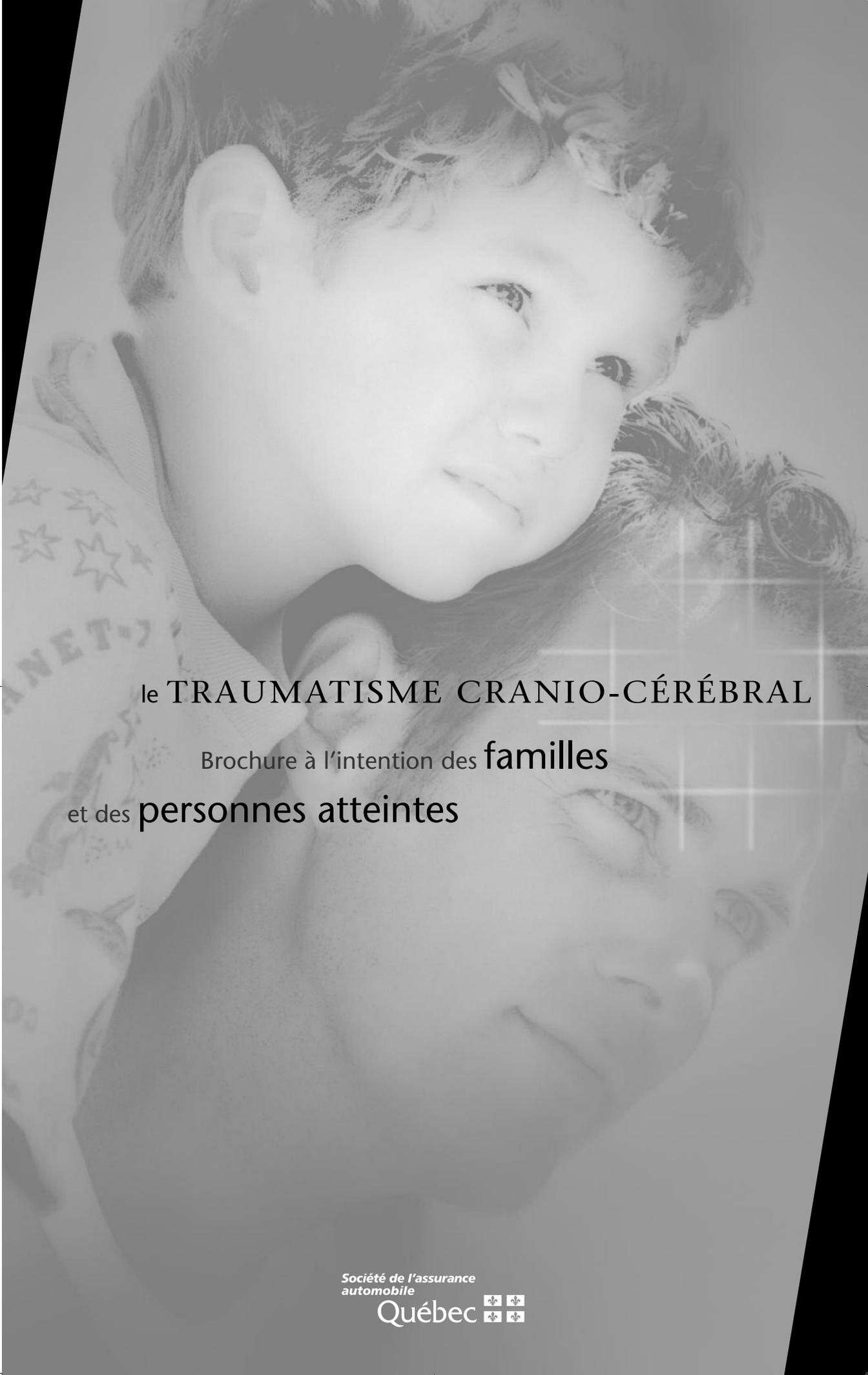


le TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

Brochure à l'intention des familles
et des personnes atteintes



le TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

Brochure à l'intention des **familles**
et des **personnes atteintes**

Société de l'assurance
automobile

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
COMMENT FONCTIONNE LE CERVEAU?	8
Le cerveau et le comportement	8
Qu'est-ce qu'un traumatisme crânio-cérébral	11
• Une définition	11
• Les principales caractéristiques	11
COMMENT SURVIENT UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL?	13
La commotion cérébrale	14
La contusion cérébrale	14
QUELLES SONT LES SÉQUELLES POSSIBLES D'UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL?	15
La dimension physique	16
La dimension cognitive	17
La dimension affective	19
La dimension familiale	20
La dimension sociale	21
Les dimensions scolaire et professionnelle	23
L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES QUI ONT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL	24
LE CONTENU DU PROGRAMME	25
QUI SONT LES PERSONNES-RESSOURCES ET SPÉCIALISTES QUI TRAITENT LES PERSONNES VICTIMES D'UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL?	27
LA MÉDICATION	31
LA PARTICIPATION DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE	
DES CONNAISSANCES DE BASE	34
La récupération	34
Les circonstances de l'accident	36
La situation de la victime d'un traumatisme crânio-cérébral	37
Les proches et les membres de la famille	38
DE FAUSSES CROYANCES	39
PROBLÈMES FRÉQUENTS ET MOYENS D'ACTION	41
Les problèmes d'ordre général	41
Les problèmes physiques	45
Les problèmes cognitifs	46
Les problèmes affectifs	51
CONCLUSION	55
GLOSSAIRE	56
ILLUSTRATIONS	Encart central
CAHIER DE BORD ET LISTE DES ORGANISMES RELIÉS AUX ENTENTES DE SERVICES DE RÉADAPTATION EN NEUROTRAUMATOLOGIE	



AVANT-PROPOS

Les préoccupations de la Société de l'assurance automobile du Québec en matière de réadaptation existent depuis sa création en 1978.

Consciente des difficultés que provoquent certains traumatismes graves sur le plan humain, la Société publie la présente brochure afin de venir en aide aux personnes qui sont aux prises avec les problèmes qu'entraîne un traumatisme cranio-cérébral.

Cette brochure a pour objet d'expliquer le plus simplement possible des réalités souvent complexes. **Elle devrait normalement être utilisée avec l'aide d'un conseiller en réadaptation de la Société ou d'une personne-ressource qui a acquis une expérience auprès des personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral.**

Compte tenu que chaque cas est unique, vous pourrez compléter et adapter ces données à partir de l'information qui vous sera communiquée par les différents professionnels que vous aurez à rencontrer.

Pour faciliter la lecture du document, les termes imprimés en gras sont définis dans le glossaire qui se trouve à la page 56.

Cela n'arrive pas qu'aux autres!

Vous ne pensiez jamais que cela pourrait se produire un jour, mais voilà, c'est arrivé! Quelqu'un de votre famille ou de votre entourage vient de subir un accident de la route. Il est question d'un choc à la tête, d'un traumatisme cranio-cérébral. Le cerveau est-il endommagé? Est-ce grave?

Rares sont les personnes préparées à faire face à une telle situation, même si elle se répète fréquemment au Québec chaque année.

Instinctivement, on redoute que l'événement soit grave dès que la tête a subi un choc dans un accident. Plusieurs aspects du comportement humain peuvent être touchés à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, le cerveau étant le moteur des comportements humains, s'il est blessé à la suite d'un accident, cela peut entraîner différents types de désordres chez la **victime**¹.

