



3^e édition

2025

PROTOCOLE DE GESTION DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

EN CONTEXTE SCOLAIRE, SPORTIF ET DE LOISIR

Mise en garde

Ce protocole de gestion des commotions cérébrales ne permet pas de poser un diagnostic médical. Il ne saurait, en aucun cas, se substituer à l'évaluation ou à l'avis médical d'un professionnel de la santé dûment désigné.

Son utilisation est fortement recommandée par le gouvernement, mais ne constitue pas une obligation légale au sens de la Loi.

Comme les connaissances scientifiques évoluent constamment, ce document fera l'objet de mises à jour périodiques. Assurez-vous d'avoir en votre possession la plus récente version, disponible sur le site Web Quebec.ca/commotion.

3^e édition

2025

PROTOCOLE DE GESTION DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

EN CONTEXTE SCOLAIRE, SPORTIF ET DE LOISIR

Publication réalisée par
le ministère de l'Éducation

Coordination et rédaction
Direction de la sécurité dans le loisir et le sport
D^{re} Suzanne Leclerc, Institut national du sport du Québec

Pour tout renseignement, s'adresser à l'endroit suivant :

Renseignements généraux
Ministère de l'Éducation
1035, rue De La Chevrotière, 27^e étage
Québec (Québec) G1R 5A5
Téléphone : 418 643-7095
Ligne sans frais : 1 866 747-6626

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation

ISBN 978-2-555-02354-3 (PDF)
(Édition anglaise : ISBN 978-2-555-01520-3)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE	2
CONTEXTE	4
À qui s'adresse ce protocole ? Qui est visé ?	5
La gestion d'une commotion cérébrale en bref	6
1 DÉFINITION	8
2 PRÉVENTION	9
3 DÉTECTION	10
3.1 Reconnaître et signaler	10
3.2 Retirer	11
4 OBSERVATION ET PRISE EN CHARGE	12
4.1 En présence de signaux d'alerte, appeler le 9-1-1 ou aller à l'urgence	12
4.2 En présence de signes et de symptômes, la consultation d'un professionnel de la santé est requise	14
4.3 En l'absence de symptômes immédiats	16
5 REPRISE GRADUELLE DES ACTIVITÉS	17
5.1 Étape 1 du RAA et du RAPS	21
5.2 Étape 2 et 3 du RAA et étape 2 du RAPS	22
5.3 Étape 4 du RAA et étape 3 du RAPS	23
5.4 Étape 4 du RAPS	24
5.5 Étape 5 du RAPS	25
5.6 Étape 6 du RAPS	25
6 ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	26
6.1 Ressources	27
7 COMMUNICATION ET CONCERTATION	28
8 FICHE DE SUIVI	32
9 ANNEXES	34
9.1 Annexe 1: Exemples d'activités et de progression de l'intensité pour chacune des étapes des stratégies de retour aux activités d'apprentissage, physiques et sportives adaptés pour les jeunes du milieu scolaire	34
9.2 Annexe 2 : Figures – Les étapes de l'application du protocole	44
10 RÉFÉRENCES	46

LEXIQUE

Adaptations scolaires

Mesures temporaires mises en œuvre pour alléger la charge cognitive de l'élève en permettant certaines adaptations afin de favoriser un retour progressif aux activités d'apprentissage dans le milieu scolaire. Des exemples sont présentés dans les tableaux de l'[annexe 1](#).

Commotion cérébrale

Forme de traumatisme craniocérébral léger. Ce terme est parfois désigné dans certains ouvrages sous l'acronyme TCCL, ou TCCL-CC. Une définition précise de la commotion cérébrale figure à la [section 1](#) du présent document.

Fiche de suivi

Document servant à consigner l'information à propos de la progression du participant tout au long de son cheminement dans les stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS). Elle facilite la transmission de l'information pour l'ensemble des personnes concernées, mais elle ne permet pas de poser un diagnostic de commotion cérébrale et ne remplace pas l'avis d'un professionnel de la santé qualifié. La [fiche de suivi](#) est présentée à la [section 8](#).

Gestionnaires d'établissements ou d'organismes

Personnes responsables des installations sportives et de loisir, telles qu'un directeur, un organisateur d'activités ou tout autre partenaire impliqué à ce niveau.

Jeune

Individu âgé de 6 à 17 ans, sous la responsabilité d'un parent ou d'un tuteur. S'il est âgé de 14 ans ou plus, le jeune peut consentir seul aux soins que requiert son état de santé, sauf si ces soins présentent un risque sérieux pour sa santé, sont susceptibles d'entraîner des effets graves et permanents, ou si sa condition nécessite un séjour de plus de 12 heures dans un établissement de santé¹. Dans ces cas précis, il est obligatoire d'aviser ses parents ou son tuteur légal.

Participant

Personne ayant subi l'incident, telle qu'un élève, un étudiant, un jeune, un athlète, un joueur ou toute autre personne ayant pris part à une activité dans un contexte scolaire, sportif ou de loisir.

Parent ou tuteur

Personne ayant la responsabilité légale du jeune.

1. Éducaloi. (s. d). *Le consentement aux soins d'un mineur de 14 ans ou plus*. educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-mineur-de-14-ans-ou-plus/

Personnel encadrant une activité

Toute personne encadrant une activité scolaire, sportive ou de loisir, par exemple : entraîneur, professeur, officiel, surveillant, bénévole, moniteur en camp de jour, animateur, etc.

Personne pouvant retirer le participant d'une activité

Un membre du personnel encadrant une activité, le personnel responsable de la santé et de la sécurité, un parent ou un tuteur.

Personne responsable du bien-être, de la santé et de la sécurité

Professionnel de la santé, secouriste, entraîneur, enseignant ou toute autre personne nommée responsable en la matière au sein d'un établissement ou d'une organisation.

Protocole

Protocole de gestion des commotions cérébrales.

RAA

Retour aux activités d'apprentissage, y compris les activités scolaires et intellectuelles.

RAPS

Retour aux activités physiques et sportives, incluant les activités de loisir et de plein air.

Stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS)

Moyens mis en place pour permettre une reprise graduelle de l'ensemble des activités antérieures à la commotion. Ces stratégies sont mises en œuvre sous forme d'étapes à franchir et sont présentées à la [section 5](#) du protocole, « Reprise graduelle des activités », ainsi que sur la [fiche de suivi](#).

TCCL

Traumatisme craniocérébral léger.

Afin d'alléger le texte et par souci de simplicité, nous utiliserons le terme « commotion cérébrale » dans ce document. Il est toutefois sous-entendu que la commotion cérébrale représente une forme de traumatisme craniocérébral léger et qu'elle est incluse dans cette définition.



CONTEXTE

Le gouvernement du Québec poursuit la mise en œuvre d'initiatives de prévention, de gestion et de sensibilisation en proposant la 3^e édition du *Protocole de gestion des commotions cérébrales en contexte scolaire, sportif et de loisir*. La présente section en détaille les principaux concepts.

Destiné aux milieux éducatifs, sportifs et de loisir, le protocole s'adresse aux personnes sans formation médicale. Il constitue une référence pratique, qui regroupe des procédures et des recommandations prenant appui sur la littérature scientifique et des recherches d'experts en la matière.

Il permet de cibler les éléments clés pour prévenir et gérer les commotions cérébrales, tout en favorisant une meilleure sensibilisation à celles-ci. Il s'appuie en outre sur des outils de référence produits par des organismes reconnus, qui respectent les normes minimales de prise en charge d'une commotion.

En effet, le protocole s'inspire de la déclaration sur la [6^e conférence internationale en matière de commotions cérébrales dans le sport²](#), organisée à Amsterdam en 2022. Il s'arrime également avec les outils préconisés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et tient compte des commentaires des milieux sportifs, scolaires et de la santé au sujet de sa précédente version. La liste complète des références sur lesquelles s'appuie le protocole peut être consultée à la [section 10](#), « Références ».

Bien que certains professionnels de la santé qualifiés ayant une expertise en commotions cérébrales peuvent accompagner le participant tout au long du processus de guérison, **le protocole peut s'appliquer même en l'absence de tels spécialistes**. Pour savoir quel professionnel qualifié peut être impliqué dans le processus de reprises des activités et à quel moment, il est possible de se référer à la [section 6.1](#), « Ressources ».

2. Patricios, J.S. et al. (2023). *Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport—Amsterdam, October 2022*. British Journal of Sports Medicine, 57(11), 695-711. doi.org/10.1136/bjsports-2023-106898

À QUI S'ADRESSE CE PROTOCOLE ?

QUI EST VISÉ ?

Le présent protocole s'adresse à toute personne impliquée directement ou indirectement auprès des milieux scolaires, sportifs et de loisir, notamment :

- le participant ;
- le parent ou le tuteur ;
- le personnel encadrant une activité ;
- le personnel responsable de la santé et de la sécurité au sein de l'établissement ou de l'organisation ;
- les gestionnaires d'établissements ;
- toute autre personne souhaitant en savoir plus sur la prévention et la gestion des commotions cérébrales.

Remarque

Le présent document est en cohérence avec les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il a toutefois été créé dans l'optique de fournir une ressource adaptée à la réalité des milieux scolaire, sportif et de loisir, considérant que les outils déjà publiés en la matière s'adressent davantage à la population générale.

Bien qu'il soit davantage adapté aux jeunes du milieu scolaire, aux individus prenant part à des activités sportives ou de loisir ainsi qu'à leur entourage, ce protocole peut aussi bien être utilisé par des participants adultes ou par toute personne concernée de près ou de loin par les commotions cérébrales. Ainsi, les exemples de stratégies de retour aux activités antérieures à la commotion visent spécifiquement les jeunes fréquentant le milieu scolaire, mais peuvent être adaptés à d'autres individus ayant subi une commotion cérébrale.

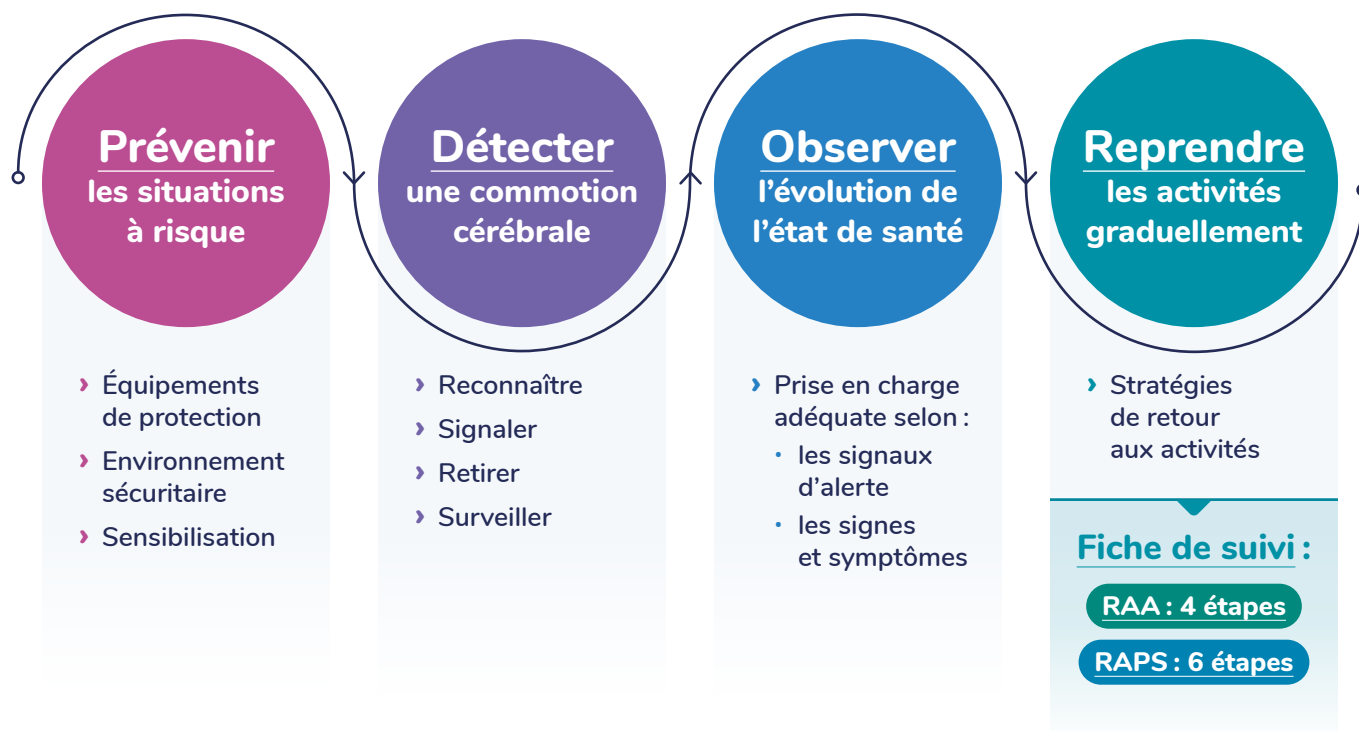
LA GESTION D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE EN BREF

Ceci se veut un résumé. Nous vous invitons à lire le document complet pour connaître toutes les étapes et bien les appliquer.

