



## Politique sur les commotions cérébrales et Code de conduite en matière de commotion cérébrale

|                                           |              |
|-------------------------------------------|--------------|
| Version :                                 | 20 mai 2026  |
| Approuvé par le conseil des gouverneurs : | 22 juin 2026 |
| Date d'examen prévue :                    | 30 juin 2027 |

### Préambule

1. La *Politique sur les commotions cérébrales* et le *Code de conduite en matière de commotion cérébrale* (la « politique ») sont basés sur la 6<sup>e</sup> déclaration de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport, publiée en juin 2023, et sur la *Loi Rowan*.<sup>1</sup>
2. La Loi Rowan impose trois obligations aux organismes de sport :
  - a) recevoir une confirmation de la part des *participants organisationnels* de moins de 26 ans, des parents d'*athlètes* de moins de 18 ans, ainsi que de leurs entraîneurs, des thérapeutes d'équipe (y compris le *personnel d'encadrement des athlètes*) et des officiels qu'ils ont pris connaissance des ressources de sensibilisation aux *commotions cérébrales*;
  - b) établir un Code de conduite en matière de commotion cérébrale; et
  - c) établir des protocoles de retrait de l'activité sportive et de retour à l'activité sportive (RAS).
3. La Loi Rowan est la seule loi au pays qui traite de la sécurité en matière de *commotions cérébrales*, et Curling Canada reconnaît que cette loi est la norme de référence en matière de prévention et de sensibilisation aux *commotions cérébrales* au Canada, et cela se reflète dans la politique.

---

<sup>1</sup> [Loi Rowan \(sécurité en matière de commotions cérébrales\)](#), 2018, L.O. 2018, chap. 1 (Remarque : la *Loi Rowan* s'applique UNIQUEMENT aux organismes de sport situés en Ontario. La participation de tous les autres organismes de sport est volontaire).

4. La présente politique intègre également le rapport du Groupe d'étude sur les *commotions cérébrales* dans le sport de 2022 (GECS 2022), groupe composé de médecins et d'experts en *commotions cérébrales* dans le sport, qui a formulé des recommandations pour la prévention des *commotions cérébrales*. Celles-ci comprennent la mise en œuvre de lois et de protocoles prévoyant le retrait obligatoire du jeu après une *commotion cérébrale* avérée ou présumée; l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un professionnel de la santé avant le retour au jeu; et la sensibilisation des entraîneurs, des parents et des *athlètes* aux signes et symptômes des *commotions cérébrales*. Ces mesures contribuent à la réduction du taux de *commotions cérébrales* récurrentes;
5. Une *commotion cérébrale* est un diagnostic clinique qui ne peut être posé que par un médecin. Le GECS 2022 définit notamment la *commotion cérébrale* liée au sport comme suit :

*...une lésion cérébrale traumatique causée par un coup direct à la tête, au cou ou au corps entraînant la transmission d'une force impulsive au cerveau, survenant dans le cadre d'activités sportives ou liées à l'exercice physique... Les symptômes et les signes peuvent se manifester immédiatement ou évoluer en quelques minutes ou quelques heures. Ils disparaissent généralement en quelques jours, mais peuvent être prolongés [...] Les commotions cérébrales liées au sport entraînent une série de symptômes et de signes cliniques qui peuvent ou non impliquer une perte de conscience.*

6. La reconnaissance et le retrait rapides, l'évaluation appropriée et la gestion adéquate sont liés à une récupération plus rapide et à de meilleurs résultats après une *commotion cérébrale*.

## **Objet**

7. Curling Canada estime qu'une meilleure sensibilisation aux *commotions cérébrales* et à leurs effets à long terme, ainsi que la prévention des *commotions cérébrales*, sont primordiales pour protéger la santé et la sécurité des *participants organisationnels*.
8. La présente politique s'applique à toutes les activités et à tous les événements dont Curling Canada est l'organisme de régie ou de sanction, y compris, sans toutefois s'y limiter, les compétitions, les entraînements et les séances d'entraînement.

## **Définitions**

9. Les [termes définis](#) utilisés dans la Politique sur les *commotions cérébrales* et le Code de conduite en matière de *commotion cérébrale* comprennent :

- |                                                |                                              |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| a) <i>Athlète</i>                              | f) <i>Professionnel de santé compétent</i>   |
| b) <i>Personnel d'encadrement des athlètes</i> | g) <i>Retour à l'activité sportive (RAS)</i> |
| c) <i>Commotion cérébrale</i>                  | h) <i>Commotion cérébrale liée au sport</i>  |
| d) <i>Personne désignée</i>                    | i) <i>Commotion cérébrale présumée</i>       |
| e) <i>Participant organisationnel</i>          |                                              |

## Inscription

10. Lorsqu'un *participant organisationnel* âgé de moins de 26 ans s'inscrit auprès de Curling Canada, le *participant organisationnel* **doit** fournir une confirmation écrite ou électronique attestant avoir examiné les ressources de sensibilisation aux *commotions cérébrales* au cours des 12 derniers mois, conformément à la *Loi Rowan*. Le gouvernement de l'Ontario a élaboré des ressources sur les *commotions cérébrales* adaptées à l'âge :
- a) [10 ans et moins](#)
  - b) [11 à 14 ans](#)
  - c) [15 ans et plus](#)
11. Les *participants organisationnels* âgés de moins de 26 ans doivent également signer le *Code de conduite en matière de commotion cérébrale* (**annexe A, partie A**).
12. Dans le cas des *participants organisationnels* âgés de moins de 18 ans, leur parent ou tuteur doit également confirmer avoir pris connaissance des ressources sur les *commotions cérébrales* et avoir signé le *Code de conduite en matière de commotion cérébrale*.
13. Le *personnel d'encadrement des athlètes* doit confirmer avoir également pris connaissance des ressources sur les *commotions cérébrales* et signer le *Code de conduite en matière de commotion cérébrale* (**annexe A, partie B**), sauf s'il interagit exclusivement avec des *participants organisationnels* âgés de 26 ans ou plus.
14. Bien que la *Loi Rowan* exige que les *participants organisationnels* et le *personnel d'encadrement des athlètes* de moins de 26 ans signent le *Code de conduite en matière de commotion cérébrale*, Curling Canada exige également que les personnes de plus de 26 ans prennent connaissance des informations pertinentes sur les *commotions cérébrales* et signent le *Code de conduite en matière de commotion cérébrale*.

