



Objet :	Les commotions cérébrales en milieu scolaire
Directive :	7002 – Santé et sécurité
En vigueur :	25 septembre 2017
Révision :	6 décembre 2017
Références :	<ul style="list-style-type: none">* L'évaluation et la prise en charge des commotions cérébrales liées au sport, Société Canadienne de pédiatrie, le 3 mars 2014;* Lignes directrices pour commotion cérébrale pédiatrique, Fondation ontarienne de neurotraumatologie, 1er août 2015;* Commotion cérébrale, Parachute www.parachutecanada.org;* Lignes directrices sur la sécurité en éducation physique du N.-B. 2015 : programme d'études du primaire, activités intrascolaires du secondaire, programme d'études du secondaire;* Consensus de Berlin sur les commotions cérébrales, http://bjsm.bmj.com/content/51/11/838 26 avril 2017;* Portail Ontario : www.ontario.ca/commotions

1. BUT

- 1.1. Le District scolaire francophone Sud s'engage à offrir à tous les élèves un milieu d'apprentissage sécuritaire en ce qui a trait à la gestion des commotions cérébrales.
- 1.2. Le District scolaire francophone Sud s'engage à assurer un retour aux apprentissages tout en respectant les étapes dans le présent document établi entre autres par la société canadienne de pédiatrie.
- 1.3. Les parents, les professionnels de la santé et les adultes dans le système d'éducation publique sont redevables quant à la mise en fonction de cette directive afin de protéger les cerveaux des élèves du district.
- 1.4. Étant donné le temps considérable que passent les enfants et les adolescents en salle de classe et le caractère vital que revêt la scolarisation pour leur apprentissage et leur socialisation, un retour à temps plein à l'école versus un retour à l'activité physique doit être une priorité après la survenance d'une commotion cérébrale.

2. LIGNES DIRECTRICES

La présente directive :

- 2.1. établit les normes concernant la gestion des commotions cérébrales dans les écoles du DSFS;
- 2.2. établit les étapes à suivre dans les écoles du DSFS quant au retour aux apprentissages et à l'activité physique à la suite d'une commotion cérébrale;
- 2.3. s'applique à toutes les écoles du DSFS et tout particulièrement aux élèves, aux membres du personnel scolaire ainsi qu'aux bénévoles qui agissent comme responsables d'un groupe d'élèves;
- 2.4. s'applique aux élèves commotionnés, aux membres du personnel scolaire, aux bénévoles scolaires, aux parents et aux professionnels de la santé.

3. DÉFINITIONS

3.1. Une commotion cérébrale :

- 3.1.1. est une blessure cérébrale qui modifie le fonctionnement du cerveau, causant des symptômes qui peuvent être physiques (p. ex. maux de tête, étourdissements), cognitifs (p. ex. problèmes de mémoire, baisse de la concentration), émotionnels/comportementaux (p. ex. dépression, irritabilité) et/ou liés aux troubles du sommeil (p. ex. somnolence, difficulté à s'endormir);
- 3.1.2. peut être provoquée soit à la suite d'un coup direct subi à la tête, au visage, au cou, soit à la suite d'un coup au corps dont la force se répercute jusqu'à la tête et entraîne un mouvement rapide du cerveau à l'intérieur du crâne;
- 3.1.3. peut avoir lieu sans causer de perte de connaissance (en fait, la plupart des commotions cérébrales ne sont pas associées à une perte de connaissance);
- 3.1.4. ne peut normalement pas être vue sur des radiographies, des scanographies standards ou avec imagerie par résonance magnétique.

3.2. L'adulte responsable

L'adulte responsable est la personne en charge de l'élève au moment de l'incident (enseignant, direction, assistant à l'éducation, bénévole scolaire, entraîneur,...)

3.3. Membre du personnel désigné

Cette personne s'occupera du dossier de l'élève ayant subi une commotion cérébrale dans son école. Elle est mentionnée à quelques reprises dans cette directive comme la personne contact dans l'école qui aura à faire certains suivis auprès de l'élève, des parents et du personnel scolaire et supervisera l'évolution des étapes selon la guérison de l'élève.

3.4. Le cerveau

Le cerveau est le principal organe du système nerveux qui régule les autres systèmes du corps et constitue le siège des fonctions comportementales et cognitives. Il est primordial de prendre les mesures nécessaires afin de bien gérer les blessures crânio-cérébrales.

4. EXIGENCES ET NORMES

Prévention

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la prévention peut être primaire, secondaire et tertiaire. Dans le contexte du DSFS, nous avons intérêt à promouvoir la prévention primaire et la prévention secondaire.

4.1. Prévention primaire :

La prévention primaire désigne l'ensemble des actions ou des mesures dans le but de diminuer l'incidence d'une maladie ou d'une blessure quelconque notamment des coups à la tête pouvant aboutir à une commotion cérébrale chez les jeunes d'âge scolaire.

D'emblée, avant la mise en œuvre des lignes directrices par le DSFS, il faut s'assurer de créer un environnement (école, terrains de jeux, gymnase, etc.) qui permet d'éviter, voire de réduire au minimum les situations pouvant causer des commotions cérébrales notamment :

1. La promotion (chez tous les intervenants) d'une culture du franc-jeu, de l'esprit sportif et du respect;
2. Un environnement sécuritaire et des installations adéquates;
3. La mise en place et l'application de règles de jeu sécuritaires;
4. Le port d'équipement de protection adéquat et dans le cas échéant, l'identification des limites d'âge dans la participation aux sports de contact et la réduction des contacts pendant les entraînements.

4.2. Prévention secondaire :

La prévention secondaire comprend toutes les actions destinées à diminuer la prévalence ou le nombre de cas de maladies ou de blessures, donc à réduire la durée d'évolution d'une telle maladie ou de blessure. Dans le contexte du DSFS se rapportant aux commotions cérébrales, c'est l'identification précoce de celles-ci et la gestion efficace qui permettent de contribuer à diminuer l'aggravation des commotions cérébrales dans un court laps de temps chez les jeunes ayant subi des blessures à la tête. L'élaboration des lignes directrices est une action positive dans la prévention secondaire des commotions cérébrales.

4.2.1. Diagnostic de la commotion cérébrale

- Une commotion cérébrale est un diagnostic clinique posé par un médecin en titre ou un infirmier praticien. Il est essentiel que l'élève chez qui l'on soupçonne une commotion cérébrale soit examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien.

