

# **CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL**

**La nécessité de services mieux adaptés**

---

Produit par Nadia L'Espérance, Ph. D.  
Chercheuse en établissement  
Direction de l'enseignement universitaire, la recherche et l'innovation

Jean-Marc Ménard, M. A.  
Conseiller-cadre services psychosociaux 0-100 ans  
Santé mentale et dépendance  
Direction des services multidisciplinaires

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Septembre 2018

**Il est recommandé de citer le document de cette façon :**

L'Espérance, N., Ménard, J.-M. (2018). Consommation de psychotropes et traumatisme craniocérébral : La nécessité de services mieux adaptés. Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Services de réadaptation en dépendance.

**Dépôt légal**

ISBN : 978-2-550-81953-0

## Table des matières

INTRODUCTION .....	1
<b>CHAPITRE 1 – RECENSION DES ÉCRITS SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES CHEZ LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL.....</b>	<b>2</b>
Le traumatisme craniocérébral.....	2
Les troubles liés à l'utilisation de substances .....	4
Les déficits cognitifs chez les consommateurs d'alcool et de drogues.....	5
La consommation de psychotropes chez les personnes ayant subi un TCC .....	6
<b>Les modalités d'intervention auprès des personnes présentant un TCC et une consommation problématique de psychotropes .....</b>	<b>9</b>
1) Les études sur le dépistage et l'évaluation du TCC, des déficits cognitifs et de la consommation de psychotropes .....	10
2) Les guides de pratique clinique.....	14
3) L'organisation des services.....	16
4) Les modèles d'intervention .....	18
<b>Les études contrôlées sur l'efficacité des modalités d'intervention .....</b>	<b>20</b>
L'entretien motivationnel .....	20
L'intervention brève avec entretien motivationnel.....	20
L'intervention centrée sur le développement des habiletés .....	21
Le <i>counseling</i> motivationnel systématique .....	22
La gestion de cas intensive .....	22
<b>Discussion .....</b>	<b>24</b>
<b>CHAPITRE 2 – CONSULTATION DES CLINICIENS ET DES USAGERS DE LA RÉGION MAURICIE – CENTRE-DU-QUÉBEC .....</b>	<b>26</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>26</b>
Participants .....	26
Collecte de données .....	27
Déroulement du projet .....	28
Analyses .....	28
<b>Résultats .....</b>	<b>30</b>
Propos rapportés par les usagers .....	30
Propos rapportés par les intervenants.....	35
<b>CHAPITRE 3 – CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>45</b>
<b>Sur le plan de la sensibilisation des usagers et de leurs intervenants .....</b>	<b>47</b>
<b>Sur le plan de la réadaptation et des processus de dépistage, d'évaluation et d'intervention.....</b>	<b>47</b>
<b>Sur le plan de l'organisation des services.....</b>	<b>48</b>

<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE I.....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE II.....</b>	<b>63</b>

## Liste des tableaux

Tableau I	Catégories de gravité du traumatisme craniocérébral .....	3
Tableau II	Sensibilité et spécificité du CAGE chez des personnes ayant subi un TCC lorsque comparé au SCID .....	12
Tableau III	Sensibilité et spécificité du SASSI-3 et du BMAST chez des personnes ayant subi un TCC lorsque comparé au SCID .....	13
Tableau IV	Répartition des participants – usagers .....	25
Tableau V	Répartition des participants – intervenants.....	26
Tableau VI	Cheminement des démarches d’approbation éthique .....	28

## Liste des figures

Figure 1	Modèle à quatre quadrants des opportunités d’intervention sur les troubles liés à l’utilisation de substances chez les personnes présentant un traumatisme craniocérébral .....	17
----------	---	----

## Introduction

En 2014, dans le contexte des orientations régionales en dépendance, différents partenaires de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec avaient exprimé des préoccupations à l'égard des personnes qui ont subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et qui présentent une consommation de psychotropes. Pour répondre à ces préoccupations, l'agence de Santé et de Services sociaux de la région<sup>1</sup> avait mandaté le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy MCQ<sup>2</sup> (CRD) de réaliser une étude visant à documenter la problématique de dépendance chez la clientèle ayant subi un TCC.

La consommation de psychotropes est fréquemment associée aux accidents qui peuvent entraîner un TCC. Le TCC et la consommation de substances psychoactives peuvent entraîner de nombreux impacts sur le fonctionnement normal du cerveau, sur les capacités cognitives, affectives, relationnelles, comportementales et sociales des individus touchés. La présence simultanée des deux problématiques semble multiplier les obstacles au rétablissement ou limiter les impacts du traitement habituel ou du processus de réadaptation. La réponse au traitement chez ces personnes est souvent mitigée et implique parfois qu'elles nécessiteront des services de longue durée pour préserver ou compenser leur capacité limitée à fonctionner de façon autonome dans la communauté.

Pour réaliser le mandat que lui avait confié l'agence, le CRD Domrémy MCQ avait formé un comité composé de représentants du CSSS de Trois-Rivières<sup>3</sup>, du centre de réadaptation physique InterVal<sup>4</sup>, du CRD Domrémy MCQ et de l'Association des traumatisés craniocérébraux de la Mauricie/Centre-du-Québec. À la lumière des préoccupations et besoins exprimés par les membres de ce comité, il avait été convenu de procéder dans un premier temps à une recension des écrits sur la thématique des TCC et des problématiques de consommation de psychotropes. Dans un deuxième temps, une consultation auprès des équipes d'intervenants de première et de deuxième ligne œuvrant auprès de cette clientèle a été réalisée ainsi qu'auprès d'usagers présentant cette double problématique. Ces consultations visaient à mieux comprendre la réalité et les besoins spécifiques de cette clientèle, les enjeux et défis auxquels sont confrontés ces usagers et leurs intervenants, tout en dégagant les pistes d'amélioration des services offerts à ces personnes. Au terme de ces travaux, le comité a formulé des recommandations pour mieux adapter l'offre de services aux besoins spécifiques de cette clientèle.

---

<sup>1</sup> L'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec a été dissoute lors de la réorganisation de la gouvernance du réseau de la Santé (Loi 10).

<sup>2</sup> À la suite de la réorganisation de la gouvernance du réseau de la Santé (Loi 10), le CRD est devenu les Services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ.

<sup>3</sup> À la suite de la réorganisation de la gouvernance du réseau de la Santé (Loi 10), les services du CSSS-TR ont été intégrés au CIUSSS MCQ.

<sup>4</sup> À la suite de la réorganisation de la gouvernance du réseau de la Santé (Loi 10), le centre de réadaptation physique Interval est devenu les services de réadaptation physique du CIUSSS MCQ.

# Chapitre 1 – Recension des écrits sur la consommation de psychotropes chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral

La présente section se consacre à l'examen critique des écrits qui abordent la thématique de la consommation de psychotropes chez les personnes ayant subi un TCC, les interactions possibles entre ces deux problématiques, les modalités de dépistage et les traitements adaptés à cette clientèle.

Pour réaliser cette recension, quatre banques de données ont été consultées : Psycinfo, Medline, Francis et Social Works Abstract. Une série de mot-clés en lien avec la thématique a été utilisée : « *substance use* » (*substance use or substance misuse or substance abuse or addict\* or substance use disorder*) « *and brain injury* » (*brain injury or trauma\* brain injury or acquired brain injury*) « *and screening* » (*screening or treatment or intervention*) « *and integrated intervention* » (*integrated intervention or service integration*). Ainsi, des publications sur le TCC, sur les troubles liés à l'utilisation de substances et sur les déficits cognitifs associés à la consommation de psychotropes et sur les modalités d'intervention ont été considérées pour rédiger les trois premières sections de la présente recension, dans le but de mettre en contexte la consommation de psychotropes chez les personnes ayant subi un TCC.

De plus, la liste de références de chacune des publications retenues a été consultée afin de retrouver tout autre document pertinent. La consultation d'experts et la recherche manuelle de sites pertinents ont conduit à plusieurs publications et à une littérature grise en lien avec la thématique de la recension. De façon spécifique, la recension aborde la définition des deux problématiques à l'étude, leur prévalence, la relation entre la consommation de psychotropes et le TCC, les modalités de dépistage et de traitement adaptées à cette clientèle, l'efficacité de ces pratiques et les recommandations formulées par des groupes d'experts dans le domaine.

## Le traumatisme craniocérébral

Un traumatisme craniocérébral (TCC) correspond à une perturbation du fonctionnement normal du cerveau qui survient lorsque le crâne a été secoué ou frappé ou lorsqu'il subit des forces d'accélération, de décélération ou de rotation, qui projettent le cerveau hors de sa position à l'intérieur du crâne (coup-contrecoup) (Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2009). Un TCC peut survenir lors d'un accident de voiture ou autre véhicule à moteur, lors d'une chute, d'un coup reçu à la tête, d'un combat, d'une bataille ou lors d'une exposition à une explosion (SAMHSA, 2010). La perturbation du fonctionnement du cerveau apparaît habituellement de façon brusque et sa durée peut être variable ou permanente. Cette perturbation se caractérise par une ou plusieurs des manifestations suivantes : une altération ou perte de conscience plus ou moins longue, une perte de mémoire quant aux événements qui ont précédés ou suivis le traumatisme, une altération de l'état mental à la suite du traumatisme (confusion, désorientation, pensée ralentie, etc.), des déficits neurologiques transitoires ou permanents (faiblesse, perte d'équilibre, altération de la vision, praxis, aphasie, perte de sensation, altération des fonctions cognitives, etc.) ou une lésion intracrânienne (ONF, 2013; SIGN, 2013).

Selon la catégorisation internationale adoptée par l'OMS en 2004, trois niveaux de gravité du TCC ont été définis en fonction des caractéristiques présentées par la personne : léger, modéré ou grave. Le tableau I, tiré des Orientations ministérielles pour le traumatisme canin cérébral léger 2005-2010 (MSSS, 2005), présente les principales caractéristiques qui distinguent les trois niveaux de gravité du TCC.

Tableau I  
Catégories de gravité du traumatisme craniocérébral

CARACTÉRISTIQUES	TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL CATÉGORIES DE GRAVITÉ		
	LÉGER	MODÉRÉ	GRAVE
Durée de la perte ou de l'altération de la conscience	De 0 à 30 minutes, au maximum	Généralement entre 30 minutes et 6 heures, mais durée limite de 24 heures	Souvent > 24 heures à plusieurs jours, mais obligatoirement > 6 heures
Résultat obtenu à l'échelle de coma de Glasgow à l'urgence ou 30 minutes après le traumatisme	De 13 à 15	De 9 à 12	De 3 à 8
Lésions objectivées (fracture ou lésion intracrânienne)	Imagerie cérébrale : positive ou négative	Imagerie cérébrale : généralement, positive	Imagerie cérébrale : positive
Examen neurologique	Examen neurologique positif possible (signes focaux possibles)	Examen neurologique positif (signes focaux)	Examen neurologique positif (signes focaux)
Amnésie posttraumatique	Variable, mais doit être ≤ 24 heures	Variable, mais généralement entre 1 et 14 jours	Plusieurs semaines

La notion d'une altération de la conscience concerne essentiellement les atteintes légères. Les TCC modérés ou graves sont plutôt associés à une perte de conscience initiale d'une durée variable, mais qui respecte les durées maximales indiquées.

On estime que 70 à 90 % de l'ensemble des TCC chez les adultes traités initialement en milieu hospitalier sont de niveau léger (MSSS, 2005). Au Canada, 16 000 personnes sont hospitalisées annuellement pour un TCC (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). Au Québec, peu de données sont disponibles sur la prévalence globale des TCC parmi la population. Le ministère de la Santé et des Services sociaux estimait en 1999 que plus de 12 000 personnes subissaient ce type de blessure chaque année et 4 500 d'entre elles étaient hospitalisées pour cette raison.

Une étude québécoise plus récente a évalué qu'il y avait eu 3 607 hospitalisations attribuables à un TCC d'origine non intentionnelle au Québec en 2009, soit un taux ajusté de 43 hospitalisations par 100 000 personnes et la Mauricie – Centre-du-Québec se situait au 5e rang parmi les 15 régions sociosanitaires de la province avec un taux de 57 hospitalisations pour 100 000 personnes (Gagné et collab., 2012). Entre 2007 et 2009, les chutes ont constitué la principale cause d'hospitalisation (55 %), suivis des traumatismes associés aux transports, notamment chez les occupants de véhicule à moteur (16 %). En 2010-2011, les centres de réadaptation en déficience physique du Québec ont donné des services à 2 495 personnes à la suite d'un TCC, dont 68 % avaient un TCC modéré ou grave (INESSS, 2016).

Aux États-Unis, parmi les décès attribuables à un traumatisme, plus du tiers impliqueraient un TCC. Un peu plus de 40 % des personnes hospitalisées à la suite d'un TCC demeurent affectées par des incapacités à long terme (Zaloshnja et collab., 2008). Le TCC, selon la gravité et la zone du cerveau atteinte, peut entraîner différents problèmes physiques (paralysie), cognitifs (troubles de mémoire, de jugement, difficultés à organiser sa pensée, à résoudre des problèmes), affectifs (agressivité, irritabilité, difficulté à réguler les émotions, impulsivité) (SAMHSA, 2010) ou encore des troubles graves du comportement (Caron et collab., 2006). Les



désordres cognitifs et comportementaux seraient plus fréquents et parmi les facteurs les plus importants dans la réadaptation des patients (Jorge, 2005).

## Les troubles liés à l'utilisation de substances

Sur le plan de l'utilisation des substances psychoactives, on distingue aussi différents niveaux de gravité de problèmes de consommation. Chez les personnes qui consomment, on parle d'un simple usage sans conséquence pour les personnes qui ne dépassent pas un certain niveau de consommation. On parle d'une consommation à risque ou excessive, pour les personnes qui dépassent certains paramètres de consommation, susceptible d'entraîner des conséquences négatives à plus ou moins long terme, mais qui ne présentent toujours pas ces problèmes. Dès l'apparition d'un problème associé à la consommation, qu'il soit de nature physique, psychologique, relationnel, social, occupationnel ou judiciaire, on parle d'une consommation problématique. L'émergence de problèmes répétés associés à la consommation correspond habituellement au diagnostic d'abus selon le DSM-IV. Lorsque ces conséquences sont accompagnées d'une perte de contrôle de la consommation, de l'impossibilité momentanée de cesser la consommation malgré la présence répétée de ces problèmes associés, lorsqu'elles sont accompagnées d'un besoin d'augmenter la dose pour obtenir le même effet, de l'apparition de symptômes de sevrage lors de la diminution ou de l'arrêt de cette consommation, de la présence d'une pulsion intense de consommer, on parle habituellement d'un diagnostic de dépendance. Les diagnostics d'abus et de dépendance selon le DSM-IV ont été révisés et regroupés en 2013 sous le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances dans le DSM-V, sur un continuum de sévérité allant de léger à sévère<sup>5</sup>.

Au Canada, 4,4 % des Canadiens de 15 ans et plus répondent aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances au cours des 12 derniers mois selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 (Statistique Canada, 2013). La consommation d'alcool est le cinquième facteur de risque de décès prématuré et d'incapacité dans le monde selon l'OMS et le principal facteur de risque de morbidité en Amérique (ISQ, 2011). La proportion de buveurs actuels de 12 ans et plus (avoir consommé une fois ou plus dans la dernière année) dans la région Mauricie – Centre-du-Québec est estimée à 86 % en 2013-2014 (Pépin, 2017) en comparaison à 82 % pour le Québec. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool régulièrement et de façon excessive dans la région (30 % vs 18 %) (boire 5 consommations ou plus pour les hommes et 4 consommations et plus pour les femmes, au moins 12 fois au cours de la dernière année). Ce sont les 18 à 24 ans et les 25 à 44 ans qui sont plus susceptibles d'avoir eu une consommation excessive régulière (une fois par mois ou plus) au cours de la dernière année (38 % et 33 % respectivement). La consommation excessive d'alcool dans la population générale s'est accentuée au fil des années. Elle est passée de 15 % en 2000-2001 à 18 % en 2009-2010, à 20,5 % en 2013-2014. La proportion de buveurs excessifs en Mauricie – Centre-du-Québec est identique à celle du Québec en 2013-2014 (Pépin, 2017). Chez les élèves du secondaire, 67 % d'entre eux rapportent avoir consommé de l'alcool en comparaison à 59 % pour l'ensemble du Québec. Fait encourageant, la consommation excessive et répétitive d'alcool chez les élèves du secondaire dans la région est légèrement en recul entre 2003 et 2007 (24 % à 19,5 %). Globalement, on estime la prévalence de la dépendance à l'alcool dans la population générale du Québec au cours des 12 derniers mois à 1,8 %, ce qui représenterait 8 969 personnes en Mauricie et au Centre-du-Québec. C'est 2,7 % chez les hommes et 5,4 % chez les 15 à 24 ans (Bernier et Pépin, 2013; ESCC cycle 1.2, 2002; Kairouz et collab., 2008).

La consommation de drogues, pour sa part, est moins répandue. Elle est néanmoins souvent associée à des problèmes sociaux et des problèmes de santé. En 2008 (Bernier et Pépin,

---

<sup>5</sup> Pour une présentation plus détaillée des différents niveaux de troubles liés à l'utilisation d'une substance, voir Chauvet et collab., 2015.

ASSS MCQ, 2012), 16 % des hommes et 7 % des femmes de 15 ans et plus dans la région Mauricie – Centre-du-Québec disent avoir consommé des drogues au cours de la dernière année en comparaison à 17 % des hommes et 9 % des femmes au Québec. Le cannabis demeure la substance la plus consommée. Les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy et les hallucinogènes se retrouvent avec une prévalence de consommateurs actuels dans la région similaire (environ 1 %) à l'ensemble du Québec. La proportion de consommateurs actuels de drogues dans la région Mauricie – Centre-du-Québec diminue avec l'âge pour passer de 30 % pour les 15 à 24 ans à moins de 1 % pour les 65 ans et plus. Les personnes les moins favorisées économiquement, de même que celles se situant au niveau élevé de détresse psychologique, sont plus nombreuses à consommer des drogues au cours des 12 derniers mois que le reste de la population (17 % vs 10 %). Chez les élèves du secondaire, la proportion de consommateurs de drogue est en baisse depuis le début des années 2000. Dans la région, en 2003, 45 % des élèves du secondaire révélaient avoir consommé une drogue au cours de la dernière année en comparaison à 30 % en 2007 et 26 % en 2010-2011. Selon l'indice Dep-Ado, près de 6 % des élèves du secondaire de la région en 2010-2011 présentaient un problème important de consommation de substances psychoactives (feux rouges) et à peu près autant (4,5 %) ont un problème en émergence (feux jaunes).

### Les déficits cognitifs chez les consommateurs d'alcool et de drogues

Tout comme chez les personnes qui ont subi un TCC, la consommation de substances psychoactives peut entraîner différents impacts sur le cerveau (Bates, Buckman et Nguyen, 2013; Stavro, Pelletier, et Potvin, 2012; Syapin, 2011). Les personnes dépendantes à l'alcool présentent davantage de difficultés sur le plan de la mémoire, de l'autorégulation (*self-monitoring*) et des fonctions exécutives comme l'habilité à planifier, à résoudre des problèmes ou à anticiper les conséquences (Bates et collab., 2013).

Les personnes qui consomment des drogues à long terme, plus spécifiquement la cocaïne, la méthamphétamine ou le cannabis présentent des déficits au niveau de la mémoire de travail et de la capacité d'attention, au niveau des fonctions cognitives impliquées dans la prise de décision, dans l'inhibition ou la planification des conduites (Stavro et collab., 2012; Sofuoglu et collab., 2013). Ces déficits et leurs conséquences au plan physique, psychologique, social et occupationnel varient en intensité chez les individus et peuvent souvent passer inaperçus parce qu'ils apparaissent à la suite de la consommation à long terme, contrairement aux déficits associés aux TCC. Une fois en place, cependant, il est difficile de différencier les déficits induits par le TCC ou la consommation (Iverson, Lange et Franzen, 2005; Lange et collab., 2008, cité dans Hill et Colistra, 2014). Pour la majorité des consommateurs d'alcool ou d'autres drogues, leurs déficits cognitifs diminueront sensiblement après une période d'abstinence prolongée (plus d'un an) (Stavro et collab., 2012; Schulte et collab., 2014). Pour d'autres, ces déficits persisteront plus longtemps. Schulte et ses collègues (2014), dans leur recension, concluent que le recouvrement des fonctions neurocognitives est partiel et que des études additionnelles, mieux contrôlées, sont requises pour confirmer un recouvrement complet des facultés.

La présence de ces déficits a été associée à une moins grande persistance en traitement (Brorson et collab., 2013; Donovan et collab., 2001; Fals-Stewart et Lucene, 1994; Fals-Stewart et Schafer, 1992; Ferrandez-Serrano et collab., 2010, cité dans Marceau et collab., 2016), à une plus faible présence aux rencontres (Bates et collab., 2006; Copersino et collab., 2012; Smith et McCrady, 1991), à des impacts négatifs sur le processus et les mécanismes de changements, tels que la motivation au changement (Blume et collab., 2005), le sentiment d'auto-efficacité (Bates et collab., 2006), la prise de conscience (Rinn et collab., 2002) et l'acquisition d'habiletés (Kiluk et collab., 2011; Tivis et collab. 1995). De plus, ces usagers sont perçus par leurs intervenants comme étant moins attentifs, moins motivés et davantage dans le déni par rapport à leur problème de consommation. Ils font l'objet d'un plus grand nombre de réorientations à la suite de la violation des règles des programmes de traitement (Goldman,

1995). L'ensemble de ces éléments témoigne du défi que représente le traitement des problèmes de consommation chez les personnes présentant des déficits cognitifs et explique possiblement les impacts mitigés du traitement chez ces personnes, que ces déficits soient induits ou non par la consommation comme telle (Aharonovich et collab., 2003, 2006, 2008; Fals-Stewart et collab., 1993, 1994, 2003; Verdejo-Garcia et collab., 2012; Streeter et collab., 2008; Turner et collab., 2009). Wadd et ses collègues (2013) ainsi que Hill et Colistra (2014) ont formulé une série de recommandations pour adapter le traitement en toxicomanie auprès des personnes présentant différents types de déficits cognitifs (annexe 1). Cependant, des études longitudinales sont requises pour mieux comprendre les interactions possibles entre ces différents déficits, la consommation de substances et le processus de réadaptation. Est-ce que ces déficits sont un effet direct de la substance ou une conséquence de la consommation au long cours? Sont-ils associés au processus de sevrage? Étaient-ils présents avant le début de la consommation et traduisent-ils en quelque sorte un facteur de risque contribuant à l'émergence d'un problème de consommation? Sont-ils associés à des traumatismes crâniens non diagnostiqués? Ou est-ce une combinaison de ces différentes possibilités? (Sofuoglu et collab., 2013)

## **La consommation de psychotropes chez les personnes ayant subi un TCC**

Une relation existe entre la consommation de psychotropes et les traumatismes craniocérébraux. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la prévalence de la consommation et des problèmes de consommation avant, pendant et après un TCC. Cependant, il est difficile de dresser un portrait clair de cette prévalence. Les résultats issus de la recension des écrits de Parry-Jones, Vaughan et Miles-Cox (2006) et West (2011) montrent que certains auteurs abordent la prévalence de la consommation de substances en matière de consommation d'alcool seulement (Tate et collab., 1999), de consommation d'alcool et de drogues (Bombardier et collab., 2003; Hall et collab., 1994; Kreutzer et collab., 1996; Simpson et Tate, 2002) ou de consommation de substances combinées (Corrigan et collab., 2001; Fann et collab., 2004; Hibbard et collab., 1998; Teasdale et Engberg, 2001). De plus, on observe des distinctions d'ordre méthodologique sur le plan des sources de données utilisées, dont l'âge des personnes interrogées (16 à 20 ans comparativement à 15 à 85 ans), le type de mesures utilisées (autorapportées comparativement au taux d'alcool dans le sang), les instruments de mesure utilisés, le niveau de consommation évalué (forte consommation, abus, dépendance) ou, encore, le moment où les participants ont été questionnés à la suite du TCC (quelques semaines comparativement à quelques années).