## Protocole de retrait de l'activité sportive : Reconnaître les commotions cérébrales

15. Bien que le diagnostic formel de *commotion cérébrale* doive être établi après un diagnostic médical, la communauté sportive dans son ensemble, incluant les *athlètes*, les parents, les enseignants, les entraîneurs, les officiels et les *professionnels de la santé compétents*, est responsable de la reconnaissance et du signalement des *athlètes* qui pourraient présenter des signes visibles de traumatisme crânien ou qui font état de symptômes liés à une *commotion cérébrale*. Certains sites sportifs et récréatifs ne disposent pas de *professionnels de la santé compétents* sur place.
16. Une *commotion cérébrale* doit être présumée :
- a) chez un *athlète* ayant subi un impact important à la tête, au visage, au cou ou au corps et présentant TOUT signe visible d'une *commotion cérébrale présumée* ou signalant TOUT symptôme d'une *commotion cérébrale présumée*, tels que décrits dans l'outil de reconnaissance des *commotions cérébrales* (voir l'annexe « B »); et/ou
  - b) si un *athlète* signale TOUT symptôme de *commotion cérébrale* à l'un de ses pairs, parents, enseignants ou entraîneurs, ou si quelqu'un est témoin de l'apparition chez un *athlète* de signes visuels de *commotion cérébrale*.
17. Les *commotions cérébrales* peuvent être identifiées à l'aide de l'outil de reconnaissance des *commotions cérébrales*, 6<sup>e</sup> édition (« CRT6 »), annexe « B ».<sup>2</sup>
18. Si une ambulance est appelée pour un *mineur*, le parent/tuteur et/ou la personne à contacter en cas d'urgence du *mineur* doivent être contactés immédiatement.

## Protocole de retrait de l'activité sportive : étapes et processus

19. En cas de suspicion de *commotion cérébrale*, le retrait d'un *participant organisationnel* du terrain de jeu doit être effectué par la ou les *personnes désignées*. Cette personne est soit :
- a) Un membre du personnel de Curling Canada présent sur place; et/ou
  - b) La *personne désignée* pour la *compétition sanctionnée*.
20. Curling Canada identifiera la ou les *personnes désignées*.
21. La reconnaissance et le retrait de l'activité sportive sont des mesures qui doivent être prises conformément à l'outil CRT6 (annexe B). Le CRT6 est fourni comme un outil

---

<sup>2</sup> À mesure que l'outil CRT6 sera mis à jour et que de nouvelles versions seront en vigueur, Curling Canada mettra à jour la présente politique.

que le personnel non formé médicalement peut utiliser (c.-à-d. la ou les *personnes désignées*) pour identifier et prendre en charge immédiatement une *commotion cérébrale présumée*. Il ne sert pas à diagnostiquer une *commotion cérébrale*.

22. Suite au retrait de tout *participant organisationnel* fondé sur une suspicion de *commotion cérébrale*<sup>3</sup> :

- a) La ou les *personnes désignées* qui ont retiré le *participant organisationnel* doivent composer le 9-1-1 si, de l'avis de la ou des *personnes désignées*, cela est nécessaire;
- b) Curling Canada doit créer et conserver un registre du retrait;
- c) La ou les *personnes désignées* doivent informer le parent ou le tuteur du *participant organisationnel* du retrait si le *participant organisationnel* est âgé de 18 ans ou moins, et informer le parent ou le tuteur que le *participant organisationnel* doit subir une évaluation médicale par un *professionnel de la santé compétent* avant que le *participant organisationnel* soit autorisé à reprendre la participation; et
- d) La ou les *personnes désignées* rappelleront au *participant organisationnel*, et au parent ou tuteur du *participant organisationnel*, le cas échéant, le protocole de retrait de l'activité sportive et le protocole de retour à l'activité sportive de Curling Canada, tels que décrits dans la présente politique.

23. Si un *participant organisationnel* est soupçonné d'avoir subi une *commotion cérébrale*, mais qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter d'une blessure plus grave à la tête ou à la colonne vertébrale (c'est-à-dire aucun signe d'alerte comme indiqué dans l'outil CRT6), il doit être immédiatement retiré du terrain de jeu et procéder comme suit :

- a) Si un *professionnel de santé compétent* est présent, le *participant organisationnel* doit être conduit dans une zone calme et faire l'objet d'un diagnostic médical sur le bord du terrain.
- b) Si aucun *professionnel de santé compétent* n'est présent, le *participant organisationnel* doit être orienté vers un *professionnel de santé compétent* pour un diagnostic médical dès que possible. Il ne doit pas reprendre le jeu avant d'avoir reçu l'autorisation médicale.

24. Une fois qu'un *participant organisationnel* a fait l'objet d'un diagnostic médical, et :

---

<sup>3</sup> Un athlète doit être retiré du jeu par la *personne désignée* en cas de *commotion cérébrale présumée*, que la *commotion cérébrale* ait été subie ou non lors d'une activité sportive associée à Curling Canada.

