

# Les conseils des cliniciens canadiens en matière de commotion dans le sport sont-ils cohérents?

James D. Carson MD DipSportMed CCFPCAC(SEM) FCFP Alexandra Rendely MD Alisha Garel  
 Christopher Meaney MSc Jacqueline Stoller MD CCFPCAC(SEM) DipSportMed Jatin Kaicker MD Leigh Hayden PhD  
 Rahim Moineddin MSc PhD Pierre Frémont MD PhD CCFPCAC(SEM)

## Résumé

**Objectif** Comparer les connaissances et l'utilisation des recommandations concernant la prise en charge de la commotion dans le sport (CDS) démontrées par les spécialistes de la médecine du sport et de l'exercice (SMSE) et les urgentologues afin d'évaluer la réussite du transfert des connaissances sur la CDS au Canada.

**Conception** Un sondage à choix multiples envoyé par courriel et autoadministré par des SMSE et des urgentologues. La validité du contenu du sondage a fait l'objet d'une évaluation.

**Contexte** Canada.

**Participants** Le sondage a été complété entre mai et juillet 2012 par des SMSE qui ont réussi l'examen menant au diplôme de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice et des urgentologues qui n'avaient pas ce diplôme.

**Principaux paramètres à l'étude** La connaissance et l'identification des sources d'information sur la prise en charge des commotions, l'utilisation des stratégies de diagnostic de la commotion et l'utilisation d'une terminologie courante et cohérente dans l'explication des stratégies de repos aux patients après une CDS.

**Résultats** Le taux de réponse était de 28% (305 sur 1085). Les taux de réponse par les SMSE et les urgentologues se situaient respectivement à 41% (147 sur 360) et 22% (158 sur 725). Parmi les répondants, 41% des urgentologues et 3% des SMSE n'étaient pas au courant de l'existence de déclarations consensuelles sur la commotion dans le sport; 74% des SMSE utilisaient «habituellement ou toujours» la version 2 de l'Outil d'évaluation de la commotion dans le sport (SCAT2), tandis que 88% des urgentologues n'utilisaient jamais le SCAT2. Aucune réponse uniforme n'a été documentée à la question visant à connaître les meilleurs modes de repos cognitif.

**Conclusion** Nous avons cerné des différences et un manque d'uniformité chez les SMSE et les urgentologues dans la mise en application des recommandations concernant les patients ayant subi une CDS. Il semble que le SCAT2 soit davantage utilisé dans le milieu des SMSE que dans le contexte de l'urgence. Des efforts plus poussés de transfert des connaissances et en recherche devraient atténuer les obstacles à des conseils plus uniformes donnés par les médecins qui soignent des patients ayant subi une CDS.

## POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- L'Outil d'évaluation de la commotion dans le sport, élaboré par le Groupe de la commotion dans le sport, a généralement eu une excellente réputation au sein du milieu de la médecine sportive et, pourtant ce respect ne s'est pas traduit par son utilisation uniforme dans divers milieux cliniques. Cette incohérence peut être attribuable à de multiples facteurs, y compris la perception qu'il faut beaucoup de temps pour administrer les outils.
- Exception faite de la recommandation d'un repos cognitif, les conseils donnés aux patients souffrant d'une commotion due aux sports manquent d'uniformité.
- Il y a de grandes lacunes dans les connaissances et des incohérences dans la mise en œuvre des recommandations présentées dans les déclarations consensuelles internationales du Groupe de la commotion dans le sport. Les recommandations données aux patients souffrant d'une commotion due aux sports par les spécialistes en médecine du sport et de l'exercice et les urgentologues manquent d'uniformité.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://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* 2016;62:e346-53

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the June 2016 issue on page 494.

Les efforts de transfert des connaissances jouent un rôle crucial dans l'éducation des médecins canadiens au sujet des changements dans les pratiques exemplaires en matière de prise en charge des commotions dans le sport (CDS)<sup>1</sup>. Cette exigence a été mise en évidence dans le quatrième document consensuel de 2012 du Groupe de la commotion dans le sport (GCDS), publié en mars 2013<sup>2</sup>. Ce comité, formé d'experts de tous les coins du monde, a formulé ses déclarations consensuelles en se fondant sur les délibérations lors de conférences sur la prise en charge de la commotion. La déclaration consensuelle de 2004 du GCDS a été publiée dans des revues spécialisées<sup>3</sup> et sa déclaration consensuelle de 2008 a été publiée simultanément dans 5 revues spécialisées en médecine du sport et en neurochirurgie<sup>4</sup>. En 2006, les membres du Comité d'éducation et de sensibilisation aux commotions de Pensez d'abord Canada ont reconnu la nécessité d'éduquer un plus grand groupe de médecins et ont publié un article dans *Le Médecin de famille canadien* pour informer les médecins de soins primaires à propos de la nouvelle déclaration consensuelle<sup>5</sup>. Pensez d'abord Canada (qui fait maintenant partie de Parachute) a aussi mené de tels efforts de transfert des connaissances durant la dernière décennie, en donnant des recommandations actuelles et pratiques sur la prise en charge de la CDS aux médecins de toutes les régions du Canada<sup>6</sup>. La chronologie de certains efforts de transfert des connaissances à l'intention des médecins canadiens jusqu'en 2012

