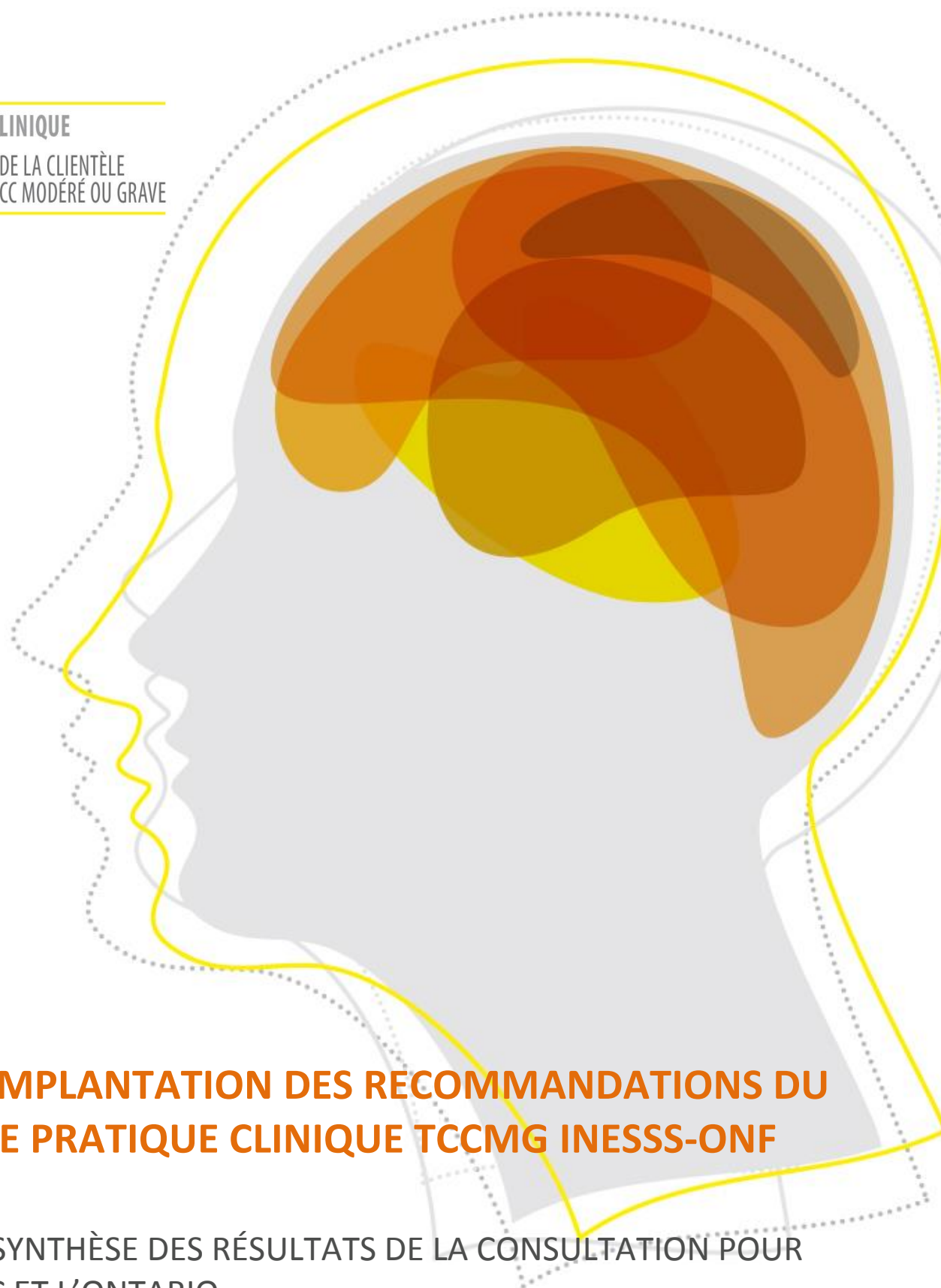

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

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



ÉTAT D'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE TCCMG INESSS-ONF

RAPPORT SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION POUR
LE QUÉBEC ET L'ONTARIO

REMERCIEMENTS

L'équipe du projet d'élaboration du guide de pratique clinique pour la réadaptation de la clientèle adulte ayant subi un Traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG) souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé à la consultation, au Québec et en Ontario, dont les résultats sont résumés dans le présent rapport.

