 2024;153(1):01.
- De Luigi AJ, Bell KR, Bramhall JP, Choe M, Dec K, Finnoff JT, et al. Consensus statement: An evidence-based review of exercise, rehabilitation, rest, and return to activity protocols for the treatment of concussion and mild traumatic brain injury. *Pm R* 2023;15(12):1605-42.
- Delisle M-G. La prise en charge initiale des patients TCCL: éducation et adaptation. 2021;
- DeMatteo C, Bednar ED, Randall S, Falla K. Effectiveness of return to activity and return to school protocols for children postconcussion: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2020;6(1):e000667.
- DeMatteo CA, Randall S, Lin CA, Claridge EA. What Comes First: Return to School or Return to Activity for Youth After Concussion? Maybe We Don't Have to Choose. *Front Neurol* 2019;10:792.
- Florez M, Roberge E, Ostrowski J. Aerobic Exercise as an Intervention for Mild Traumatic Brain Injury: A Critically Appraised Topic. *J Sport Rehabil* 2024;33(6):473-7.

- Goulet K et Beno S. Sport-related concussion and bodychecking in children and youth: Evaluation, management, and policy implications. *Paediatr child health* 2023;28(4):252-66.
- Harmon KG, Clugston JR, Dec K, Hainline B, Herring S, Kane SF, et al. American Medical Society for Sports Medicine position statement on concussion in sport. *BJSM online* 2019;53(4):213-25.
- Hattrup N, Gray H, Krumholtz M, McLeod TCV. Early controlled exercise and timing of treatment following concussion: a critically appraised topic. *J Sport Rehabil* 2020;29(3):360-6.
- Herring S, Kibler WB, Putukian M, G SS, Boyajian-O'Neill L, Dec KL, et al. Selected Issues in Sport-Related Concussion (SRC , Mild Traumatic Brain Injury) for the Team Physician: A Consensus Statement. *Current Sports Medicine Reports* 2021;20(8):420-31.
- Hohmann E, Bloomfield P, Dvorak J, Echemendia R, Frank RM, Ganda J, et al. Return to Sports Following Sports-Related Concussion in Collision Sports: An Expert Consensus Statement Using the Modified Delphi Technique. *Arthroscopy* 2023;04:04.
- Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018. User guide. Montréal : Université McGill; 2018. 1er août 2018.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un traumatisme craniocérébral léger. Rapport rédigé par Catherine Truchon et Anabèle Brière. Québec, Qc : INESSS; 2018.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Lignes directrices de revues rapides. 2023. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Lignes_directrices_revue_rapides_2023.pdf (consulté le 12 septembre 2024).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation de l'impact des outils concernant le traumatisme craniocérébral léger (commotion cérébrale) - Conseils pour la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives. 2024. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS_Mesure_impact_TCCL.pdf (consulté le 27 août 2024).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traumatisme craniocérébral léger. Rapport rédigé par Catherine Truchon, Fanny Guérin, Marie-Andrée Ulysse et Geneviève Martin. Québec, QC : 2018.
- Jaganathan KS, Sullivan KA, Kinmond S, Berndt S, Street S, Haden C, et al. Exercise Parameters for Postconcussion Symptom Rehabilitation: A Systematic Review. *J Sport Rehabil* 2023;32(5):483-92.