Ainsi, lorsque l'accident provoque une blessure au cerveau, appelée « **dommage cérébral** », la victime peut présenter des problèmes physiques (ex.: paralysie), intellectuels (ex.: troubles de mémoire, de jugement), affectifs (ex.: agressivité) ou des difficultés de comportement dans toutes les sphères de ses activités, que ce soit dans sa vie familiale, à l'école, dans ses loisirs ou dans son travail.

Évidemment, les conséquences d'un traumatisme cranio-cérébral peuvent être plus ou moins graves. Si l'on peut dire que la plupart des cas sont légers, il ne faut pas oublier qu'il en existe un certain nombre qui laissent des **séquelles** importantes (85 % de tous les traumatismes cranio-cérébraux sont légers, 15 % sont modérés ou graves).

Vous pouvez être utile!

La recherche et l'expérience clinique ont démontré que l'apport du milieu, et notamment de la famille, peut jouer un rôle important dans le processus de réadaptation d'une victime d'un traumatisme cranio-cérébral. Une famille bien informée et organisée, travaillant en collaboration avec une équipe de réadaptation, pourra espérer obtenir de meilleurs résultats que si la victime est laissée à elle-même.

Par exemple, le travail et les efforts entrepris dans un centre de réadaptation pourront être poursuivis et maintenus au moment du retour à domicile de la victime, si la famille sait s'y appliquer de façon éclairée. Il faut donc souhaiter que la famille soit présente du début à la fin du programme de réadaptation et collabore de manière active à chacune des phases.

Le traitement d'une personne dont le cerveau a été endommagé à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral peut s'étendre sur une longue période et comprendre plusieurs phases. Au cours de celles-ci, la victime aura à rencontrer plusieurs professionnels, et peut-être même à fréquenter

¹ La Loi sur l'assurance automobile considère comme **victime** toute personne ayant subi un dommage corporel (physique, psychologique ou mental) dans un accident d'automobile. Dans le présent texte, le terme « **victime** » désigne une personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Il est employé de façon objective et n'est empreint d'aucune connotation péjorative.

plusieurs lieux d'intervention. Dans toute cette chaîne d'événements, la famille représentera un lien important de continuité.

Habituellement, le conjoint, les enfants ou les autres membres de la famille ne possèdent pas les connaissances scientifiques suffisantes pour faire face de façon appropriée aux divers problèmes occasionnés dans leur milieu par la présence d'une personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral.

L'expérience ayant démontré que la famille et l'entourage immédiat de la victime manifestent un besoin d'information et souhaitent fournir une contribution utile au traitement, la publication d'une brochure comme celle-ci s'avérait nécessaire.

Des renseignements qui vous aideront

Les renseignements que vous trouverez dans le présent document vous informeront sur le fonctionnement du cerveau, les effets d'un dommage cranio-cérébral et les différentes phases du traitement offert à la victime.

Pour ceux qui vivent avec une personne victime d'un traumatisme cranio-cérébral, les difficultés proviennent le plus souvent des activités de la vie quotidienne. Devant ces difficultés, que faire?

Cette brochure décrit un certain nombre de problèmes que vous pouvez éprouver dans vos contacts avec la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Elle vous suggère également des éléments de solution ou certains moyens pour y remédier.

Évidemment, l'ensemble de ces éléments d'information constitue un tableau général qui peut ne pas toujours correspondre avec précision à la réalité d'une victime en particulier. Il est donc important de comprendre que certaines adaptations seront nécessaires pour harmoniser votre action avec cette nouvelle réalité.

Les suggestions fournies n'ont pas pour objet de remplacer le programme de soins établi par l'équipe traitante, mais elles pourront vous permettre de faire face à un certain nombre de situations parfois complexes et délicates.

À la fin de ce document, vous trouverez un « cahier de bord » contenant la liste des associations de traumatisés cranio-cérébraux de la province et des établissements avec lesquels la Société a conclu une entente pour la mise en oeuvre d'un programme de réadaptation à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral causé par un accident d'automobile. Ce cahier vous sera également utile pour y noter certains renseignements (date, noms de spécialistes, etc.).

Nous espérons que le contenu de ces pages vous permettra de vous familiariser avec la réalité complexe du traumatisme cranio-cérébral et qu'il vous procurera l'information nécessaire pour orienter et faciliter l'aide que vous comptez apporter à la personne qui a subi un tel traumatisme.



Comment

FONCTIONNE LE

Même si le cerveau semble relativement bien protégé par la boîte crânienne, il est en réalité très vulnérable. C'est vraiment lorsqu'il est atteint ou lésé que l'on se rend compte du rôle primordial qu'il joue dans la vie d'un être humain.

Les quelques paragraphes qui suivent expliquent de façon générale le fonctionnement du cerveau, en insistant sur le lien qui existe entre lui et le comportement humain.

LE CERVEAU ET LE COMPORTEMENT

Le cerveau est responsable des comportements humains et de plusieurs des fonctions vitales de l'organisme. Il reçoit et transmet l'information en provenance des sens qui nous renseignent sur l'environnement. C'est lui aussi qui analyse les données reçues et les emmagasine. Il est également constamment conscient des états internes (faim, douleur, état affectif, etc.). Dans les échanges de l'organisme avec le milieu, le cerveau rend également l'être humain capable d'adaptation, c'est-à-dire qu'il lui permet, même dans le feu de l'action, de modifier ses comportements en tenant compte de messages internes ou de stimulations extérieures. C'est donc grâce au cerveau que nous pouvons agir comme nous le faisons. Il est à l'origine de toutes nos actions et veille jour et nuit. Sans lui, même notre cœur ne pourrait fonctionner normalement. Advenant des dommages au cerveau, plusieurs de nos fonctions peuvent être perturbées.

Dès l'arrivée de Paul à la salle d'urgence, l'équipe décèle chez lui un traumatisme cranio-cérébral de gravité moyenne. On s'empresse de stabiliser ses fonctions vitales et de soigner sa plaie à la tête. Les radiographies révèlent une fracture du crâne et des contusions à la partie avant du cerveau.

CERVEAU ?

Bien qu'il ne représente que 2 % du poids du corps humain, le cerveau est l'organe le plus complexe et le plus important chez l'être humain. Son fonctionnement est tout à fait particulier et difficile à comprendre, même pour des spécialistes.

L'illustration 1 (voir encart central) montre les deux **hémisphères cérébraux**, le gauche et le droit. Ces hémisphères semblent symétriques, et l'on pourrait s'attendre que chacun ait des fonctions équivalentes. C'est vrai en partie pour les fonctions simples. Cependant, pour les fonctions les plus complexes, chacun des hémisphères possède un rôle qui lui est propre.

Chez la plupart des personnes, l'hémisphère gauche est dit « dominant ». Il a pour rôle de régulariser les activités touchant le langage parlé et écrit, la lecture, le calcul, la pensée, l'abstraction, le raisonnement, le jugement, etc. Ce sont les fonctions du type **verbal**. C'est également l'hémisphère gauche qui dirige les fonctions motrices et sensorielles de la partie droite du corps (voir encart central, illustrations 1, 3 et 4).