L'équipe de projet :

Catherine Truchon

Coordonnatrice et chargée de projet
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Bonnie Swaine

Codirectrice scientifique du projet
Université de Montréal et CRIR

Marie-Eve Lamontagne

Chercheuse
Université Laval et CIRRISS

Anabèle Brière

Professionnelle scientifique en transfert de connaissances
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Pascale Marier-Deschênes

Coordonnatrice de projet pour le Québec
CIRRISS

Jacinthe Clusiau

Agente de secrétariat
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Corinne Kagan

Senior Program Director ABI, chargée de projet
Ontario Neurotrauma Foundation (ONF)

D^r Mark Bayley

Chercheur et directeur médical
Codirecteur scientifique du projet
UHN-Toronto Rehabilitation Institute

D^r Shawn Marshall

Physiatre et chercheur
Université d'Ottawa et Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Judy Gargaro

Spécialiste en transfert de connaissances
Ontario Neurotrauma Foundation (ONF)

Édition

Patricia Labelle
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Traduction

Marie St-Amour

LISTE DES SIGLES

GPC	Guide de pratique clinique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ONF	<i>Ontario Neurotrauma Foundation</i>
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCMG	Traumatisme craniocérébral modéré ou grave

CONTEXTE

- Récemment, l'*Ontario Neurotrauma Foundation* (ONF) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ont élaboré et publié un guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave (<https://guidepratiquebcc.org/>).
- Le guide de pratique clinique (GPC) a été élaboré au moyen d'une méthodologie rigoureuse tenant compte des plus récentes données scientifiques disponibles. Le guide contient 266 recommandations dont 109 ont été reconnues par un groupe d'experts comme fondamentales et prioritaires et les plus susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de réadaptation à la suite d'un TCC.
- Le guide se divise en deux sections : Section 1 : Composantes clés de la réadaptation à la suite d'un TCC et Section 2 : Évaluation et réadaptation des séquelles du TCC. Le plus récent niveau de preuve disponible accompagne chaque recommandation.
- Afin d'orienter la stratégie d'implantation des recommandations au Québec et en Ontario, l'INESSS et l'ONF ont procédé à un exercice de consultation auprès des principaux utilisateurs du GPC pour identifier les recommandations clés qui n'ont pas été implantées.

PROCESSUS DE CONSULTATION SUR L'IMPLANTATION

- Il a été demandé aux gestionnaires de programmes TCC de réviser, en collaboration avec les intervenants clés de leurs équipes, le sous-groupe des 109 recommandations fondamentales et prioritaires et de remplir un questionnaire en ligne portant sur :
 1. le niveau actuel d'implantation des recommandations au sein de leur programme (c.-à-d. « totalement implantée » à « non implantée »);
 2. le niveau de faisabilité de l'implantation et le niveau de priorité accordés aux recommandations dont l'implantation est incomplète;
 3. les obstacles potentiels à l'implantation des recommandations identifiées à la question précédente.
- Les réponses au questionnaire ont été analysées en fonction du contexte de la phase de services offerts (soins aigus ou réadaptation) et de la province (Québec ou Ontario).

ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

- Au Québec, le questionnaire a été soumis à 24 programmes ou milieux cliniques répartis dans 15 régions sociosanitaires.
 - 16 milieux offraient des services de réadaptation spécialisés en TCC ; 8 milieux offraient des services de réadaptation précoce en contexte de soins aigus;
 - 26 questionnaires complétés ont été reçus : 18 en provenance de centres de réadaptation (2 centres ont rempli 2 questionnaires en raison des particularités de leur offre de services) et 8 en provenance de centres de soins aigus.