(y compris le présent sondage) est résumée au **Tableau 1**<sup>2-8</sup>. Depuis ce temps, d'autres sites web et lignes directrices utiles ont fait leur apparition au Canada<sup>9-12</sup>. Par ailleurs, les résultats des efforts de transfert du savoir au Canada n'ont pas été mesurés ni publiés formellement. Le document consensuel de 2012 du GCDS insiste sur l'importance d'évaluer les efforts actuels en ce sens, de manière à élaborer un plan exhaustif qui tienne compte des besoins précis des différentes populations ciblées<sup>2</sup>.

La recherche sur le transfert des connaissances indique que la simple publication d'un guide de pratique, quoiqu'elle soit importante, n'a que des effets minimaux sur la pratique<sup>13,14</sup>. Des chercheurs ont cerné 4 genres d'obstacles à la diffusion des lignes directrices: des obstacles reliés aux données probantes, au clinicien, au consommateur et au contexte<sup>15</sup>. Ces obstacles varient selon le milieu de pratique, et entre les médecins de famille et les autres spécialistes<sup>16</sup>. Les dirigeants du milieu de la santé peuvent atténuer ces obstacles au moyen de diverses activités, qu'il s'agisse d'interventions sur le plan individuel (en augmentant l'accessibilité de l'information, la formation, le leadership et le perfectionnement des compétences) ou de travaux avec des professionnels en pratique active et des équipes de soins de santé<sup>14</sup>. Toutefois, l'efficacité de la diffusion des lignes directrices et des stratégies de mise en œuvre varie selon les milieux<sup>17</sup>. Par conséquent, avant d'entreprendre d'autres efforts

**Tableau 1. Chronologie de certains efforts de transfert des connaissances**

EFFORT DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES	LIEU	DATE	PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES
Première conférence internationale sur la commotion dans le sport et déclaration consensuelle <sup>8</sup>	Vienne	2001	Élimination de l'échelle de classification des commotions
Retour au jeu en 6 étapes			
Deuxième conférence internationale sur la commotion dans le sport et déclaration consensuelle <sup>3</sup>	Prague	2004	SCAT
Insistance sur le repos cognitif			
Site web et ressources de Pensez d'abord <sup>6</sup>	Canada	2003-2012	Ateliers et tournées de présentation dans de nombreuses villes canadiennes
Résumé de la deuxième conférence internationale sur la commotion dans le sport et de la déclaration consensuelle <sup>5</sup>	Canada	2006	Résumé à l'intention des médecins de famille canadiens
Lignes directrices canadiennes sur la commotion pédiatrique <sup>7</sup>	Canada	2006	Accent sur la CDS chez l'enfant
Troisième conférence internationale sur la commotion dans le sport et déclaration consensuelle <sup>4</sup>	Zurich	Novembre 2008	SCAT2
Sondage actuel auprès des médecins canadiens	Canada	Printemps et été 2012	Évaluation de la réussite des efforts de transfert des connaissances
Quatrième conférence internationale sur la commotion dans le sport et déclaration consensuelle <sup>2</sup>	Zurich	Novembre 2012	SCAT3 et SCAT3 pour les enfants
Accent accru sur le retour aux études après une CDS			
CDS—commotion dans le sport, SCAT—Outil d'évaluation de la commotion dans le sport.			

de transfert des connaissances, il y a lieu d'examiner l'utilisation des guides de pratique par les médecins dans le but d'élaborer une stratégie éclairée et fondée sur des données probantes à cet égard.

Même si de nombreux patients souffrant de CDS connaissent une amélioration assez rapide des symptômes, un pourcentage inconnu de ces patients ont besoin d'une période de rétablissement plus longue. Chez les adultes qui ont subi une CDS, la dysfonction cérébrale peut persister plus longtemps que les habituels 7 à 10 jours, et ce, dans 10 à 20% des cas<sup>2</sup>. De fait, des données probantes font valoir que les athlètes plus jeunes nécessitent une plus longue période de rétablissement que les typiques 7 à 10 jours. Une étude sur les commotions subies par des joueurs de football à l'école secondaire a démontré que 25% de ces jeunes athlètes pourraient avoir besoin de 4 semaines avant d'être complètement rétablis<sup>18</sup>. Cette proportion de patients qui se rétablissent plus lentement d'une CDS est potentiellement influencée par la variation dans la qualité et la cohérence des conseils sur la prise en charge donnés par les médecins au début du schéma thérapeutique après la commotion.

