



GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

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

Octobre 2016

SECTION II : Évaluation et réadaptation des séquelles du 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.

H

Évaluation globale de la personne ayant subi un TCC

H1 – Principes d'évaluation

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 détecter 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 1.2



La prise en charge initiale de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être guidée par des protocoles et des évaluations cliniques basés sur le score de l'échelle de coma de Glasgow. (Adapté d'ABIKUS 2007, G6, p. 16)

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)

H1 – Principes d'évaluation

H 1.4



Les fonctions cognitives de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui est sortie de l'amnésie post-traumatique ou du delirium post-traumatique (APT/DPT) devraient être évaluées par un :

- neuropsychologue, afin de réaliser une évaluation cognitive formelle au moyen de tests neuropsychologiques validés incluant la mesure de l'effort, de l'état émotionnel et de troubles comportementaux ;
- ergothérapeute, afin d'évaluer l'incidence des déficits cognitifs sur la réalisation des activités significatives et la participation sociale ;
- orthophoniste, afin d'évaluer l'incidence des déficits cognitifs sur la communication (audition, parole, lecture et écriture).

Les évaluations devraient être réalisées de façon collaborative et les intervenants impliqués devraient viser l'intégration de leurs résultats d'évaluation, éviter la multiplication des évaluations et le dédoublement de leurs tests.

(Adapté d'INCOG 2014, Assess 10, p. 298)

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)

H 1.6



À la fin d'une évaluation, la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et ses proches devraient recevoir de l'information et discuter du diagnostic, du pronostic, du processus de récupération et des interventions thérapeutiques qui peuvent être offertes. (INESSS-ONF, 2015)

H 1.7



Selon le mécanisme du traumatisme, la personne ayant subi un autre type de blessure, par exemple une blessure médullaire ou de graves blessures musculosquelettiques, devrait être soumise à un dépistage pour la présence d'un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES:

- Sharma et al. (2014)
- Bradbury et al. (2008)

H 1.8



La personne qui présente des comorbidités, par exemple une blessure médullaire ou de graves blessures musculosquelettiques, devrait avoir accès au moment opportun aux services d'une équipe interdisciplinaire pour les traumatismes craniocérébraux. Ces services devraient être offerts simultanément avec les autres services ou immédiatement après. (INESSS-ONF, 2015)

Troubles de la conscience

I1 – Évaluation de l'état de conscience

I 1.1

C

La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente un trouble de la conscience requiert des évaluations médicales et neurologiques régulières ainsi qu'une surveillance en continu. (Adapté de NZGG 2006, 2.2.4, p. 39)

I 1.2

P

C

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 1.3

C

Un diagnostic d'état végétatif ou d'état de conscience minimale après un traumatisme craniocérébral devrait être basé sur des évaluations :

- effectuées par des cliniciens qui ont une formation appropriée et qui ont de l'expérience dans le domaine des états végétatifs et des états de conscience minimale :
 - dans des conditions appropriées ;
 - à l'aide d'outils d'évaluation validés et structurés ;
 - à la suite d'une série d'observations étalées sur une période de temps adéquate ;
- effectuées en tenant compte des observations cliniques portant sur les réactions comportementales colligées à partir :
 - du dossier de la personne ;
 - des entrevues avec la famille et les intervenants.

(RCP 2013, Section 2 ; 2.3, p. 33)

I 1.4

B

Les cliniciens devraient travailler étroitement avec la famille et les proches de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral présentant un trouble de la conscience prolongé, en leur expliquant quelles réactions surveiller et comment faire la distinction entre l'activité des fonctions supérieures et les réactions dues aux activités réflexes. Lorsqu'approprié, la famille peut aussi être encouragée à enregistrer ses observations au moyen d'outils appropriés, comme une caméra vidéo. (Adapté de RCP 2013, Section 2 ; 2.4, p. 33)

Remarque : La famille joue un rôle actif dans l'évaluation des personnes présentant un trouble de la conscience prolongé parce que la personne peut réagir à un stade plus précoce avec un membre de sa famille ou un être cher.

I2 – Amnésie post-traumatique

I 2.1

C

L'évaluation de l'amnésie post-traumatique (APT) chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être réalisée de façon répétée, au moyen d'un outil validé, jusqu'à la sortie de l'APT. (Adapté de NZGG 2006, 2.2.3, p. 38, INCOG 2014, Assess 2 ; PTA 1, p.296 et INCOG 2014, PTA 1, p. 314)

I2 – Amnésie post-traumatique

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

J1 – Évaluation des 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.

J2 – Principes de réadaptation cognitive

<p>J 2.1</p> <p>P C</p>	<p>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)</p>
<p>J 2.2</p> <p>P B</p>	<p>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)</p>
<p>J 2.3</p> <p>P B</p>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> · 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. <p>(Adapté d'ABIKUS 2007, G34, p. 21)</p>

J3 – Médication pour l'éveil et l'attention

<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 3.2</p> <p>C</p>	<p>La prescription de dextroamphétamine devrait être envisagée pour améliorer l'attention après un traumatisme craniocérébral lorsque le méthylphénidate n'est pas toléré. (Adapté de NGWG 2006, p. 1483)</p>

J3 – Médication pour l'éveil et l'attention

J 3.3

B

La prescription d'amantadine peut être envisagée pour améliorer l'attention de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral dont la période d'amnésie post-traumatique est résolue et qui n'a pas bien répondu aux autres médications. (Adapté de NGWG 2006, p. 1483)

J 3.4

P

A

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)

RÉFÉRENCE :

- Giacino et al. (2012)

J4 – Attention et traitement de l'information

J 4.1

P

A

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)

J 4.2

P

A

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)

J 4.3

P

C

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)

J 4.4

C

L'aménagement de l'environnement et des tâches peut être un moyen pour réduire l'effet des troubles de l'attention sur les activités quotidiennes de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INCOG 2014, Attention 5, p. 330)

J 4.5

B

Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, il **N'EST PAS** recommandé de se fier à l'exposition et à la pratique répétées de tâches attentionnelles informatisées décontextualisées en raison de l'absence de preuve d'une incidence sur les fonctions attentionnelles quotidiennes. (INCOG 2014, Attention 6, p. 330)

J 4.6

B

Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, l'entraînement au moyen de signaux sonores périodiques aléatoires **NE DEVRAIT PAS** être offert en thérapie en dehors d'un protocole de recherche parce que les résultats probants sont actuellement conflictuels. (Adapté d'INCOG 2014, Attention 7, p. 331)

J5 – Apprentissage et mémoire

J 5.1



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 PQRSST [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)

J 5.2



L'entraînement cognitif de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être orienté vers une stratégie précise et mené par un thérapeute expérimenté qui peut faciliter davantage l'intégration fonctionnelle de la stratégie pratiquée vers des tâches concrètes et significatives. (Adapté d'INCOG 2014, Memory 7, p. 374)

Remarque : Il y a peu de résultats probants suggérant que la seule utilisation de techniques centrées sur la pratique répétée de certaines tâches (p. ex. des stratégies d'entraînement sur ordinateur) est efficace.

