



# GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

## POUR LA RÉADAPTATION DE LA CLIENTÈLE ADULTE AYANT SUBI UN TCC MODÉRÉ OU GRAVE

Octobre 2016

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

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.

# A

## Composantes clés de la réadaptation à la suite d'un TCC

### A1 – Principes d'organisation des services de réadaptation

#### A 1.1



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)

#### A 1.2



Les interventions de réadaptation devraient débuter dès que la condition de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral le permet. (INESSS-ONF, 2015)

#### RÉFÉRENCES :

- 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)

#### A 1.3



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)

#### A 1.4



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)

## A1 – Principes d'organisation des services de réadaptation

<p><b>A 1.5</b></p> <p></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 familiale et/ou psychiatre, 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><b>A 1.6</b></p> <p></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"><li>· superviser la planification et le déroulement de la réadaptation</li><li>· coordonner l'équipe interdisciplinaire pour éviter la duplication des interventions ou des tâches</li><li>· faire valoir les besoins de la personne et de ses proches</li><li>· planifier et coordonner la transition entre les phases du continuum de services pour assurer la continuité et une communication efficace entre les différents intervenants</li><li>· constituer le principal point de contact pour la personne, ses proches, l'équipe interdisciplinaire et les autres ressources.</li></ul>
<p><b>A 1.7</b></p> <p></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><b>A 1.8</b></p> <p></p>	<p>L'environnement de réadaptation devrait favoriser la récupération de la personne ayant subi un traumatisme crâniocérébral. Des stratégies devraient être en place pour promouvoir l'intimité et l'hygiène du sommeil, par exemple l'utilisation d'une chambre privée (si possible), un environnement calme et des routines qui sont familières à la personne. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p><b>A 1.9</b></p> <p></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"><li>- Webb (1994)</li></ul>

## A1 – Principes d'organisation des services de réadaptation

### A 1.10



Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de leurs services, les programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral (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 :

- 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

(INESSS-ONF, 2015)

### A 1.11



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 :

- 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

(INESSS-ONF, 2015)

## A2 – Coordination de la prise en charge des comorbidités

### A 2.1



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).

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.

(Adapté de NZGG 2007, 14.4, p. 172)

### A 2.2



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).

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.

(Adapté de NZGG 2007, 14.3, p. 170)

## A2 – Coordination de la prise en charge des comorbidités

### A 2.3



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)

RÉFÉRENCES :

- [ABIKUS \(2007\), G 20, p.19](#)
- Behn et al. (2012)
- Becker et al. (1993)

# B

## Prise en charge des troubles de la conscience

### B1 – Prise en charge des troubles de la conscience

#### B 1.1



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)

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.

#### B 1.2



Lorsqu'une personne présente un état comateux ou un état de conscience minimal causé par un traumatisme craniocérébral, une période de traitement dans un centre de neurotraumatologie devrait être envisagée si les services régionaux ne sont pas en mesure de combler ses besoins en soins infirmiers spécialisés ou en réadaptation. (Adapté d'ABIKUS 2007, G81, p. 29)

Remarque : Cela peut nécessiter des ressources additionnelles par rapport aux pratiques courantes. Idéalement, ces ressources seraient intégrées dans un milieu offrant déjà des services de réadaptation intensive.

#### B 1.3



La personne qui présente un trouble de la conscience devrait pouvoir bénéficier d'un environnement et d'un niveau de stimulation optimaux.

Conseils pratiques :

- Les professionnels de la santé et les familles devraient être attentifs à l'hypersensibilité et à la fatigue, et éviter l'hyperstimulation.
- La stimulation devrait se concentrer sur les sensations agréables pour la personne, comme sa musique préférée, son animal de compagnie, un massage en douceur, etc., et en présenter seulement une à la fois.
- Pour éviter l'hyperstimulation, la famille et les amis devraient limiter leurs visites : un ou deux visiteurs à la fois, pour de courtes périodes.

(Adapté de RCP 2013, Section 2; 2.7, p. 34)

Remarque : Malgré l'absence de preuves formelles dans la littérature pour soutenir les programmes de stimulation des personnes présentant un état comateux, la stimulation contrôlée constitue la meilleure option pour observer les réactions.