4.2.2. Signaux d'alerte et signes et symptômes courants de la commotion cérébrale

- À la suite d'un coup direct donné à la tête, au visage ou au cou, ou à la suite d'un coup au corps dont la force se répercute jusqu'à la tête, il ne faut pas écarter le risque de commotion cérébrale en cas d'apparition de l'un ou de plusieurs des signaux d'alerte et des signes ou symptômes suivants :

TABLEAU 1 : Signaux d'alerte d'une commotion cérébrale

Signaux observés	L'élève se plaint de :	L'élève démontre :
<input type="checkbox"/> vomissement <input type="checkbox"/> crise épileptique ou convulsions <input type="checkbox"/> détérioration de l'état de conscience ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> douleur au cou <input type="checkbox"/> vision double <input type="checkbox"/> mal de tête intense ou qui s'aggrave <input type="checkbox"/> faiblesse ou engourdissement aux bras ou aux jambes	<input type="checkbox"/> Changement inhabituel dans le comportement <input type="checkbox"/> confusion ou irritabilité qui progressent

S'il s'agit d'une situation d'urgence ou s'il y a présence de l'un ou de plusieurs des signaux d'alerte, il faut appeler le 911 et rester aux côtés de l'élève jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence.

TABLEAU 2 : Signes et symptômes de la commotion cérébrale

Signes possibles observés <i>Un signe est un phénomène qui sera observé par une autre personne (p. ex. un parent/tuteur, enseignant, entraîneur, surveillant, camarade).</i>	Symptômes possibles signalés <i>Un symptôme est un phénomène que l'élève ressentira ou signalera.</i>
<p>Sur le plan physique</p> <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"/> saisir ou serrer sa tête dans les mains	<p>Sur le plan physique</p> <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> <input type="checkbox"/> difficulté à se concentrer <input type="checkbox"/> facilement distrait <input type="checkbox"/> confusion générale <input type="checkbox"/> temps de réaction ralenti (p. ex. répondre aux questions)	<p>Sur le plan cognitif</p> <input type="checkbox"/> difficulté à se concentrer ou trouble de la mémoire <input type="checkbox"/> sensation d'être au ralenti, fatigue ou manque d'énergie <input type="checkbox"/> sensation d'être « dans le brouillard »
<p>Sur le plan émotionnel/comportemental</p> <input type="checkbox"/> éprouve des sentiments bizarres ou inappropriés (p. ex. rires, pleurs, se met facilement en colère)	<p>Sur le plan émotionnel/comportemental</p> <input type="checkbox"/> irritabilité, tristesse, se sentir plus émotif que d'habitude <input type="checkbox"/> nervosité, anxiété, se sentir déprimé

TABLEAU 3A : Questions pour évaluer la mémoire (5 à 12 ans)

Âgés de 5 à 12 ans	Correct	Incorrect
Où sommes-nous tout de suite?		
Est-ce que nous sommes avant ou après le dîner?		
Quel a été le sujet de ton dernier cours à l'école?		
Comment s'appelle ton enseignante?		

TABLEAU 3B : Questions pour évaluer la mémoire (13 ans et plus/sports)

Âgés de 13 ans et plus/sports	Correct	Incorrect
Où sommes-nous présentement?		
À quelle période sommes-nous?		
Qui a marqué en dernier dans ce match?		
Contre quelle équipe avez-vous joué le dernier match?		
Votre équipe a-t-elle gagné le dernier match?		

Remarques :

- Les signes et les symptômes peuvent apparaître tout de suite après la blessure ou survenir plusieurs heures ou jours après la blessure.
- Les signes et les symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre.
- Un élève peut être réticent à signaler ses symptômes par crainte d'être retiré de l'activité, de compromettre son statut au sein d'un groupe (équipe), ou encore de peur que ses résultats scolaires n'en subissent les conséquences.
- Il est possible que les jeunes élèves (de moins de 10 ans) et les élèves ayant des besoins particuliers ou dont le français/l'anglais n'est pas la langue maternelle aient plus de difficulté à exprimer comment ils ou elles se sentent.
- Les signes d'une commotion cérébrale chez les jeunes élèves (de moins de 10 ans) peuvent ne pas être aussi évidents que ceux présentés par des élèves plus âgés d'où l'importance de bien observer ces élèves et de noter tout changement dans leurs habitudes d'apprentissage, dans leur tempérament ou dans leur comportement (physique, cognitif, émotionnel et comportemental).

4.3 Intervention initiale : Identification

Si un élève reçoit un coup à la tête, au visage ou au cou, ou bien un coup au corps dont la force se répercute jusqu'à la tête et entraîne un mouvement rapide du cerveau à l'intérieur du crâne, la personne (p. ex. enseignant, entraîneur) responsable de l'élève doit immédiatement prendre les mesures suivantes :

4.3.1 Élève inconscient (ou ayant subi une perte de conscience)

- Suivre le plan de mesure d'urgence établi dans votre école et appeler le 911.
- Supposer qu'il s'agit d'une possible blessure au cou et, seulement si l'on est formé pour le faire, immobiliser l'élève jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence. Présumer une éventuelle commotion cérébrale.
- Ne pas retirer les vêtements, équipements sportifs (p. ex. casque) sauf en cas de difficulté à respirer.
- Rester aux côtés de l'élève jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence.
- Appeler l'un des parents/le tuteur de l'élève (ou la personne à contacter en cas d'urgence) pour l'aviser de la blessure survenue et l'informer que les services médicaux d'urgence ont été appelés.
- Surveiller et noter tout changement (physique, cognitif, émotionnel/comportemental) survenant chez l'élève.

- Si l'élève revient à lui ou à elle, l'encourager à rester calme et à demeurer allongé. Ne pas administrer de médicaments (sauf si l'élève a besoin de médicaments pour une autre affection, comme de l'insuline si l'élève est diabétique).
- Se reporter au formulaire de déclaration de blessures du district scolaire (Rapport d'accident affectant une ou un élève) pour savoir comment consigner l'incident.

4.3.2 Élève conscient

- Arrêter l'activité immédiatement.
- Suivre le plan de mesures d'urgence de votre école.
- Si l'élève peut bouger en toute sécurité, le ou la retirer de l'activité ou du jeu en cours.
- Effectuer une première évaluation de l'élève (c.-à-d. vérifier la présence de signes ou de symptômes d'une commotion cérébrale à l'aide de l'[Annexe A](#) — Outil pour reconnaître la possibilité d'une commotion cérébrale).
- Se reporter au formulaire de déclaration de blessure du district scolaire (Rapport d'accident affectant une ou un élève) pour savoir comment consigner l'incident.