- a) qu'il est déterminé qu'il n'a **pas** subi de *commotion cérébrale*, il doit fournir une [lettre confirmant le diagnostic médical](#) l'indiquant. Le *participant organisationnel* peut reprendre l'activité sportive sans restriction.
- b) qu'il reçoit un diagnostic de *commotion cérébrale*, il doit recevoir une [lettre confirmant le diagnostic médical](#) l'indiquant. Le *participant organisationnel* peut reprendre l'activité sportive conformément au protocole de retour à l'activité sportive de la présente politique.

### Protocole de retour à l'activité sportive (RAS)

25. Le tableau ci-dessous présente le protocole de *RAS*, une exigence de la Loi Rowan, une fois l'autorisation médicale obtenue.

26. Les organisations situées hors de l'Ontario peuvent adapter le protocole de *RAS* à leur situation particulière.

| Étape | Objectif                                                                    | Activité(s)                                                       | But de l'étape                                                      |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1     | Activités de la vie quotidienne et repos relatif (premières 24 à 48 heures) | Activités de la vie quotidienne qui n'aggravent pas les symptômes | Réintroduction progressive des activités professionnelles/scolaires |

Au plus tard vingt-quatre (24) à quarante-huit (48) heures après la blessure, passez à l'étape 2.

|           |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2A</b> | Exercice aérobique de faible intensité                                                                                              | <p>Exercice aérobique de faible intensité, comme le vélo stationnaire ou la marche à allure lente à modérée.</p> <p>Entraînement de résistance léger qui n'entraîne pas plus qu'une aggravation légère et brève* des symptômes de <i>commotion cérébrale</i>. *(voir la note de bas de page 3)</p> <p>Exercice jusqu'à environ 55 % de la fréquence cardiaque maximale.</p> <p>Faites des pauses et adaptez vos activités au besoin.</p> | Augmenter le rythme cardiaque.                                                                                      |
| <b>2B</b> | Exercice aérobique d'intensité modérée                                                                                              | <p>Augmentez progressivement votre tolérance et l'intensité des activités aérobiques, comme le vélo stationnaire et la marche à un rythme soutenu.</p> <p>Exercice jusqu'à environ 70 % de la fréquence cardiaque maximale.</p> <p>Faites des pauses.</p>                                                                                                                                                                                | Augmenter le rythme cardiaque.                                                                                      |
| <b>3</b>  | Activités sportives individuelles spécifiques, sans risque de choc accidentel à la tête, avec accommodements scolaires (au besoin). | <p>Ajoutez des activités spécifiques au sport.</p> <p>Effectuez les activités individuellement et sous la supervision d'un enseignant, d'un parent/tuteur ou d'un entraîneur.</p> <p>Progressez jusqu'à ce que l'<i>athlète</i> ne présente plus de symptômes liés</p>                                                                                                                                                                   | Augmenter l'intensité des activités aérobiques et introduire des mouvements spécifiques aux sports à faible risque. |

|                                                                                                                                            |                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                            |                                                                                                                      | à une <i>commotion cérébrale</i> , même pendant l'exercice.                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |
| <b>Autorisation médicale</b><br>Si le <i>participant organisationnel</i> a reçu l'autorisation médicale, passez à l'étape 4 <sup>4</sup> . |                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |
| 4                                                                                                                                          | Exercices et activités d'entraînement sans contact                                                                   | Passez à des exercices sans contact physique à haute intensité, incluant des exercices et des activités plus difficiles.                               | Reprendre l'intensité habituelle des exercices, la coordination et les capacités cognitives liées à l'activité.                                                                       |
| 5                                                                                                                                          | Retour à toutes les activités non compétitives, aux entraînements avec contact et aux activités d'éducation physique | Passez à des activités à risque plus élevé, y compris les activités d'entraînement habituelles.<br><br>Ne participez pas à des compétitions sportives. | Reprise des activités comportant un risque de chute ou de contact physique, rétablissement de la confiance et évaluation des capacités fonctionnelles par le personnel d'entraîneurs. |
| 6                                                                                                                                          | Retour à l'activité sportive                                                                                         | Participation normale; sport et activité physique sans restriction.                                                                                    | S. O.                                                                                                                                                                                 |

27. La stratégie de RAS du *participant organisationnel* doit être encadrée et approuvée par un médecin, qui effectuera des consultations régulières tout au long du processus. Plus précisément, la progression dans les étapes ultérieures de la stratégie de RAS (étapes 4 à 6) doit être supervisée par un professionnel de la santé.

<sup>4</sup> Les *athlètes* chez qui une *commotion cérébrale* a été diagnostiquée peuvent être pris en compte pour une autorisation médicale de retour aux activités sportives comportant un risque de contact ou de chute une fois qu'ils ont franchi avec succès les étapes 1 à 3 de la stratégie de RAS spécifique au sport. Pour passer à l'étape 4 du RAS, l'*athlète* doit fournir à son entraîneur une lettre d'autorisation médicale précisant qu'un médecin ou une infirmière praticienne a personnellement évalué le patient et a autorisé l'*athlète* à reprendre l'activité sportive. Dans les régions géographiques du Canada où l'accès aux médecins est limité (p. ex., les communautés rurales, éloignées ou nordiques), un *professionnel de la santé compétent* (p. ex., une infirmière) ayant un accès préétabli à un médecin ou à une infirmière praticienne peut fournir ce document.