Selon les études, de 23 % à 51 % des personnes qui ont subi un TCC étaient intoxiquées à l'alcool au moment de leur traumatisme (Parry-Jones et collab. 2006; West, 2011). Ces individus sont de plus grands buveurs que la population générale avant et après le TCC (Kreutzer et collab., 1996). Les individus qui boivent de l'alcool sont au moins deux fois plus à risque de subir un TCC et plus à risque de chutes et d'accidents pouvant impliquer un TCC (Sacks et collab., 2009). Bien que l'intoxication à l'alcool ou à d'autres substances au moment du traumatisme ait été associée dans certaines études à la gravité du TCC, à la durée du coma, au taux de survie et à un plus faible rétablissement à long terme, des études plus récentes arrivent à des résultats contraires. Du point de vue de certains, l'alcool pourrait avoir un effet neuroprotecteur sur le rétablissement neuronal post-TCC (Andelic et collab., 2010; Berry et collab., 2010; Shahin et collab., 2010, cité dans Rees et collab., 2013). À l'heure actuelle, des études additionnelles sont requises pour clarifier ces résultats contradictoires en lien avec l'impact de la consommation au moment du TCC.

La proportion des personnes qui présente un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) chez les individus ayant subi un TCC est plus élevée que dans la population générale (Allen et collab., 2016; Taylor et collab., 2003). Hibbard et ses collègues (1998) estiment à 40 % le nombre de ces personnes qui présentent un TUS selon le DSM-IV. De 44 % à 79 % des

personnes victimes d'un TCC présentaient des problèmes liés à l'abus d'alcool avant le traumatisme alors que 21 % à 40 % présentaient des problèmes liés à l'abus de drogues (West, 2011). Les personnes qui présentent une histoire d'abus d'alcool avant le TCC seraient 10 fois plus à risque de faire un mésusage de l'alcool après le TCC (Bombardier et collab., 2003). Différentes variables ou différents facteurs de risque, présents avant le TCC, ont été associés à la consommation de psychotropes à la suite du TCC. Le fait de consommer des substances avant le TCC, d'être un homme, d'être jeune, d'avoir déjà été en traitement pour abus de substance ou pour des problèmes psychiatriques ou présenter une santé mentale jugée passable ou modérée est associé à une consommation de psychotropes à la suite du TCC (Horner et collab., 2005).

La consommation d'alcool et de drogues tendrait à diminuer dans l'année suivant le TCC. Parry-Jones et ses collègues (2006) dans leur recension systématique rapportent, selon les études, des taux de consommation à la suite du TCC variant de 7 % à 46 % pour l'alcool, de 6 % à 20 % pour la drogue et de 5 % à 28 % pour toutes substances confondues. D'autres auteurs ont souligné le fait que les taux de retour à la consommation à la suite d'un TCC étaient possiblement sous-estimés parce que les personnes qui présentent des antécédents de problèmes de consommation font souvent partie des sujets perdus au cours d'études longitudinales (Corrigan et collab., 2001; Corrigan et collab., 2003).

La diminution de la consommation dans l'année qui suit le TCC a été qualifiée de « lune de miel » par plusieurs. Elle est associée au fait que la personne, à la suite de son TCC, a perdu momentanément l'autonomie requise pour accéder à la consommation. La personne se sent souvent coupable étant donné qu'elle était intoxiquée au moment de l'accident. Elle se retrouve en milieu structuré où la consommation n'est pas possible ou, encore, elle est davantage encadrée par son entourage pour pallier la perte d'autonomie momentanée. Cette « lune de miel » expliquerait en partie pourquoi peu d'énergie est consacrée au repérage des problèmes de consommation et à leur traitement par les services de réadaptation physique dans l'année suivant le TCC. Bien que les médecins canadiens en réadaptation physique reconnaissent la présence du problème de consommation chez leurs patients, un sondage réalisé auprès d'eux a révélé qu'ils étaient peu nombreux à procéder à une référence de leurs patients vers les services de réadaptation en dépendance (West, 2009).

Malgré cette « lune de miel », d'autres études ont souligné que la consommation problématique de ces personnes réapparaît dans les années subséquentes (Beaulieu-Bonneau et collab., 2017; Corrigan et collab., 1998; Kreutzer et collab., 1996). Ceux qui retournent à la consommation dans les deux années suivant le TCC avaient tendance à consommer plus qu'avant, de façon excessive, et à être dépendant de l'alcool (Bombardier et collab., 2003; Ponsford, Whelan-Goodinson et Bahar-Fuchs, 2007). Les résultats issus de ces études permettent d'observer une augmentation de la consommation plus le temps s'écoule après le TCC. La prévalence de la consommation d'alcool et de drogues après le TCC progresserait respectivement de 7 % à 26 % et de 6 % à 8 %. Quant à la consommation de toutes substances confondues, on observe aussi une importante variation passant respectivement de 6 %, 5 %, 5 %, 1, 2 et 3 ans après le TCC à 28 % environ 7,6 années après le TCC. Miller et ses collègues (2013), quant à eux, dans le cadre de leur étude sur les risques de troubles liés à l'utilisation de substances à la suite d'un TCC léger auprès d'aviateurs de l'armée américaine, ont constaté que les aviateurs qui ont subi un TCC léger présentaient une utilisation élevée d'alcool, de tabac et de drogues, mais que cette utilisation tendait à diminuer au fil du temps. Cette réduction pourrait s'expliquer par la diminution du stress lié au TCC au fil du temps, par une amélioration du fonctionnement neuronal résultant de la réparation des tissus ou de la neuroplasticité, par la restauration du fonctionnement cognitif au fil du temps, par la diminution de la douleur et du besoin de s'automédicament. L'ensemble de ces éléments contribuerait à la diminution de la consommation à la suite du TCC.

Avoir un bon fonctionnement physique, pouvoir se déplacer seul ou encore retourner au travail à la suite du TCC sont également associés à l'abus d'alcool (Ponsford et collab., 2007). Ces facteurs demandent toutefois à être interprétés avec prudence puisque la réinsertion dans la communauté, par l'entremise du travail ou toute autre activité sociale, agit positivement dans le processus de réhabilitation (Heinemann et collab., 2004; Vungkhanching et collab., 2007). Selon Horner et ses collègues (2005), le niveau d'autonomie préservé favoriserait davantage l'accès à l'alcool à la suite du TCC et expliquerait possiblement ce lien.

Les antécédents de TCC et leur niveau de sévérité pourraient aussi être des facteurs de risque associés à la consommation après le traumatisme. Adams et son équipe (2016) ont rapporté que les épisodes de forte consommation d'alcool chez les soldats qui sont de retour de mission étaient plus fréquents chez ceux qui ont subi un TCC. Ces résultats ont été obtenus en contrôlant la contribution potentielle du syndrome posttraumatique sur la consommation. D'autres études montrent qu'un TCC en bas âge peut exacerber les comportements de consommation (Gargaro et collab., 2013) ou tout autre comportement à risque d'entraîner la répétition de TCC (Caron et collab., 2006). D'ailleurs, le cumul de TCC nécessite une attention particulière. Les individus ayant subi un plus grand nombre de TCC tendraient à présenter davantage de détresses psychologiques (anxiété, dépression), une consommation de psychotropes plus problématique (Moore, Indig et Haysom, 2014) et à avoir fait usage de substances à un plus jeune âge (10,5 ans en moyenne) (Corrigan et Deutschle, 2008). Sacks et ses collègues (2009) ont rapporté dans leur étude auprès de personnes en traitement pour un problème de consommation que ceux qui avaient subi plusieurs TCC, avaient subi leur premier à un âge moyen de 14,5 ans ( $\sigma= 8,9$ ) alors que ceux qui avaient subi un seul TCC, l'évènement était arrivé en moyenne à l'âge de 26,9 ans ( $\sigma= 11,6$ ). Une étude réalisée auprès de 6 383 élèves du secondaire en Ontario souligne, pour sa part, la relation entre les antécédents de TCC rapportés et les comportements de consommation de psychotropes. Les élèves qui rapportent des antécédents de TCC, comparativement à ceux qui n'en rapportent pas, ont deux à trois fois plus de chance de présenter des épisodes de forte consommation d'alcool, de fumer la cigarette, de consommer des médicaments non prescrits ou des drogues illicites (Ilie et collab., 2015).

Parmi les usagers en traitement pour une problématique en dépendance, la prévalence des antécédents de TCC varie de 38 % à 63 % (Corrigan et collab., 2005; Walker et collab., 2003; Felde et collab., 2006). La présence d'un seul traumatisme chez ces usagers en traitement a été associée à une problématique de consommation plus sévère, un plus grand nombre d'épisodes de traitement, un début de la consommation plus précoce, plus de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ainsi que des résultats du traitement plus mitigés. De la même façon, McHugo et son équipe (2017) ont dépisté la présence d'antécédents de TCC chez 80 % des sujets inscrits dans un programme de traitement intégré pour des troubles mentaux concomitants aux troubles liés à l'utilisation de substance. La présence d'antécédents de TCC était associée à une utilisation actuelle d'alcool, à la sévérité des symptômes psychologiques, à l'institutionnalisation et à l'itinérance (McHugo et collab., 2017).

La présence simultanée d'un problème de consommation et d'un TCC rend la situation plus complexe. Ces deux problèmes peuvent simultanément affecter le fonctionnement cognitif, le jugement, l'impulsivité, l'humeur ou la désinhibition. Des études soulignent que les outils d'évaluation couramment utilisés ne peuvent distinguer les déficits cognitifs induits par un TCC léger de ceux induits par un trouble lié à l'utilisation de substances (Iverson et collab., 2005; Lange et collab., 2008). Dès lors, il devient difficile de déterminer entre les deux, la contribution réelle de chaque problème à la production des symptômes et déficits présents. Même une faible consommation d'alcool à la suite du TCC peut entraîner des déficits cognitifs plus importants (Tweedly et collab., 2012). La présence d'une consommation de substances chez les personnes ayant subi un TCC n'est pas sans conséquence au plan neurologique, neuropsychologique, sur le fonctionnement au quotidien et sur le processus de rétablissement à

la suite du TCC (Parry-Jones et collab., 2006). De Guise et son équipe (2014) rapportent que la présence d'antécédents d'abus de substances est associée à un risque deux fois plus élevé de quitter l'hôpital contre avis médical lors d'une admission pour un TCC. D'autres chercheurs ont souligné une persistance plus grande des symptômes, une moins bonne performance neurocognitive à long terme, des difficultés sur le plan de la réintégration sociale, un plus faible engagement dans le processus de réhabilitation (West, 2011) et l'émergence plus fréquente de troubles mentaux associés (dépression, anxiété, pensée suicidaire, difficulté de concentration) (Luauté et collab., 2016; Prouteau et collab., 2016; Stefan, Mathé et SOFMER Group, 2016; Walker, 2003).

L'ensemble de ces résultats montre que les victimes d'un TCC présentent un profil hétérogène et que l'interrelation entre la consommation et le traumatisme permet difficilement de distinguer ce qui relève de chaque condition. La similitude des symptômes causés par le TCC ou l'abus de substances sur les fonctions cognitives dont la mémoire, l'autorégulation, la capacité à résoudre des problèmes engendrent plusieurs défis pour les fournisseurs de soins et de services. Les limites méthodologiques associées aux types de mesure et à la composition des échantillons expliquent également la variation de plusieurs résultats quant à la prévalence des problèmes de consommation chez cette population. L'étendue des antécédents de problèmes de consommation, de traumatismes craniocérébraux et de traitements pour ces problèmes ou d'autres problèmes psychiatriques témoigne de l'éventail des besoins à cibler chez plusieurs personnes de cette population

### **Les modalités d'intervention auprès des personnes présentant un TCC et une consommation problématique de psychotropes**

Au fil des années, différents auteurs et organismes spécialisés dans le domaine ont souligné des lacunes importantes quant à l'évaluation et au traitement des personnes présentant ces deux problématiques simultanément. On observe une faible prise en considération des deux conditions lors du suivi de réadaptation de ces personnes (Corrigan et Deutschle, 2008; Gargaro et collab., 2013; INESSS, 2016; West, 2009, 2011) ainsi qu'un manque d'outils d'évaluation et d'intervention spécifiques adaptés à cette clientèle (Bogner et Corrigan, 2013; West, 2011). Une équipe ontarienne (Substance use and brain injury bridging project (SUBI), 2006) a observé différents obstacles au traitement dans les centres de traitement en dépendance, auxquelles sont confrontées les personnes qui ont subi un TCC et qui présentent des déficits cognitifs. L'information leur est souvent présentée trop rapidement, sans les rappels nécessaires et sans s'assurer de la compréhension des participants. Les cliniciens tiennent pour acquis que l'information transmise aux participants peut être utilisée de façon autonome par ces derniers, sans la nécessité d'outils mnémotiques. Les cliniciens s'attendent à ce que ces personnes puissent comprendre des questions abstraites et ouvertes, qu'elles puissent rapporter leur histoire avec exactitude ou qu'elles puissent maintenir leur attention sur des périodes d'une heure ou plus. De plus, la présence de distractions multiples dans ces centres met au défi les capacités d'attention limitées de ces personnes. On observe aussi l'absence d'accommodement pour la fatigue mentale éprouvée par ces personnes. Finalement, différents signes et symptômes associés à des déficits cognitifs sont considérés comme des comportements résistants.

Pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant à la fois un TCC et une consommation problématique de psychotropes, nous avons regroupé les publications sous quatre grandes dimensions, soit 1) le dépistage et l'évaluation du TCC, des déficits cognitifs et de la consommation de psychotropes; 2) les guides de pratiques; 3) l'organisation des services et 4) les modalités d'intervention et leur efficacité.

## **1- Les études sur le dépistage et l'évaluation du TCC, des déficits cognitifs et de la consommation de psychotropes**

Connaitre la présence ou les antécédents de TCC chez les usagers en traitement pour abus de substances, la présence de déficits cognitifs et la consommation de substances chez les personnes qui ont subi un TCC, favorise l'adaptation des approches d'intervention aux particularités de ces clientèles (Corrigan et Bogner, 2007a; HRSA, 2006; Walker, Cole et Corrigan, 2007).

Le dépistage des TCC chez des consommateurs de psychotropes est plus complexe compte tenu des impacts de la consommation sur le fonctionnement des individus. À titre d'exemple, le Brain Injury Screening Questionnaire (BISQ) contient 100 items qui ciblent les symptômes ou problèmes de comportement associés au TCC et permet de valider le TCC autorapporté. Cependant, 79 des 100 items correspondent à des symptômes d'anxiété, de dépression et autres désordres affectifs qui sont aussi associés à des problèmes de consommation. Il y a donc un risque important de biais de mesure (Walker et collab., 2007). Néanmoins, le Health Resource and Services Administration (HRSA, 2006) a recensé des instruments de mesure permettant le repérage du TCC par les professionnels issus de différentes disciplines. Bien que ces instruments n'aient pas fait l'objet d'étude de validation, ils présentent tous des questions similaires pour documenter les antécédents de TCC, soit :

- Avez-vous déjà été blessé à la tête ou au cou?
- Avez-vous déjà perdu connaissance à la suite d'une blessure à la tête ou au cou?
- Avez-vous observé des changements dans votre comportement à la suite d'une blessure à la tête ou au cou?
- Avez-vous éprouvé des difficultés de concentration, d'organisation de votre pensée ou de mémoire à la suite d'une blessure à la tête ou au cou?

Corrigan et Bogner (2007 b) sont les seuls, à notre connaissance, à avoir réalisé une étude portant sur la validité prédictive et la fidélité d'un outil, l'Ohio State University TBI Identification Method (OSU-TBI form), auprès d'un échantillon d'usagers engagés dans deux programmes de traitement pour un trouble lié à l'utilisation de substances. Cet instrument correspond à une entrevue structurée qui permet de documenter le ou les traumatismes crâniens survenus au cours de la vie à la suite d'un accident (voiture, moto), d'un coup reçu à la tête ou au cou (bagarre, chute) ou en contexte d'exposition répétée relié à la violence, de sport de contact ou de mission militaire. Pour chaque traumatisme, l'outil documente l'âge où l'évènement s'est produit, s'il y a eu l'altération de l'état mental (étourdissement, désorientation, etc.), la perte de mémoire, la perte de conscience et la durée de cette perte de conscience. La fiabilité interjuge de l'entrevue structurée s'est révélée élevée (6 des 7 coefficients de corrélation intraclasse étaient supérieurs à 90). Les analyses en lien avec l'historique des TCC et différentes conséquences associées (performance cognitive, habiletés sociales, etc.) ont permis de dégager des résultats prometteurs quant à la validité prédictive de l'outil, tout en contrôlant les variables confondantes (histoire de consommation, des retards développementaux, de développement neuronal compromis, etc.).

### **Le dépistage des déficits cognitifs associés à la consommation ou aux TCC**

Compte tenu des impacts des déficits cognitifs, ponctuels ou persistants, associés à la consommation de psychotropes ou aux TCC sur l'issue du traitement, Wadd et ses collègues (2013) ainsi que Hill et Colistra (2014) recommandent de procéder au dépistage systématique des déficits cognitifs pour assurer une réponse adaptée aux besoins des usagers concernés. Le

Montreal Cognitive Assessment (MoCA<sup>6</sup>) développé par l'équipe de Nasreddine (2005) est un outil de dépistage rapide (10 minutes) des déficits cognitifs légers sur le plan de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives, de la mémoire, du langage, des capacités visuoconstruitives, des capacités d'abstraction, du calcul et de l'orientation. Il est recommandé pour le dépistage des difficultés cognitives persistantes chez les personnes qui ont subi un TCC (MTBI Guidelines Development Team, 2013) et il a, entre autres, été validé auprès de patients présentant un trouble lié à l'utilisation de substance (Copersino et collab., 2009).

Plus récemment, Marceau et ses collègues (2016) et Pelletier et ses collègues (2018) ont démontré la pertinence de son utilisation auprès des personnes en traitement pour une problématique en dépendance présentant, entre autres, des antécédents de TCC.

### **Le dépistage des problèmes de consommation chez les personnes ayant subi un TCC**

Sur le plan du dépistage de la consommation d'alcool et de drogues, de nombreux outils de mesures autorapportées existent (CAGE, CAGE-AID, AUDIT, BMAST, DAST, Déba-alcool, Déba-drogue, etc.). Outre les mesures autorapportées, des stratégies, telles que la mesure du taux d'alcoolémie ou la consultation de membres de l'entourage, ont été expérimentées comme méthode de détection de l'abus de substance. Chaque stratégie comporte des avantages et certaines limites. Arenth et collab. (2001) recensent que l'une des multiples difficultés liées au dépistage du taux d'alcoolémie ou tout autre test de laboratoire est le coût associé à la procédure et l'impossibilité à déterminer s'il s'agit d'une consommation transitoire ou chronique. Les mesures autorapportées, pour leur part, sont tributaires de l'ouverture de la personne à dévoiler sa consommation réelle, entraînant un risque de sous-déclaration de la consommation. Enfin, les difficultés liées à la consultation des membres de l'entourage sont associées au fait qu'ils peuvent minimiser la consommation de la personne, ne pas avoir connaissance de ces comportements, car ils se déroulent à l'extérieur de la maison en secret ou encore, ils peuvent avoir eux-mêmes une consommation problématique. Aussi, les membres de l'entourage peuvent ne pas souhaiter contribuer au traitement de la personne.

L'Institut national en santé des États-Unis (NIH, 1999) tout comme plusieurs guides de pratiques cliniques pour le diagnostic et la gestion des TCC (INESSS, 2016, 2018; MTBI Guidelines Development Team, 2013, 2014; SIGN, 2013; Wiart et collab., 2016), recommandent le dépistage et l'évaluation systématique de la présence de consommation de drogues et d'alcool, dès l'incident et en cours de suivi, pour éliminer la contribution de cette consommation à la persistance de symptômes associés au TCC. Ils insistent aussi sur l'importance d'éviter toute consommation à la suite d'un TCC jusqu'à la disparition complète des symptômes. Par ailleurs, le dépistage de la consommation chez les usagers ayant subi un TCC comporte des défis additionnels en raison de leurs problèmes fréquents sur le plan de la mémoire et de l'introspection. Bien que dans la population générale les mesures autorapportées présentent des résultats relativement fiables (Ashman et collab., 2004), les études de validité de ces outils auprès des personnes présentant un TCC sont peu nombreuses.

Arenth et ses collègues (2001) ont évalué la sensibilité (sa capacité à donner un résultat positif lorsqu'une hypothèse est vérifiée [vrai positif]) et la spécificité (la capacité d'un test à donner un résultat négatif lorsque l'hypothèse n'est pas vérifiée [vrai négatif]) du Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI-3) comparativement à une entrevue d'évaluation diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance, réalisée à partir des critères du DSM-IV par des psychologues en réadaptation physique. Le SASSI-3 est un instrument de mesure autorapporté comportant 88 items (62 items à réponse vrai/faux et 26 items à réponse utilisant une échelle de 0 « jamais » à 3 « à plusieurs reprises » en lien avec la fréquence de certains

---

<sup>6</sup> Nasreddine, Z. et collab. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment*. *American Geriatrics Society*, vol. 53(4), 695–699. Le MOCA est aussi disponible sur la bibliothèque du CIUSSSS MCQ à l'adresse : <https://app.ciusss-mcq.ca/bibliotheque/Recherche/Resultats>.



comportements). La durée nécessaire pour répondre aux questions est d'environ 15 minutes. Réalisée auprès d'un échantillon de 78 personnes âgées de 16 à 70 ans et recevant des services de l'unité des traumatisés crâniens du Centre universitaire médical du MidWestern, les résultats de cette étude montrent une sensibilité de 71 % et une spécificité de 69 % pour le diagnostic de dépendance à une substance ainsi qu'une sensibilité de 85 % et une spécificité de 63 % pour les diagnostics regroupés d'abus et de dépendance à une substance. Le SASSI-3 a été récemment traduit en français. Sa version francophone est en cours de validation et son utilisation n'est cependant pas libre de droits.

Ashman et ses collègues (2004) ont évalué, pour leur part, la sensibilité et la spécificité du CAGE, du Brief Michigan Alcohol Screening Test (BMAST) et du SASSI-3 comparativement au Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) auprès de personnes qui ont déjà subi un TCC. Le CAGE correspond à quatre questions portant sur la consommation d'alcool à vie :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?
3. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool?
4. Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?

Deux réponses positives ou plus à ces 4 questions indiquent la présence d'un problème lié à l'alcool. Pour les besoins de l'étude, les questions ont également été modifiées afin de cibler aussi la consommation de drogues (CAGE). Le BMAST quant à lui est un questionnaire de 10 questions autoadministrées. Il cumule un score sur 29. Un score de 5 ou plus correspond à une évaluation positive d'abus d'alcool. Le SCID est une entrevue structurée en face à face qui permet aux cliniciens formés d'effectuer, entre autres, un diagnostic d'abus ou de dépendance à différentes substances

Pour connaître la sensibilité et la spécificité de ces outils de dépistage des problèmes de consommation, deux études ont été réalisées par ces auteurs. La première étude a été réalisée auprès de 100 personnes âgées de 18 à 65 ans, vivant dans la communauté et ayant subi un TCC au moins un an avant l'étude. Tous ont complété le CAGE et le SCID, en répondant aux questions pour la période qui a précédé le TCC et pour la période qui a suivi le TCC. La sensibilité et la spécificité du CAGE ont été établies séparément pour les périodes avant ou après le TCC ainsi que pour l'alcool et pour les drogues, en comparaison aux diagnostics regroupés d'abus et de dépendance établis à partir du SCID.

Tableau II  
Sensibilité et spécificité du CAGE chez des personnes ayant subi un TCC  
lorsque comparé au SCID (Ashman et collab., 2004)

Diagnostic au SCID	Sensibilité	Spécificité
Diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool – pré TCC	32 %	96 %
Diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool – post TCC	91 %	86 %
Diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue – pré TCC	52 %	82 %
Diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue – post TCC	68 %	82 %

De façon générale, le CAGE présente une meilleure spécificité que sensibilité auprès de cette population et pourrait ne pas dépister les problèmes de consommation de drogue chez certains sujets qui présentent un tel problème.

La seconde étude a été réalisée auprès de 223 personnes, âgées de 18 à 87 ans, recrutées dans un centre médical, une association pour traumatisés crâniens ou par annonces parues dans les journaux. Les participants ont tous complété le SASSI-3, le BMAST et le SCID. Dans cette étude-ci, le SASSI-3 et le BMAST ont présenté de meilleurs résultats sur le plan de la sensibilité et des résultats similaires sur le plan de la spécificité.