- Jain D, Arbogast KB, Master CL, C CM. An Integrative Review of Return to Driving After Concussion in Adolescents. *J Sch Nurs* 2021;37(1):17-27.
- Kemp AM et O'Brien KH. Critical Elements of Return to Learn for Students With Concussion: A Scoping Review. *J Head Trauma Rehabil* 2022;37(2):E113-E28.
- Kline AC. BET 2: Should children with sport-related concussion observe strict physical rest until symptom-free? *Emerg Med J* 2017;34(11):764-5.
- Lal A, Kolakowsky-Hayner SA, Ghajar J, Balamane M. The Effect of Physical Exercise After a Concussion: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Sports Med* 2018;46(3):743-52.
- Langevin P, Fremont P, Fait P, Dube MO, Bertrand-Charette M, Roy JS. Aerobic Exercise for Sport-related Concussion: A Systematic Review and Meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2020;52(12):2491-9.
- Leddy JJ, Burma JS, Toomey CM, Hayden A, Davis GA, Babl FE, et al. Rest and exercise early after sport-related concussion: a systematic review and meta-analysis. *BJSM online* 2023;57(12):762-70.
- Lempke L, Jaffri A, Erdman N. The Effects of Early Physical Activity Compared to Early Physical Rest on Concussion Symptoms. *J Sport Rehabil* 2019;28(1):99-105.
- Levin HS et Diaz-Arrastia RR. Diagnosis, prognosis, and clinical management of mild traumatic brain injury. *Lancet Neurol* 2015;14(5):506-17.
- Lumba-Brown A, Yeates KO, Sarmiento K, Breiding MJ, Haegerich TM, Gioia GA, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline on the Diagnosis and Management of Mild Traumatic Brain Injury Among Children. *Jama, Pediatr* 2018;172(11):e182853.
- Marshall S, Lithopoulos A, Curran D, Fischer L, Velikonja D, Bayley M. Living Concussion Guidelines: Guideline for Concussion & Prolonged Symptoms for Adults 18 years of Age or Older [site Web]. 2023. Disponible à : <https://concussionsontario.org> (consulté le 29 novembre).
- Memmini AK, Popovich MJ, Schuyten KH, Herring SA, Scott KL, Clugston JR, et al. Achieving Consensus Through a Modified Delphi Technique to Create the Post-concussion Collegiate Return-to-Learn Protocol. *Sports Med* 2023;53(4):903-16.
- Menon DKMDP, Schwab KP, Wright DWMD, Maas AIMDP. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010;91(11):1637-40.
- Moore S, Musgrave C, Sandler J, Bradley B, Jones JRA. Early intervention treatment in the first 2 weeks following concussion in adults: A systematic review of randomised controlled trials. *Physical Therapy in Sport* 2024;65:59-73.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Traumatisme craniocérébral léger et commotion cérébrale [site Web]. 2023. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/commotion-cerebrale/> (consulté le 7 août).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Des actions précoces pour une prise en charge optimale. Programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et de la commotion cérébrale (TCCL/CC) au Québec. 2024. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-912-02W.pdf> (consulté le 8 août 2024).
- NICE. Head injury: assessment and early management. NICE guideline [NG232]. 2023. 18 mai 2023. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng232> (consulté le 19 mars 2024).
- Nielsen J. Usability engineering. Morgan Kaufmann; 1993.
- Parachute. Canadian Guideline on Concussion in Sport. 2e édition éd 2024*. Disponible à : <https://parachute.ca/en/professional-resource/concussion-collection/canadian-guideline-on-concussion-in-sport/> (consulté le 3 septembre 2024).
- Patricios JS, Schneider KJ, Dvorak J, Ahmed OH, Blauwet C, Cantu RC, et al. Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport-Amsterdam, October 2022. Br J Sports Med 2023;57(11):695-711.
- Patterson Gentile C, Rosenthal S, Blume H, Rastogi RG, McVige J, Bicknese A, et al. American Headache Society white paper on treatment of post-traumatic headache from concussion in youth. Headache 2024;29:29.
- Permenter CM, Fernández-de Thomas RJ, Sherman AL. Postconcussive syndrome. 2018;
- Poulin-Lapierre S-É, Beaulieu-Bonneau S, Goulet C, Cairns K, Predovan D, Ouellet M-C. Access and adherence to the most recent recommendations regarding resumption of activities after a mild traumatic brain injury. Brain Injury 2023;1-11.
- Prince J, Schussler E, McCann R. Rehabilitation utilizing controlled aerobic activity in patients with a concussion: a critically appraised topic. J Sport Rehabil 2020;29(1):122-6.
- Purcell LK, Davis GA, Gioia GA. What factors must be considered in 'return to school' following concussion and what strategies or accommodations should be followed? A systematic review. BJSM online 2019;53(4):250.
- Putukian M, Purcell L, Schneider KJ, Black AM, Burma JS, Chandran A, et al. Clinical recovery from concussion—return to school and sport: a systematic review and meta-analysis. BJSM online 2023;57(12):798-809.
- Rao DP, McFaull S, Thompson W, Jayaraman GC. Trends in self-reported traumatic brain injury among Canadians, 2005-2014: a repeated cross-sectional analysis. CMAJ Open 2017;5(2):E301-E7.
- Reed N, Zemek R, Dawson J, Ledoux A, Provvidenza C, Paniccia M, al. e. Living Guideline for Pediatric Concussion Care [site Web]. 2023. Disponible à : www.pedsconcussion.com (consulté le 19 mars 2024).

- Reid SA, Farbenblum J, McLeod S. Do physical interventions improve outcomes following concussion: a systematic review and meta-analysis? *BJSM online* 2022;56(5):292-8.
- Rossi GD, Anania T, Lopez RM. Early Aerobic Exercise for the Treatment of Acute Pediatric Concussions. *Journal of Athletic Training* (Allen Press) 2020;55(7):649-57.
- Schellhase KC, McIntosh AA, Jennings-Collier IIA, Dininny MD, Zraick RI, Mangum LC. Readability of Postconcussion Home Care Instructions. *International Journal of Athletic Therapy & Training* 2024;29(1):45-9.
- Scorza KA et Cole W. Current concepts in concussion: initial evaluation and management. *American family physician* 2019;99(7):426-34.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
- Shen X, Gao B, Wang Z, Yang Y, Chen Z, Yu L, Wang Z. Therapeutic effect of aerobic exercise for adolescents after mild traumatic brain injury and sport-related concussion: a meta-analysis from randomized controlled trials. *World Neurosurgery* 2021;146:e22-e9.
- Silverberg ND, Iverson GL, Group ABISI, Cogan A, Dams-O'Connor K, Delmonico R, et al. The American Congress of rehabilitation medicine diagnostic criteria for mild traumatic brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2023;104(8):1343-55.
- VA/DoD. VA/DoD Clinical practice guideline for the management and rehabilitation of post-acute mild traumatic brain injury. Department of Veterans Affairs et Department of Defense; 2021. Disponible à : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/mtbi/VADoDmTBICPGFinal508.pdf> (consulté le 19 mars 2024).
- Wait TJ, Eck AG, Loose T, Drumm A, Kolaczko JG, Stevanovic O, Boublik M. Median Time to Return to Sports After Concussion Is Within 21 Days in 80% of Published Studies. *Arthroscopy* 2023;39(3):887-901.