J 5.3



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)

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 :

- L'âge
- La gravité des troubles
- L'utilisation prétraumatique d'appareils électroniques ou autres outils mnémotechniques
- Les forces et faiblesses cognitives (p. ex. les aptitudes cognitives exécutives)
- Les comorbidités de nature physique

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)

J5 – Apprentissage et mémoire

J 5.5

B

Des interventions de groupe peuvent être envisagées pour améliorer les capacités de mémoire des personnes présentant des **troubles de la mémoire** légers ou modérés après un traumatisme craniocérébral. (Adapté d'INCOG 2014, Memory 5, p. 373)

J6 – Médication pour la mémoire

J 6.1



B

La prescription de rivastigmine peut être envisagée pour la personne présentant un trouble de la mémoire modéré ou grave au cours de la phase de récupération subaiguë ou chronique après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Silver et al. (2009)

J 6.2



B

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)

J7 – Fonctions exécutives

J 7.1



A

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



A

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



A

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)

J 7.4

B

Des interventions de groupe devraient être envisagées pour la remédiation des troubles exécutifs et de résolution de problèmes après un traumatisme craniocérébral. (Adapté d'INCOG 2014, EXEC 4, p. 343)

K

Aptitudes cognitivocommunicatives

K1 – Évaluation des 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 1.2



L'évaluation de la communication cognitive et le programme de réadaptation pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient tenir compte des antécédents prétraumatiques suivants :

- Les facteurs physiques et psychosociaux
- La langue maternelle
- L'alphabétisation et les compétences langagières
- Les capacités cognitives
- Le style de communication, y compris les standards de communication et les attentes propres à la culture de la personne

(Adapté d'INCOG 2014, Cognitive Communication 3, p. 356)

K1 – Évaluation des aptitudes cognitivocommunicatives

K 1.3

B

L'équipe de réadaptation devrait reconnaître que les caractéristiques des différents niveaux de communication peuvent varier en fonction des aspects suivants :

- Le partenaire dans la communication : La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral peut communiquer à un niveau plus élevé avec ses proches qu'avec les intervenants
- L'environnement
- Les exigences de la communication (p. ex. le manque de temps, le besoin de suivre plusieurs locuteurs)
- Les priorités de communication
- La fatigue
- Les facteurs physiques
- Les facteurs psychosociaux
- Les autres facteurs personnels

(Adapté d'INCOG 2014, Cognitive Communication 1, p. 356)

k2 – Réadaptation des aptitudes cognitivocommunicatives

K 2.1

C

La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente un trouble de communication cognitive devrait pouvoir bénéficier d'une thérapie appropriée.

(Adapté d'INCOG 2014, Cognitive Communication 2, p. 356)

Remarque : Le principal objectif de la prise en charge consiste à faciliter le retour optimal à la pleine participation sociale. Les données probantes disponibles préconisent des approches individualisées, fonctionnelles, axées sur des objectifs et des résultats, centrées sur la personne et ancrées dans la réalité des exigences quotidiennes de la communication et de la cognition. Les interventions devraient être réalisées dans des environnements variés et fournir des occasions pour mettre en pratique les aptitudes de communication (Togher et coll., 2014). La thérapie peut être à la fois directe et indirecte, et inclure les points suivants :

- Améliorer et restaurer les fonctions cognitivocommunicatives
- Aider à la réintégration progressive dans les tâches quotidiennes et les activités productives qui nécessitent des aptitudes cognitivocommunicatives
- Modifier l'environnement de communication
- Habilitier les partenaires de communication et améliorer l'environnement et les paramètres de communication
- Aider à l'adaptation aux incapacités, aux stratégies d'adaptation, au développement de la confiance en soi et de l'estime de soi
- Entraîner la personne à l'utilisation de stratégies compensatoires
- Fournir de l'information à propos des troubles de communication cognitive

RÉFÉRENCE :

- College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario (CASLPO) (2015) p.25

K 2.2

N C

Les objectifs de la thérapie de communication cognitive devraient être établis en collaboration avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et ses proches, et inclure des activités fonctionnelles et significatives pour la personne. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Finch et al. (2015)

k2 – Réadaptation des aptitudes cognitivocommunicatives

<p>K 2.3</p> <p>  </p>	<p>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)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barreca et al. (2003) - ERABI Module 7- Cognitive-Communication Treatments, p.33
<p>K 2.4</p> <p></p>	<p>Des aides techniques de suppléance à la communication orale appropriées devraient être fournies à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et des cliniciens expérimentés devraient entraîner la personne à leur utilisation. (Adapté d'INCOG 2014, Cognitive Communication 6, p. 357)</p>
<p>K 2.5</p> <p> </p>	<p>De l'entraînement aux habiletés sociales devrait être offert à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral afin de diminuer les problèmes liés aux habiletés de conversation interpersonnelle et pragmatique. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dahlberg et al. (2007) - McDonald et al. (2008)
<p>K 2.6</p> <p> </p>	<p>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)</p>
<p>K 2.7</p> <p> </p>	<p>Les interventions de communication sociale pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient inclure des jeux de rôle afin d'améliorer différentes habiletés de communication sociales ainsi que l'image et la confiance en soi dans le cadre de ces activités. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dahlberg et al. (2007)
<p>K 2.8</p> <p> </p>	<p>Les cliniciens devraient envisager la thérapie de groupe comme un contexte approprié pour l'entraînement aux habiletés sociales lorsque la personne présente des troubles de communication sociale après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Braden et al. (2010)

