

Outil pour reconnaître la possibilité d'une commotion cérébrale

Cet outil de référence qui doit être rempli par l'adulte responsable (parent, entraîneur, enseignant, bénévole) sert à identifier rapidement une commotion cérébrale soupçonnée et à communiquer cette information au parent/tuteur.

Un incident impliquant _____ (nom de l'élève/athlète)

à l'endroit suivant : _____ Nous l'avons observé afin de détecter les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale.

Date de l'incident _____ Heure _____

Nom de la personne qui a surveillé l'élève/athlète sur la scène _____

Description de l'incident : Coup reçu à la tête Coup reçu au corps Incertain

Que s'est-il passé? _____

1 Arrêtez l'activité immédiatement afin de déterminer s'il s'agit d'une situation d'urgence

- A)** Initiez les premières étapes du Plan de mesures d'urgence.
- En présence de sang ou de liquides corporels, suivez les précautions universelles (porter des gants).
 - Si l'élève/athlète ne peut pas lui-même bouger un membre, ne tentez pas de le faire pour lui ou pour elle.
 - Restez calme. Parlez d'un ton réconfortant.
 - Ordonnez aux personnes présentes de ne pas s'approcher de l'élève/athlète blessé.
- B)** Identifiez si l'élève/athlète présente l'un ou plusieurs de ces **signaux d'alerte** à n'importe quel moment (cochez ceux que vous pouvez identifier).

SIGNAUX D'ALERTE

Vous observez :

- Vomissement
- Crise épileptique ou convulsions
- Détérioration de l'état de conscience ou perte de connaissance

L'élève/athlète se plaint de :

- Douleur au cou
- Vision double
- Mal de tête intense ou qui s'aggrave
- Faiblesse ou engourdissement aux bras ou aux jambes

L'élève/athlète démontre :

- Changement inhabituel dans le comportement
- Agitation ou combativité qui progresse

- C)** S'il s'agit d'une situation d'urgence OU s'il y a présence d'un des **signaux d'alerte**
- Appelez le 911
 - Restez aux côtés de l'élève/athlète jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence.
 - Si la personne n'est pas lucide ou entièrement consciente, une blessure à la colonne cervicale doit être présumée jusqu'à preuve du contraire.
 - Le cas échéant, ne retirez pas le casque protecteur de l'athlète, sauf si vous êtes formé pour le faire.

2 Retirez l'élève/athlète de l'activité

Si l'incident **n'est pas** une situation d'urgence, **retirez tout de même l'élève/athlète de l'activité** et il ne doit pas être autorisé à reprendre des activités le même jour. Suivez les instructions à l'étape 3 pour identifier les signes et symptômes d'une commotion cérébrale. L'élève/athlète doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien dans les plus brefs délais si une commotion cérébrale est soupçonnée (si au moins **UN** signe est observé ou **UN** symptôme est signalé).

ÉTAPES 3 ET 4
À LA PAGE SUIVANTE

3

Identifiez les signes et symptômes

- A) Ne laissez pas l'élève/athlète seul et assurez-vous qu'un adulte responsable soit présent à ses côtés en tout temps. En plus des **signaux d'alerte**, surveillez pour les signes et symptômes suivants d'une commotion et **cochez ceux que vous pouvez identifier**.