Le concept de gestion d'une commotion cérébrale englobe l'ensemble des actions mises en œuvre au moment de l'incident ayant mené à la blessure, et après celui-ci. Il s'articule aux notions de prévention et de sensibilisation, qui réfèrent, quant à elles, aux actions et aux mesures mises en place pour prévenir les incidents. En effet, la gestion des commotions cérébrales dans son ensemble ne se limite pas à la prise en charge de la blessure : elle inclut également l'identification des facteurs de risque associés à l'environnement et la mise en place d'initiatives de sensibilisation.

Concrètement, la gestion des commotions cérébrales peut se résumer ainsi :

Gestion des commotions cérébrales



Ainsi, lorsque l'on fait état de la gestion des commotions cérébrales, cela renvoie notamment aux étapes suivantes :

Prévention³

Étape présentée à la [section 2](#), regroupe les moyens mis en œuvre afin de créer un **environnement sécuritaire**. La prévention inclut également les initiatives de **sensibilisation** prises dans le but de prévenir les situations susceptibles de mener à une commotion cérébrale.

Détection

Étape présentée à la [section 3](#), se traduit par la capacité à **reconnaître** qu'un impact à la tête ou au corps, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute, a mis un individu à risque de commotion cérébrale. À cette étape, il faut **signaler** l'incident à un membre du personnel encadrant ou du personnel responsable de la santé et de la sécurité, et **retirer** l'individu afin de **surveiller** l'évolution de son état de santé.

Observation

Étape présentée à la [section 4](#), qui permet une prise en charge adéquate du participant selon les **signes et symptômes** présents. L'observation vise entre autres à savoir si l'état de santé de celui-ci requiert un appel immédiat aux services d'urgence (présence de **signaux d'alerte**), ou si une consultation avec un professionnel de la santé doit être envisagée à court terme (présence de **signes et symptômes** immédiats ou tardifs ne nécessitant pas le transport du participant à l'urgence).

Reprise des activités

Étape présentée à la [section 5](#), représente l'application et la mise en œuvre des stratégies de retour aux apprentissages ainsi qu'aux activités physiques et sportives. On peut se référer à la section « Reprise graduelle des activités » afin d'obtenir de plus amples **détails sur les étapes à suivre pour chaque stratégie**.

3. Bien que la prévention soit une étape cruciale, le protocole vise davantage à encadrer la gestion et la prise en charge des commotions cérébrales.

1 Définition

La commotion cérébrale (CC) est une blessure invisible causée par un impact direct à la tête ou par un impact sur toute autre partie du corps qui transmet une force impulsive au cerveau. C'est un mouvement rapide de va-et-vient de la tête qui fait en sorte que le cerveau heurte les parois de la boîte crânienne. Le terme « traumatisme craniocérébral léger » (TCCL) est également utilisé pour désigner une commotion cérébrale, puisque, par définition, ces deux expressions font toutes deux référence au même problème de santé, la commotion cérébrale comprenant toutes les manifestations possibles des traumatismes craniocérébraux. C'est pourquoi le libellé « TCCL/CC » est utilisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux lorsqu'il est question de commotion cérébrale⁴.

Le TCCL/CC affecte temporairement le fonctionnement du cerveau et peut provoquer divers symptômes, notamment des maux de tête, des étourdissements, de la confusion ou des nausées. Ces symptômes peuvent apparaître immédiatement après l'impact ou quelques heures plus tard. Ils disparaissent chez la majorité des personnes en quelques semaines, bien que certaines puissent présenter des symptômes au-delà des quelques semaines habituellement observées⁵.

Plus précisément, à la suite d'une commotion cérébrale, la durée moyenne de retour aux apprentissages complets sans mesures d'adaptation scolaire est de **8 jours**, alors que le retour à l'ensemble des activités physiques et sportives sans restriction est de **20 jours**. Toutefois, bien que le processus de guérison est très variable d'un individu à l'autre, ces durées moyennes s'appliquent à tous, peu importe l'âge du participant.

C'est pourquoi une approche graduelle est recommandée pour la reprise des activités antérieures à la commotion, afin d'optimiser la récupération et de diminuer les séquelles à long terme. La [section 5](#), « Reprise graduelle des activités d'apprentissage (RAA) et des activités physiques et sportives (RAPS) », permet d'en savoir plus au sujet de ces stratégies progressives de retour aux activités.

Une commotion cérébrale ne doit jamais être ignorée. Elle requiert une évaluation par un professionnel de la santé qualifié. Même si la tomodensitométrie (aussi appelée *scanner*) et l'imagerie par résonance magnétique ne révèlent aucune anomalie, les commotions cérébrales peuvent entraîner des changements importants dans le cerveau.

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024, 12 décembre). *Traumatisme craniocérébral léger et commotion cérébrale – Professionnels*. Gouvernement du Québec. msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/commotion-cerebrale/organisation-services/
5. Institut national d'excellence en santé et en service sociaux. (2024, 4 novembre). *Traumatisme craniocérébral léger : conseils pour la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives – Mise à jour du dépliant*. Gouvernement du Québec. INESSS : [Mise à jour du dépliant sur la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à la suite d'un TCCL/CC](#)

2 Prévention

Il importe de tout mettre en œuvre afin de prévenir les incidents

Pour développer ou maintenir un environnement sain et sécuritaire, il convient d'adopter une approche préventive, c'est-à-dire intervenir avant qu'un incident ne survienne. Par exemple, l'utilisation adéquate des équipements de protection propres à l'activité ou au sport pratiqué (casque, protecteur buccal, etc.) ainsi que l'encouragement des participants à déclarer tout incident à une personne préalablement désignée à cet effet sont recommandés.

D'autres mesures peuvent également être mises en œuvre : éduquer l'ensemble des personnes (formation des intervenants et sensibilisation des participants et de leur entourage), désigner une personne⁶ qui aura comme responsabilité d'intervenir lorsqu'il y a une possibilité de commotion cérébrale et s'informer des antécédents du participant en la matière avant la tenue de l'activité.

La prévention à tous les niveaux⁷

Trois niveaux de prévention sont à considérer, soit :

- La **prévention primaire**, c'est-à-dire les actions à mettre en œuvre afin de prévenir la commotion cérébrale en soi (porter ses équipements de protection, faire de la sensibilisation, etc.).
- La **prévention secondaire**, qui représente la reconnaissance et la gestion d'une commotion cérébrale (par exemple, retirer immédiatement le participant de l'activité après un impact au corps ou à la tête, effectuer une bonne prise en charge à l'aide des outils de gestion des commotions cérébrales disponibles, etc.).
- La **prévention tertiaire**, qui vise à prévenir les complications à long terme d'une ou de plusieurs commotions cérébrales par le traitement proactif des conséquences de celles-ci (par exemple, éviter la pratique d'un sport à risque de contact violent, de collision ou de chute).

6. Cette personne peut être un professionnel de la santé, un secouriste, un soigneur ou un préposé à la sécurité. Dans la mesure où les ressources le permettent, elle devrait être affectée exclusivement à cette tâche. À défaut de quoi, elle peut aussi remplir d'autres fonctions, comme celles d'entraîneur, d'enseignant, d'officiel, d'accompagnateur ou de surveillant.

7. Parachute. (2024, mars). *Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport*. parachute.ca/wp-content/uploads/2019/06/Concussion-Guideline-2024-F.pdf

3 Détection



3.1 RECONNAÎTRE ET SIGNALER

Une commotion cérébrale **doit** être présumée et signalée après un impact à la tête ou au corps, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête. Pour ce faire, l'outil de reconnaissance des commotions cérébrales ([CRT6®](#)), mis à jour lors du 6^e consensus tenu à Amsterdam, est un guide pour aider à la détection des commotions cérébrales.

En balayant le code QR ci-dessus, qui vous conduira directement à l'outil de reconnaissance des commotions cérébrales ([CRT6®](#)), vous pourrez prendre connaissance des signes et des symptômes possibles.

L'importance de la reconnaissance précoce

La détection est une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs impliqués. Le personnel encadrant l'activité et les participants ont le **devoir de signaler tout indice qui porte à croire qu'une personne a pu subir une commotion cérébrale**. Cette information doit être immédiatement transmise aux personnes pouvant retirer le participant de l'activité, en fonction des directives émises par l'organisme sportif, de loisir ou le milieu scolaire. Une reconnaissance précoce permet ainsi de prendre en charge rapidement le participant ayant subi une commotion cérébrale, ce qui permet d'éviter des conséquences plus graves à long terme.

Contacts physiques autorisés et sports de combat⁹

Il arrive, dans certains contextes sportifs, que des contacts physiques, voire des coups à la tête dans les sports de combat, soient autorisés. Dans de telles situations, une analyse au cas par cas est nécessaire. Il est également primordial de sensibiliser le participant et son entourage (entraîneur, officiel, etc.) à l'importance de déclarer tout incident ou contact physique autorisé ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, et ce, même si aucun symptôme n'est présent immédiatement à la suite de l'impact. Dans ces contextes, il importe de rester à l'affût des situations à risque, notamment lorsqu'un participant est en situation de vulnérabilité dans un moment d'absence de défense.

8. Concussion in Sport Group (CISG) (2023). *Concussion Recognition Tool (CRT6®) – Translations*. Concussion in Sport Group, concussioninsportgroup.com/wp-content/uploads/2024/06/CRT6-French.pdf

9. Des travaux pour développer des outils spécifiques et adaptés aux sports de combat devront être effectués afin d'aider tous les acteurs impliqués du milieu à mieux détecter un contact physique susceptible de causer une commotion cérébrale.

3.2 RETIRER

À la suite d'un impact au corps ou à la tête, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, **même muni d'un équipement de protection**, le participant doit être **immédiatement retiré** de l'activité, de la pratique ou du jeu, **qu'il y ait apparition ou non de symptômes**. En outre, il doit s'abstenir de reprendre, le jour même, toute activité comportant un risque de contact à la tête, de collision ou de chute.

Ainsi, dès l'événement, **une période d'observation d'au moins 24 à 48 heures** doit débiter afin de reconnaître la présence de signes et de symptômes, et ce, même s'il n'y en a aucun dans les minutes qui suivent l'incident.