Tableau III  
Sensibilité et spécificité du SASSI-3 et du BMAST chez des personnes ayant subi un TCC, lorsque comparé au SCID (Ashman et collab., 2004)

SASSI-3	SCID – à vie	Sensibilité	Spécificité
Échelle alcool	Diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool	79 %	81 %
Échelle drogues	Diagnostic d'abus ou de dépendance aux drogues	95 %	82 %
Risque global	Diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance	72 %	82 %
BMAST	Diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool	74 %	83 %

Au terme de ces deux études, les auteurs considèrent que le CAGE est un outil adéquat pour détecter les problèmes actuels de consommation d'alcool, mais il apparaît moins fiable pour les drogues. Les auteurs présentent les limites du SASSI-3 et du B-MAST en précisant que le problème de consommation risque de ne pas être détecté chez un individu sur 4 ou 5, tout en rappelant les enjeux de la détection chez des individus qui présentent des difficultés sur le plan de la mémoire.

Bryce, Spitz et Ponsford (2015) ont pour leur part évalué la validité de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) et du Drug Abuse Screening Test (DAST) auprès d'une population inscrite dans un centre de réadaptation physique, 24 mois après leur traumatisme. La sensibilité et la spécificité de l'AUDIT avec un score de 8, comme recommandé au manuel, ont été de 94 % et de 69 % respectivement, en comparaison au résultat du SCID-IV pour un trouble lié à l'utilisation de l'alcool. Un score de 11 à l'AUDIT présentait une plus faible sensibilité (88 %), mais une meilleure spécificité (87 %), réduisant le nombre de « faux négatifs ». Pour le DAST, la sensibilité et la spécificité avec un score de 6 étaient de 75 % et de 100 % respectivement.

Au terme de ces analyses, nous constatons qu'il y a quelques outils d'évaluation de la consommation qui ont été validés auprès des personnes ayant subi un TCC. Parmi ces outils, chacun présente ses forces et ses limites selon ce qui est évalué, la consommation d'alcool ou de drogues. De plus, la population présentant un TCC est une population hétérogène qui présente des niveaux d'atteinte fonctionnelle variables, rendant parfois difficile l'utilisation d'outils trop longs ou dont la formulation des questions est trop complexe. Wadd et ses collègues (2013) ont recueilli dans leur étude une série de stratégies utilisées par les professionnels œuvrant auprès des personnes présentant des atteintes cognitives pour surmonter les difficultés associées à l'utilisation des outils de dépistage des problèmes de

consommation chez cette population. Parmi celles-ci, les auteurs proposent de demander aux personnes de développer leur pensée, pour vérifier leur compréhension des questions ou pour permettre aux membres de l'entourage de contribuer à l'entretien avec le consentement des usagers.

En résumé, l'utilisation de plusieurs stratégies peut s'avérer pertinente pour documenter les comportements de consommation, dont la combinaison d'outils (Arenth et collab., 2001; Cherner et collab., 2001; Hensold et collab., 2006) ou la consultation des membres de l'entourage (Bogner et collab., 1997). Quant au repérage des TCC chez les personnes présentant un problème de consommation, peu d'outils ont été validés, mais un consensus se dégage quant aux questions simples et rapides à poser pour documenter le TCC. Sur le plan des déficits cognitifs, le MoCA représente un outil de choix (Marceau et collab., 2016).

## **2- Les guides de pratique clinique**

En 1998, le Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) du Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 1998) publiait un guide de pratiques (Treatment improvement protocol (TIP) Series 29) sur le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances chez les personnes présentant un handicap physique et cognitif. Ce guide se voulait une synthèse de recommandations issues d'un consensus d'experts, à la lumière des connaissances publiées et de leur expérience sur le terrain, à titre de clinicien, gestionnaire et chercheur. Bien que ce guide ne porte pas spécifiquement sur le traitement des problèmes de consommation chez les personnes ayant subi un TCC, il présente plusieurs recommandations et exemples propres à cette clientèle, en lien avec les handicaps au plan cognitif.

Les recommandations formulées en lien avec ce type de handicap se résumaient ainsi.

- Sur le plan des obstacles à l'accès au traitement, il est recommandé de favoriser les accommodements requis pour éliminer les différentes barrières auxquels peuvent être confrontés ces usagers. Les attitudes des professionnels à l'égard des déficits présentés par ces usagers peuvent agir comme obstacle au traitement. Les organisations peuvent avoir des pratiques, des procédures ou des politiques discriminatoires qui freinent l'accès aux services. La formation du personnel sur les différents handicaps, les attitudes et les pratiques à mettre de l'avant est essentielle.
- Un dépistage systématique des déficits ou des handicaps devrait être réalisé pour permettre les ajustements ou les accommodements requis.
- Une approche basée sur les forces devrait être encouragée auprès de ces personnes qui sont souvent définies ou se définissent à partir de leurs handicaps ou de ce qu'elles ne peuvent pas faire.
- Différentes méthodes d'apprentissage doivent être disponibles pour soutenir le développement des habiletés.
- Les méthodes qui se sont avérées efficaces pour chaque personne doivent être clairement documentées à leur dossier pour assurer l'efficacité future des interventions auprès de celle-ci, au sein du service ou chez des partenaires.
- Les plans d'interventions et les contrats doivent être concrets, opérationnels. On doit considérer ce que chaque objectif requiert sur le plan des fonctions cognitives et ajuster au besoin ces derniers ou compenser les habiletés manquantes.
- Différentes modalités d'accès au traitement devraient être envisagées (téléphonique, à domicile, etc.). La durée des rencontres devrait être flexible en fonction des besoins

spécifiques de chacun (plus courte, plus fréquente). On doit s'attendre à un processus d'apprentissage plus long.

- Durant les entrevues, poser des questions simples; répéter les questions; demander à l'utilisateur ce qu'il a compris; lui demander des exemples concrets; utiliser des indices verbaux et non verbaux pour faciliter la communication, la participation, les apprentissages et la gestion des interactions. L'utilisation de jeux de rôles peut être utile. Envisager des médias alternatifs à la lecture. Demander systématiquement ce qui a été appris, compris et comment ce sera utilisé dans son quotidien pour soutenir la généralisation des apprentissages.
- Assurer une approche de gestion de cas où les problèmes reliés à l'employabilité, aux loisirs, à l'isolement et aux risques d'abus sont ciblés.
- Connaître les autres services utilisés par ces personnes, leurs approches et collaborer avec eux pour soutenir le rétablissement, en assurant une cohérence et une continuité avec ces services.
- Au plan organisationnel, il est recommandé d'adopter une politique formelle qui promeut l'ajustement des programmes et services aux besoins spécifiques de ces personnes, le suivi de leur satisfaction et de l'efficacité de ces ajustements auprès de ces derniers ainsi que la promotion d'une offre de services qui s'ajuste aux besoins spécifiques de chacun.

En 2013, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et la fondation ontarienne de neurotraumatologie (ONF) ont entrepris des travaux ambitieux pour produire un guide de pratique clinique sur la réadaptation des adultes qui présentent un TCC modéré ou sévère, qui a été diffusé en 2016 (INESSS, 2016). Ce guide formule 266 recommandations divisées en deux grandes catégories : les composantes d'un continuum optimal de réadaptation à la suite d'un TCC et l'évaluation et la réadaptation des séquelles d'un TCC. Dans le cadre de ces travaux, une recension des guides produits depuis 2000 et des dimensions couvertes par ces guides a révélé que 3 guides sur 17 seulement abordaient plus spécifiquement la thématique de l'abus de substances chez cette population (Lamontagne et collab., 2014). Des guides de pratique et des revues de littérature récents en lien avec les TCC légers et les symptômes persistants abordent aussi la question de l'abus de substances (INESSS, 2018; Marshall et collab., 2012; ONF, 2013).

Ces guides s'appuient à la fois sur des consensus d'experts et une recension des études dans le domaine. Au-delà de recommander une approche de réadaptation interdisciplinaire, centrée sur la personne, qui permet une offre de services intégrés et coordonnés, tout en ciblant des objectifs spécifiques pour les personnes présentant un TCC ainsi que l'implication et le soutien de leur entourage, ils recommandent (Corrigan et collab., 2005; Corrigan et collab., 2007a; INESSS, 2016; Marshall et collab., 2012; ONF, 2013; Rees et collab., 2013; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013; Wiart et collab., 2016) de procéder :

- au dépistage systématique de la consommation de substances chez les personnes présentant un TCC ainsi que le recours à une évaluation spécialisée en dépendance lorsque requis, et ce, tout au long du continuum de services;
- à la sensibilisation des personnes présentant un TCC et leurs proches aux impacts de la consommation sur le TCC et le processus de rétablissement;
- à l'arrêt de la consommation durant la phase de réadaptation physique pour ne pas nuire au processus de rétablissement du TCC;

- à la vérification des antécédents de consommation comme facteur pouvant contribuer à un rétablissement mitigé chez les personnes présentant un TCC;
- à la mise en place de mécanismes de collaboration et de continuité entre les services de réadaptation physique et les services en dépendance pour optimiser une offre de services intégrés où l'ensemble des problématiques est traité simultanément, et ce, même dans les situations où les personnes concernées ne cessent pas leur consommation. Dans ces circonstances, les interventions doivent être maintenues tout en visant à réduire les dommages et à assurer la sécurité de la personne qui continue à consommer (réduction des méfaits);
- à la formation du personnel clinique œuvrant en dépendance pour qu'ils puissent dépister les antécédents de TCC chez la clientèle qui se présente en traitement et mieux comprendre les enjeux spécifiques à cette condition;
- au dépistage systématique des antécédents de TCC et des déficits cognitifs chez les personnes toxicomanes pour adapter les modalités de traitement en conséquence;
- à la mise en place de stratégies favorisant l'engagement de ces personnes en traitement et leur rétention tout au long du suivi.

Les groupes de travail qui ont contribué à la sélection des recommandations incluses dans guide de pratique clinique produit par l'INESSS considèrent la majorité de ces recommandations comme faisant partie des recommandations prioritaires à mettre en place pour améliorer la qualité et l'efficacité des services.

Dans le domaine des traitements en dépendance, Wadd et ses collègues (2013) ainsi que Hill et Colistra (2014) ont recensé différentes stratégies pour adapter le traitement en toxicomanie auprès des personnes présentant différents types de déficits cognitifs (Annexe 1). Leurs travaux ont mis en évidence le type de signes, symptômes ou conduites qu'on peut observer chez des personnes qui présentent différents types de déficits au plan cognitif (difficultés d'attention, de concentration et de vitesse de traitement de l'information; difficultés au plan de la mémoire; difficultés de la planification et de l'organisation; pensée concrète, rigide et persévération; diminution des capacités d'*insight* et de conscience de soi) et le type de stratégie à utiliser pour composer avec ces déficits en cours de traitement. Aussi, une nouvelle génération d'études (Bates, Buckman et Nguyen, 2013; Cabé et collab., 2016; Sofuoglu et collab., 2016) porte, entre autres, sur des modalités d'entraînement ou de remédiation cognitive qui visent à rétablir ou améliorer certaines fonctions cognitives et ainsi potentiellement augmenter l'efficacité des traitements en dépendance.

La clientèle présentant différents déficits cognitifs retient l'attention depuis plusieurs années déjà, notamment en ce qui a trait à l'interaction entre la consommation et ces déficits, et ce, peu importe l'origine de ceux-ci. Les recommandations issues de ces guides fournissent donc une base favorisant l'amélioration des services.

### **3- L'organisation des services**

Au-delà des guides de pratiques, Corrigan (2005, 2006) est le seul, à notre connaissance, à avoir proposé un modèle d'organisation de services pour les personnes présentant un trouble concomitant relié à la présence d'un TCC et d'une problématique de consommation de substances, selon la gravité des problèmes présentés (Figure 1).

C'est en s'inspirant du modèle à quadrant pour les troubles concomitants en toxicomanie et santé mentale développé en 1999 par le National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD) et le National Association of State Mental Health Program Directeurs

(NASMHPD) que Corrigan a élaboré son modèle. À travers celui-ci, il décrit les différents secteurs où les personnes présentant une problématique de consommation et un TCC ont l'opportunité d'être exposées à une modalité d'intervention adaptée, selon la sévérité du trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) et selon la sévérité du traumatisme craniocérébral (TCC) qu'elles présentent. En catégorisant la sévérité de chaque condition comme étant « légère » ou « sévère », le modèle génère quatre quadrants. Dans ce modèle, le TCC est divisé en léger ou modéré sévère alors que la consommation de substances est divisée en consommation problématique (excessive, à risque, mais sans ou avec peu de symptômes liés au TUS) ou un TUS plus sévère avec de nombreux symptômes (difficulté significative à contrôler ses comportements de consommation).

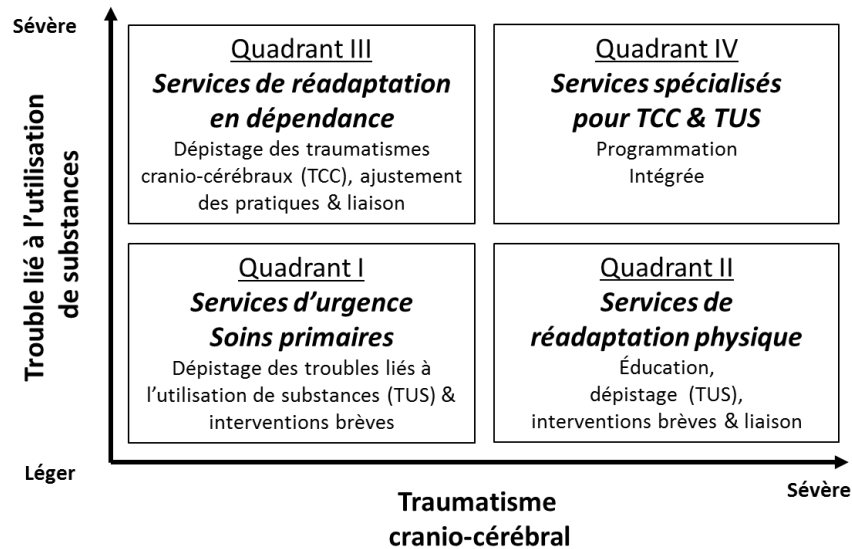


Figure I - Modèle à quatre quadrants des opportunités d'intervention sur les troubles liés à l'utilisation de substances chez les personnes présentant un traumatisme craniocérébral  
Source : Corrigan, 2005, 2006; voir Bogner et Corrigan, 2013

Les personnes qui présentent une consommation problématique et un TCC légers font surtout l'objet d'interventions en première ligne, dans les urgences ou les unités de traumatologie (quadrant I). Avec des problèmes plus sévères de TUS et de TCC, les opportunités d'intervention sont avant tout dans les services de réadaptation physique, de réadaptation en dépendance (quadrant II et III) ou dans un programme intégré et surspécialisé de réadaptation du TCC et du TUS (quadrant IV).

La sévérité des problèmes présentés et le contexte dans lequel se déroulent ces interventions déterminent la nature des approches préconisées. Par exemple, dans le quadrant I, l'intervention efficace devra être rapide et brève pour pouvoir s'inscrire à l'intérieur des soins prévus à l'urgence à la suite d'une blessure. Les processus de dépistage et d'interventions brèves ont été spécifiquement conçus pour ce contexte d'intervention. Pour ce qui est du quadrant II, les services de réadaptation physique peuvent procéder à un dépistage systématique des problèmes de consommation, à de l'éducation, de l'intervention brève, tout en assurant une liaison avec les services externes de réadaptation en dépendance au besoin. Pour le quadrant III, la sévérité du problème de consommation nécessite habituellement un traitement plus intensif de cette problématique au sein des services spécialisés en dépendance. Cependant, un dépistage des antécédents de TCC est requis pour identifier les usagers qui profiteraient d'un ajustement des pratiques de réadaptation pour tenir compte des déficits cognitifs, sur le plan des fonctions exécutives, par exemple. Finalement, la présence simultanée

d'un TCC modéré sévère et d'un problème grave de consommation nécessite le recours à un programme de traitement spécialisé qui intègre des spécialistes des deux domaines (quadrant IV). Ce type de services est malheureusement rarement disponible. La conceptualisation de ce modèle permet du point de vue de Bogner et Corrigan (2013) d'identifier à la fois les services existants, les adaptations requises au sein des différents services ainsi que les services ou programmes manquants.

#### **4- Les modèles d'intervention**

Jusqu'à ce jour, peu d'études permettent de connaître l'efficacité des modèles d'intervention auprès des personnes consommatrices de substances psychoactives et ayant subi un TCC. Quelques équipes ont élaboré au début des années '90 des modèles d'intervention adaptés (traitement intégré ambulatoire, intervention de groupe, traitement résidentiel intégré) que l'on pourrait associer au quadrant II et IV du modèle d'organisation de services de Corrigan (2005, 2006). Certains de ces modèles, recensés par Heinemann, Corrigan et Moore (2004), mettent l'emphase sur le développement de comportements incompatibles avec la consommation, la prise en compte du niveau de motivation au changement, l'implication des membres de l'entourage, le recours aux autres ressources de la communauté et la mise à contribution d'un gestionnaire de cas. Certains ont réalisé des études de cas ou des évaluations préliminaires non contrôlées des impacts de ces modèles de traitement auprès de cette clientèle.

Corrigan et son équipe se sont intéressés aux variables clés à prendre en considération dans la réinsertion sociale des adultes ayant subi un TCC et aux prises avec une problématique de consommation. En 1995, ils ont mis sur pied un projet pilote d'intervention adaptée auprès de cette clientèle. Le projet correspond à un traitement ambulatoire et implique la participation d'une équipe de professionnels interdisciplinaire. Six principes guident leur approche : 1) engager les usagers peu importe la présence de déni à l'égard de leur consommation problématique; 2) cibler un traitement holistique; 3) impliquer la famille et le client dans chaque décision; 4) assurer la généralisation des acquis en cours de projet; 5) travailler en équipe avec l'intervenant, l'usager et la famille; 6) impliquer d'autres ressources spécifiques, lorsque requis. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un essai contrôlé, l'évaluation du projet a révélé une diminution de la fréquence (77 %) et de la quantité (33 %) d'alcool consommée chez les patients engagés dans le traitement et une diminution de la fréquence de leur consommation de drogue (89 %). Bien que ces résultats doivent être interprétés avec prudence puisque la méthodologie utilisée présente de nombreuses limites et implique de nombreux biais, les auteurs associent le succès de cette intervention à l'utilisation des étapes du changement, à la structure de l'équipe interdisciplinaire et à tous les aspects liés à la qualité de la relation entre les usagers et les intervenants.

Bogner et ses collaborateurs (1997) ont expérimenté un modèle de traitement ambulatoire similaire (TBI Network). Ce modèle de traitement met en jeu une équipe multidisciplinaire et vise à mettre en lien les usagers avec les ressources requises, tout en assurant un suivi de leur utilisation des services. Les auteurs émettent les hypothèses suivantes : 1) les usagers engagés plus rapidement dans le traitement intégré à la suite d'un TCC obtiendront de meilleurs résultats que ceux engagés tardivement; 2) les usagers engagés dans le traitement intégré qui ont participé aux rencontres de concertation clinique impliquant les différents professionnels obtiendront de meilleurs résultats que ceux n'ayant pas participé à ce type de rencontre. Bien qu'il ne s'agisse toujours pas d'un essai contrôlé, les résultats observés montrent une amélioration des comportements de consommation et une amélioration de la réinsertion professionnelle pour les patients suivis dans ce traitement adapté. Les patients qui ont participé aux réunions de concertation clinique ont été initialement plus nombreux à cesser ou réduire leur consommation et à obtenir un diplôme ou un emploi, mais ces résultats ne se sont pas maintenus dans le temps. Somme toute, bien que le maintien de certains acquis apparaisse fragile, les ingrédients clés du programme sont, du point de vue des auteurs :

- l'identification de la consommation;
- croire que le changement peut être promu en travaillant en collaboration, et ce, indépendamment du niveau de motivation au changement des patients;
- la mise sur pied de rencontre de concertation clinique pour faciliter la coordination de l'approche.

Delmonico et son équipe (1998), pour leur part, présentent un modèle d'intervention de groupe de 12 sessions adapté aux personnes consommatrices qui ont subi un TCC et qui reçoivent des services ambulatoires en réadaptation physique ou à la suite de celle-ci. Cette intervention vise la réduction des méfaits plutôt que l'abstinence. Elle est centrée sur le traitement du problème de consommation, le développement des habiletés et la gestion des frustrations. Les activités thématiques ont été adaptées à la réalité du TCC telles que les conséquences de la consommation sur le TCC. Ces auteurs soulignent l'importance de ne pas sous-estimer la colère internalisée (pessimisme, amertume, frustration, irritabilité) ou exprimée (hostilité, agressivité verbale ou physique, impulsivité, désinhibition) chez cette clientèle et voient dans l'intervention de groupe, une occasion de développer de nouveaux liens, un espace de partage et d'obtenir du soutien de la part des pairs. Les histoires de cas rapportées témoignent de l'amélioration des comportements de consommation.

Hensold et collab. (2006), quant à eux, présentent les résultats d'un modèle de traitement individualisé, actualisé en centre de réadaptation physique ou au sein de ressources résidentielles non institutionnelles pour personnes semi-autonomes. L'échantillon est composé de 30 patients en résidence durant une année, dans le cadre d'un traitement pour abus de substances chez des personnes ayant subi un TCC. Les indicateurs de succès portaient sur la complétion du traitement, la diminution de la consommation de substance, l'augmentation de leur intégration à la communauté, le développement d'une plus grande conscience des risques associés à la consommation et la motivation à développer leur autonomie, leur autogestion (prise en charge personnelle). Le modèle d'intervention individualisé vise à mettre en place un plan d'intervention qui correspond à ce que l'utilisateur souhaite modifier, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de l'autogestion. Ce programme vise également le retrait de l'intervention des professionnels multidisciplinaires à mesure que la condition de l'utilisateur s'améliore. Au terme du projet, les usagers se sont améliorés dans 4 sphères sur 5 soit : leur fonctionnement en résidence, leur niveau d'autonomie, leur engagement dans la communauté et leur prise en charge (autogestion). En l'occurrence, aucune amélioration n'a été observée en ce qui concerne leur statut d'emploi, qui est en fait demeuré stable entre le début et la fin du projet.

Plus récemment, Olson-Madden et son équipe (2012) ont développé le Substance Use and Traumatic Brain Injury Risk Reduction and Prevention (STRRP) qui cible spécifiquement la population des personnes présentant des TCC légers et des conduites à risque, comme la consommation de psychotropes ou toute autre conduite à risque d'entraîner à nouveau un TCC. Cette intervention est manualisée sous la forme d'une intervention de groupe de 13 semaines et cible plus particulièrement le quadrant II sur le plan de l'organisation des services (Corrigan, 2005; 2006). Ce traitement vise à la fois la prévention des conduites à risque et la réduction des méfaits associés à ces conduites. Il intègre des modalités d'intervention motivationnelles et psychoéducatives centrées sur le TCC léger (gestion des symptômes) et sur la réduction des méfaits et des conduites à risque pour le rétablissement de la personne. L'écoute empathique, l'évaluation du niveau de motivation au changement et l'adaptation des interventions en conséquence, le développement d'une discordance entre les conduites à risque de l'individu et ses objectifs ou valeurs, la stimulation d'un sentiment d'efficacité personnelle et de la capacité à changer ses conduites à risque, font partie des principales stratégies d'intervention utilisées. L'équipe planifie un programme de recherche pour évaluer l'efficacité et l'efficacité de cette modalité d'intervention.



## Les études contrôlées sur l'efficacité des modalités d'intervention

Dans le cadre d'une recension systématique des écrits, Bogner et Corrigan (2013) ont identifié 6 études contrôlées publiées entre 1960 et 2012, ciblant spécifiquement l'efficacité des interventions sur les comportements de consommation chez les personnes ayant subi un TCC. Les modalités d'intervention analysées sont l'entretien motivationnel (1), l'intervention brève avec entretien motivationnel (2), l'intervention centrée sur le développement des habiletés (1), le counseling motivationnel systématique (1) et la gestion de cas intensive (1). Au terme de leur analyse, les résultats ne montrent pas de différence entre les groupes exposés à l'entretien motivationnel et les groupes contrôles. L'intervention brève avec entretien motivationnel, l'intervention centrée sur le développement des habiletés, le *counseling* motivationnel systématique et la gestion de cas intensive ont toutefois présenté quelques résultats intéressants. Les auteurs notent cependant différents biais méthodologiques qui limitent la portée de ces conclusions.