L'hémisphère droit, de son côté, prend en charge les fonctions que l'on appelle « **non verbales** », c'est-à-dire celles qui sont de nature **visuo-spatiale** comme le traitement et l'emmagasinage de l'information visuelle et tactile, ainsi que tout ce qui touche la reconnaissance des formes et l'orientation dans l'espace. Par exemple, pour reproduire une forme géométrique comme celle de la Croix-Rouge, c'est surtout l'hémisphère droit qui est mis à contribution.

Les deux hémisphères cérébraux sont reliés, entre autres éléments, par une sorte de pont appelé « **corps calleux** ». C'est en grande partie grâce à lui que les deux hémisphères peuvent communiquer entre eux et travailler en harmonie et en complémentarité, lorsque des fonctions complexes nécessitent une utilisation plus globale du cerveau.

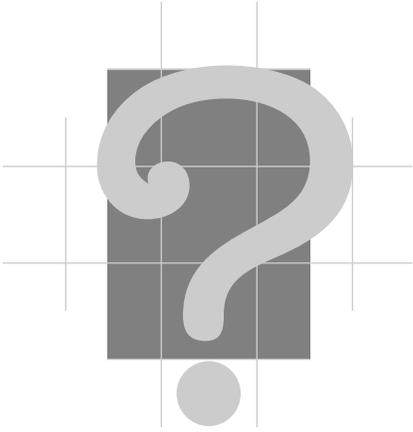
La localisation précise de certaines fonctions à l'intérieur du cerveau permet de comprendre que les effets ou séquelles chez les victimes pourront varier selon l'endroit du cerveau qui aura été endommagé au moment de l'accident (voir encart central, illustration 4). Cela se passe un peu comme si le cerveau était une carte géographique terrestre où chacun des pays jouerait un rôle particulier dans le comportement humain.

Par exemple, il est connu qu'une atteinte à la partie antérieure du cerveau (lobes frontaux) peut entraîner une diminution de la spontanéité, de l'initiative ou une sorte d'apathie qui explique que plusieurs personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral aient de la difficulté à passer à l'action pour atteindre leurs objectifs. On pourrait penser à tort que ces personnes sont devenues « paresseuses ».

Une lésion de cette nature peut également provoquer des comportements « rigides » et de la **persévération**. Elle peut aussi expliquer des changements de personnalité. L'individu devient, à divers degrés, incapable de s'autocritiquer et d'adopter des comportements sociaux jugés acceptables. Il peut être désinhibé sur le plan sexuel, irritable ou colérique. Pour lui, ce qu'il fait semble convenir. Il ne s'inquiète pas de ce qui lui arrive, alors que les gens de son entourage peuvent être désarmés par ses actions ou son manque d'appréciation de ses difficultés ou séquelles. C'est comme si la personne ayant un dommage cérébral frontal était la dernière intéressée ou capable de comprendre ce qui se produit chez elle.

Cet exemple a permis d'illustrer un certain nombre de troubles comportementaux découlant d'une atteinte grave à une seule des régions du cerveau, c'est-à-dire la partie frontale. Il est alors facile de comprendre que, à la suite d'un accident d'automobile qui a causé des blessures à plusieurs endroits du cerveau, la situation est encore plus complexe et qu'il en résulte des changements touchant plusieurs aspects du fonctionnement humain (cognition, personnalité, motricité).





QU'EST-CE QU'UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL?

Actuellement, quand il est question d'un choc à la tête suffisamment important pour endommager non seulement la boîte crânienne mais également le cerveau, on emploie l'appellation « traumatisme cranio-cérébral ».

Une définition

Le traumatisme cranio-cérébral peut être défini ainsi :

Traumatisme causant une destruction ou une dysfonction du système nerveux intracrânien.

Pour préciser cette définition et la rendre plus explicite, il faut mentionner certaines de ses caractéristiques essentielles.

Les principales caractéristiques

Le traumatisme cranio-cérébral s'accompagne habituellement d'une histoire documentée d'un coup direct ou indirect à la tête.

Pour qu'il y ait traumatisme cranio-cérébral, il faut que le cerveau ait été secoué ou frappé directement et que les cellules cérébrales ou **neurones** et leurs prolongements (**axones**) aient été endommagés. Ces lésions au cerveau entraîneront certaines conséquences, que nous allons énumérer plus loin.

Le traumatisme cranio-cérébral provoque généralement un changement soudain de l'état de conscience dont la gravité et la durée sont variables.

Comme nous le verrons, le traumatisme cranio-cérébral s'accompagne souvent d'une perturbation de l'état de conscience qui peut aller d'une confusion minime à un **coma** profond dans les cas graves. Les contacts de l'individu avec son environnement peuvent être alors diminués et même parfois éliminés complètement. Ce changement d'état de conscience peut être de très courte durée ou se prolonger pendant des jours, des mois et même des années.

*Le traumatisme cranio-cérébral occasionne presque toujours une altération des fonctions cérébrales supérieures ou **cognitives**. Ce changement apparaît habituellement de façon brusque et sa durée peut être variable ou permanente.*



Le traumatisme crânio-cérébral peut provoquer des changements en ce qui a trait aux fonctions mentales supérieures, comme l'intelligence, la mémoire, le jugement ou le raisonnement. Ces changements se manifestent habituellement immédiatement après le traumatisme. Les séquelles peuvent être de courte durée dans les cas d'atteintes légères, mais elles peuvent se prolonger pendant plusieurs mois ou même des années dans les cas d'atteintes graves.

*Le traumatisme crânio-cérébral s'accompagne habituellement de perturbations dans les **habitudes de vie** sur les plans personnel, familial, social, scolaire et professionnel.*

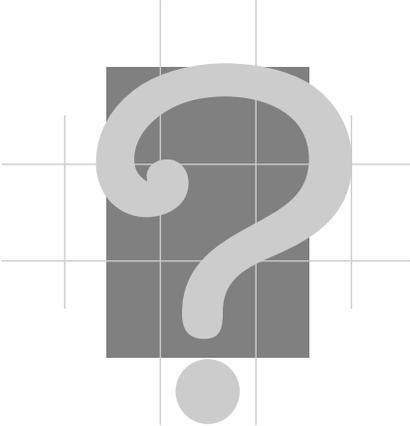
Un traumatisme crânio-cérébral peut provoquer également des perturbations sur le plan affectif entraînant des changements de comportement dans la vie de tous les jours. La personne atteinte peut devenir plus irritable ou impatiente ou bien se contrôler difficilement et présenter des sautes d'humeur à propos de tout et de rien. Ces changements de comportement ou de personnalité peuvent se manifester au sein de la vie de couple, de la vie familiale ou dans les activités de loisirs.

De tels changements peuvent nuire à la fréquentation scolaire ou encore rendre incertain ou difficile le retour au travail. Souvent, ce sont ces difficultés de comportement qui persistent le plus longtemps après l'accident, même après que les séquelles sur le plan physique se sont en grande partie résorbées.

Le traumatisme crânio-cérébral peut donner lieu à des séquelles sur le plan **neuropsychologique** qui ne sont pas toujours en relation directe avec le degré d'atteinte constaté sur le plan physique ou neurologique.

La plupart du temps, on peut vérifier qu'un traumatisme crânio-cérébral qui provoque des séquelles graves sur le plan physique entraîne également des séquelles importantes sur le plan des fonctions mentales supérieures et de la personnalité. Cependant, il est possible qu'un traumatisme ayant donné lieu à peu d'incapacités sur le plan physique cause des changements significatifs dans les fonctions mentales supérieures ou la personnalité.