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique et liste des autres sources consultées

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid) Segment : ALL 1946 to September 18, 2023 Date de la recherche : 19 septembre 2023 Limites : 2017- ; français, anglais Mise à jour : 29 août 2024	
#	Requêtes
1	*Brain Concussion/ OR *Brain Contusion/ OR *Brain Injuries/ OR *Brain Injuries, Traumatic/ OR *Contrecoup Injury/ OR *Head Injuries, Closed/
2	(concuss* OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) ADJ3 (contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) ADJ3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial)) OR mTBI* OR TBI* OR postconcuss*).ti,bt,kf.
3	1 OR 2
4	((((concuss* OR mTBI OR postconcuss*) ADJ2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)) OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) AND (((contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) ADJ3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial OR TBI)) ADJ2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))))).ti,ab,kf,bt
5	Caregivers/ed OR Family/ed OR Consumer Health Information/ OR Health Education/ OR Health Literacy/ OR Patients/ed OR Patient Education as Topic/
6	(educat* OR information* OR instruct* OR knowledge OR learn* OR program* OR sensitiz* OR sensitiz* OR teach* OR train*).ti,bt,kf
7	((caregiver* OR carer* OR famil* OR husband* OR parent* OR patient* OR partner* OR spouse* OR wife*) ADJ3 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)).ti,ab,kf,bt
8	Self Care/
9	((self ADJ2 (care OR efficacy OR help* OR manag* OR monitor*)) OR selfcare OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfmanag* OR selfmonitor*).ti,ab,kf,bt
10	*Post-Concussion Syndrome/
11	((condition* OR effect* OR symptom* OR syndrome*) ADJ4 (chronic OR long term* OR persist* OR post-concuss* OR postconcuss* OR post-injur* OR postinjur*).ti,ab,kf,bt
12	Return to School/ OR Return to Sport/ OR Return to Work/
13	((back to OR clearance OR re-enter* OR reenter* OR re-entry OR reentry OR re-engag* OR reingag* OR reintegrat* OR re-integrat* OR resum* OR return*) ADJ4 (activit* OR competition* OR learn* OR participation* OR play* OR practice* OR school* OR sport* OR work*)).ti,ab,kf,bt
14	(clearance to return* OR return* to normal).ti,ab,kf,bt
15	5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14
16	exp Clinical Protocols/ OR exp Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR Health Planning Guidelines/ OR Practice Guideline as a Topic/ OR Clinical Conference.pt OR ((best ADJ3 practice*) OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR (gold ADJ2 standard*) OR guidance OR guide line* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR

	recommendation* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*))).ti,ab,kf,bt OR standard*.ti
17	Meta-Analysis/ OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR scoping review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR syntheses*)) OR umbrella review*).ti,ab,kf OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kf)
18	(4 OR 10 OR (3 AND 15)) AND (16 OR 17)

Embase (Ovid) Segment : 1974 to 2023 September 18 Date de la recherche : 19 septembre 2023 Limites : 2017- ; français, anglais Mise à jour : 29 août 2024	
#	Requêtes
1	*Acquired Brain Injury/ OR *Brain Concussion/ OR *Brain Contusion/ OR *Brain Damage/ OR *Brain Injury/ OR *Pediatric Traumatic Brain Injury/ OR *Traumatic Brain Injury/
2	(concuss* OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) ADJ3 (contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) ADJ3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial)) OR mTBI* OR TBI* OR postconcuss*).ti,bt,kf.
3	1 OR 2
4	((((concuss* OR mTBI OR postconcuss*) ADJ2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)) OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) AND ((contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) ADJ3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial OR TBI)) ADJ2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))).ti,ab,kf,bt
5	Consumer Health Information/ OR eHealth Literacy/ OR Health Education/ OR Health Literacy/ OR Medical Information/ OR Patient Education/ OR Self Care Education/
6	(educat* OR information* OR instruct* OR knowledge OR learn* OR program* OR sensitiz* OR sensitiz* OR teach* OR train*).ti,bt,kf
7	((caregiver* OR carer* OR famil* OR husband* OR parent* OR patient* OR partner* OR spouse* OR wife*) ADJ3 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*).ti,ab,kf,bt
8	Self Care/
9	((self ADJ2 (care OR efficacy OR help* OR manag* OR monitor*)) OR selfcare OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfmanag* OR selfmonitor*).ti,ab,kf,bt
10	*Postconcussion Syndrome/
11	((condition* OR effect* OR symptom* OR syndrome*) ADJ4 (chronic OR long term* OR persist* OR post-concuss* OR postconcuss* OR post-injur* OR postinjur*).ti,ab,kf,bt
12	Return to School/ OR Return to Sport/ OR Return to Work/ OR School Reentry/ OR Work Resumption/
13	((back to OR clearance OR re-enter* OR reenter* OR re-entry OR reentry OR re-engag* OR reingag* OR reintegrat* OR re-integrat* OR resum* OR return*) ADJ4 (activit* OR competition* OR learn* OR participation* OR play* OR practice* OR school* OR sport* OR work*).ti,ab,kf,bt
14	(clearance to return* OR return* to normal).ti,ab,kf,bt
15	5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14
16	Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR ((best ADJ3 practice*) OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR (gold ADJ2 standard*)) OR guidance OR guide line* OR guideline* OR policy

	statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*))).ti,ab,kf,bt OR standard*.ti
17	Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR scoping review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR synthes*)) OR umbrella review*).ti,ab,kf OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kf)
18	(4 OR 10 OR (3 AND 15)) AND (16 OR 17)