### L'entretien motivationnel

Bombardier et Rimmel (1999) ont expérimenté, auprès d'un échantillon de 12 personnes en réadaptation physique parmi 20 éligibles, 2 sessions d'entretien motivationnel avec rétroaction sur les effets de la consommation d'alcool et de drogues sur le rétablissement du TCC en plus d'utiliser des accommodations favorisant la rétention de l'information. Les résultats de ce groupe ont été comparés aux résultats historiques d'un groupe de personnes qui ont été en réadaptation 10 ans auparavant. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les résultats de ces deux groupes sur le plan de la consommation de psychotropes. Cependant, de nombreuses faiblesses méthodologiques limitent la portée de ce résultat : faible taux de recrutement, groupe contrôle « historique », groupes non équivalents, mesures de la consommation différente entre les deux groupes, etc. L'analyse des résultats obtenus par le groupe expérimental révèle une diminution de la consommation à la suite des entretiens et le maintien de cette diminution au suivi, un an après la fin du traitement.

### L'intervention brève avec entretien motivationnel

Sander et ses collègues (2012), dans le cadre d'un essai randomisé multisite, ont expérimenté une intervention brève adaptée de 20 à 30 minutes (éducation à partir d'un livret et d'un DVD de 12 minutes sur les impacts négatifs de la consommation à la suite d'un TCC, suivi d'un court entretien motivationnel) chez 104 personnes admises en traumatologie ou réadaptation physique, consommatrices d'alcool et ayant subi un TCC léger, modéré ou sévère. Leurs résultats ont été comparés à un groupe contrôle de 94 patients qui ont, pour leur part, reçu le traitement habituel. L'intervention pouvait se dérouler au sein des services de traumatologie, de réadaptation physique ou à domicile. Une évaluation de suivi était réalisée 3 mois après l'intervention et portait sur les attentes positives et négatives envers l'alcool, la motivation au changement et la consommation d'alcool. Les résultats montrent que l'intervention adaptée n'a pas eu d'impact différentiel sur la consommation d'alcool, sur les attentes envers l'alcool ou sur la motivation au changement. Certains biais méthodologiques viennent limiter la portée de ces résultats : taux d'attrition élevé (41 %) à l'évaluation de suivi et profil différent entre ceux qui ont abandonné et ceux qui ont persisté; niveau de sévérité du TCC varié, etc. Des analyses plus fines ont révélé que ceux qui présentaient les niveaux de sévérité de TCC plus élevés dans le groupe expérimental, de même que ceux qui attribuaient leur accident à la consommation d'alcool, ont rapporté des attentes négatives plus importantes envers l'alcool. Aussi, pour certains sites, ceux qui attribuaient leur accident à la consommation d'alcool présentaient une plus grande motivation au changement. Il est possible que l'intervention brève adaptée soit plus appropriée pour certains niveaux de sévérité que d'autres. Il serait souhaitable d'effectuer une

telle étude auprès d'un échantillon de personnes présentant un niveau de sévérité comparable (léger, modéré ou sévère).

En Australie, Tweedly et ses collègues (2012) ont réalisé un essai randomisé auprès d'un échantillon de personnes adultes, consommatrices d'alcool avant leur TCC et qui avaient été admises en traumatologie ou réadaptation physique au cours des 6 à 9 derniers mois à la suite d'un TCC modéré à sévère. L'étude comparait : 1) une intervention psychoéducatrice brève (livret et DVD) suivie d'un entretien motivationnel; 2) une intervention psychoéducatrice brève (livret et DVD) et à 3) un groupe contrôle exposé à une rencontre d'échanges informelle (les changements depuis l'accident, sans aborder la consommation). Parmi les 238 dernières admissions, 108 patients étaient éligibles à l'étude. Soixante d'entre eux ont accepté de participer à l'étude et 50 ont complété l'entrevue de suivi 6 mois après l'intervention, soit 12 à 15 mois après l'accident. Bien que tous les sujets recrutés consommaient avant l'accident, seulement 17 % présentaient un niveau de consommation à risque dans le mois précédent l'intervention brève. Les résultats ne démontrent pas de différence statistiquement significative entre les différentes modalités d'intervention. Cependant une baisse du nombre de jours de consommation pour les deux groupes d'intervention en comparaison au groupe contrôle laisse présager qu'un échantillon plus grand aurait permis d'obtenir une différence statistiquement significative. Des analyses secondaires réalisées par Ponsford et collab. (2012) ont révélé que le fait d'être à l'étape de « l'action » dans le désir de changement était associé à une diminution de la quantité d'alcool consommé par jour et du nombre de jours de consommation, peu importe le type d'intervention reçu. Un haut niveau d'éducation et de dépression était associé à une plus forte consommation d'alcool alors que le fonctionnement cognitif n'est pas apparu comme étant associé au profil de consommation. Globalement, le faible taux de recrutement et la petite taille de l'échantillon exposé aux différentes interventions limitent la portée des résultats de cette étude. Cela dit, différents éléments sont à considérer dans cette étude pour mieux comprendre la réduction ou non de la consommation chez les participants : le fait d'aborder le sujet de la consommation avec les patients, le « stade de changement » où se situent les participants, la présence de troubles mentaux et son impact sur la consommation, etc.

### **L'intervention centrée sur le développement des habiletés**

Vungkhanching et ses collègues (2007) ont évalué un programme de prévention d'abus de substance fondé sur le développement des habiletés, chez des personnes qui ont subi un TCC, qui présentaient des antécédents de consommation de substances et qui étaient inscrites dans un programme de réinsertion professionnelle. Le groupe a été exposé à 12 sessions de counseling et a été comparé à un groupe de personnes fréquentant les services de réadaptation physique, n'ayant pas été exposées au programme. Les mesures portaient sur le changement de comportement de consommation autorapportée d'alcool et de drogues, les habiletés d'adaptation et les affects et le statut d'emploi neuf mois après l'exposition à l'intervention. Les résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes sur le plan de la consommation d'alcool ou de drogues. Cependant, une proportion plus grande de participants ont cessé leur consommation dans le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle (29 % vs 8 %). Les participants au programme de prévention présentent une plus grande amélioration sur le plan de leurs habiletés d'adaptation, de leurs affects et de leur tendance à demeurer à l'emploi. Les nombreuses limites méthodologiques de l'étude (il ne s'agit pas d'un essai randomisé, des différences importantes existent entre les deux groupes [ethnicité, éducation, état matrimonial], le temps écoulé depuis le dernier TCC [9 ans vs 3,5 ans]; des taux d'attrition différents dans les deux groupes avec des profils spécifiques, etc.) font que les changements observés sur le plan des résultats pourraient être associés à une série de facteurs autres que le traitement évalué.

## **Le counseling motivationnel systématique**

Cox et son équipe (2003) ont comparé, auprès d'adultes ayant subi un TCC, les effets de l'ajout au traitement habituel de réadaptation physique pour TCC, un traitement manualisé de 12 sessions du Systematic Motivational Counseling (SMC), échelonnées sur environ 10 mois. Le SMC est centré sur l'identification des objectifs du traitement en fonction de l'évaluation des préoccupations et des aspirations personnelles de l'utilisateur dans les différentes sphères de sa vie, la définition des différentes étapes associées à l'atteinte de ses objectifs personnels, l'identification d'objectifs à atteindre entre les rencontres, la résolution des conflits entre différents objectifs différents, le développement des habiletés pour atteindre ses objectifs, le désengagement envers les objectifs jugés inappropriés, l'identification de sources de gratification et la transformation d'une structure motivationnelle centrée sur l'évitement de la douleur vers une structure plus centrée sur les sources de gratification. Le SMC a été offert à un groupe d'utilisateurs en traitement de réadaptation physique pour un TCC et leurs résultats furent comparés à un autre groupe d'utilisateurs en réadaptation physique dans un autre site. Le TCC de ces utilisateurs a été subi en moyenne il y a 4 ans. Tous les utilisateurs ont été évalués avant le début du traitement et approximativement les deux tiers des utilisateurs des deux groupes ont participé à l'entrevue de suivi qui a eu lieu à 10 mois pour le groupe expérimental et 12 mois pour le groupe contrôle (40 participants dans le groupe expérimental et 54 participants dans le groupe contrôle). Le groupe expérimental a aussi été invité à participer à un troisième temps de mesure 9 mois plus tard. Seuls les utilisateurs qui ont présenté une consommation de substance à l'une ou l'autre des entrevues d'évaluation ont été retenus dans l'analyse (22 pour le groupe expérimental et 31 pour le groupe contrôle). Les utilisateurs du groupe exposé au SMC ont présenté une augmentation significative de l'abstinence au 2e temps de mesure alors que ce ne fut pas le cas pour le groupe contrôle. Certains participants du groupe expérimental sont retournés à la consommation au 3e temps de mesure, mais utilisaient un moins grand nombre de substances. Les participants du groupe expérimental se sont améliorés significativement sur le plan de leur structure motivationnelle (définition plus claire et précise de leurs préoccupations, besoins, objectifs et stratégies de résolution dans les différentes sphères de leur fonctionnement) et de leurs affects, alors que ce ne fut pas le cas pour le groupe contrôle. Cette étude présente plusieurs limites au plan méthodologique : temps de mesure différents pour les deux groupes, très petits échantillons, motivation initiale à participer au traitement potentiellement différente entre les deux groupes, faible taux de suivi, etc. Elle nous incite quand même à envisager les impacts potentiels d'une progression des utilisateurs en regard de leurs objectifs et préoccupations personnels, sur leurs comportements de consommation.

## **La gestion de cas intensive**

Heinemann et ses collègues (2004) ont comparé une approche de gestion de cas intensive dont la programmation intègre les interventions requises par le TCC et le trouble lié à l'utilisation de substances, au traitement de réadaptation physique habituel pour le TCC. Le traitement expérimental était offert par deux programmes de gestion de cas intensive, basés sur la même approche. La médiane du temps écoulé depuis le TCC était de 3,7 ans pour le groupe expérimental et de 0,1 an pour le groupe contrôle. 54 % des utilisateurs éligibles dans le groupe contrôle ont accepté de participer à l'étude, alors que ce fut 61 % pour l'un des deux programmes de gestion de cas et près de 100 % pour l'autre programme. 79 % du groupe contrôle ont complété l'évaluation de suivi 9 mois plus tard, alors que ce fut le cas pour 54 % des membres du groupe expérimental. L'approche par gestion de cas ciblait la prévention et le traitement de l'abus de substance afin d'améliorer le statut d'emploi et la santé associée à la qualité de vie des personnes ayant un TCC. Les auteurs avaient comme hypothèse que : 1) l'approche par gestion de cas favoriserait la diminution de la consommation d'alcool et de drogue, l'amélioration de la qualité de vie, de la réinsertion sociale, de la satisfaction de vie et

de la satisfaction familiale des participants; 2) les personnes engagées dans l'approche par gestion de cas se distingueraient au plan : a) des déficits cognitifs moins sévères; b) de délai d'accès plus court entre le moment du traumatisme et l'entrée dans le programme (gestion de cas); c) au niveau de l'âge (plus âgé); d) de l'obtention de gains plus importants concernant la qualité de vie et mentale, la satisfaction de vie et familiale, la réinsertion sociale et le statut d'emploi.

Au terme de l'étude, les résultats en lien avec la première hypothèse montrent une absence d'amélioration sur le plan de la consommation d'alcool ou de drogue, tant pour les personnes suivies dans le programme de gestion de cas que pour ceux du groupe contrôle. Les chercheurs notent la présence d'une problématique de consommation plus marquée, aux deux temps de mesure, chez les personnes suivies au sein du programme de gestion de cas. On observe une amélioration de l'intégration sociale et du bien-être physique au suivi de 9 mois, tant pour ceux qui ont été suivis dans le programme de gestion de cas que pour ceux qui ont reçu le traitement de réadaptation physique habituel, sans différence significative entre les deux groupes. Sur le plan de la satisfaction familiale, le groupe contrôle a présenté une baisse de leur satisfaction au suivi de 9 mois alors que le groupe expérimental a maintenu celle-ci. Sur le plan de la satisfaction de vie, les personnes suivies au sein du programme de gestion de cas ont présenté une amélioration significative sur cette dimension alors que ce ne fut pas le cas pour le groupe contrôle. Les résultats liés à la deuxième hypothèse montrent qu'une référence rapide vers le programme de gestion de cas ou le traitement de réadaptation physique habituel, à la suite du TCC, est associée à une grande amélioration sur le plan du bien-être physique et de l'intégration sociale. L'âge, les déficits cognitifs et la consommation d'alcool ou de drogue n'ont pas été des prédicteurs significatifs du niveau d'amélioration observé chez les personnes du groupe expérimental ou du groupe contrôle au suivi de 9 mois. Malgré plusieurs efforts pour recruter un groupe de participants comparables sur le plan de leur profil sociodémographique et clinique, les auteurs rapportent que les deux groupes présentaient des différences importantes au plan sociodémographique, sur le plan de la scolarité, de la consommation d'alcool et de drogue, etc. Le groupe suivi au sein du programme de gestion de cas présentait davantage de facteurs de risque sur le plan du rétablissement. Parce qu'il ne s'agit pas d'un essai randomisé, il est difficile d'attribuer l'absence de différence entre les deux groupes à l'équivalence des deux approches. De plus, la validité de certaines mesures (intégration sociale, consommation d'alcool et de drogue) a été soulevée par les chercheurs. Les taux de recrutement et d'attrition au suivi de 9 mois ont aussi été soulignés. Somme toute, cette étude présentait plusieurs biais qui viennent limiter la portée de ses conclusions. Elle nous invite quand même à considérer l'importance d'un accès et d'un engagement rapides en traitement à la suite d'un TCC et l'apport potentiel de la gestion de cas sur la satisfaction de vie des usagers et leur satisfaction familiale.

Au-delà de l'efficacité des différents modèles de traitement, l'engagement et la persistance de cette clientèle dans les traitements qui lui sont proposés demeurent un enjeu important. Le meilleur traitement a peu d'impact s'il n'est pas suivi et il est difficile de rendre compte de l'efficacité réelle d'un traitement si une grande proportion d'usagers abandonnent au cours de celui-ci. Dans cette perspective, Corrigan et son équipe (2005, 2007a) ont mené des travaux sur l'efficacité de différentes stratégies pouvant favoriser l'engagement et la persistance en traitement. Les mesures incitatives financières (un chèque cadeau à la signature du plan d'intervention dans un délai de 30 jours) et la diminution des barrières (fournir un transport pour se rendre au rendez-vous, payer le stationnement, fournir un endroit où les enfants peuvent être gardés durant le rendez-vous, téléphoner pour rappeler le rendez-vous) favoriseraient l'engagement en traitement, et ce, plus que l'entretien motivationnel (Corrigan et collab., 2005). De plus, dans une étude additionnelle, les mesures incitatives financières et la diminution des barrières présentaient aussi un plus haut taux de rétention en traitement comparativement à l'entretien motivationnel. Toutefois, ces stratégies n'auraient pas d'effet sur l'alliance thérapeutique (Corrigan et collab., 2007a). Ces résultats permettent de penser que les mesures

incitatives et la diminution des barrières pour l'accès et le maintien en traitement peuvent jouer un rôle important dans les dispositifs de soins auprès des personnes concernées.

Globalement, les résultats issus des études précédentes montrent que peu d'études contrôlées concernant l'efficacité des approches ont été réalisées et que la variété des interventions expérimentées ne permet pas le cumul de preuves d'efficacité des approches. On observe qu'aucune de ces études n'a été réalisée auprès de personne en traitement pour un problème lié à l'usage de substances. Les participants ne recevaient pas un traitement spécifique pour un problème lié à l'usage de substances. L'efficacité des traitements sur les comportements de consommation est apparue mitigée. Plusieurs limites méthodologiques appellent à la prudence dans l'interprétation de ces résultats, notamment en raison de la taille des échantillons, la méthode de recrutement, l'attrition aux suivis ou la comparabilité des groupes. De plus, quelques programmes visent d'autres cibles d'intervention (amélioration de la cognition, gestion des buts personnels, réinsertion sociale, etc.) qui ont indirectement un effet sur la consommation. Plusieurs ont souligné l'importance d'améliorer la qualité méthodologique des études, le recours à des essais randomisés, l'identification plus précise des ingrédients actifs propres à chaque programme ou modèle d'intervention, etc. En l'occurrence, un essai randomisé réalisé par l'équipe de Bogner, mieux structuré au plan méthodologique, est en cours (ClinicalTrials.gov : NCT02129361) pour évaluer l'efficacité d'une intervention brève adaptée en soins primaires, ciblant spécifiquement la consommation chez les personnes ayant subi un TCC modéré ou sévère (quadrant I sur le plan de l'organisation des services; Corrigan, 2005, 2006). Les premiers résultats sont attendus pour la fin 2018.

## Discussion

L'objectif de la présente recension était d'apporter un éclairage supplémentaire à la problématique de consommation chez les personnes ayant un TCC et de mieux connaître les stratégies d'intervention permettant de mieux répondre aux besoins de cette clientèle. Les résultats issus de cette recension montrent que la littérature auprès des personnes présentant une consommation et ayant subi un TCC apparaît encore embryonnaire, plus particulièrement en ce qui a trait aux données probantes permettant de soutenir l'efficacité d'approches spécifiques. À la lumière des données recueillies, les experts préconisent des interventions qui mettent l'accent sur le développement de comportements incompatibles avec la consommation, la prise en compte du niveau de motivation au changement, l'implication des membres de l'entourage, le recours aux autres ressources de la communauté, la mise à contribution de gestionnaires de cas ou de coordonnateurs cliniques, l'orientation rapide en traitement, le recours à des mesures incitatives et la levée des obstacles pour accéder au traitement. Cependant, les études réalisées jusqu'à maintenant n'ont pas permis de démontrer clairement l'efficacité de ces approches auprès de la population visée. Néanmoins, certaines instances ont émis des recommandations visant, entre autres, un meilleur dépistage de la consommation chez les personnes présentant un TCC et des antécédents de TCC chez les personnes en traitement pour un problème de consommation, une meilleure coordination des soins et services pour assurer une réponse intégrée et complète aux besoins de ces personnes, un meilleur ajustement des services aux caractéristiques de cette clientèle, etc.

Jusqu'à ce jour, peu d'études se sont intéressées à la contribution d'autres variables dans l'amélioration des comportements de consommation chez les personnes qui ont subi un TCC tels que le soutien social, la stabilisation des comportements (désinhibition, irritabilité, agressivité) et la détresse psychologique (anxiété, dépression). Documenter le rôle et l'impact de l'alliance thérapeutique dans l'engagement et la rétention en traitement devrait également être une thématique à approfondir compte tenu de son importance dans le domaine de la toxicomanie (Desrosiers et Ménard, 2010). Enfin, aucune étude présentée dans l'actuelle recension n'a fait état du processus d'implantation de ces modèles, plus particulièrement ceux favorisant la coordination des services avec des partenaires. Il serait approprié d'approfondir les

connaissances au regard des mécanismes favorisant l'intégration des services, tels que les caractéristiques intra et interorganisationnelles (expertise, dynamisme, réseau informel), la formation des professionnels ou la création d'interaction entre les professionnels (Brousselle et collab., 2007).

## Chapitre 2 – Consultation des cliniciens et des usagers de la région Mauricie – Centre-du-Québec

Un devis qualitatif exploratoire de type descriptif (Cooper et Endacott, 2007; Sandelowski, 2000) a été retenu dans le cadre de ce projet. Ainsi, une démarche de consultation a été réalisée auprès de la clientèle présentant cette double problématique afin de mieux connaître leur réalité et leurs besoins. De plus, les professionnels œuvrant auprès de cette clientèle ont également été rencontrés afin de comprendre les enjeux et défis auxquels ils sont confrontés et dégager des pistes d'amélioration de services pour cette clientèle.

### Méthodologie

#### Participants

##### 1. Usagers

Dix usagers ont été rencontrés (8 hommes et 3 femmes). Ils sont âgés de 20 à 61 ans ( $M = 42,6$  ans), possèdent une scolarité de niveau secondaire ou professionnel, sont célibataires ( $n = 6$ ), conjoints de fait ( $n = 3$ ) ou mariés ( $n = 1$ ) et possèdent un revenu annuel allant de 10 000 \$ à 50 000 \$ ( $M =$  tranche de 20 000 \$ à 30 000 \$). Le tableau IV montre la répartition des participants selon l'établissement d'où ils proviennent.

Tableau IV  
Répartition des participants – usagers

Provenance	Nbre d'usagers sollicités	Nbre d'usagers rencontrés
Association des TCC	2	2
CR physique Interval	4	2
CSSS-TR	2	2
CRD Domrémy MCQ	8	4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>10</b>

Parmi les 16 usagers sollicités, deux usagers ont accepté d'être contactés afin d'obtenir plus d'information sur le projet, mais ont finalement décidé de ne pas participer, deux ne répondaient pas aux critères d'inclusion et deux n'ont jamais été rejoints.

##### 2. Intervenants et gestionnaires

Cinq équipes ont été rencontrées incluant deux intervenantes dédiées à la clientèle TCC dans leur organisation respective, soit le CSSS-TR et le CRD Domrémy MCQ ( $n = 25$ ). Les intervenants et gestionnaires ont en moyenne 42 ans et possèdent environ 11 années d'expérience dans leur domaine de compétence respectif. Enfin, les participants rencontrés pratiquent comme agent de relation humaine, éducateur, psychoéducateur, psychologue ou neuropsychologue. Le tableau V présente la répartition des participants.

Tableau V  
Répartition des participants – intervenants

Provenance	Nbre d'intervenants rencontrés
Association des TCC	5
CR physique Interval	5
CSSS-TR	6
CRD Domrémy MCQ	9
<b>Total</b>	<b>25</b>

## Collecte de données

### 1. Usagers

#### Entrevues individuelles semi-structurées

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées (Savoie-Zajc, 2009) auprès d'usagers (n = 10) en suivi dans l'un ou l'autre des services des établissements engagés dans le projet qui présentaient des habitudes de consommation et un TCC. Les entretiens individuels semi-dirigés visent à approfondir un sujet (Boutin, 2007) qui permet de mieux connaître et comprendre l'univers de l'autre pour ainsi coconstruire, avec l'interlocuteur et l'intervieweur, une compréhension du phénomène (Savoie-Zajc, 2009). Les entrevues portaient donc sur leur perception des impacts de la consommation à la suite de leur TCC, les services qu'ils utilisent, les retombées perçues sur l'amélioration ou non de leur condition et des pistes d'amélioration à mettre en place afin de mieux répondre aux besoins des personnes présentant des habitudes de consommation et un TCC.

#### Questionnaires

Avant la conduite de l'entrevue, la rencontre a débuté par la passation de questionnaires afin de permettre de documenter la présence de TCC, dresser le portrait de la consommation et dresser le portrait sociodémographique. Les trois questionnaires remplis avant l'entrevue sont : 1) un questionnaire sociodémographique; 2) le DEBA alcool/drogue et 3) le OSU-TBI form.

- Le questionnaire sociodémographique est un questionnaire maison utilisé dans le cadre d'autres études menées au CRD Domrémy MCQ.
- Le questionnaire de dépistage évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogue (DEBA-A/D<sup>7</sup>) (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2003) a été utilisé afin de dresser le portrait des habitudes de consommation. Il permet, entre autres, de déterminer le niveau de services requis lié à la sévérité de la problématique de consommation de substances psychoactives de la personne et de l'orienter vers les services adéquats. Le degré de dépendance à l'alcool et à la drogue est évalué à l'aide du questionnaire bref de dépendance à l'alcool (QBDA) et l'échelle de la sévérité de la dépendance (ESD) pour les drogues. Les versions originales anglaises de ces questionnaires présentent de hauts niveaux de sensibilité et de spécificité (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).
- Le Ohio State University TBI Identification Method (Corrigan et Bogner, 2007 b) est une entrevue structurée qui permet de documenter le ou les traumatismes crâniens survenus au cours de la vie à la suite d'un accident (voiture, moto, etc.), d'un coup reçu à la tête ou au cou (bagarre, chute) ou d'une exposition répétée (violence, sport de contact,

<sup>7</sup> Tremblay, J., Rouillard, P., Sirois, M. (2000). *Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool (Déba-alcool) : v2.0*. Tiré de <https://oraprdnt>. Le DEBA-A/D est aussi disponible sur le site du RISQ (section Outils) à <http://www.risqtoxico.ca>.



personne œuvrant comme militaire). Pour chaque traumatisme, l'âge où l'évènement s'est produit, s'il y a eu perte de conscience, la durée de cette perte de conscience et la présence ou non de perte de mémoire sont demandées.