## B1 – Prise en charge des troubles de la conscience

### B 1.4



La personne qui a subi un traumatisme craniocérébral et qui présente un trouble de la conscience devrait bénéficier d'un programme progressif pour augmenter la tolérance à la position assise et à la position debout, maintenir la tolérance orthostatique, stimuler l'éveil et possiblement aider à préserver les réflexes posturaux, les fonctions intestinale et urinaire, la masse musculaire et la santé osseuse. (INESSS-ONF, 2015)

# C

## Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

## C1 – Modèles de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) pour le TCC

### C 1.1



L'équipe de réadaptation pour les traumatismes craniocérébraux devrait avoir accès à des spécialistes offrant des services de consultation, de formation et de supervision, particulièrement en ce qui concerne les victimes de polytraumatismes et celles qui portent un double diagnostic (par exemple, des spécialistes ayant une expertise en soins pour les personnes amputées ou blessées médullaires). (Adapté de NZGG 2007, 5, p. 80)

### C 1.2



Des rencontres en équipe interdisciplinaire devraient se tenir régulièrement (au moins toutes les deux semaines) pendant la réadaptation à l'interne des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

### C 1.3



Des rencontres avec l'équipe interdisciplinaire devraient être régulièrement proposées à la famille pendant la réadaptation à l'interne des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

### C 1.4



Un programme de réadaptation par intervalles devrait être envisagé pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral dont la récupération se prolonge (par exemple, un programme de réadaptation à l'interne espacé sur différentes périodes de temps). L'accès à la réadaptation ne devrait pas être limité dans le temps, mais plutôt dépendre du potentiel de la personne à réaliser des améliorations fonctionnelles mesurables. (INESSS-ONF, 2015)

#### RÉFÉRENCES:

- Bender et al. (2014)
- Wales and Bernhardt (2000)

## C2 – Durée, intensité et autres modalités de la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

### C 2.1



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)

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.

## C2 – Durée, intensité et autres modalités de la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

<p><b>C 2.2</b></p> 	<p>La durée de séjour cible en réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne après un traumatisme craniocérébral devrait être révisée régulièrement en fonction des objectifs atteints et de la progression vers une autonomie fonctionnelle. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p><b>C 2.3</b></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"> <li>- Horn et al. (2015)</li> </ul>
<p><b>C 2.4</b></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"> <li>- Horn et al. (2015)</li> <li>- Seel et al. (2015)</li> </ul>
<p><b>C 2.5</b></p> 	<p>Afin d'optimiser les résultats cliniques après un traumatisme craniocérébral, les interventions de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne auprès des usagers qui ont obtenu de faibles résultats dans le domaine des fonctions cognitives à la MIF devraient privilégier les tâches complexes d'expression orale et de langage écrit (lecture et écriture) lorsqu'il y a présence de troubles dans ces domaines. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horn et al. (2015)</li> </ul>
<p><b>C 2.6</b></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>

## C3 – Planification du congé et du retour dans le milieu

<p><b>C 3.1</b></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><b>C 3.2</b></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"> <li>· faire partie intégrante du programme de réadaptation ;</li> <li>· 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 ;</li> <li>· 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.</li> </ul> <p>(Adapté de SIGN 2013, 2.3 and 10.4.2)</p>

