



GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LA RÉADAPTATION DE LA CLIENTÈLE ADULTE AYANT SUBI UN TCC MODÉRÉ OU GRAVE

Octobre 2016

Recommandations fondamentales et prioritaires

Le contenu de ces recommandations s'appuie sur l'état des connaissances scientifiques disponibles en date de leur finalisation (2015) ainsi que sur l'opinion des experts ayant participé au processus de développement du guide de pratique clinique. Les choix reflétés dans ce guide n'excluent pas que d'autres approches et d'autres pratiques puissent aussi être valides et pertinentes. Les professionnels de la santé doivent en tout temps utiliser leur jugement clinique et prendre en considération d'autres facteurs, tels que les préférences exprimées par l'utilisateur et ses proches ainsi que la disponibilité des ressources, dans l'application de ces recommandations. Les professionnels de la santé doivent par ailleurs en tout temps respecter les dispositions légales et normatives encadrant l'exercice de leur profession, dont notamment les dispositions relatives aux champs de pratique ainsi qu'aux activités réservées ou protégées, puisque celles-ci peuvent différer d'une province à l'autre.

SECTION I : Composantes d'un continuum optimal de réadaptation à la suite d'un TCC

A – Composantes clés de la réadaptation à la suite d'un TCC

<p>A 1.1</p> <p>F C</p>	<p>Toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait recevoir au moment opportun des services de réadaptation spécialisés et interdisciplinaires. (Adapté d'ABIKUS 2007, G2, p. 16)</p>
<p>A 1.2</p> <p>P N B</p>	<p>Les interventions de réadaptation devraient débuter dès que la condition de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral le permet. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 3 - Efficacy and Models of Care Following an Acquired Brain Injury, p. 30, 3.3.2- Leon-Carrion et al. (2013)- Wagner et al. (2003)
<p>A 1.3</p> <p>F N C</p>	<p>Le programme de réadaptation devrait avoir des critères d'admissibilité clairement formulés, dont un diagnostic de traumatisme craniocérébral, un état médical stable, un potentiel d'amélioration pendant le processus de réadaptation, un potentiel d'apprentissage et de participation dans la réadaptation et un niveau d'endurance suffisant pour la durée des thérapies. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>A 1.4</p> <p>F C</p>	<p>L'évaluation et la planification de la réadaptation devraient être réalisées par une équipe interdisciplinaire coordonnée adoptant une approche centrée sur l'utilisateur, de manière à répondre, au fur et à mesure qu'ils évoluent, aux besoins et aux choix de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté de NZGG 2007, 4.4, p. 76 et d'ABIKUS 2007, G1, p. 16)</p>

A – Composantes clés de la réadaptation à la suite d'un TCC

<p>A 1.5</p> <p>F N C</p>	<p>L'équipe de réadaptation pour les traumatismes crâniocérébraux devrait, de façon optimale, inclure les professions suivantes : orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, neuropsychologue (et psychométricien), psychologue (avec de l'expertise en thérapie comportementale), infirmières, médecin de famille et/ou physiatre, technicien ou assistant en réadaptation, nutritionniste, technicien en loisir et pharmacien. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : La participation d'un professionnel donné devrait être déterminée par l'évolution des besoins de l'utilisateur tels que définis par l'évaluation initiale, les évaluations subséquentes et les objectifs établis avec la personne et ses proches.</p>
<p>A 1.6</p> <p>P B</p>	<p>Pour chacune des phases du continuum de services, un gestionnaire de cas ou un coordonnateur clinique devrait être affecté à la personne ayant subi un traumatisme crâniocérébral (TCC) et ayant besoin de réadaptation. (Adapté de NZGG 2007, 4.3.2.1, p. 75)</p> <p>Remarque : Le coordonnateur clinique devrait avoir de l'expérience clinique et une formation spécialisée dans un champ lié au TCC, et assumer les fonctions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> · superviser la planification et le déroulement de la réadaptation · coordonner l'équipe interdisciplinaire pour éviter la duplication des interventions ou des tâches · faire valoir les besoins de la personne et de ses proches · planifier et coordonner la transition entre les phases du continuum de services pour assurer la continuité et une communication efficace entre les différents intervenants · constituer le principal point de contact pour la personne, ses proches, l'équipe interdisciplinaire et les autres ressources.
<p>A 1.7</p> <p>F C</p>	<p>Des protocoles et des trajectoires de soins et services intégrés devraient être en place pour faciliter la transition de la personne entre les soins aigus et le milieu de réadaptation et pour aider à gérer les problèmes plus fréquemment rencontrés à la suite d'un traumatisme crâniocérébral. (Adapté d'ABIKUS 2007, G5, p. 16)</p>
<p>A 1.9</p> <p>F N B</p>	<p>Le plan de réadaptation devrait être axé sur des objectifs précis. La personne ayant subi un traumatisme crâniocérébral et ses proches ainsi que les membres de l'équipe de réadaptation devraient participer activement et très tôt dans le processus de réadaptation à l'élaboration des objectifs de manière à ce que ceux-ci puissent être évalués tout au long du processus. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : Un degré élevé de participation de la personne à l'élaboration de ses objectifs de réadaptation favorise le maintien d'un plus grand nombre d'acquis lors du suivi à 2 mois.</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Webb (1994)
<p>A 1.10</p> <p>F N C</p>	<p>Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de leurs services, les programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme crâniocérébral (TCC) devraient procéder à un suivi de la population desservie en colligeant et en analysant des données sociodémographiques et cliniques. Parmi ces données, on devrait entre autres retrouver les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nombre de références · Âge · Sexe · Race · Étiologie du TCC · Niveau de gravité du TCC · Échelle de coma de Glasgow · Durée de l'amnésie post-traumatique · Autres <p>(INESSS-ONF, 2015)</p>

A – Composantes clés de la réadaptation à la suite d'un TCC

<p>A 1.11</p> <p>F N C</p>	<p>Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de leurs services, les programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient évaluer les éléments-clés de ses processus et de son efficacité, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">· Délai en jours entre la date du traumatisme et le début de la réadaptation· Durée de séjour en réadaptation· Intensité des services· Mesures de progression de l'évolution fonctionnelle (p. ex. MIF, MAF, DRS, IAMP-4, CRS-R)· Orientation au congé (retour à domicile, niveau des services requis, etc.)· Retour au travail ou aux activités scolaires au moment du congé· Satisfaction et qualité de vie <p>(INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>A 2.1</p> <p>P C</p>	<p>Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes de santé mentale afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation réciproque de manière à ce que les professionnels en santé mentale puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>(Adapté de NZGG 2007, 14.4, p. 172)</p>
<p>A 2.2</p> <p>P C</p>	<p>Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes intervenant en toxicomanie ou en abus de substance afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de toxicomanie ou d'abus de substance en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation transversale de manière à ce que les professionnels intervenant en toxicomanie ou abus de substance puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>(Adapté de NZGG 2007, 14.3, p. 170)</p>
<p>A 2.3</p> <p>P N B</p>	<p>Les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devraient être formés aux problèmes de comportements spécifiques aux TCC afin d'être en mesure d'appliquer des stratégies de modification neurocomportementale cohérentes. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none">- ABIKUS (2007), G 20, p.19- Behn et al. (2012)- Becker et al. (1993)

B – Prise en charge des troubles de la conscience

<p>B 1.1</p> <p>P N C</p>	<p>Pendant la première année suivant le traumatisme, toute personne présentant un trouble de la conscience devrait être évaluée périodiquement par une équipe interdisciplinaire spécialisée en traumatismes craniocérébraux. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : L'équipe interdisciplinaire peut inclure, au besoin, un intensiviste, un neurologue, un neurochirurgien, un psychiatre, une nutritionniste clinique, un inhalothérapeute, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un neuropsychologue, un travailleur social, un orthophoniste, etc.</p>
---	---

C – Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

<p>C 2.1</p> <p></p>	<p>Une durée de séjour cible devrait être établie dès que possible après l'admission en réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne à la suite d'un traumatisme craniocérébral afin d'assurer la cohérence dans la prise en charge et de faciliter la planification du congé et l'intégration dans le milieu. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque: La durée de séjour cible devrait être établie en fonction des facteurs suivants: données de référence selon des profils fonctionnels, accessibilité des ressources dans le milieu, résultats sur l'échelle de coma de Glasgow dans les premiers jours après le traumatisme, chirurgie intracrânienne, niveau initial d'incapacité, présence de fractures aux membres supérieurs, inférieurs ou au bassin, et âge de la personne.</p>
<p>C 2.3</p> <p></p>	<p>Afin d'optimiser les résultats cliniques après un traumatisme craniocérébral, les interventions de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne devraient viser les fonctions cognitives supérieures, par exemple la résolution de problèmes, les aptitudes en mathématiques et la mémoire, selon les capacités de l'utilisateur. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque: La littérature scientifique démontre que les efforts réalisés lors de thérapies complexes et le temps passé dans des activités spécifiques ont amélioré les résultats cliniques au-delà des résultats atteints par des thérapies de base.</p> <p>RÉFÉRENCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horn et al. (2015)
<p>C 2.4</p> <p></p>	<p>Afin d'optimiser les résultats cliniques après un traumatisme craniocérébral, les interventions de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne devraient promouvoir l'effort et une importante participation de la personne. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horn et al. (2015) - Seel et al. (2015)
<p>C 2.6</p> <p></p>	<p>Afin d'optimiser l'efficacité de la réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne, les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient recevoir un minimum de 3 heures de prestation de services par jour, en mettant l'accent sur les tâches cognitives décrites aux recommandations C2.3, C2.4 et C2.5. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>C 3.1</p> <p></p>	<p>Une date de congé probable devrait être établie tôt en cours de réadaptation et révisée régulièrement en fonction de l'évolution de la personne. Cette date oriente le processus de réadaptation, et prépare la personne et sa famille au congé. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>C 3.2</p> <p></p>	<p>La planification du congé de la réadaptation à l'interne vers le domicile apporte des résultats positifs pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Cette planification du congé devrait:</p> <ul style="list-style-type: none"> · faire partie intégrante du programme de réadaptation; · impliquer la personne et ses proches, l'équipe offrant les services dans le milieu, les intervenants sociaux et d'autres professionnels de la santé, si cela est jugé pertinent; · tenir compte de l'environnement domiciliaire et social de la personne et du fait qu'elle vit dans un milieu résidentiel ou dans un milieu adapté avec services. <p>(Adapté de SIGN 2013, 2.3 and 10.4.2)</p>

C – Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

C 3.10



Des copies du rapport au congé et du plan de services devraient être remises à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, et, avec son consentement, à sa famille ou ses proches ainsi qu'à tous les professionnels impliqués dans la réadaptation externe et l'intégration de la personne dans son milieu, notamment le médecin de famille. Ces rapports devraient inclure :

- un résumé de dossier de la personne ou un rapport précisant les antécédents cliniques, les examens et l'imagerie médicale ;
- les résultats de toutes les évaluations récentes ;
- un résumé des progrès réalisés ou des motifs de congé ou de transfert ;
- les recommandations quant aux interventions à venir et au suivi préconisé.

(Adapté d'ABIKUS, 2007, G87, p. 30)

D – Promotion de l'intégration et de la participation sociales

D 1.1



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui a reçu son congé d'un programme de réadaptation (à l'interne ou à l'externe) devrait avoir accès, au besoin, à un suivi téléphonique planifié avec un professionnel formé pour réaliser une entrevue motivationnelle, établir des objectifs et fournir du soutien et de l'aide dans la résolution de problème.

(Adapté de NZGG 2007, 9.1, p. 130)

D 2.1



La personne qui présente des incapacités résiduelles après un traumatisme craniocérébral devrait avoir accès au moment opportun à des services externes spécialisés ou à des services de soutien dans son milieu afin que soient facilités la progression et le succès de la réintégration dans la communauté. (Adapté de NZGG 2007, 6.6, p. 116)

D 2.2



La personne qui a subi un traumatisme craniocérébral devrait avoir accès à un programme de soutien par les pairs, intégré à un programme de soutien communautaire, afin de favoriser l'intégration sociale, l'adaptation et le fonctionnement psychologique. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 13 - Community Reintegration, p.17](#)

D 3.1



Le degré d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie communautaire (AVC) devrait être évalué chez toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

D 3.3



Un protocole individualisé d'entraînement aux compétences nécessaires à la vie courante devrait être élaboré pour chaque personne ayant subi un traumatisme craniocérébral afin de l'outiller à gérer efficacement les exigences et les défis de la vie quotidienne. Selon les besoins de la personne et son profil d'incapacité, l'entraînement peut mettre l'accent sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie communautaire (AVC), les relations interpersonnelles, les aptitudes au travail, la résolution de problème, la prise de décision, la capacité de défendre ses droits, l'autorégulation comportementale, etc. (Adapté de AOTA 2009, p. 83)

D 4.2



Un programme d'intervention dans la communauté axé sur des objectifs et visant à augmenter la participation à des activités de loisirs, des activités sociales ou toute autre activité significative devrait être offert à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui éprouve des difficultés dans ces sphères. (Adapté d'ABIKUS 2007, G97, p. 32)

D – Promotion de l'intégration et de la participation sociales

D 5.3



Si, au cours de l'évaluation ou du suivi d'une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC), l'équipe interdisciplinaire de réadaptation constate que la capacité de la personne à conduire de façon sécuritaire pourrait être affectée, elle devrait :

- transmettre des consignes claires aux professionnels de la santé traitants, à la personne, à sa famille ou ses proches à propos de ses préoccupations portant sur la conduite automobile. Insister sur la nécessité de déclarer ces préoccupations et de réévaluer cette capacité plus tard si la personne souhaite reprendre la conduite;
- fournir, à la personne, de l'information pertinente à propos de la législation sur la conduite automobile après un TCC;
- si applicable, indiquer à la personne et à son représentant que la loi les oblige à informer les autorités gouvernementales appropriées (p. ex. SAAQ) que la personne a été victime de troubles neurologiques graves (ou autres) et à fournir les informations pertinentes sur les conséquences de ces troubles.

(Adapté d'ABIKUS 2007, G91, p. 31)

D 6.1



Afin de soutenir le retour au travail ou aux études ou pour faciliter l'entrée sur le marché du travail, les besoins de réadaptation axée sur l'intégration sociale de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient être évalués. Cette évaluation devrait inclure :

- les antécédents prétraumatiques complets, y compris les antécédents de travail ou d'études;
- le portrait des capacités actuelles de la personne, notamment aux plans cognitifs, psychologiques et physiques;
- la situation sociale actuelle;
- l'évaluation des besoins professionnels et de formation de la personne;
- l'identification des obstacles qui pourraient limiter les perspectives d'un retour fructueux au travail ou aux études et les interventions susceptibles de les surmonter;
- la concertation avec l'employeur (y compris le service de santé s'il existe) ou les enseignants (services aux étudiants handicapés, etc.) pour échanger, avant le début de l'intégration, sur les besoins et les interventions appropriées;
- l'évaluation des facteurs environnementaux, du milieu de travail, des aspects psychosociaux y compris l'environnement social et la culture du milieu de travail;
- les conseils verbaux et écrits portant sur l'intégration au travail, y compris les modalités de révision et de suivi.