- En Ontario, le questionnaire a été soumis à 27 programmes ou milieux cliniques répartis dans 12 des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Deux RLISS ne possédant pas d'installations offrant des soins aigus ou des services de réadaptation aux personnes ayant subi un TCC, les résidents de ces RLISS obtiennent leurs soins dans les RLISS voisins.
 - 12 milieux offraient des services spécialisés en TCC, 7 des services généraux de réadaptation à une variété d'usagers y compris des usagers ayant subi un TCC; 8 milieux offraient des services de réadaptation précoce en contexte de soins aigus;
 - 18 questionnaires complétés ont été reçus : 12 en provenance de centres de réadaptation (8 centres spécialisés et 4 centres de réadaptation non spécialisée) et 6 en provenance de centres de soins aigus;
 - 10 des 12 RLISS ont participé à la consultation

Pour l'analyse des résultats, les réponses ont été classées de la manière suivante :

Choix de réponse	Catégories de classement
1 = totalement implantée	Implantée
2 = majoritairement implantée	Implantée
3 = partiellement implantée	Non implantée
4 = occasionnellement implantée	Non implantée
5 = non implantée	Non implantée

Les centres de réadaptation des deux provinces et les milieux de soins aigus du Québec ont fourni une réponse pour les 109 recommandations, mais les milieux de soins aigus de l'Ontario, par consensus, n'ont répondu que pour un sous-groupe de 44 recommandations considérées comme pertinentes pour la réadaptation dans un milieu de soins aigus. Pour chacune des recommandations, la réponse médiane a été utilisée pour représenter le niveau groupé d'implantation pour le type de milieu dans chaque province. Les pourcentages ne cumulent pas 100 %, car pour quelques recommandations, la réponse médiane a été « non applicable ».

	Nombre de recommandations soumises pour la consultation	Pourcentage de recommandations « implantées »	Pourcentage de recommandations « non implantées »
Ontario – Soins aigus (n=6 milieux)	44	70 %	27 %
Québec – Soins aigus (n=8 milieux)	109	59 %	17 %
Ontario – Réadaptation (n=12 milieux)	109	80 %	16,5 %
Québec – Réadaptation (n=18 questionnaires)	109	62 %	19 %

Les tableaux suivants présentent les recommandations pour lesquelles au moins 50 % des répondants (soins aigus ou réadaptation; Québec ou Ontario) ont indiqué que la recommandation n'était **pas implantée** dans leur milieu, selon la catégorie de classement décrite plus haut (partiellement implantée, occasionnellement implantée et non implantée). Ils contiennent la formulation complète des recommandations de même que l'indication de la section à laquelle elles appartiennent c.-à-d. Section 1 : Composantes clés de la réadaptation à la suite d'un TCC ou Section 2 : Évaluation et réadaptation des séquelles du TCC ainsi que leur catégorie soit, Prioritaire ou Fondamentale.

ONTARIO – SOINS AIGUS (N=6 milieux)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 44 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Soins aigus n=6)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 2 : J 3.1 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.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	80 % (4/5)*	50 % (1/2)*	100 % (1/1)*
<p>Sec 2 : 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).</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	80 % (4/5)	100 % (4/4)	100 % (3/3)
<p>Sec 2 : J 3.4 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.</p> <p>Niveau d'évidence : A; Prioritaire</p>	75 % (3/4)	66 % (2/3)	100 % (2/2)
<p>Sec 2 : J 6.2 L'administration de donépézil (5 à 10 mg/jour) est recommandée pour améliorer les aspects de la mémoire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	67 % (2/3)	0 % (0/0)	NA
<p>Sec 1 : A 2.3 Les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devraient être formés aux problèmes de comportements spécifiques aux TCC afin d'être en mesure d'appliquer des stratégies de modification neurocomportementale cohérentes.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	67 % (4/6)	75 % (3/4)	100 % (3/3)
<p>Sec 2 : 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.</p> <p>Niveau d'évidence : A; Prioritaire</p>	50 % (3/6)	0 % (0/2)	NA