## C3 – Planification du congé et du retour dans le milieu

<p><b>C 3.3</b></p> <p></p>	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral peut retourner dans son milieu naturel si la continuité des services de réadaptation spécialisés requis peut être assurée et la réponse à ses besoins fournie sans délai. (Adapté d'ABIKUS 2007, G83, p. 30)</p>
<p><b>C 3.4</b></p> <p> </p>	<p>Un plan de congé formel, distinct du plan d'intervention, devrait être élaboré, et faire partie des documents du dossier remplis au congé et transmis aux prochains fournisseurs de services dans le continuum. On devrait discuter de ce plan avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et sa famille ou ses proches ainsi qu'avec la personne chargée d'assurer la coordination des services en externe s'il y a lieu. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p><b>C 3.5</b></p> <p></p>	<p>Un plan de réadaptation externe devrait être convenu conjointement entre la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, sa famille ou ses proches, et les intervenants impliqués dans la transition. (Adapté d'ABIKUS 2007, G85, p. 30)</p>
<p><b>C 3.6</b></p> <p> </p>	<p>Un processus devrait être mis en place pour que le plan d'intervention en externe de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral soit révisé régulièrement, soit habituellement vers 3 à 6 mois après le congé, et que cette révision soit répétée par la suite. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p><b>C 3.7</b></p> <p> </p>	<p>Des recommandations portant sur les adaptations essentielles au domicile de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient être formulées et un laps de temps raisonnable devrait être accordé pour que ces adaptations soient terminées avant le congé. Cependant, si la personne ou sa famille ne veulent pas réaliser les rénovations planifiées ou en sont incapables, le congé ne devrait pas en être retardé, et des solutions de rechange devraient être recherchées. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p><b>C 3.8</b></p> <p> </p>	<p>Il devrait y avoir une période de transition graduelle entre la réadaptation à l'interne et le retour à domicile de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Du soutien devrait être offert pendant cette période : visites à domicile, sorties journalières et congés de fin de semaine avec la famille et les proches, expérimentation en logement de transition, etc. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p><b>C 3.9</b></p> <p></p>	<p>La préparation de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, de sa famille et de ses proches au retour dans la communauté devrait inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· la formation de la famille et des proches sur l'utilisation de l'équipement et la prise en charge de la personne à domicile de façon sécuritaire ;</li> <li>· la transmission d'informations à la personne et à sa famille ou ses proches sur les ressources publiques ou privées, y compris les organismes bénévoles et les groupes d'entraide, et devrait indiquer comment y avoir accès.</li> </ul> <p>(Adapté d'ABIKUS 2007, G84, p. 30)</p>

## C3 – Planification du congé et du retour dans le milieu

### 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

### D1 – Soutien et suivi après le congé

#### 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)

#### D1.2



Après le congé des services de réadaptation, la personne qui a subi un traumatisme craniocérébral, sa famille et ses proches devraient avoir accès, au besoin, à des services à long terme (counseling, informations, etc.) afin de permettre et de soutenir une participation sociale optimale tout en respectant les décisions personnelles et en facilitant l'adaptation. (Adapté de NZGG 2007, 9.2, p. 132)

### D2 – Réadaptation dans la communauté

#### 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](#)

## D2 – Réadaptation dans la communauté



**D 2.3**

La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait avoir accès à des services de réadaptation et d'intégration sociale par intervalles (retour dans le système ou intensification des services) selon les nouveaux besoins de services qui peuvent émerger en fonction soit de l'évolution des incapacités, des compétences et des objectifs de participation, soit de l'émergence de nouveaux défis ou de nouvelles transitions de vie. (INESSS-ONF, 2015)

Remarque : L'accès aux services devrait être déterminé en fonction des besoins de la personne, de ses objectifs et des bénéfices attendus plutôt qu'en fonction du délai depuis le traumatisme ou de l'historique des services antérieurs.

RÉFÉRENCE :

- Bender et al. (2014)

## D3 – Optimisation des activités de la vie quotidienne



**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 3.2**



La pratique des activités de la vie quotidienne (AVQ) devrait s'effectuer dans un environnement qui soit le plus réaliste et le plus pertinent possible pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Des occasions de s'exercer dans des milieux naturels en dehors des séances de thérapie devraient être offertes. (Adapté de NZGG 2007, 6.2, p. 106)

**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 3.4**



Le plan d'intervention portant sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie communautaire (AVC) devrait inclure des indices environnementaux pertinents pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté de AOTA 2009, p. 83)

**D 3.5**



L'entraînement aux mécanismes compensatoires, l'adaptation individualisée de l'environnement et la remédiation cognitive devraient être offerts à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, simultanément ou en ordre séquentiel, selon ce qui est approprié pour la personne. (Adapté de AOTA 2009, p. 82)

## D4 – Activités de loisirs

**D 4.1**



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être évaluée par un professionnel ou une équipe de réadaptation en ce qui concerne les activités de loisirs. Cette évaluation devrait inclure l'identification :

- du niveau prétraumatique de participation à des activités de loisirs ou autres activités significatives pour la personne ;
- des obstacles ou difficultés qui empêchent la personne de participer à de telles activités.

