

Retour à l'école après une commotion cérébrale

Conseils aux médecins de famille tirés des *Lignes directrices évolutives pour le soin des commotions cérébrales pédiatriques*

Jennifer Dawson PhD MSc Sharon Johnston MD LLM CCFP Stephanie McFarland MScOT OTReg(Ont)
Nick Reed PhD MScOT OTReg(Ont) Roger Zemek MD FRCPC

Les médecins de famille jouent un rôle important dans les soins pour une commotion cérébrale et sont souvent les premiers professionnels de la santé que voient les patients et leur famille après une blessure. De nouvelles données probantes ont donné lieu à des changements dans la prise en charge recommandée, de manière à mettre davantage l'accent sur un retour plus hâtif et graduel aux activités prioritaires, y compris les cours pour les étudiants. Tous les enfants et les adolescents chez qui une commotion cérébrale est soupçonnée nécessitent un examen médical par un médecin ou une infirmière praticienne aussitôt que possible après la blessure¹⁻³. Les patients dont les symptômes évoquent un traumatisme plus sérieux à la tête ou au cerveau (symptômes *d'alarme*) devraient se rendre immédiatement au service d'urgence le plus proche. Par ailleurs, pour la plupart des patients, l'idéal est de consulter leur médecin de famille, car il est le mieux placé pour offrir des conseils sur la façon d'optimiser le rétablissement dès les 48 premières heures après la blessure. Un examen médical initial par un médecin de famille comporte une anamnèse ciblée et un examen physique visant à exclure des pathologies sérieuses et à évaluer la nécessité d'une imagerie. Cette évaluation initiale devrait identifier les symptômes de commotion cérébrale et les comorbidités qui pourraient justifier une intervention précoce, de même que les patients qui pourraient bénéficier d'une consultation rapide auprès d'autres spécialistes^{1,4}.

Tous les patients qui ont reçu un diagnostic de commotion cérébrale devraient recevoir des renseignements pour les aider à gérer leurs traumatismes et à reprendre leurs activités significatives et importantes. Il faut leur préciser à quel moment ils devraient revoir leur médecin (p. ex. les patients récemment blessés devraient avoir un bilan de santé après 1 à 2 semaines, pour vérifier le rétablissement), la durée du repos, le traitement des symptômes aigus, les activités à éviter avant de recevoir une autorisation médicale, le moment du retour à l'école (et le protocole à suivre) et de la reprise d'autres activités nécessaires ou plaisantes¹.

De récentes actualisations des *Lignes directrices évolutives pour le soin des commotions cérébrales pédiatriques* insistent sur le fait que le retour à l'école après une commotion cérébrale est une partie importante du rétablissement¹. Ces lignes directrices internationales de pratique clinique (N.R. et R.Z. dirigent conjointement le projet,

et J.D. élabore des lignes directrices pour le compte de l'équipe PedsConcussion) sont actualisées à mesure que de nouvelles recherches sont publiées, dans le but d'offrir à ceux qui diagnostiquent et prennent en charge des patients qui ont subi une commotion cérébrale des recommandations à jour et fondées sur des données probantes concernant les soins cliniques, de même que des outils d'information à l'intention des patients. Les conseils suivants devraient aider les médecins de famille à faire en sorte que leurs patients pédiatriques ayant subi une commotion retournent à l'école aussitôt que le moment est approprié, faisant ainsi en sorte que ces patients bénéficient du contact avec des pairs, du soutien social et du maintien d'une routine régulière.

Après une commotion cérébrale, combien de temps le patient doit-il être au repos?

Il faudrait encourager les patients à se reposer pendant les premières 24 à 48 heures après un traumatisme aigu. Il s'agit d'une période de repos relatif pour éviter d'exacerber les symptômes et réduire le risque d'une autre blessure. Il faudrait éviter les activités exigeantes sur le plan physique et cognitif. Un évitement complet de tous les stimuli, comme le fait de rester allongé dans une pièce sombre, n'aide pas au rétablissement; des activités légères dans la maison et une promenade peu intense sont permises si elles sont tolérées. Un repos de plus de 24 à 48 heures n'est pas recommandé et pourrait prolonger la durée du rétablissement^{5,6}. Une reprise graduelle des activités cognitives et physiques sécuritaires (p. ex. des activités qui ne mettent pas à risque d'une autre commotion cérébrale) améliore le rétablissement. De telles activités devraient être recommencées même si le patient est encore symptomatique, dans la mesure où les symptômes peuvent être tolérés. Toute activité qui pose un risque de contact, de chute ou de collision devrait être évitée complètement pour prévenir une autre blessure ou un traumatisme plus sévère.