L

Dysphagie et nutrition

L1- Évaluation de la déglutition (dysphagie)

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 1.2



L'évaluation instrumentée (gorgée barytée modifiée sous vidéofluoroscopie) de la dysphagie chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être envisagée lorsque :

- l'efficacité des stratégies et des techniques compensatoires pour une déglutition sécuritaire est évaluée ;
- l'évaluation au chevet indique de possibles troubles de la phase pharyngée pouvant inclure l'aspiration d'aliments et de liquides dans les poumons ;
- les risques de procéder sur la base de l'évaluation au chevet dépassent les avantages possibles c.-à-d. la personne est à très haut risque d'étouffement ou d'aspiration avec l'alimentation orale ;
- l'évaluation au chevet ne fournit pas à elle seule une évaluation assez solide permettant l'élaboration d'un plan de traitement adéquat pour la dysphagie.

(Adapté de SIGN 2013, 7.2.1, p. 30)

L1- Évaluation de la déglutition (dysphagie)

L 1.3



Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) qui peut le tolérer cognitivement et physiquement, la gorgée barytée modifiée sous vidéofluoroscopie ou l'examen avec gorgée barytée modifiée devrait être utilisée comme outil pour soutenir la prise en charge de la dysphagie et l'identification de l'aspiration. (INESSS-ONF, 2015)

Remarque : L'aspiration peut être observée chez 30 à 50 % des personnes présentant de la dysphagie après un TCC.

- L'aspiration silencieuse n'est pas rare et sa détection nécessite des examens de gorgée barytée modifiée sous vidéofluoroscopie.
- L'aspiration est plus fréquente chez les TCC graves.

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](#)

L2 – Prise en charge de la déglutition (dysphagie)

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 2.3



Le plan d'intervention au regard de la dysphagie chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait prévoir une approche interdisciplinaire et aborder le positionnement, les stratégies d'alimentation, la condition médicale, le profil pharmacologique, les troubles cognitifs, les comportements, le confort et l'état nutritionnel. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario \(CASLPO\) \(2015\)](#)

L2 – Prise en charge de la déglutition (dysphagie)

  L 2.4	Lorsque cela est possible, il est recommandé que la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral soit encouragée à se nourrir elle-même. (INESSS-ONF, 2015) RÉFÉRENCE : <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.27, 5.5.1, table 5.13
  L 2.5	Afin de diminuer le risque de pneumonie d'aspiration, de l'information et des conseils portant sur les soins de bouche appropriés devraient être fournis à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, aux intervenants et aux proches. (INESSS-ONF, 2015) RÉFÉRENCE : <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.27, Table 5.13
  L 2.6	De l'information et des conseils portant sur la dysphagie, l'alimentation et la déglutition sécuritaires devraient être fournis à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, à ses proches ainsi qu'aux personnes qui prodiguent les soins et services. On devrait également mettre l'accent sur l'influence négative que peuvent exercer les déficits cognitifs post-traumatiques (p. ex. l'impulsivité, la négligence, la verbosité, le manque de concentration, la fatigue, etc.) sur une déglutition sécuritaire. (INESSS-ONF, 2015)

L3 – Évaluation et prise en charge de la nutrition

   L 3.1	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) RÉFÉRENCE : <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.38
  L 3.2	Lorsque cela est pertinent, un intervenant détenant la formation et l'expertise requise dans les stratégies alimentaires à faible risque devrait fournir de l'aide à l'alimentation ou de la supervision à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015) RÉFÉRENCE : <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.28, Table 5.14
  L 3.3	La nutrition entérale et la nutrition parentérale sont recommandées, car il a été démontré qu'elles peuvent être efficaces pour augmenter l'apport calorique chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015) RÉFÉRENCE : <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.42, 5.8.1
  L 3.4	La nutrition parentérale totale (NPT) peut être administrée sécuritairement sans causer l'hyposmolalité sérique et sans influencer les niveaux de pression intracrânienne (PIC) ou la gestion de la pression intracrânienne chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015) RÉFÉRENCE : <ul style="list-style-type: none">- ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.42, 5.8.1

L3 – Évaluation et prise en charge de la nutrition

<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)
<p>L 3.6</p> <p></p>	<p>Il est recommandé de commencer la nutrition entérale des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral au débit visé afin d'augmenter le pourcentage de calories et de protéines prescrites réellement reçues. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.48, 5.8.3
<p>L 3.7</p> <p></p>	<p>La métoclopramide ne démontre pas d'avantage pour aider la vidange gastrique et NE DEVRAIT pas être utilisée chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.51, 5.8.6
<p>L 3.8</p> <p></p>	<p>Un dépistage des carences en zinc devrait être réalisé chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. Au besoin, des suppléments de zinc devraient être envisagés dans les 15 jours suivant le traumatisme pour favoriser la récupération neurologique après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.52, 5.9.1
<p>L 3.9</p> <p></p>	<p>Un apport élevé en azote d'environ 2 g de protéines/kg est recommandé pour compenser les pertes azotées substantielles qui surviennent après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.55, 5.8.3
<p>L 3.10</p> <p></p>	<p>Des suppléments d'acides aminés à chaîne ramifiée (appelés BCAA) sont recommandés pour favoriser la récupération cognitive chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, sans affecter négativement les concentrations de tyrosine et de tryptophane. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>Remarque : La disponibilité des suppléments de BCAA peut être problématique au Canada</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERABI Module 5 - Dysphagia & Nutritional Interventions, p.56, 5.9.4

M

Fonctions et contrôle moteurs

M1 – Évaluation des fonctions et du contrôle moteurs

M 1.1



Un intervenant ayant une formation et une expertise en neurologie devrait évaluer la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, puis élaborer, mettre en œuvre et superviser les interventions visant la récupération des fonctions motrices de la personne. (Adapté de NZGG 2006, 6.1, p. 88)

M2 – Réadaptation des fonctions et du contrôle moteurs

M 2.1



Toute approche de réadaptation physique dispensée après un traumatisme craniocérébral devrait tenir compte des blessures orthopédiques ou musculosquelettiques associées. (Adapté de NZGG 2006, 6.1, p. 88)