Une révision des dossiers de patients souffrant de CDS a amené les auteurs à se demander pourquoi la prise en charge du problème par des médecins à l'urgence ne semblait pas uniforme d'un cas à l'autre<sup>19</sup>. Nous nous attendions à ce que les spécialistes de la médecine du sport et de l'exercice (SMSE) au Canada aient de l'expertise dans la prise en charge de la CDS et l'appliquent de manière uniforme. Nous voulions savoir si les urgentologues utilisent bel et bien des stratégies semblables de prise en charge de la CDS. La présente étude est le rapport du deuxième volet du sondage validé de notre groupe auprès des médecins canadiens concernant l'uniformité de la prise en charge de la CDS. Dans le premier volet, il s'agissait d'un sondage auprès des médecins de famille, des urgentologues et des pédiatres dans la région du Grand Toronto<sup>20</sup>. Dans le deuxième volet, nous comparions la connaissance et l'application des recommandations sur la CDS par les SMSE et les urgentologues afin d'évaluer la réussite des efforts de transfert des connaissances sur la prise en charge de la CDS dans l'ensemble du Canada. Plus précisément, nous voulions déterminer comment les efforts de transfert du savoir avaient permis aux SMSE et aux urgentologues canadiens de donner des conseils cohérents sur la prise en charge de la CDS.

## MÉTHODOLOGIE

Nous avons élaboré un sondage de 19 questions à choix multiples à l'aide d'une approche de Dillman modifiée<sup>21</sup>. Le sondage a été envoyé à 10 spécialistes de la méthodologie et à 10 participants typiques, pour valider

le contenu. Nous avons utilisé un processus itératif afin d'assurer la pertinence et la clarté des questions. L'approbation sur le plan de l'éthique a été obtenue (à la fois avant et après la validation) du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital général de Toronto-Est, en Ontario. Les essais pilotes ont été réalisés auprès de résidents en médecine familiale dans les unités d'enseignements de 2 hôpitaux de la région de Toronto.

La **Figure 1** montre un organigramme de la distribution du sondage aux participants. Les SMSE qui avaient réussi à l'examen menant au diplôme de l'Association canadienne de la médecine du sport et de l'exercice et les urgentologues en pratique clinique inscrits sur la liste de courrier électronique de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) ont accédé par courriel au sondage entre mai et juillet 2012. Le groupe d'urgentologues a été sollicité au moyen d'une communication électronique directe par l'ACMU. De plus, des urgentologues membres du personnel de 2 hôpitaux communautaires d'enseignement dans la région du Grand Toronto ont aussi participé au sondage. Les directeurs de département de chaque hôpital ont fait parvenir un lien par courriel aux membres de leur personnel. Des médecins ont été exclus si leur adresse de courriel n'était pas valide ou s'ils étaient des résidents. Ce dernier critère a exclu 13% des médecins sur la liste de courrier électronique de l'ACMU. Le chercheur principal (J.D.C.) a envoyé un courriel une fois par semaine pendant 3 semaines consécutives aux SMSE. L'anonymat a été préservé dans tous les courriels de suivi.

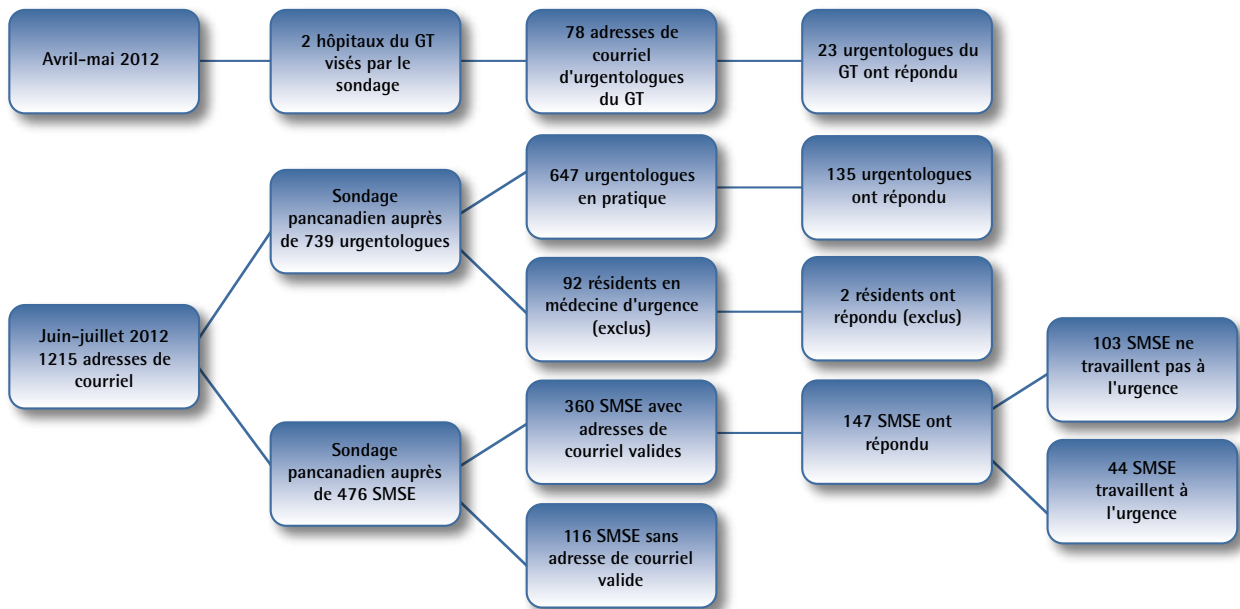
Un sous-ensemble de médecins aurait pu appartenir à l'un ou l'autre groupe. Nous avons décidé que les médecins qui exerçaient à la fois la médecine du sport et la médecine d'urgence auraient de plus nombreuses possibilités d'en apprendre au sujet de la prise en charge de la CDS. Nous avons donc inclus ces médecins dans le groupe des SMSE plutôt que dans celui des urgentologues.