(Adapté de NZGG 2007, 6.6, p. 116)

## D4 – Activités de loisirs

### 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)

## D5 – Conduite automobile

### D 5.1



Toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et qui souhaite conduire devrait être évaluée par un médecin ou un professionnel de la santé détenant une expertise en TCC, en conformité avec la réglementation provinciale et en concertation avec l'équipe de réadaptation interdisciplinaire. (Adapté d'ABIKUS 2007, G90, p. 31)

### D 5.2



Si la capacité à conduire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral ne peut être clairement établie, une évaluation exhaustive devrait être entreprise dans un centre ou un programme spécialisé en conduite automobile ou par des professionnels détenant les compétences requises pour procéder à de telles évaluations. (Adapté d'ABIKUS 2007, G92, p. 31)

### 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)

## D6 – Réadaptation et intégration socioprofessionnelle

### 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 6.2



Des interventions de réadaptation axée sur l'intégration sociale devraient être offertes aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral qui requièrent du soutien et de l'entraînement pour faciliter le retour au travail ou aux études ou l'entrée sur le marché du travail. La réadaptation socioprofessionnelle devrait inclure le développement de stratégies physiques, cognitives, comportementales et de communication, des mises en situation de travail et de la formation dans le milieu de travail. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Radford et al. (2013)

### 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 6.4



Le soutien à l'emploi offert à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui désire retourner sur le marché du travail devrait inclure ces éléments fondamentaux :

- Le placement en emploi, y compris :
  - Appairer les besoins de l'emploi au potentiel et aux compétences
  - Faciliter les communications entre la personne, l'employeur et les proches
  - Organiser les déplacements et la formation
- La formation en milieu de travail et la sensibilisation, y compris :
  - Formation
  - Évaluation proactive des problèmes pouvant survenir dans l'environnement de travail
  - Élaboration de solutions en collaboration avec la personne, ses proches et ses employeurs
  - Évaluation en continu de la performance au travail de la personne
- Le maintien en emploi et le suivi en emploi, y compris :
  - Évaluation continue des progrès pour anticiper les problèmes et intervenir de manière proactive si nécessaire

(Adapté de NZGG 2007, 6.4, p. 111)

## D6 – Réadaptation et intégration socioprofessionnelle

<p><b>D 6.5</b></p> <p></p>	<p>Une évaluation des exigences requises par l'emploi/occupation que la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral convoite ou réintègre (c.-à-d. une analyse de poste) devrait être réalisée avant l'intégration. Cette évaluation devrait permettre d'identifier et d'évaluer les éléments suivants : titre/catégorie/classification de l'emploi/occupation, description de l'emploi/occupation, complexité et variété des tâches associées aux exigences de l'emploi/occupation. (Adapté de Stergiou-Kita 2011, 5, p.27)</p>
<p><b>D 6.6</b></p> <p> </p>	<p>Une fois le processus d'évaluation socioprofessionnelle post-traumatique terminé, l'évaluateur devrait tirer des conclusions à partir de l'analyse des résultats de toutes les évaluations effectuées et des données recueillies. L'évaluateur devrait comparer ces conclusions avec les questionnements à l'origine de l'évaluation et formuler des recommandations pour la réintégration au travail ou une future planification socioprofessionnelle, verbalement ou par écrit, à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et aux différents acteurs impliqués, selon le consentement donné. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">ERABI Educational Module – Efficacy and Models of Care – 3.5 Vocational Rehabilitation, p. 25</a></li></ul>
<p><b>D 6.7</b></p> <p>  </p>	<p>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)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">ERABI Educational Module – Efficacy and Models of Care – 3.5 Vocational Rehabilitation, p. 25</a></li></ul>
<p><b>D 6.8</b></p> <p> </p>	<p>Si la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) est incapable d'occuper un emploi rémunéré, elle devrait être aidée à explorer d'autres possibilités de participation productive favorisant l'intégration dans le milieu (p. ex. du bénévolat dans des organismes offrant [ou non] des services aux personnes ayant subi un TCC). (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">ERABI Educational Module – Efficacy and Models of Care – 3.5 Vocational Rehabilitation, p. 25</a></li></ul>

# E

## Famille et proches

### E1 – Soutien à la famille/aux proches lors du congé et du maintien dans la communauté

<p><b>E 1.1</b></p> <p> </p>	<p>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)</p>
<p><b>E 1.2</b></p> <p></p>	<p>De l'information portant sur le rôle de proche aidant devrait être fournie aux personnes (membres de la famille, conjoint, employés non professionnels rémunérés) qui sont appelées à assumer ce rôle auprès de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Cette information devrait viser à répondre, sans s'y limiter, aux besoins d'information, d'enseignement et de formation, d'aide pratique et de soutien émotionnel à propos du stress, des enjeux portant sur la santé mentale et de leur propre qualité de vie, incluant le besoin de prévoir du répit lorsque requis. (Adapté de NZGG 2007, 13, p. 157)</p>