Présence en classe

Si des **symptômes** sont présents à la suite de l'événement à risque, il est également recommandé que le participant qui fréquente le milieu scolaire soit retiré de l'école durant un minimum de 24 heures.

En l'**absence de symptômes** immédiats, la présence en classe peut être maintenue, mais la participation au cours d'éducation physique et à la santé ainsi qu'à toute autre activité comportant des risques de contact violent, de collision ou de chute devrait être évitée dans les 24 à 48 heures à la suite de l'événement à risque. Puisque les symptômes peuvent apparaître à retardement, l'enseignant du jeune devrait aussi être prévenu de la situation afin qu'il porte un regard attentif à l'apparition de symptômes et ainsi nécessiter un retrait des activités d'apprentissage, physiques et sportives.

Emploi étudiant

Le participant en âge d'avoir un emploi étudiant devrait également s'abstenir d'aller au travail durant son processus de réadaptation, et prioriser sa guérison par une reprise graduelle de ses activités d'apprentissage ou de ses activités physiques et sportives, surtout si l'emploi en question requiert un trop grand effort physique ou une forte demande cognitive.

Ainsi, la notion de retrait fait référence au fait de **ne pratiquer aucune activité, même non encadrée, comportant un risque de contact, de collision ou de chute, ou demandant une charge cognitive importante**, et ce, tout au long de la période de surveillance de 24 à 48 heures.

Voici quelques autres exemples d'activités ou de situations pouvant nécessiter le retrait du participant :

- Pratiques d'activités parascolaires ou civiles;
- Jeux libres à la récréation;
- Pratique libre de sports ou de loisirs (trampoline à la maison, vélo, trottinette, etc.).

4

Observation et prise en charge

Lorsque survient un incident avec impact au corps ou à la tête, lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, il importe d'**observer** et de **noter** l'évolution de l'état de santé du participant. Cette observation permet de le diriger vers les ressources appropriées, c'est-à-dire vers des soins médicaux d'urgence ou vers un professionnel de la santé qualifié. La prise en charge initiale du participant blessé variera en fonction du scénario qui s'applique.

Il est donc essentiel de vérifier les signes et les symptômes en restant attentif aux aspects suivants :

- La présence de signaux d'alerte ;
- La présence de signes et de symptômes immédiatement après l'impact ;
- La présence de symptômes quelques heures à la suite de l'événement. En effet, **l'absence de symptômes immédiats n'est pas toujours un indice fiable**, puisque les symptômes peuvent survenir jusqu'à 48 heures après l'impact.

La section suivante présente les différents signaux d'alerte, signes et symptômes que peut présenter un participant ayant subi une commotion cérébrale. Comme certains symptômes peuvent être visibles pour l'entourage, alors que d'autres ne peuvent être rapportés que par la personne blessée elle-même, une catégorisation des symptômes a été jugée pertinente.

4.1 EN PRÉSENCE DE SIGNAUX D'ALERTE,

APPELER LE 9-1-1 OU ALLER À L'URGENCE



Si **au moins un** des signaux d'alerte suivants est identifié ou rapporté après un impact à la tête ou au corps, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, le participant doit :

- être transporté pour recevoir des soins médicaux d'urgence par un professionnel de la santé ;
- entreprendre sans tarder les stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS) décrites dans la fiche de suivi. Dans le cas d'un jeune, l'application de ce protocole doit être encadrée par ses parents ou son tuteur.

Si des signaux d'alerte sont présents, il est du rôle des membres du personnel encadrant une activité ou de la personne responsable du bien-être, de la santé et de la sécurité d'appeler les services d'urgence, ou de s'assurer de désigner quelqu'un pour le faire si celle-ci doit demeurer avec la victime. Ainsi, dans l'immédiat, ce sont les personnes présentes sur les lieux de l'incident qui doivent prendre en charge ces démarches. Référez-vous au lexique afin de voir précisément qui est concerné par la définition de « Personnel encadrant une activité » et « Personne responsable de la santé et de la sécurité ».

SYMPTÔMES PHYSIQUES

OBSERVABLES

- › Vomissements répétés
- › Convulsions (mouvements incontrôlables et répétés du corps), crise d'épilepsie
- › Difficulté à parler ou à marcher
- › Déformation du crâne

IDENTIFIABLES

- › Maux de tête sévères ou qui s'aggravent
- › Vision double ou perte de vision
- › Faiblesse, picotement ou sensation de brûlure dans plus d'un bras ou d'une jambe
- › Douleur ou sensibilité au cou

SYMPTÔMES COGNITIFS

OBSERVABLES

- › Détérioration de l'état d'éveil¹⁰ (par exemple : difficulté à rester éveillé [somnolence importante], diminution de la réactivité, confusion, perte de connaissance)
- › Difficulté à reconnaître des personnes ou des lieux

SYMPTÔMES ÉMOTIONNELS

OBSERVABLES

- › Apparitions de comportements inhabituels
- › Agitation, agressivité ou combativité grandissante
- › Chez le jeune enfant âgé de 0 à 5 ans¹¹, pleurs excessifs

En présence de **signaux d'alerte**, quelques consignes s'appliquent :

- Ne pas déplacer le participant (sauf pour maintenir les voies respiratoires), à moins d'avoir reçu une formation appropriée en sens.
- Ne pas retirer le casque (s'il est présent) ni tout autre équipement, à moins d'avoir reçu une formation appropriée en ce sens.
- Dans tous les cas de blessure à la tête, envisager la possibilité d'un traumatisme cervical sévère.

10. Peut aussi être appelé « état de conscience », selon les ouvrages.

11. Pour en savoir plus sur la commotion cérébrale à la petite enfance, il est possible de se référer notamment aux outils du projet COCO : *Les commotions cérébrales à la petite enfance : des outils pour donner une voix aux tout-petits*. coco.umontreal.ca/

4.2 EN PRÉSENCE DE SIGNES ET DE SYMPTÔMES, LA CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ EST REQUISE¹²



Si **au moins un** des symptômes suivants est rapporté après un impact à la tête ou au corps, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, le participant doit :

- être évalué par un professionnel de la santé qualifié dans les meilleurs délais ;
- entreprendre sans tarder les stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS) décrites dans la [fiche de suivi](#). Dans le cas d'un jeune, l'application de ce protocole doit être encadrée par ses parents ou son tuteur.

SYMPTÔMES PHYSIQUES

OBSERVABLES

- › Fatigue ou manque d'énergie
- › Somnolence ou trouble du sommeil (par exemple : difficulté à s'endormir)
- › Trouble de l'équilibre (par exemple : incapacité à se tenir sur une jambe)

IDENTIFIABLES

- › Maux de tête ou sensation de pression « dans la tête »
- › Étourdissements ou vertiges
- › Vision trouble ou floue
- › Sensibilité à la lumière ou au bruit
- › Nausées, pouvant mener à des vomissements
- › Douleur au cou

SYMPTÔMES COGNITIFS

OBSERVABLES

- › Difficulté à rester concentré ou attentif

IDENTIFIABLES

- › Sensation d'être au ralenti
- › Problèmes de mémoire, difficulté à comprendre ou à se rappeler des informations
- › Sensation d'être dans un brouillard

SYMPTÔMES ÉMOTIONNELS

OBSERVABLES

- › Sensation d'être plus émotif qu'à l'habitude (par exemple : anxiété, irritabilité, tristesse, intensité émotionnelle inhabituelle, symptômes dépressifs)

IDENTIFIABLES

- › Sensation de « ne pas être dans son assiette »

12. Des précisions ainsi qu'une liste de références concernant les divers professionnels de la santé sont disponibles à la [section 6](#) du présent document.

La même procédure s'applique si **au moins un** des signes suivants est observé après un impact à la tête ou au corps, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête :

SIGNES

- › Allongement immobile sur le terrain
- › Incapacité à répondre adéquatement aux questions
- › Lenteur à se relever après un coup direct ou indirect à la tête
- › Trouble de coordination
- › Blessure au visage

En présence de **signes et de symptômes**, le participant :

- ne doit pas être laissé seul pendant au moins les trois premières heures ;
- doit être accompagné pour son retour à la maison ;
- ne doit pas conduire de véhicule motorisé ;
- doit être en présence d'un adulte responsable.

Il est normal de ressentir un ou plusieurs symptômes après l'incident, et ceux-ci peuvent varier d'une personne à l'autre.

En présence de symptômes

Mise en application des stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS) dès que possible

Lorsque des symptômes apparaissent, immédiatement ou jusqu'à 48 heures à la suite d'un impact au corps ou à la tête, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, la personne concernée doit suivre certaines étapes dans le cadre de la **reprise progressive de ses activités**. Celles-ci sont regroupées sous le nom de « stratégies de retour aux apprentissages et aux activités physiques et sportives ».



La section suivante, « Reprise graduelle des activités », présente ces stratégies de retour progressif à l'ensemble des activités antérieures à la commotion. Il convient de la consulter pour connaître les étapes à effectuer durant le processus de guérison.

4.3 EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES IMMÉDIATS

Approche préventive – 24 à 48 heures

Lorsqu'un participant a été retiré de l'activité à la suite d'un impact à la tête ou au corps, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, **mais qu'aucun symptôme immédiat n'est observé**, il est nécessaire d'adopter une approche préventive pendant les 24 à 48 heures suivant l'événement à risque. Durant cette période, le participant peut :

MAINTENIR

- › des activités intellectuelles et d'apprentissages à la maison (par exemple : faire ses devoirs ou lire – **le temps d'écran devrait toutefois être limité au strict minimum**, soit pour l'essentiel des tâches scolaires, dans le cas d'un élève ou d'un étudiant) ;
- › des activités physiques légères sans risque (par exemple : faire une marche) ;
- › la présence en classe¹³.

ÉVITER (pendant 24 à 48 heures)

- › toute activité à risque de contacts, de collisions ou de chutes (par exemple : les cours d'éducation physique, les activités sportives à la récréation, certaines activités parascolaires ou civiles) ;
- › la pratique de sports organisés, même s'il y a faible risque d'impact ;
- › des divertissements prolongés à l'écran (par exemple : jeux vidéo, médias sociaux, ordinateur, télévision).

Rappelons que l'absence de symptômes immédiats ne constitue pas toujours un indice fiable, puisque ceux-ci peuvent survenir jusqu'à 48 heures après l'impact. Ainsi, chez les participants âgés de moins de 14 ans, il est **recommandé** d'adopter une approche préventive pour la durée maximale, soit 48 heures.

Le participant peut donc reprendre l'ensemble de ses activités **si aucun symptôme n'est apparu dans un délai de 24 à 48 heures**. Toutefois, si celui-ci n'a pas été évalué au préalable par un professionnel de la santé, il est conseillé de faire preuve de prudence et d'effectuer progressivement la reprise des activités, selon la tolérance et l'évolution de l'état de santé. Le participant devrait également considérer en priorité la reprise des activités d'apprentissage, puis les activités sportives.

13. La participation au cours d'éducation physique et à la santé ainsi qu'à toute autre activité comportant des risques de contact violent, de collision ou de chute (par ex. : récréation, activités parascolaires, etc.) devrait être évitée. La présence en classe peut être maintenue, mais l'enseignant du jeune devrait être prévenu de la situation afin qu'il porte un regard attentif à l'apparition de symptômes qui pourraient s'apparenter à ceux d'une commotion cérébrale et ainsi nécessiter un retrait des activités d'apprentissage, physiques et sportives.