Toutes les réponses au sondage ont été recueillies dans l'anonymat et les données ont été analysées à l'aide de SPSS. Les fréquences et les pourcentages ont été calculés, de même que les tabulations recoupées et des tests du  $\chi^2$  ont été effectués pour déterminer s'il y avait des différences statistiquement significatives entre les groupes.

## RÉSULTATS

Le sondage a été envoyé à 1293 médecins. Des 1085 médecins admissibles, 360 (33%) détenaient un diplôme de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice, et 725 n'en avaient pas. Le taux de réponse était de 28%, c'est-à-dire 305 médecins

Figure 1. Distribution du sondage aux participants



GTA—Grand Toronto, SMSE—spécialiste de la médecine du sport et de l'exercice.

répondants. Les taux de réponse par les SMSE et les urgentologues étaient respectivement de 147 sur 360 (41%) et de 158 sur 725 (22%). Le sondage demandait des renseignements sur l'utilité de diverses sources d'information sur la CDS au cours des 5 dernières années. Le **Tableau 2** indique, selon la fréquence, comment chaque groupe estimait l'efficacité de certaines sources. Plus de 86% des urgentologues trouvaient «très ou assez utile» leur formation médicale continue (FMC) concernant la CDS. Les répondants étaient appelés à coter l'utilité de la déclaration de Zurich de 2008 sur la CDS. Dans l'ensemble, 41% des urgentologues n'étaient pas au courant de l'existence de déclarations consensuelles sur la commotion dans le sport (**Tableau 3**)<sup>3,8</sup>.

Le sondage évaluait l'utilisation d'outils dans le diagnostic de la CDS. Au total, 74% des SMSE et 12% des urgentologues ont dit se servir «habituellement ou toujours» de la version 2 de l'Outil d'évaluation de la commotion dans le sport (SCAT2) ( $p < ,0001$ ), tandis que 88% des urgentologues ne se servaient jamais du SCAT2. On a demandé aux médecins comment ils conseillaient aux patients d'utiliser diverses stratégies thérapeutiques pour une CDS. Les spécialistes de la médecine du sport et de l'exercice sont beaucoup moins enclins à leur dire de prendre des analgésiques non narcotiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens que le sont les urgentologues (**Tableau 4**) ( $p < ,0001$ ). Les spécialistes de la médecine du sport et de l'exercice sont considérablement plus enclins à recommander un

repos cognitif que le sont les urgentologues ( $p = ,0002$ ) et 77% des SMSE conseillent habituellement de prendre congé du travail ou des études après une CDS, et 75% des urgentologues en font autant (**Tableau 5**).

Aucune différence statistiquement significative n'a été cernée dans la pratique des SMSE et des urgentologues qui consiste à conseiller à leurs patients de prendre un repos cognitif après une CDS ( $p = ,067$ ). Toutefois, des différences ont été constatées dans le choix des démarches à suivre, 2 fois plus de SMSE que d'urgentologues n'ayant trouvé aucune option appropriée (**Tableau 6**). Un peu plus du quart des répondants dans les 2 groupes conviennent que la diminution des activités exigeant une forte concentration est le meilleur conseil. Les urgentologues ont plus tendance que les SMSE à suggérer de reprendre les activités habituelles et de n'arrêter que si les symptômes s'aggravent (17 et 9%, respectivement).