4.4 Présence de signe(s) et/ou symptôme(s) (voir [Annexe A](#)) :

4.4.1 Intervention de l'adulte responsable

S'il y a lieu de soupçonner une commotion cérébrale : ne pas laisser l'élève retourner en salle de classe, reprendre l'activité, le jeu ou la pratique pour la journée, même si l'élève affirme se sentir mieux.

- Appeler l'un des parents/le tuteur de l'élève (ou la personne à contacter en cas d'urgence) pour l'informer :
 - ✓ de l'incident;
 - ✓ qu'il doit venir chercher l'élève;
 - ✓ que l'élève doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien dans les plus brefs délais (ceci est nécessaire avant la réintégration à l'école).
- Surveiller et noter tout changement (physique, cognitif, émotionnel/comportemental) survenant chez l'élève. **Si les signes ou les symptômes s'aggravent, appeler le 811.**
- Ne pas administrer de médicaments (sauf si l'élève a besoin de médicaments pour une autre affection, comme de l'insuline si l'élève est diabétique).
- Rester aux côtés de l'élève jusqu'à l'arrivée de l'un de ses parents/son tuteur (ou de la personne à contacter en cas d'urgence).
- L'élève ne doit pas quitter les lieux sans la surveillance de l'un de ses parents/son tuteur (ou de la personne à contacter en cas d'urgence).
- Dans l'éventualité où le parent/tuteur de l'élève ne peut être rejoint, l'adulte responsable doit communiquer avec le service ambulancier afin que l'élève soit immédiatement transporté à l'hôpital. Un membre du personnel doit accompagner l'élève dans l'ambulance jusqu'à l'hôpital.
- Se reporter au formulaire de déclaration de blessures du district scolaire (Rapport d'accident affectant une ou un élève) pour savoir comment consigner l'incident.

4.4.2 Renseignement à fournir au parent/tuteur

Le parent/tuteur doit :

- recevoir une copie des documents [Annexe A](#), [Annexe B](#), [Annexe C \(C-1 et C-2\)](#) et du [Plan de retour à l'apprentissage et à l'activité physique suite à une commotion cérébrale](#);
- être informé que l'élève doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien, dans les plus brefs délais;
- être informé que les résultats de cet examen médical doivent être communiqués à la direction de l'école (c.-à-d. préciser si une commotion cérébrale a été diagnostiquée ou non chez l'élève) avant que l'élève ne retourne à l'école (voir l'**Annexe B** — Documentation de l'examen médical).
- Si aucune commotion cérébrale n'est diagnostiquée : l'élève pourra reprendre ses activités scolaires et physiques normales.
- Si une commotion cérébrale est diagnostiquée : l'élève suivra, sous surveillance médicale, un plan progressif et personnalisé de retour à l'apprentissage et de retour à l'activité physique. (**Annexe C** – Document complémentaire – Plan de retour à l'apprentissage (C-1)/Plan de retour à l'activité physique (C-2) et Plan de retour à l'apprentissage et à l'activité physique suite à une commotion cérébrale).

4.5 Absence de signe(s) et/ou symptôme(s) (voir [Annexe A](#)) :

4.5.1 Intervention de l'adulte responsable

- Il n'y a pas lieu de soupçonner une commotion cérébrale, l'élève peut retourner en salle de classe et/ou reprendre l'activité physique.
- Cependant, le parent/tuteur de l'élève (ou la personne à contacter en cas d'urgence) doit être informé de l'incident.

4.5.2 Renseignements à fournir au parent/tuteur

Le parent/tuteur doit :

- recevoir une copie du document « [Annexe A](#) — Outil pour reconnaître la possibilité d'une commotion cérébrale » signée par l'adulte responsable (enseignant, membre de la direction...). Une copie du document « Annexe A » doit également être insérée dans le dossier scolaire de l'élève;
- être informé que :
 - ✓ les signes et les symptômes peuvent apparaître tout de suite après la blessure ou survenir plusieurs heures ou jours après la blessure;
 - ✓ l'élève doit être surveillé pendant 24 à 48 heures après la blessure;
 - ✓ si des signes ou des symptômes apparaissent, l'élève doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien dans les plus brefs délais.

4.6 L'élève commotionné

4.6.1 Responsabilité du parent

Avant que l'élève diagnostiqué avec une commotion cérébrale ne retourne à l'école, le parent/tuteur doit transmettre les résultats de l'examen médical (c.-à-d. préciser qu'une commotion cérébrale a été diagnostiquée chez l'élève) à la direction de l'école (voir le formulaire de déclaration « [Annexe B](#) — Documentation de l'examen médical »).

- Lorsqu'une commotion cérébrale est diagnostiquée : l'élève suivra, sous surveillance médicale, un plan progressif et personnalisé de retour à l'apprentissage et de retour à l'activité physique « **Annexe C** — Document complémentaire – Plan de retour à l'apprentissage ([C-1](#))/Plan de retour à l'activité physique ([C-2](#)), et le [Plan de retour à l'apprentissage et à l'activité physique suite à une commotion cérébrale](#) ».

4.6.2 Responsabilités de l'école – mise en application de la directive

Une fois que le parent/tuteur a informé la direction de l'école des résultats de l'examen médical et que l'élève en question est **diagnostiqué** avec une commotion cérébrale, la direction de l'école doit :

- en informer l'ensemble du personnel de l'école (p. ex. enseignants en classe, enseignants d'éducation physique, entraîneurs) et les bénévoles qui travaillent avec l'élève commotionné;
- s'assurer que l'élève suit les étapes des procédures du retour aux apprentissages et aux activités physiques
- indiquer que l'élève ne participera pas à aucune activité d'apprentissage ou activité physique tant que le parent/tuteur n'aura pas transmis les résultats de l'examen médical à la direction de l'école en remplissant l'[Annexe B](#) – « Documentation de l'examen médical » ou en renvoyant un mot daté et signé par l'un des parents/le tuteur).
- consigner la déclaration écrite [Annexe B](#) – « Documentation de l'examen médical » ou le mot de l'un des parents concernant les résultats de l'examen médical (p. ex. dans le dossier de l'élève).