28. Pour reprendre pleinement l'activité sportive, le *participant organisationnel* concerné doit fournir à Curling Canada un formulaire d'autorisation médicale, signé par un médecin, après l'étape 5 et avant de passer à l'étape 6.
29. Une consultation supplémentaire avec un *professionnel de la santé compétent* est recommandée en cas de réapparition des symptômes à différentes étapes des stratégies de RAS.<sup>5</sup>

### **Responsabilités administratives**

30. Curling Canada fournira aux *associations membres* un modèle de formulaire pour le suivi des blessures (annexe E). Il incombe aux *associations membres* de surveiller les blessures.
31. Les associations membres doivent tenir un registre des *commotions cérébrales* déclarées et présumées, ainsi que la documentation relative au diagnostic et à l'autorisation de retour au jeu des *participants organisationnels*.
32. Curling Canada procédera à un examen de la présente politique tous les trois (3) ans, ou plus tôt si les normes du secteur l'exigent.

### **Non-conformité**

33. Le non-respect de toute ligne directrice et/ou de tout protocole contenus dans la présente politique peut entraîner des mesures disciplinaires conformément aux politiques de Curling Canada en matière de discipline et de plaintes.

### **Ceci n'est pas un avis**

34. Aucune disposition de la présente politique ne doit être interprétée comme un avis médical ou juridique.

---

<sup>5</sup> Dans certains cas, il peut être dans l'intérêt de l'*athlète* de cesser sa participation au curling en raison de risques de blessures à la tête et de *commotions cérébrales*.

## Annexe A - Code de conduite en matière de commotion cérébrale

### PARTIE A

*La section suivante du Code de conduite en matière de commotion cérébrale doit être signée par tous les participants organisationnels âgés de moins de 26 ans. Pour les participants organisationnels mineurs dans la juridiction concernée, un parent ou tuteur doit également signer cette section.*

#### **Je contribuerai à prévenir les commotions cérébrales en :**

- portant l'équipement approprié à mon sport et en le portant correctement;
- développant mes compétences et ma force afin de pouvoir participer au mieux de mes capacités;
- respectant les règles de mon sport ou de mon activité;
- faisant preuve d'esprit sportif et de respect envers tous (autres *athlètes*, entraîneurs, thérapeutes d'équipe et officiels).

#### **Je veillerai à ma santé et à ma sécurité en prenant les commotions cérébrales au sérieux, et je comprends que :**

- une *commotion cérébrale* est une lésion cérébrale qui peut avoir des effets à court et à long terme;
- un coup à la tête, au visage ou au cou, ou un coup porté au corps qui provoque un mouvement du cerveau à l'intérieur du crâne, peut causer une *commotion cérébrale*;
- il n'est pas nécessaire de perdre connaissance pour avoir subi une *commotion cérébrale*;
- je m'engage à reconnaître et à signaler les *commotions cérébrales*, notamment en auto-déclarant une possible *commotion cérébrale* et en informant une personne désignée lorsqu'un *participant organisationnel* soupçonne qu'un autre *participant organisationnel* a pu subir une *commotion cérébrale*. (Cela signifie que : si je pense avoir subi une *commotion cérébrale*, je dois **immédiatement** cesser de participer à l'entraînement, à une séance d'entraînement ou à la compétition, et j'informerai un adulte si je pense qu'un autre *athlète* a subi une *commotion cérébrale*);
- la poursuite de l'entraînement, de la séance d'entraînement ou de la compétition malgré une possible *commotion cérébrale* augmente le risque de symptômes plus graves et plus durables, ainsi que le risque d'autres blessures;

- je m'engage à appliquer une tolérance zéro à l'égard de toute pratique sportive interdite considérée comme présentant un risque élevé de *commotion cérébrale*;
- je reconnais que l'exclusion obligatoire de la compétition peut être appliquée en cas de violation de la tolérance zéro à l'égard de toute pratique sportive interdite considérée comme à haut risque de conséquences graves; et
- je reconnais que les conséquences s'aggravent pour ceux qui violent de manière répétée ce *Code de conduite en matière de commotion cérébrale*.

**Je ne cacherai pas les symptômes de commotion cérébrale. Je prendrai la parole pour moi-même et pour les autres.**

- Je ne cacherai pas mes symptômes. Je signalerai à un entraîneur, un officiel, un préparateur physique de l'équipe, un parent ou un autre adulte de confiance **tout** symptôme de *commotion cérébrale*.
- Si quelqu'un d'autre me parle de symptômes de *commotion cérébrale*, ou si je remarque des signes pouvant indiquer une *commotion cérébrale*, j'en informerai un entraîneur, un officiel, un préparateur physique de l'équipe, un parent ou un autre adulte de confiance afin qu'il puisse intervenir.
- Je comprends qu'en cas de *commotion cérébrale présumée*, je serai retiré de l'activité sportive et que je ne pourrai reprendre l'entraînement, les séances d'entraînement ou la compétition qu'après avoir subi un examen médical par un médecin ou une infirmière praticienne et avoir reçu l'autorisation médicale de reprendre l'entraînement, les séances d'entraînement ou la compétition.
- Je m'engage à communiquer à mon établissement scolaire et à toute autre organisation sportive auprès de laquelle je suis inscrit toute information pertinente concernant les cas de retrait d'une activité sportive. (Cela signifie que : si je reçois un diagnostic de *commotion cérébrale*, je comprends qu'informer tous mes autres entraîneurs et enseignants de ma blessure les aidera à me soutenir pendant ma convalescence.)

**Je prendrai le temps nécessaire pour récupérer car c'est important pour ma santé.**

- Je comprends mon engagement à soutenir le processus de retour à l'activité sportive et je suivrai le protocole de retour à l'activité sportive de mon sport.
- Je comprends que je devrai obtenir l'autorisation médicale d'un médecin ou d'une infirmière praticienne avant de reprendre l'entraînement, les séances d'entraînement ou la compétition.