## E1 – Soutien à la famille/aux proches lors du congé et du maintien dans la communauté

<p><b>E 1.3</b></p> <p><b>P</b> <b>N</b> <b>C</b></p>	<p>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)</p>
<p><b>E 1.4</b></p> <p><b>N</b> <b>C</b></p>	<p>L'équipe de réadaptation devrait évaluer et documenter la capacité et l'intérêt de la famille à assumer le rôle de proche aidant auprès de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p>

# F

## Éducation et sensibilisation sur le TCC

### F1 – Éducation et sensibilisation auprès de l'utilisateur

<p><b>F 1.1</b></p> <p><b>P</b> <b>C</b></p>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les conséquences les plus fréquentes d'un TCC sur les plans physique, cognitif, comportemental et émotionnel ;</li><li>• la réassurance à propos des signes et symptômes auxquels on peut s'attendre ;</li><li>• la possibilité de problèmes à long terme ;</li><li>• des conseils à propos des situations à haut risque, des mesures de sécurité et d'autosoins ;</li><li>• des conseils sur les interactions entre l'alcool et les médicaments psychotropes ;</li><li>• 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 ;</li><li>• les services et ressources en réadaptation ;</li><li>• les ressources communautaires ;</li><li>• la difficulté, pour les personnes qui n'ont pas de connaissances sur le TCC, à détecter les problèmes qui y sont reliés.</li></ul> <p>(Adapté de NZGG 2007, 9.2, p. 132)</p>
<p><b>F 1.2</b></p> <p><b>C</b></p>	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et ses proches devraient recevoir de l'information et des conseils et, par le biais d'une référence, pouvoir échanger sur les effets du TCC dans leur vie avec une personne expérimentée en gestion des effets émotionnels à la suite d'un TCC. (Adapté d'ABIKUS 2007, G21, p. 19)</p>

### F2 – Éducation et sensibilisation auprès du public

<p><b>F 2.1</b></p> <p><b>C</b></p>	<p>Les programmes de réadaptation pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devraient mettre en œuvre ou collaborer à des activités de sensibilisation et d'information visant à augmenter les connaissances et la compréhension du public en regard des besoins et des défis spécifiques auxquels font face les personnes qui ont subi un TCC. (Adapté d'ABIKUS 2007, Ga101, p. 34)</p> <p>Remarque : Les groupes suivants (mais pas uniquement) ont plus d'occasions que d'autres de croiser des personnes ayant subi un TCC : les policiers, les agents de libération conditionnelle, les services médicaux d'urgence, les éducateurs, les enseignants et les employeurs.</p>
-------------------------------------	--

# G

## Aptitude et consentement

### G1 – Évaluation de l’aptitude et de la capacité à consentir

**G 1.1**



Tous les cliniciens doivent évaluer de manière complète et avec doigté l’aptitude de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral à consentir à ses évaluations et ses interventions. Lorsqu’un consentement éclairé ne peut être obtenu de la part de la personne, les cliniciens doivent se conformer aux procédures dictées par la réglementation provinciale en vigueur (par exemple, le Code civil ainsi que la Loi sur le Curateur public au Québec, qui fournissent des orientations sur la hiérarchie des substituts pour la prise de décision). (Adapté de NZGG 2007, 14.1, p. 166)

**G 1.2**



Au besoin, une évaluation formelle de l’aptitude à consentir de la personne ayant suivi un traumatisme craniocérébral devrait être menée par un professionnel dument qualifié. Des réévaluations périodiques devraient être effectuées selon les observations cliniques. (INESSS-ONF, 2015)

**G 1.3**



Une évaluation formelle des besoins de protection et de représentation de la personne pour l’exercice de ses droits civils devrait être réalisée et, en cas d’inaptitude, des mesures adéquates mises en place dont possiblement l’homologation d’un mandat de protection ou l’ouverture d’un régime de protection privé ou public (c.-à-d. curatelle, tutelle, conseiller au majeur). (INESSS-ONF, 2015)

## 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](http://www.guidepratiqueTCC.org) ou [www.braininjuryguidelines.org](http://www.braininjuryguidelines.org)