4.7 Plan de retour à l'apprentissage

Un élève commotionné doit suivre, sous surveillance médicale, un plan progressif et personnalisé de retour à l'apprentissage et de retour à l'activité physique.

Lors de l'élaboration du plan, le processus de retour à l'apprentissage est personnalisé de manière à répondre aux besoins uniques de l'élève. Pour le retour aux activités d'apprentissage, il n'existe aucune formule préétablie pour accompagner un élève atteint d'une commotion cérébrale. Par contre, le processus de retour à l'activité physique s'appuie sur une approche progressive et reconnue à l'échelle mondiale.

Chaque étape du plan de retour à l'apprentissage doit durer au minimum 24 heures. En cas de réapparition des symptômes ou si l'élève est incapable de tolérer les activités d'une étape, il doit retourner à l'étape précédente. Il se peut que l'élève retourne plus d'une fois à l'étape précédente durant le processus de récupération. Si les symptômes persistent, s'aggravent ou apparaissent, l'élève doit consulter un médecin en titre ou un infirmier praticien pour discuter des prochaines étapes à suivre.

4.7.1 Étapes à suivre à la maison avant le retour à l'école – Étapes 1, 2A et 2B (voir Annexe C — Document complémentaire – Plan de retour à l'apprentissage (C-1)/Plan de retour à l'activité physique (C-2) et le [Plan de retour à l'apprentissage et à l'activité physique suite à une commotion cérébrale](#)) :

Étape 1 – Repos cognitif, physique et social, étape à effectuer à la maison

- Cette étape doit durer un minimum de 24 heures.
- Étape à effectuer à la maison
- L'élément le plus important pour traiter une commotion cérébrale est le repos (c.-à-d. repos physique, cognitif et social).
- Le repos cognitif signifie limiter les activités qui nécessitent de la concentration et de l'attention (p. ex. lecture, apprentissages, messages texte, télévision, ordinateur, jeux vidéo ou électroniques).
- Le repos physique signifie restreindre les loisirs/activités récréatives et toutes activités physiques
- Le repos social signifie restreindre les activités de regroupement trop bruyantes et/ou trop stimulantes (ex. : fête, cinéma, spectacle,...)

* L'élève peut passer directement de l'étape 1 à l'étape 2B seulement suite aux recommandations du médecin/infirmier praticien lors de l'évaluation médicale initiale.

Étape 2A – Réintroduction progressive de l'effort cognitif (à la maison)

- Cette étape doit durer un minimum de 24 heures.
- Étape à effectuer à la maison
- Lorsque l'élève n'a plus de symptômes au repos, il peut reprendre graduellement les activités cognitives à la maison, pendant une session de 15 à 30 minutes (ex. : lecture, mots croisés, bricolage, dessins, jeux de société, etc.)

Étape 2B – Accroissement des tâches cognitives (à la maison)

- Cette étape doit durer un minimum de 24 heures.
- Étape à effectuer à la maison
- Vous pouvez augmenter graduellement la durée ou le nombre d'activités cognitives en fonction de ce qui est toléré (ex. : 2 sessions de 30 minutes ou 4 sessions de 15 minutes).

Parent/tuteur : Avant que l'élève ne puisse retourner à l'école, le parent/tuteur doit indiquer à la direction de l'école que l'élève est sans symptômes malgré l'introduction d'activités cognitives légères. Dans ce cas, le parent/tuteur doit communiquer avec la direction de l'école pour préparer les stratégies personnalisées (accommodations) de retour à l'apprentissage.

Retour à l'apprentissage – membre du personnel désigné (à l'école)

Lorsque l'élève a terminé les étapes 1, 2A et 2B (selon ce que le parent/tuteur indique à la direction de l'école) et qu'il est donc capable de retourner à l'école (en suivant les étapes 1, 2A et 2B), un membre du personnel désigné (c.-à-d. un membre de l'équipe de collaboration, soit la direction de l'école, soit un autre membre du personnel désigné par la direction de l'école) doit servir d'interlocuteur principal entre l'élève, ses parents/tuteurs, les autres membres du personnel de l'école et les bénévoles qui travaillent avec l'élève, et le médecin en titre ou l'infirmier praticien.

Le membre du personnel désigné suivra les progrès de l'élève tout au long du plan de retour à l'apprentissage/retour à l'activité physique (retour à l'apprentissage d'abord et retour progressif à l'activité physique par après). Il ou elle sera notamment chargé de déceler les symptômes de l'élève et de repérer comment l'élève réagit aux différentes activités, afin d'élaborer et/ou de modifier des stratégies et des démarches adaptées aux besoins changeants de l'élève.

L'équipe de collaboration

Il est indispensable au bon rétablissement de l'élève qu'un plan de retour à l'apprentissage et de retour à l'activité physique soit préparé en adoptant une démarche coopérative en équipe. Sous l'autorité et la gestion de la direction de l'école, l'équipe comprendra :

- l'élève commotionné;
- ses parents/tuteurs;
- le membre du personnel désigné;
- le personnel de l'école et les bénévoles qui travaillent avec l'élève;
- le médecin en titre, l'infirmier praticien ou tout autre professionnel de la santé

Les membres de l'équipe doivent communiquer entre eux, accompagner et surveiller l'élève afin de garantir son rétablissement complet.

L'équipe doit s'assurer du bon déroulement des étapes 3 à 10 du plan de retour à l'apprentissage (**Annexe C** — Document complémentaire – Plan de retour à l'apprentissage (**C-1**)/Plan de retour à l'activité physique (**C-2**) et le [Plan de retour à l'apprentissage et à l'activité physique suite à une commotion cérébrale](#)) qui précise que l'élève est sans symptôme et peut à nouveau pleinement participer à des activités d'apprentissage et à des activités physiques. Ce document sera consigné (p. ex. dans le dossier de l'élève).

Noter bien ce qui suit :

- Les activités physiques ou cognitives peuvent être à l'origine d'une réapparition des symptômes de commotion cérébrale chez un élève.

Le nombre d'étapes n'équivaut pas au nombre de jours : chaque étape doit durer au moins 24 heures. Le temps qu'il faut pour terminer chaque étape dépendra de la gravité de la commotion cérébrale de l'élève, de sa capacité à récupérer et de ses antécédents.