(Adapté de NZGG 2007, 6.4, p. 110, ABIKUS 2007, G93, p. 32 et Stergiou-Kita 2011, 2, p.15-16)

D 6.3



L'efficacité des interventions conventionnelles de réadaptation axée sur l'intégration socioprofessionnelle offertes aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, telles que l'entraînement cognitif et les stratégies comportementales, devrait être évaluée. Si les interventions conventionnelles ne sont pas suffisamment efficaces, du soutien à l'emploi devrait être fourni à la personne qui désire retourner au travail.
(Adapté de NZGG 2007, 6.4, p. 110)

D 6.7



Un essai graduel en milieu de travail pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait inclure une date de début, des indications sur la manière d'augmenter le nombre d'heures et de jours, les limites et restrictions, de même que les accommodations recommandées. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Educational Module – Efficacy and Models of Care – 3.5 Vocational Rehabilitation, p. 25](#)

E – Famille et proches

E 1.1



Les programmes de réadaptation pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient être élaborés en collaboration avec les proches de manière à assurer le transfert dans la communauté. (Adapté d'ABIKUS 2007, G98, p. 33)

E 1.3



La famille et les proches de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient pouvoir avoir accès à du soutien en continu. La participation à des groupes d'entraide et des thérapies de soutien devrait être envisagée, par exemple des associations ou groupes de soutien par les pairs, de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (mindfulness) ou encore de la thérapie par le yoga ou les arts, la zoothérapie, la musicothérapie, etc. (INESSS-ONF, 2015)

F – Éducation et sensibilisation sur le TCC

F 1.1



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et ses proches devraient recevoir, au moment opportun et de manière progressive et régulière, de l'information verbale et écrite sur le TCC, adaptée à l'âge, la culture et la langue des individus concernés. Cette information devrait inclure :

- les conséquences les plus fréquentes d'un TCC sur les plans physique, cognitif, comportemental et émotionnel ;
- la réassurance à propos des signes et symptômes auxquels on peut s'attendre ;
- la possibilité de problèmes à long terme ;
- des conseils à propos des situations à haut risque, des mesures de sécurité et d'autosoins ;
- des conseils sur les interactions entre l'alcool et les médicaments psychotropes ;
- des conseils sur l'abus d'alcool ou de substances chez les personnes ayant subi leur TCC dans un contexte d'intoxication à l'alcool ou aux substances ;
- les services et ressources en réadaptation ;
- les ressources communautaires ;
- la difficulté, pour les personnes qui n'ont pas de connaissances sur le TCC, à détecter les problèmes qui y sont reliés.

(Adapté de NZGG 2007, 9.2, p. 132)

SECTION II: Évaluation et réadaptation des séquelles du TCC

H – Évaluation globale de la personne ayant subi un TCC

H 1.1



Toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui est consciente, y compris si cette personne est en amnésie post-traumatique (APT), devrait être évaluée afin de déceler les troubles fréquents suivants :

- Incapacités motrices (p. ex. faiblesse, trouble de la tonicité ou de l'équilibre, manque de coordination)
- Blessures/fractures possiblement non détectées
- Douleur
- Troubles bulbaires affectant la parole et la déglutition
- Dysfonctions sensorielles pouvant avoir une incidence sur la sécurité de la personne (p. ex. perte de l'audition, engourdissements, troubles de la vision, y compris diminution de l'acuité visuelle, perte de champ visuel et paralysie de l'élévation du regard)
- Diminution du contrôle vésical et intestinal
- Troubles cognitifs (p. ex. déficit de l'attention, de l'orientation ou de la mémoire)
- Dysrégulations comportementales, y compris les problèmes potentiels sur le plan émotionnel/comportemental

(Adapté d'INCOG, Assess 1, p. 296)

H 1.3



L'évaluation devrait inclure la collecte d'information auprès des proches et des individus susceptibles de prendre soin de la personne après le traumatisme craniocérébral.

(Adapté d'INCOG, Assess 5, p. 297)

H 1.5



Après être sortie de l'amnésie post-traumatique ou du delirium post-traumatique (APT/DPT), toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être évaluée pour que l'on puisse évaluer la présence de déficits cognitifs dans les sphères suivantes :

- L'attention, y compris la vitesse de traitement de l'information
- Les fonctions visuospatiales
- Les fonctions exécutives
- Le langage et la communication sociale
- La cognition sociale
- L'apprentissage et la mémoire
- Le degré de conscience des déficits
- La détection/l'expression des émotions

Ces évaluations peuvent être standardisées ou non selon un certain nombre de facteurs, comme le rythme apparent de récupération et le besoin d'information pour la planification future. Une évaluation standardisée formelle devrait être complétée avant que l'on puisse entreprendre un programme de réadaptation cognitive.

(Adapté d'INCOG 2014, Assess 3, p. 296)

I – Trouble de la conscience

I 1.2



Une réévaluation médicale et physique immédiate devrait être réalisée lorsqu'on observe une chute ou un changement de plus de 2 points au score de l'échelle de coma de Glasgow (ou une chute dans la mesure d'un autre outil de mesure approprié reflétant l'état neurologique, p. ex. CRS-R) chez une personne présentant un trouble de la conscience.
(Adapté de NZGG 2006, 2.2.1, p. 37)

Remarque : La détérioration du score à l'échelle de coma de Glasgow ou l'absence d'une amélioration attendue en fonction du délai après le traumatisme nécessite une réévaluation immédiate de la condition clinique : l'urgence de l'investigation ou de la référence est proportionnelle à l'urgence de la situation clinique.

I 2.2



Pour réduire au minimum l'agitation et la confusion associées à l'amnésie post-traumatique (APT), la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait bénéficier d'un environnement sécuritaire et sous supervision jusqu'à la sortie de l'APT.

Il est recommandé :

- d'assurer un environnement calme et stable dans l'unité de soins et éviter l'hyperstimulation ;
- d'envisager l'utilisation d'une chambre d'hypostimulation ;
- d'évaluer l'influence qu'ont les visiteurs, les évaluations et les thérapies. Limiter ces activités si elles causent de l'agitation ou de la fatigue excessive afin de permettre le repos selon les besoins ;
- d'éviter le recours aux mesures de contention et favoriser l'utilisation de mesures de remplacement afin de permettre à la personne de bouger librement ;
- de favoriser la stabilité de l'équipe de soins et d'intervenants œuvrant auprès de la personne ;
- d'établir les moyens de communication les plus fiables ;
- de fournir fréquemment du réconfort ;
- selon le degré de tolérance de la personne, de présenter de l'information familière lui permettant de s'orienter ;
- d'aider la famille à comprendre l'APT et les façons de réduire au minimum le déclenchement de l'agitation.

(Adapté d'INCOG 2014, PTA 3, p. 314)

J – Fonctions cognitives

J 1.1



Pendant l'évaluation de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, les cliniciens devraient envisager la possibilité que d'autres facteurs puissent influencer la performance cognitive et les limitations fonctionnelles, y compris :

- les facteurs personnels;
- les conditions médicales prétraumatiques;
- les facteurs et conditions reliés à la blessure.

(Adapté d'INCOG 2014, Assess 6, p.297)

Remarque :

Les facteurs personnels incluent :

- l'origine culturelle ;
- le niveau de maîtrise de la langue utilisée pour l'évaluation;
- le niveau de scolarité/le parcours scolaire/les difficultés d'apprentissage prémorbides ;
- le fonctionnement intellectuel prémorbide ;
- les emplois occupés/le parcours professionnel ;
- les loisirs pratiqués.

Les conditions médicales prétraumatiques incluent :

- la consommation d'alcool et de drogues ;
- les problèmes de santé mentale ;
- les traumatismes psychologiques et la maltraitance ;
- les troubles neurologiques (p. ex. démences, convulsions) ;
- les troubles de l'ouïe ou de la vue ;
- l'état nutritionnel.

Les facteurs et conditions reliés au traumatisme incluent :

- la condition médicale ;
- la condition psychiatrique, notamment les troubles de l'humeur ;
- la fatigue ;
- les troubles de sommeil et d'éveil ;
- la médication (pré et post-traumatique), y compris les médicaments en vente libre, les produits naturels et les suppléments alimentaires ;
- les convulsions ;
- les modifications sensorimotrices ;
- le dysfonctionnement endocrinien (p. ex. la déficience en hormone de croissance) (High, 2010) ;
- la douleur ;
- les perturbations du langage (p. ex. l'aphasie et la dysgraphie) ;
- les troubles de l'audition ou de la vision ;
- les dysfonctions oromotrices ou des membres (p. ex. les faiblesses et le manque de coordination) ;
- la possible présence d'autres facteurs de comorbidité.