5 Reprise graduelle des activités

Stratégies de retour à l'ensemble des activités :

- › Reprise des activités d'apprentissage (RAA)
- › Reprise des activités physiques et sportives¹⁴ (RAPS)

Dès l'apparition de signaux d'alerte, de signes ou de symptômes de commotion cérébrale, même si ceux-ci ont disparu quelques heures après l'incident, il importe de mettre en application les stratégies de retour aux activités. Celles-ci précisent, pour chaque étape, l'objectif à atteindre par le participant, fournissent des exemples d'activités à réaliser (présentés en [annexe 1](#)) et présentent un pourcentage d'effort recommandé¹⁵, relatif à la capacité habituelle. Ces informations facilitent ainsi l'ajustement de l'intensité de l'activité en conséquence, la compréhension de l'effort demandé et la progression de celui-ci à travers les étapes, afin de ne pas excéder les recommandations.

La [fiche de suivi](#) résume bien le processus de reprise graduelle des activités et offre un portrait d'ensemble de l'évolution de l'état de santé du participant. Dès que possible, ce dernier doit entreprendre les stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS). Cette fiche permet de suivre la progression de la guérison et de consigner l'évolution des symptômes à chaque étape. Des précisions supplémentaires en lien avec la [fiche de suivi](#) sont présentées à la [section 8](#). **Pour statuer sur la guérison et envisager un retour aux activités normales, il faut que toutes ces étapes aient été franchies.**

En effet, la mise en place des stratégies de retour aux activités d'apprentissage, physiques et sportives est au cœur du processus de guérison à la suite d'une commotion cérébrale, puisqu'elles favorisent la mise en place d'une augmentation graduelle de l'intensité des activités lors du passage d'une étape à l'autre.

14. De loisir, scolaires, plein air, etc.

15. Ces « cercles d'efforts », présentés à quelques endroits de ce document, sont tirés des travaux de l'Hôpital de Montréal pour enfants. (2023). *Kit pour les commotions cérébrales – 4^e édition*. hopitaldemontrealpourenfants.ca/wp-content/uploads/2024/04/2023_sports-cards-generic_web_fr.pdf

Il est important de consulter un professionnel de la santé **s'il n'y a aucune progression** relative à la condition de santé du participant, s'il a du mal à franchir les étapes après plusieurs essais ou si une aggravation des symptômes est notée. La consultation d'un professionnel de la santé qualifié devrait également être sérieusement envisagée dans le cas où l'état de santé du participant ne s'améliorerait pas beaucoup après deux semaines, ou pour toute autre inquiétude. Une [fiche de suivi](#) bien remplie est un outil essentiel à partager avec un professionnel de la santé lors de la rencontre. Ainsi, celui-ci pourra suggérer des ajustements pour mieux guider la progression.



Lorsque ces étapes sont franchies, les chances de guérison sont optimisées par une reprise graduelle de l'ensemble des activités. On évite ainsi :

- les risques associés à un deuxième impact ;
- d'autres blessures ;
- les symptômes prolongés ou les séquelles.



Il importe de porter attention à la gestion de l'énergie et de respecter le niveau de fatigue ainsi que le besoin de sommeil, tout au long de la reprise des activités.

Les stratégies de retour aux activités d'apprentissage et des activités physiques et sportives sont mises en application en parallèle, étape par étape, selon le modèle suivant :

Reprise des apprentissages (RAA)

Étape 1 Étape 2 Étape 3 Étape 4

Reprise des activités physiques et sportives (RAPS)

Étape 1



Effort 30 %

Étape 2



Effort 50 %

Étape 3



Effort 75 %

Étape 4



Effort 75-90 %

Étape 5



Effort 90-100 %

Étape 6



Effort 100 %

La section suivante présente plus en détail les objectifs et la progression des étapes de **reprise des activités d'apprentissage (RAA) et des activités physiques et sportives (RAPS)**, comme illustré dans le schéma précédent. Des recommandations sur les activités à pratiquer sont proposées sous forme de tableau, en annexe, afin de vous fournir des exemples concrets pouvant être mis en place dans différents contextes d'apprentissage ou d'activités physiques et sportives.

Progression des étapes

Pour mieux guider le participant dans sa progression à travers ces étapes, il importe de comprendre que :

- La durée minimale entre chaque étape du RAPS doit être **de 24 h**, alors que celle du RAA peut varier selon la progression des symptômes.
- Il est impératif de passer à travers toutes les étapes dans l'ordre prescrit avant de reprendre l'ensemble des activités d'apprentissage, physiques et sportives.
- Le participant ne peut passer à l'étape suivante que lorsque la précédente est complétée, parce qu'une progression trop rapide pourrait ralentir la guérison.
- Les étapes 4 à 6 du RAPS ne doivent débiter qu'une fois toutes les étapes du RAA complétées, c'est-à-dire après la résolution de tous les symptômes et une fois que le participant a repris 100 % de ses capacités d'apprentissage, sans mesure d'adaptation.

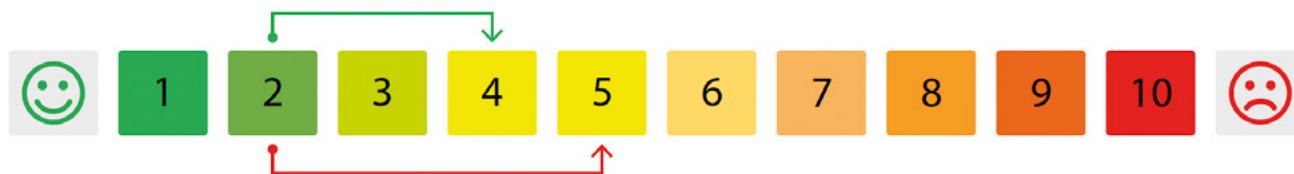
Ainsi, l'étape 4 du RAPS ne peut être amorcée avant que l'étape 4 du RAA soit complétée.

Afin de franchir une étape et de passer à la suivante, des conditions doivent être respectées :

- Il ne doit pas y avoir d'augmentation significative des symptômes pendant la réalisation de l'étape.
- Il ne doit pas y avoir apparition de nouveaux symptômes.

Pour qu'une étape soit considérée comme complétée, l'augmentation de l'intensité des activités doit donc être bien tolérée par le participant, et ce, tant pour les activités d'apprentissage que pour les activités physiques ou sportives.

L'échelle ci-dessous, tirée des travaux de l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS)¹⁶, permet de bien évaluer l'intensité des symptômes et leur degré d'augmentation.



Ainsi, **une augmentation significative des symptômes** représente une hausse de plus de deux points, sur une échelle de 1 à 10, pour un symptôme donné. Par exemple, si un symptôme passe d'une intensité de 2 à une intensité de 4, cette augmentation n'est pas significative et peut être tolérée, à condition que les symptômes reviennent à leur niveau de départ dans les heures suivant la fin de l'activité.

En revanche, si l'intensité du symptôme passe plutôt de 2 à 5 (ou plus), cette augmentation de trois points est significative et ne doit pas être tolérée. Dans pareil cas, le participant ne peut donc pas passer à la prochaine étape. Il devra d'abord faire une pause, attendre que le ou les symptômes reviennent au niveau initial, puis retenter celle-ci au moment opportun, en diminuant légèrement l'intensité au besoin.



Il faut consulter un professionnel de la santé **en cas de difficulté à franchir les étapes de reprise des activités**, c'est-à-dire si aucune progression n'est observée, même après plusieurs essais¹⁷.

16. Institut national d'excellence en santé et en service sociaux. (2024). Dépliant – Traumatisme craniocérébral léger. [inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Depliant_TCCL_INESSS.pdf](https://INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Depliant_TCCL_INESSS.pdf)

17. La durée de chaque étape est très variable d'un individu à l'autre; ainsi, le meilleur indicateur concernant l'évolution de la condition de santé reste la progression. Le fait de demeurer longtemps à une même étape est un signe qui doit être sérieusement considéré et pour lequel une consultation avec un professionnel de la santé qualifié est nécessaire et justifiée.

5.1 ÉTAPE 1 DU RAA ET DU RAPS

Repos actif | Gérer l'énergie

À la suite d'un événement ayant provoqué un impact au corps ou à la tête, **il est essentiel de mettre en place l'étape 1 sans tarder.**

L'étape 1 se déroule dans les 24 à 48 premières heures à la suite de l'incident, tant pour la stratégie de retour aux activités d'apprentissage que pour celles de retour aux activités physiques et sportives.

Elle est obligatoire, qu'il y ait ou non présence de symptômes immédiats.

- En présence de **symptômes**, le participant fréquentant le milieu scolaire doit obligatoirement être retiré de l'école, de façon temporaire, afin de réduire son exposition à un environnement bruyant et surstimulant.
- En l'**absence de symptômes** immédiats, la présence en classe peut être maintenue, mais la participation au cours d'éducation physique et à la santé ainsi qu'à toute autre activité comportant des risques de contact violent, de collision ou de chute (par ex. : récréation, activités parascolaires, etc.) devrait être évitée. Puisque les symptômes peuvent apparaître à retardement, l'enseignant du jeune devrait aussi être prévenu de la situation afin qu'il porte un regard attentif à l'apparition de symptômes et ainsi nécessiter un retrait des activités d'apprentissage, physiques et sportives.

À moins d'une aggravation des symptômes ou d'un avis médical, le temps d'absence devrait être limité à un ou deux jours.

Cette étape est celle du « repos actif », puisqu'il est nécessaire de s'activer à son rythme durant cette période, en y allant doucement et en complétant des activités quotidiennes habituelles non à risque de contacts, de collisions ou de chutes. Par exemple, il est possible de faire des activités calmes, comme écouter de la musique douce ou des livres audio, alors que les activités demandant beaucoup de concentration, de réflexion et de mémoire, comme aller à l'école, devraient être évitées pour les 24 à 48 premières heures. Le temps d'écran, quant à lui, devrait être limité au minimum requis.



À cette étape, l'effort déployé dans les activités physiques et sportives devrait être d'environ **30 % de la capacité physique habituelle**, ce qui représente donc des activités d'intensité très légère.

Il faut porter une attention particulière aux symptômes déjà présents, mais également à l'apparition de nouveaux symptômes ainsi qu'à leur intensité. Il est possible de se référer à l'**échelle d'évaluation** présentée précédemment, afin de coter l'intensité des symptômes et leur variation.

L'annexe 1 fournit des exemples concrets d'activités qu'il est possible de réaliser durant chacune des étapes des stratégies de retour aux activités d'apprentissage, physiques et sportives, ainsi que des précisions sur la progression de l'intensité.

5.2 ÉTAPE 2 ET 3 DU RAA ET ÉTAPE 2 DU RAPS

Bouger | Gérer l'énergie

La deuxième étape vise une reprise partielle des activités scolaires et physiques. Il importe toutefois de demeurer attentif à la tolérance du participant et à une éventuelle augmentation des symptômes, et de respecter son niveau d'énergie tout au long du processus de guérison.

À ce moment, les étapes 2 du RAPS et du RAA peuvent débuter simultanément, mais leur progression ne sera pas nécessairement la même. En effet, rappelons que la durée entre chaque étape du RAPS doit être de **24 h au minimum**, alors que pour le RAA, cette durée peut varier et s'avérer différente selon la progression des symptômes. Il est donc possible que le RAA progresse un peu plus rapidement que le RAPS¹⁸.



À cette étape, l'effort déployé dans les activités physiques et sportives devrait être d'environ **50 % de la capacité physique habituelle**, ce qui représente un effort de type aérobie d'intensité légère à modérée.

Concrètement, les objectifs à atteindre à cette étape sont les suivants :

- › **Sur le plan cognitif (RAA) :** une augmentation de la tolérance au travail cognitif.
- › **Sur le plan physique (RAPS) :** une augmentation de la fréquence cardiaque.