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)

Segment : 2005 to September 13, 2023

Date de la recherche : 19 septembre 2023

Limites : 2017- ; français, anglais

Mise à jour : 29 août 2024

#	Requêtes
1	(concuss* OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) ADJ3 (contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) ADJ3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial)) OR mTBI* OR TBI* OR postconcuss*).ti,kw
2	((((concuss* OR mTBI OR postconcuss*) ADJ2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)) OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) AND ((contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) ADJ3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial OR TBI)) ADJ2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))))).ti,ab,kw
3	(educat* OR information* OR instruct* OR knowledge OR learn* OR program* OR sensitiz* OR sensitiz* OR teach* OR train*).ti,kw
4	((caregiver* OR carer* OR famil* OR husband* OR parent* OR patient* OR partner* OR spouse* OR wife*) ADJ3 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*).ti,ab,kw
5	((self ADJ2 (care OR efficacy OR help* OR manag* OR monitor*)) OR selfcare OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfmanag* OR selfmonitor*).ti,ab,kw
6	((condition* OR effect* OR symptom* OR syndrome*) ADJ4 (chronic OR long term* OR persist* OR post-concuss* OR postconcuss* OR post-injur* OR postinjur*).ti,ab,kw
7	((back to OR clearance OR re-enter* OR reenter* OR re-entry OR reentry OR re-engag* OR reingag* OR reintegrat* OR re-integrat* OR resum* OR return*) ADJ4 (activit* OR competition* OR learn* OR participation* OR play* OR practice* OR school* OR sport* OR work*).ti,ab,kw
8	(clearance to return* OR return* to normal).ti,ab,kw
9	3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8
10	(2 OR (1 AND 9))

CINAHL Complete (EBSCO)

Date de la recherche : 19 septembre 2023

Limites : 2017- ; français, anglais

Mise à jour : 29 août 2024

#	Requêtes
S1	MM ("Brain Injuries" OR "Brain Concussion" OR "Postconcussion Syndrome" OR "Brain Contusions")
S2	TI (concuss* OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) N3 (contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) N3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR

	intracranial)) OR mTBI* OR TBI* OR postconcuss*)) OR (SU (concuss* OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) N3 (contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) N3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial)) OR mTBI* OR TBI* OR postconcuss*)
S3	S1 OR S2
S4	TI (((concuss* OR mTBI OR postconcuss*) N2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)) OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) AND (((contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) N3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial OR TBI)) N2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))))) OR (AB (((concuss* OR mTBI OR postconcuss*) N2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)) OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) AND (((contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) N3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial OR TBI)) N2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))))) OR (SU (((concuss* OR mTBI OR postconcuss*) N2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*)) OR ((mild* OR moderate* OR minimal* OR minor?) AND (((contusion* OR damage* OR injur* OR lesion* OR trauma*) N3 (brain? OR cerebellar* OR cerebr* OR cortical OR cortex OR cranial* OR craniocerebral OR forebrain* OR frontal lobe* OR head* OR hemisphere* OR intracranial OR TBI)) N2 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))))
S5	MH ("Caregivers/ED" OR "Family/ED" OR "Parents/ED" OR "Patients/ED" OR "Patient Education" OR "Patient Discharge Education" OR "Health Education" OR "Health Literacy" OR "Health Information" OR "Consumer Health Information")
S6	TI (educat* OR information* OR instruct* OR knowledge OR learn* OR program* OR sensitiz* OR sensitiz* OR teach* OR train*)) OR (SU (educat* OR information* OR instruct* OR knowledge OR learn* OR program* OR sensitiz* OR sensitiz* OR teach* OR train*)
S7	TI ((caregiver* OR carer* OR famil* OR husband* OR parent* OR patient* OR partner* OR spouse* OR wife*) N3 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))) OR (AB ((caregiver* OR carer* OR famil* OR husband* OR parent* OR patient* OR partner* OR spouse* OR wife*) N3 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))) OR (SU ((caregiver* OR carer* OR famil* OR husband* OR parent* OR patient* OR partner* OR spouse* OR wife*) N3 (education* OR information* OR instruct* OR program* OR teach* OR train*))
S8	MH ("Self Care" OR "Self Management")
S9	TI ((self N2 (care OR efficacy OR help* OR manag* OR monitor*)) OR selfcare OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfmanag* OR selfmonitor*) OR AB ((self N2 (care OR efficacy OR help* OR manag* OR monitor*)) OR selfcare OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfmanag* OR selfmonitor*) OR SU ((self N2 (care OR efficacy OR help* OR manag* OR monitor*)) OR selfcare OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfmanag* OR selfmonitor*)
S10	MM ("Postconcussion Syndrome")
S11	TI ((condition* OR effect* OR symptom* OR syndrome*) N4 (chronic OR long term* OR persist* OR post-concuss* OR postconcuss* OR post-injur* OR postinjur*)) OR AB ((condition* OR effect* OR symptom* OR syndrome*) N4 (chronic OR long term* OR persist* OR post-concuss* OR postconcuss* OR post-injur* OR postinjur*)) OR SU ((condition* OR effect* OR symptom* OR syndrome*) N4 (chronic OR long term* OR persist* OR post-concuss* OR postconcuss* OR post-injur* OR postinjur*))
S12	MH ("School Re-Entry" OR "Sports Re-Entry" OR "Job Re-Entry")
S13	TI ((back to OR clearance OR re-enter* OR reenter* OR re-entry OR reentry OR re-engag* OR reingag* OR reintegrat* OR re-integrat* OR resum* OR return*) N4 (activit* OR competition* OR learn* OR participation* OR play* OR practice* OR school* OR sport* OR work*)) OR AB ((back to OR clearance OR re-enter* OR reenter* OR re-entry OR reentry OR re-engag* OR reingag* OR reintegrat* OR re-integrat* OR resum* OR return*) N4 (activit* OR competition* OR learn*