M 2.2



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)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation](#)

M 2.3



Le programme d'intervention sur le plan moteur devrait autant que possible être adapté à l'environnement habituel et aux activités de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté de NZGG 2006, 6.1, p. 88)

M 2.4



L'entraînement de la force et de l'endurance de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait autant que possible être réalisé dans un contexte de tâches fonctionnelles. (Adapté d'ABIKUS 2007, G54, p. 24)

M 2.5



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)

M 2.6



Puisque le contrôle postural constitue une composante essentielle de la mobilité et de la fonction motrice, on devrait donner à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral l'occasion d'expérimenter la position verticale, indépendamment de leur niveau de réactivité, du niveau de gravité et de récupération, pourvu qu'elle soit médicalement stable. Par exemple, la station assise graduelle ou le soutien à la station debout pour le contrôle de la tête, du cou et du tronc, devraient faire partie des interventions de contrôle postural. (INESSS-ONF, 2015)

M 2.7



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral présentant des besoins complexes d'installation en position assise devrait être confiée à une équipe interdisciplinaire spécialisée détenant de l'expertise en positionnement. (Adapté d'ABIKUS 2007, G54, p. 24 et NZGG 2006, 6.1.1, p. 90)

M2 – Réadaptation des fonctions et du contrôle moteurs

<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
<p>M 2.10</p> <p></p>	<p>L'entraînement à la marche est recommandé afin d'améliorer la mobilité après un traumatisme craniocérébral. (Adapté d'ABIKUS 2007, G54, p. 24)</p>
<p>M 2.11</p> <p> </p>	<p>Par rapport à l'entraînement conventionnel, l'entraînement à la marche avec soutien partiel du poids du corps ne fournit AUCUN avantage en termes de fonction ambulatoire, de mobilité ou d'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.29, 4.4.1
<p>M 2.12</p> <p> </p>	<p>On devrait envisager un entraînement à la marche avec soutien partiel du poids à l'aide d'un harnais et/ou de l'hydrothérapie pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui ne peut marcher sur le sol. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>M 2.13</p> <p> </p>	<p>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)</p>
<p>M 2.14</p> <p></p>	<p>La thérapie par le mouvement induit par la contrainte devrait être envisagée pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente des déficits moteurs des membres supérieurs avec préservation de certains mouvements du poignet et des doigts et qui peut cognitivement s'engager dans la thérapie. (Adapté de AOTA 2009, p. 82)</p>
<p>M 2.15</p> <p> </p>	<p>Les thérapies suivantes peuvent être envisagées afin d'améliorer les déficits sensorimoteurs des membres supérieurs et inférieurs après un traumatisme craniocérébral :</p> <ul style="list-style-type: none"> · La stimulation électrique fonctionnelle · Les bains contrastes · La thérapie par le miroir · L'ergométrie par bicyclette avec ou sans assistance motrice, selon le niveau de fonctionnement de la personne. <p>(INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>M 2.16</p> <p> </p>	<p>Un programme doit être en place pour prévenir les traumatismes de l'épaule de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral dont les membres supérieurs sont flasques. Ceci inclut le positionnement au lit, le soutien des bras pendant la station assise et l'utilisation d'une écharpe d'épaule pendant la station debout ou les transferts. (INESSS-ONF, 2015)</p>

M2 – Réadaptation des fonctions et du contrôle moteurs

M 2.17 C	Des orthèses devraient être individuellement ajustées par un intervenant ou un orthésiste détenant une expertise en traumatisme craniocérébral. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.1, p. 90)
M 2.18 B	En cas de progression des contractures ou des difformités, des plâtres, des attelles et des étirements passifs peuvent être envisagés pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (SIGN 2013, 4.2.1, p. 17)
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)

M3 – Évaluation de la spasticité

M 3.1 C	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral présentant de la spasticité devrait être évaluée et bénéficier d'un plan coordonné de prise en charge interdisciplinaire qui inclut :</p> <ul style="list-style-type: none">· l'identification et la gestion des facteurs aggravants, tels que la douleur et les infections ;· des modalités de thérapies spécifiques (p. ex. plâtres successifs ou attelles amovibles) ;· l'administration de médicaments antispasmodiques (p. ex. le baclofène et la tizanidine), y compris la toxine botulique, si elle est indiquée (voir la section M4 pour plus d'informations) ;· des interventions de réadaptation qui incluent des routines d'amplitude de mouvements, de flexibilité et de positionnement. <p>(Adapté d'ABIKUS 2007, G63, p. 26)</p>
--------------------------	---

M4 – Prise en charge de la spasticité

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 4.2 C	Le traitement par toxine botulique pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être employé dans un cadre interdisciplinaire impliquant un physiothérapeute/ergothérapeute et un orthésiste au besoin. (Adapté de SIGN 2013, 4.2.2, p. 17)
M 4.3 C	<p>L'administration par voie orale de baclofène, de tizanidine ou de dantrolène sodique peut être envisagée pour traiter la spasticité des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté de SIGN 2013, 4.2.3, p. 18)</p> <p>Remarque : Lorsqu'ils prescrivent ces médicaments, les médecins devraient prendre en compte et surveiller leurs effets indésirables sédatifs et cognitifs.</p>
M 4.4 C	Un essai de baclofène intrathécal pour le traitement de la spasticité sévère chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral peut être envisagé après qu'ont été épuisées les autres options thérapeutiques, soit les médicaments antispasmodiques (p. ex. baclofène, dantrolène, tizanidine, toxine botulique), les plâtres, les attelles et les étirements. L'essai devrait être rigoureusement surveillé étant donné les complications possibles, y compris le mauvais fonctionnement de la pompe. On devrait aussi s'assurer que la personne a accès à un suivi continu pour, par exemple, faire remplir la pompe, de même que reconnaître et résoudre les problèmes de fonctionnement. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.1, p. 90)

M5 – Évaluation pour la technologie d'assistance

M 5.1



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 :

- 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)

M6 – Prescription de technologie d'assistance

M 6.1



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)

M 6.2



Lorsqu'un besoin d'équipement est reconnu pour la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, l'équipement devrait être fourni le plus rapidement possible, et ce, avant le congé à domicile s'il s'agit d'une question de sécurité. (NZGG 2006, 6.2, p. 107)