- Je respecterai mes entraîneurs, les thérapeutes d'équipe, mes parents, les professionnels de la santé, ainsi que les médecins et les infirmières praticiennes, en ce qui concerne ma santé et ma sécurité.

**En signant ici, je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité du présent Code de conduite en matière de commotion cérébrale et m'y engage.**

\_\_\_\_\_  
Nom du participant organisationnel  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant organisationnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou  
tuteur (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

## **PARTIE B**

*La section suivante du Code de conduite en matière de commotion cérébrale doit être signée par tous les entraîneurs et thérapeutes d'équipe qui interagissent avec des participants organisationnels âgés de moins de 26 ans.*

**Je peux contribuer à prévenir les commotions cérébrales grâce à :**

- mes efforts pour veiller à ce que mes *athlètes* portent l'équipement approprié et le portent correctement;
- mes efforts pour aider mes athlètes à développer leurs compétences et leur force afin qu'ils puissent participer au mieux de leurs capacités;
- mon respect des règles de mon sport ou de mon activité et à mes efforts pour m'assurer que mes *athlètes* en fassent de même; et
- mon engagement envers le fair-play et le respect de tous (respect des autres entraîneurs, des thérapeutes d'équipe, des officiels et de tous les *participants organisationnels*, et en veillant à ce que mes *athlètes* respectent les autres et fassent preuve de fair-play).

**Je veillerai à la santé et à la sécurité de tous les participants organisationnels en prenant les commotions cérébrales au sérieux. Je comprends que :**

- une *commotion cérébrale* est une lésion cérébrale qui peut avoir des effets à court et à long terme;

- un coup à la tête, au visage ou au cou, ou un coup porté au corps qui provoque un mouvement du cerveau à l'intérieur du crâne, peut causer une *commotion cérébrale*;
- il n'est pas nécessaire de perdre connaissance pour avoir subi une *commotion cérébrale*;
- un *participant organisationnel* ayant une *commotion cérébrale présumée* doit cesser **immédiatement** toute participation à l'entraînement, à la séance d'entraînement ou à la compétition;
- je m'engage à reconnaître et à signaler les *commotions cérébrales*, notamment en auto-déclarant toute *commotion cérébrale* possible et en informant une personne désignée lorsqu'un *participant organisationnel* soupçonne qu'un autre *participant organisationnel* a subi une commotion cérébrale;
- la poursuite de l'entraînement, de la séance d'entraînement ou de la compétition malgré une *commotion cérébrale présumée* augmente le risque de symptômes plus graves et plus durables chez une personne, ainsi que le risque d'autres blessures ou même de mort;
- je m'engage à appliquer une tolérance zéro à l'égard de toute pratique sportive interdite considérée comme présentant un risque élevé de *commotion cérébrale*;
- je reconnais que l'exclusion obligatoire de la compétition peut être appliquée en cas de violation de la tolérance zéro à l'égard de toute pratique sportive interdite considérée comme à haut risque de conséquences graves; et
- je reconnais que les conséquences s'aggravent pour ceux qui violent de manière répétée ce *Code de conduite en matière de commotion cérébrale*.

**Je créerai un environnement où les participants organisationnels se sentiront en sécurité et à l'aise pour s'exprimer. Je m'engage à :**

- encourager les *athlètes* à ne pas dissimuler leurs symptômes, mais à m'informer, ainsi que les officiels, leurs parents ou un autre adulte de confiance, s'ils ressentent **tout** symptôme de *commotion cérébrale* après un impact;
- donner l'exemple. J'informerais un autre entraîneur, un officiel, un thérapeute d'équipe et consulterai un médecin ou une infirmière praticienne si je ressens des symptômes de *commotion cérébrale*;
- comprendre et respecter le fait que tout *athlète* ayant une *commotion cérébrale présumée* doit être retiré de l'activité sportive et ne peut y revenir qu'après avoir subi un examen médical par un médecin ou une infirmière praticienne et avoir reçu l'autorisation médicale de reprendre l'entraînement, les séances d'entraînement ou la compétition.

- *À l'attention des entraîneurs seulement* : je m'engage à offrir aux *athlètes*, avant et après chaque entraînement, séance d'entraînement et compétition, des occasions de discuter des problèmes potentiels liés aux *commotions cérébrales*.

**Je soutiendrai tous les participants organisationnels afin qu'ils prennent le temps nécessaire pour se rétablir.**

- Je comprends mon engagement à soutenir le processus de retour à l'activité sportive.
- Je comprends que les *athlètes* devront obtenir l'autorisation d'un médecin ou d'une infirmière praticienne avant de reprendre l'activité sportive.
- Je respecterai mes collègues entraîneurs, les thérapeutes d'équipe, les parents, les médecins et les infirmières praticiennes, ainsi que toutes les décisions prises concernant la santé et la sécurité de mes *athlètes*.

**En signant ici, je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité du présent *Code de conduite en matière de commotion cérébrale* et m'y engage.**

\_\_\_\_\_  
Nom et rôle (en caractère d'imprimerie)      Signature      \_\_\_\_\_ Date

## Annexe B – Outil de reconnaissance des commotions cérébrales 6 (CRT6)

# CRT6™

## OUTIL DE RECONNAISSANCE DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Pour aider à détecter une commotion cérébrale chez les enfants, les adolescents et les adultes.



### Qu'est-ce que l'outil de reconnaissance des commotions cérébrales?

Une commotion cérébrale est une blessure au cerveau. La sixième édition de l'outil de reconnaissance des commotions cérébrales (CRT6) est conçue pour être utilisée par des personnes sans formation médicale pour aider à la reconnaissance et la gestion immédiate d'une possible commotion cérébrale. Le CRT6 n'est pas conçu pour diagnostiquer une commotion cérébrale.