	OR participation* OR play* OR practice* OR school* OR sport* OR work*)) OR SU ((back to OR clearance OR re-enter* OR reenter* OR re-entry OR reentry OR re-engag* OR reingag* OR reintegrat* OR re-integrat* OR resum* OR return*) N4 (activit* OR competition* OR learn* OR participation* OR play* OR practice* OR school* OR sport* OR work*))
S14	TI (clearance to return* OR return* to normal) OR AB (clearance to return* OR return* to normal) OR SU (clearance to return* OR return* to normal)
S15	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14
S16	MH (guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR algorithms OR consensus OR consensus development conferences as topic OR critical pathways OR clinical protocols) OR PT (practice guidelines) OR TI ((best N3 practice*) OR (clinical N2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (evidence N2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR (gold N2 standard*) OR guidance OR guide line* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR ((standard OR standards) N2 (care* OR practice*))) OR AB ((best N3 practice*) OR (clinical N2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (evidence N2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR (gold N2 standard*) OR guidance OR guide line* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR ((standard OR standards) N2 (care* OR practice*))) OR SU ((best N3 practice*) OR (clinical N2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (evidence N2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR (gold N2 standard*) OR guidance OR guide line* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR ((standard OR standards) N2 (care* OR practice*))) OR TI (standard*)
S17	MH (Meta-analysis OR Meta-analysis as topic OR Review literature as topic) OR PT (meta analysis) OR TI (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) N0 (review* OR overview* OR syntheses*)) OR umbrella review*) OR AB (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) N0 (review* OR overview* OR syntheses*)) OR umbrella review*) OR SU (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) N0 (review* OR overview* OR syntheses*)) OR umbrella review*) OR ((TX (review)) AND (TI ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR AB ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR SU ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo))))
S18	(S4 OR S10 OR (S3 AND S15)) AND (S16 OR S17)