M 6.3



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et ses proches devraient être entraînés à utiliser l'équipement de façon sécuritaire et efficace. (NZGG 2006, 6.2, p. 107)

M 6.4



On devrait remettre à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et à ses proches des informations écrites claires relatives aux personnes à contacter pour faire réparer l'équipement, le remplacer ou obtenir des conseils et de l'aide par la suite. L'efficacité de l'équipement devrait être évaluée régulièrement en conformité avec les directives du fabricant. (Adapté d'ABIKUS 2007, G89, p. 31 et NZGG 2006, 6.2, p. 107)

M 6.5



Au moment approprié, la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait disposer d'un fauteuil roulant adapté ainsi que des coussins et accessoires de positionnement requis. Une révision de l'équipement et du positionnement au fauteuil devrait être effectuée régulièrement selon l'évolution des besoins. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.1, p. 90)

M 6.6



Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, les aides techniques à la marche ou à la station debout ne devraient être envisagées qu'après une évaluation complète des avantages et des risques potentiels que présente l'aide technique par rapport à la condition physique de la personne et à ses capacités cognitives. (Adapté de SIGN 2013, 4.1.6, p. 16)

N

Déficits sensoriels

N1 – Évaluation de la vision

N 1.1



Le dépistage de troubles de la vision et/ou de déficits perceptuels devrait être effectué chez toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Si un trouble est présent, des interventions de réadaptation visant le trouble visuel concerné devraient être offertes. (Adapté d'ABIKUS 2007, G55, p. 25)

N 1.2



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 :

- 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)

N2 – Prise en charge des déficits visuels

N 2.1



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)

N 2.2



Un programme d'entraînement avec rétroaction visuelle devrait être appliqué avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente un trouble des poursuites visuelles et des saccades oculaires. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.11, 4.1.3

N3 – Évaluation du système vestibulaire

N 3.1



Le dépistage, et au besoin l'évaluation formelle, de troubles du système vestibulaire par un intervenant spécialisé dans ce domaine devrait être effectué chez toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. Si un trouble est présent, la personne devrait entreprendre une rééducation vestibulaire. (Adapté d'ABIKUS 2007, G59, p. 25)

0

Fatigue et troubles du sommeil

01 – Évaluation de la fatigue et des 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 1.2</p> <p>B</p>	<p>Les cliniciens devraient prendre en considération le fait que les troubles du sommeil à la suite d'un traumatisme craniocérébral constituent l'une des causes des modifications cognitives et des autres changements de comportement. (Adapté d'ABIKUS 2007, G13, p. 18)</p>

02 – Prise en charge de la fatigue et des troubles du sommeil

<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 luminothérapie, 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 2.2</p> <p>N B</p>	<p>L'administration de 2 à 5 mg de mélatonine pour traiter l'insomnie après un traumatisme craniocérébral devrait être envisagée. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shekleton et al. (2010) - Kemp et al. (2004) - Ponsford et al. (2012) - Colantonio et al. (2010) - Glassner et al. (2013)
<p>O 2.3</p> <p>N C</p>	<p>L'administration de 25 à 100 mg de trazodone pour traiter l'insomnie après un traumatisme craniocérébral devrait être envisagée. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Larson and Zollman (2010)
<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)

02 – Prise en charge de la fatigue et des troubles du sommeil

O 2.5



Un traitement à court terme sous méthylphénidate devrait être envisagé afin de réduire la somnolence diurne excessive chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 15 - Fatigue and Sleep Disorders, p.21, 15.4.2](#)

P

Douleur et céphalées

P1 – Évaluation de la douleur et des céphalées

P 1.1



La présence de douleur devrait toujours être envisagée lorsqu'une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral est agitée ou présente des troubles cognitifs/de communication, de l'agitation psychomotrice ou une augmentation de la spasticité. Une attention particulière doit être portée aux signes non verbaux de la douleur, par exemple les grimaces. (ABIKUS 2007, G73, p. 27)

P2 – Gestion de la douleur et des céphalées

P 2.1



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 :

- 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.

(Adapté d'ABIKUS 2007, G74, p. 27)

P 2.2



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)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.55, 4.7.3.2](#)

P 2.3



La rétroaction biologique (biofeedback) peut être envisagée pour diminuer les symptômes de douleur chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral et souffrant de céphalées. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.54, 4.7.3.1](#)

P 2.4



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)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 4 - Motor & Sensory Impairment Remediation, p.58, 4.7.4.1](#)

Q

Enjeux psychosociaux et adaptation

Q1 – Enjeux psychosociaux et adaptation

<p>Q 1.1</p> <p>P N C</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 N C</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 C</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>
<p>Q 1.4</p> <p>N C</p>	<p>L'information et les interventions offertes à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et portant sur la sexualité devraient tenir compte de l'origine culturelle, du sexe, de l'âge et de l'orientation sexuelle de la personne. (INESSS-ONF, 2015)</p>

R

Enjeux neurocomportementaux et de santé mentale

R1 – Évaluation neurocomportementale

<p>R 1.1</p> <p>P C</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>
--	--

R1 – Évaluation neurocomportementale

R 1.2  	<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>
R 1.3  	<p>Les cliniciens devraient soigneusement définir et caractériser les troubles neurocomportementaux présents en utilisant une combinaison d'entrevues diagnostiques (y compris auprès des proches et des intervenants) et d'observation directe de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)</p>
R 1.4  	<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 1.5  	<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>

R2 – Interventions neurocomportementales

R 2.1 	<p>À n'importe quelle étape du continuum de services, la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente des troubles importants de comportements venant perturber le quotidien devrait avoir accès à des services spécialisés dans la prise en charge et la gestion de tels comportements, y compris l'abus de substances. (Adapté d'ABIKUS 2007, G19, p. 19)</p>
R 2.2  	<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>

R3 – Gestion des comportements sexuels inappropriés

R 3.1 	<p>De l'information et de la formation devraient être dispensées aux proches et aux intervenants sur les stratégies de gestion et de modification des comportements sexuels inappropriés persistants après un traumatisme craniocérébral, ainsi que sur les moyens d'éviter de les renforcer involontairement. (Adapté de NZGG 2006, 6.5, p. 113)</p>
---	---

R4 – Évaluation des troubles de l’humeur et de la dépression

R 4.1



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)

R5 – Traitement des troubles de l’humeur et de la dépression

R 5.1



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)

R 5.2



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)

RÉFÉRENCES:

- Bedard et al. (2014)
- [ERABI Module 8-Mental Health Issues, p.18, 8.2.4](#)

R 5.3



L’enseignement, en groupe, de stratégies d’adaptation pour diminuer les symptômes de dépression devrait être envisagé chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui a une bonne perception de ses difficultés. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE:

- [ERABI Module 8-Mental Health Issues, p.18, 8.2.4](#)

R 5.4



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)

RÉFÉRENCES:

- Arundine et al. (2012)
- Bradbury et al. (2008)

R6 – Médication pour la dépression

R 6.1



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)

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.