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 44 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Soins aigus n=6)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 2 : 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) Niveau d'évidence : B</p> <p>Remarque : La personne devrait recevoir des soins de bouche complets comme mesure de prévention, définis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Un dentiste ou un hygiéniste dentaire devraient être appelés en consultation au besoin.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	50 % (3/6)	100 % (3/3)	100 % (3/3)
<p>Sec 2 : 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	50 % (3/6)	100 % (3/3)	67 % (2/3)
<p>Sec 1 : B 1.1 Pendant la première année suivant le traumatisme, toute personne présentant un trouble de la conscience devrait être évaluée périodiquement par une équipe interdisciplinaire</p>	50 % (2/4)	100 % (2/2)	100 % (2/2)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 44 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Soins aigus n=6)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>spécialisée en traumatismes craniocérébraux.</p> <p>Remarque : L'équipe interdisciplinaire peut inclure, au besoin, un intensiviste, un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, une nutritionniste clinique, un inhalothérapeute, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un neuropsychologue, un travailleur social, un orthophoniste, etc.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>			
<p>Sec 2 : J 7.3 Des stratégies qui encouragent la régulation de la performance et de la rétroaction devraient être employées avec la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente des troubles de prise de conscience.</p> <p>Niveau d'évidence : A ; Prioritaire</p>	50 % (2/4)	50 % (1/2)	100 % (1/1)
<p>Sec 2 : 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> être réalisée par des intervenants détenant de l'expertise dans ce domaine (TCC et aides techniques/technologie d'assistance) ; être individualisée et effectuée dans l'environnement où l'équipement sera utilisé. <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	50 % (3/6)	66 % (2/3)	100 % (2/2)

***Remarque :** Quelques facteurs expliquent les variations du dénominateur. Tout d'abord, ce ne sont pas tous les milieux qui ont fourni une réponse à chaque recommandation. Ensuite, les réponses « ne sait pas » n'ont pas été incluses dans les analyses. Finalement, la construction du questionnaire faisait en sorte que seuls les milieux qui avaient qualifié une recommandation de « non implantée » (c.-à-d. les recommandations « partiellement implantée », « occasionnellement implantée », ou « non implantée » classées dans la catégorie « non implantée ») pouvaient répondre à la question sur le niveau de priorité; de la même façon, si le niveau de priorité d'une recommandation était qualifié d'élevé ou de moyen, le questionnaire permettait de fournir une réponse en lien avec le niveau de faisabilité. C'est pourquoi il est possible que le dénominateur soit beaucoup plus petit que le nombre de répondants et qu'il soit très différent d'une recommandation à l'autre.

QUÉBEC – SOINS AIGUS (N=8 milieux)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 109 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Soins aigus n=8)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 2 : S 1.1 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.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	86 % (6/7)*	100 % (6/6)*	100 % (6/6)*
<p>Sec 2 : 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.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	83 % (5/6)	80 % (4/5)	100 % (4/4)
<p>Sec 2 : 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 contrindications médicales.</p> <p>Niveau d'évidence : A; Prioritaire</p>	71 % (5/7)	100 % (5/5)	100 % (4/4)
<p>Sec 2 : J 6.2 L'administration de donépézil (5 à 10 mg/jour) est recommandée pour améliorer les aspects de la mémoire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	67 % (4/6)	67 % (2/3)	67 % (2/3)
<p>Sec 1 : A 2.1 Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes de santé mentale afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation réciproque de manière à ce que les professionnels en santé mentale puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	57 % (4/7)	100 % (4/4)	100 % (4/4)
<p>Sec 2 : J 3.1 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.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	57 % (4/7)	67 % (2/3)	0 % (0/1)