18. Par exemple, le participant pourrait être prêt à entamer l'étape 4 du RAA, mais pas l'étape 3 du RAPS; la progression entre les deux volets de reprises des activités s'effectue parallèlement, mais de façon dissociée.

5.3 ÉTAPE 4 DU RAA ET ÉTAPE 3 DU RAPS

Activités non à risque | Gérer l'énergie

Pour franchir la troisième étape de la stratégie de retour aux activités physiques et sportives (RAPS), le retour complet sans aucune mesure d'adaptation aux activités d'apprentissage (RAA) ainsi que le retour en classe, pour un participant fréquentant le milieu scolaire, doivent avoir été faits. Considérant cette condition, la durée de cette étape du RAPS peut varier et s'avérer plus longue pour certains participants.



À cette étape, l'effort déployé dans les activités physiques et sportives devrait être d'environ **75% de la capacité physique habituelle**, ce qui représente un effort de type aérobie d'intensité légère à modérée.

Concrètement, les objectifs à atteindre à cette étape sont les suivants :

- › **Sur le plan cognitif (RAA) :** une reprise des activités d'apprentissage normales sans mesures d'adaptation ; c'est donc la reprise de toutes les activités pédagogiques et du rattrapage scolaire. Le retour complet est effectué à cette étape.
- › **Sur le plan physique (RAPS) :** l'ajout de mouvements spécifiques, de changement de direction et d'une augmentation de l'intensité.



Pour passer à l'étape 4 du RAPS, il est nécessaire que :

- › les symptômes aient disparu ;
- › le RAA ait été complété **sans** accommodations



De plus, en cas de **retour des symptômes** lors des étapes 4, 5 et 6 du RAPS, il importe de prendre un temps d'arrêt et de retourner à l'étape 3. Il est essentiel d'attendre que les symptômes disparaissent complètement avant de reprendre les activités à risque de contact, de collision ou de chute.

5.4 ÉTAPE 4 DU RAPS

Entraînement dans le milieu sportif sans contact

Le RAA étant complété, et ce, sans mesures d'adaptation, il est donc possible d'entamer l'étape 4 du RAPS.

À ce moment, il se peut que l'association sportive d'un participant demande une autorisation par un professionnel de la santé. Dans ce cas, il est recommandé d'attendre d'avoir obtenu celle-ci avant d'entamer la quatrième étape du RAPS. La [section 6](#), « Évaluation par un professionnel de la santé », permet au participant de s'adresser à un professionnel de la santé qualifié pour obtenir cette autorisation.

Dans tous les cas, **il est recommandé d'obtenir l'autorisation d'un professionnel de santé qualifié avant d'entamer l'étape 4**, notamment lorsque la reprise des activités physiques et sportives comporte des risques de contact, de collision ou de chute.



À cette étape, l'effort déployé dans les activités physiques et sportives devrait être d'environ **75-90 % de la capacité physique habituelle**, ce qui représente un exercice progressif en haute intensité, mais sans contact.

Concrètement, les objectifs à atteindre à cette étape sont les suivants :

- › **Sur le plan physique (RAPS) :** la reprise de l'intensité habituelle de l'exercice, de la coordination et de la demande cognitive liée au sport, tout en évitant toute situation à risque de contact, de collision ou de chute.

5.5 ÉTAPE 5 DU RAPS

Entraînement avec contact

C'est à cette étape que le retour dans un environnement avec contacts est permis. Ainsi, il est possible de faire à nouveau une séance d'entraînement complète en équipe et de recommencer à pratiquer des activités à risque de contact, de collision ou de chute. Toutefois, avant de permettre celles-ci, il est important de s'assurer que le participant est prêt et qu'il a bien réalisé toutes les étapes précédentes, de façon à ce que ses aptitudes sportives soient revenues à leur niveau d'avant la commotion cérébrale. Il est également primordial **d'être attentif et de s'assurer qu'il n'y a pas de retour des symptômes** à la suite de cet entraînement.



À cette étape, l'effort déployé dans les activités physiques et sportives devrait être d'environ **90-100 % de la capacité physique habituelle**, ce qui représente un retour à l'entraînement normal incluant des situations à risque de contact, de collision ou de chute, le cas échéant, mais sans participation à des compétitions.

Concrètement, les objectifs à atteindre à cette étape sont les suivants :

- › **Sur le plan physique (RAPS) :** le rétablissement de la confiance en soi et l'évaluation des aptitudes fonctionnelles par l'entraîneur.

5.6 ÉTAPE 6 DU RAPS

Reprise complète du sport sans aucune restriction ni mesure d'adaptation

Concrètement, les objectifs à atteindre à cette étape sont les suivants :

- › **Sur le plan physique (RAPS) :** la reprise du sport, y compris le retour à la compétition, ainsi que la reprise de l'ensemble des activités sportives de toutes les disciplines.



À cette étape, l'effort déployé dans les activités physiques et sportives devrait être d'environ **90-100 % de la capacité physique habituelle**, ce qui représente une reprise complète du sport et de l'ensemble des activités physiques et sportives reliées à la discipline, y compris le retour à la compétition.

6 Évaluation par un professionnel de la santé

Il est **nécessaire** de recevoir immédiatement des soins médicaux d'urgence lorsqu'au moins un des **signaux d'alerte** présentés précédemment est identifié ou rapporté à la suite d'un impact au corps ou à la tête, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute. De plus, si un des signes ou des symptômes de la commotion cérébrale est observé à la suite d'une situation à risque de commotion cérébrale, le participant doit être évalué par un professionnel de la santé le plus rapidement possible. Toutefois, d'autres conditions requièrent la consultation d'un professionnel de la santé qualifié afin de s'assurer du bon cheminement vers la guérison. Puisque la durée de ce processus est très variable d'un individu à l'autre, il est difficile de donner un horizon de temps.

La présence de certains indicateurs permet toutefois de justifier la nécessité d'une consultation supplémentaire avec un professionnel de la santé qualifié dans les plus brefs délais.

Ainsi, il importe que la personne consulte à nouveau un professionnel de la santé qualifié dans les cas suivants :

- S'il n'y a **aucune progression** de l'état de santé depuis l'incident et le début de l'application du protocole ;
- Si elle n'arrive pas à franchir les étapes malgré un ajustement de l'intensité de ses activités, et ce, même après plusieurs essais ;
- Si son état de santé se détériore ;
- Si son état de santé ne s'améliore pas beaucoup après deux semaines ;
- Si ses symptômes sont toujours présents un mois après l'incident ;
- Pour toute inquiétude concernant son état de santé.

6.1 RESSOURCES

Le tableau ci-dessous sert de guide pour orienter le participant et son entourage vers le professionnel de la santé qualifié le plus apte à intervenir, selon la situation, les besoins et le type de suivi souhaité lors de la consultation.

Dans un contexte où le protocole s'intègre aux pratiques d'une équipe soignante professionnelle (thérapeute du sport, physiothérapeute, kinésologue, etc.) ayant une expertise en commotions cérébrales et travaillant sous supervision médicale, une certaine souplesse est permise, de façon à laisser place au jugement clinique des professionnels.

Rappelons que, même en présence d'un professionnel de la santé qualifié en matière de soins relatifs à une commotion cérébrale, **le protocole demeure applicable. Il doit également être suivi lorsqu'aucun professionnel de la santé n'est présent sur les lieux.**

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	Diagnostic, évaluation ou constat clinique	Autorisation de retour au jeu ou aux activités physiques et sportive	Accompagnement durant les étapes de reprise RAA/ RAPS	Gestion des symptômes physiques	Gestion des symptômes cognitifs ou émotionnels
Médecin	x	x		x	x
Infirmière praticienne	x	x	x	x	x
Physiothérapeute ^{19, 20}	x	x	x	x	
Ergothérapeute ²¹					x
Chiropraticien ^{22, 23}	x		x	x	
Thérapeute du sport ²⁴		x ²⁵	x	x	
Neuropsychologue	x		x	x	x
Kinésologue ²⁶			x		
Enseignant(e) en éducation physique			x		

19. Collège des médecins du Québec. (2020, 9 septembre). *Autorisation de la reprise d'activités sportives après un TCCL ou une commotion cérébrale: mise au point concernant l'apport des physiothérapeutes*. cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/avis-CMQ-OPPQ_TCCL-CC.pdf

20. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2022, 30 mars). *Commotions cérébrales et TCCL : les physiothérapeutes peuvent autoriser la reprise d'activités sportives*. oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/tccl-autorisation-reprise-sport/

21. Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2025). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html

22. Ordre des chiropraticiens du Québec. (2025). *Le rôle et les responsabilités du chiropraticien*. ordredeschiropraticiens.ca/fr/protection-du-public/le-role-et-les-responsabilites-du-chiropraticien/

23. Association chiropratique canadienne (2025). *Énoncés de positionnement : évaluation, diagnostic et prise en charge des traumatismes craniocérébraux légers/commotions cérébrales*. chiropractic.on.ca/wp-content/uploads/Final-CCA-CCGL-Concussion-PositionsStatement_Bilingual.pdf

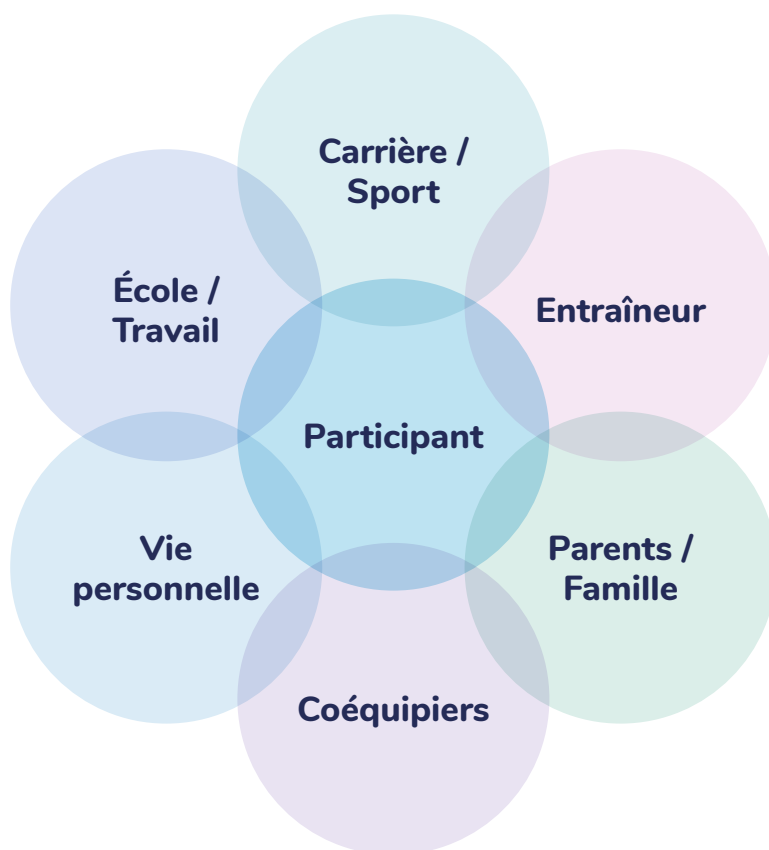
24. Collège des médecins du Québec. (2025, 9 janvier). *Autorisation, par les thérapeutes du sport, de la reprise d'activités sportives après un diagnostic de trauma craniocérébral léger (TCCL) ou de commotion cérébrale (CC)*. cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/avis-TCCL-CC-20250108.pdf

25. Voir [note explicative](#) à cet effet.

26. Fédération des kinésologues du Québec. (s. d). *En savoir plus – Le kinésologue*. kinesiologue.com/fr/le-kinesiologue

7 Communication et concertation

La communication et la concertation de l'ensemble des acteurs gravitant autour du participant jouent un rôle clé dans les étapes de guérison.