Quand un patient devrait-il retourner à l'école?

Les patients devraient retourner graduellement en milieu scolaire en personne, même s'ils ressentent encore des symptômes après 24 à 48 heures de repos, et ce, aussitôt qu'ils peuvent tolérer une participation à des activités scolaires faiblement stimulantes (p. ex. lire ou avoir une conversation avec 1 ou 2 personnes pendant 30 à 45 minutes). Il n'est pas recommandé de manquer

l'école pendant plus d'une semaine¹. Il est approprié qu'un patient aille à l'école avec des symptômes post-commotion dans la mesure où on lui accorde des accommodements qui lui permettent de tolérer le milieu scolaire; toutefois, il est raisonnable pour certains patients de manquer l'école quelques jours après une commotion cérébrale⁶. Un retour à l'école graduel et par étapes, et une charge de travail qui tient compte des circonstances individuelles d'apprentissage et scolaires sont fortement recommandés (PedsConcussion a publié un protocole pour guider le retour à l'école)⁷. Toutes les activités scolaires qui pourraient être liées à des risques de collision ou de chutes, les activités à grande vitesse et les sports de contact devraient être évités complètement jusqu'à l'obtention d'une autorisation médicale par un médecin ou une infirmière praticienne.

Comment les médecins de famille peuvent-ils soutenir le retour à l'école?

Éducation des patients. Donnez des renseignements verbalement et par écrit concernant le rétablissement d'une commotion cérébrale, le moment du retour à l'école et de la reprise des activités. Insistez sur la reprise d'activités sécuritaires après les 24 à 48 premières heures de repos et sur l'évitement des activités à risque élevé^{7,8}.

Demandes de consultation. Lors de l'évaluation médicale initiale, identifiez les patients à risque élevé d'un rétablissement prolongé et demandez pour eux une consultation auprès d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins pour une commotion cérébrale^{4,9,10}. L'Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario a publié une calculatrice des scores de risque pour prédire les problèmes persistants après une commotion cérébrale chez les enfants et les adolescents¹¹. Les enfants et les adolescents qui reçoivent des soins interdisciplinaires spécialisés dans les 7 jours suivant une commotion cérébrale ont tendance à avoir de meilleures issues¹². De plus, les patients qui étaient physiquement actifs avant la blessure peuvent bénéficier d'une consultation et d'une évaluation par une équipe interdisciplinaire spécialisée en commotions aussi tôt que 2 à 3 jours après le traumatisme pour aider à assurer une reprise des activités physiques et un retour à l'école sécuritaires et optimaux¹. Tous les patients qui continuent à éprouver des symptômes au-delà de 4 semaines après la blessure aiguë devraient avoir une consultation avec une équipe interdisciplinaire spécialisée en commotions cérébrales¹.

Le retour à l'école et la reprise des activités physiques devraient se faire en parallèle. Les médecins de famille devraient évaluer les déficits post-commotion pour offrir des conseils appropriés sur la reprise graduelle des activités physiques à l'école ou ailleurs. Les patients pourraient

bénéficier considérablement des occasions de faire des exercices d'aérobic légers dans l'environnement scolaire pour améliorer les symptômes physiques, cognitifs et émotionnels en classe, pourvu que les activités soient conçues pour limiter le risque de blessures^{13,14}. Il est suggéré de faire de la marche, du jogging et des jeux actifs sans contact après la période initiale de repos si les symptômes sont tolérés. La participation à des activités d'éducation physique parascolaires ou modifiées peut être permise si les risques de contacts avec la tête ou le corps, ou les risques de se faire frapper par une balle ou un autre objet peuvent être évités. Par exemple, au basketball, il pourrait être acceptable de lancer un ballon dans un filet, mais pas de jouer à 3 contre 3.

Identification des facteurs préexistants. Envisagez d'autres facteurs qui pourraient compliquer la présentation des symptômes physiques, cognitifs ou émotionnels, ainsi que la capacité du patient de retourner à l'école. L'identification et la prise en charge précoces des symptômes liés à la santé mentale, de modérés à sévères, grâce à du counseling et à des modifications au mode de vie et, au besoin, à des médicaments, revêtent de l'importance. Les enfants et les adolescents qui ont subi une commotion cérébrale auront des taux de problèmes de santé mentale plus élevés au cours de la décennie suivante¹⁵.

Suivi médical. Lors de l'évaluation médicale initiale, il faut prévoir un rendez-vous de suivi avec le médecin de famille ou une infirmière praticienne de 1 à 2 semaines après le traumatisme aigu. Ce suivi devrait comporter un examen physique ciblé et un compte rendu des progrès concernant le retour à l'école et aux activités.