| SIGNES OU SYMPTÔMES D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE | |
|---|--|
| <p>Signes possibles observés</p> <p>Un signe est un phénomène qui sera observé par une autre personne (ex. : enseignant, entraîneur, surveillant, camarade).</p> | <p>Symptômes possibles signalés</p> <p>Un symptôme est un phénomène que l'élève/athlète ressentira ou signalera.</p> |
| <p>Sur le plan physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté de prononciation <input type="checkbox"/> Coordination ou équilibre déficient <input type="checkbox"/> Regard vide ou yeux vitreux <input type="checkbox"/> Diminution des capacités de jeu <input type="checkbox"/> Étendu sur le sol, inanimé ou met du temps à se relever <input type="checkbox"/> Saisit ou serie sa tête dans ses mains <p>Sur le plan cognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer <input type="checkbox"/> Facilement distrait <input type="checkbox"/> Confusion générale <input type="checkbox"/> Temps de réaction ralenti (ex. : répondre aux questions) <p>Sur le plan émotionnel/comportemental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Éprouve des sentiments bizarres ou inappropriés (ex. : rires, pleurs, se met facilement en colère) <p>Autre: _____</p> | <p>Sur le plan physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Bourdonnement dans les oreilles <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière et au bruit <input type="checkbox"/> Voir des étoiles ou des lumières clignotantes <input type="checkbox"/> Sensation de fatigue <input type="checkbox"/> Étourdissements et problèmes d'équilibre <input type="checkbox"/> Difficulté à voir ou trouble/perte de la vision <input type="checkbox"/> Ne pas se sentir normal <p>Sur le plan cognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer ou trouble de la mémoire <input type="checkbox"/> Sensation d'être au ralenti, fatigue ou manquer d'énergie <input type="checkbox"/> Sensation d'être «dans le brouillard» <p>Sur le plan émotionnel/comportemental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Irritabilité, tristesse, se sentir plus émotif que d'habitude <input type="checkbox"/> Nervosité, anxiété, se sentir déprimé <p>Autre: _____</p> |
| SI N'IMPORTE QUELS DES SIGNES OBSERVÉS OU SYMPTÔMES SIGNALÉS S'AGGRAVENT, APPELEZ LE 811 | |

- B) Posez ces questions pour évaluer la mémoire et cochez si la réponse est correcte ou incorrecte.

| Âgé de 5 à 12 ans | Correct | Incorrect | Âgé de 13 ans et plus | Correct | Incorrect |
|---|---------|-----------|---|---------|-----------|
| Où sommes-nous tout de suite? | | | Où sommes-nous présentement? | | |
| Est-ce que nous sommes avant ou après le dîner? | | | À quelle période sommes-nous? | | |
| Quel a été le sujet de ton dernier cours à l'école? | | | Qui a marqué en dernier dans ce match? | | |
| Comment s'appelle ton enseignant(e)? | | | Contre quelle équipe avez-vous joué le dernier match? | | |
| | | | Votre équipe a-t-elle gagné le dernier match? | | |

4

Mesures à prendre

Si **aucun** signe ou symptôme décrit ci-dessus n'a été noté.

- Une commotion cérébrale n'est pas soupçonnée pour le moment.** Le parent/tuteur doit être avisé de l'incident.

Si **UN** signe est observé ou **UN** symptôme signalé, ou si l'élève/athlète n'arrive pas à répondre correctement à l'une des questions ci-dessus, une commotion cérébrale doit être soupçonnée.

- Une commotion cérébrale est soupçonnée.** L'élève/athlète doit être immédiatement retiré de l'activité, il doit être mis au repos et ne doit pas être autorisé à reprendre cette activité, même s'il affirme se sentir mieux. Il doit y avoir une surveillance en tout temps par un adulte. L'élève/athlète ne peut pas quitter les lieux sans la surveillance d'un parent/tuteur (ou de la personne à contacter en cas d'urgence). L'élève/athlète doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien dès que possible pour un diagnostic.

Surveillance continue effectuée par le parent/tuteur : L'élève/athlète doit être surveillé pendant 24 à 48 heures après la blessure, car les signes et les symptômes peuvent apparaître tout de suite après la blessure ou survenir plusieurs heures ou jours après. Si des signes ou des symptômes apparaissent, l'élève/athlète doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien dès que possible.

Nom de l'adulte responsable : _____ Date : _____

Signature de l'adulte responsable : _____

Nom du parent / tuteur : _____ Date : _____

Signature du parent / tuteur : _____

Ce formulaire dûment rempli doit être photocopié et archivé selon la politique du district scolaire. Remettre la copie au parent/tuteur.

Adapté du «Concussion Response Tool» par le BC Injury Research and Prevention Unit, Concussion Awareness Training Tool
Développé en collaboration avec le groupe de travail sur les commotions du District scolaire francophone Sud.