## DISCUSSION

Nous avons déterminé que les efforts de transfert des connaissances visant à permettre aux SMSE et aux urgentologues de donner des conseils cohérents sur la prise en charge de la CDS n'avaient connu qu'un succès partiel

Il y a lieu de faire remarquer que la majorité des urgentologues et des SMSE conseillent uniformément

**Tableau 2. Utilité des sources d'information sur la CDS selon chaque groupe de médecins : parmi les répondants, 158 étaient des urgentologues et 147 étaient des SMSE.**

SOURCE	UTILITÉ, N (%)				
	TRÈS UTILE	ASSEZ UTILE	PAS TRÈS UTILE	PAS DU TOUT UTILE	SANS OBJET, SANS RÉPONSE OU AUTRE
Articles de revues en médecine d'urgence					
• Urgentologues	53 (34)	87 (55)	9 (6)	3 (2)	6 (4)
• SMSE	8 (5)	23 (16)	24 (16)	1 (1)	91 (62)
Articles de revues en médecine du sport					
• Urgentologues	8 (5)	18 (11)	14 (9)	2 (1)	116 (73)
• SMSE	100 (68)	39 (26)	2 (1)	0 (0)	6 (4)
Présentations à des conférences de FMC en médecine d'urgence					
• Urgentologues	51 (32)	85 (54)	9 (6)	2 (1)	11 (7)
• SMSE	11 (7)	22 (15)	13 (9)	5 (3)	96 (65)
Présentations à des conférences de FMC en médecine du sport					
• Urgentologues	5 (3)	9 (6)	7 (4)	1 (1)	136 (86)
• SMSE	94 (64)	34 (23)	2 (1)	1 (1)	16 (11)
Site web de Pensez d'abord Canada					
• Urgentologues	29 (18)	14 (9)	4 (3)	1 (1)	110 (70)
• SMSE	41 (28)	42 (29)	9 (6)	3 (2)	52 (35)

CDS—commotion dans le sport, FMC—formation médicale continue, SMSE—spécialiste de la médecine du sport et de l'exercice.

**Tableau 3. Utilité de la déclaration de la Quatrième conférence internationale sur la commotion dans le sport (Zurich 2008) : parmi les répondants, 150 étaient des urgentologues et 145 des SMSE.**

GROUPE DE RÉPONDANTS	UTILITÉ, N (%)				VALEUR p
	EXTRÊMEMENT OU TRÈS UTILE	ASSEZ, OCCASIONNELLEMENT OU RAREMENT UTILE	NE CONNAÎT QUE LA VERSION DE 2004 <sup>3</sup> OU DE 2001 <sup>8</sup> , N (%)	NE CONNAÎT AUCUNE VERSION, N (%)	
Urgentologues	35 (23)	34 (23)	20 (13)	61 (41)	< ,0001*
SMSE	106 (73)	33 (23)	2 (1)	4 (3)	

SMSE—spécialiste de la médecine du sport et de l'exercice.

\*Test d'exactitude de Fisher.

un repos cognitif après une CDS. Les conseils concernant l'absence du travail ou de l'école sont moins cohérents (environ 3 quarts dans chaque groupe) qu'à propos du repos cognitif après une CDS. Toutefois, ce n'est pas surprenant, puisque les concepts du retour à l'apprentissage n'ont été inclus de manière généralisée que dans la quatrième déclaration consensuelle du GCDS de 2012<sup>2</sup>. Pourtant, mises à part ces simples stratégies de prise en charge de la CDS, la constance dans les conseils semble insuffisante. Cette situation ne se limite pas à un seul aspect du scénario clinique de la CDS. De fait, l'utilisation de l'information, l'évaluation, le diagnostic et les conseils de prise en charge semblent tous manquer d'uniformité dans ces groupes de médecins canadiens. Ce sondage a été effectué plus de 3 ans après que la déclaration consensuelle du GCDS

de 2008 ait été publiée simultanément dans 5 revues dans le monde<sup>4</sup>. Si plusieurs déclarations consensuelles ont été publiées et s'il existe maintenant des sites web présentant des renseignements de grande qualité et à jour, bon nombre de nos médecins qui ont répondu au sondage en 2012 ne savaient tout simplement pas où trouver une telle information sur la prise en charge de la CDS. De nombreux urgentologues n'avaient aucune connaissance des déclarations consensuelles publiées sur la CDS, et plusieurs médecins ne connaissent toujours pas le site web de Pensez d'abord<sup>6</sup> ou ne le trouvent pas utile dans la pratique clinique. Maintenant, en 2016, il n'y a pas d'indications concrètes que la situation se soit améliorée.

Il semble y avoir des différences dans l'évaluation et le diagnostic de la CDS par les SMSE et les

**Tableau 4. Fréquence des prescriptions d'analgésiques non narcotiques et d'AINS : N = 294.**

MÉDICAMENT	PARFOIS, RAREMENT OU JAMAIS, N (%)	HABITUELLEMENT OU TOUJOURS, N (%)	VALEUR p
Analgésiques non narcotiques			<,0001*
• Urgentologues	44 (29)	106 (71)	
• SMSE	101 (70)	43 (30)	
AINS			<,0001*
• Urgentologues	53 (35)	97 (65)	
• SMSE	118 (82)	26 (18)	

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien, SMSE—spécialiste de la médecine du sport et de l'exercice.