Soutien scolaire. Lors du diagnostic de commotion cérébrale, donnez des suggestions d'ajustements scolaires¹⁶. On devrait conseiller au patient ou à ses parents de communiquer tout de suite avec l'école pour identifier une personne-ressource qui sera responsable de soutenir l'étudiant après une commotion cérébrale. Les accommodements doivent viser à soutenir la participation sans exacerber les symptômes (plutôt que l'éviter jusqu'à ce que l'enfant ou l'adolescent n'ait plus de symptômes) et tenir compte des circonstances antérieures ou actuelles sur le plan scolaire^{17,18}. Ajustez les accommodements au besoin pour faire l'équilibre entre les capacités et les difficultés. Parmi les exemples d'accommodements figurent les suivants :

- Prévoir une exposition graduelle à diverses activités en classe et dans le milieu scolaire, y compris le temps devant les écrans. Il n'est pas recommandé d'éviter à long terme les écrans, la lumière, les tablettes, les rassemblements, la musique et les activités physiques sécuritaires.
- Se concentrer sur les priorités essentielles d'apprentissage et éliminer les travaux non ou moins essentiels.

- Permettre à l'étudiant de finir (ou d'achever partiellement) ses travaux scolaires et les tâches plus difficiles.
- Ajuster les évaluations et les attentes pour les adapter aux symptômes de commotion cérébrale.
- Avec le temps, la plupart des étudiants ne devraient pas compter sur un retour à la maison pour gérer leurs symptômes et devraient être encouragés à trouver des endroits appropriés à l'école s'ils ont besoin d'une pause.
- L'école virtuelle durant le rétablissement d'une commotion cérébrale pourrait donner à l'étudiant plus de contrôle sur la stimulation, le rythme et l'horaire; toutefois, du temps intense à l'écran ou le fardeau visuel pourraient être plus fatigants, diminuer les interactions avec des pairs et se traduire par un besoin accru de soutien lors du retour à l'horaire normal.
- Un modèle de lettre imprimable (en anglais) à l'intention de l'école du patient comportant des suggestions de soutien scolaire est accessible auprès de PedsConcussion¹⁹.

Surveillance du rétablissement et autorisation médicale

Le retour à l'école ne nécessite pas d'autorisation médicale ou de billet du médecin après une commotion cérébrale. Il faudrait aviser les patients que si les symptômes s'aggravent ou si des signaux d'alarme apparaissent, une évaluation urgente est nécessaire. Même si, en parallèle, les enfants et les adolescents peuvent s'engager dans des processus graduels et individualisés de retour à l'école et aux sports, ils devraient être complètement de retour à l'école, y compris pour faire les examens écrits et ne plus avoir besoin des soutiens scolaires liés à leur commotion cérébrale, avant de se voir accorder une autorisation médicale pour reprendre les sports de contact et retourner au jeu¹.

Conclusion

Au cours des 5 dernières années, des données probantes sur les meilleures pratiques en matière de soins pour les commotions cérébrales ont transformé les recommandations sur le retour à l'école. Il n'est plus recommandé de se reposer et de rester à la maison jusqu'à ce que les symptômes disparaissent; cela pourrait entraîner un rétablissement prolongé¹³. Un protocole de retour à l'école axé sur le fonctionnement (p. ex. ce que le patient peut faire en toute sécurité) plutôt qu'une stricte surveillance des symptômes est maintenant recommandé pour individualiser les soins en tenant compte des besoins d'apprentissage de l'enfant ou de l'adolescent, antérieurs à la blessure et actuels, de même que de sa santé et de son bien-être en général. La mise en œuvre des recommandations de pratique clinique actualisées et fondées sur des données probantes permettra à chaque enfant et adolescent d'avoir le rétablissement le plus sécuritaire et les meilleures issues possible à la suite d'une