4.7.2 Étapes à suivre pour le retour à l'école et le retour à l'apprentissage – Étapes 3A, 3B, 4 et 5

Étape 3A – Retour à l'école à temps partiel en tant qu'observateur

- Cette étape doit durer un minimum de 24 heures.
- L'élève doit commencer son retour à l'école par une demi-journée en tant qu'observateur. Éviter les cours d'éducation physique, de musique, de mécanique, de théâtre. Éviter de manger à la cafétéria, pas de récréation. (voir les accommodations suggérées dans le tableau 4 et/ou dans [l'Annexe C-1](#) « Plan de retour à l'apprentissage »).
- Au cours de cette étape, l'élève nécessite une utilisation maximale des stratégies et/ou des démarches personnalisées et adaptées à son retour aux activités d'apprentissage; celles-ci devront être ajustées au fur et à mesure du rétablissement (voir les accommodations suggérées dans le tableau 4 et/ou dans [l'Annexe C-1](#)).
- En consultation avec les autres membres de l'équipe de collaboration, le membre du personnel de l'école désigné doit déceler les symptômes de l'élève et repérer comment il réagit aux différentes activités d'apprentissage afin d'élaborer des stratégies et/ou des démarches adaptées aux besoins changeants de l'élève. Les membres du personnel de l'école qui travaillent avec l'élève doivent être conscients des éventuelles difficultés (c.-à-d. cognitives, émotionnelles/comportementales) que l'élève peut rencontrer lorsqu'il reprend des activités d'apprentissage après avoir subi une commotion cérébrale. Ces difficultés peuvent être discrètes et temporaires, mais peuvent avoir des répercussions significatives sur le rendement de l'élève.

Étape 3B – Temps partiel à l'école

- Cette étape doit durer un minimum de 24 heures.
- Une demi-journée à l'école avec une réintroduction progressive des activités d'apprentissage.
- Lors de cette étape, il convient d'accroître l'activité cognitive de l'élève lentement (aussi bien à l'école qu'à la maison), puisque la commotion cérébrale peut encore influencer sur son rendement scolaire.
- Au cours de cette étape, l'élève nécessite une utilisation modérée des stratégies et/ou des démarches personnalisées et adaptées à son retour aux activités d'apprentissage; celles-ci devront être ajustées au fur et à mesure du rétablissement (voir les accommodations suggérées dans le tableau 4 et/ou dans [l'Annexe C-1](#) « Plan de retour à l'apprentissage »).

Tableau 4 – Stratégies de retour à l'apprentissage (accommodations)

DIFFICULTÉS COGNITIVES		
Symptômes post-commotionnels	Répercussions sur l'apprentissage de l'élève	Stratégies et/ou démarches potentielles
Maux de tête et fatigue	Difficulté à se concentrer, à prêter attention ou à effectuer plusieurs actions à la fois	<ul style="list-style-type: none"> • veiller à ce que les consignes soient claires (c.-à-d. simplifier les directives, demander à l'élève de répéter les directives à l'enseignant ou l'enseignante) • autoriser l'élève à prendre des pauses fréquentes ou à retourner progressivement à l'école (p. ex. venir 1 ou 2 heures, une demi-journée, ou bien commencer plus tard) réduire les distractions au minimum (p. ex. éloigner l'élève d'une lumière vive ou du bruit) • limiter le matériel sur le bureau de l'élève ou dans son espace de travail pour éviter les distractions • proposer d'autres possibilités d'évaluation (p. ex. faire passer des examens oraux, permettre à l'élève de dicter ses réponses à des examens ou des devoirs, permettre l'usage de technologies)
Difficulté à se souvenir ou à gérer la vitesse de traitement de l'information	Difficulté à retenir de l'information nouvelle, à se souvenir des consignes ou à se rappeler une leçon apprise	<ul style="list-style-type: none"> • fournir un organisateur journalier et hiérarchiser les tâches • fournir des aides visuelles et/ou des tableaux de présentation (p. ex. repérage visuel, signes non verbaux) • diviser les exercices/travaux de grande taille en petites tâches • remettre à l'élève une copie des notes du cours • permettre l'usage de technologies • répéter les consignes • proposer à l'élève d'autres moyens de montrer qu'il ou elle maîtrise la matière
Difficulté à prêter attention ou à se concentrer	L'élève témoigne une attention limitée ou de courte durée aux travaux scolaires Difficulté à supporter une charge de travail scolaire normale ou à suivre le rythme de la demande de travaux	<ul style="list-style-type: none"> • coordonner les devoirs et les travaux avec tout le personnel enseignant • utiliser un agenda/organisateur pour gérer et noter les devoirs et les exercices du jour ou de la semaine • réduire et/ou hiérarchiser les devoirs, les exercices et les travaux • prolonger les délais de remise des travaux ou découper les tâches • autoriser la prise de notes par un camarade • proposer d'autres exercices et/ou examens • vérifier fréquemment la compréhension de l'élève • envisager de ne pas organiser plus d'un examen par jour et d'octroyer à l'élève du temps supplémentaire ou un environnement calme
DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES/COMPORTEMENTALES		
Symptômes post-commotionnels	Répercussions sur l'apprentissage de l'élève	Adaptations
Anxiété	Baisse de l'attention ou de la concentration Épuisement pour éviter de prendre du retard	<ul style="list-style-type: none"> • informer l'élève de tout changement au calendrier/à l'emploi du temps journalier • adapter l'emploi du temps journalier de l'élève à ses besoins afin d'éviter qu'il ou elle ne se fatigue (p. ex. 1 à 2 heures/périodes, demi-journées, journées complètes) • prévoir des pauses plus fréquentes pendant la journée de cours • laisser à l'élève du temps pour préparer sa réponse aux questions
Irritabilité ou frustration	Comportement inapproprié ou impulsif en classe	<ul style="list-style-type: none"> • encourager le personnel enseignant à utiliser des stratégies et des démarches harmonisées • reconnaître la frustration, la colère ou les débordements émotionnels de l'élève et comprendre ce que ce dernier ou cette dernière ressent • rappeler l'importance d'un comportement positif • assurer organisation et cohérence de façon quotidienne • préparer l'élève aux changements et aux transitions • établir des attentes raisonnables • anticiper une situation problématique et en éloigner l'élève (éviter de la qualifier de punition)

DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES/COMPORTEMENTALES (suite)		
Symptômes post-commotionnels	Répercussions sur l'apprentissage de l'élève	Adaptations
Sensibilité au bruit ou à la lumière	Difficulté à travailler dans une salle de classe (p. ex. à cause de la lumière, du bruit, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> prévoir une place assise préférentielle (p. ex. éloigner l'élève de la fenêtre ou des camarades bavards, le ou la rapprocher de l'enseignant ou l'enseignante ou des camarades de soutien, le ou la placer dans un cadre tranquille) si possible, fournir un éclairage spécial (p. ex. éclairage localisé, salle plus sombre) réduire le bruit de fond au minimum envisager d'autres cadres (p. ex. espace de travail adapté, isolement) éviter les espaces bruyants et très fréquentés comme les assemblées et les couloirs aux heures de pointe autoriser les élèves à prendre leur dîner dans un endroit calme avec quelques amis si possible, fournir des bouchons d'oreille/un casque et des lunettes de soleil
Dépression/repli sur soi	Prise de distance vis-à-vis des activités scolaires ou des amis	<ul style="list-style-type: none"> prévoir du temps en classe/à l'école pour la socialisation avec les camarades associer l'élève à un camarade pour les exercices ou les activités

Étape 4 – Temps plein à l'école

- **Cette étape doit durer un minimum de 24 h.**
- L'élève peut demeurer à l'école des pleines journées s'il a terminé les étapes 1, 2A, 2B, 3A et 3B. Il y a donc accroissement de la fréquentation de l'école; pas de récréation et de cours d'activité physique. Prolongement des devoirs jusqu'à 1 heure par jour selon la tolérance. Les évaluations adaptées sont permises.
- Des accommodations particulières (utilisation minimale) pourront s'imposer pour éviter l'exacerbation des symptômes (voir les accommodations suggérées dans le tableau 4 et/ou dans l'Annexe C/[Plan de retour à l'apprentissage et à l'activité physique suite à une commotion cérébrale](#)).

Étape 5 – Retour au fonctionnement normal à l'école

- **Cette étape doit durer un minimum de 24 h.**
- Lorsque ses symptômes ont disparu et qu'il fréquente l'école à temps plein sans accommodation particulière, l'élève peut recommencer de façon graduelle et progressive à faire ses évaluations, reprendre les travaux en classe, prendre sa récréation, mais pas d'activité physique. Malgré une absence de l'école, il faut éviter à tout prix une surcharge de travaux et d'évaluations suite à son retour.

Remarque

Le membre du personnel désigné et l'équipe de collaboration doivent continuer à surveiller l'élève afin de vérifier la réapparition des symptômes de commotion cérébrale et/ou d'une dégradation des habitudes de travail et du rendement.

Avant de passer l'étape 6, une confirmation de la surveillance médicale doit avoir été obtenue.

*****Si, à un moment donné, les symptômes réapparaissent et/ou que les habitudes de travail ou le rendement se dégradent, l'élève doit retourner à l'étape précédente. Si les symptômes persistent, l'élève doit être réexaminé par un médecin en titre ou un infirmier praticien*****

4.7.3 Plan de retour à l'activité physique

Remarque

Un élève qui a terminé les étapes 1-5 du retour à l'apprentissage, qui est sans symptômes et a eu l'approbation médicale, peut passer à l'étape 6 et commencer le processus de retour à l'activité physique.

Étape 6 – Activités et/ou exercices aérobiques d'intensité légère

- **Cette étape doit durer un minimum de 24 h.**
- L'élève peut commencer à faire de l'exercice aérobique individuel et de faible intensité dans le but d'accroître sa fréquence cardiaque progressivement. Par exemple, il peut marcher, faire du vélo stationnaire ou du jogging léger.

Restrictions :

- Entraînement musculaire avec poids et haltères
- Participation avec équipement ou avec d'autres élèves incluant les sports intra-muros
- Pratique et/ou entraînement
- Compétition (y compris pratiques et jeux dirigés)
- Corps à corps (contact)

L'étape 6 dure au minimum 24 heures, jusqu'à ce que l'élève soit sans symptômes, selon ce qu'indiquent les parents/tuteurs et l'élève atteint d'une commotion cérébrale.

Étape 7 – Exercices propres au sport et/ou pratique de façon individuelle sans contact

- **Cette étape doit durer un minimum de 24 h.**
- L'élève peut commencer des activités sans impact, propres au sport (imiter les mouvements sans utiliser les objets), de façon individuelle dans le but d'ajouter des mouvements. Par exemple, il peut faire des exercices de course au soccer, de patinage au hockey, de tir au basketball. L'élève peut ensuite progresser vers des entraînements plus complexes dans le but d'accroître les exercices, la coordination et la charge cognitive. Par exemple, il peut faire des exercices de jeu de passes.
- Réintroduction des équipements – ballons, bâtons, raquettes,...
- L'élève peut également faire certaines activités éducatives durant les cours d'éducation physique tant et aussi longtemps qu'il n'est pas placé dans une situation à risque de se faire frapper à la tête par un objet (exemple : éducatif pour pratiquer le service au volleyball – plusieurs ballons survolent dans le gymnase en même temps).

Restrictions :

- Évitez l'entraînement musculaire avec poids et haltères
- Activité avec impact à la tête (ex. : coup de tête au soccer)
- Mouvement de secousse (ex : arrêts rapides, frapper une balle de baseball avec bâton)
- Compétition (y compris pratiques et jeux dirigés)
- Corps à corps (contact)

Étape 8 – Exercices d'entraînement et/ou pratiques en équipe sans contact

- **Cette étape doit durer un minimum de 24 h.**
- L'élève peut progresser vers des entraînements encore plus complexes dans le but d'accroître les exercices, la coordination et la charge cognitive. L'élève doit pouvoir exécuter les exercices et/ou les activités éducatives à une vitesse un peu plus accélérée afin de déterminer s'il est capable de gérer son environnement et son temps de réaction. Par exemple, il peut faire des exercices de jeu de passes.
- L'élève peut également faire les activités éducatives durant les cours d'éducation physique tant et aussi longtemps qu'il n'est pas placé dans une situation à risque de se faire frapper à la tête par un objet (exemple : éducatif pour pratiquer le service au volleyball – plusieurs ballons survolent dans le gymnase en même temps).
- Introduction progressive de l'entraînement musculaire avec poids et haltères.
- Il est permis de commencer progressivement les mouvements de secousse.
- Aucune activité corps à corps, donc pas de contact afin d'éviter les risques d'impact à la tête, pas de compétition à ce stade.

Restrictions :

- Corps à corps (contact) ou risque de contact
- Activité avec impact à la tête

Une note médicale a été obtenue et confirme que l'enfant est sans symptômes et peut à nouveau participer à des activités physiques sans aucune restriction.