J 2.1



Une réadaptation cognitive fonctionnelle devrait être offerte à la personne qui présente des déficits cognitifs persistants après un traumatisme craniocérébral. Les thérapies doivent être envisagées dans un cadre qui tient compte des caractéristiques personnelles prétraumatiques, du stade de développement et de récupération, du cadre de vie et des activités quotidiennes significatives pour la personne. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.6, p. 98 et INCOG 2014, Assess 12, p. 299)

J 2.2



Dans la phase aigüe, la réadaptation cognitive pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être réalisée dans un environnement structuré et à l'abri des distractions. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.6, p. 98)

J 2.3



Dans le but de faciliter/réaliser la généralisation des habiletés/stratégies dans les activités quotidiennes de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, la réadaptation devrait :

- mettre l'accent sur les activités que la personne considère comme significatives;
- inclure des interventions réalisées dans le propre environnement de la personne ou adaptées à sa propre situation de vie.

(Adapté d'ABIKUS 2007, G34, p. 21)

J – Fonctions cognitives

<p>J 3.1</p> <p>P B</p>	<p>Chez l'adulte ayant subi un traumatisme craniocérébral, le méthylphénidate est recommandé, à une dose initiale d'environ 0,10 mg/kg avec augmentation progressive jusqu'à 0,25 à 0,30 mg/kg deux fois par jour, afin d'améliorer l'attention et la vitesse de traitement de l'information. (Adapté d'ABIKUS 2007, G44, p. 23 et INCOG 2014, Attention 9, p. 331)</p>
<p>J 3.4</p> <p>P A</p>	<p>La prescription d'amantadine peut être envisagée pour améliorer l'éveil et l'état de conscience, et accélérer la récupération fonctionnelle de la personne en état végétatif ou en état de conscience minimale après un traumatisme craniocérébral. (Adapté de SIGN 2013, 9.2, p. 36)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giacino et al. (2012)
<p>J 4.1</p> <p>P A</p>	<p>L'entraînement à l'utilisation de stratégies métacognitives recourant aux activités fonctionnelles de la vie quotidienne devrait être envisagé chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, surtout celles présentant un déficit de l'attention léger ou modéré. (Adapté d'INCOG 2014, Attention 1, p. 330)</p>
<p>J 4.2</p> <p>P A</p>	<p>Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, l'entraînement en doubles tâches peut être utilisé pour améliorer la performance en contexte de doubles tâches, seulement sur des tâches similaires à celles utilisées en entraînement. (Adapté d'INCOG 2014, Attention 2, p. 330)</p>
<p>J 4.3</p> <p>P C</p>	<p>La thérapie cognitivocomportementale devrait être envisagée pour améliorer l'attention de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente un déficit de l'attention considéré comme secondaire à des troubles du sommeil ou de l'éveil, de la douleur, de la fatigue, de la polypharmacie ou de l'anxiété/dépression. (Adapté d'INCOG 2014, Attention 3 et 4, p. 330)</p>
<p>J 5.1</p> <p>P A</p>	<p>L'enseignement de stratégies compensatoires internes peut être utilisé chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui a des troubles de mémoire. Ces stratégies ont tendance à être plus efficaces chez la personne présentant un niveau de déficit léger ou modéré et/ou dont certaines aptitudes cognitives exécutives ont été préservées. Ces stratégies incluent les stratégies métacognitives et/ou éducatives (p. ex. la visualisation/l'imagerie visuelle, la pratique répétée, la pratique de la récupération, la méthode PQRST [Preview, Question, Read, State, Test], la génération d'indices, l'autogénération, le dialogue intérieur). Il est considéré comme efficace d'utiliser de multiples stratégies qui peuvent être enseignées en groupe ou de manière individuelle. (INCOG 2014, Memory 1, p. 372)</p>
<p>J 5.3</p> <p>P B</p>	<p>Les outils de rappel et d'aide au contrôle de l'environnement, dont les téléphones intelligents, les tablettes, les cahiers de notes et les tableaux blancs interactifs sont recommandés pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) qui présentent des troubles de la mémoire, surtout pour celles dont le trouble est grave. Ces personnes et leurs proches doivent être entraînés à l'utilisation de ces outils. (Adapté d'INCOG 2014, Memory 3, p. 372)</p>
	<p>Remarque : Le choix des outils de rappel et d'aide au contrôle de l'environnement devrait tenir compte des facteurs suivants eu égard à la personne ayant subi un TCC :</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'âge · La gravité des troubles · L'utilisation prétraumatique d'appareils électroniques ou autres outils mnémoniques · Les forces et faiblesses cognitives (p. ex. les aptitudes cognitives exécutives) · Les comorbidités de nature physique

J – Fonctions cognitives

J 5.4



Les pratiques suivantes sont recommandées pour favoriser l'apprentissage chez les personnes présentant des troubles de la mémoire après un traumatisme craniocérébral :

- Définir clairement les objectifs des interventions
 - Les objectifs choisis doivent être significatifs pour la personne (c.-à-d. pertinence écologique).
- Allouer suffisamment de temps et d'occasions de pratiquer
- Intégrer des méthodes qui permettent de fractionner les tâches en petites unités, comme réaliser une analyse de tâches lors d'un entraînement de procédures à plusieurs étapes
- Utiliser les principes de l'apprentissage distribué
- Enseigner des stratégies recourant à des variations dans les stimuli/informations présentés (p. ex. multiples exemples ou tâches concrètes)
- Promouvoir des stratégies qui nécessitent de plus grands efforts de traitement de l'information/stimuli (p. ex. l'élaboration verbale et l'imagerie visuelle)
- Utiliser des stratégies pédagogiques qui limitent les erreurs (p. ex. la récupération espacée sans erreur), lors de nouveaux apprentissages ou de réapprentissages d'information et de procédures

(Adapté d'INCOG 2014, Memory 4, p. 373)

J 6.2



L'administration de donépézil (5 à 10 mg/jour) est recommandée pour améliorer les aspects de la mémoire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral.

(Adapté de NGWG 2006, p. 1482)

J 7.1



L'enseignement de stratégies métacognitives, par exemple l'entraînement à l'établissement d'objectifs, la méthode PDCA (Plan, Do, Check, Review) ainsi que la prédiction de la performance, devrait être réalisé avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral aux prises avec des difficultés de résolution de problèmes, de planification et d'organisation. Les éléments communs à toutes les stratégies métacognitives sont l'autocontrôle et l'incorporation de la rétroaction dans la performance à venir. Ces stratégies devraient mettre l'accent sur les problèmes du quotidien et sur des résultats fonctionnels significatifs pour la personne. (Adapté d'INCOG 2014, EXEC 1, p. 343)

Remarque : L'enseignement d'une stratégie métacognitive est optimisé lorsque la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral est consciente du besoin d'employer une stratégie et peut définir les contextes où cette stratégie devrait être utilisée.

J 7.2



Des stratégies visant à améliorer la capacité d'analyse et de synthèse de l'information devraient être employées avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente des troubles du raisonnement. (INCOG 2014, EXEC 2, p. 343)

J 7.3



Des stratégies qui encouragent la régulation de la performance et de la rétroaction devraient être employées avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente des troubles de prise de conscience. (Adapté d'INCOG 2014, EXEC 3, p. 343)

K – Aptitudes cognitivocommunicatives

K 1.1



L'évaluation des aptitudes cognitivocommunicatives de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait inclure :

- une collecte d'information ou une grande variété de situations de communication de niveau de complexité et de contextes variés ;
- les antécédents médicaux ;
- l'utilisation d'évaluations ou autres méthodes de collecte d'information, standardisées ou non ;
- des évaluations spécifiques dans les sphères suivantes :
 - l'attention et la concentration
 - l'orientation
 - la mémoire verbale et les nouveaux apprentissages
 - l'organisation linguistique
 - la compréhension auditive et le traitement de l'information
 - l'audition et la vision
 - l'expression orale et le discours
 - la compréhension et la vitesse de lecture
 - l'expression écrite
 - la communication sociale et ses aspects pragmatiques
 - le raisonnement et la résolution de problèmes
 - les fonctions exécutives et les processus métacognitifs
 - la prise de conscience, l'autocritique et l'adaptation aux incapacités
 - la parole
 - la communication non verbale
 - les difficultés visuelles, perceptuelles, la douleur, la fatigue et autres difficultés physiques
 - la performance dans différents contextes de communication
 - les besoins des partenaires dans la communication et leurs aptitudes à fournir du soutien et des stratégies de communication

(INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario (CASLPO) (2015) p.15

K 2.3



Un mécanisme de réponse oui/non fiable, verbal ou non verbal, devrait être établi dès que possible avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Ceci peut être facilité par un entraînement constant et un enrichissement de l'environnement. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES :

- Barreca et al. (2003)
- ERABI Module 7 - Cognitive-Communication Treatments, p.33

K 2.6



Le programme de réadaptation en communication cognitive pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait fournir des occasions de répéter les habiletés de communication dans des situations appropriées aux contextes dans lesquels la personne vivra, travaillera, étudiera et socialisera. (INCOG 2014, Cognitive Communication 4 p. 357)

L – Dysphagie et nutrition

L 1.1



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être aiguillée au moment opportun vers un intervenant détenant la formation et l'expertise requise pour effectuer une évaluation complète de la fonction de déglutition lorsqu'elle présente l'un des risques d'aspiration post-traumatique suivants :

- La présence d'une trachéotomie
- Un faible niveau de fonctionnement cognitif
- Un réflexe nauséux hypoactif
- La diminution de sensation dans le pharynx
- L'implication du tronc cérébral
- La difficulté d'avaler les sécrétions buccales
- De la toux/des raclements de gorge ou une voix mouillée/gargouillante après avoir avalé de l'eau
- Plus d'une toux en buvant 50 ml d'eau
- Une voix faible et de la toux
- Une voix mouillée/rauque
- Des infections récurrentes des voies respiratoires inférieures
- De la fièvre légère ou une leucocytose non-expliquées
- Un état immunitaire compromis

(INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.21-22, 5.6.4, table 5.10](#)

L 1.4



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui est trachéotomisée et/ou sous ventilation assistée devrait être évaluée par un intervenant détenant la formation et l'expertise requises afin de déterminer la pertinence de poser une valve Passy-Muir ou d'obturer le tube trachéal pour préparer l'évaluation de la déglutition visant l'optimisation de cette fonction. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.38, 5.6.8](#)

L 2.1



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC), surtout celle qui présente de la dysphagie, devrait avoir accès à des soins buccaux et dentaires spécialisés. Des évaluations répétées et des soins méticuleux de la bouche et des dents devraient être prodigués pendant la phase de soins aigus et la phase de réadaptation suivant le TCC. (INESSS-ONF, 2015)

Remarque : La personne devrait recevoir des soins de bouche complets comme mesure de prévention, définis comme suit :

- Des soins de bouche avant chaque repas
- Des soins de bouche qui incluent les dents, la langue, les lèvres, la muqueuse buccale et le palais
- Des soins de bouche prodigués plus souvent si la personne est sur un protocole d'eau claire

Un dentiste ou un hygiéniste dentaire devraient être appelés en consultation au besoin.

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.27](#)

L 2.2



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et qui nécessite une alimentation entérale devrait être alimentée par gastrostomie dès que possible si sa condition le permet, car le risque de développer une pneumonie est plus élevé chez les personnes sous ventilation assistée et alimentées par un tube nasogastrique que chez celles alimentées par un tube de gastrostomie. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.50, 5.8.5](#)

L – Dysphagie et nutrition

<p>L 3.1</p> <p></p>	<p>Toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être évaluée sur le plan de l'état nutritionnel et hydrique. Des interventions nutritionnelles devraient être débutées dès que la condition de la personne le permet afin de prévenir la dénutrition et la malnutrition. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.38
<p>L 3.5</p> <p></p>	<p>Lorsqu'appropriée, la nutrition entérale précoce est recommandée pour réduire l'incidence des infections, la dépendance au ventilateur mécanique et le séjour à l'unité des soins intensifs, de même que pour améliorer le profil hormonal et potentiellement contribuer à une évolution plus favorable chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : L'alimentation devrait être débutée au cours des 24 à 48 heures suivant l'admission, si le patient est stable hémodynamiquement. En contrepartie, il est recommandé d'attendre si de fortes doses de catécholamine sont administrées, seules ou en combinaison avec des volumes de liquide ou de sang pour rétablir la perfusion cellulaire. (cette remarque correspond à un niveau d'évidence C)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.47, 5.8.2- McClave et al. (2016)

M – Fonctions et contrôle moteurs

<p>M 2.2</p> <p></p>	<p>Le programme d'intervention au plan moteur pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait viser la préservation de l'amplitude articulaire, et ce, dans toutes les phases du continuum (si absence d'hypertension intracrânienne réfractaire), mais surtout dans les phases de soins aigus et subaigus, afin de favoriser la récupération motrice ultérieure, les activités fonctionnelles et le positionnement. Peu importe le pronostic, le potentiel de récupération peut être négativement affecté si on laisse des contractures s'installer. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation
<p>M 2.5</p> <p></p>	<p>On devrait donner à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral des occasions d'exercer ses capacités motrices à l'extérieur des sessions formelles de thérapie. (ABIKUS 2007, G53, p. 24)</p>
<p>M 2.8</p> <p></p>	<p>Les interventions visant l'entraînement spécifique répété afin d'améliorer la fonctionnalité après le traumatisme craniocérébral sont recommandées, par exemple des exercices : assis-debout, équilibre et extension de la portée fonctionnels, coordination motrice globale des membres inférieurs. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.32, 4.4.2
<p>M 2.9</p> <p></p>	<p>Un programme d'entraînement de l'équilibre en mode conventionnel ou avec la réalité virtuelle peut être utilisé pour améliorer l'équilibre après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.32, 4.4.2

M – Fonctions et contrôle moteurs

M 2.13 P B	Des activités d'entraînement au contrôle fonctionnel de la motricité fine devraient être envisagées afin d'améliorer la coordination motrice fine après un traumatisme craniocérébral. (Adapté de AOTA 2009, p. 82)
M 2.19 P A	Un programme d'exercices est recommandé afin de favoriser la santé cardiorespiratoire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté d'ABIKUS 2007, G54, p. 24)
M 4.1 P B	Le traitement par toxine botulique peut être envisagé afin de réduire la tonicité et les difformités chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et présentant de la spasticité focale. (Adapté de SIGN 2013, 4.2.2, p. 17)
M 5.1 P C	La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devrait être évaluée afin que l'on puisse déterminer si des équipements ou adaptations pourraient améliorer sa sécurité, son indépendance, sa communication et sa qualité de vie. Cette évaluation devrait : <ul style="list-style-type: none">· être réalisée par des intervenants détenant de l'expertise dans ce domaine (TCC et aides techniques/technologie d'assistance) ;· être individualisée et effectuée dans l'environnement où l'équipement sera utilisé. (Adapté de NZGG 2006, 6.2, p. 107)
M 6.1 P C	La prescription de l'équipement pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait tenir compte des déficits cognitifs, comportementaux et de communication et aussi des contraintes que ces déficits exercent sur la capacité de la personne, ou ses proches, à utiliser cet équipement de façon sécuritaire et appropriée. En cas de doute, on devrait prévoir des révisions régulières. (Adapté d'ABIKUS 2007, G88, p. 31 et NZGG 2006, 6.2, p. 107)

N – Déficits sensoriels

N 1.2 P C	La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente un trouble de la vision devrait être évaluée par une équipe dont les membres incluent, sans s'y limiter : <ul style="list-style-type: none">· des ophtalmologistes ;· des orthoptistes, lorsque la personne présente des troubles des mouvements oculaires ou une vision double ;· des intervenants détenant une expertise dans le domaine de la réadaptation en déficience visuelle. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.4, p. 95)
N 2.1 P C	Des stratégies spécifiques de rééducation devraient être offertes à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente de la négligence visuelle persistante ou des troubles du champ visuel. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.4, p. 95)