Même s'il existe certains traits communs chez les personnes touchées par un traumatisme crânio-cérébral, chacune doit être considérée comme un cas unique, possédant ses propres caractéristiques.



COMMENT SURVIENT UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL?

Dans le cas des accidents de la route, le traumatisme cranio-cérébral résulte habituellement d'un choc qui peut projeter la tête violemment dans toutes les directions. À ce moment, la tête peut heurter un ou plusieurs obstacles pendant ses déplacements. Il peut s'ensuivre une ou des fractures du crâne, avec ou sans enfoncement (voir encart central, illustration 5). Si la violence du choc est très importante, la boîte crânienne peut être brisée et des fragments des os du crâne peuvent s'enfoncer dans le cerveau et l'endommager. Au bout de sa trajectoire, la tête subit un mouvement de décélération rapide (mouvement brusque d'arrêt). Quand la tête s'arrête soudainement, le cerveau à l'intérieur vient en contact brusquement avec les parois du crâne et peut ainsi être lésé ou endommagé (accélération/décélération).

En plus de cette accélération et de cette décélération rapides, divers mouvements de rotation de la tête, sous la force du choc, peuvent occasionner des frictions de la matière cérébrale contre les parois osseuses internes du crâne et augmenter la gravité du dommage cérébral. Ce phénomène de rotation peut aussi endommager les structures qui se trouvent à la base du crâne (**structures sous-corticales**). Ces dernières jouent un rôle primordial pour le contrôle des fonctions vitales de l'organisme dont l'éveil (lésions responsables du coma).

Les différentes secousses causées par le choc à la tête et transmises au cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne peuvent entraîner des lésions multiples, c'est-à-dire ailleurs qu'à l'endroit où la tête a subi un coup, parfois à cause de ce que l'on appelle « l'effet de **contrecoup** » (voir encart central, illustration 5, partie 1). Ainsi, l'étendue et la localisation du dommage au cerveau ne sont pas directement liées au lieu ni même à la gravité du dommage causé à la boîte crânienne elle-même.

L'état d'une personne victime d'un traumatisme cranio-cérébral s'aggrave parfois à la suite de complications qui peuvent survenir après l'accident (ex. : dommage secondaire). C'est le cas, par exemple, de l'enflure du cerveau, des infections, des troubles respiratoires pour lesquels on devra pratiquer une **trachéotomie** dans le but de faciliter la respiration. L'**épilepsie** est une autre des complications pouvant survenir même tardivement à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral.

Parfois, au lieu de parler de traumatisme cranio-cérébral, on emploie une ancienne terminologie, soit la notion de « commotion cérébrale » ou « contusion cérébrale ».

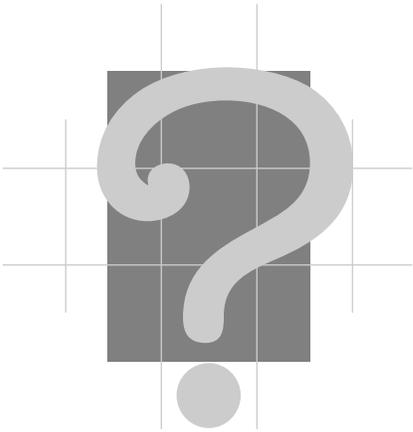
La commotion cérébrale

On parle de « commotion cérébrale » lorsque le cerveau a été secoué durement à l'intérieur de la boîte crânienne. La commotion s'accompagne d'une brève perte de conscience (environ 15 minutes). Habituellement, on ne trouve pas de signes dus à un dommage cérébral précis ou localisé. La commotion cérébrale peut provoquer temporairement divers symptômes dont des céphalées (maux de tête), des étourdissements, des difficultés de concentration et de mémoire, de l'irritabilité et des comportements dépressifs. La commotion cérébrale est suivie d'une courte phase de récupération et, le plus souvent, elle ne laisse pas de séquelles incapacitantes.

La contusion cérébrale

On parle de « contusion cérébrale » lorsqu'on trouve des signes focaux, c'est-à-dire que l'on peut indiquer un ou des endroits précis où le cerveau a été lésé. Les risques d'épilepsie sont habituellement plus élevés dans le cas d'une contusion cérébrale. Celle-ci entraîne des troubles diversifiés qui peuvent laisser des séquelles. Ce type de blessures est plus grave que la commotion cérébrale et nécessite un temps plus long de récupération.





QUELLES SONT LES SÉQUELLES POSSIBLES D'UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL?

À la suite d'un traumatisme crano-cérébral, la victime peut être atteinte de **séquelles** ou d'incapacités plus ou moins nombreuses, diversifiées, légères ou graves, pouvant nuire à plusieurs des habitudes de vie communes à l'ensemble des individus :

1. Nutrition
2. Condition corporelle
3. Soins personnels
4. Communication
5. Habitation
6. Déplacements
7. Responsabilités
8. Relations interpersonnelles
9. Vie communautaire
10. Éducation
11. Travail
12. Loisirs
13. Autre habitude

Encore une fois, la complexité des problèmes vécus par les personnes victimes d'un traumatisme crano-cérébral provient du fait que, le cerveau étant touché, toutes les dimensions du comportement humain peuvent être altérées ou atteintes.

Contrairement à ce qui se produit dans le cas de plusieurs autres types de blessés de la route (ex. : une personne ayant subi des fractures aux jambes), ce n'est pas seulement l'aspect physique qui peut être en cause, mais aussi les dimensions intellectuelle et comportementale.

Il ne faut pas oublier non plus que toutes les dimensions ou facettes du comportement humain influent les unes sur les autres. Par exemple, une perte de mémoire peut conduire à des comportements d'impatience; des incapacités physiques ou intellectuelles peuvent provoquer une dévalorisation de soi et une baisse de la motivation. Cela explique en partie pourquoi l'intégration familiale, sociale, scolaire ou professionnelle peut se révéler difficile chez plusieurs personnes qui ont subi un traumatisme crano-cérébral et dont le cas présente une certaine gravité.

Les pages qui suivent reprennent chacune des dimensions qui peuvent être atteintes à la suite d'un traumatisme crano-cérébral et décrivent ce qui en résulte dans le comportement ou la vie de tous les jours de la victime.



La dimension physique

À la suite d'un traumatisme crânio-cérébral, ce sont surtout les **incapacités** sur le plan physique qui sont les plus apparentes. Elles se manifestent principalement par des atteintes motrices, des pertes sensorielles ou d'autres problèmes connexes.

Les atteintes motrices

Les atteintes motrices sont particulièrement évidentes dans les moments qui suivent l'accident. Elles touchent environ 50 % des personnes dont le traumatisme est modéré ou grave. Par la suite, la récupération est souvent satisfaisante et les difficultés motrices se résorbent petit à petit. Il est possible cependant, dans les cas les plus graves, que certaines séquelles soient permanentes. La victime doit donc s'adapter et, au besoin, utiliser une forme d'aide technique (orthèse, cadre de marche (marchette), fauteuil roulant, etc.) pour compenser la fonction atteinte ou perdue.