*****Si, à un moment donné, les symptômes réapparaissent et/ou que les habitudes de travail ou le rendement se dégradent, l'élève doit retourner à l'étape précédente. Si les symptômes persistent, l'élève doit être réexaminé par un médecin en titre ou un infirmier praticien*****

Étape 9 – Retour au jeu (activités sans contact) et/ou pratiques en équipe (activités avec contact)

- **Cette étape doit durer un minimum de 24 h.**

Activités sans contact

- Suite à l'autorisation médicale, l'élève peut reprendre le jeu sans contact et participer de façon illimitée aux activités et sports sans contact d'éducation physique/intrascolaire/interscolaire.
- Il peut retourner à la compétition d'activités sans contact incluant son cours d'éducation physique et les intra-muros.

Activités avec contact

- Dans le cas d'une activité avec contact, l'élève doit participer à au moins une pratique complète d'intensité élevée, incluant les entraînements avec contact avant de participer à une partie (étape 10) dans le but de rétablir la confiance et permettre à l'entraîneur d'évaluer les aptitudes (compétences) fonctionnelles.

Restrictions :

- Compétition/partie (sport de contact)

Étape 10 – Retour au jeu (activités avec contact)

- L'élève peut reprendre le jeu avec le contact, et participer de façon illimitée aux activités de contact et ainsi jouer une partie. Il peut retourner à la compétition d'activités avec contact.

Si le parent d'un élève commotionné s'oppose à une exigence particulière énoncée dans la présente politique ou jugée nécessaire par la direction de l'école pour garantir la sécurité d'un élève, le parent devrait être prié de signer le formulaire Demande de modification d'une procédure ([Annexe D](#)).

4.8 Stratégies de prévention des commotions cérébrales dans les sports interscolaires

La directive 7002 (Santé et sécurité – Les commotions cérébrales en milieu scolaire) reconnaît l'importance de promouvoir la prévention primaire et la prévention secondaire. Le DSFS se doit de poser des actions ou des mesures dans le but de diminuer l'incidence d'une maladie ou d'une blessure quelconque notamment des coups à la tête pouvant aboutir à une commotion cérébrale chez les jeunes qui participent aux activités sportives ou récréatives interscolaires.

D'emblée, avant la mise en œuvre des lignes directrices par le DSFS, il faut s'assurer de créer un environnement (école, terrains de jeux, gymnase, etc.) qui permet d'éviter, voire de réduire au minimum les situations pouvant causer des commotions cérébrales.

Les stratégies de prévention sont regroupées en deux sections principales selon l'ordre de leur mise en œuvre :

- Les stratégies à mettre en œuvre avant l'activité physique (au début de l'année scolaire) ou avant de débiter la saison sportive (équipes interscolaires, activités intra-muros/ligues internes);
- Les stratégies à mettre en œuvre durant l'activité physique, la saison sportive ou les activités intra-muros.

4.8.1 Avant le début de la saison sportive/l'année scolaire

a) Les enseignants/entraîneurs/superviseurs doivent :

- compléter et remettre la vérification des antécédents (vérification judiciaire — GRC);
- prendre connaissance de la [politique 701](#) – Politique pour la protection des élèves;
- prendre connaissance de la directive 7002 (Santé sécurité — Les commotions cérébrales en milieu scolaire);
- connaître les pratiques sécuritaires liées aux sports et à l'activité (Lignes directrices sur la sécurité en éducation physique du Nouveau-Brunswick – Lignes directrices pour les sports interscolaires);
- connaître et mettre en œuvre les plus récentes modifications aux règlements du MEDPE /des associations sportives du NB/de l'arbitrage visant à réduire les risques de commotions cérébrales;

- s'assurer que l'équipement protecteur est approuvé par une association de normalisation reconnue (exemple : CSA, NOCSAE), qu'il est bien entretenu et en faire l'inspection avant toute activité en chaque début de saison ainsi que suite à un impact significatif;
- s'assurer (s'il y a lieu) que l'équipement protecteur est inspecté dans les délais prescrits selon les recommandations du fabricant (exemples : casques de football/hockey);
- connaître (s'il y a lieu) les risques potentiels de commotions cérébrales ou d'autres blessures liés à l'activité ou au sport en question, ainsi que les façons de réduire ces risques (compléter le cours en ligne « Prendre une tête d'avance » — PNCE);
- connaître (s'il y a lieu) les plus récentes habiletés et techniques appropriées pour effectuer des contacts physiques (exemple : le tackle au football) lorsqu'ils sont impliqués dans un sport de contact;
- connaître (s'il y a lieu) les exigences concernant le port d'un casque;
- se référer (s'il y a lieu) aux directives dans le manuel de l'ASINB – « Le sport scolaire, c'est plus qu'un jeu ».

b) L'ASINB par l'entremise du MEDPE et les associations d'arbitrage doivent :

- envisager les modifications aux règlements de l'activité physique afin de réduire la fréquence ou la gravité des commotions cérébrales;
- revoir l'application des règles afin de minimiser les risques des commotions cérébrales.

Il est important que les élèves/athlètes et leurs parents/tuteurs reçoivent des renseignements sur la prévention des commotions cérébrales. Ces renseignements sur les commotions cérébrales doivent être aussi précis que possible selon l'activité/le sport en question.

Si les élèves/athlètes sont autorisés à apporter leur propre équipement protecteur (p. ex. casques), les élèves/athlètes et leurs parents/tuteurs doivent être informés de l'importance de veiller à ce que cet équipement soit bien ajusté, en bon état et adéquat pour l'usage personnel.

c) Les renseignements suivants doivent être communiqués aux parents/tuteurs :

- les risques liés à l'activité ou au sport en question et les façons de les réduire;
- les dangers reliés à la poursuite de l'activité après avoir subi une commotion cérébrale;
- les signes et symptômes de la commotion cérébrale;
- les procédures du conseil scolaire concernant la prévention, l'identification et la gestion des commotions cérébrales;
- l'importance d'encourager les valeurs éthiques de franc-jeu et de respect de l'adversaire.

d) Les élèves/athlètes doivent être sensibilisés aux sujets suivants :

- les commotions cérébrales;
 - leur définition
 - la gravité des commotions cérébrales
 - les causes
 - les signes et les symptômes
 - la procédure du DSFS concernant l'identification et la gestion