\*Test du  $\chi^2$ .

**Tableau 5. Fréquence des conseils de repos cognitif, de repos physique et d'absence des études ou du travail**

CONSEIL	PARFOIS, RAREMENT OU JAMAIS, N (%)	HABITUELLEMENT OU TOUJOURS, N (%)	VALEUR p
Repos cognitif (N = 293)			,0002*
• Urgentologues	30 (20)	120 (80)	
• SMSE	8 (6)	135 (94)	
Repos physique (N = 293)			,3785 <sup>†</sup>
• Urgentologues	8 (5)	141 (95)	
• SMSE	4 (3)	140 (97)	
Absence des études ou du travail (N = 294)			,6284*
• Urgentologues	38 (25)	112 (75)	
• SMSE	33 (23)	111 (77)	

SMSE—spécialiste de la médecine du sport et de l'exercice.

\* Test du  $\chi^2$ .

<sup>†</sup>Test d'exactitude de Fisher.

urgentologues. Les patients, leur famille et leur médecin de famille présument que les urgentologues donnent des conseils complets sur la prise en charge de la CDS. Par ailleurs, dans le contexte d'un service d'urgence, les contraintes de temps et l'accent habituel mis sur l'exclusion de lésions cérébrales traumatiques plus sérieuses peuvent constituer des obstacles à la mise en œuvre de pratiques plus complètes en matière de conseils sur la CDS<sup>22</sup>. L'outil SCAT2 était rarement utilisé à l'urgence, ce qui peut être attribuable aux contraintes de temps, mais peut-être aussi à une incapacité d'utiliser et d'interpréter les résultats<sup>22</sup>. Nous présumons que le SCAT3 et le SCAT3 pour les enfants, plus récents, auront une utilité semblable, quoique cette étude n'ait pas évalué ces outils plus nouveaux.

**Tableau 6. Choix préférés de conseils à donner aux patients ayant subi une CDS concernant le meilleur mode de repos cognitif**

OPTION	URGENTOLOGUES, N (%)	SMSE, N (%)
Diminuer le nombre d'activités exigeant beaucoup de concentration et prendre des pauses entre de telles activités. Diminuer lentement les pauses jusqu'à ce que les symptômes s'atténuent progressivement	39 (26)	40 (28)
Reprendre les activités normales au quotidien, mais s'abstenir de telles activités si elles aggravent les symptômes	25 (17)	13 (9)
Augmenter l'activité intellectuelle augmentera les symptômes. Augmenter le repos diminuera la durée du rétablissement. Vous devriez vous reposer le plus possible jusqu'à la disparition de vos symptômes	34 (23)	30 (21)
Prendre un repos total de toutes les activités, dans une pièce peu éclairée, avec le moins de bruits ou de distractions possible. Si vous le faites pendant une courte durée, vous vous sentirez bien mieux	27 (18)	26 (18)
« Enfermez-vous » dans votre chambre et ne prenez des pauses que pour aller à la toilette ou manger pendant 2 jours complets. Éteignez tous les appareils électroniques et la musique et évitez de regarder la télévision, de lire ou d'avoir des conversations	8 (5)	4 (3)
Aucune de ces options ne me semble appropriée	15 (10)	30 (21)

CDS—commotion dans le sport, SMSE—spécialiste de la médecine du sport et de l'exercice.

Il est aussi possible que le SCAT3 soit perçu comme étant conçu davantage pour l'évaluation sur le terrain ou les visites de suivi pour prendre une décision sur le retour au jeu, contexte plus typique de la pratique des SMSE. Les efforts de transfert des connaissances devraient inclure la formation des urgentologues sur l'utilité diagnostique d'outils comme le SCAT3. Il faudrait examiner plus à fond les raisons expliquant le manque d'utilisation du SCAT2 à l'urgence afin de mieux comprendre comment adapter les efforts de transfert des connaissances pour mieux répondre aux


besoins de ce milieu et, par conséquent, en arriver à des conseils plus complets et cohérents en matière de commotion.