ONTARIO – RÉADAPTATION (N=12 milieux)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 109 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Réadaptation n=12)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 1 : A 2.2 Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes intervenant en toxicomanie ou en abus de substance afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de toxicomanie ou d'abus de substance en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation transversale de manière à ce que les professionnels intervenant en toxicomanie ou abus de substance puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	83 % (10/12)*	80 % (8/10)*	100 % (6/6)*
<p>Sec 1 : A 2.1 Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes de santé mentale afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation réciproque de manière à ce que les professionnels en santé mentale puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	82 % (9/11)	89 % (8/9)	88 % (7/8)
<p>Sec 2 : 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.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	67 % (6/9)	60 % (3/5)	66 % (2/3)
<p>Sec 2 : Q 1.3 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>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	64 % (7/11)	50 % (3/6)	100 % (3/3)
<p>Sec 2 : J 6.2 L'administration de donépézil (5 à 10 mg/jour) est recommandée pour améliorer les aspects de la mémoire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	56 % (5/9)	40 % (2/5)	100 % (2/2)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 109 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Réadaptation n=12)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 2 : O 2.4 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.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	55 % (6/11)	33 % (2/6)	100 % (2/2)
<p>Sec 1 : A 2.3 Les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devraient être formés aux problèmes de comportements spécifiques aux TCC afin d'être en mesure d'appliquer des stratégies de modification neurocomportementale cohérentes.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	50 % (6/12)	100 % (5/5)	100 % (5/5)
<p>Sec 1 : C 3.10 Des copies du rapport au congé et du plan de services devraient être remises à la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, et, avec son consentement, à sa famille ou ses proches ainsi qu'à tous les professionnels impliqués dans la réadaptation externe et l'intégration de la personne dans son milieu, notamment le médecin de famille. Ces rapports devraient inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un résumé de dossier de la personne ou un rapport précisant les antécédents cliniques, les examens et l'imagerie médicale ; • les résultats de toutes les évaluations récentes ; • un résumé des progrès réalisés ou des motifs de congé ou de transfert ; • les recommandations quant aux interventions à venir et au suivi préconisé. <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	50 % (6/12)	50 % (3/6)	100 % (3/3)
<p>Sec 2 : 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.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	50 % (5/10)	80 % (4/5)	100 % (4/4)
<p>Sec 2 : 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 contre-indications médicales.</p> <p>Niveau d'évidence : A ; Prioritaire</p>	50 % (5/10)	75 % (3/4)	100 % (3/3)

QUÉBEC – RÉADAPTATION (N=18 questionnaires)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 109 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Réadaptation n=18)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 1 : A 2.1 Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes de santé mentale afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation réciproque de manière à ce que les professionnels en santé mentale puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	100 % (17/17)*	100 % (17/17)*	87 % (13/15)*
<p>Sec 1 : A 2.2 Des mécanismes de collaboration et de continuité devraient être établis avec les services et les programmes intervenant en toxicomanie ou en abus de substance afin d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge pour les personnes présentant des problèmes de toxicomanie ou d'abus de substance en comorbidité avec le traumatisme craniocérébral (TCC).</p> <p>Ces mécanismes de collaboration devraient impliquer de la formation transversale de manière à ce que les professionnels intervenant en toxicomanie ou abus de substance puissent reconnaître et comprendre les enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC.</p> <p>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	78 % (14/18)	79 % (11/14)	100 % (10/10)
<p>Sec 2 : Q 1.3 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>Niveau d'évidence : C; Prioritaire</p>	78 % (14/18)	64 % (9/14)	100 % (9/9)
<p>Sec 1 : D 1.1 La personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui a reçu son congé d'un programme de réadaptation (à l'interne ou à l'externe) devrait avoir accès, au besoin, à un suivi téléphonique planifié avec un professionnel formé pour réaliser une entrevue motivationnelle, établir des objectifs et fournir du soutien et de l'aide dans la résolution de problème.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	78 % (14/18)	50 % (7/14)	83 % (5/6)