### Reconnaissance et Retrait du jeu

#### Signaux d'alarme: APPELER UNE AMBULANCE

Si **AU MOINS UN** des signaux d'alarme suivants est observé ou si des plaintes sont rapportées après un impact à la tête ou au corps, l'athlète doit être immédiatement retiré du jeu ou de l'activité et transporté pour recevoir des soins médicaux d'urgence par un professionnel de la santé.

- Douleur ou sensibilité au cou
- Crises d'épilepsie ou convulsion
- Perte de vision ou vision double
- Perte de connaissance
- Augmentation de confusion ou détérioration de l'état de conscience (de moins en moins réactif, somnolent)
- Faiblesse, picotement ou sensation de brûlure dans plus d'un bras ou d'une jambe;
- Vomissements répétés
- Maux de tête sévères ou s'intensifiant
- Agitation, agressivité ou combativité grandissantes
- Déformation visible du crâne

### N'oubliez pas

- Dans tous les cas, les principes de base des premiers soins doivent être respectés: évaluer les dangers sur place, vérifier les voies respiratoires, la respiration, la circulation; chercher une diminution de conscience de son environnement, une lenteur ou une difficulté à répondre aux questions.
- Ne pas déplacer l'athlète (sauf pour maintenir les voies respiratoires) à moins d'avoir reçu une formation à cet effet.
- Ne pas retirer le casque (si présent) ou tout autre équipement.
- Dans tous les cas d'une blessure à la tête, supposer une possible blessure sévère au cou.
- Les athlètes présentant un handicap physique ou un retard de développement connus devraient bénéficier d'un seuil plus bas pour être retirés du jeu.

En l'absence de signaux d'alarme, l'identification d'une possible commotion cérébrale doit se faire de la manière suivante:

Une commotion cérébrale doit être suspectée après un impact à la tête ou au corps lorsque l'athlète semble être différent de son état habituel. Ces changements incluent la présence d'un ou de plusieurs signes suivants: signes visibles de commotion cérébrale, signes et symptômes (tels que maux de tête ou trouble d'équilibre), trouble des fonctions cognitives (par exemple, confusion) ou un comportement inhabituel.

Le CRT6 peut être copié sous sa forme actuelle et distribué à des individus, des équipes, des groupes et des organisations. Toute modification (y compris les traductions et le reformatage numérique), le changement de marque ou la vente à des fins commerciales ne sont pas autorisées sans l'autorisation écrite expresse du BMJ.



Développé par: Concussion In Sport Group (CISG)

Supporté par:



### 1. Signes visibles d'une possible commotion cérébrale

Les signes visibles d'une possible commotion cérébrale incluent:

- Perte de connaissance ou manque de réactivité;
- Rester couché-e immobile sur le terrain;
- Chute sans protection sur le terrain;
- Désorientation ou confusion, regard fixe ou une réactivité limitée, ou une incapacité à répondre adéquatement aux questions;
- Regard hébété, vide ou sans expression;
- Crises d'épilepsie ou convulsions;
- Lenteur à se relever après un coup direct ou indirect à la tête;
- Instable sur ses pieds / problèmes d'équilibre, fait des chutes / mauvaise coordination;
- Blessure au visage

### 2. Symptômes d'une possible commotion cérébrale

| Symptômes physiques                          | Changements d'humeur                  |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| Maux de tête                                 | Émotivité accrue                      |
| «Pression dans la tête»                      | Irritabilité accrue                   |
| Trouble de l'équilibre                       | Tristesse                             |
| Nausée ou vomissements                       | Nervosité ou anxiété                  |
| Somnolence                                   | Changements cognitifs                 |
| Étourdissements                              | Problème de concentration             |
| Vision trouble                               | Problème de mémoire                   |
| Sensibilité à la lumière                     | Sensation d'être au ralenti           |
| Sensibilité au bruit                         | Sensation d'être «dans un brouillard» |
| Fatigue ou peu d'énergie                     |                                       |
| Sensation de «ne pas être dans son assiette» |                                       |
| Douleur au cou                               |                                       |

### 3. Évaluation de la mémoire

(Modifier chaque question en fonction du sport et de l'âge de l'athlète)

L'incapacité de répondre correctement à l'une de ces questions peut suggérer une commotion cérébrale:

- «Où sommes-nous aujourd'hui?»
- «À quel événement participez-vous?»
- «Qui a marqué le dernier but de ce match?»
- «Contre quelle équipe avez-vous joué la semaine dernière / le dernier match?»
- «Votre équipe a-t-elle gagné le dernier match?»

**Tout athlète présentant une possible commotion cérébrale doit être - IMMÉDIATEMENT RETIRÉ DE LA PRATIQUE OU DU JEU ET NE DOIT PAS RETOURNER À TOUTE ACTIVITÉ COMPORTANT UN RISQUE DE CONTACT À LA TÊTE, DE CHUTE OU DE COLLISION, incluant DES ACTIVITÉS SPORTIVES jusqu'à ce que l'athlète soit ÉVALUÉ MÉDICALEMENT, même si les symptômes disparaissent.**

L'athlète présentant une possible commotion cérébrale **NE DOIT PAS** :

- Être seule (au moins pendant les 3 premières heures). L'aggravation des symptômes doit conduire à une prise en charge médicale immédiate.
- Être retourné-e chez soi sans accompagnement. L'athlète doit être en présence d'un adulte responsable;
- Consommer de l'alcool, des drogues à usage récréatif ou des médicaments non prescrits par un professionnel de la santé;
- Conduire un véhicule motorisé jusqu'à ce qu'un professionnel de la santé l'autorise à le faire