- les risques potentiels de commotions cérébrales liés à l'activité ou au sport en question, ainsi que les façons de réduire ces risques;
- l'importance du respect des règles du jeu et du franc-jeu (p. ex. respecter les règles et le code d'éthique du jeu, faire preuve d'esprit sportif en tout temps et respecter les adversaires et les arbitres);
- les risques encourus en participant à une activité lorsque des signes et des symptômes d'une commotion cérébrale sont présents et les conséquences potentielles à long terme.
- l'importance :
 - d'informer immédiatement l'enseignant/l'entraîneur de tout signe ou symptôme de commotion cérébrale, et de cesser de participer à l'activité;
 - d'encourager un coéquipier qui démontre des signes ou des symptômes à cesser de participer à l'activité et à informer l'enseignant/l'entraîneur;
 - d'aviser l'enseignant/l'entraîneur lorsqu'un camarade/coéquipier démontre des signes ou symptômes d'une commotion cérébrale.
- de porter un casque lorsqu'il est requis pour la pratique du sport ou de l'activité :
 - les casques ne préviennent pas les commotions cérébrales. Ils sont conçus pour protéger contre les fractures du crâne, les lésions cérébrales graves (incluant les hémorragies cérébrales), les contusions et les lacérations cérébrales;
 - les casques doivent être bien ajustés et portés correctement (p. ex. un seul doigt peut être inséré entre la jugulaire et le menton lorsque la jugulaire est attachée);
 - de porter un protecteur buccal lorsqu'il est requis pour la pratique du sport ou de l'activité afin de réduire le risque de traumatisme craniomaxillo-facial et des déplacements l'ATM (articulation temporo-mandibulaire).

Le modèle de stratégies/d'outils visant à informer les élèves/athlètes sur la prévention des commotions cérébrales :

- comprend une rencontre avant de débiter l'activité ou la saison visant la sensibilisation aux commotions cérébrales;
- affiche des renseignements sur les commotions cérébrales pour informer/rappeler les symptômes et les signes, ainsi que les gestes à poser si une commotion cérébrale est soupçonnée; pose des affiches d'information portant sur la prévention des commotions cérébrales (p. ex. encourageant les élèves à signaler les symptômes d'une commotion cérébrale) dans des endroits souvent fréquentés par les élèves (p. ex. vestiaires/casiers/classe/gymnase);
- distribue des fiches de renseignements sur les commotions cérébrales (prévention, signes et symptômes) à chaque élève/athlète qui fait partie d'une équipe scolaire;
- distribue et recueille un contrat ou un engagement concernant les commotions cérébrales (signé par l'élève/athlète et les parents/tuteurs);
- diffuser et/ou placer aux sites web des écoles les vidéos, affiches, dépliants informatifs des commotions cérébrales.

4.8.2 Durant la saison sportive

a) les enseignants/entraîneurs/superviseurs doivent :

- enseigner les habiletés et les techniques en suivant un ordre approprié;
- fournir des renseignements sur les commotions cérébrales adaptés à l'activité/au sport en question si possible;
- enseigner et imposer les règlements du sport/de l'activité durant les pratiques et les joutes/compétitions (particulièrement ceux qui restreignent les contacts physiques ou les contacts avec l'équipement);
- insister sur les principes de prévention des commotions cérébrales (p. ex. garder la tête haute et éviter les collisions);
- enseigner aux élèves/athlètes qui participent aux activités avec contacts physiques :
 - les règlements du sport/de l'activité en question concernant les contacts physiques, p. ex. aucun coup à la tête.
 - les habiletés et techniques pour effectuer des contacts physiques et exiger une démonstration probante de ces habiletés durant les pratiques avant la compétition.
- décourager ceux qui incitent les élèves/athlètes blessés à jouer/participer;
- démontrer en tout temps les valeurs éthiques de franc-jeu et de respect de l'adversaire;
- encourager les élèves/athlètes à suivre les règles du jeu et à faire preuve d'esprit sportif;
- avoir recours, lors d'une joute d'un sport interscolaire présentant un risque plus élevé, à des arbitres agréés (certifiés) pour arbitrer le sport en question;
- informer les élèves (s'il y a lieu) sur l'importance de l'équipement protecteur bien ajusté (p. ex. casques, protecteurs).

b) Durant la saison sportive les élèves/athlètes doivent :

- comprendre la gravité d'une commotion cérébrale et les signes et symptômes d'une commotion cérébrale;
- démontrer du respect pour la sécurité mutuelle des autres athlètes, p. ex. aucun coup à la tête, observer les règlements de l'activité;
- signaler immédiatement tout signe ou symptôme d'une commotion cérébrale à l'enseignant/l'entraîneur après un coup, une chute ou une collision;
- encourager ses coéquipiers/camarades de classe à signaler tout signe ou symptôme d'une commotion cérébrale et s'abstenir d'inciter les élèves/athlètes blessés à jouer;
- assister (s'il y a lieu) aux ateliers/séances d'information sur les commotions cérébrales pour l'activité/le sport en question;
- démontrer (s'il y a lieu) les habiletés sécuritaires pour effectuer des contacts physiques durant les pratiques surveillées avant de participer à une compétition;
- porter (s'il y a lieu) un équipement protecteur bien ajusté.

Les élèves/athlètes qui sont absents lors d'une leçon portant sur la sécurité (p. ex. renseignements, habiletés, techniques) doivent recevoir les renseignements et la formation avant de prendre part aux prochaines séances d'activité

Membres de l'équipe de travail ayant collaboré à cette directive :

Nathalie Kerry, directrice exécutive de l'apprentissage, DSFS
Dr Nicole LeBlanc, pédiatre, Réseau de santé Vitalité
Isabelle Darveau, infirmière en Santé publique, Réseau de santé Vitalité
Luc Belliveau, directeur à l'école Ste-Thérèse, DSFS
Renée LeBlanc, enseignante ressource, DSFS
Luc LeBlanc, PAR en éducation physique à l'école Mathieu-Martin, DSFS
Josette Jaillot- Allain, enseignante en éducation physique, ASINB
Myriam Cormier-Arsenault, physiothérapeute, Spark
Bob Lemieux, ancien joueur de la LNH (retraité)
Norman Gionet, professeur en kinésiologie (retraité)
France Bourque, directrice de l'Association des hygiénistes dentaires
Noémie Michaud, coordonnatrice d'unité de recherche, Réseau de santé Vitalité
Dr Richard Louis, Trauma NB