Recommandations NON implantées dans au moins 50 % des milieux répondants (Parmi un sous-groupe de 109 recommandations)	% des milieux dans lesquels cette recommandation n'est PAS implantée (Réadaptation n=18)	% des milieux pour lesquels cette recommandation est une priorité (si non implantée)	% des milieux pour lesquels l'implantation de cette recommandation est faisable (si c'est une priorité)
<p>Sec 2 : R 5.2 La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (<i>mindfulness</i>), adaptée au traumatisme craniocérébral (TCC), devrait être envisagée pour la personne ayant subi un TCC qui présente des symptômes de dépression.</p> <p>Niveau d'évidence : A; Prioritaire</p>	71 % (12/17)	75 % (9/12)	100 % (7/7)
<p>Sec 1 : A 1.11 Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de leurs services, les programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral devraient évaluer les éléments-clés de ses processus et de son efficacité, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délai en jours entre la date du traumatisme et le début de la réadaptation • Durée de séjour en réadaptation • Intensité des services • Mesures de progression de l'évolution fonctionnelle (p. ex. MIF, MAF, DRS, IAMP-4, CRS-R) • Orientation au congé (retour à domicile, niveau des services requis, etc.) • Retour au travail ou aux activités scolaires au moment du congé • Satisfaction et qualité de vie <p>Niveau d'évidence : C; Fondamentale</p>	56 % (10/18)	100 % (9/9)	100 % (9/9)
<p>Sec 1 : A 2.3 Les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) devraient être formés aux problèmes de comportements spécifiques aux TCC afin d'être en mesure d'appliquer des stratégies de modification neurocomportementale cohérentes.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	50 % (9/18)	78 % (7/9)	100 % (6/6)
<p>Sec 2 : J 6.2 L'administration de donépézil (5 à 10 mg/jour) est recommandée pour améliorer les aspects de la mémoire de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral.</p> <p>Niveau d'évidence : B; Prioritaire</p>	50 % (7/14)	100 % (4/4)	100 % (4/4)

SYNTHÈSE

- Plusieurs recommandations fondamentales et prioritaires sont déjà implantées dans les milieux des deux provinces;
- L'implantation n'est pas uniforme pour certaines des recommandations d'ordre plus systémique et clinique. Ce constat pourrait aider à orienter la stratégie d'implantation;

- Il semble que la collaboration et la continuité entre différents secteurs d'activités et de services pourraient être améliorées dans les deux provinces, ainsi que l'accès à des ressources spécialisées en TCC (Recommandations de la section A);
- Dans les milieux de soins aigus plus particulièrement, plusieurs des recommandations fondamentales et prioritaires portant sur les médicaments potentiellement utiles pour la prise en charge du TCC ne semblent pas implantées. Il serait donc indiqué d'accorder une attention particulière à ces recommandations dans la planification de l'implantation.

RECOMMANDATIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

- Des travaux sont en cours afin de déterminer comment l'INESSS et l'ONF vont soutenir les efforts d'implantation dans chacune des provinces ; lorsque possible, une collaboration interprovinciale sera favorisée ;
- Au Québec, une dernière consultation (méthode TRIAGE¹) aura lieu afin de finaliser la sélection des recommandations qui seront retenues dans la stratégie d'implantation. Cette consultation ne portera que sur les recommandations implantées dans moins de 50 % des milieux répondants ;
- Des outils utiles à l'implantation seront inventoriés ; d'autres seront élaborés afin de faciliter les activités d'implantation ;
- L'objectif général à atteindre, dans les différents milieux offrant de la réadaptation aux victimes d'un TCC modéré ou grave, est l'augmentation du niveau d'implantation des recommandations fondamentales et prioritaires contenues dans le guide de pratique.

¹ Méthode TRIAGE : Technique de Recherche d'Information par Animation d'un Groupe Expert (TRIAGE) qui consiste en une technique consensuelle permettant d'obtenir rapidement et efficacement du matériel informatif de qualité afin de faciliter la prise de décision.

ANNEXE

Pour consulter le guide de pratique clinique : <https://guidepratiquetcc.org>

Pour formuler questions ou commentaires, contactez directement ou par le site web :

En Ontario :

Judy Gargaro, Ontario Neurotrauma Foundation
judy@onf.org
416-422-2228, poste 216

Au Québec :

Anabèle Brière, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
anabele.briere@inesss.qc.ca
514-873-2563, poste 20319

Niveaux de preuve INESSS-ONF

- NIVEAU A** — 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.
- NIVEAU B** — 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.
- NIVEAU C** — 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.