Tableau 1. Ressources de PedsConcussion

RESSOURCE	LIEN
<i>Lignes directrices évolutives pour le soin des commotions cérébrales pédiatriques</i> ¹ (version 2022 en anglais)	https://pedsconcussion.com
<i>Lignes directrices évolutives : Étapes de retour aux activités/au sport et de retour à l'école</i>	https://pedsconcussion.com/retour-aux-activites-sport-lecole/
<i>Fiche d'information post-commotion cérébrale</i> ⁸	https://pedsconcussion.com/fiche-dinformation-post-commotion/
<i>Modèle de lettre à l'école (en anglais)</i> ¹⁹	https://pedsconcussion.com/template-for-concussion-teams-letter-to-the-child-adolescents-school/

commotion cérébrale. Les *Lignes directrices évolutives pour le soin des commotions cérébrales pédiatriques* sont produites par PedsConcussion, une collaboration formée d'un panel d'experts regroupant plus de 45 cliniciens et chercheurs de toutes les régions de l'Amérique du Nord¹. Les experts passent en revue les nouveaux travaux de recherche à mesure qu'ils sont publiés, pour assurer que les lignes directrices de pratique clinique en collaboration sont étayées par les plus récentes données probantes de la recherche. Les recommandations des lignes directrices, les algorithmes cliniques et les documents à l'intention des patients de PedsConcussion se trouvent au **Tableau 1**^{1,7,8,19} et sont accessibles gratuitement à <https://pedsconcussion.com/>. 

La **D^{re} Jennifer Dawson** est associée de recherche à l'Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa (Ontario). La **D^{re} Sharon Johnston** est vice-présidente agrégée de la recherche à l'Institut du Savoir Montfort à Ottawa et clinicienne chercheuse au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. **Stephanie McFarland** est clinicienne responsable et ergothérapeute spécialisée en commotions et lésions cérébrales pédiatriques au Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital à Toronto (Ontario). Le **D^r Nick Reed** est professeur agrégé au Département des sciences du travail et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les commotions cérébrales en pédiatrie (niveau 2). Le **D^r Roger Zemek** est professeur au Département de pédiatrie et de médecine d'urgence et clinicien chercheur en commotions cérébrales pédiatriques à l'Université d'Ottawa, et directeur de l'Unité de recherche clinique au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.

Intérêts concurrents

La **D^{re} Sharon Johnston** déclare des subventions de recherche financées antérieures et actuelles, décernées par concours, des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale, de l'Association médicale canadienne, de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie, du ministère de la Santé de l'Ontario, de l'Institut de recherche sur le cerveau de l'Université d'Ottawa, de l'Institut du Savoir Montfort et de l'Ontario SPOR Support Unit. Elle est cofondatrice et actionnaire minoritaire de 360 Concussion Care, une clinique interdisciplinaire spécialisée en commotions cérébrales. **Stephanie McFarland** déclare qu'elle est membre bénévole du panel d'experts de l'équipe des *Lignes directrices évolutives pour le soin des commotions cérébrales pédiatriques* (PedsConcussion). Le **D^r Nick Reed** déclare des subventions des IRSC et d'Olympiques spéciaux Canada, et il est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les commotions cérébrales en pédiatrie (niveau 2). Il est chercheur conjoint dans une étude multicentrique financée par le Comité consultatif scientifique de la Ligue nationale de football, mais ne reçoit pas de soutien financier. Il est membre du conseil exécutif de l'International Paediatric Brain Injury Society. Il est actionnaire minoritaire de 360 Concussion Care. Le **D^r Roger Zemek** déclare des subventions de recherche financées, antérieures et actuelles, décernées par concours, des IRSC, des National Institutes of Health, de Santé Canada, de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie, du ministère de la Santé de l'Ontario, de l'Institut ontarien du cerveau, de l'Ontario SPOR Support Unit et du Comité consultatif scientifique de la Ligue

ationale de football. Il est titulaire de la Chaire de recherche clinique sur les comotions cérébrales pédiatriques de l'Université d'Ottawa, et il est membre du comité consultatif de Parachute Canada (un organisme de bienfaisance sans but lucratif pour la prévention des blessures) et du conseil d'administration de la North American Brain Injury Society (bénévole non rémunéré). Il est cofondateur, directeur scientifique et actionnaire minoritaire de 360 Concussion Care.