Lorsque la partie du cerveau qui commande le mouvement est lésée, on peut observer une paralysie plus ou moins marquée des membres. Si c'est le côté gauche du cerveau qui a été lésé, les membres du côté droit seront paralysés. Ce sera le contraire si le cerveau est blessé du côté droit (voir encart central, illustrations 1 et 3). Quand ce genre de paralysie unilatérale est complète, on parle alors d'une « **hémiplégie** ». Quand le degré de paralysie est moins important, il est plutôt question d'une paralysie partielle ou d'une « **hémiparésie** ».

Évidemment, ce type de paralysie peut causer des difficultés dans les déplacements, entraîner une certaine forme de boiterie ou des problèmes à gravir les escaliers ou, encore, compliquer l'utilisation des membres supérieurs pour les activités quotidiennes, que ce soit à la maison ou au travail. On peut facilement s'imaginer les problèmes d'une personne droitrière qui, à la suite d'un accident, se trouve dans l'impossibilité d'utiliser normalement sa main dominante.

Les atteintes motrices peuvent également entraîner une perte de l'équilibre, rendant la marche difficile et les sorties à l'extérieur risquées.

D'autres problèmes moteurs d'origine sous-corticale peuvent provoquer de la **spasticité**, des mouvements involontaires, de l'incoordination ou une lenteur dans les gestes. La personne atteinte manquera alors de précision et accomplira avec lenteur et difficulté des gestes qui lui étaient faciles antérieurement (ex. : préparer un repas, se laver, s'habiller, faire l'entretien ménager ou s'adonner à des travaux de bricolage).

Les atteintes motrices peuvent aussi se situer au niveau du langage. Ainsi, quelque temps après leur accident, certaines personnes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral éprouvent des difficultés à s'exprimer

verbalement. Elles cherchent parfois leurs mots et elles ont une voix que l'entourage trouve différente. Dans les cas les plus graves, la personne peut être difficile à comprendre (difficultés d'articulation), ce qui augmente sa frustration et embarrasse les membres de son entourage. Elle pourra également éprouver des difficultés à s'alimenter (dysphagie).

Les pertes sensorielles

Un traumatisme crânio-cérébral peut entraîner une diminution du fonctionnement des sens comme la vision, l'audition, l'odorat et le goût. La victime peut souffrir de troubles visuels (ex. : vision double, perte de champs visuels), d'une baisse de l'audition ou de bourdonnements dans les oreilles, ou encore d'une diminution ou même de la perte de l'odorat. Certaines personnes sont parfois embarrassées par des **hallucinations sensorielles**. Elles ont l'impression de percevoir des odeurs ou des sons qui sont en fait inexistantes.

On peut par ailleurs observer une diminution de la sensibilité, le plus souvent du même côté qu'une paralysie. Une perte de sensibilité au toucher, au chaud, au froid ou à la douleur occasionne un risque de brûlure ou de blessure lorsque la personne n'est pas pleinement consciente de cette perte de sensibilité.

D'autres problèmes connexes

Très souvent, les personnes qui ont subi un traumatisme crânio-cérébral se plaignent de céphalées (maux de tête) et d'étourdissements qui accentuent la fatigabilité et la frustration. Malheureusement, il est parfois difficile de contrôler ces problèmes, même avec une médication appropriée.

D'autres blessures ou facteurs n'ayant pas de lien direct avec le dommage au cerveau peuvent compliquer la situation de la victime, comme c'est le cas des fractures multiples, des déformations physiques ou des cicatrices apparentes.

La dimension cognitive

La principale différence entre un traumatisme crânio-cérébral et les autres types de blessures causées par les accidents de la route est le fait que, en plus de la dimension physique, la dimension cognitive ou intellectuelle est aussi atteinte. En effet, les personnes qui ont subi un traumatisme crânio-cérébral ont très souvent des problèmes d'attention, de concentration ou encore des problèmes de mémoire et des difficultés à résoudre les problèmes de la vie courante.

Les problèmes d'attention et de concentration empêchent fréquemment la personne de bien diriger et maintenir ses efforts à l'égard d'une tâche définie. Elle passe d'une chose à une autre, sans pouvoir éliminer les distractions ou les stimuli non liés à son travail. Un manque d'attention



sélective ou l'incapacité de se concentrer suffisamment longtemps sur une tâche peuvent nuire aux études ou au retour au travail. Dans ces conditions, il est malaisé d'assimiler de nouvelles connaissances.

En plus des problèmes d'attention et de concentration, les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral présentent souvent des troubles de la mémoire et des difficultés d'apprentissage. Elles ont de la difficulté à fixer l'information, à la traiter et à la réutiliser. La mémoire à court ou à long terme fait généralement défaut. Ces troubles de la mémoire et ces difficultés d'apprentissage peuvent présenter des degrés de gravité divers et s'échelonnent sur une période de temps relativement longue.

Quand la dimension cognitive est atteinte chez une victime d'un traumatisme cranio-cérébral, on constate plus que fréquemment chez elle des troubles de la pensée ou des **difficultés d'abstraction**, qui peuvent entraîner des lacunes sur le plan de l'organisation de l'information. Il lui devient alors difficile d'effectuer toute opération mentale qui consiste à combiner deux ou plusieurs données, comme l'exige le jugement, la pensée mathématique, la planification d'activités, l'initiative ou la créativité. Ces troubles de la pensée rendent très souvent le retour à l'école ou au travail fort pénible.

Parfois, malgré la préservation des fonctions motrices, la personne est incapable d'exécuter certaines tâches : on parle alors d'« **apraxie** ». Dans ce cas, il lui devient impossible de s'habiller, de préparer un repas, etc.

Outre les troubles de motricité de la parole, on peut observer, chez les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral, des troubles des fonctions expressives ou des difficultés à communiquer l'information reçue et traitée. Ces difficultés des **fonctions expressives** se manifestent au moment de parler (**aphasie**), de lire, d'écrire, de compter, de dessiner ou de faire des gestes ou des mimiques. C'est un peu comme si le sens des mots et des symboles était altéré ou perdu et que la personne avait de la difficulté à les employer convenablement.

De plus en plus, on se rend compte que plusieurs victimes d'un traumatisme cranio-cérébral ont des difficultés à savoir comment s'y prendre pour exécuter certaines tâches. Ce phénomène survient principalement lorsqu'il y a eu atteinte à la partie frontale du cerveau. On remarque alors une passivité, une lenteur dans le rendement, de la rigidité ou de la **persévération** dans l'action. L'individu a de la difficulté à entreprendre une action donnée et, une fois qu'il a commencé, on dirait qu'il ne peut plus s'arrêter seul.

On note également, dans ces cas, une capacité d'initiative diminuée et des agissements par essais et erreurs. L'action cesse d'être planifiée et organisée de manière appropriée. Ces personnes présentent ce que l'on appelle une « attitude concrète », c'est-à-dire qu'elles ne donnent de l'importance

qu'à la situation présente où elles se trouvent. N'a d'intérêt pour elles que ce qu'elles sont en train de faire ou le besoin qu'elles ressentent sur-le-champ. Il devient très difficile de les faire « décrocher » de la situation concrète ou des besoins ressentis à un moment donné. Il leur faut tout de suite obtenir ce qu'elles veulent sans tenir compte de la situation globale dans laquelle elles se trouvent.

Voilà autant de raisons qui font que, dans la vie de tous les jours, on peut trouver que les personnes atteintes d'un traumatisme cranio-cérébral ont de la difficulté à s'adapter à des situations nouvelles, ont une faible capacité de jugement et se comportent de façon infantile ou inadaptée.