Le repos est la première étape dans la prise en charge aiguë de la CDS. La qualité et la quantité de repos nécessaires pour réduire de manière optimale les symptômes de la CDS ont fait l'objet de délibérations lors d'une récente conférence du GCDS<sup>2</sup>. Dans la présente étude, la plupart des urgentologues et des SMSE recommandaient un repos cognitif et physique, mais il a été documenté que les perceptions variaient quant à la façon de décrire comment prendre du repos cognitif. Les réponses variées aux questions concernant les meilleures recommandations à donner aux patients ayant subi une CDS laissent entendre que les conseils entourant le « repos optimal » manquent de cohérence. Chaque option proposée a été privilégiée par une proportion semblable de répondants et aucune ne s'est démarquée comme étant clairement celle à favoriser, quel que soit le groupe. C'est peut-être attribuable au fait que les publications sur les déclarations consensuelles n'ont pas été spécifiques sur cette question<sup>2</sup>. À mesure qu'on élabore des étapes progressives pour le retour à l'apprentissage<sup>23,24</sup> qui viendront compléter les étapes progressives bien établies pour le retour au jeu<sup>2</sup>, les efforts de transfert des connaissances doivent se concentrer sur l'assurance que des stratégies appropriées en matière de repos cognitif et physique sont développées et mises en œuvre efficacement dans les différents milieux qui caractérisent notre système de santé. En bout de ligne, on pourrait s'attendre à ce que des conseils uniformes et fondés sur des données probantes diminuent le nombre de patients qui souffrent de symptômes prolongés de la CDS.

## Limitations

Une des limitations de cette étude réside dans l'accent qu'elle met sur les efforts du GCDS et de Penz d'abord sans qu'on fasse référence directement à d'autres lignes directrices ou organisations de transfert des connaissances dans le sondage. Un grand groupe de participants potentiels chez les SMSE n'ont pas pu être rejoints en l'absence d'adresses de courriel valides. De plus, le groupe d'urgentologues participants diffère de celui qui était en faveur de tels sondages selon l'ACMU. En outre, avec un taux de réponse presque deux fois plus élevé chez les SMSE que chez les urgentologues, on peut se demander si les réponses des urgentologues sont suffisamment reflétées, d'où la difficulté de généraliser les données. Enfin, les données recueillies manquaient de spécificité quant aux cours de FMC suivis par les médecins. Il n'est donc pas possible de savoir dans quelle mesure la FMC des urgentologues présente bien l'information sur la prise en charge de la CDS.

## Conclusion

D'importantes lacunes dans les connaissances et des incohérences dans la mise en application des recommandations présentées dans la déclaration consensuelle internationale du GCDS de 2008 ont été cernées. Les recommandations données aux patients ayant subi une CDS par les SMSE et les urgentologues manquent d'uniformité. Chaque outil élaboré par le GCDS a généralement eu une excellente réputation au sein du milieu de la médecine du sport et pourtant, ce respect ne s'est pas traduit par leur utilisation dans divers milieux de pratique clinique. Cette situation peut être attribuable à de multiples facteurs, y compris la perception qu'il faut beaucoup de temps pour administrer les outils. À mesure qu'évoluera la prise en charge de la CDS, les efforts pour concevoir et évaluer de manière critique les stratégies de transfert des connaissances revêtiront de l'importance pour que toutes les catégories de cliniciens impliqués dans la prise en charge de la CDS puissent mettre en œuvre les pratiques exemplaires. 

Le **D<sup>r</sup> Carson** est professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire et au Département de chirurgie de l'Université de Toronto, en Ontario. La **D<sup>e</sup> Rendely** est résidente de première année à la Division de médecine physique et réadaptation de l'Université de Toronto. **M<sup>me</sup> Garel** est étudiante en médecine à la Medical University of the Americas à Nevis. **M. Meaney** est biostatisticien et administrateur de la recherche au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. La **D<sup>e</sup> Stoller** est spécialiste de la médecine du sport et exerce à Toronto. Le **D<sup>r</sup> Kaicker** est résident en médecine familiale à l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario. **M<sup>me</sup> Hayden** est gestionnaire de la recherche à l'Hôpital Women's College à Toronto. **M. Moineddin** est professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, scientifique à l'Institut de recherche en services de santé et professeur agrégé à la Faculté Dalla Lana de santé publique de l'Université de Toronto. Le **D<sup>r</sup> Frémont** est professeur au Département de réadaptation de l'Université Laval à Québec, au Québec.

### Remerciements

Nous remercions les 20 personnes qui ont participé à la validation de notre sondage.

### Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la conception et à l'élaboration de l'étude; à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données; de même qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

**D<sup>r</sup> James D. Carson**; courriel [james.carson@utoronto.ca](mailto:james.carson@utoronto.ca)

### Références

1. Provvienza CF, Johnston KM. Knowledge transfer principles as applied to sport concussion education. *Br J Sports Med* 2009;43(Suppl 1):i68-75.
2. McCrory P, Meeuwisse WH, Aubry M, Cantu B, Dvorák J, Echemendia RJ et coll. Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, novembre 2012. *Br J Sports Med* 2013;47(5):250-8.
3. McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W, Aubry M, Cantu R, Dvorak J et coll. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. *Br J Sports Med* 2005;39(4):196-204.
4. McCrory P, Meeuwisse W, Johnston K, Dvorak J, Aubry M, Molloy M et coll. Consensus statement on concussion in sport—the Third International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, novembre 2008. *Phys Sportsmed* 2009;37(2):141-59.
5. Carson J, Tator C, Johnston K, Kissick J, Purcell L, Hunt B et coll. New guidelines for concussion management. Based on the second International Conference on Concussion in Sport. *Can Fam Physician* 2006;52:756-7.
6. Parachute Canada [site web]. *ThinkFirst Canada is now part of Parachute*. Toronto, ON: Parachute. Accessible à: [www.parachutecanada.org/thinkfirstcanada](http://www.parachutecanada.org/thinkfirstcanada). Réf. du 9 févr. 2015.
7. Purcell L; Comité d'une vie saine active et de la médecine du sport de la Société canadienne de pédiatrie. Identification and management of children with sport-related concussion. *Paediatr Child Health* 2006;11(7):420-8.

8. Aubry M, Cantu R, Dvorak J, Graf-Baumann T, Johnston K, Kelly J et coll. Summary and agreement statement of the First International Conference on Concussion in Sport, Vienna 2001. Recommendations for the improvement of safety and health of athletes who may suffer concussive injuries. *Br J Sports Med* 2002;36(1):6-10.
9. *Concussion Awareness Training Tool* [site web]. Vancouver, CB: British Columbia Injury Research and Prevention Unit; 2014. Accessible à: [www.catonline.com](http://www.catonline.com). Réf. du 9 févr. 2015.
10. *Concussions Ontario* [site web]. Toronto, ON: Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2015. Accessible à: [www.concussionsontario.org](http://www.concussionsontario.org). Réf. du 9 févr. 2015.
11. Concussions Ontario [site web]. *Guidelines for pediatric concussion*. Toronto, ON: Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2014. Accessible à: [www.concussionsontario.org/guidelines-for-pediatric-concussion](http://www.concussionsontario.org/guidelines-for-pediatric-concussion). Réf. du 9 févr. 2015.
12. Purcell LK; Comité d'une vie saine active et de la médecine du sport de la Société canadienne de pédiatrie. Evaluation and management of children and adolescents with sports-related concussion. *Paediatr Child Health* 2012;17(1):31-4.
13. Halbert RJ, Isonaka S. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) guidelines: integrating diagnostic guidelines for managing chronic respiratory diseases in primary care. *Prim Care Respir J* 2006;15(1):13-9. Publ. en ligne du 18 janv. 2006.
14. Kendall E, Sunderland N, Muenchberger H, Armstrong K. When guidelines need guidance: considerations and strategies for improving the adoption of chronic disease evidence by general practitioners. *J Eval Clin Pract* 2009;15(6):1082-90.
15. Majumdar SR, McAlister FA, Furberg CD. From knowledge to practice in chronic cardiovascular disease: a long and winding road. *J Am Coll Cardiol* 2004;43(10):1738-42.
16. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157(4):408-16.
17. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6):iii-iv, 1-72.
18. Lovell MR, Fazio V. Concussion management in the child and adolescent athlete. *Curr Sports Med Rep* 2008;7(1):12-5.
19. Carson JD, Lawrence DW, Kraft SA, Garek A, Snow CL, Chatterjee A et coll. Premature return to play and return to learn after a sport-related concussion. Physician's chart review. *Can Fam Physician* 2014;60:e310-5. Accessible à: [www.cfp.ca/content/60/6/e310.full.pdf+html](http://www.cfp.ca/content/60/6/e310.full.pdf+html). Réf. du 20 avr. 2016.
20. Stoller J, Carson JD, Garek A, Libfeld P, Snow CL, Law M et coll. Do family physicians, emergency department physicians, and pediatricians give consistent sport-related concussion management advice? *Can Fam Physician* 2014;60:548-52.
21. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. *Internet, mail, and mixed-mode surveys. The tailored design method*. 3<sup>e</sup> éd. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2009.
22. Carson JD, Rendely A, Lebrun CM, Warden J, Arcand A. Family physicians can champion sport-related concussion management. It's about time. *Can Fam Physician* 2014;60:505-7 (ang), 515-7 (fr).
23. Nationwide Children's Hospital [site web]. *An educator's guide to concussions in the classroom*. 2<sup>e</sup> éd. Columbus, OH: Nationwide Children's Hospital. Accessible à: [www.nationwidechildrens.org/concussions-in-the-classroom](http://www.nationwidechildrens.org/concussions-in-the-classroom). Réf. du 9 févr. 2015.
24. Sady MD, Vaughan CG, Gioia GA. School and the concussed youth: recommendations for concussion education and management. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011;22(4):701-19, ix. Publ. en ligne du 25 sept. 2011.

— \* \* \* —