O – Fatigue et troubles du sommeil

<p>O 1.1</p> <p>P N C</p>	<p>La fatigue et des troubles du sommeil devraient être évalués chez toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, et un traitement approprié devrait être offert s'il y a lieu. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 15 - Fatigue and Sleep Disorders
<p>O 2.1</p> <p>P N B</p>	<p>Des interventions non pharmacologiques devraient être envisagées pour le traitement de la fatigue et des troubles du sommeil chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Ces interventions peuvent notamment inclure la thérapie cognitivocomportementale pour l'insomnie, la lumbinothérapie, l'exercice régulier, des stratégies d'économie d'énergie et l'hygiène du sommeil. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 15 - Fatigue and Sleep Disorders, p.16-19
<p>O 2.4</p> <p>P N C</p>	<p>Les benzodiazépines (p. ex. le lorazepam) et les autres médicaments hypnotiques non-benzodiazépines (p. ex. la zopiclone) devraient être considérés en dernier recours pour le traitement des troubles du sommeil chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Cette médication ne devrait pas être prescrite pour plus de 7 jours. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 15 - Fatigue and Sleep Disorders, p.22, 15.4.3- Li Pi Shan and Ashworth (2004)- Kemp et al. (2004)- Aton et al. (2009)

P – Douleur et céphalées

<p>P 2.1</p> <p>P C</p>	<p>Le programme de réadaptation pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait avoir mis en place des protocoles de gestion de la douleur qui incluent :</p> <ul style="list-style-type: none">· des révisions régulières et des mécanismes d'ajustement ;· des modalités de manipulation, de soutien et de soulagement selon les besoins de la personne ;· de l'information et des conseils à l'intention des intervenants et des proches portant sur la manipulation appropriée des membres supérieurs parétiques au moment des transferts, sur l'hypersensitivité et sur la douleur neurogène. <p>(Adapté d'ABIKUS 2007, G74, p. 27)</p>
<p>P 2.2</p> <p>P N B</p>	<p>La thérapie cognitivocomportementale peut être envisagée pour diminuer les symptômes de douleur chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral et souffrant de céphalées. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.55, 4.7.3.2
<p>P 2.4</p> <p>P N C</p>	<p>La prescription de prégabaline peut être envisagée pour diminuer la douleur neuropathique centrale causée par des blessures au cerveau ou à la colonne vertébrale. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.58, 4.7.4.1

Q – Enjeux psychosociaux et adaptation

<p>Q 1.1</p> <p>  </p>	<p>Les programmes de réadaptation visant l'amélioration de l'adaptation sociale et le sentiment de bien-être après un traumatisme craniocérébral devraient encourager activement la pratique d'exercices physiques, les activités de loisirs, l'autorégulation, les stratégies d'adaptation et la participation à des groupes d'entraide. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>Q 1.2</p> <p>  </p>	<p>La participation à une activité que la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral perçoit comme étant pertinente, productive et significative, y compris un travail, devrait être intégrée le plus tôt possible dans son plan d'intervention en tenant compte de ses capacités actuelles. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>Q 1.3</p> <p> </p>	<p>Une discussion portant sur la sexualité devrait être menée avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Elle devrait être amorcée par un intervenant détenant une formation pertinente et couvrir les aspects suivants de la sexualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Aspects physiques (p. ex. les positions, les déficits sensoriels, la dysfonction érectile, les médicaments, l'interruption du cycle menstruel) ; · Aspects psychologiques (p. ex. la communication, les peurs, les changements de rôles, la désinhibition, les menaces à la sécurité et les sentiments liés au pouvoir d'attraction). <p>(Adapté de NZGG 2006, 6.5, p. 113)</p>

R – Enjeux neurocomportementaux et de santé mentale

<p>R 1.1</p> <p> </p>	<p>Pendant la phase subaiguë après un traumatisme craniocérébral, si l'état neurocomportemental de la personne se détériore ou ne progresse pas comme prévu, une évaluation devrait être effectuée par un spécialiste habilité afin qu'il soit possible de distinguer les difficultés neurocomportementales des symptômes d'une condition comorbide ou des effets indésirables des médicaments. (Adapté d'INCOG 2014, Assess 7, p.298)</p> <p>Remarque : Ces conditions comorbides peuvent inclure des convulsions, des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des troubles de la personnalité, des troubles du métabolisme, des effets indésirables des médicaments, des troubles de l'attention, un déficit auditif, des troubles de la communication, l'abus de substances et les effets indésirables des médicaments.</p>
<p>R 1.2</p> <p> </p>	<p>De manière générale, l'évaluation neurocomportementale après un traumatisme craniocérébral doit aborder les facteurs de vulnérabilité prétraumatiques, les facteurs liés au traumatisme et les facteurs post-traumatiques. (Adapté d'INCOG 2014, Assess 6, p.297)</p> <p>Remarque :</p> <p>Les facteurs de vulnérabilité prétraumatiques incluent : les conditions médicales/ neurologiques antérieures, les problèmes de santé mentale, les troubles d'utilisation de substances, les facteurs de personnalité/tempérament, les compétences cognitives/ intellectuelles, le fonctionnement scolaire /professionnel, le contexte psychosocial.</p> <p>Les facteurs liés au traumatisme incluent : la nature de la blessure (c.-à-d. niveau de gravité, focale ou diffuse), les dommages au cerveau, la localisation anatomique des lésions, l'étendue des lésions secondaires, les dommages extracrâniens associés.</p> <p>Les facteurs post-traumatiques incluent : les réactions psychologiques/le style d'adaptation, l'état cognitif, les changements sociaux/économiques, l'apparition de nouveaux problèmes de santé mentale, les conditions médicales (p. ex. les convulsions, les modifications sensorimotrices, les dysfonctions endocriniennes, les douleurs, les troubles du sommeil/éveil), les effets des médicaments.</p>
<p>R 1.4</p> <p> </p>	<p>Le plan de gestion des troubles de comportements de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral doit prendre en compte le fait que des facteurs précipitants ou déclencheurs peuvent possiblement engendrer le comportement et le renforcer. (Adapté d'ABIKUS 2007, G24, p. 20)</p>

R – Enjeux neurocomportementaux et de santé mentale

<p>R 1.5</p> <p>P C</p>	<p>Une évaluation du risque devrait être effectuée auprès de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral à la suite d'une tentative de suicide ou d'un acte d'automutilation (confirmés ou soupçonnés). Au besoin la personne devrait être référée vers les services appropriés. (Adapté de NZGG 2006, 3.11, p. 66)</p>
<p>R 2.2</p> <p>P C</p>	<p>Pour la personne qui présente de sérieux troubles de comportements après un traumatisme craniocérébral, particulièrement celle qui a tendance à errer, l'équipe interdisciplinaire devrait adopter une approche intégrée de gestion du comportement et, au besoin, référer la personne vers un service spécialisé en gestion des troubles du comportement si ce service est requis et disponible. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.7, p. 103)</p>
<p>R 4.1</p> <p>P C</p>	<p>Le dépistage de la dépression chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devrait être effectué régulièrement à l'aide d'un outil de dépistage approprié. Les résultats des outils de dépistage de la dépression ne devraient pas constituer la seule indication pour commencer un traitement. Le diagnostic devrait toujours impliquer une évaluation complète ainsi que le jugement clinique d'un intervenant spécialisé détenant une expertise en TCC. (Adapté d'ABIKUS 2007, G72, p. 27)</p>
<p>R 5.1</p> <p>P B</p>	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui a reçu un diagnostic de trouble dépressif devrait recevoir un traitement approprié, lequel peut consister en thérapies non pharmacologiques, par exemple l'intervention psychologique/counseling et l'exercice. (Adapté d'ABIKUS 2007, G70, p. 27)</p>
<p>R 5.2</p> <p>P N A</p>	<p>La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (mindfulness), adaptée au traumatisme craniocérébral (TCC), devrait être envisagée pour la personne ayant subi un TCC qui présente des symptômes de dépression. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedard et al. (2014) - ERABI Module 8 - Mental Health Issues, p.18, 8.2.4
<p>R 5.4</p> <p>P N B</p>	<p>La thérapie cognitivocomportementale devrait être envisagée pour la personne qui présente des symptômes de dépression après un traumatisme craniocérébral, soit dans un cadre individuel, de groupe ou adapté à l'entrevue téléphonique. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arundine et al. (2012) - Bradbury et al. (2008)
<p>R 6.1</p> <p>P N C</p>	<p>En raison du profil favorable de leurs effets indésirables, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont recommandés comme traitement de première ligne pour la dépression suivant un traumatisme craniocérébral (TCC). Des données probantes limitées soutiennent l'efficacité de la sertraline (dose initiale de 25 mg; dose visée de 50 à 200 mg/jour) et du citalopram (dose initiale de 10 mg; dose visée de 20 à 40 mg/jour). (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : La dépression après un TCC est susceptible de répondre à un traitement pharmacologique. Ce traitement peut non seulement diminuer le trouble de l'humeur, mais également soulager d'autres symptômes.</p> <p>Si les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont été essayés et n'ont pas été efficaces, ou ont causé des effets indésirables ou des interactions médicamenteuses, la personne ayant subi un TCC devrait être référée à un psychiatre détenant de l'expertise en TCC.</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 8 - Mental Health Issues, p.18, 8.2.3