La dimension affective

Le cerveau ne fait pas que contrôler les activités motrices ou intellectuelles. C'est aussi lui qui nous permet de ressentir des émotions et de les maîtriser en tenant compte du contexte dans lequel nous nous trouvons. Une blessure au cerveau, comme celle que peut provoquer un traumatisme cranio-cérébral, entraîne parfois des changements sur le plan affectif. Très souvent, après un traumatisme cranio-cérébral, la personne atteinte peut présenter une variation de l'humeur ou une **labilité** des émotions. Elle aura tendance à pleurer ou à rire sans raison ou de façon induite. Elle paraîtra hypersensible, passant rapidement d'un état émotif à un autre (tristesse ou euphorie) sans motif apparent.

En plus des variations rapides de l'humeur chez plusieurs personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, on remarque une diminution des contrôles sur le plan émotif. Ces personnes réagissent souvent à ce qui se passe dans leur milieu par des comportements agressifs ou colériques. Elles le font impulsivement, sans nécessairement prendre le temps de réfléchir aux conséquences de leurs gestes, qui se traduisent généralement par une violence verbale ou physique. On observe aussi, chez certaines personnes, une baisse de leur capacité d'autocritique, l'imprévisibilité dans l'action, des comportements impulsifs et parfois même un manque de contrôle sur le plan sexuel (**désinhibition sexuelle**).

L'atteinte de la dimension affective peut, par ailleurs, se caractériser par des comportements d'allure infantile. La victime peut sembler égocentrique et parfois même asociale. Elle présente peu d'**empathie** et devient intolérante au moindre contretemps ou frustrée devant tout délai dans la satisfaction de ses besoins.

Il ne faut pas oublier qu'un traumatisme cranio-cérébral entraîne une perception différente de soi-même. La victime pourra se sentir dévalorisée et incapable de remplir ses rôles sociaux antérieurs, qu'ils soient familiaux ou autres.



Certains professionnels de la réadaptation ou membres de la famille se plaignent que la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral a des attitudes caractérisées par la dépression ou l'apathie. On note une perte du goût d'agir, une sorte de passivité, une absence de motivation ou d'intérêt à entreprendre des projets nouveaux. Dans les cas graves, cette dépendance ou cette dépression peut s'accompagner de comportements d'automutilation ou d'idées suicidaires.

Dans certains cas, les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral pouvaient présenter des difficultés ou des troubles de la personnalité avant leur accident. Il est reconnu que le traumatisme cranio-cérébral vient exacerber ou accentuer les traits de personnalité ou les problèmes qui existaient avant l'accident.

La dimension familiale

Le fait qu'une personne a subi un traumatisme cranio-cérébral peut avoir un impact important sur les membres de son entourage, notamment sur le fonctionnement du couple ou de la famille. Déjà, quand la personne atteinte est hospitalisée, la vie familiale n'est plus la même. On s'inquiète de la survie de la victime, il faut la visiter à l'hôpital et prévoir son retour à domicile. Le milieu de vie doit se réorganiser pour combler les besoins de la victime : surveillance, soins, aide et encadrement pour l'hygiène, les repas, les sorties, les déplacements, etc. Les membres de la famille doivent prévoir une participation au processus de réadaptation, par exemple en supervisant à domicile les exercices prescrits par les professionnels de l'équipe traitante.

Outre la réduction de l'autonomie physique de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral, la diminution de son autonomie intellectuelle et personnelle crée très souvent des difficultés à l'entourage. À cause de cette perte d'autonomie, les membres de l'entourage doivent prévoir une supervision appropriée, la personne atteinte étant elle-même incapable de faire des choix judicieux dans plusieurs domaines qui la concernent. La période de perte d'autonomie varie selon la gravité de l'atteinte et, dans les cas les plus graves, peut être permanente.

Au sein de la famille, on doit redéfinir les rôles, partager différemment les tâches ou les responsabilités, voir à tout organiser pour pallier aussi les troubles de la mémoire de la personne atteinte.

Comme nous l'avons vu, la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral peut présenter un changement de personnalité et manifester des troubles du comportement. Les gens qui l'entourent ont parfois de la difficulté à reconnaître en elle la même personne qu'avant l'accident. On ne sait plus trop « comment la prendre », comment la contrôler ou

faire face à son agressivité. On ignore comment répondre à ses demandes répétées ou inappropriées, que ce soit pour la nourriture, la sexualité, l'argent, la conduite automobile, les cigarettes, etc. Ces changements de personnalité et ces troubles du comportement ne sont pas sans altérer non plus les relations interpersonnelles, par exemple entre les enfants et les parents, entre les conjoints, avec les frères, les sœurs ou même les amis. Parfois, les proches de la victime se retrouvent seuls et isolés de leur groupe d'amis. Dans d'autres cas, il peut y avoir aggravation de problèmes préexistants dans le couple ou la famille (ex. : séparation, divorce, éducation des enfants, budget).

Souvent, les membres de la famille et de l'entourage doivent donner beaucoup de temps et fournir de nombreux d'efforts en vue de soutenir la victime d'un traumatisme crânio-cérébral, sans nécessairement recevoir des remerciements ou des gratifications proportionnels à leurs actions ou à leur dévouement.

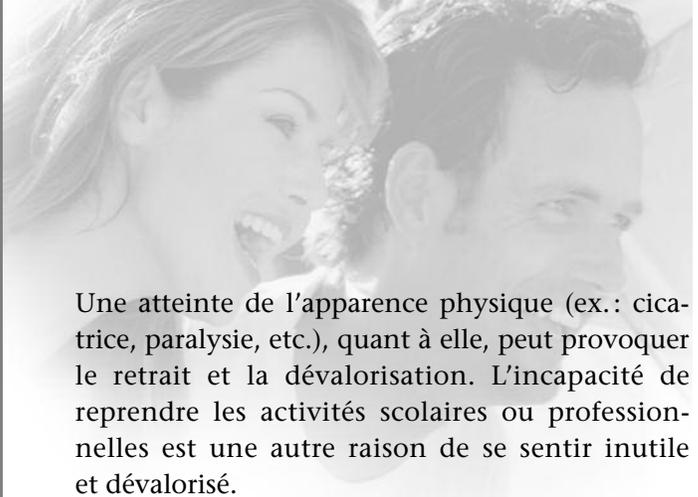
La personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral est parfois dans l'impossibilité temporaire ou permanente de reprendre ses activités scolaires ou professionnelles. Ainsi, lorsqu'un enfant victime d'un traumatisme crânio-cérébral cesse de fréquenter l'école, il faut quelqu'un pour en prendre soin à la maison. Il arrive qu'un des parents doive laisser son travail pour s'en occuper et devienne moins disponible pour les autres membres de la famille. La même situation peut se produire si la personne touchée est un des conjoints; l'autre doit, dans bien des cas, négliger son emploi et même le quitter pour prendre en charge les soins à domicile et les responsabilités du couple. Il peut en résulter une augmentation du degré de fatigue, de stress et d'insécurité, de même qu'une détérioration du climat de vie.

La dimension sociale

Une fois que la personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral est sortie de l'hôpital et qu'elle a réintégré son milieu familial, il lui reste à agrandir son cercle d'activités vers l'extérieur. Il s'agit d'une phase difficile et souvent cruciale. En effet, c'est dans le but de favoriser l'intégration sociale que tous les efforts antérieurs ont été fournis.