## 2. Intervenants et gestionnaires

### Focus group

Les intervenants et gestionnaires ont été rencontrés par l'entremise de *focus group* dans chaque établissement engagé dans le projet. L'utilisation du *focus group* permet l'expression de la parole en faisant tomber certaines inhibitions du fait que chaque participant se sent soutenu par les autres. Il permet aussi de se remémorer divers faits en entendant les autres évoquer des situations qui se rapprochent de leurs vécus. Cela permet enfin d'économiser temps et énergie en accédant à un plus grand nombre de renseignements (Boutin, 2007). Les thèmes abordés étaient les défis et les enjeux de l'intervention auprès de cette clientèle, les impacts perçus de leurs processus de travail, les retombées du travail de collaboration lorsque possible et les pistes d'amélioration à mettre en place en matière de service. Enfin, dans le but de dresser un portrait des participants, ils ont rempli un questionnaire sociodémographique.

### Entrevue individuelle semi-structurée

Les intervenantes dédiées à la clientèle ayant un TCC ont été rencontrées dans leur établissement respectif. Les thèmes abordés portaient sur les défis et les enjeux de l'intervention auprès de cette clientèle, les impacts perçus de leurs processus de travail, les retombées du travail de collaboration lorsque possible et les pistes d'amélioration à mettre en place en matière de service. Enfin, dans le but de dresser un portrait des participantes, elles ont rempli un questionnaire sociodémographique.

## Déroulement du projet

Les entrevues et la passation de questionnaires auprès de la clientèle se sont déroulées du mois d'avril au mois de novembre 2014, duraient de 45 à 90 minutes et ont été enregistrées sur bande audionumérique. Après avoir expliqué le projet, les participants ont signé le formulaire de consentement. La rencontre a ensuite été conduite par la responsable du projet.

Les focus groups réalisés auprès des équipes cliniques se sont déroulés entre le mois d'octobre 2013 et le mois d'octobre 2014, duraient de 60 à 90 minutes et ont été enregistrés sur bande audionumérique. Après avoir expliqué le projet, les intervenants et gestionnaires ont signé le formulaire de consentement. La rencontre a ensuite été conduite par la responsable du projet. Comme proposé par Krueger (1994), les participants des *focus groups* ont répondu à différents types de question allant des plus générales aux plus précises et centrées sur les objectifs du projet.

Les entrevues individuelles semi-structurées réalisées auprès des intervenantes dédiées se sont déroulées du mois d'avril à novembre 2014, duraient de 45 à 90 minutes et ont été enregistrées sur bande audionumérique. Après avoir expliqué le projet, les participantes ont signé le formulaire de consentement. La rencontre a ensuite été conduite par la responsable du projet.

## Analyses

Une analyse de contenu a été réalisée sur l'ensemble du matériel qualitatif qui a été transcrit intégralement (L'Écuyer, 1987). Le matériel a été catégorisé selon le modèle mixte, c'est-à-dire

que des catégories de départ ont été prédéterminées par les objectifs du projet. Ensuite, des catégories émergentes du matériel ont complété la classification (L'Écuyer, 1987).

## 1. Démarche éthique

Avant d'entamer la collecte de données, le projet a été soumis à trois comités d'éthique de la recherche en raison de son déploiement dans différents organismes et établissements du réseau de la santé. Le tableau VI présente le cheminement de la démarche.

Tableau VI  
Cheminement des démarches d'approbation éthique

CER	Date dépôt	Approbation conditionnelle	Dépôt des modifications	Approbation finale
CERT – Domémy MCQ	5 juill. 2013	26 juill. 2013	16 aout 2013	26 aout 2013
CER-IRDPQ – InterVal	11 nov. 2013	12 déc.2013	18 déc. 2013	9 janv.2014
CER-CSSS-TR	24 déc. 2013	13 févr.2014	20 févr.2014	7 mars 2014

## Résultats

### 1. Propos rapportés par les usagers

Les entrevues individuelles ont permis de documenter, du point de vue des usagers concernés, les thèmes concernant le contexte dans lequel s'est produit le TCC, leurs habitudes de consommation, leurs perceptions des interactions entre la consommation de psychotropes et le TCC et leur ouverture à aborder ce sujet avec leur intervenant. L'utilisation des services actuels, l'apport de ces services sur l'évolution de leur situation et la perception de ceux-ci ainsi que les pistes d'amélioration souhaitées pour mieux répondre à leurs besoins ont aussi été abordés.

#### Le contexte du traumatisme crânien

Parmi les 10 usagers, les accidents à bord de véhicules à moteur sont les plus fréquents. Toutefois, bien que la consommation ne soit pas nécessairement la cause principale, elle était présente chez 40 % des participants de l'étude.

- 4 avaient consommé au moment de l'évènement.
  - Accident de voiture – conducteur
  - Piéton happé par une voiture
  - Chute dans les escaliers
- 3 ne peuvent dire s'ils étaient intoxiqués, car ils ne s'en souviennent pas.
  - Accident de voiture ou de moto
- 2 sont des victimes d'accident de voiture sans lien avec l'alcool et étaient passager.
- 1 a été victime de violence physique à répétition depuis l'enfance.

À la suite du TCC, autre que des séquelles physiques, certains usagers observent plus de symptômes de fatigue, de dépression, de changement d'humeur (saute d'humeur), de difficultés de mémoire, de troubles de la vision, de troubles de l'audition (acouphène), de difficultés de la concentration ou, encore, de douleurs chroniques.

Quant à leur perception de leur propre condition, les usagers sont en mesure de parler de leur état, toutefois ils ne s'identifient pas « traumatisé crânien ». Par exemple, s'il y a présence de handicap physique, la personne tendra à parler de ce handicap sans aborder son histoire de TCC.

« Moi, je dis que je suis semi-paralysé... les gens le voient de toute façon. »  
(Jacques, 36 ans)

« Je ne le cri pas sur les toits que je suis membre de l'association, mais c'est OK. »  
(Michel, 41 ans)

Chez ceux ne présentant aucune séquelle physique, qui ont un bon niveau d'autonomie et qui vivent dans la communauté malgré un TCC de niveau modéré ou sévère, quelques rares personnes se disent plus sensibles à l'utilisation du vocabulaire lié au TCC par crainte d'être jugées ou manipulées.

« Non, j'aime pas le terme séquelle. Ça fait un peu je peux profiter de toi... C'est pour ça que je suis devenu loner [personne solitaire]. » (Michel, 41 ans)

Pour d'autres, l'absence de séquelle physique rend plus abstraites leurs limitations auprès des gens non familiers avec les conséquences d'un TCC.

« Les gens devraient être mieux informés des séquelles et que, parfois, c'est malgré moi [mes sautes d'humeur ou mon besoin de repos lorsque je me sens fatigué]. »  
(Robert, 20 ans)

Certains usagers ne se perçoivent pas limités puisqu'ils peuvent suivre l'actualité, vaquer à leurs occupations ou gérer leurs propres affaires seules. Par ailleurs, les usagers fréquentant des milieux où il y a présence d'autres personnes aux prises avec un TCC tendent parfois à se comparer et s'évaluer en meilleure condition que leurs pairs.

« Quand je me compare à d'autres qui ont de la misère à se tenir debout ou à parler, je me trouve pas si pire... je suis capable de suivre l'actualité. » (Michel, 41 ans)

### Habitudes de consommation

La consommation avant le TCC était présente pour la majorité des participants, et ce, de façon plus ou moins excessive. Ils ont commencé leur consommation avec des membres de la famille, des amis et dans un contexte social. L'absence de consommation avant le TCC pour un seul usager s'explique par le fait que son accident a eu lieu au début de l'adolescence et que la consommation a fait partie de ses expériences avec ses amis, au début de l'âge adulte.

À la suite du TCC, le profil de consommation a toutefois connu une importante variation. Après la période de réadaptation et le retour dans la communauté, pour plusieurs, ils ont connu une diminution de la quantité, du nombre de substances consommées ou de la fréquence de consommation. La plupart affirmant être moins tolérant qu'avant.

« L'alcool, oublie ça, ouais... on tombe *knockout*... Oui. Plus vite. Je vois ça à comparer, mettons, à mes amis. » (Guy, 29 ans)

« C'était rendu que c'était trop, à un moment donné. Quand tu n'as plus de *fun*... L'idée générale aussi, c'était des fois, le lendemain, je me levais, puis : Oh! Je ne me rappelle de rien. De quoi on a jaser? » (Serge, 41 ans)

Par contre, chez certains participants cette consommation ou cette polyconsommation apparaît avoir une fonction d'utilité perçue ou d'automédication. En effet, au-delà du retour aux habitudes de vie, du réseau social, plusieurs ont mentionné consommer pour passer le temps, favoriser la création (peindre), être plus fonctionnel ou encore pour soulager la douleur. Ainsi, les substances les plus consommées actuellement sont l'alcool, le cannabis, les stimulants, toutes les substances disponibles sur le marché ou la médication prescrite prise sous d'autres modes d'administration ou en plus grande quantité.

« Ouais. Ben ça, je commande quasiment plus sur internet... Les drogues dures, les grosses affaires, ça, c'est plus sur internet, c'est plus pur, c'est plus fort, puis... Ouais, n'importe quelle dope que je vais essayer, c'est sûr que je vais avoir pris de la boisson ou du pot pendant, puis avant. » (Jacques, 36 ans)

### Interactions entre la consommation et le TCC

Lorsque les participants sont questionnés sur les impacts perçus de leur consommation, certains n'en voient pas puisque cette consommation a une fonction d'utilité ou que cela ne les empêche pas de fonctionner. Un participant affirme ne pas se préoccuper de sa consommation.

« Je m'en fou un peu. De toute façon, je pense pas que je vais vivre jusqu'à 90 ans. » (Jacques, 36 ans)

Par ailleurs, certains observent qu'ils sont moins tolérants que leurs amis, à quantité égale d'alcool consommé. D'autres perçoivent que les effets de l'alcool sont plus intenses et plus rapides qu'avant le TCC.

« J'tombe *knockout* pas mal plus vite que mes amis ». (Serge, 41 ans)

« Avant je prenais une ou deux bières et ça allait, mais à la suite du TCC, je sentais plus vite l'effet pour la même quantité. » (Sonia, 51 ans)

D'autres participants mentionnent qu'il demeure difficile pour les membres de l'entourage d'identifier si un comportement dépend de la consommation ou du TCC.

« Des fois, ma blonde pense que mes sautes d'humeur sont causées par ma consommation. Mais des fois, c'est juste mon TCC... j'avais pas consommé la veille. » (Michel, 41 ans)

D'autres mettent en doute la perception de certains professionnels ou des membres de l'entourage quant au comportement de consommation.

« Y en a qui pense que parce que je consomme je suis un gros drogué... » (Michel, 41 ans)

### Ouverture à discuter de la consommation

Au-delà de cette consommation, la plupart des participants affirment se sentir à l'aise à discuter de leur consommation avec les intervenants œuvrant auprès d'eux. Pour les usagers faisant un mésusage de leur médication, ils reconnaissent que cette stratégie n'est pas l'idéal et que ce contexte de consommation n'entraîne aucun plaisir, mais soulage la douleur.

« Bien, les bienfaits, là, il n'y en a pas ben, ben. À part que, t'sais, je suis euphorique quand je suis là-dessus. Puis... Non, c'est ça que je pourrais dire, c'est... T'sais, je suis bien là-dessus, mais à part ça, ça m'apporte rien de positif, là. Absolument rien. Je suis plus amorphe. J'ai pas d'énergie. Quand il faut que je fasse des tâches ou peu importe, j'ai de la misère à les faire. Je deviens essoufflé plus vite. Fait que, je veux dire, ça m'apporte juste des points négatifs. » (Robert, 20 ans)

Enfin, les usagers présentant un profil de consommation plus sévère et qui perçoivent des retombées positives liées à cette consommation, notamment pour combattre la fatigue, passer le temps ou qui ont la perception que leur consommation n'entraîne aucun impact sur leur condition ou sur les membres de leur entourage aborder le sujet demeure plus délicat. Ils ne souhaitent pas entendre de discours moralisateurs concernant leur consommation.

« La bonne façon, ça serait de pas m'en parler de ce sujet-là. » (Jacques, 36 ans)

### Utilisation des services

L'utilisation des services peut se décliner de plusieurs façons et dépend du délai qui sépare le TCC de l'entrée du participant dans les services. Les propos rapportés permettent de constater qu'une plus grande intensité de service est fournie à la suite du traumatisme afin de permettre la réadaptation. Après la période de réadaptation ou un peu avant la fin de cette période, les usagers sont recommandés vers des services offrant un suivi dans la communauté, notamment à l'association des TCC ou au CSSS-TR. Généralement, dans le cadre de ce dernier type de suivi, les usagers aux prises avec une problématique de consommation seront recommandés de façon formelle ou informelle vers des services de réadaptation en dépendance. Ainsi, les usagers peuvent utiliser les services de façon séquentielle ou simultanée, selon où ils en sont dans leur processus de réadaptation.

« J'ai eu mon accident y a un an. J'ai ma dernière rencontre bientôt à InterVal » (Gille, 61 ans)

« Je suis membre de l'association depuis que j'ai eu mon accident... il y a à peu près 10 ans. » (Michel, 41 ans)

« Je rencontre mon intervenante en dépendance et du CSSS ici [à l'association]. » (Guy, 29 ans)

Par ailleurs, force est d'admettre que le retour dans la communauté à la suite d'un TCC comporte plusieurs défis pour ces usagers et les professionnels qui œuvrent auprès d'eux. En effet, il est perçu par les usagers comme un retour à l'autonomie, à la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne et à la reprise du travail. Par contre, certains usagers présenteront différentes limitations physiques ou cognitives pouvant complexifier leur retour dans la communauté, notamment pour ceux n'ayant pas ou peu de soutien social ou, encore, pour ceux ne résidant pas dans une ressource spécialisée à leur condition.

### Apport des services sur l'évolution de leur situation et la perception de ceux-ci

De façon générale, les usagers se disent très satisfaits du soutien obtenu dans leur cheminement et l'engagement du personnel à leur égard. Selon les établissements où ils reçoivent des services, ils constatent des effets bénéfiques sur l'amélioration de leur condition que ce soit en matière de réadaptation physique, de changement de comportement de consommation ou de soutien dans la communauté. De plus, des usagers en suivi dans les

services au long court, tels que le CSSS-TR ou l'association, certains ajoutent que cela correspond à un point de repère pour la gestion de toute la gamme des besoins (santé physique, psychologique, insertion sociale).

« Je vois comment j'ai récupéré mes capacités depuis un an... c'est bien. » (Sonia, 51 ans)

« J'ai pris conscience de mes mauvaises habitudes... » (Serge, 41 ans)

« Elle m'aide à faire mon budget, pis d'autres affaires là. » (Guy, 29 ans)

« C'est un organisme pensé pour nous autre... ils font plein d'affaires. » (Jean-Guy, 50 ans)

« Les membres sont informés des activités mensuellement. » (Michel, 41 ans)

« Lors de mon premier contact téléphonique avec les services de réadaptation en dépendance, j'étais avec mon intervenante. Elle m'a accompagné en début de démarche. J'étais tellement stressé. » (Robert, 20 ans)

Enfin, malgré la très grande satisfaction manifestée par les usagers, quelques-uns ont identifié certains obstacles à l'accès aux services, notamment, le transport, le type d'activités dans lesquelles certains ne se reconnaissent pas en raison de leur difficulté à intégrer un groupe, l'écart perçu entre les participants et eux-mêmes, les thèmes abordés ou, encore, en raison du stress occasionné par le fait de se retrouver en groupe.

#### Travail de collaboration entre les établissements

Quant aux aspects du travail de collaboration entre les établissements engagés dans le projet, celui-ci peut s'exprimer de différentes façons et les usagers exposés à cette pratique s'en disent satisfaits.

« C'est bien quand tout le monde est là [équipe multidisciplinaire] parce que tout le monde entend la même chose alors on part tous égaux. » (Robert, 20 ans)

« Y a toujours quelqu'un pour me *watcher*... c'est correct. » (Guy, 29 ans)

Toutefois, quelques usagers affirment avoir signé les formulaires de consentement à transmettre des renseignements, mais ne savent pas s'il y a eu communication entre les différents professionnels, et ce, que ce soit ceux impliqués dans le projet ou d'autres professionnels, tels que le médecin ou d'autres cliniques de physiothérapie, par exemple.

Enfin, chez les rares usagers pour qui aucun partenaire ne communiquait entre eux, ils auraient apprécié les échanges d'information, car certains ont fini par se perdre dans l'ensemble des services ou, encore, dans la masse de formulaires à remplir à la suite d'un TCC (SAAQ, CAVAC, etc.).

« Je ne finissais plus de répéter d'un endroit à l'autre... J'aurais aimé que les gens se parlent... J'aurais aussi aimé savoir qu'il existe une association des traumatisés crâniens. » (Sonia, 51 ans)

Enfin, dans une perspective plus générale, de rares participants ont manifesté quelques insatisfactions au regard des difficultés à joindre leur médecin lorsqu'ils présentent des besoins entre leurs rendez-vous.

## Pistes d'amélioration

Les participants ont été invités à proposer des pistes de solution afin d'améliorer les services auprès des usagers ayant subi un TCC et ayant des habitudes de consommation ou étant aux prises avec une problématique de consommation. Leurs propositions sont de :

- sensibiliser l'ensemble des personnes ayant subi un TCC aux impacts de la consommation;
- sortir les gens de l'isolement par une variété d'activités qui permet de regrouper les personnes présentant un niveau de sévérité similaire ou des capacités similaires (par ex. : les personnes ayant un TCC sévère, mais qui sont autonome se retrouvent difficilement au sein d'un groupe où des limites physiques permettent d'identifier la présence de « séquelles »);
- prévoir une variété d'activités qui permettent de rejoindre les intérêts d'un plus grand nombre de personnes (par exemple, aller voir des spectacles de musique);
- utiliser le potentiel des personnes pour mettre sur pied des activités qui pourraient être menées par ces personnes (exposition, soutien à l'apprentissage auprès d'autres personnes ayant subi un TCC, etc.);
- réduire les obstacles favorisant l'accès au service (un moyen de transport);
- aborder la consommation en matière de réduction et non obligatoirement d'abstinence;
- prévoir des activités où il serait possible de consommer (lors d'un repas au restaurant, dans le cadre de spectacles extérieurs, etc.).

## 2. Propos rapportés par les intervenants

La démarche de consultation réalisée auprès des équipes et des intervenantes dédiées à cette clientèle a permis de documenter leurs connaissances au regard des impacts de la consommation sur le TCC, leur sentiment de compétence envers à la clientèle ayant subi un TCC et aux prises avec des comportements de consommation, les défis de l'intervention, le processus clinique actuel et le travail de collaboration. Enfin, des pistes d'amélioration à envisager pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle ont été identifiées.

## Connaissance des impacts de la consommation sur le TCC

Bien que plusieurs intervenants mentionnent ne pas connaître tous les impacts de la consommation à la suite d'un TCC, leurs observations cliniques convergent toutes dans le même sens. La consommation amplifie tout, c'est-à-dire l'absentéisme au rendez-vous, les troubles de mémoires, l'impulsivité et l'agressivité.

« On les voit se désorganiser... être moins fonctionnel... Ils deviennent également plus à risque d'abus de toute sorte dont financier, physique, sexuel. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

Par ailleurs, les intervenants sont unanimes quant au besoin d'acquérir de meilleures connaissances concernant les impacts de la consommation à la suite d'un TCC ainsi que les stratégies à mettre en place pour mieux répondre à leurs besoins.

« J'aurais besoin d'une mise à niveau concernant la toxicomanie. » (intervenant, Association des TCC)

« Cela serait bien d'avoir un guide de bonnes pratiques pour connaître les interventions les plus efficaces avec cette clientèle. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« Cela serait bien de mieux comprendre comment fonctionnent les affects après le TCC. Certaines personnes mentionnent ne plus s'émerveiller comparativement à



avant le TCC. Ils savent que quelque chose est magnifique, mais ils vivent l'émotion que quelques secondes. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

### Sentiment de compétence envers la clientèle ayant subi un TCC et ayant des comportements de consommation

Pour les intervenants œuvrant en dépendance, aborder les comportements de consommation est cohérent au mandat de leur organisation. Toutefois, certains intervenants mentionnent se sentir démunis devant cette clientèle. L'adaptation continue du cadre de traitement à la capacité de l'usager soulève de multiples questions quant à l'effet du traitement et la progression de l'usager. Également, dans les services de réadaptation en dépendance, aucun outil de dépistage ne permet de documenter en détail les antécédents de TCC. Lorsque le sujet est abordé, il ne semble pas toujours clair pour un usager ce qu'est un TCC, surtout lorsqu'il n'y a pas de diagnostic (par exemple chez les usagers exposés à de la violence physique depuis l'enfance).

« Je me sens un peu démunie. Je fais mon possible... je me demande souvent si je fais la bonne affaire... et le rythme est beaucoup plus lent. Ce n'est pas comme avec d'autres clients. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« On a une question [dans l'évaluation], mais je ne suis pas certaine que ce soit clair pour un usager... surtout quand il n'y a pas de diagnostic ». (intervenante, Domrémy MCQ)

Pour les intervenants des autres établissements et organisations, le sentiment de compétence connaît une variation. Ainsi, de rares intervenants se disent à l'aise d'aborder les comportements de consommation, alors que la majorité se dit plutôt mal à l'aise. Certains affirment manquer de connaissances, d'autres se trouvent trop intrusifs. Enfin, quelques intervenants mentionnent s'ajuster en fonction de l'ouverture de l'usager à en discuter.

« J'ai déjà travaillé en dépendance, alors j'ai quelques notions sur le sujet. Je suis à l'aise à ouvrir le sujet. » (intervenante, InterVal)

« Je ne suis vraiment pas calé en toxicomanie, vraiment pas. » (intervenante, Association des TCC)

« Je ne suis pas toujours à l'aise à en discuter. Quand la personne est ouverte, ça va. Mais, parfois, j'ai l'impression de faire une enquête. » (intervenante, InterVal)

« Parfois, j'essaie d'aborder le sujet de la consommation, mais quand je vois que le client nie continuellement, je préfère ne plus en discuter. Je le garde à l'esprit, mais je me concentre sur les autres raisons qui l'ont amené à me consulter. » (intervenante, InterVal)

### Défis de l'intervention

Les intervenants rencontrés ont rapporté plusieurs défis à surmonter lors de leur suivi avec cette clientèle. Certains doivent composer avec la perception que les usagers ont des conséquences du TCC et les comportements à risque associés à la consommation et au TCC. D'autres font face aux stratégies de gestion de la douleur utilisées par cette clientèle, les épisodes de fortes consommations, la polyconsommation et aux enjeux liés à ces comportements, notamment sur le rôle parental.

« Il y a aussi la notion de je voudrais être comme tout le monde. Donc, ils sont conscients qu'à cause du TCC, ils ont certaines limites, mais le fait qu'ils ne veulent pas nécessairement reconnaître ces limites-là, ça rend difficile l'intervention en dépendance parce que c'est lui dire : sur toi, une bière, ça n'a pas le même effet

que sur quelqu'un d'autre. Ça vient confirmer qu'ils ont quelque chose. »  
(intervenante, Association des TCC)

Ils sont aussi confrontés aux propos d'usagers qui mentionnent ne pas avoir de problèmes, qui ne voient que les avantages de recevoir de l'argent pour demeurer à la maison (en raison d'une invalidité).

« Dans sa tête à lui, c'est le meilleur cadeau du monde qu'il a eu d'être TCC, parce que, lui, il n'est pas obligé de travailler, il reste chez lui, il fait ce qu'il veut. Il gagne un bon salaire aussi. Il voit juste la vie du bon côté. » (intervenante, Association des TCC)

De plus, des usagers présentant un TCC plus sévère ne verraient pas les conséquences de leurs actes, ils n'anticiperaient pas ce qui pourrait représenter un danger pour leur santé ou leur sécurité, ce qui les amèneraient très souvent à émettre des comportements à risque, tels que des activités criminelles associées aux substances illicites (être entraîné dans des délits) ou, encore, d'être victime d'abus (vol d'argent, faveur sexuelle). Des intervenants mentionnent également être préoccupés par les stratégies de gestion de la douleur de certains usagers qui se traduit par une consommation excessive de la médication ou par l'achat de substances illicites pour soulager leur douleur. Enfin, la majorité des intervenants se disent préoccupés par la combinaison des substances consommées, leur quantité et tous les enjeux que cela peut impliquer, notamment sur le rôle parental des usagers.

Par ailleurs, les intervenants abondent dans le même sens quant aux défis associés à l'intervention auprès de cette clientèle. En effet, selon le niveau de gravité du TCC, les usagers présenteront plus ou moins d'habiletés à effectuer une introspection ou à généraliser l'application de nouvelles stratégies à d'autres activités de la vie quotidienne. Plusieurs intervenants mentionnent aussi devoir concrétiser le plus possible leurs interventions afin de faciliter la compréhension des usagers. Enfin, ils mentionnent devoir composer avec la gestion du moment présent (crise, comportement désinhibé, se lever et aller consommer durant la rencontre), ce qui nécessite de recadrer ces comportements de façon répétitive.