Correspondance

D^r Roger Zemek; courriel rzemek@cheo.on.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires/les éditoriaux sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Reed N, Zemek R, Dawson J, Ledoux AA, Provvidenza C, Paniccia M et coll. *Living guideline for pediatric concussion care*. PedsConcussion; 2022. Accessible à : <https://pedsconcussion.com>. Réf. du 1^{er} mai 2023.
2. Lumba-Brown A, Yeates KO, Sarmiento K, Breiding MJ, Haegerich TM, Gioia GA et coll. Centers for Disease Control and Prevention guideline on the diagnosis and management of mild traumatic brain injury among children. *JAMA Pediatr* 2018;172(11):e182853. Publ. en ligne du 5 nov. 2018. Erratum dans : *JAMA Pediatr* 2018;172(11):1104.
3. McCrory P, Meeuwisse W, Dvořák J, Aubry M, Bailes J, Broglio S et coll. Consensus statement on concussion in sport—the 5th international conference on concussion in sport held in Berlin, October 2016. *Br J Sports Med* 2017;51(11):838-47. Publ. en ligne du 26 avr. 2017.
4. Zemek R, Barrowman N, Freedman SB, Gravel J, Gagnon I, McGahern C et coll. Clinical risk score for persistent postconcussion symptoms among children with acute concussion in the ED. *JAMA* 2016;315(10):1014-25. Erratum dans : *JAMA* 2016;315(23):2624.
5. DeMatteo C, Bednar ED, Randall S, Falla K. Effectiveness of return to activity and return to school protocols for children postconcussion: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2020;6(1):e000667.
6. Thomas DG, Apps JN, Hoffmann RG, McCrea M, Hammeke T. Benefits of strict rest after acute concussion: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015;135(2):213-23. Publ. en ligne du 5 janv. 2015.
7. *Étapes de retour aux activités/au sport et de retour à l'école*. PedsConcussion; 2022. Accessible à : <https://pedsconcussion.com/retour-aux-activites-sport-lecole/> Réf. du 2 mai 2023.
8. *Fiche d'information post-commotion cérébrale*. PedsConcussion; 2022. Accessible à : <https://pedsconcussion.com/fiche-dinformation-post-commotion/>. Réf. du 2 mai 2023.
9. Haider MN, Cunningham A, Darling S, Suffoletto HN, Freitas MS, Jain RK et coll. Derivation of the Buffalo Concussion Physical Examination risk of delayed recovery (RDR) score to identify children at risk for persistent postconcussive symptoms. *Br J Sports Med* 2021;55(24):1427-33. Publ. en ligne du 11 sept. 2021.
10. Howell DR, Zemek R, Brilliant AN, Mannix RC, Master CL, Meehan WP 3^e. Identifying persistent postconcussion symptom risk in a pediatric sports medicine clinic. *Am J Sports Med* 2018;46(13):3254-61. Publ. en ligne du 28 sept. 2018.

11. *Score calculator*. Ottawa, ON: Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; 2017. Accessible à : <https://www.5pconcussion.com/en/scorecalculator>. Réf. du 2 mai 2023.
12. Kontos AP, Jorgensen-Wagers K, Trbovich AM, Ernst N, Emami K, Gillie B et coll. Association of time since injury to the first clinic visit with recovery following concussion. *JAMA Neurol* 2020;77(4):435-40.
13. Ledoux AA, Barrowman N, Bijelić V, Borghese MM, Davis A, Reid S et coll. Is early activity resumption after paediatric concussion safe and does it reduce symptom burden at 2 weeks post injury? The Pediatric Concussion Assessment of Rest and Exertion (PedCARE) multicentre randomised clinical trial. *Br J Sports Med* 2022;56(5):271-8. Publ. en ligne du 26 nov. 2021.
14. Leddy JJ, Master CL, Mannix R, Wiebe DJ, Grady MF, Meehan WP et coll. Early targeted heart rate aerobic exercise versus placebo stretching for sport-related concussion in adolescents: a randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health* 2021;5(11):792-9. Publ. en ligne du 1^{er} oct. 2021.
15. Ledoux AA, Webster RJ, Clarke AE, Fell DB, Knight BD, Gardner W et coll. Risk of mental health problems in children and youths following concussion. *JAMA Netw Open* 2022;5(3):e221235.
16. Master CL, Curry AE, Pfeiffer MR, Metzger KB, Kessler RS, Haarbauer-Krupa J et coll. Characteristics of concussion in elementary school-aged children: implications for clinical management. *J Pediatr* 2020;223:128-35. Publ. en ligne du 4 juin 2020.
17. Takagi-Stewart J, Johnson AM, Smith MB, Wang J, Marcynyszyn LA, Zatzick DF et coll. Physician recommended school accommodations and student outcomes following a mild traumatic brain injury among youth with persistent post-concussive symptoms. *NeuroRehabilitation* 2022;50(4):467-76.
18. Mallory KD, Saly L, Hickling A, Colquhoun H, Kroshus E, Reed N. Concussion education in the school setting: a scoping review. *J Sch Health* 2022;92(6):605-18. Publ. en ligne du 8 mars 2022.
19. *Letter to school template: accommodation at school for patients with concussion*. PedsConcussion; 2022. Accessible à : <https://pedsconcussion.com/template-for-concussion-teams-letter-to-the-child-adolescents-school/>. Réf. du 12 mai 2023.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2023;69:e120-3. DOI: 10.46747/cfp.6906e120

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the June 2023 issue on page 382.