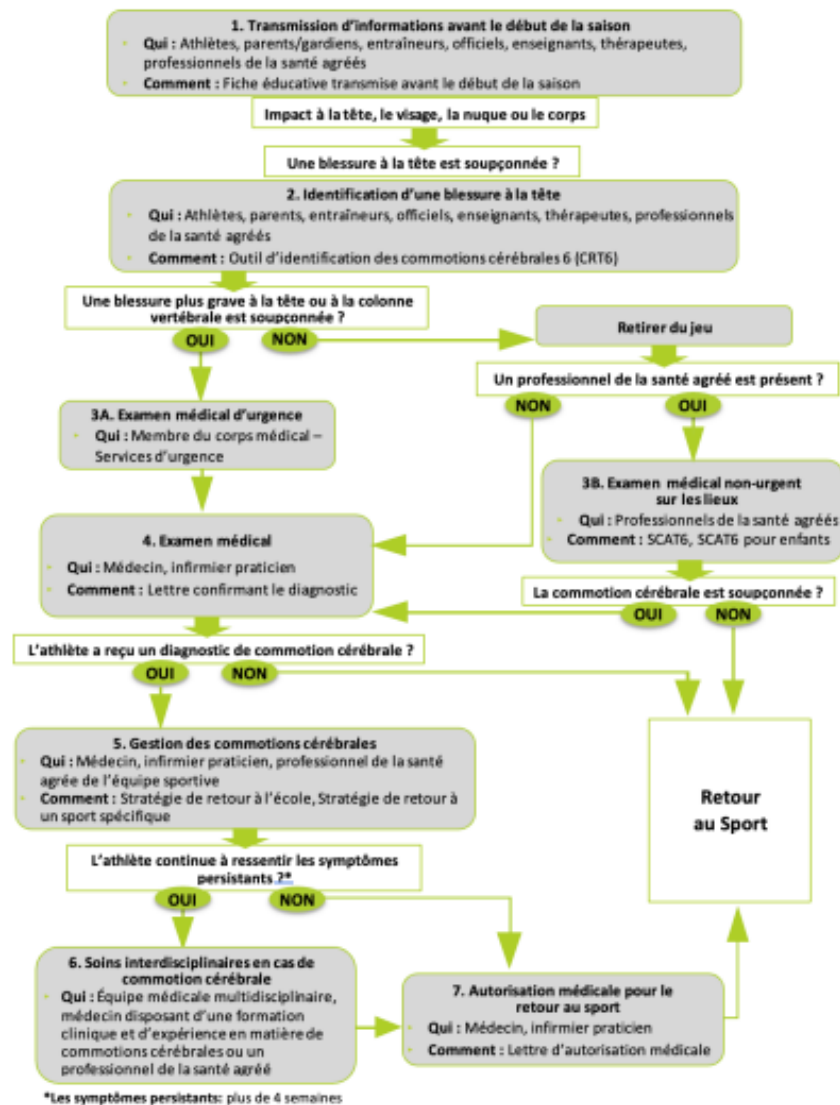
Le processus de traduction en français du CRT6 a été effectué par : Claire A. Soligon, Michelle Gassot, Pierre Frémont, Miriam Beauchamp, Suzanne Leclerc. Cet outil a été élaboré par un comité international d'experts dans le cadre de la 9<sup>e</sup> conférence de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport qui a eu lieu à Amsterdam aux Pays-Bas en octobre 2022. Les détails complets sur les conclusions de la conférence et les auteurs de l'outil ont été publiés dans le British Journal of Sport Medicine 2023, Volume 57, Numéro 11.

## Annexe C – Parcours de gestion des commotions cérébrales dans le sport



# Étapes à suivre en cas de commotions cérébrales

La figure ci-dessous démontre le processus de prise des décisions en cas de commotions cérébrales, en conformité avec les recommandations dans ces lignes directrices.



\*Les symptômes persistants: plus de 4 semaines

## Annexe D – Points clés des recommandations du GECS

- Le GECS 2022 a identifié plusieurs points à améliorer afin de renforcer les futurs énoncés de consensus : le *parasport*, la *pédiatrie*, la *voix de l'athlète* et les *considérations éthiques*, les *limites* et les *améliorations*. Les éléments suivants sont pertinents à l'application de la présente politique par Curling Canada.

### **Parasport**

- L'expérience de *commotion cérébrale* chez le para-athlète est unique, en raison de l'interaction entre le handicap principal du *participant organisationnel* et la physiopathologie de la *commotion cérébrale*. Les para-athlètes nécessitent une approche plus individualisée pour l'évaluation des *commotions cérébrales*.
- Curling Canada doit être conscient que les approches de prévention, le dépistage des premiers symptômes, le diagnostic, le rétablissement (p. ex., le risque de symptômes persistants de *commotion cérébrale*) et les stratégies de traitement peuvent être influencés par les caractéristiques du handicap sous-jacent du *participant organisationnel*.
- Les *participants organisationnels* ayant une déficience visuelle peuvent être exposés à un risque encore plus élevé de *commotion cérébrale*, car les mécanismes de blessure chez cette tranche de la population sont principalement liés à des collisions ou à des contacts directs à la tête.
- Les considérations suivantes du Groupe sur les *commotions cérébrales* dans le parasport sont importantes à prendre en compte par Curling Canada lorsqu'il traite avec des *participants organisationnels* de parasport :
  - a) les *participants organisationnels* de parasport peuvent bénéficier d'un bilan initial compte tenu de la variabilité de leur handicap et de la possibilité de signes/symptômes atypiques de *commotion cérébrale*;
  - b) les *participants organisationnels* de parasport ayant des antécédents de lésions du système nerveux central (par exemple, paralysie cérébrale, accident vasculaire cérébral) peuvent avoir besoin d'une période de repos initial prolongée;
  - c) les test de dépistage des symptômes de *commotion cérébrale* pendant la convalescence peuvent nécessiter des adaptations, comme l'utilisation d'un ergomètre à bras plutôt que d'un tapis roulant ou d'un vélo stationnaire; et
  - d) les protocoles de RAS doivent être personnalisés et inclure l'utilisation du matériel adapté personnel de la personne et, pour les participants malvoyants concernés, la collaboration avec leur guide.