En effet, toute personne impliquée directement ou indirectement lors d'un incident pouvant générer une commotion cérébrale a un rôle à jouer et des responsabilités dans le processus de guérison du participant.

En voici quelques exemples :

Rôle et responsabilités du participant

- Reconnaître qu'un impact au corps ou à la tête lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute le met à risque de subir une commotion cérébrale ;
- Signaler un incident ou une situation à risque de commotion cérébrale dont il est victime ou témoin ;
- Se retirer de l'activité afin de surveiller l'évolution de son état de santé pour les 24 à 48 prochaines heures, sachant que les symptômes peuvent apparaître à retardement ;
- Déclarer tout symptôme pouvant être lié à une commotion cérébrale ;
- Suivre les directives émises par un professionnel de la santé qualifié, le cas échéant, et mettre en place les étapes des stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS) du *Protocole de gestion des commotions cérébrales* ;
- Remplir la [fiche de suivi](#) afin de consigner l'évolution du processus de guérison et de rendre compte du parcours des étapes de reprise graduelle des activités ;
- Informer son entourage de l'évolution de son état (voir l'image ci-dessus).

Rôle et responsabilités du parent ou du tuteur

- Être vigilant sur l'état de santé du jeune et surveiller l'évolution des symptômes, surtout dans les 24 à 48 premières heures, et se référer au *Protocole de gestion des commotions cérébrales* ainsi qu'à la [fiche de suivi](#) afin de bien connaître les symptômes et les manifestations possibles de cette blessure ;
- Faire les démarches nécessaires pour obtenir les soins de santé appropriés, le cas échéant ;
- Avec l'accord du jeune, tenir informés les différents responsables des milieux impliqués de son état de santé (employeur étudiant, responsable des activités, milieu scolaire, etc.), s'il est dans l'impossibilité de le faire ;
- Favoriser une reprise des activités conformément à l'avis émis par un professionnel de la santé qualifié, le cas échéant, et soutenir le jeune dans la mise en place des étapes des stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS) du *Protocole de gestion des commotions cérébrales* ;
- Agir à titre de personne rassurante auprès du jeune ;
- Être vigilant quant à l'apparition de signes psychologiques (anxiété, dépression, etc.).

Rôle et responsabilités de la personne responsable du bien-être, de la santé et de la sécurité, ainsi que du personnel encadrant une activité

- S'assurer que le participant est retiré de l'activité à la suite d'un impact au corps ou à la tête, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute le mettant à risque de subir une commotion cérébrale;
- Assurer la vérification des symptômes à la suite du retrait du participant et surveiller l'évolution de l'état de santé de celui-ci;
- Si des signaux d'alerte sont présents, appeler les services d'urgence ou s'assurer de désigner une tierce personne pour le faire;
- Si le participant mineur:
 - est âgé de moins de 14 ans : aviser le plus tôt possible les parents ou le tuteur légal de l'incident;
 - est âgé de 14 ans ou plus : puisqu'il peut consentir seul aux soins que requiert son état de santé, il est nécessaire d'obtenir son approbation avant de contacter ses parents ou son tuteur légal, sauf exception²⁷.
- Avec le consentement du participant ou de ses parents lorsque celui-ci est mineur, aviser l'ensemble du personnel impliqué de la condition de celui-ci et indiquer les mesures à mettre en place;
- Favoriser et appliquer la procédure selon l'avis du professionnel de la santé qualifié, le cas échéant, et le *Protocole de gestion des commotions cérébrales*.

Rôle et responsabilités de la personne responsable de l'application du protocole dans un établissement d'enseignement

- Informer et outiller le personnel (mise à jour du protocole et de la [fiche de suivi](#));
- Coordonner les actions du personnel lors de la reprise des activités d'apprentissage, physiques et sportives.

Des aide-mémoire sont disponibles en ligne, au Quebec.ca/commotion, pour permettre de davantage définir les rôles selon le niveau scolaire.

Rôle et responsabilités des gestionnaire d'établissements

- Consigner l'incident dans le registre de blessures à cet effet;
- Analyser les incidents et définir de nouvelles mesures préventives, s'il y a lieu;
- Soutenir le personnel impliqué dans l'application de la procédure selon l'avis du professionnel de la santé, le cas échéant, et le *Protocole de gestion des commotions cérébrales*;
- Sensibiliser l'ensemble du personnel et des utilisateurs des installations, notamment par l'affichage des mesures préventives.

²⁷ Éducaloi. (s. d). *Le consentement aux soins d'un mineur de 14 ans ou plus*.
educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-mineur-de-14-ans-ou-plus/

Rôle et responsabilités de l'enseignant

Pour le participant fréquentant le milieu scolaire, l'enseignant a un important rôle à jouer, surtout concernant le retour aux activités d'apprentissage. Il devrait notamment :

- Comprendre les répercussions qu'une commotion cérébrale peut avoir sur la capacité d'un élève à fonctionner en milieu scolaire;
- Soutenir le participant d'âge scolaire dans son processus de retour aux activités d'apprentissage en lui permettant certaines mesures d'adaptation scolaire, par exemple en lui donnant temporairement plus de temps pour ses travaux scolaires ou ses examens, le cas échéant, ou encore en lui permettant de réaliser ses examens dans un endroit calme;
- Être informé des signes et des symptômes possibles d'une commotion cérébrale et se référer au *Protocole de gestion des commotions cérébrales* au besoin.

Rôle et responsabilités de l'enseignant en éducation physique

Celui-ci a un rôle à jouer plus précisément lors du retour aux activités physiques et sportives. Il devrait notamment :

- Connaître le *Protocole de gestion des commotions cérébrales* et s'y référer afin d'aider le participant d'âge scolaire dans sa reprise graduelle des activités physiques et sportives;
- Prendre en considération l'évolution de la guérison du participant ainsi que les informations consignées par celui-ci dans sa [fiche de suivi](#), dans l'optique d'adapter l'intensité de l'activité;
- Accompagner le participant, à sa demande, à travers les étapes des stratégies de retour aux activités physiques et sportives (RAPS);
- Appuyer le participant fréquentant le milieu scolaire dans la mise en place des étapes de la stratégie de retour aux apprentissages (RAA) en faisant notamment le pont, au besoin, entre les enseignants concernés dans la réadaptation et le participant lui-même.

8 Fiche de suivi

La **fiche de suivi** a pour but de faciliter la transmission de l'information pour l'ensemble des personnes impliquées, notamment le participant, le parent ou le tuteur légal, le professionnel de la santé et les responsables des milieux concernés. En effet, elle a pour rôle de :

- rendre compte de l'incident, surtout lorsqu'il n'y a eu aucun témoin de l'événement, ou encore que le participant ne se souvient pas exactement des circonstances l'entourant ;
- rendre compte des symptômes ainsi que de leur évolution en intensité dans le temps ;
- rendre compte de la reprise graduelle des activités d'apprentissage, physiques et sportives, et soutenir ce processus ;
- guider le participant et son entourage quant à la démarche à suivre et leur offrir un soutien dans la démarche de guérison.
- faciliter la transmission de l'information pour l'ensemble des personnes impliquées, soit le participant et son entourage, ainsi que le professionnel de la santé qualifié, le cas échéant, et les responsables des milieux concernés (intervenants du milieu scolaire, sportif, etc.)

Lors d'une situation à risque de commotion cérébrale, il est recommandé aux organisations d'informer le participant, ou le participant et son entourage, le cas échéant, du suivi nécessaire. Ainsi, il est conseillé de donner le plus d'informations possible à ce moment sur le *Protocole de gestion des commotions cérébrales*, en consultant notamment la plateforme Web Quebec.ca/commotion, propulsée par le ministère de l'Éducation du Québec, où sont publiés tous les outils du Ministère en matière de gestion de commotions cérébrales.

Précisions

Lorsque le participant est retiré à la suite d'un événement impliquant un impact au corps ou à la tête, survenu lors d'un contact violent, d'une collision ou d'une chute ayant provoqué un mouvement de va-et-vient ou une secousse à la tête, plusieurs bonnes pratiques devraient être mises en place. D'abord, si l'incident a eu lieu dans le milieu scolaire ou au sein d'une organisation sportive ou de loisir, la [fiche de suivi](#) doit être remplie par la personne responsable en matière de commotions cérébrales ou du bien-être de la santé et de la sécurité de ce milieu, accompagnée d'une personne témoin de l'événement, si tel est le cas. Pour un participant fréquentant le milieu scolaire, **il est recommandé de partager la fiche avec les intervenants de l'établissement scolaire et les enseignants gravitant autour de celui-ci afin d'assurer la mise en œuvre des mesures d'adaptation scolaire nécessaires, le cas échéant.**

La première section de la [fiche de suivi](#) est remplie afin de consigner les signaux d'alerte ainsi que les signes et symptômes observés, le cas échéant, et de déterminer si des mesures d'urgence doivent être mises en place. Par la suite, une copie de la fiche est remise au participant et à ses parents ou à son tuteur légal, s'il a moins de 14 ans, afin que la période de surveillance se poursuive à la maison. Si le participant mineur est âgé de plus de 14 ans, celui-ci doit d'abord consentir à la divulgation d'information avant qu'une copie de la [fiche de suivi](#) soit remise à ses parents²⁸.

La seconde section de la [fiche de suivi](#) concerne la reprise graduelle des activités, selon les étapes prévues par les stratégies de retour aux activités d'apprentissage (RAA), physiques et sportives (RAPS). Elle permet de consigner les activités effectuées à chaque étape ainsi que la variation des symptômes lors de la réalisation de celles-ci.

Dans les jours qui suivent, le participant, accompagné de son entourage ou des autres acteurs gravitant autour de lui, **note sur la [fiche de suivi](#)** :

- l'évolution de ses symptômes;
- des observations concernant les activités reprises selon les étapes réussies ou en cours;
- le changement dans l'intensité des symptômes ressentis lors de l'ajout d'activités et du passage d'une étape à l'autre;
- toute autre information jugée pertinente concernant son processus de guérison.

Lorsqu'il s'agit d'un jeune, il demeure important, tout au long du processus, d'aviser les intervenants gravitant autour de lui de sa condition médicale et de son évolution, afin que des mesures d'adaptation puissent être mises en place pour soutenir l'application du protocole et favoriser sa guérison. Encore une fois, si le jeune a moins de 14 ans, cette communication peut se faire à la discrétion des parents ou du tuteur légal. En revanche, s'il est âgé de plus de 14 ans, son consentement est requis avant de divulguer des informations sur son état de santé à une tierce personne.

28. Éducaloi. (s. d). *Le consentement aux soins d'un mineur de 14 ans ou plus*.
educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-mineur-de-14-ans-ou-plus/

9 Annexes

9.1 ANNEXE 1

Exemples d'activités et de progression de l'intensité pour chacune des étapes des stratégies de retour aux activités d'apprentissage, physiques et sportives adaptés pour les jeunes du milieu scolaire

À titre d'exemple, des recommandations pour les jeunes concernant les activités à pratiquer tout au long des stratégies de retour aux activités ainsi que sur l'intensité de celles-ci sont consignées dans les tableaux ci-dessous, et ce, pour chaque étape. Toutefois, les possibilités ne se limitent pas seulement à ce qui est présenté ici, et des activités encore plus spécifiques et adaptées à un sport pourraient aussi être effectuées. Il en va de même avec les activités à ne pas faire; il est impossible de nommer tous les exemples qui pourraient s'appliquer, et ceux qui sont rapportés ici ne sont donc ni exclusifs ni limitatifs.