Tableau A-2 Autres sources consultées

Date de consultation : 19 septembre 2023

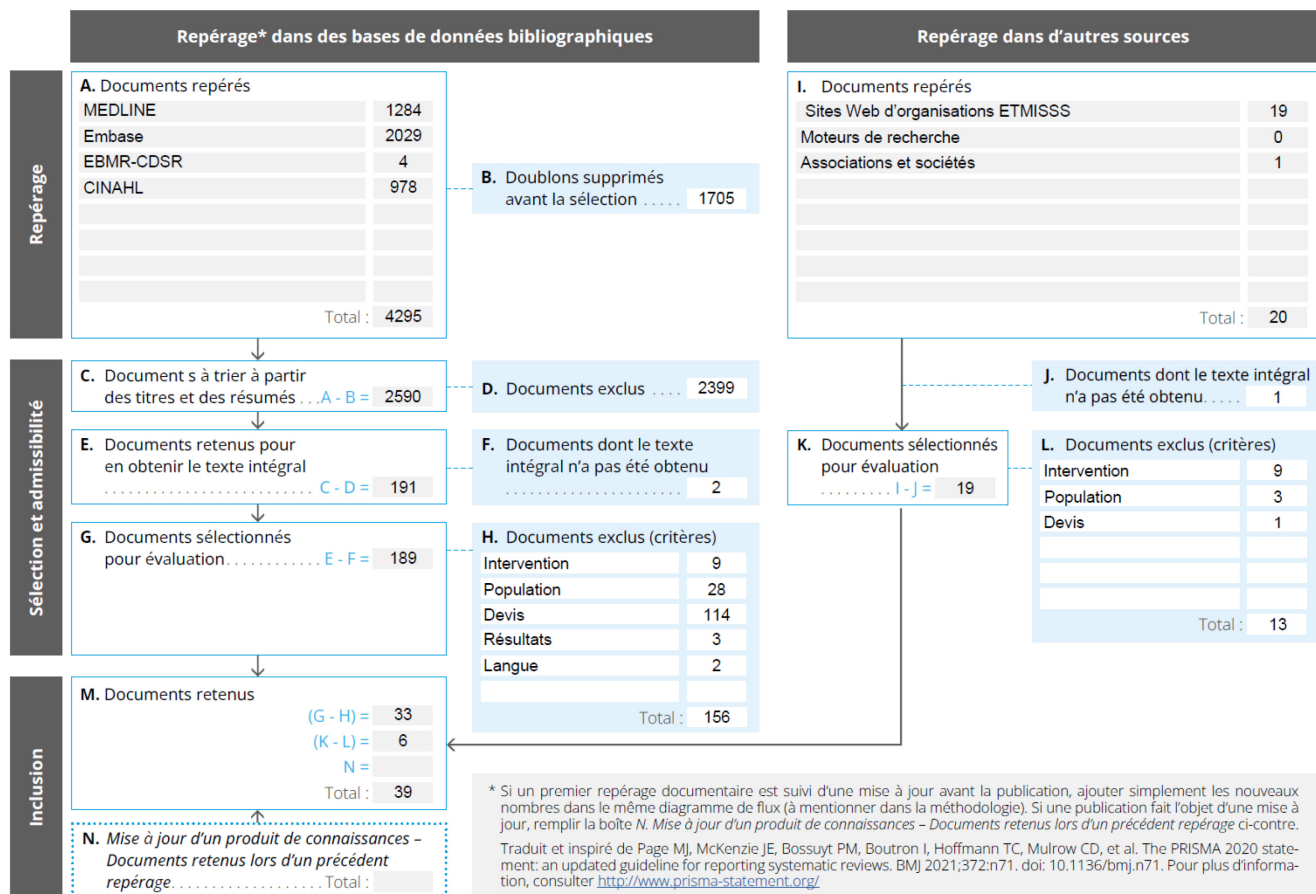
Sites Web d'organisations d'évaluation des technologies et des modes d'intervention
Accelerating Change Transformation Team (ACTT)
Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (ACMTS/CADTH)
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
BCGuidelines.ca
bpac^{nz} Guidelines
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
Guidelines International Network (GIN)
Haute Autorité de Santé (HAS)
Health Quality Ontario (HQO)
Infobanque des GPC : Guides de pratique clinique
Institute of Health Economics (IHE)
International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO)
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
Moteurs de recherche
Google
Associations et sociétés
Alberta Health Services
American College of Emergency Physicians (ACEP)
American Trauma Society
Association canadienne de traumatologie (ACT/TAC)
Association médicale canadienne (AMC/CMA)
Australia & New Zealand's Only Multidisciplinary Trauma Society
Brain Injury Australia
Brain Injury Canada
Brain Injury Guidelines
Catalogue en ligne Réseau Santécom
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
Centre for Reviews and Dissemination
Child Brain Injury Trust
Concussion awareness training tool
Concussion in sports
Corporation des thérapeutes du sport du Québec
Critical Care Services Ontario (CCSO)

Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST)
European Society for Trauma and Emergency Surgery
Health Quality & Safety Commission
Information Services Division of Scotland
Injury Prevention Centre
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS/CIHI)
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Major Trauma New Zealand
Midland Trauma System
My Health Alberta
National Health and Medical Research Council
NHS National Institute for Health Research
Neurotrauma Care Pathways
New South Wales Institute of Trauma and Injury Management
Parachute
Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick
Queensland Health
Réseau canadien des commotions
Royal Children's Hospital Melbourne
The Royal Society of Medicine
The Scottish Trauma Audit Group
Trauma Care
Trauma Nova Scotia
UK Department of Health
U.S. Department of Veterans Affairs
Victorian State Trauma System
Western Australia State Trauma System and Services

ANNEXE B

Sélection des études

Figure B-1 Diagramme de flux de type PRISMA



ANNEXE C

Guide des consultations réalisées en début de projet

Phase 1 : Consultations avec des utilisateurs/potentiels utilisateurs et des informateurs clés concernant des outils de l'INESSS

Public cible : patients et proches aidants qui ont reçu un diagnostic de TCCL/CC et qui ont reçu et consulté le dépliant ET professionnels de la santé qui ont remis le dépliant

PATIENTS QUI ONT REÇU LE DÉPLIANT

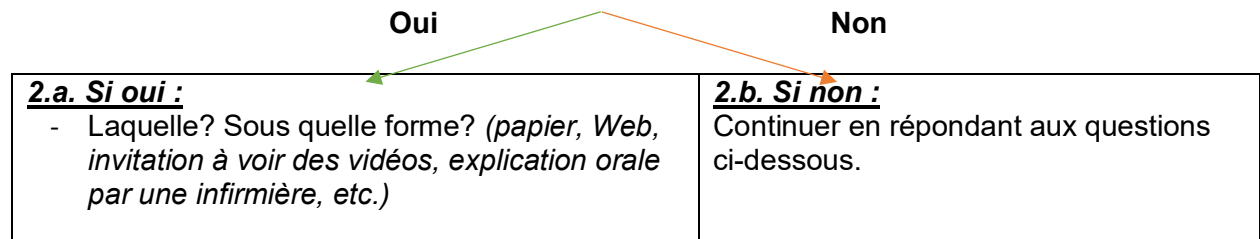
Introduction

- Se présenter (INESSS, patient et proche aidant)
- Redéfinir les objectifs et le déroulement de la rencontre
- Envoi du formulaire de compensation après la rencontre
- Informations socio-démo : *Âge, Genre, Profession, Activité physique ou sportive, Athlète (depuis combien de temps), Activités/Loisirs intellectuels.*