D'abord, la diminution de l'autonomie physique de la victime peut l'empêcher de se déplacer facilement à l'extérieur, à cause des obstacles ou des **barrières architecturales**. La baisse des capacités physiques peut également nuire à la participation aux loisirs et aux sports qui exigent force, équilibre et coordination.

Chez les jeunes, les loisirs et les sports sont souvent une occasion de se valoriser. Privés de ces activités, ils auront tendance à se replier sur eux-mêmes et à « tourner en rond », comme disent certains parents.



Une atteinte de l'apparence physique (ex. : cicatrice, paralysie, etc.), quant à elle, peut provoquer le retrait et la dévalorisation. L'incapacité de reprendre les activités scolaires ou professionnelles est une autre raison de se sentir inutile et dévalorisé.

Quand les capacités intellectuelles sont diminuées, la victime a de la difficulté à faire face à ses responsabilités et à démontrer la même autonomie qu'auparavant. Par exemple, pour un jeune adulte, le fait de ne plus pouvoir sortir seul, sans surveillance, ou de ne plus conduire sa voiture peut représenter à ses yeux des pertes importantes.

D'autre part, il n'est pas rare d'entendre des parents mentionner que, peu de temps après l'accident, les amis et les voisins venaient voir leur enfant, mais que, petit à petit, ils ont espacé leurs visites et se sont éloignés de lui, parce qu'ils le trouvaient différent, changé et moins intéressant qu'avant. Dans ces circonstances, les membres de la famille peuvent avoir tendance à traiter leur adolescent comme un « bébé », à le surprotéger, à le culpabiliser ou à l'isoler.

Les changements de personnalité et les troubles du comportement nuisent également à l'intégration sociale de la personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral. Le dommage au cerveau peut provoquer un ralentissement ou même un arrêt du développement social, ce qui ne peut faire autrement que de changer les rapports entre la victime et les membres de son entourage. Les personnes du milieu pourront se montrer surprises et réagir fortement devant les problèmes de comportement de l'individu au cerveau lésé. L'entourage aura parfois tendance à réagir de façon punitive ou à maintenir certaines relations avec la personne atteinte « par charité ».

Moins les gens du milieu comprennent les problèmes de comportement ou de personnalité de la personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral, plus ils ont de la difficulté à vivre à ses côtés et à maintenir des relations harmonieuses avec elle. La victime est alors l'objet d'incompréhension et même de rejet.

Après quelques semaines, Paul reprend conscience. Il commence à reconnaître les siens et le personnel médical qui l'entoure. Graduellement, il retrouve l'usage de la parole et s'oriente de mieux en mieux dans le temps et dans l'espace. Malheureusement, il est atteint d'une hémiparésie, c'est-à-dire d'une faiblesse musculaire qui affecte la moitié gauche de son corps.

Les jeunes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral se plaignent souvent de leur difficulté à établir ou à maintenir des relations amoureuses avec d'autres jeunes. Certains sont assez conscients pour dire que, avec les séquelles qui les affligent, l'avenir leur paraît incertain, surtout quand il est question de former un couple ou de fonder une famille.

Les séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral entraînent très souvent, pour la personne atteinte, un retrait du circuit des activités habituelles qui permettent le développement social. La perte des contacts avec les pairs et les collègues oblige la victime à réorganiser son temps de façon différente. Il n'est pas rare de voir ces personnes se sentir à part des autres et éprouver de la difficulté à s'identifier à un groupe envers qui elles pourraient ressentir un sentiment d'appartenance.

Un jeune homme victime d'un traumatisme crânio-cérébral disait: « À mes 18 ans, j'étais fier de quitter ma famille pour aller habiter seul et avoir mon propre réseau d'amis et mes activités personnelles. Maintenant, à cause de mon accident, j'ai été obligé de revenir dans ma famille comme du temps où j'avais 12 ans. J'ai l'impression d'avoir tout perdu, ma liberté, mon emploi et mes loisirs. Mes amis m'ont laissé tomber et j'ai l'impression d'avoir à tout recommencer. »

Les dimensions scolaire et professionnelle

Si les séquelles physiques peuvent nuire au retour à l'école ou au travail des personnes qui ont subi un traumatisme crânio-cérébral, ce sont surtout les séquelles cognitives et comportementales qui rendent difficile leur intégration au milieu scolaire ou professionnel.

Très souvent, les séquelles intellectuelles et affectives n'offrent d'autre choix que de prévoir une réorientation « à la baisse », c'est-à-dire de reprendre à un échelon scolaire inférieur à celui que l'on avait terminé avant l'accident, ou encore d'accepter un travail plus simple et moins bien rémunéré. Tous ces efforts pour se retrouver moins avancé qu'avant!

La personne qui a subi des traitements pendant plusieurs mois et, dans certains cas, durant plus d'une année aura évidemment de la difficulté à réintégrer l'école ou le travail après une aussi longue absence. Il ne faut pas oublier, non plus, que la plupart des milieux scolaires ou professionnels sont souvent mal préparés à recevoir quelqu'un qui a subi un traumatisme crânio-cérébral. Par exemple, on comprendra mal les changements de personnalité qui peuvent apparaître chez un ancien collègue. On pourra mal tolérer sa lenteur et son manque de jugement, alors qu'on le respectait grandement pour les qualités qu'il possédait avant son accident.

Pour les personnes qui ne peuvent reprendre leurs études ou le travail, la dévalorisation sur le plan social est importante, étant donné la place qu'occupent ces activités dans notre société. Dans ce cas, il faudra viser l'augmentation de leur degré d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie, tout en tenant compte de leurs capacités résiduelles.



L'intervention

AUPRÈS DES PERSONNES

L'équipe des soins intensifs prend la relève. Dans les jours qui suivent, elle poursuit le traitement du traumatisme cranio-cérébral de Paul. Bien que l'état de ce dernier soit encourageant, sa femme est inquiète et elle se renseigne régulièrement auprès des membres de l'équipe traitante.

Paul est ensuite transféré de la salle de soins intensifs à une chambre de l'hôpital. Les conséquences de son traumatisme cranio-cérébral sont évidentes. Outre son hémiparésie, il affiche des problèmes de concentration, de mémoire et de comportement. Sa femme et ses proches ont peine à le reconnaître tant sa personnalité a changé depuis son accident. L'équipe traitante multiplie les efforts pour favoriser sa réadaptation physique et psychique.

Les paragraphes suivants proposent d'examiner le contenu d'un programme d'intervention destiné aux personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral.

Évidemment, il s'agit d'une vue d'ensemble et d'un modèle général qui doit être adapté à la situation particulière de chacune des personnes touchées par un traumatisme cranio-cérébral. Le point important est que chacune des dimensions touchées par le traumatisme cranio-cérébral reçoive une attention suffisante.

Dans l'intervention auprès des traumatisés cranio-cérébraux, il est important de considérer la spécificité de la population visée et la continuité dans l'approche. Il importe que le processus de traitement se poursuive jusqu'à l'**intégration sociale** optimale, c'est-à-dire la meilleure possible, compte tenu des séquelles ou des capacités résiduelles.

On trouvera ensuite une liste des personnes-ressources et de spécialistes qui travaillent habituellement auprès des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. La liste en question comprend une définition sommaire de leur rôle auprès de cette population.