Étape 1 du RAA et du RAPS

À FAIRE

RETOUR AUX ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Durée : 24 à 48 heures

1

- › Activités intellectuelles légères à la maison, comme la lecture, les devoirs brefs, tout en limitant l'exposition aux écrans;
- › Séances de 5 à 15 minutes au départ, puis augmentation graduelle;
- › Une seule activité cognitive à la fois, et micropauses en cas de manifestation de symptômes.

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Durée : 24 à 48 heures



Effort 30 % de la
capacité habituelle

1

- › Activités de la vie quotidienne à la maison (marcher, faire son lit, vider le lave-vaisselle, socialiser, préparer des repas, promener le chien, etc.).
- › Activités physiques courtes de 5 à 15 minutes pour débiter.

À ÉVITER

RETOUR AUX ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

1

- › Travail étudiant, bénévolat;
- › Temps d'écran prolongé (jeux vidéo, médias sociaux, ordinateur, télévision, etc.);
- › Tout travail de réflexion demandant une grande capacité de concentration.

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVE

1

- › Retour au jeu;
- › Poursuite de l'augmentation de l'intensité malgré l'augmentation des symptômes;
- › Périodes d'activité trop longues;
- › Activités comportant un risque d'impact à la tête ou de chute (aller à vélo, jouer au ballon, etc.).

Étape ② et ③ du RAA et étape ② du RAPS

✓ À FAIRE

RETOUR AUX ACTIVITÉS

D'APPRENTISSAGE

Durée variable, selon l'intensité des symptômes et les mesures d'adaptation nécessaires pour un retour à l'école

②

Si les symptômes cognitifs importants persistent :

- › Devoir, lecture ou autre activité cognitive brève en dehors de la classe ;
- › Maintien des micropauses si présence de symptômes ;
- › Autorisation de se retirer de la classe pour diminuer les symptômes ;
- › Autorisation de quitter l'école plus tôt si les symptômes ont augmenté ;
- › Accès à un lieu plus calme pour les repas ou certains travaux scolaires ;
- › Augmentation progressive du temps d'écran de 5 à 15 minutes à la fois ;
- › Augmentation graduelle des activités cognitives s'il n'y a pas d'aggravation de symptômes de plus de 2 points sur une échelle de 0 à 10 points²⁹.

**Retour progressif à l'école
(1 à 2 demi-journées, par exemple)
jusqu'à un retour à temps plein**

- › Le retour aux matières exigeant une plus grande charge cognitive (par exemple : mathématiques, sciences et langues secondes) ne devrait pas être fait dès le retour en classe. Le jeune devrait d'abord faire des devoirs de ce type à la maison afin d'observer l'état de ses symptômes lors de telles tâches cognitives.
- › Un retour progressif à l'école permet également de vérifier si l'élève est apte à tolérer un environnement bruyant et plus éclairé.
- › Une permission temporaire devrait être accordée à l'élève pour une arrivée un peu plus tardive à l'école ou un départ un peu plus tôt.

RETOUR AUX ACTIVITÉS

PHYSIQUES ET SPORTIVES

Durée minimale de 24 heures



Effort 50 % de la
capacité habituelle

②

- › Activités sportives **sans risque de contact, de collision ou de chute**, surtout de type aérobique, d'**intensité légère** (jusqu'à 55 % de la fréquence cardiaque maximale) à modérée (jusqu'à 70 % de la fréquence cardiaque maximale) à l'extérieur du milieu sportif et pratiqué seul.
- › L'objectif est de pratiquer des activités sans risque de blessure où un léger essoufflement est ressenti, et de respecter les paramètres suivants :
 - **Fréquence minimale** : tous les 2 jours ;
 - **Fréquence maximale** : 6 jours sur 7 si cette étape dure plus de 24 h ;
 - **Durée** : 20-30 minutes, augmentation par palier de 5 à 10 minutes, sans apparition de symptômes si la personne est asymptomatique, ou avec une augmentation maximale de 2 points sur l'échelle de 0 à 10³⁰.
 - Marche, jogging léger, vélo stationnaire ;
 - Circuit d'échauffement (ex. : circuit cheville sans sauts) ;
 - Tours de gymnase à la marche, puis intégration d'un jogging léger par intervalles ;
 - Jogging léger sur un terrain plat et non accidenté, après échauffement de quelques minutes à la marche.

↓ Suite ↓

29. L'augmentation des symptômes est tolérée à condition qu'elle demeure légère (2 points maximum sur l'échelle de perception) et brève.

30. Il importe de mentionner que le niveau d'intensité pour augmenter la fréquence cardiaque et ressentir un léger essoufflement n'est pas le même pour tous.

↓ Suite ↓

RETOUR AUX ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

3

Retour complet en classe avec mesures d'adaptation scolaire

- À propos des matières exigeant une plus grande charge cognitive : lorsque les devoirs à la maison restent difficiles (temps considérablement plus long qu'à l'habitude pour leur réalisation ou augmentation significative des symptômes), la présence en classe pour ces matières doit être faite avec mesures d'adaptation.
- L'élève devrait bénéficier d'une charge de travail réduite pendant sa première semaine complète de retour en classe.

Quelques exemples de mesures d'adaptation scolaire :

- Autoriser plus de temps pour les travaux scolaires ;
- Accorder plus de temps pour les examens ;
- Modifier l'horaire des examens afin d'octroyer une journée sans évaluation entre deux journées de tests ;
- Autoriser l'accès à un endroit calme pour faire les examens ;
- Faciliter la prise de notes en fournissant par exemple un plan de cours ou des notes de cours à l'avance au jeune qui revient en classe, ou lui permettre de photocopier celles d'un autre élève.

Les étapes 2 du RAPS et du RAA peuvent débuter simultanément, mais leur progression ne sera pas nécessairement la même. Par exemple, le participant pourrait être prêt à entamer l'étape 3 du RAA, mais pas l'étape 3 du RAPS. En effet, la représentation sous forme de tableau utilisée ici illustre ce principe, soit que le retour aux activités d'apprentissage, physiques et sportives s'effectue parallèlement, mais de façon dissociée.



À ÉVITER

RETOUR AUX ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

2

- › Travail étudiant, bénévolat;
- › Augmentation trop rapide de la charge cognitive;
- › Refus de suivre une progression dans l'augmentation du temps d'écran;

3

- › Non considération des mesures d'adaptation scolaire lorsque nécessaire;
- › Négligence quant à ses symptômes.

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

2

- › Activités comportant un risque de chute ou de contact (pour les jeunes de niveau primaire, cela peut inclure tout jeu à risque à la récréation ainsi que les activités parascolaires);
- › Retour au jeu;
- › Trop grande intensité dans l'activité et augmentation significative de la fréquence cardiaque;
- › Durée de l'activité physique trop longue (plus de 30 minutes).

Étape 4 du RAA et étape 3 du RAPS

✓ À FAIRE

RETOUR AUX ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Durée variable, selon l'intensité des symptômes et les mesures d'adaptation nécessaires pour un retour à l'école

4

- Présence en classe une journée complète, **sans adaptation scolaire**

Conditions pour considérer une étape comme réussie :

- Disparition complète des symptômes et reprise de la charge scolaire normale;
- Temps consacré aux devoirs à la maison revenu à la durée habituelle d'avant la commotion;
- Temps d'écran également revenu à la normale;
- Reprise du travail étudiant (si non physique et sans risque de traumatisme) et des activités de bénévolat, sans réapparition de symptômes;
- Reprise de toutes les activités non sportives réussie sans réapparition de symptômes.

RAA complété, retour aux activités d'apprentissage normales SANS RESTRICTION ni accommodation

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Durée minimale de 24 heures



Effort 75 % de la capacité habituelle

3

- Exercices **individuels** spécifiques au sport, à l'extérieur du milieu sportif dans un premier temps, en respectant les paramètres suivants :
 - **Fréquence minimale** : tous les 2 jours;
 - **Fréquence maximale** : 6 jours sur 7 ;
 - **Durée** : jusqu'à 60 minutes, sans apparition de symptômes si la personne est asymptomatique, ou avec une augmentation maximale de 2 points sur l'échelle de 0 à 10³¹ ;
- Selon le sport et l'accès à des équipements d'entraînement, le retour progressif dans un environnement sportif sécuritaire peut s'amorcer (sans risque de contact, de collision ou de chute); si l'environnement est très bruyant, il faudra considérer cet aspect dans l'adaptation du retour selon la présence ou non de symptômes;
- Initialement, modifier un seul paramètre à la fois, soit l'intensité, soit un nouveau stimulus;
- Des exercices peuvent être ajoutés ou augmentés s'il n'y a pas d'apparition de symptômes ou d'augmentation de symptômes de plus de 2 points sur une échelle de 0 à 10 pour plus d'une heure.

Quelques exemples spécifiques :

À cette étape, il s'agit de recommencer à effectuer des exercices spécifiques au sport pratiqué, notamment :

- **Basketball** : dribbles de ballon;
- **Soccer** : 10 passes du pied (2 touches de balle minimum);
- **Football** : 5 minutes de footing sur échelle avec temps de réaction (inclure quelques exercices de reculons);
- **Hockey** : travail de passes avec balle (10 coups droits + 10 revers);
- **Gymnastique** : routine de sol sans posture tête en bas;
- **Patinage artistique** : stroking et virages (sans twizzles), section du programme sans sauts ni pirouettes;
- **Jogging léger** : course légère sur terrain plat et non accidenté;
- **Circuit cheville** : échauffement avec changements de direction, sans sauts;
- **Entraînement en résistance** : musculation adaptée, si bien tolérée.

31. Il importe de mentionner que le niveau d'intensité pour augmenter la fréquence cardiaque et ressentir un léger essoufflement n'est pas le même pour tous.

À ÉVITER

RETOUR AUX ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

4

- › Négligence à recourir aux mesures d'adaptation scolaire lorsque c'est nécessaire, et **refus d'écouter ses symptômes**.

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

3

- › Activités comportant un risque de chute ou de contact (pour les jeunes d'âge scolaire, cela peut inclure tout jeu à risque à la récréation et les activités parascolaires);
- › Retour au jeu;
- › Pratique d'activités sportives impliquant des mouvements avec risque accru de contact à la tête, notamment:
 - **Les sauts et les pirouettes**
(par exemple en gymnastique, en patin artistique, etc.);
 - **L'entraînement avec contact**
(comme au hockey, au football, au soccer, etc.)
 - **Les exercices avec la tête en bas**
(par exemple : en musculation, l'exercice d'extension du dos, etc.);
- › Poursuite d'une activité physique sans écouter ses symptômes.



Pour passer à l'étape 4 du RAPS, il est nécessaire que :

- › les symptômes aient disparu;
- › le RAA ait été complété sans accommodations



De plus, si vous constatez le **retour des symptômes** lors des étapes 4, 5 et 6 du RAPS, il est important de prendre un temps d'arrêt et de retourner à l'étape 3. Il est essentiel d'attendre la disparition complète des symptômes avant de reprendre les activités à risque de collision, de chute ou de contact.

Étape 4 du RAPS

À FAIRE

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Durée minimale de 24 heures



Effort 75 à 90 %
de la capacité habituelle

4

- › Exercice progressif en haute intensité;
- › Entraînement en équipe dans le sport spécifique **sans contact**, et autres activités, notamment :
 - Ajout de vitesse;
 - Changement de direction rapide;
 - Ajout de prise de décision durant l'action (stimulation du volet cognitivo-moteur);
- › Retour dans l'environnement sportif.