Expérience patient

Question 1 : Vous avez répondu par courriel que vous aviez reçu le dépliant de l'INESSS pour votre retour à la maison. C'est exact?

Question 2. Aviez-vous reçu d'autre information sur le TCCL/CC pour vous aider dans l'autogestion efficace et sécuritaire de votre condition après votre retour à la maison?



- Quand avez-vous reçu l'information - quel délai après l'accident?
- Par qui? Où? (urgences, clinique MD, école...)
- Pouvez-vous expliquer avec vos mots les renseignements les plus importants que vous aviez reçus?
- Connaissiez-vous cette information avant cet accident?
- *Quelle a été votre impression générale en recevant cette information?*
- *Pourriez-vous expliquer ce que vous trouviez clair et moins clair?*

Suivi si ce n'est pas le 1^{er} diagnostic de TCCL/CC :

Y a-t-il eu des différences quant à l'information reçue pour gérer votre retour à la maison?

Celles-ci vous ont-elles davantage aidé à votre retour à la maison?

Question 3 : Pourriez-vous décrire comment s'est passé par la suite votre retour à la maison?

Incitation :

- *Comment avez-vous géré votre repos initial? Vos symptômes? La reprise graduelle de vos activités?*
- *Dans l'ensemble, diriez-vous que vous avez suivi les conseils proposés assez fidèlement, en bonne partie, un peu ou pas du tout?*
- *Qu'avez-vous trouvé le plus difficile à gérer? Pourquoi?*
- *Depuis, avez-vous ressenti le besoin de consulter un professionnel de la santé – vous rendre à l'urgence – MD – appeler le 811 en lien avec ce TCCL/CC? Pourquoi?*

Impacts potentiels du dépliant

Plus spécifiquement, nous cherchons à connaître l'impact potentiel qu'auraient pu avoir sur vous le dépliant et les consignes de l'INESSS.

Question 4. Après la lecture du dépliant, et avec l'information présentée dans celui-ci, à quel point vous sentiez-vous capable de gérer votre rétablissement (symptômes, reprise graduelle, consultation)? À quel point vous sentiez-vous rassuré, bien outillé et motivé à appliquer les conseils?

Question 5. De manière générale, quels ont été les impacts possibles du dépliant sur votre période de rétablissement (p. ex. décisions, comportements, réassurance, éviter de consulter un médecin, de visiter l'usager ou de composer le 811, clarification des attentes avec l'employeur, l'école, etc.)?

Question 6. Selon vous, à quel point le dépliant de l'INESSS est-il utile pour les patients qui ont reçu un diagnostic de TCCL/CC?

Pistes d'amélioration pour la mise à jour du dépliant

Question 7 : Qu'avez-vous le plus apprécié du dépliant? Qu'avez-vous le moins apprécié? Pourquoi?

Question 8 : Quelles modifications pensez-vous qu'il serait nécessaire d'apporter au dépliant pour le rendre plus facile à comprendre et à utiliser? Pourquoi?

Incitation : Que manque-t-il comme information? Pourquoi? Comment la présenteriez-vous? Que pensez-vous de la mise en page de l'outil?

Question 9 : Parmi les éléments à améliorer, lesquels seraient prioritaires?

Incitation : Il a été recommandé d'améliorer X... Qu'en pensez-vous?

Question 10 : En terminant, souhaitez-vous nous transmettre d'autres renseignements qui vous semblent pertinents pour nous aider lors de la mise à jour de nos outils?

Questions facultatives :

- Connaissez-vous également les vidéos de l'INESSS sur la reprise des activités après un TCCL/CC? Que pensez-vous de ces outils?
- Que pensez-vous de la pertinence de faire des capsules audios?

Remerciements et suivi par courriel en réponse à toute question

PROFESSIONNELS QUI ONT REMIS LE DÉPLIANT

Introduction

- Se présenter (INESSS et professionnel)
- Redéfinir les objectifs et le déroulement de la rencontre
- Obtenir l'information socio-démo : Âge, Genre, Profession, Durée de la pratique, Lieux de la pratique (il pourrait en avoir plusieurs, et donc, plusieurs documents pourraient être utilisés), Profil de sa clientèle (adultes, enfants, personnes âgées, sportifs...)