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.

RÉFÉRENCE:

- [ERABI Module 8-Mental Health Issues, p.18, 8.2.3](#)

R6 – Médication pour la dépression

R 6.2



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)

RÉFÉRENCE :

- Lee et al. (2005)

R 6.3



L'utilisation d'antidépresseurs tricycliques (ATC) (la désipramine) peut être envisagée comme option de troisième ligne pour traiter la dépression suivant un traumatisme craniocérébral, quoiqu'une efficacité réduite et un risque plus élevé d'effets indésirables, y compris des convulsions, puissent limiter leur utilisation. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Wroblewski et al.(1996)

R7 – Traitement de l'anxiété

R 7.1



La thérapie cognitivocomportementale est recommandée pour diminuer l'anxiété après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES :

- ERABI Module 8-Mental Health Issues, p.18, 8.2.3
- Arundine et al. (2012)
- Bradbury et al. (2008)

R8 – Médication pour l'anxiété

R 8.1



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)

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.

R 8.2



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)

RÉFÉRENCE :

- Waldron-Perrine et al. (2008)

R9 – Médication pour la psychose

R 9.1



L'utilisation de neuroleptiques de 2^e génération est recommandée pour le traitement de la psychose, car ils présentent moins de symptômes extrapyramidaux que les neuroleptiques de 1^{re} génération, et ils exercent leurs effets sur des sites différents des récepteurs D2. (Adapté de NGWG 2006, p. 1475)

Remarque: Les neuroleptiques de 1^{re} génération ont aussi été associés à un plus grand effet sur la récupération neurologique. Le recours continu à la médication antipsychotique devrait être périodiquement réévalué; il est nécessaire de surveiller le poids, les paramètres métaboliques et les symptômes extrapyramidaux d'apparition tardive. Puisque tous les neuroleptiques diminuent à différents degrés le seuil d'apparition des convulsions, un essai initial avec un anticonvulsivant devrait être envisagé si l'élévation du risque de convulsions est une préoccupation importante.

R10 – Médication pour l'agitation et les comportements agressifs

R 10.1



Dans le cas d'un état grave, voire potentiellement fatal, d'agitation et de comportements agressifs portant atteinte à la sécurité du patient ou du personnel, l'administration de neuroleptiques ou de benzodiazépines intramusculaires peut être envisagée. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 12-Neuropharmacology, p.25;36;38](#)

R 10.2



L'administration de neuroleptiques par voie orale devrait être considérée, en tenant compte du délai d'action, pour traiter un état grave d'agitation et de comportements agressifs sévères portant atteinte à la sécurité du patient ou du personnel. Les neuroleptiques de 2^e génération dont la quétiapine, la ziprasidone, l'olanzapine et la risperidone sont à privilégier par rapport aux neuroleptiques de 1^{re} génération, bien que les effets indésirables de la methotrimeprazine soient limités. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES :

- Chew and Zafonte (2009)
- Bhatnagar et al. (2016)
- Elovic et al. (2008)

R 10.3



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)

RÉFÉRENCE :

- [ERABI Module 8-Mental Health Issues, p.37-38](#)

R 10.4



L'administration de valproate (750 à 2250 mg/jour) et/ou de carbamazépine (200 à 1200 mg/jour) pour atteindre l'écart thérapeutique devrait être envisagée comme option pour traiter les comportements agressifs chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, particulièrement chez celles qui présentent des convulsions concomitantes. (Adapté de NGWG 2006, p.1492)

R 10.5



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)

RÉFÉRENCES :

- Hammond et al. (2014)
- Hammond et al. (2015)

R10 – Médication pour l'agitation et les comportements agressifs

R 10.6
 

L'administration de sertraline peut être envisagée comme option thérapeutique chez les personnes présentant un niveau modéré d'agitation et d'irritabilité après un traumatisme craniocérébral. L'administration d'autres classes d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peut être envisagée lorsque la sertraline n'est pas tolérée par la personne. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES :

- [ABIKUS \(2007\), G29, p.21](#)
- Kant et al. (1998)

R 10.7
 

Les antidépresseurs tricycliques peuvent être envisagés comme option de 3^e ligne pour le traitement des comportements agressifs après un traumatisme craniocérébral, particulièrement chez les personnes qui présentent un trouble du sommeil/éveil associé. S'il est décidé de les utiliser, il est préférable d'administrer de la nortriptyline ou de la désipramine en raison de leur tolérabilité. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Warden et al. (2006), p.1492

R 10.8
 

L'administration de neuroleptiques de 1^{re} génération et de benzodiazépines pour traiter l'agitation ou les comportements agressifs chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devrait être réduite au minimum puisque ces médicaments peuvent ralentir la récupération après un TCC, en plus d'avoir un effet négatif sur la cognition. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- [ABIKUS \(2007\),G15, p.19](#)

R11 – Médication pour le trouble bipolaire et la manie

R 11.1
 

L'administration de médicaments fréquemment utilisés dans la gestion des symptômes similaires au trouble bipolaire (c.-à-d. manie et humeur dépressive), par exemple le lithium, les anticonvulsivants et les neuroleptiques, devrait être envisagée, même si les données probantes sont insuffisantes pour soutenir ou contredire leur utilisation chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. Le lithium nécessite une surveillance étroite parce que ses effets indésirables peuvent en limiter l'utilisation chez cette population. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES :

- [ERABI Module 12-Neuropharmacology, p.25;36;38](#)
- Chew and Zafonte (2009)

R12 – Éducation aux proches sur les aspects neurocomportementaux

R 12.1
 

Les proches et les personnes-clés dans l'entourage de la personne devraient recevoir de l'information et des conseils au sujet des causes des troubles émotifs et comportementaux après un traumatisme craniocérébral, des antécédents et déclencheurs possibles, des stratégies de gestion appropriées ainsi que des effets indésirables possibles des médicaments. Au moment opportun, les proches devraient recevoir de l'information écrite sur la manière de gérer le comportement et les émotions et devraient être invités à jouer un rôle dans le processus en fournissant de la rétroaction et des informations sur les comportements de la personne. (INESSS-ONF, 2015)

S

Troubles d'utilisation de substances

S1 – Évaluation des troubles d'utilisation de substances

S 1.1 	<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)
S 1.2 	<p>De l'information et de la formation devraient être dispensées aux intervenants des programmes pour les troubles d'utilisation d'alcool et de substances concernant le traumatisme craniocérébral, les séquelles qui y sont associées de même que ses effets sur la consommation. (Adapté de NZGG 2006, 14.3, p. 170)</p>

S2 – Gestion des troubles d'utilisation de substances

S 2.1 	<p>La gestion des troubles concomitants d'utilisation de substances devrait s'effectuer simultanément à la prise en charge du traumatisme craniocérébral (TCC) et non de manière séquentielle. Les objectifs et les interventions liés à l'utilisation de substances devraient être intégrés au plan de réadaptation du TCC. (INESSS-ONF, 2015)</p>
S 2.2 	<p>L'abus de substances ne devrait pas être un critère d'exclusion d'un programme de réadaptation pour les traumatismes craniocérébraux. Les interventions devraient être maintenues tout en visant à réduire les dommages et à assurer la sécurité de la personne qui continue à consommer. (INESSS-ONF, 2015)</p>
S 2.3 	<p>Les intervenants devraient utiliser des incitatifs au traitement afin d'aider la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente aussi un trouble d'utilisation de substances à s'engager efficacement dans le processus de réadaptation. (INESSS-ONF, 2015)</p> <p>RÉFÉRENCES:</p> <ul style="list-style-type: none">- Corrigan and Bogner (2007)- Corrigan et al. (2005)
S 2.4 	<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

T1 – Évaluation de la continence

T 1.1



Une évaluation complète des fonctions vésicales et intestinales devrait être effectuée dans les jours suivant l'admission en réadaptation. Le fonctionnement physique, cognitif et émotionnel de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral devrait être pris en compte lors de cette évaluation. (Adapté de SIGN 2013, 4.4, p. 19)

T2 – Gestion de l'incontinence

T 2.1



Le plan de réadaptation pour l'incontinence urinaire après un traumatisme craniocérébral devrait inclure :

- 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.

(Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)

T 2.2



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)

T 2.3



Un médicament anticholinergique pour un problème de continence devrait être prescrit à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral seulement après démonstration que la vessie est hyperactive. Un examen urodynamique est considéré comme une mesure optimale. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)

Remarque : Les médicaments anticholinergiques sont associés à des complications, notamment des atteintes sur les plans cognitifs et mnésiques.

T 2.4



Les cathétérismes intermittents devraient être envisagés chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente un volume résiduel postmictionnel élevé. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)

T 2.5



Les cathéters à long terme peuvent être envisagés dans un programme de gestion de cathéters pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. Cependant, le cathéter sus-pubien devrait être envisagé préférablement au cathéter urétral à long terme. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)

T2 – Gestion de l'incontinence

T 2.6

C

En cas de constipation après un traumatisme craniocérébral, une routine dynamique de gestion intestinale devrait être instaurée aussi rapidement que possible et inclure :

- l'ingestion de liquides en quantité suffisante ;
- l'utilisation de laxatifs et de stimulants naturels, ou simplement de laxatifs à effet de masse ;
- la position debout et les exercices, lorsque possible ;
- le recours minimal, mais de préférence nul, à de la médication qui ralentit le transit intestinal ;
- le maximum d'intimité possible lors de la défécation ;
- la station assise avec soutien au moment de la défécation, le plus tôt possible dès que sécuritaire, et au même moment chaque jour ;
- le toucher rectal lorsque le rectum est plein et qu'aucune évacuation spontanée ne se produit.

(Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 93)

T 2.7

C

Un plan de gestion des fonctions vésicales et intestinales devrait être élaboré avec l'entière collaboration du personnel et des proches soignants de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.3, p. 94)

T 2.8

N

C

Une bactériurie asymptomatique ne devrait être traitée avec une antibiothérapie que dans des circonstances exceptionnelles après un traumatisme craniocérébral, par exemple une grossesse, une procédure urologique planifiée, et une détérioration de l'état cognitif. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCES :

- Lin and Fajardo (2008)
- Colgan et al. (2006)

T3 – Convulsions

T 3.1

C

Les convulsions aiguës pendant la réadaptation après un traumatisme craniocérébral devraient être prises en charge selon un protocole établi. (Adapté d'ABIKUS 2007, G79, p. 28)

T 3.2

N

C

Les anticonvulsivants, en particulier la phénytoïne et le levetiracetam, sont indiqués pour diminuer l'incidence de convulsions post-traumatiques dans les 7 premiers jours après le traumatisme. L'administration de routine d'anticonvulsivants pour prévenir les convulsions post-traumatiques tardives plus de 7 jours après le traumatisme n'est pas recommandée. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Brain Trauma Foundation (2007)

T3 – Convulsions

T 3.3



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)

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.

RÉFÉRENCE :

- ERABI Module 10 - Post-Traumatic Seizure Disorder, p.12, 10.4

T4 – Thrombose veineuse profonde

T 4.1



La thromboprophylaxie veineuse devrait être commencée dès que c'est médicalement approprié après un traumatisme craniocérébral. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Glassner et al. (2013)

T 4.2



L'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est préférable à l'héparine non fractionnée pour la thromboprophylaxie veineuse après un traumatisme craniocérébral (TCC). (Adapté d'ABIKUS 2007, G77, p. 28)

Remarque : Les données probantes soutenant cette recommandation proviennent principalement de la littérature en traumatologie/médecine et ne ciblent pas spécifiquement les personnes ayant subi un TCC.