Quelques exemples spécifiques pouvant être faits avec l'équipe :

- Échanges de lancers au football avec déplacements latéraux;
- Intégration de courts intervalles de jogging rapide, puis augmentation progressive de la durée;
- Période d'échauffement au soccer avec l'équipe : sprint de 15 mètres, déviation sur 5 mètres, pas chassés latéraux sur 5 mètres, sprint de 5 mètres (5 fois de chaque côté, en alternance), etc.;
- **Football** : *cut block* avec sacs : pousser un sac au sol, reprendre position de base et passer au suivant (3 sacs au sol), 5 fois de chaque côté;
- **Hockey** : sprint de la ligne bleue au point de mise au jeu, virage brusque et retour au point de départ (3 fois à gauche, 3 fois à droite), en engageant la tête et le bâton);
- **Patin artistique** : faire des sauts, d'abord hors glace, puis sur glace.

À ÉVITER

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

4

- › Retour au jeu complet sans restriction;
- › Surstimulation et trop grande demande de prise de décision dans l'activité;
- › Prise de risque relatif aux contacts, collisions ou chutes.

Étape 5 du RAPS

À FAIRE

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Durée minimale de 24 heures



Effort 90 à 100 %
de la capacité habituelle

5

- › Séance d'entraînement avec contact et activités comportant un risque de chute;
- › Retour à l'entraînement normal;
- › Rétablissement de la confiance;
- › Étape de retour à 100 % de ses compétences athlétiques, soit le retour à ses capacités antérieures à la blessure;
- › Tous les stimuli sont permis et nécessaires pour la décision finale de retour au sport sans restriction, mais il n'y a pas encore de retour à la compétition à cette étape.

À ÉVITER

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

5

- › Compétition;
- › Poursuite de l'entraînement malgré le retour des symptômes.

Étape 6 du RAPS

À FAIRE

RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Durée minimale de 24 heures

6



Effort 100 % de la
capacité habituelle

- › Reprise du sport, y compris le retour à la compétition ;
- › Reprise de l'ensemble des activités sportives de toutes les disciplines.

9.2 ANNEXE 2

Figures – Les étapes de l'application du protocole

Puisqu'il est parfois difficile de s'y retrouver rapidement à la suite d'une commotion cérébrale ou d'un événement menant potentiellement à une commotion, nous proposons ici un résumé simple et très visuel permettant de retracer toutes les étapes et les documents importants qui y sont associés. Ce résumé est présenté de deux façons différentes : d'abord sous la forme d'une infographie (figure 1), puis sous forme d'organigramme (figure 2). N'hésitez pas à consulter ces outils et à les placer bien en vue dans les locaux de votre milieu pour faciliter la prise en charge d'un participant ayant été victime d'un impact au corps ou à la tête.

Figure 1 – Infographie

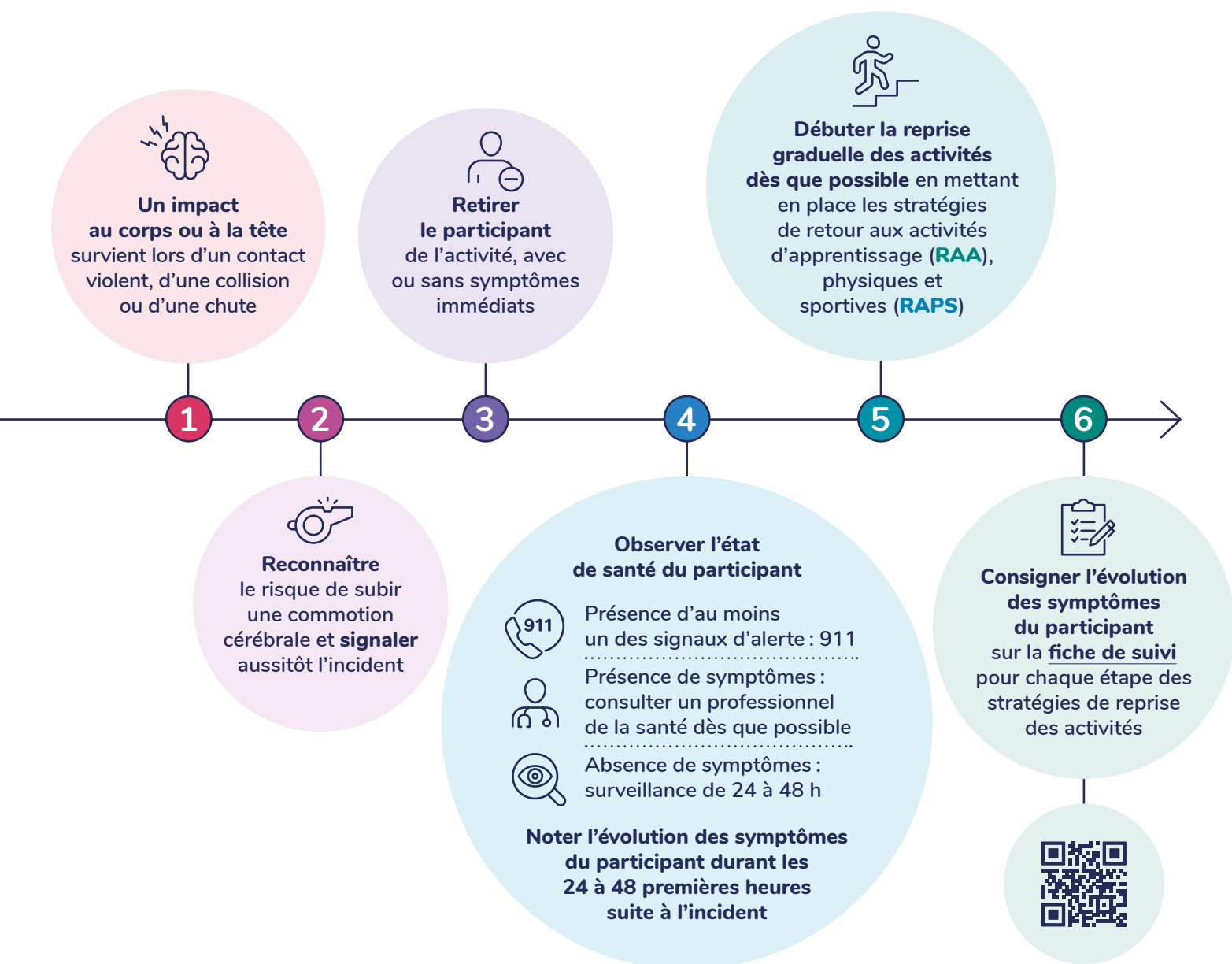
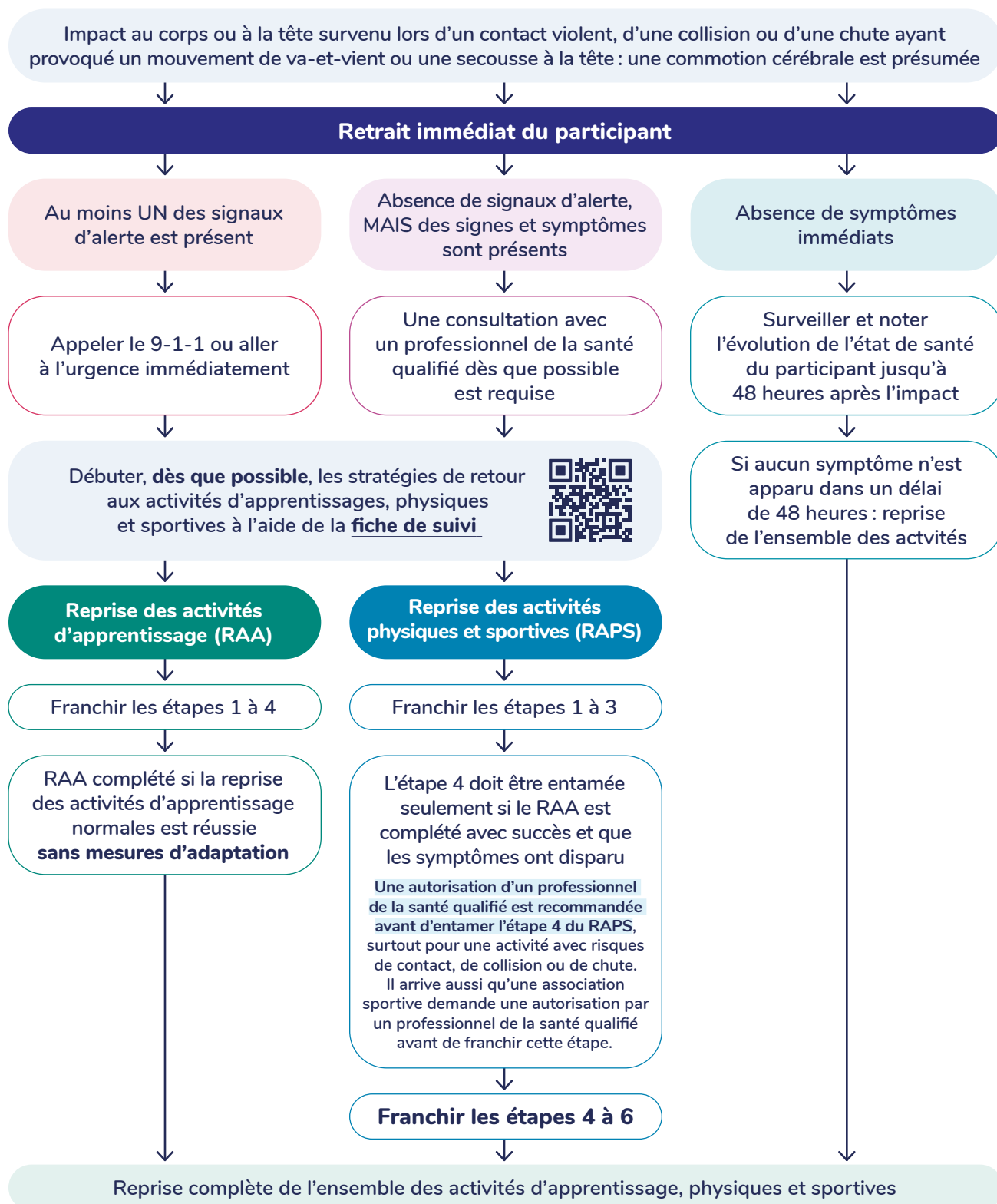


Figure 2 – Organigramme



10 Références

Voici les références sur lesquelles s'appuie le *Protocole de gestion des commotions cérébrales* du ministère de l'Éducation du Québec :

Site Web

- › **Les commotions cérébrales à la petite enfance – Programme COCO**
[COCO Communication – Commotion – COCO | Les commotions cérébrales à la petite enfance](#)
- › **Parachute Canada**
<https://parachute.ca/fr/sujet-blessure/commotion-cerebrale/>

Ressources et outils

- › **CRT6 : outil de reconnaissance d'une commotion cérébrale**
Concussion in Sport Group (CISG) (2023). *Concussion Recognition Tool (CRT6®) – Translations*.
Concussion in Sport Group, concussioninsportgroup.com/wp-content/uploads/2024/06/CRT6-French.pdf
- › **Dépliant de l'INESSS**
Institut national d'excellence en santé et en service sociaux. (2024). *Dépliant – Traumatisme craniocérébral léger*.
inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Depliant_TCCL_INESSS.pdf
- › **Programme de prise en charge du TCCL/CC du MSSS**
Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et de la commotion cérébrale (TCCL/CC) au Québec – Mars 2025*.
[Programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et de la commotion cérébrale \(TCCL/CC\) au Québec](#)

Article de périodique

- › **6^e conférence internationale en matière de commotions cérébrales dans le sport**
Patricios, J.S. et al. (2023). *Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport–Amsterdam, October 2022*. *British Journal of Sports Medicine*, 57(11), 695-711.
doi.org/10.1136/bjsports-2023-106898