R – Enjeux neurocomportementaux et de santé mentale

<p>R 6.2</p> <p>  </p>	<p>Des stimulants comme le méthylphénidate peuvent être envisagés pour traiter à court terme la dépression suivant un traumatisme craniocérébral; ils peuvent aussi être employés pour augmenter la réponse partielle aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), particulièrement en présence de déficits cognitifs, d’apathie et/ou de fatigue. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lee et al. (2005)
<p>R 7.1</p> <p>  </p>	<p>La thérapie cognitivocomportementale est recommandée pour diminuer l’anxiété après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 8 - Mental Health Issues, p.18, 8.2.3 - Arundine et al. (2012) - Bradbury et al. (2008)
<p>R 8.1</p> <p>  </p>	<p>En raison de leur niveau favorable de tolérance et de leur utilité à large spectre, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent être envisagés comme traitement pour l’anxiété chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC). (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : Un nombre insuffisant de recherches a été effectué à propos du traitement pharmacologique des troubles anxieux après un TCC, cependant il existe beaucoup de données probantes pour soutenir leur traitement dans la population qui n’a pas subi de TCC.</p>
<p>R 8.2</p> <p>  </p>	<p>L’utilisation des benzodiazépines comme traitement de première ligne pour l’anxiété chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) N’EST PAS recommandée en raison des effets potentiels sur l’éveil, la cognition et la coordination motrice. Le potentiel de dépendance/d’abus associé à ces molécules constitue également une préoccupation compte tenu du nombre élevé de troubles d’utilisation de substances prétraumatiques observés chez les personnes ayant subi un TCC. Néanmoins, une utilisation à court terme de ces molécules peut être bénéfique pendant les périodes de crise ou de détresse aiguës.(INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waldron-Perrine et al. (2008)
<p>R 10.3</p> <p>  </p>	<p>Le propranolol et le pindolol sont tous deux recommandés pour traiter les comportements agressifs après un traumatisme craniocérébral, particulièrement chez les personnes en amnésie post-traumatique (APT). Des études rapportent l’efficacité du propranolol (dose maximale de 420 à 520 mg/jour) et aussi du pindolol (dose maximale de 40 à 100 mg/jour) pour traiter les comportements agressifs chez cette population, s’il n’y a pas de contreindications médicales. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 8 - Mental Health Issues, p.37-38
<p>R 10.5</p> <p>  </p>	<p>L’administration d’amantadine (100 mg deux fois par jour) ou de méthylphénidate peut être envisagée chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral quand on soupçonne qu’un trouble de l’éveil et de l’attention peut être un facteur d’agitation. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hammond et al. (2014) - Hammond et al. (2015)

S – Troubles d'utilisation de substances

<p>S 1.1</p> <p>P N C</p>	<p>Le dépistage en lien avec l'utilisation de substances (antécédents, intoxication au moment de l'accident et consommation actuelle) devrait être effectué chez toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Un outil de dépistage approprié devrait être employé tout au long du continuum de services. Un dépistage positif devrait mener vers une évaluation complète par un professionnel qualifié. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ponsford et al. (2007)
<p>S 2.4</p> <p>P N C</p>	<p>La prévention secondaire des troubles d'utilisation de substances après un traumatisme craniocérébral (TCC) devrait être entreprise sous forme d'information et de conseils. De la documentation devrait être fournie à la personne ayant subi un TCC et à ses proches tant sous forme écrite que verbale. Cette information devrait être présentée au moment opportun, idéalement dès que la confusion post-traumatique s'est résorbée, et se poursuivre tout au long du continuum de services. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Corrigan (année inconnue)</u>

T – Prise en charge médicale et infirmière

<p>T 2.1</p> <p>P C</p>	<p>Le plan de réadaptation pour l'incontinence urinaire après un traumatisme craniocérébral devrait inclure :</p> <ul style="list-style-type: none">· un plan de surveillance régulière ;· des stratégies pour alerter le personnel soignant que la personne a besoin d'uriner, en cas de problèmes de communication ;· une routine pour aller aux toilettes basée sur le renforcement, en cas d'atteintes sur le plan cognitif ;· une rééducation de la vessie. <p>(Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)</p>
<p>T 2.2</p> <p>P C</p>	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral présentant des problèmes de continence ne devrait pas avoir congé à domicile tant que les aides techniques et les services appropriés n'ont pas été organisés et que les proches n'ont pas été adéquatement préparés. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)</p>
<p>T 3.3</p> <p>P N C</p>	<p>Dans l'éventualité où l'utilisation d'anticonvulsivants est indiquée durant les phases aiguë et chronique du traumatisme craniocérébral, on devrait choisir les médicaments dont les profils d'effets indésirables sont les plus favorables, car ces médicaments ont d'importants effets indésirables et autres effets au plan neuropsychologique. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : Par exemple, malgré que la phénytoïne puisse avoir des effets négatifs sur la performance cognitive et la récupération, elle peut quand même être envisagée comme médicament de première ligne pour traiter les convulsions précoces dans la phase aiguë, étant donné qu'elle est facile à administrer et à surveiller. Les cliniciens devraient être particulièrement vigilants et surveiller l'apparition des effets indésirables des médicaments anticonvulsivants sur la cognition et ne pas tenir pour acquis que ces médicaments ne présentent pas de risque de déficit cognitif, comportemental, physique et neuroendocrinien, en plus d'avoir des effets potentiels négatifs sur la récupération à long terme.</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>ERABI Module 10 - Post-Traumatic Seizure Disorder, p.12, 10.4</u>