Expérience clinique

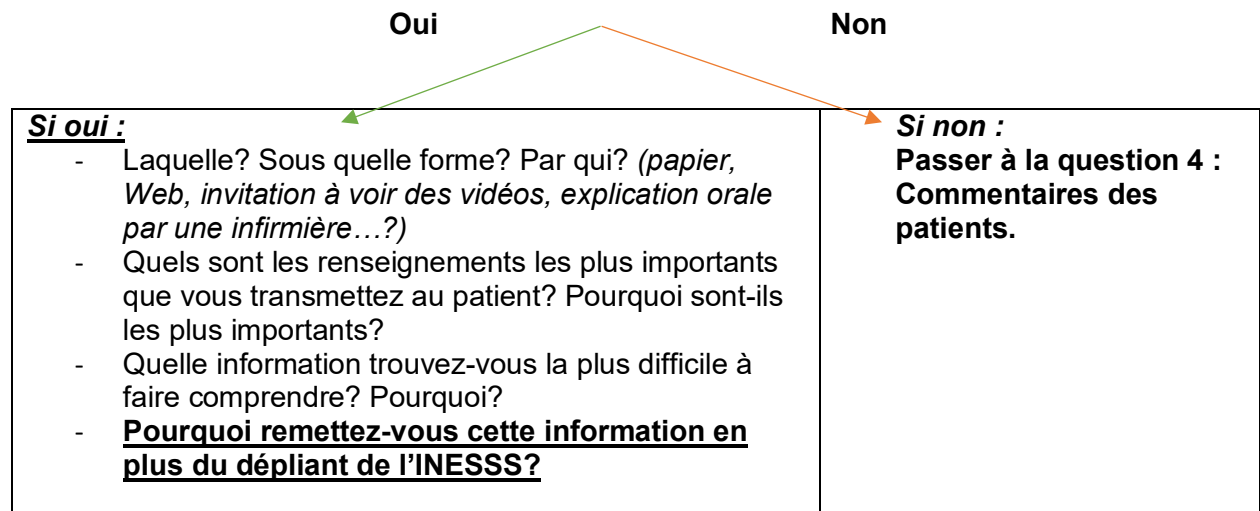
Question 1 : Pouvez-vous nous décrire brièvement la prise en charge typique d'un patient, du diagnostic de TCCL/CC jusqu'au retour à son domicile?

Incitation : Qui établit le diagnostic? Faites-vous le suivi de vos patients après leur retour à domicile?

Question 2. Vous nous avez mentionné par courriel que votre équipe a l'habitude de remettre le dépliant de l'INESSS aux patients pour les aider dans l'autogestion efficace et sécuritaire de leur condition après leur retour à la maison. C'est exact?

- Comment cette étape s'inscrit-elle dans votre processus de prise en charge ? Par qui et à quelle moment est-elle faite?
- De quelle façon utilisez-vous le dépliant de l'INESSS? Dans quel contexte?

Question 3. En dehors de ces dépliants, donnez-vous d'autre information aux patients pour les aider lors de leur retour à domicile? (retour au travail, école, activités physiques, etc.)



Question 4. Avez-vous eu des commentaires de patients relativement aux enjeux ou difficultés à appliquer certaines des recommandations? Si oui, lesquels? Ont-ils été amenés à revenir consulter plus tôt que le suivi prévu?

Impacts potentiels du dépliant

Nous cherchons à connaître l'impact potentiel qu'aurait pu avoir plus spécifiquement le dépliant de l'INESSS sur votre pratique et sur les patients que vous accompagnez.

Question 6. Quels sont les impacts du dépliant sur vos pratiques, si tel est le cas? Est-ce que des visites à l'urgence, chez le MD, des appels au 811 ont été évités? À quel point le dépliant peut-il être utile aux professionnels de la santé?

Question 7. Selon vous, quels impacts peut avoir le dépliant sur les patients qui le consultent? Avez-vous eux des commentaires de patients relativement à ce qu'ils apprécient ou non dans ce dépliant? Si oui, lesquels?

- *Pensez-vous que cette stratégie d'autosoins favorise le rétablissement des patients?*

Pistes d'amélioration pour la mise à jour du dépliant

Question 8. D'après vous, quels sont les points forts du dépliant? Quels en sont les points faibles? Pourquoi?

Question 9. Quelles modifications pensez-vous qu'il serait nécessaire d'apporter au dépliant pour le rendre plus facile à comprendre et à utiliser par les patients? Pourquoi?

Incitation :

- *Que manque-t-il comme information? Pourquoi? Comment la présenteriez-vous?*
- *Que pensez-vous de la mise en page de l'outil? Des exemples présentés? De la quantité d'information? De la lisibilité?*

Question 10. Quelles modifications seraient nécessaires pour qu'un autre professionnel de la santé utilise le dépliant?

Question 11. Parmi les éléments à améliorer, lesquels seraient prioritaires?

Incitation : Il a été recommandé d'améliorer X... Qu'en pensez-vous?

Question 12. En terminant, souhaitez-vous nous communiquer d'autres renseignements qui vous semblent pertinents pour nous aider lors de la mise à jour de nos outils?

Questions facultatives

- Connaissez-vous également les vidéos de l'INESSS sur la reprise d'activités après un TCCL/CC? Que pensez-vous de ces outils?
- Que pensez-vous de la pertinence de faire des capsules audios?

Remerciements et suivi par courriel en réponse à toute question

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