« Mon usager TCC léger est allé à l'interne [hébergement de Domrémy]. Cela s'est bien passé, mais il n'a pas beaucoup d'introspection sur les émotions... »  
(intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« L'entretien motivationnel, on va le faire plus longtemps, pendant plusieurs rencontres, plus qu'un client habituel qu'on ferait une ou deux rencontres. »  
(intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« Quand on a affaire à des troubles de santé mentale, il y a plein de services, mais là, eux autres [usagers ayant subi un TCC et aux prises avec une problématique de consommation], ils tombent plus dans une zone grise. Ils ont un besoin d'intensité de services à domicile, dans la communauté. » (intervenante, Domrémy MCQ)

Les propos rapportés par l'ensemble des équipes montrent également leur préoccupation au regard du contexte organisationnel. Plusieurs intervenants sont préoccupés par les limites de leur mandat et la possibilité d'adapter l'offre de services actuelle.

« Ça demande des ajustements à notre structure, c'est certain. Mais lesquels seraient les mieux? Jusqu'où on va dans les ajustements? Jusqu'où on garde notre cadre? C'est un peu flou parce que, oui, notre cadre est important. Puis, il ne faut

pas le renier complètement. Mais, il faut l'adapter. Mais, jusqu'à quel point on fait des adaptations pour que ce soit aidant? » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« On a un mandat très clair. Est-ce vraiment à nous de faire [un autre type d'intervention] dans un contexte de réadaptation fonctionnelle? » (intervenante, InterVal)

Enfin, la majorité des intervenants soulève le pouvoir limité de leurs interventions dans un contexte de suivi hebdomadaire comparativement à l'influence du milieu naturel sur les conduites de l'utilisateur.

« Nous on est là une, deux ou trois heures dans la semaine, mais le parent ou le milieu va être là 24/24. Donc, le message [celui du milieu] va avoir beaucoup plus d'impact. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

« Certains clients sont très vulnérables, ils n'ont pas de protection. Quand ils sont ici [association] ça fonctionne, mais après... » (intervenante, Association des TCC)

### Processus clinique

Chaque établissement possède une trajectoire de service qui tient compte des caractéristiques de leur clientèle respective. Dans le cadre du présent projet, une attention a été portée au processus clinique réalisé auprès d'utilisateurs ayant un TCC et ayant des habitudes de consommation. Les processus cliniques présentés ne décrivent donc pas de façon exhaustive la trajectoire de service des établissements consultés dans le cadre de ce projet. Il s'agit d'une synthèse des procédures les plus fréquemment effectuées lors d'un suivi auprès d'utilisateurs ayant subi un TCC et aux prises avec des comportements de consommation. Les trois sous-processus résument le schéma (annexe 2).

#### 1. Le processus de référence

Essentiellement, il est possible de constater que les utilisateurs peuvent être recommandés vers les services de façon formelle ou informelle, sauf pour le centre de réadaptation physique InterVal (CR InterVal) qui nécessite l'implication d'un médecin. Le centre hospitalier possède un protocole d'intervention selon la gravité du traumatisme crânien. Ensuite, l'utilisateur peut être orienté vers une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou en externe du CR InterVal. Lorsque l'utilisateur transite par l'URFI, il est référé au service ambulatoire du CR InterVal dès lors qu'il a récupéré la plupart de ces capacités et qu'il est possible d'envisager un retour dans la communauté. La référence des utilisateurs vers l'association des TCC se fait de façon générale par l'entremise du CR InterVal, du CSSS-TR, d'un médecin ou par l'utilisateur lui-même. Le TCC doit être confirmé par la référence d'un professionnel du réseau de la santé ou par le dépôt par l'utilisateur de son rapport médical. Pour le CSSS-TR, la clientèle peut y être référée par le milieu hospitalier, d'autres services du CSSS, l'association des TCC ou encore le CR InterVal. Il faut également faire la preuve de la présence d'un diagnostic de TCC. Quant au CRD Domrémy MCQ, les utilisateurs seront référés par l'association des TCC, le CSSS-TR ou encore, ils se rendront par eux-mêmes effectuer une demande de service sans référence formelle.

## 2. Le processus d'évaluation

Chaque établissement possède une série d'outils de cueillette de données permettant d'établir les besoins de la clientèle. Pour les services ambulatoires du CR InterVal, la collecte d'informations prévoit quelques items sur les habitudes de consommation (alcool et drogues). Quant à l'association, le processus d'accès aux activités ne prévoit pas d'évaluation, il n'y a donc pas d'outils utilisés en ce sens. Toutefois, la désinhibition de plusieurs usagers les amène à s'autorapporter. De plus, le jugement clinique des intervenants à l'égard de comportements des usagers leur permet de cibler les usagers qui pourraient faire ou font usage de substances. Au CRD Domrémy MCQ, lors de l'évaluation à l'aide de l'indice de la gravité de la toxicomanie (IGT), une seule question aborde les antécédents de TCC. Pour le CSSS-TR, le DEBA-A/D est utilisé pour dépister la présence de consommation, mais demeure difficilement fiable en raison notamment des difficultés de mémoire de plusieurs usagers. Enfin, plusieurs intervenants mentionnent que, pour dresser un portrait complet des habitudes de consommation, la collecte d'informations nécessite la contribution de l'entourage, et ce, tant les partenaires cliniques impliqués auprès de l'utilisateur que les membres de la famille ou toute autre personne significative.

« C'est souvent soit l'association qui a une cueillette de données, qui ont observé, qui l'ont prise en flagrant délit. Parfois, c'est InterVal aussi. Ils sont au courant que la personne consomme parce que la famille est témoin de ça, les parents, la résidence où est-ce que la personne habite. C'est vraiment en parlant. Parce que quand, moi, je complète un rapport d'évaluation, c'est sûr que je fais toujours comme ma petite enquête au niveau du... Je travaille beaucoup, beaucoup avec le système autour de la personne. C'est impossible de travailler juste avec la personne TCC... Fait que, c'est comme ça que je recueille mes informations. C'est sûr que, des fois, ils arrivent, puis ils ont consommé aussi. Fait qu'on le voit. Mais, ils finissent souvent par t'en parler aussi. Parce qu'ils n'ont pas d'autocritique, ils voient pas ça comme un problème, mais ils vont te le dire. C'est comme... C'est une drôle de dynamique, là. Mais c'est beaucoup aussi en questionnant autour de la personne. »  
(intervenante dédiée, CSSS-TR)

## 3. Le processus de suivi

Concernant le suivi clinique, les intervenants tiennent compte de la consommation, si elle a un impact sur la réadaptation, sur le fonctionnement de la personne ou si l'utilisateur a de l'ouverture à en parler. Également, l'intervention priorisée est celle associée au mandat de l'établissement où l'utilisateur se trouve. Selon les propos rapportés par les intervenants, il n'y aucune ligne directrice quant à l'inclusion, au plan d'intervention, de besoins, d'objectifs ou de moyens en lien avec la présence simultanée des deux conditions. Pour certains intervenants, selon leur discipline, ils ont un rôle de remise en action dans la vie quotidienne, de dédramatisation du traumatisme, plus particulièrement auprès des TCC légers, car ces derniers sont à l'affût des changements entraînés par le traumatisme. D'autres vont travailler l'aspect relationnel ou l'acceptation de la nouvelle réalité.

Bien qu'il n'y ait pas de méthodes d'intervention précises, les intervenants conservent une préoccupation au regard des habitudes de consommation de leurs usagers. Ils admettent cependant que lorsque l'utilisateur nie continuellement ses habitudes de consommation, ils arrêtent d'en discuter et composent avec ce qui est là. Enfin, il importe de mentionner que, parfois, dans le cas des suivis multidisciplinaires, l'utilisateur peut avoir un meilleur lien avec un professionnel d'une autre discipline. Dans ces cas, la situation est rapportée en discussion d'équipe et une orientation est convenue.

« Non. Moi, je vais aller dans la sensibilisation : c'est important de ne pas consommer ou de diminuer, mais d'avoir vraiment, là, le questionner pour avoir une

idée... Ça dépend du type de consommation [...] des problèmes que ça peut apporter en termes de son implication dans sa réadaptation, si je peux dire. S'il s'implique, il vient à ses rendez-vous, il fait ses choses : Oui, je consomme, mais que dans l'ensemble, ça n'amène pas de... j'irai peut-être pas creuser plus loin, là. On l'a, on va sensibiliser toujours. C'est sûr qu'idéalement, c'est de ne pas consommer... » (intervenant, InterVal)

Quant aux intervenants en dépendance, ils adaptent leur intervention selon les symptômes apparents, certains usagers n'ayant pas de diagnostic formel de TCC, mais dont l'histoire de vie laisse prévoir un cumul de traumatismes (violence, par exemple).

### Le travail de collaboration entre les établissements

Les propos rapportés par l'ensemble des équipes et intervenantes dédiées permettent de dire que le travail de collaboration peut se définir de différentes façons. Il peut référer à une collaboration où les membres d'une même équipe ou d'un même établissement peuvent être interpellés auprès d'un usager; une collaboration où des intervenants de différents établissements seront mis à contribution ou, encore, travailler sous l'angle d'une approche systémique où l'ensemble du système (milieu de vie, famille, intervenant) qui gravite autour de l'utilisateur seront mis à contribution en vue de mettre en place un filet de sécurité pour assurer une réponse adéquate aux besoins de ce dernier. Les résultats permettent également de dire que le niveau de collaboration varie d'un établissement à l'autre et d'un intervenant à l'autre. Ainsi, pour certains la collaboration est bien établie, pour d'autres en voie de développement.

« Le client, dont je parle, c'est que je travaille en collaboration avec la psychoéducatrice [de l'établissement], pis on s'en parle de temps en temps. Elle, elle observait ça, elle a dit : Ça sentait l'alcool, là, une fois. Fait que, moi, ce que je fais, c'est que périodiquement, je lui en parle. » (intervenant, InterVal)

« Ce que j'ai remarqué : il faut aussi une concertation entre les intervenants des différents organismes. » (intervenant, Domrémy MCQ)

« Ça prend de l'information de l'extérieur. Faut pas que je me fie juste à ce que la personne me dit. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« Je travaille beaucoup, beaucoup avec le système parce que c'est sûr que si je me fie juste à ce que me dit le traumatisé crânien, j'aiderais personne. Ils n'ont tous pas de besoin, au départ. À la fin, ils voient l'utilité de venir me voir, mais au début, ils n'ont pas de problématique. » (intervenante, CSSS-TR)

Par ailleurs, bien que le travail de collaboration ne s'effectue pas toujours dans un cadre formel, comme un plan de services individualisé (PSI), les équipes ou intervenantes dédiées à cette clientèle échangent de nombreuses informations afin d'optimiser le suivi de la clientèle.

« Je ne pense pas qu'on pourrait faire, dès la référence, un PSI. Le lien de confiance avec la personne, puis tout ça, ça prend du temps. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« Ben, quand c'est des partenaires, ça va être plus un PSI, c'est sûr. Les familles, bien, c'est sûr que c'est toujours des autorisations, puis ça va être au besoin, des téléphones. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

« Ben, c'est sûr que moi, je dirais qu'il y a une collaboration qui est importante, un peu comme on a avec le CSSS : de... de permettre les échanges pour voir les objectifs parce que pour les personnes TCC, si on n'a pas tous le même discours,

on le sait qu'on va aller partout sauf à la bonne place. Fait que ça, on l'a quand même développé ici à Trois-Rivières, puis à Victo aussi, où les gens, il y a un échange avec le CSSS. Quand il y a des gens qui ont des suivis parallèles, il y a des échanges qui se font avec les intervenants : on travaille tel aspect, les intervenants ici sont consultés, ils sont avisés, puis si ici, les intervenants voient de quoi, ils vont appeler l'intervenante au CSSS en disant : Ben là... on a telle chose... » (Intervenante, Association des TCC)

« Depuis qu'il y a une collaboration avec Domrémy, c'est mieux parce que notre clientèle ne cadre pas là. Si pour aller à Domrémy il faut arrêter de consommer, personne n'ira. » (Intervenante, Association des TCC)

Certains mentionnent que cette collaboration a contribué à partager les expertises et la responsabilité de cette clientèle.

« Ça vient rajouter un niveau de l'encadrement de mes clients parce que parfois, moi puis Domrémy, on va travailler en alternance – une semaine, c'est moi, une semaine c'est elle – pour qu'il y ait vraiment un suivi. Ou dans une même semaine, s'il y a un besoin d'intensité, on va voir le client chacun de notre tour. Parce que c'est un sujet, des fois, qui est un peu chaud, la consommation. Ça les... Ils deviennent un petit peu plus agressés, irritables par rapport à ça. Donc, moi, en ne l'abordant pas, ça me permet d'aller ailleurs parce qu'ils ont des problématiques dans d'autres sphères. » (Intervenante dédiée, CSSS-TR)

« Ça apporte de ne pas être toute seule avec cette clientèle-là qui, des fois, on sait pas trop par quel bout les prendre. Puis, on a un bout d'information, l'autre intervenante a un bout d'information, puis l'autre en a un bout. Donc, si on se parle, on a un portrait un petit peu plus juste de ce qui se passe, puis... Fait qu'on garde des contacts, t'sais, j'ai presque plus de discussions de cas dans ces dossiers-là avec le CSSS-TR ou avec l'association que des rencontres avec le client, là, quand je regarde mes notes. Mais on se tient au courant. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

La collaboration a également permis de faciliter l'établissement d'un lien avec l'utilisateur concerné en plus de permettre d'effectuer le suivi là où il se situe (domicile, association).

« Au départ, je crée le lien avec tout le monde. Je parle avec la personne : C'est qui, les personnes significatives pour toi? C'est qui que tu vois? T'sais, tout ça. Puis : Est-ce que tu serais à l'aise que je parle, puis tout ça? Puis : Ah oui, oui, oui. En général, les gens ont une ouverture aussi à ça. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

« C'est aussi ça : faut aller les rencontrer dans leur milieu parce que les TCC sévères, ils ne viendront pas au bureau. Juste le fait qu'ils se déplacent, ça rajoute une difficulté supplémentaire. » (intervenante, Domrémy MCQ)

« Je dirais que depuis qu'il y a un processus de collaboration, c'est mieux parce qu'effectivement, notre clientèle cadrerait pas à Domrémy. » (intervenante, Association des TCC)

En contrepartie, il importe de mentionner que le travail de collaboration ne donne pas toujours le résultat souhaité ou aussi grand qu'attendu.

« Depuis le début avec l'intervenante du CSSS, on dit : On essaie des choses... T'sais, on essaie de faire notre possible pour adapter. Ça n'a pas donné beaucoup de résultats à date, là, mais... on essaie. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

« Je trouve ça beaucoup plus gagnant comme ça. Malgré que les résultats, là... On n'a pas de résultats... renversants. Mais, je pense pas qu'on va en avoir non plus. Mais, si on amène une réduction de méfaits, c'est déjà bien. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

En outre, les intervenants dédiés à cette clientèle soulignent l'importance du travail de collaboration avec les membres de l'entourage de ces usagers, bien qu'ils observent des avantages et des inconvénients. En dépendance, notamment, il est pertinent de connaître le point de vue des membres de l'entourage, plus particulièrement lorsque l'utilisateur présente un trouble de mémoire. En contrepartie, trouver un équilibre entre un membre de l'entourage trop ou pas assez engagé demeure un défi. Le but étant d'offrir un espace où l'utilisateur peut cheminer, mais où il est possible d'effectuer un suivi dans la gestion des habitudes de consommation au quotidien. Dans le contexte d'un suivi à long terme, les membres de l'entourage facilitent la mise en place d'un filet de sécurité pour l'utilisateur, mais aussi pour eux-mêmes comme membre de l'entourage. Ainsi, en cas de besoin, le risque de verser dans l'isolement est moindre. En contrepartie, il arrive parfois que la famille veuille de l'aide, mais demeure résistante aux interventions.

« Quand je parle de mon filet de sécurité, c'est que je viens attacher toutes les personnes autour pour qu'on travaille tous dans la même lignée, qu'on ait un discours commun. Puis, comme ça, il ne m'échappe pas d'informations. Parce que la personne n'est pas toujours en mesure de me rapporter des choses ou ça va varier d'un moment à l'autre, le 24-48 heures. Si elle me le raconte 72 heures après, ça se peut que ça n'ait pas l'intensité ou que ça ait pris plus d'intensité que c'était au départ. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

« Des fois, c'est quand on est avec la famille que ça peut être plus problématique... des fois, ils veulent ton aide parce que la situation est très lourde, mais ils sont très résistants aux interventions, ils vont défaire un peu ce qu'on met en place... ils prennent notre discours pour des menaces parce qu'ils sont à bout de souffle. Ça brise un peu la confiance. » (intervenante dédiée, CSSS-TR)

« C'est comme les membres de l'entourage général, des fois ils sont une partie du problème aussi parce qu'ils excusent beaucoup de choses ou ils couvrent beaucoup de choses, ou ils ramassent beaucoup de choses pour pas que la personne vive des conséquences par rapport à ça. Parce que déjà, les membres de l'entourage ou les parents des personnes consommatrices font ça, fait qu'en plus, ces personnes-là, elles ont un traumatisme crânien. Ils sont portés soit à beaucoup les couvrir ou dans d'autres situations, ils sont tannés, ils sont à bout, fait qu'ils en font le moins possible. » (intervenante dédiée, Domrémy MCQ)

Enfin, l'ensemble des équipes a une préoccupation pour l'amélioration du travail en collaboration, mais, surtout, sur la possibilité d'offrir une gamme de service qui répond à l'ensemble des besoins sans qu'il y ait chevauchement ou redondance des spécialités. Par exemple, voir un seul psychologue (et non deux dans deux établissements différents du réseau).

« Peut-être que mon défi à moi, c'est de vouloir faire plus de co-intervention tout en continuant en travaillant global [...] Dernièrement, en plus, c'est arrivé dans deux cas où est-ce qu'il y avait deux psychologues. Une dame, entre autres, qui avait IVAC dans le dossier, donc elle voyait une psychologue d'IVAC, puis il y avait moi aussi. Fait que t'sais, on se parlait, là, on s'appelait, mais... Mais des fois, je trouve que ça fait bizarre, t'sais, d'avoir quand même deux thérapeutes, [...] Moi, je me

dis : j'irais peut-être pas voir deux psychologues! Cette clientèle-là en question, elle trouvait ça bizarre aussi d'aller voir deux psychologues, [...] elle disait... Moi, je suis tannée de brasser de la merde, là, à deux places différentes. Je suis tout le temps là-dedans! Fait qu'elle avait lâché ici pour se concentrer plus sur sa thérapeute, son autre psychologue. » (intervenant, InterVal)

« Je me demande si cela est possible de poursuivre mon suivi avec mon client, mais d'aller chercher du soutien pour moi-même, comme une supervision, avec une personne en dépendance. Question de bonifier de mon travail auprès de mon client. » (intervenant, InterVal)

En outre, le travail de collaboration a connu un essor durant ce projet. Certains établissements travaillaient déjà ensemble, mais des liens plus significatifs se sont tissés. La collaboration avait pris la forme d'échange d'information entre les établissements ou, encore, en assignant une intervenante en dépendance dédiée à cette clientèle. Par ailleurs, à la suite de la réorganisation de la gouvernance du réseau de la santé en 2015, certaines collaborations ont été modifiées ou ont cessé en raison du mouvement de personnel.

### Pistes d'amélioration

Les intervenants ont été questionnés quant aux pistes d'amélioration à mettre en place auprès de la clientèle ayant subi un TCC et ayant des comportements de consommation ou aux prises avec une problématique de consommation. Ils ont formulé différentes suggestions :

#### 1. Pour la clientèle ayant subi un TCC

Les personnes ayant subi un TCC peuvent présenter une grande vulnérabilité notamment sur le plan des risques d'abus physique, psychologique, sexuel et financier.

- Il serait souhaitable d'envisager un suivi à long terme et de les soutenir, entre autres, dans la gestion de leur finance.
- Il serait aussi souhaitable de prévoir plus de milieux de vie adaptés à leurs besoins, par exemple des logements supervisés.

#### 2. Pour le personnel œuvrant auprès des personnes ayant des habitudes de consommation et un TCC.

Il serait souhaitable d'assurer le développement des connaissances et des compétences du personnel qui œuvrent auprès de cette clientèle tout en favorisant l'adaptation des services. Par exemple :

- Prévoir de la formation sur les impacts de la consommation chez les personnes ayant subi un TCC et sur les modalités d'intervention favorisant le rétablissement.
- Systématiser le repérage, le dépistage et l'évaluation de la consommation chez les personnes ayant subi un TCC.
- Systématiser le repérage, le dépistage et l'évaluation des antécédents et la présence de TCC chez les personnes qui effectuent une demande de service en dépendance.
- Adapter les services à la réalité des personnes ayant des déficits cognitifs secondaires au TCC (respecter les capacités de la personne; la rencontrer dans son milieu, tel qu'à domicile ou à l'association des TCC; adapter la durée des suivis aux besoins de la personne tout en favorisant des modalités de relance pour assurer le



maintien des acquis et prévenir les rechutes; laisser le dossier ouvert plus longtemps).

### 3. Le travail de collaboration

Afin d'éviter l'utilisation excessive des services et réduire le sentiment de répétition chez la clientèle, prévoir un corridor de services favorisant le travail de collaboration et la continuité des services en mettant en place, par exemple :

- Un processus de références personnalisé et rapide afin d'éviter un bris de services;
- Un répondant dédié à cette clientèle dans chaque secteur de service concerné;
- Une équipe spécialisée dédiée à cette clientèle et qui serait composée d'intervenants œuvrant au suivi dans la communauté, à la gestion de leur droit, en réadaptation, en dépendance et tout autres services pertinents;
- Des stratégies de co-intervention.

## Chapitre 3 – Constats et recommandations

Trois objectifs étaient visés par le présent ouvrage.

- Faire le point sur les connaissances actuelles quant aux phénomènes de la consommation de substances psychoactives chez les personnes ayant subi un TCC;
- Comprendre la réalité et les besoins de cette clientèle ainsi que les défis auxquels sont confrontés les intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle;
- Rendre compte des constats issus de la recension des écrits et de la démarche de consultation réalisée auprès de la clientèle et des intervenants et dégager des recommandations formulées par les experts mobilisés sur le comité de consultation.

La recension des écrits et la démarche de consultation font ressortir les constats suivants :

- La consommation importante de substances (alcool ou drogue) à long terme, tout comme un traumatisme craniocérébral (TCC), peut entraîner différents impacts négatifs sur le cerveau, tels que des déficits sur le plan de la mémoire, de l'autorégulation et des fonctions exécutives.
- La population présentant un TCC est hétérogène. Elle présente des niveaux d'atteinte fonctionnelle variables et des besoins variés au plan physique, cognitif, affectif qui requièrent une évaluation et des interventions multimodales.
- Une proportion significative de ces personnes présentait une consommation problématique de substances avant la survenue de leur TCC. Cette consommation est souvent associée à des conduites à risque qui ont entraîné le TCC et, bien qu'il y ait une baisse de la consommation à la suite du TCC, celle-ci tend à réapparaître dans les années subséquentes et de façon plus importante pour certains.
- La consommation de substances chez les personnes qui ont subi un TCC a un impact négatif sur le processus de rétablissement en lien avec le TCC. Ces personnes présentent une persistance plus marquée des symptômes, une moins bonne performance neurocognitive à long terme, des difficultés sur le plan de la réintégration sociale et un plus faible engagement dans le processus de réadaptation.
- Bon nombre des personnes qui consultent pour un problème de consommation ont des antécédents de TCC. Ces derniers présentent des problèmes de consommation plus importants, plus de troubles mentaux, un début de consommation plus précoce et des résultats de traitement plus mitigés.
- De façon générale, on observe différents obstacles au traitement pour ces personnes, dont une faible prise en considération des deux problématiques lors de leur suivi de réadaptation ainsi qu'un manque d'outils d'évaluation et d'intervention spécifiques adaptés à cette clientèle.
- Un certain nombre d'outils de dépistage des problèmes de consommation, des déficits cognitifs et des antécédents de TCC ont été validés auprès de cette clientèle. Chacun de ces outils présente des forces et des limites. L'utilisation de plusieurs outils et stratégies peut s'avérer nécessaire.
- Les études recensées sur les modèles d'intervention et leur efficacité sont peu nombreuses et leurs faiblesses méthodologiques limitent la portée de leurs conclusions. Elles ne permettent pas actuellement de statuer sur la supériorité d'un modèle spécifique.