T – Prise en charge médicale et infirmière

<p>T 4.1</p> <p>P N B</p>	<p>La thromboprophylaxie veineuse devrait être commencée dès que c'est médicalement approprié après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glassner et al. (2013)
<p>T 5.1</p> <p>P N C</p>	<p>Le dépistage de l'axe hypothalamo-hypophysaire devrait être effectué entre 3 et 6 mois après le traumatisme craniocérébral (TCC) ou lorsque les symptômes suggèrent un déséquilibre ou une déficience hormonale. Le dépistage devrait inclure le cortisol matinal, le glucose sanguin, la thyroxine (Free T4), la thyroïdostimuline (TSH), la prolactine, l'œstrogène ou la testostérone matinale (T), l'hormone folliculo-stimulante (FSH), l'hormone lutéinisante (LH) et le facteur de croissance insulino-mimétique (IGF-1). Les cliniciens devraient savoir qu'un niveau faible ou normal de thyroïdostimuline (TSH) n'écarte pas la possibilité d'une insuffisance hypophysaire avec déficience d'hormones thyroïdiennes. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : Le dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire est fréquent après un TCC et peut varier selon les phases du continuum (aigüe, subaigüe ou chronique). Ce dysfonctionnement peut affecter le système hypophysaire antérieur, l'hypophyse postérieure, ou les deux. Les personnes ayant subi un TCC grave présentent fréquemment des troubles de l'hypophyse antérieure au cours des trois phases du continuum après le traumatisme causant ainsi un dérèglement neuro-hormonal.</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 9 - Neuroendocrine Disorders, p.14 - Sesnilo et al. (2007)
<p>T 6.1</p> <p>P N C</p>	<p>Une évaluation de l'état hydrique, des taux d'électrolytes sériques et urinaires, et de l'excrétion du sodium devrait être réalisée chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présentent une hyponatrémie. Des restrictions liquidiennes et des suppléments de sel devraient être envisagés dans la gestion du déséquilibre électrolytique chez les personnes présentant un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) ou une hyponatrémie causée par une perte de sel d'origine cérébrale. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 9 - Neuroendocrine Disorders, p.17 - Sesnilo et al. (2007)
<p>T 6.2</p> <p>P N C</p>	<p>Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présentent une anomalie endocrinienne au dépistage devraient être aiguillées, au moment opportun, vers un endocrinologue familier avec cette population, surtout si des tests de stimulation sont requis pour approfondir l'évaluation d'un déséquilibre hormonal complexe, tel que le déficit en hormone de croissance (GH) et son remplacement. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 9 - Neuroendocrine Disorders, p.30
<p>T 7.1</p> <p>P N C</p>	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC), particulièrement celle dont le traumatisme est grave, devrait être régulièrement évaluée pour la présence possible d'ossification hétérotopique. Les sites les plus fréquemment atteints après un TCC sont les hanches, les coudes, les épaules et les genoux. (INESSS-ONF 2015)</p>

T – Prise en charge médicale et infirmière

<p>T 8.2</p> <p>P N C</p>	<p>Des exercices passifs d’amplitude de mouvements sont importants pour maintenir l’amplitude articulaire. Ceux-ci n’aggravent pas l’ossification hétérotopique. Ces exercices doivent être effectués de manière douce et en fonction du degré d’amplitude articulaire de la personne, car des exercices violents dépassant la capacité des articulations peuvent exacerber l’ossification hétérotopique. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 11 - Heterotopic Ossification and Venous Thromboembolism post ABI, p.9, 11.3.1
<p>T 9.1</p> <p>P N C</p>	<p>Le traitement pharmacologique des symptômes neurocomportementaux ou de santé mentale après un traumatisme craniocérébral devrait être basé sur les facteurs individuels, la gravité des symptômes et les comorbidités, et ne représenter qu’une seule des composantes d’une stratégie de traitement multimodale. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>T 9.2</p> <p>P N C</p>	<p>Certains symptômes/comportements cibles, de même que les résultats attendus, devraient être définis et surveillés pendant le traitement pharmacologique après un traumatisme craniocérébral (TCC). L’utilisation répétée d’échelles de mesure validées, pertinentes pour les TCC, ainsi que d’autres méthodes objectives d’évaluation, est recommandée. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>T 9.3</p> <p>P N C</p>	<p>Il est requis de choisir judicieusement la médication et la surveillance appropriée lorsqu’on commence des interventions pharmacologiques après un traumatisme craniocérébral (TCC), afin de réduire au minimum les effets indésirables potentiels sur l’éveil, la cognition, la motivation et la coordination motrice. L’utilisation de médicaments qui ciblent plus d’un symptôme/syndrome lié au TCC est recommandée, lorsque cela est possible (p. ex. une molécule qui cible à la fois l’humeur et l’insomnie ou à la fois les maux de tête et l’insomnie). (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>T 9.5</p> <p>P N C</p>	<p>L’introduction de médicaments chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait commencer avec la plus petite dose efficace et augmenter lentement, selon le niveau de tolérance, la réaction clinique et l’urgence de la situation. Les essais de médicaments devraient prévoir une durée et un dosage adéquats. Les objectifs thérapeutiques visés devraient être clairement établis et servir d’indicateurs lors de l’évaluation de l’efficacité. S’ils ne sont pas atteints, la cessation du médicament doit être envisagée. (INESSS-ONF, 2015)</p>

REMARQUES



Plusieurs recommandations incluses dans ce guide de pratique ont été adaptées de guides de pratique existants (voir tableau plus loin). Les recommandations nouvelles et originales développées par le panel d'experts (c.-à-d. n'ayant pas été adaptées d'un GPC existant) sont identifiées par la lettre «N» et sont accompagnées de la référence INESSS-ONF, 2015.



Recommandations qui présentent des éléments sur lesquels s'appuient les programmes/milieus de réadaptation pour développer adéquatement leur système. Elles s'adressent principalement aux gestionnaires de programme et aux dirigeants, car elles reflètent les conditions nécessaires à une prestation optimale de services de réadaptation.



Recommandations qui présentent des pratiques ou processus cliniques jugés plus importants à implanter et à évaluer durant le processus de réadaptation des individus ayant subi un TCC. Ces pratiques sont les plus susceptibles de générer des changements positifs chez cette clientèle.

Une recommandation PRIORITAIRE se définit comme suit :

- Elle porte sur un processus ou une pratique clinique **jugés importants par les utilisateurs ciblés du GPC** à l'étape de l'enquête; et/ou
- Elle est appuyée par de solides données probantes ou un fort consensus d'experts; et/ou
- Elle a été **classée par le Panel d'experts comme l'une des principales recommandations à mettre en œuvre** pour une thématique précise ;
- **Sa mise en œuvre est jugée importante et réaliste** par le Comité scientifique dont les membres œuvrent au niveau de l'organisation, la prestation et la surveillance de la qualité des services aux personnes ayant subi un TCC au Québec et en Ontario ;
- Son implantation **peut être mesurée**, de même que, dans certains cas, son incidence sur les résultats.

L'équipe de développement du guide de pratique clinique croit fermement que l'implantation des recommandations prioritaires est difficilement réalisable sans la mise en place, au préalable, des recommandations fondamentales.

Niveaux de preuve INESSS-ONF



La recommandation est appuyée par au moins une méta-analyse, une revue systématique ou un essai clinique randomisé auprès d'un échantillon approprié avec un groupe témoin pertinent.



La recommandation est appuyée par des études de cohorte qui comportent au moins un groupe de comparaison, des devis expérimentaux sur sujets uniques bien conçus, ou des essais contrôlés randomisés auprès de petits échantillons.



La recommandation est principalement appuyée par l'opinion d'experts en fonction de leur expérience. Par contre, les études de série de cas sans groupe témoin, qui appuient les recommandations sont aussi incluses dans cette catégorie.

GUIDES DE PRATIQUE ORIGINAUX

Auteurs	Année	Guide de pratique clinique
Neurobehavioral Guidelines Working Group (NGWG) (Warden et al.)	2006	<i>Guidelines for the Pharmacologic Treatment of Neurobehavioral Sequelae of Traumatic Brain Injury</i>
Acquired Brain Injury Knowledge Uptake Strategy (ABIKUS)	2007	<i>ABIKUS Evidence Based Recommendations for Rehabilitation of Moderate to Severe Acquired Brain Injury</i>
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	2007	<i>Traumatic Brain Injury: Diagnosis, Acute Management and Rehabilitation</i>
American Occupational Therapy Association (AOTA) (Golisz)	2009	<i>Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Traumatic Brain Injury</i>
Stergiou-Kita	2011	<i>A Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury: A Systematic and Evidence-based Approach</i>
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	2013	<i>Brain Injury Rehabilitation in Adults</i>
Royal College of Physicians (RCP)	2013	<i>Prolonged Disorders of Consciousness National Clinical Guidelines</i>
INCOG Team (INCOG) (Bayley et al.)	2014	<i>INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury</i>
INESSS-ONF	2015	Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave

RÉFÉRENCES

Les références complètes des sources listées sont disponibles à l'adresse www.guidepratiqueTCC.org ou www.braininjuryguidelines.org