T 4.3



Lorsque la thromboprophylaxie veineuse pharmacologique est contre-indiquée ou retardée après un traumatisme craniocérébral, des techniques physiques devraient être utilisées, par exemple des bas à compression pneumatique intermittente. (Adapté d'ABIKUS 2007, G77, p. 28)

T5 – Dépistage des complications neuroendocriniennes

T 5.1



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 thyrostimuline (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 thyrostimuline (TSH) n'écarte pas la possibilité d'une insuffisance hypophysaire avec déficience d'hormones thyroïdiennes. (INESSS-ONF, 2015)

Remarque : Le dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire est fréquent après un TCC et peut varier selon les phases du continuum (aiguë, subaiguë 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.

RÉFÉRENCES :

- ERABI Module 9 - Neuroendocrine Disorders, p.14
- Sesnilo et al. (2007)

T6 – Complications neuroendocriniennes

<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 familial 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

T7 – Dépistage de l'ossification hétérotopique

<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>
<p>T 7.2</p> <p>B</p>	<p>Le diagnostic précoce d'ossification hétérotopique après un traumatisme craniocérébral devrait inclure une tomographie osseuse en trois phases. (Adapté d'ABIKUS 2007, G75, p. 28)</p>

T8 – Traitement de l'ossification hétérotopique

<p>T 8.1</p> <p>C</p>	<p>Quand l'ossification hétérotopique s'est développée chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, le traitement devrait inclure de l'étédronate et/ou des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens. (Adapté d'ABIKUS 2007, G75, p. 28)</p>
<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 8.3</p> <p>C</p>	<p>La manipulation des articulations sous anesthésie peut être envisagée comme traitement pour augmenter l'amplitude articulaire chez les personnes présentant une ossification hétérotopique après un traumatisme craniocérébral. (Adapté d'ABIKUS 2007, G76, p. 28)</p>

T8 – Traitement de l'ossification hétérotopique

T 8.4

B

L'excision chirurgicale de l'ossification hétérotopique devrait être envisagée à un stade avancé chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. (Adapté d'ABIKUS 2007, G75, p. 28)

T9 – Principes de gestion de la médication (neuropharmacologie)

T 9.1



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)

T 9.2



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)

T 9.3



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)

T 9.4



La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral et son représentant devraient être informés lorsque l'utilisation de la médication est prescrite hors indications, et le processus de consentement devrait être modifié en conséquence. (INESSS-ONF, 2015)

Remarque : Le processus de consentement devrait inclure une discussion sur les motifs du traitement eu égard aux symptômes/syndrome visés, aux résultats probants publiés sur le traitement choisi, aux effets indésirables, aux risques et avantages potentiels, etc.

T 9.5



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)

T 9.6

C

Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, les concentrations sériques de certains médicaments devraient être surveillées autant que nécessaire pour prévenir la toxicité. (Adapté de NZGG 2006, 14.4.10. 3, p. 182)

T 9.7



Chez la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, les cliniciens devraient éviter de changer plus d'un médicament à la fois lors de l'ajout d'un nouveau médicament ou d'un changement de dosage. Faire «une chose à la fois», lorsque possible, permettra une évaluation plus précise des avantages des médicaments et des effets indésirables potentiels. (INESSS-ONF, 2015)

RÉFÉRENCE :

- Brain Trauma Foundation (2007) Section 8. Persistent Mental Health Disorders, Ref 8.7.c

T9 – Principes de gestion de la médication (neuropharmacologie)

<p>T 9.8</p> 	<p>En raison des limites potentielles de prise de conscience et d'autocritique de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, la collaboration avec les proches, si possible et acceptée par la personne, peut être utile pour surveiller l'efficacité des effets indésirables du traitement. (INESSS-ONF, 2015)</p>
<p>T 9.9</p> 	<p>Le traitement pharmacologique des symptômes neurocomportementaux ou de santé mentale après un traumatisme craniocérébral (TCC) devrait être utilisé avec précaution et en tenant compte du fait que la littérature suggère que plusieurs médicaments, y compris les neuroleptiques, les anxiolytiques et les anticonvulsivants, sont associés à un ralentissement de la récupération après un TCC. (Adapté d'ABIKUS 2007, G15, p. 19)</p> <p>RÉFÉRENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bhullar et al. (2014) - Szaflarski et al. (2014) - Bogner et al. (2015) - Bhatnagar et al. (2016) - Plantier and Luauté (2016)
<p>T 9.10</p> 	<p>S'il est décidé de prescrire un médicament pour améliorer l'éveil / la conscience de soi de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, un essai thérapeutique (méthode A-B-A) devrait être réalisé en utilisant une seule molécule à la fois et en mettant l'accent sur une surveillance formelle pour observer l'effet de la médication. (Adapté de RCP 2013, Section 2; 2.8, p. 34)</p> <p>Remarque : La méthode A-B-A constitue un type spécifique de devis de recherche qui inclut une période de base référentielle durant laquelle aucun traitement n'est administré et/ou aucune variable n'est introduite (A), une période subséquente lors de laquelle le traitement ou la variable est introduit (B), puis une période durant laquelle le traitement est cessé pour observer le comportement une deuxième fois (A). Ainsi, le comportement peut être observé avant le traitement, pendant le traitement, et après cessation du traitement.</p>
<p>T 9.11</p> 	<p>La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente des troubles de comportements significatifs peut avoir besoin d'une combinaison d'approches non pharmacologiques et pharmacologiques pour que le traitement soit optimal. Si possible, une approche séquentielle devrait être employée pour éviter d'obtenir des données confondantes et pour bien identifier les composantes efficaces. (Adapté de NZGG 2006, 6.1.7, p. 103)</p>
<p>T 9.12</p> 	<p>Pour chaque médicament envisagé, les médecins sont appelés à consulter la liste des médicaments couverts par les différents régimes d'assurance en vigueur afin de déterminer l'accessibilité au médicament et l'admissibilité au financement en raison des différences entre juridictions. Certains médicaments recommandés dans ce guide de pratique pourraient ne pas être remboursés par certains régimes d'assurance. (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