- Par ailleurs, des guides de pratiques cliniques et certains chercheurs dans le domaine ont formulé des recommandations, entre autres, pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant des antécédents de TCC, une consommation de substances et des déficits cognitifs. Ces recommandations ciblent le dépistage des problématiques multiples, les obstacles à l'accès au traitement, les approches de réadaptation à favoriser, la flexibilité requise dans l'offre de service, la nécessaire coordination des services, le partenariat de soins et la collaboration interprofessionnelle requise, la formation des professionnels, l'organisation des services et l'évaluation de l'efficacité des traitements.
- Les usagers consultés dans la présente étude au sein des services en dépendance, en réadaptation physique, en soutien à domicile ou au sein de l'association des TCC présentaient des antécédents de TCC et une consommation de substances. Ils ont souligné l'importance de sensibiliser les personnes ayant subi un TCC aux impacts de la consommation de substances sur leur fonctionnement et leur rétablissement. Ils ont manifesté le besoin d'être soutenu dans leur processus de réintégration sociale. Ils ont besoin d'aide pour sortir de leur isolement, à travers des activités qui présentent un intérêt pour eux et qui utilisent et mettent en valeur leur potentiel. De plus, ils précisent les difficultés pour accéder au traitement et nous encouragent à aborder la consommation de substances avec les usagers sous l'angle de la réduction des méfaits plutôt que dans une perspective d'abstinence.
- Les intervenants consultés dans la présente étude au sein des mêmes services ont souligné pour leur part le défi que représente le travail auprès de ces usagers. Ils se sentent en général peu équipés pour travailler auprès de cette population. Les différents secteurs concernés n'ont pas d'orientations précises à l'égard de ces usagers. Ils sont confrontés à une clientèle qui présente souvent une faible observance au traitement et qui ne reconnaît pas toujours les impacts de la consommation sur leur fonctionnement. Ils considèrent que les tentatives de collaboration entre les différents secteurs contribuent au processus global de réadaptation et soulignent que des améliorations sont requises sur le plan des connaissances, des pratiques, de la collaboration et de l'harmonisation des pratiques à la grandeur de la région.

À la lumière de la revue narrative produite et des données, recueillies auprès des usagers qui présentent des antécédents de TCC et une consommation de substances, et de leurs intervenants, nous souhaitons formuler un certain nombre de recommandations. Celles-ci s'inspirent en bonne partie des recommandations formulées par l'INESSS en 2016 et ciblent la sensibilisation des usagers de services et de leurs intervenants aux interactions possibles entre la consommation de psychotropes, les TCC, les déficits cognitifs et leurs impacts sur le fonctionnement des individus touchés et leur rétablissement. Elles ciblent aussi l'approche de réadaptation et les processus de dépistage, d'évaluation et d'intervention à mettre en place ainsi que les ajustements requis pour optimiser l'offre et l'organisation de services auprès de ces personnes, tout en soutenant le développement des compétences du personnel clinique en la matière.

## Sur le plan de la sensibilisation des usagers et de leurs intervenants

- Nous recommandons de mieux faire connaître les liens existants entre la consommation de psychotropes, la survenue de traumatismes crâniens et les impacts des déficits cognitifs secondaires au TCC sur le fonctionnement des individus touchés, sur leur engagement en traitement et leur rétablissement.
- Chez les personnes qui ont subi un TCC et qui ne veulent pas mettre un terme à leur consommation, de l'information et des conseils doivent être transmis pour prévenir la consommation de substances ou la consommation abusive et ses méfaits. Ces informations devraient être transmises tout au long du continuum de services et incluent :
  - les conséquences les plus fréquentes d'un TCC sur les plans physique, cognitif, comportemental et émotionnel;
  - les impacts de la consommation, de l'abus ou de l'intoxication à l'alcool ou à d'autres substances chez les personnes ayant subi un TCC;
  - les impacts de la consommation sur le processus de rétablissement à la suite du TCC;
  - les interactions possibles entre la consommation de substances et la médication.

## Sur le plan de la réadaptation et des processus de dépistage, d'évaluation et d'intervention

- Le dépistage en lien avec l'utilisation de substances (consommation actuelle, antécédents d'abus et de dépendance, intoxication au moment de l'accident) devrait être effectué chez toute personne ayant subi un traumatisme craniocérébral à l'aide d'un outil de dépistage approprié. La consultation des membres de l'entourage ou autres personnes qui œuvrent auprès de celle-ci devrait aussi être envisagée afin d'obtenir un portrait complet des habitudes de consommation lorsque des difficultés cognitives sont suspectées (par exemple, trouble de la mémoire). Le dépistage d'une consommation à risque ou problématique devrait mener à une référence formelle vers les services en dépendance afin d'obtenir une évaluation complète et spécialisée.
- Le dépistage d'antécédents de TCC devrait être effectué systématiquement chez les usagers présentant une demande de service en dépendance. Un outil de dépistage approprié devrait être utilisé et, au besoin, obtenir un consentement à échanger des informations avec d'autres professionnels du secteur de la réadaptation physique afin d'obtenir un rapport d'évaluation formelle du TCC.
- Nous recommandons une approche de réadaptation interdisciplinaire, centrée sur la personne et basée sur ses forces, qui s'appuie sur une offre de services intégrés et coordonnés par un gestionnaire de cas pour les usagers qui présentent un profil plus complexe de problèmes et de besoins (employabilité, loisirs, isolement, etc.) afin d'assurer la coordination, la continuité et la fluidité des services.
  - Le recours au plan d'intervention interdisciplinaire qui cible, à partir d'objectifs et moyens spécifiques, à la fois la consommation de substances et la gestion des séquelles associées au TCC, tout en impliquant et soutenant les proches de l'utilisateur est recommandé.
  - Les plans d'interventions doivent être concrets, opérationnels. On doit considérer ce que chaque objectif requiert sur le plan des fonctions cognitives et ajuster au besoin ces derniers ou compenser les habiletés manquantes pour favoriser la participation des usagers.

- Les méthodes qui se sont avérées efficaces pour chaque personne doivent être clairement documentées à leur dossier pour assurer la continuité et l'efficacité future des interventions auprès de celle-ci, au sein du service ou chez des partenaires.
- Des modalités d'entraînement ou de remédiation cognitive qui visent à rétablir ou améliorer certaines fonctions cognitives chez les usagers et, ainsi, potentiellement augmenter l'efficacité des traitements en dépendance doivent être utilisées lorsque disponibles.
- Différentes méthodes d'apprentissage doivent être disponibles et préconisées comme moyens pour soutenir le développement des habiletés.
- L'approche de réduction des méfaits fait partie du traitement du trouble d'utilisation de substances des personnes ayant subi un TCC afin de favoriser l'adhésion au traitement et la progression vers l'abstinence.
- Durant les entrevues, les questions devraient être simples et répétées, au besoin. Il importe de vérifier la compréhension de l'utilisateur, d'utiliser des indices verbaux et non verbaux pour faciliter la communication, la participation, les apprentissages et la gestion des interactions. Des médias alternatifs à la lecture devraient être envisagés, au besoin. Il importe de demander systématiquement ce qui a été appris, compris et comment ce sera utilisé par l'utilisateur dans son quotidien pour soutenir la généralisation de ses apprentissages.
- Différentes modalités d'accès au traitement devraient être envisagées (téléphonique, à domicile, etc.). La durée des rencontres devrait être flexible en fonction des besoins spécifiques de chacun (plus courte, plus fréquente).

### Sur le plan de l'organisation des services

- Nous recommandons l'adoption d'une politique sur le processus clinique qui met de l'avant l'ajustement des programmes et services aux besoins spécifiques de ces personnes, le suivi de leur progression en traitement, de leur satisfaction et de l'efficacité des interventions, le partenariat de soins et services, la collaboration interprofessionnelles et interdirection ainsi que la continuité et la fluidité des services.
- Une trajectoire de service qui couvre l'ensemble du continuum de services, propre aux usagers présentant un TCC et une problématique de consommation, devrait être définie et opérationnalisée au sein du CIUSSS MCQ pour assurer la continuité et la fluidité des services pour ces usagers. Cette trajectoire devrait inclure l'engagement de l'ensemble des parties prenantes (les différentes directions cliniques du CIUSSS MCQ et les organismes communautaires et privés) dans le processus de rétablissement des usagers concernés.
- Chez le personnel qui œuvre auprès de cette clientèle, différentes modalités de formation devraient être envisagées pour favoriser le développement des connaissances, des compétences, le travail en collaboration et la compréhension des enjeux spécifiques aux personnes ayant subi un TCC et présentant une problématique de consommation. Par exemple :
  - de la formation croisée sur les impacts de la consommation chez les personnes ayant subi un TCC;
  - réaliser des stages d'immersion au sein des secteurs et services concernés par cette clientèle afin de mieux comprendre, de l'intérieur, les processus d'intervention des partenaires cliniques;

- participer à des discussions de cas, chez un partenaire clinique, dans les situations où la consommation et la présence d'un TCC nécessitent la mise en place d'interventions spécifiques;
- mettre en place une communauté de pratique interdirection pour développer l'expertise croisée et une vision intégrée de l'intervention.
- Prévoir l'ajustement de la durée des suivis en permettant au terme de l'épisode de soins actif, des suivis de faible intensité et de longue durée avec relances ponctuelles pour assurer le maintien des acquis et la prévention des rechutes.

## Références

- Aharonovich, E., Brooks, A. C., Nunes, E. V., Hasin, D. S. (2008). *Cognitive deficits in marijuana users : effects on motivational enhancement therapy plus cognitive behavioral therapy treatment outcome*. Drug and Alcohol Dependence, vol. 95(3), 279–283, DOI 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.009.
- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., Nunes, E. V. (2006). *Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients*. Drug and Alcohol Dependence, vol. 81(3), 313–322, DOI 10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003.
- Aharonovich, E., Nunes, E. V., Hasin, D. S. (2003). *Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment*. Drug and Alcohol Dependence, vol. 71(2), 207–211.
- Allen, S., Stewart, S. H., Cusimano, M., Asbridge, M. (2016) *Examining the relationship between traumatic brain injury and substance use outcomes in the Canadian population*. Substance use & Misuse, vol. 51(12), 1577-1586.
- Andelic, N., Sigurdardottir, S., Schanke, A. K., Sandvik, L., Sveen, U., Roe, C. (2010). *Disability, physical health and mental health 1 year after traumatic brain injury*. Disability and Rehabilitation, vol. 32(13), 1122-1131, DOI 10.3109/09638280903410722.
- Arenth, P. M., Bogner, J. A., Corrigan, J. D., Schmidt, L. (2001). *The utility of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3 for use with individuals with brain injury*. Brain Injury, vol. 15(6), 499-510.
- Ashman, T. A., Schwartz, M. E., Cantor, J. B., Hibbard, M. R., Gordon, W. A. (2004). *Screening for substance abuse in individuals with traumatic brain injury*. Brain Injury, vol. 18(2), 191-202.
- Bates, M. E., Buckman, J. F., Nguyen, T. T. (2013). *A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders*. Neuropsychology Review, vol. 23(1), 27–47.
- Bates, M. E., Pawlak, A. P., Tonigan, J. S., Buckman, J. F. (2006). *Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change*. Psychology of Addictive Behaviors, vol. 20(3), 241–253.
- Beaulieu-Bonneau, S., St-Onge, F., Blackburn, M. C., Bonneville, A., Paradis-Giroux, A. A., Ouellet, M. C. (2018). *Alcohol and drug use before and during the first year after traumatic brain injury*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 33(3), E51-E60, DOI 10.1097/HTR.0000000000000341.
- Bernier, S., Pépin, Y. (2013). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, synthèse des résultats du volet 2 pour le RLS du Centre-de-la-Mauricie*. Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Bernier, S., Pépin, Y. (2014). *Principaux indicateurs du portrait de santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Blume, A. W., Schmalting, K. B., Marlatt, G. A. (2005). *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. Addictive Behaviors, vol. 30(2), 301–314.
- Bogner, J. A., Corrigan, J. D. (2013). *Interventions for substance misuse following TBI : a systematic review*. Brain Impairment, vol. 14(1), 77-91.

- Bogner, J. A., Corrigan, J. D., Spafford, D. E., Lamb-Hart, G. L. (1997). *Integrating substance abuse treatment and vocational rehabilitation after traumatic brain injury*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 12(5), 57-71.
- Bombardier, C. H., Rimmele, C. T. (1999). *Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury : a case series*. Rehabilitation Psychology, vol. 44(1), 52-67.
- Bombardier, C. H., Rimmele, C. T., Zintel, H. (2002). *The magnitude and correlates of alcohol and drug use before traumatic brain injury*. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, vol. 83(12), 1765-1773.
- Bombardier, C. H., Temkin, N. R., Machamer, J., Dikmen, S. S. (2003). *The natural history of drinking and alcohol-related problems after traumatic brain injury*. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, vol. 84(2), 185–191.
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., Perreault, M. (2007). *Beyond the limitations of best practices : how logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines*. Evaluation and Program Planning, vol. 30(1), 94–104.
- Bryce, S., Spitz, G., Ponsford, J. (2015). *Screening for substance use disorders following traumatic brain injury : examining the validity of the AUDIT and the DAST*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 30(5), 40-48.
- Caron, J., Fleury, M. J., Godbout, D., Desranleau, M. (2006). *Rapport de recherche : avril 2005. Traumatisés craniocérébraux présentant des troubles graves du comportement : définition, mesure et détermination des besoins pour l'organisation des services*. Montréal : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. (2009). *Traumatic brain injury*. Tiré de <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury>
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A., Fleury, M. J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal : Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire.
- Cherner, M., Temkin, N. R., Machamer, J. E., Dikmen, S. S. (2001). *Utility of a composite measure to detect problematic alcohol use in persons with traumatic brain injury*. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, vol. 82(6), 780-786.
- Cooper, S., Endacott, R. (2007). *Generic qualitative research : a design for qualitative research in emergency care?* Emergency Medicine Journal, vol. 24(12), 816-819, DOI 10.1136/emj.2007.050641.
- Copersino, M. L., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D. J., Sokoloff, J., Weiss, R. D. (2009). *Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders*. Experimental and Clinical Psychopharmacology, vol. 17(5), 337–344.
- Copersino, M. L., Schretlen, D. J., Fitzmaurice, G., Lukas, S. E., Faberman, J., Sokoloff, J., Weiss, R. D. (2012). *Effects of cognitive impairment on substance abuse treatment attendance : predictive validation of a brief cognitive screening measure*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 38(3), 246–250.
- Corrigan, J. D., Bogner, J. A. (2007a). *Interventions to promote retention in substance abuse treatment*. Brain Injury, vol. 21(4), 343-356.
- Corrigan, J. D., Bogner, J. A., Lamb-Hart, G., Heinemann, A. W., Moore, D. (2005). *Increasing substance abuse treatment compliance for persons with traumatic brain injury*. Psychology of Addictive Behaviors, vol. 19(2), 131-139.



- Corrigan, J. D., Bogner, J. A., Mysiw, W. J., Clinchot, D., Fugate, L. (2001). *Life satisfaction after traumatic brain injury*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 16(6), 543-555.
- Corrigan, J. D., Bogner, J. A. (2007b). *Initial reliability and validity of the Ohio State University TBI Identification Method*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 22(6), 318-329.
- Corrigan, J. D., Deutschle, J. J. (2008). *The presence and impact of traumatic brain injury among clients in treatment for co-occurring mental illness and substance abuse*. *Brain Injury*, vol. 22(3), 223–231.
- Corrigan, J. D., Lamb-Hart, G. L., Rust, E. (1995). *A programme of intervention for substance abuse following traumatic brain injury*. *Brain Injury*, vol. 9(3), 221-236.
- Corrigan, J. D., Rust, E., Lamb-Hart, G. L. (1995). *The nature and extent of substance abuse problems in persons with traumatic brain injury*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 10(3), 29-46.
- Corrigan, J. D., Smith-Knapp, K., Granger, C. V. (1998). *Outcomes in the first 5 years after traumatic brain injury*. *Archives of Physical Medicine et Rehabilitation*, vol. 79(3), 298–305.
- Cox, W. M., Heinemann, A. W., Miranti, S. V., Schmidt, M., Klinger, E., Blount, J. (2003). *Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury*. *Journal of Addictive Diseases*, vol. 22(1), 93-110.
- Dams-O'Connor, K., Gordon, W. A. (2013). *Integrating interventions after traumatic brain injury : a synergistic approach to neurorehabilitation*. *Brain Impairment*, vol. 14(1), 51–62.
- DeGuise, E., Leblanc, J., Dagher, J., Tinawi, S., Lamoureux, J., Marcoux, J., Maleki, M., Feyz, M. (2014). *Characteristics of patients with acute traumatic brain injury discharged against medical advice in a level 1 urban trauma centre*. *Brain Injury*, vol. 28(10), 1288-1294.
- Delmonico, R. L., Hanley-Peterson, P., Englander, J. (1998). *Group psychotherapy for persons with traumatic brain injury : management of frustration and substance abuse*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 13(6), 10-22.
- Desrosiers, P., Ménard, J. M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*. Montréal : Association des intervenants en dépendance du Québec.
- Fals-Stewart, W. (1993). *Neurocognitive defects and their impact on substance abuse treatment*. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, vol. 13(2), 46-57.
- Fals-Stewart, W., Bates, M. E. (2003). *The neuropsychological test performance of drug-abusing patients : an examination of latent cognitive abilities and associated risk factors*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 11(1), 34-45.
- Fals-Stewart, W., Lucente, S. (1994). *Effect of neurocognitive status and personality functioning on length of stay in residential substance*. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 8(3), 179-190.
- Fann, J. R., Burington, B., Leonetti, A., Jaffe, K., Katon, W. J., Thompson, R. S. (2004). *Psychiatric illness following traumatic brain injury in an adult health maintenance organization population*. *Archives of General Psychiatry*, vol. 61(1), 53–61.
- Felde, A. B., Westermeyer, J., Thuras, P. (2006). *Co-morbid traumatic brain injury and substance use disorder : childhood predictors and adult correlates*. *Brain Injury*, vol. 20(1), 41-49.
- Gagné, M., Robitaille, Y., Légaré, G., Goulet, C., Tremblay, B., St-Laurent, D. (2012). *Évolution des hospitalisations attribuables aux traumatismes craniocérébraux d'origine non intentionnelle au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Gargaro, J., Lemsky, C., Godden, T., Selby, P. (2013). *Brain injury and addiction treatment : do you know what you may be missing?* Issues of Substance Conference, Ottawa, Ontario, Canada.
- Goldman, M. S. (1995). *Recovery of cognitive functioning in alcoholics - the relationship to treatment*. Alcohol Health and Research World, vol. 19(2), 148–154.
- Hall, K. M., Karzmark, P., Stevens, M., Englander, J., O'Hare, P., Wright, J. (1994) *Family stressors in traumatic brain injury : a two-year follow-up*. Archives of physical medicine rehabilitation, vol. 75(8), 876-884.
- Health Resources and Services Administration. Maternal and Child Health Bureau (2006). *Traumatic brain injury screening : an introduction*. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services.
- Heinemann, A. W., Corrigan, J. D., Moore, D. (2004). *Case management for traumatic brain injury survivors with alcohol problems*. Rehabilitation Psychology, vol. 49(2), 156-166.
- Hensold, T., Guercio, J. M., Grubbs, E. E., Upton, J. C., Faw, G. (2006). *A personal intervention substance abuse treatment approach : substance abuse treatment in a least restrictive residential model*. Brain Injury, vol. 20(4), 369–381.
- Hibbard, M. R., Uysal, S., Kepler, K., Bogdany, J., Silver, J. (1998). *Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 13(4), 24-39.
- Hill, T. K., Colistra, A. L. (2014). *Addiction-related cognitive impairment in substance use disorder treatment : behavioral suggestions of addictions treatment practitioners*. Alcoholism Treatment Quarterly, vol. 31(1), 19-32.
- Horner, M. D., Ferguson, P. L., Selassie, A. W., Labbate, L. A., Kniele, K., Corrigan, J. D. (2005). *Patterns of alcohol use 1 year after traumatic brain injury : a population-based, epidemiological study*. Journal of the International Neuropsychological Society, vol. 11(3), 322–330.
- Ilie, G., Mann, R. E., Hamilton, H., Adlaf, E. M., Boak, A., Asbridge, M., Rehm, J., Cusimano, M. (2015). *Substance use and related harms among adolescents with and without traumatic brain injury*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 30(5), 293-301.
- Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Hospitalizations due to traumatic brain injuries*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut de la statistique du Québec (2011). *La consommation d'alcool au Québec : évolution et portrait régional. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Zoom Santé, n° 32, 1-8.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). *Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave*. Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Iverson, G. L. (2005). *Outcome from mild traumatic brain injury*. Current Opinion in Psychiatry, vol. 18(3), 301-317.
- Jorge, R. E. (2005). *Neuropsychiatric consequences of traumatic brain injury : a review of recent findings*. Current Opinion in Psychiatry, vol. 18(3), 289–299.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux toxicomanies et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Tiré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf>

- Kiluk, B. D., Nich, C., Carroll, K. M. (2011). *Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders*. Drug and Alcohol Dependence, vol. 114(2-3), 169-176, DOI 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.019.
- Kreutzer, J. S., Witol, A. D., Sander, A. M., Cifn, D. X., Martvitz, J. H., Delmonico, R. (1996a). *A prospective longitudinal multicenter analysis of alcohol use patterns among persons with traumatic brain injury*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 11(5), 58-69.
- L'Ecuyer, R. (1988). L'analyse de contenu : notion et étapes. Dans J. P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative*. (pp. 49-65). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lamontagne, M.-E., Swaine, B., St-Pierre, C., Truchon, C. (2014). *A scoping review and quality evaluation of clinical practice guidelines for the rehabilitation of adults with moderate to severe traumatic brain injury*. Communication par affiche.
- Lamontagne, M.-E., Truchon, C., Kagan, C., Swaine, B., Marshall, S., De Bellefeuille, M., Allaire, A.-S., Kua, A. (2014). *Development and implementation of a clinical practice guideline for the rehabilitation of adults with moderate to severe traumatic brain injury in Québec and Ontario*. Québec; Toronto : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; Ontario Neurotrauma Foundation.
- Luauté, J., Hamonet, J., Pradat-Diehl, P.; SOFMER group (2016). *Behavioral and affective disorders after brain injury : french guidelines for prevention and community supports*. Annals of physical and rehabilitation medicine, vol. 59(1), 68-73.
- Marceau, E. M., Lunn, J., Berry, J., Kelly, P. J., Solowij, N. (2016). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is sensitive to head injury and cognitive impairment in a residential alcohol and other drug therapeutic community*. Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 66, 30-36.
- Marhsall, S., Bayley, M., McCullagh, S., Velikonja, D., Berrigan, L. (2012). *Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms*. Canadian Family Physician, vol. 58(3), 257-267.
- McHugo, G. J., Krassenbaum, S., Darley, S., Corrigan, J., Bogner, J. A., Drake, R. (2017). *The prevalence of traumatic brain injury among people with co-occurring mental health and substance use disorders*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 32(3), E65-E74.
- Miller, S. C., Baktas, S. H., Webb, T. S., Whitehead, C. R., Maynard, C., Wells, T. S., Otte, C. N., Gore, R. K. (2013). *Risk for addiction-related disorders following mild traumatic brain injury in a large cohort of active-duty U.S. airmen*. American Journal of Psychiatry, vol. 170(4), 383-390.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Orientations ministérielles pour le traumatisme caniocérébral léger 2005-2010*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moore, E., Indig, D., Haysom, L. (2014). *Traumatic brain injury, mental health, substance use and offending among incarcerated young people*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 29(3), 239-247.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment*. American Geriatrics Society, vol. 53(4), 695-699.
- Olson-Madden, J. H., Brenner, L. A., Corrigan, J. D., Emrick, C. D., Britton, P. C. (2012). *Substance use and mild traumatic brain injury risk reduction and prevention : a novel model for treatment*. Rehabilitation research and practice, vol. 2012, Article ID 174579, 6 pages, DOI 10.1155/2012/174 579.