## **Pédiatrie**

- Les jeunes *athlètes* et les *athlètes* adolescents ont moins de chances de bénéficier de la présence de personnel médical formé sur le bord du terrain; il est donc fortement recommandé que tous les adultes supervisant des activités sportives chez les enfants et les adolescents utilisent l'outil CRT6.
- Les enfants et les adolescents ayant subi des *commotions cérébrales* à répétition et souhaitant poursuivre leur pratique sportive, intégrer la catégorie d'âge supérieure ou accéder aux programmes de parcours élite ou de niveau national doivent faire l'objet d'une évaluation individualisée.

## Annexe « E » – Modèle de formulaire permettant aux associations membres de suivre les blessures

|       |       |                      |
|-------|-------|----------------------|
| NOM : | ÂGE : | DATE DE L'INCIDENT : |
|-------|-------|----------------------|

| <h3 style="margin: 0;">1. DÉTECTION</h3> <p><input type="checkbox"/> Retrait immédiat du participant, <b>ne jamais le laisser seul</b> et le diriger vers la personne désignée pour la vérification des symptômes</p> <p><input type="checkbox"/> <b>En présence de signaux d'alerte</b><br/>(assurer un transport à l'urgence) :</p> <p style="margin-left: 20px;">REEMPLIR LA SECTION DES SIGNAUX D'ALERTE<br/>ET LA SECTION DES SYMPTÔMES</p> <p><input type="checkbox"/> <b>En présence de symptômes</b><br/>(évaluation médicale le plus tôt possible pour un diagnostic) :</p> <p style="margin-left: 20px;">REEMPLIR LA SECTION DES SYMPTÔMES</p> <p><input type="checkbox"/> <b>En l'absence de symptômes</b><br/>retirer le participant préventivement en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> d'un impact ou d'un mouvement brusque de la tête</li> <li><input type="checkbox"/> d'un doute sur l'information obtenue</li> <li><input type="checkbox"/> d'un historique de commotions cérébrales</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Informer le plus rapidement possible les parents d'un mineur</p> <p>Circonstances de l'incident :</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | <div style="text-align: center; background-color: #e00000; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>SIGNAUX D'ALERTE</b><br/> <b>SE RENDRE IMMÉDIATEMENT À L'URGENCE</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perte ou détérioration de l'état de conscience</li> <li><input type="checkbox"/> Confusion</li> <li><input type="checkbox"/> Vomissements répétés</li> <li><input type="checkbox"/> Convulsions</li> <li><input type="checkbox"/> Maux de tête qui augmentent</li> <li><input type="checkbox"/> Somnolence importante</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulté à marcher, à parler, à reconnaître les gens ou les lieux</li> <li><input type="checkbox"/> Vision double</li> <li><input type="checkbox"/> Agitation importante, pleurs excessifs</li> <li><input type="checkbox"/> Problème de l'équilibre grave</li> <li><input type="checkbox"/> Faiblesse, picotements ou engourdissement des bras ou des jambes</li> <li><input type="checkbox"/> Douleur intense au cou</li> </ul> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #f4a460;"> <th style="padding: 5px;">SYMPTÔMES</th> <th style="padding: 5px;">MOINS DE 24 HEURES</th> <th style="padding: 5px;">ENTRE 24 ET 48 HEURES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Maux de tête, pression dans la tête</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Fatigue, somnolence</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Troubles du sommeil</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Nausées</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Vomissements</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Étourdissements, vertiges</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Sensation d'être au ralenti</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Problèmes de concentration</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Difficulté de mémoire</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Vision embrouillée</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Sensibilité à la lumière</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Sensibilité aux bruits</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Émotivité inhabituelle, irritabilité, tristesse</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Nervosité, anxiété</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Douleur au cou</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Cherche ses mots ou se répète</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> | SYMPTÔMES | MOINS DE 24 HEURES | ENTRE 24 ET 48 HEURES | Maux de tête, pression dans la tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatigue, somnolence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nausées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vomissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Étourdissements, vertiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensation d'être au ralenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes de concentration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté de mémoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vision embrouillée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensibilité à la lumière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensibilité aux bruits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Émotivité inhabituelle, irritabilité, tristesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervosité, anxiété | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur au cou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cherche ses mots ou se répète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SYMPTÔMES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | MOINS DE 24 HEURES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ENTRE 24 ET 48 HEURES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Maux de tête, pression dans la tête                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Fatigue, somnolence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Troubles du sommeil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Nausées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Vomissements                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Étourdissements, vertiges                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Sensation d'être au ralenti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Problèmes de concentration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Difficulté de mémoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Vision embrouillée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Sensibilité à la lumière                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Sensibilité aux bruits                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Émotivité inhabituelle, irritabilité, tristesse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Nervosité, anxiété                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Douleur au cou                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |
| Cherche ses mots ou se répète                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |                       |                                     |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |         |                          |                          |              |                          |                          |                           |                          |                          |                             |                          |                          |                            |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                                                 |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |                               |                          |                          |