- Ontario Neurotrauma Foundation (2013). *Guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms*. Toronto : Ontario Neurotrauma Foundation.
- Parry-Jones, B. L., Vaughan, F. L., Miles Cox, W. (2006). *Traumatic brain injury and substance misuse : a systematic review of prevalence and outcomes research (1994-2004)*. *Neuropsychological Rehabilitation*, vol. 16(5), 537-560.
- Pelletier, S., Alarcon, R., Ewert, V., Forest, M., Nalpas, B., Perney, P. (2018). *Comparison of the MoCA and BEARNI tests for detection of cognitive impairment in in-patients with alcohol use disorders*. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 187, 249-253, DOI 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.026.
- Pépin, Y. (2017). *Un regard averti sur l'état de santé de la population de la Mauricie-Centre-du-Québec*. Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Ponsford, J., Tweedly, L., Lee, N., Taffe, J. (2012). *Who responds better? Factors influencing a positive response to brief alcohol interventions for individuals with traumatic brain injury*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 27(5), 342-348.
- Ponsford, J., Whelan-Goodinson, R., Bahar-Fuchs, A. (2007). *Alcohol and drug use following traumatic brain injury : a prospective study*. *Brain Injury*, vol. 21(13-14), 1385-1392.
- Prouteau, A., Stéfan, A., Wiart, L., Mazaux, J. M. (2016). *The evaluation of behavioural changes in brain-injured patients : SOFMER recommendations for clinical practice*. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, vol. 59(1), 23-30.
- Rees, W. D., Porter, C. (2013). *The development of diagnostic skills by management coaching*. *International Coaching Psychology Review*, vol. 8(2), 80-88.
- Rinn, W., Desai, N., Rosenblatt, H., Gastfriend, D. R. (2002). *Addiction denial and cognitive dysfunction : a preliminary investigation*. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 14(1), 52-57.
- Sacks, A. L., Fenske, C. L., Gordon, W. A., Hibbard, M. R., Perez, K., Brandau, S., Cantor, J., Ashman, T., Spielman, L. A. (2009). *Co-morbidity of substance abuse and traumatic brain injury*. *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 5(3-4), 404-417.
- Sander, A. M., Bogner, J. A., Nick, T. G., Clark, A. N., Corrigan, J. D., Rozzell, M. (2012). *A randomized controlled trial of brief intervention for problem alcohol use in persons with traumatic brain injury*. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, vol. 27(5), 319-330.
- Schulte, M. H. J., Cousijn, J., Den Uyl, T. E., Goudriaan, A. E., Van Den Brink, W., Veltman, D. J., Schilt, T., Wiers, R. W. (2014). *Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment*. *Clinical Psychology Review*, vol. 34(7), 531-550.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013). *Brain injury rehabilitation in adults*. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Tiré de <http://www.sign.ac.uk>
- Simpson, G., Tate, R. (2002). *Suicidality after traumatic brain injury : demographic, injury and clinical correlates*. *Psychological Medicine*, vol. 32(4), 687-697.
- Smith, D. E., McCrady, B. S. (1991). *Cognitive impairment among alcoholics : impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome*. *Addictive Behaviors*, vol. 16(5), 265-274.
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., Carroll, K. M. (2013). *Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions*. *Neuropharmacology*, vol. 64, 452-463.
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., Carroll, K. M. (2016). *Cognitive function as a transdiagnostic treatment target in stimulant use disorders*. *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 12(1), 90-106, DOI 10.1080/15504263.2016.1146383.

- Statistique Canada (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (données de 2012)*. Ottawa : Statistique Canada.
- Stavro, K., Pelletier, J., Potvin, S. (2012). *Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism : a meta-analysis*. *Addiction Biology*, vol. 18(2), 203-213.
- Streeter, C. C., Terhune, D. B., Whitfield, T. H., Gruber, S., Sarid-Segal, O., Silveri, M. M., Tzilos, G., Afshar, M., Rouse, A. D., Tian, H., Renshaw, P. F., Ciraulo, D. A., Yurgelun-Todd, D. A. (2008). *Performance on the stroop predicts treatment compliance in cocaine-dependent individuals*. *Neuropsychopharmacology*, vol. 33(4), 827–836.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1998). *TIP 29 : substance use disorder treatment for people with physical and cognitive disabilities : Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 29*. Rockville : U.S. Department of health and human services. Center for substance abuse treatment.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010). *Treating clients with traumatic brain injury*. *Substance Abuse Treatment Advisory*, vol. 9(2), 1-8.
- Substance Use /Brain Injury. Bridging Project (2006). *Client Workbook*. Toronto : Substance Use /Brain Injury.
- Syapin, P. J. (2011). *Brain damage and alcohol dependence: how one may influence the other*. *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 29(2), 132-145.
- Tate, P. S., Freed, D., Bombardier, C., Harter, L., Brinkman, S. S. (1999). *Traumatic brain injury: influence of blood alcohol level on post-acute cognitive function*. *Brain Injury*, vol. 13(10), 767-784, DOI 10.1080/026990599121160.
- Taylor, L. A., Kreutzer, J. S., Demm, S. R., Meade, M. A. (2003). *Traumatic brain injury and substance abuse : a review and analysis of the literature*. *Neuropsychological Rehabilitation*, vol. 13(1-2), 165-188.
- Teasdale, T. W., Engberg, A. W. (2001). *Suicide after traumatic brain injury : a population study*. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, vol. 71(4), 436–440.
- Tivis, R., Beatty, W. W., Nixon, S. J., Parsons, O. A. (1995). *Patterns of cognitive impairment among alcoholics : are there subtypes?* *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 19(2), 496-500.
- Tremblay, J., Rouillard, P., Sirois, M. (2000). *Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool (Déba-alcool) : v2.0*. Tiré de [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1556122198\\_D\\_BA\\_A\\_v1\\_9p\\_2014\\_01\\_13.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1556122198_D_BA_A_v1_9p_2014_01_13.pdf)
- Turner, T. H., LaRowe, S., Horner, M. D., Herron, J., Malcolm, R. (2009). *Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 37(4), 328–334.
- Tweedly, L., Ponsford, J., Lee, N. (2012). *Investigation of the effectiveness of brief interventions to reduce alcohol consumption following traumatic brain injury*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 27(5), 331-341.
- Verdejo-Garcia, A., Betanzos-Espinosa, P., Lozano, O. M., Vergara-Moragues, E., Gonzalez-Saiz, F., Fernandez-Calderon, F., Bilbao-Acedos, I., Perez-Garcia, M. (2012). *Self-regulation and treatment retention in cocaine dependent individuals : a longitudinal study*. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 122(1-2), 142-148.
- Vungkhanching, M., Heinemann, A. W., Langley, M. J., Ridgely, M., Kramer, K. M. (2007). *Feasibility of a skills-based substance abuse prevention program following traumatic brain injury*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 22(3), 167-176.

- Wadd, S., Randall, J., Thake, A., Edwards, K., Galvani, S., McCabe, L., Coleman, A. (2013). *Alcohol misuse and cognitive impairment in older people*. London : Alcohol Research UK.
- Walker, R., Cole, J. E., Corrigan, J. D. (2007). *Screening substance abuse treatment clients for traumatic brain injury : prevalence and characteristics*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 22(6), 360-367.
- Walker, R., Hiller, M., Staton, M., Leukefeld, C. G. (2003). *Head injury among drug abusers : an indicator of co-occurring problems*. Journal of Psychoactive Drugs, vol. 35(3), 343-353.
- West, S. L. (2011). *Substance use among persons with traumatic brain injury : a review*. Neurorehabilitation, vol. 29(1), 1-8.
- West, S. L., Luck, R. S., Capps, C. F., Cifu, D. X., Graham, C. W., Hurley, J. E. (2009). *Alcohol/other drug problem screening and intervention by rehabilitation physicians*. Alcoholism Treatment Quarterly, vol. 27(3), 280–293.
- Wiat, L., Luauté, J., Stefan, A., Plantier, D., Hamonet, J. (2016). *Non pharmacological treatments for psychological and behavioural disorders following traumatic brain injury (TBI). A systematic literature review and expert opinion leading to recommendations*. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, vol. 59(1), 31-41.
- Zaloshnja, E., Miller, T., Langlois, J. A., Selassie, A. W. (2008). *Prevalence of long-term disability from traumatic brain injury in the civilian population of the United States, 2005*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. 23(6), 394-400.

## Annexe I

### Déficits cognitifs, difficultés observées et stratégies d'intervention identifiées dans la littérature

Déficits	Difficultés observées	Stratégies d'intervention	Références
Attention, concentration et vitesse du traitement de l'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir des difficultés de concentration et de maintien de l'attention</li> <li>- Être facile à distraire et être incapable de filtrer les impertinences (être désinhibé)</li> <li>- Avoir de la difficulté à gérer plus d'une chose à la fois</li> <li>- Changer de sujet souvent et de façon inappropriée</li> <li>- Être absent et sembler ne pas écouter</li> <li>- Ne pas se souvenir de ce que les autres ont dit</li> <li>- Ne pas terminer ce qui a été commencé</li> <li>- Avoir une faible attention pour les détails et commettre des erreurs</li> <li>- S'ennuyer rapidement</li> <li>- Ne pas être intéressé longtemps aux activités anciennement plaisantes</li> <li>- Tendre à se retirer socialement</li> <li>- Être lent à intégrer et donner un sens à l'information</li> <li>- Prendre plus de temps pour accomplir des tâches ou répondre à des questions</li> <li>- Avoir de la difficulté à faire plus d'une chose à la fois</li> <li>- Être incapable de suivre une longue conversation ou de longues instructions</li> <li>- Avoir de la difficulté à composer avec de l'information complexe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire le bruit au minimum et éliminer les distractions</li> <li>- Accorder plus de temps que d'habitude pour le traitement de l'information et la prise de décision</li> <li>- Morceler l'information afin d'en faciliter l'intégration</li> <li>- Présenter l'information lentement et une chose à la fois</li> <li>- Utiliser des phrases courtes et simples</li> <li>- Poser des questions simples, répéter les questions et demander aux clients de répéter dans leurs propres mots ce qu'ils ont compris</li> <li>- Donner des exemples spécifiques pour illustrer des mots ou des phrases qui peuvent être abstraits tels que le mot « abstiné »</li> <li>- Demander à la personne de raconter son histoire de vie; c'est une occasion de l'interroger sur la consommation d'alcool à travers cette histoire</li> <li>- Lorsque des stratégies de résolution de conflits sont enseignées, utiliser des exemples concrets afin d'éviter les difficultés liées aux concepts abstraits</li> <li>- Quand la personne est distraite, l'interrompre et la recentrer sur le sujet</li> <li>- Planifier comment aborder une tâche étape par étape</li> <li>- Changer d'activité lorsque nécessaire pour maintenir l'intérêt</li> <li>- Permettre des pauses et être sensible à l'attention et l'agitation des clients</li> <li>- Donner des instructions visuelles et verbales</li> </ul>	<p>Australian Government Department of Veteran's Affairs, 2013</p> <p>Bates et collab., 2002</p> <p>Centre for substance abuse treatment, 1998</p> <p>Midwestern Brain Injury Rehabilitation Programme, 2011</p> <p>Norton et Halay, 2011</p>

Déficits	Difficultés observées	Stratégies d'intervention	Références
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander l'aide d'un « partenaire thérapeutique » - un membre de la famille ou un ami qui aidera à renforcer des techniques thérapeutiques entre les rendez-vous</li> <li>- Prévoir utiliser différentes stratégies dont les fiches de rappel, l'art thérapie et les documents audios ou visuels</li> <li>- Simplifier le matériel écrit encourager la personne à prendre des notes ou au moins écrire les éléments clés pour un rappel ultérieur</li> <li>- Limiter les composantes éducatives à des informations essentielles pour éviter toute confusion</li> <li>- Présenter le matériel éducatif en utilisant plus d'un média/méthode comme : jeu de rôle, remue-méninges, les aides visuelles et des démonstrations pratiques</li> <li>- Après des séances de groupe, rencontrer individuellement la personne pour revoir les points principaux.</li> </ul>	
Mémoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouver difficile d'apprendre et mémoriser de nouvelles choses</li> <li>- Oublier les noms</li> <li>- Oublier les rendez-vous</li> <li>- Oublier ce que les gens disent, par exemple des instructions</li> <li>- Perdre fréquemment des choses</li> <li>- Répéter les conversations</li> <li>- Répéter des comportements perturbateurs qui ont déjà été réprimandés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des rappels et répéter l'information</li> <li>- Encourager la personne à se préparer et répéter l'information (se préparer à livrer l'information)</li> <li>- Encourager la pratique des tâches et à utiliser des aides</li> <li>- Répéter l'information dans sa tête à plusieurs reprises ou dire les informations à haute voix</li> <li>- Préparer une histoire courte qui donne un sens à l'information</li> <li>- Faire une histoire visuelle sur ce qui doit être rappelé</li> <li>- Trouver un thème commun pour les choses dont la personne veut se souvenir</li> <li>- Diviser les grandes quantités d'informations en plus petites</li> </ul>	<p>Australian Government Department of Veteran's Affairs, 2013;</p> <p>Midwestern Brain Injury Rehabilitation Programme, 2011.</p>



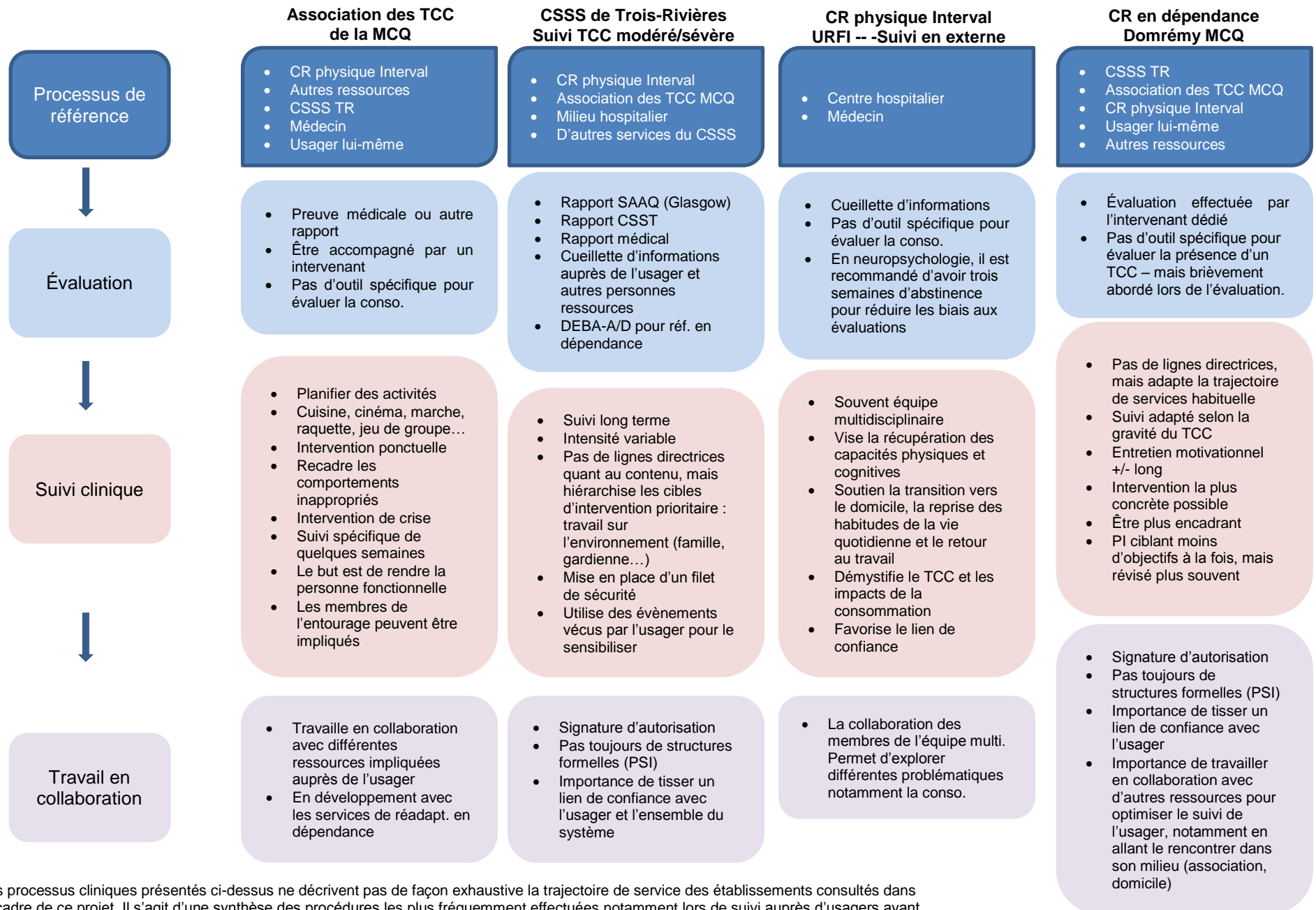
Déficits	Difficultés observées	Stratégies d'intervention	Références
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser des mots qui riment ou des acronymes</li> <li>- Fournir aux clients des blocs-notes et les encourager à écrire les questions et pensées à mesure qu'elles surviennent</li> <li>- Avoir un endroit désigné pour les éléments fréquemment perdus comme un bol pour le portefeuille, les clés, le téléphone mobile</li> <li>- Relier les tâches faciles à oublier à une activité régulière de la journée (prendre les médicaments à l'heure des repas)</li> <li>- Demander à un ami de rappeler à la personne les choses à faire ou l'accompagner aux rendez-vous</li> <li>- Établir une routine pour réduire la charge de la mémoire (par exemple déterminer un temps précis pour les rendez-vous)</li> <li>- Utiliser des aide-mémoires lorsque cela est possible. Par exemple : - fournir au client des représentations schématiques ou des résumés écrits; - utiliser des calendriers/agendas ou des cartes qui peuvent être conservées dans le portefeuille de la personne; - tirer le meilleur de la technologie comme des alertes de rappel sur le téléphone</li> </ul>	
Planification et l'organisation inadéquate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas anticiper ou ne pas considérer les conséquences de leurs actions</li> <li>- Avoir de la difficulté à suivre les étapes d'une tâche</li> <li>- Effectuer les étapes d'une activité dans le désordre – être désorganisé</li> <li>- Ne pas être en mesure d'analyser les problèmes et trouver une solution logique</li> <li>- Avoir du mal à organiser leurs pensées et expliquer les choses aux autres</li> <li>- Sembler capable quand ils expliquent l'approche, mais ne pas y parvenir dans la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éviter de donner à la personne des tâches trop vagues</li> <li>- Fournir une structure - la liste des étapes à suivre et inciter à terminer ce qui est commencé</li> <li>- Concevoir et utiliser une routine</li> <li>- Former la personne à approcher une nouvelle activité/tâche d'une manière systématique par exemple décomposer la tâche en petites parties ou étapes et cocher lorsque terminée</li> <li>- Apprendre de nouvelles tâches une étape à la fois et construire une</li> </ul>	Midwestern Brain Injury Rehabilitation Programme, 2011

Déficits	Difficultés observées	Stratégies d'intervention	Références
		séquence - Réduire les exigences pour la personne – ne pas laisser la personne déterminer une solution, mais lui donner plusieurs solutions parmi lesquelles elle pourra choisir	
Persévérance, pensées rigides et concrètes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être centré sur une idée ou un comportement</li> <li>- Parler du même sujet à plusieurs reprises (se répéter)</li> <li>- Revenir au thème préféré lorsque la personne n'a rien d'autre à faire</li> <li>- Persister dans un comportement, même lorsqu'il n'est plus pertinent ou approprié</li> <li>- Avoir de la difficulté à s'adapter à de nouvelles situations</li> <li>- Apparaître obstiné et résistant aux points de vue, opinions ou demandes opposés</li> <li>- Avoir de la difficulté à passer d'une activité à l'autre</li> <li>- Prendre littéralement des déclarations</li> <li>- Avoir de la difficulté à comprendre des termes abstraits (par exemple, des situations hypothétiques)</li> <li>- Avoir de la difficulté à penser à long terme - ne peut pas réguler les actions actuelles en vue de prévenir les conséquences</li> <li>- Ne pas être en mesure de voir le point de vue de l'autre personne</li> <li>- Avoir de la difficulté à raisonner (de raisonnement)</li> <li>- Avoir une attitude noir ou blanc</li> <li>- Être incapable de maintenir une attitude souple envers des situations changeantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Écouter une première fois et fournir des commentaires clairs de ce que vous avez entendu et compris</li> <li>- Interrompre la personne et lui rappeler qu'elle vous a dit les informations avant</li> <li>- Ignorer les références à ce sujet - ne pas renforcer la répétition</li> <li>- Distraire la personne en la ramenant à l'activité</li> <li>- Introduire de nouvelles idées progressivement</li> <li>- Présenter les choses en termes concrets</li> <li>- Essayer de ne pas parler en termes abstraits - utiliser un langage simple et direct</li> <li>- Rendre les tâches personnellement et immédiatement pertinentes</li> <li>- Encourager la personne à imaginer comment il se sentirait dans d'autres situations (cela serait dans...)</li> <li>- Expliquer tout changement dans la routine à l'avance, donner les raisons...</li> </ul>	Midwestern Brain Injury Rehabilitation Programme, 2011

Déficits	Difficultés observées	Stratégies d'intervention	Références
Réduction de la prise de conscience ou de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas être conscient ou ignorer les problèmes cognitifs ou comportementaux</li> <li>- Ne pas être en mesure de compenser les difficultés</li> <li>- Ne pas accepter la responsabilité des conséquences de leurs comportements</li> <li>- Avoir des objectifs, exigences ou attentes irréalistes</li> <li>- Rejeter ou résister au traitement ou à de l'assistance</li> <li>- Être impulsif et agir sans penser aux conséquences. Cela pourrait conduire à des bris de règlement par inadvertance</li> <li>- Agir avant de penser</li> <li>- Prendre des décisions hâtives</li> <li>- Entretenir des liens inappropriés avec d'autres - être plus familier, manquer de tact, approcher des étrangers, faire des avances sexuelles de façon inappropriée</li> <li>- Dépenser de l'argent sans discernement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappeler gentiment à la personne la présence des déficits</li> <li>- Donner une rétroaction immédiate sur les performances</li> <li>- Distraire la personne ou ignorer les déclarations irréalistes – Changer de sujet</li> <li>- Expliquer pourquoi une action utile est proposée et l'expliquer par étape</li> <li>- Signaler les conséquences négatives possibles d'un plan irréaliste</li> <li>- Travailler avec des organismes extérieurs pour assurer les limites externes, lorsque requis. Par exemple la SAAQ pour l'évaluation du permis de conduire, assurer une structure de gestion financière</li> <li>- Rappeler à la personne de prendre son temps, de réfléchir avant d'agir</li> </ul>	Midwestern Brain Injury Rehabilitation Programme, 2011

## Annexe II

### Processus clinique



Les processus cliniques présentés ci-dessus ne décrivent pas de façon exhaustive la trajectoire de service des établissements consultés dans le cadre de ce projet. Il s'agit d'une synthèse des procédures les plus fréquemment effectuées notamment lors de suivi auprès d'usagers ayant subi un TCC et ayant des habitudes de consommation.

## Pour obtenir un accompagnement

### Présentez-vous à l'un de nos points de service

- Association des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie/Centre-du-Québec – Trois-Rivières :  
39, Rue Bellerive, Trois-Rivières (Québec) G8T 6J4  
819 372-4993
- Association des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie/Centre-du-Québec – Victoriaville :  
49, rue de l'Aqueduc, Victoriaville (Québec) G6P 1M2  
819 604-6720
- Centre hospitalier affilié universitaire régionale (CHAUR)  
1991, boul. du Carmel, Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9  
819 697-3333
- Centre de réadaptation en dépendance de Victoriaville :  
353, boulevard Bois-Francis Nord, Victoriaville (Québec) G6P 7B7  
819 752-5668
- Services de réadaptation en dépendance – Shawinigan :  
750, promenade du Saint-Maurice, Shawinigan (Québec) G9N 1L6  
819 536-0004
- Centre de réadaptation en déficience physique de Victoriaville :  
80, rue Saint-Paul, Victoriaville (Québec) G6P 9C8  
819 752-4099
- Centre de réadaptation en déficience physique Jacques-de-Labadie:  
4100, rue Jacques-de-Labadie, Trois-Rivières (Québec) G8Y 1T6  
819 378-4083
- Services externes de réadaptation en déficience physique – Drummondville :  
350, rue Saint-Jean, bureau 180, Drummondville (Québec) J2B 5L4  
819 477-9010
- Services externes de réadaptation en déficience physique – Shawinigan :  
750, promenade du Saint-Maurice, Shawinigan (Québec) G9N 1L6  
819 537-5005

[www.ciussmcq.ca](http://www.ciussmcq.ca)