QUI ONT SUBI

UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

Pour les personnes qui connaissent peu le domaine de la santé au Québec, le processus d'intervention ou le programme de soins offerts à une personne qui a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral peuvent paraître complexes.

LE CONTENU DU PROGRAMME

Le modèle intégré des services de réadaptation offerts à la personne victime d'un traumatisme cranio-cérébral comporte trois phases principales, chacune ayant ses objectifs propres. Ces phases se répartissent dans le temps et permettent, en se complétant, de toucher toutes les dimensions de la personne.

Première phase

Le traitement médical et la réadaptation précoce

La première phase du programme d'intervention destiné aux personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral est celle du traitement médical. Cette phase commence immédiatement après l'accident et peut se poursuivre pendant quelques semaines ou quelques mois. Elle se déroule habituellement dans les hôpitaux. Les objectifs poursuivis au cours de cette phase sont surtout d'offrir les premiers soins à l'accidenté, d'assurer sa survie, de limiter l'impact de la déficience neurologique et de commencer, dans la mesure du possible, la **réadaptation précoce**.

Au cours de cette phase, on trouve surtout des neurologues, des neurochirurgiens, des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des neuropsychologues et des travailleurs sociaux. Dès la première phase, le conseiller en réadaptation de la Société de l'assurance automobile du Québec peut être en contact avec la personne accidentée et les membres de sa famille.

Deuxième phase

La réadaptation fonctionnelle intensive et le soutien à l'intégration sociale

La deuxième phase est consacrée à la réadaptation fonctionnelle et à l'intégration sociale. Elle débute une fois que l'état médical de la personne est stabilisé et peut s'échelonner sur plusieurs mois ou années. Ce sont habituellement les centres de réadaptation qui assurent ces services.



La réadaptation fonctionnelle permet de développer l'autonomie physique, cognitive, émotive et comportementale chez la victime, donc de maximiser le potentiel de récupération des capacités.

Les services offerts favorisent idéalement la récupération des capacités antérieures. Lorsque cette récupération est impossible, les efforts sont alors axés sur la compensation de la perte de capacité au moyen d'une forme d'aide technique ou par l'élaboration de nouvelles stratégies d'action.

Ces stratégies d'action et ces formes d'aide technique ont pour objet de préparer le mieux possible la victime à réintégrer son domicile, d'augmenter ses possibilités de réinsertion sociale et de favoriser le retour à l'activité. Les services de réadaptation fonctionnelle sont habituellement donnés par les physiatres, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les neuropsychologues, les orthophonistes et les travailleurs sociaux. Le conseiller en réadaptation joue généralement un rôle très actif au cours de cette phase.

Une fois que la victime a terminé ses traitements de réadaptation fonctionnelle, elle réintègre le milieu familial et, le cas échéant, le milieu de travail. L'insertion sociale et le retour à l'activité professionnelle peuvent parfois prendre plusieurs années dans les cas les plus graves et se faire grâce à la collaboration d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un **centre de jour** ou d'un centre d'intégration socioprofessionnel. Cette intégration sociale est complétée par le retour aux activités scolaires ou professionnelles.

L'objet de l'intégration sociale est de permettre à la victime d'un traumatisme cranio-cérébral une pleine participation sociale et la reprise des habitudes de vie communes à l'ensemble des individus.

Le conseiller en réadaptation continue à jouer un rôle, cherchant à faciliter l'insertion sociale et le retour au travail. Souvent, il est appelé à coordonner les actions des autres spécialistes et personnes-ressources. Durant cette période, la personne accidentée et sa famille peuvent également compter sur la collaboration d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, d'orienteurs professionnels, de psychoéducateurs, d'orthopédagogues ou encore d'éducateurs spécialisés.

De plus, dans toutes les régions du Québec, des organismes communautaires offrent, entre autres, des services d'information, de référence, d'entraide, de soutien et d'accompagnement des personnes accidentées et de leur famille.

Troisième phase

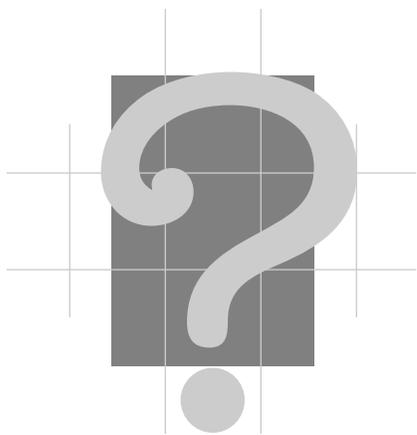
Le maintien des acquis

À ce stade-ci, les interventions doivent permettre à la personne retournée à son domicile de conserver les apprentissages acquis lors de la réadaptation.

Pour celle qui ne peut retourner chez elle en raison de la gravité de ses séquelles, l'objectif est de conserver, malgré tout, un certain degré d'autonomie et de qualité de vie.

Les efforts de maintien des acquis peuvent parfois se poursuivre la vie durant. C'est donc dire que, après avoir traversé les deux phases de la réadaptation, la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral n'a pas nécessairement retrouvé toutes ses capacités. Des séquelles peuvent l'empêcher d'être entièrement autonome dans ses habitudes de vie. Si tel est le cas, la famille devra compter sur une personne-ressource, par exemple: un psychologue, un travailleur social ou un éducateur spécialisé. Parfois, il est aussi possible de rester en contact avec une équipe de professionnels à laquelle on aura recours au besoin.

Évidemment, la Société participe au maintien des acquis par le remboursement des frais d'aide personnelle, d'équipement spécialisé et d'adaptation, et par des services de soutien aux victimes et à leur famille.



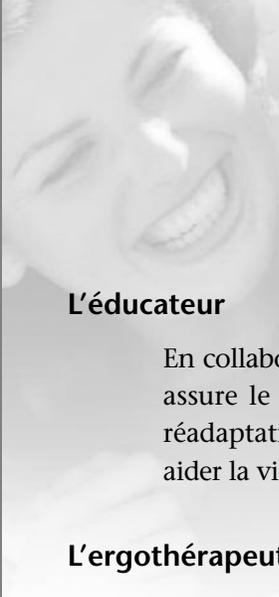
QUI SONT LES PERSONNES-RESSOURCES ET SPÉCIALISTES QUI TRAITENT LES PERSONNES VICTIMES D'UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL?

*Tout au long du processus de réadaptation, la victime et ses proches ont à rencontrer plusieurs personnes-ressources et spécialistes de formation différente, travaillant au sein d'une **équipe multidisciplinaire**, l'équipe traitante.*

Selon ses champs d'intérêt et sa spécialité, chaque membre tente d'apporter sa contribution à l'équipe qui a la responsabilité du plan d'intervention. Il peut parfois être difficile de savoir qui fait quoi à l'intérieur de cette équipe. La liste alphabétique qui suit résume le rôle des personnes-ressources et spécialistes que vous pourriez trouver dans une équipe qui offre des services aux traumatisés cranio-cérébraux. Vous pourrez ainsi vous faire une idée de leurs rôles respectifs.

Le conseiller d'orientation

Ce spécialiste du domaine de l'intégration scolaire et professionnelle aide la personne à préciser ses choix de façon réaliste et autonome. Le conseiller d'orientation assiste la personne dans son adaptation psychologique aux conséquences de l'accident. Il favorise chez elle une meilleure connaissance de soi (centres d'intérêt, personnalité, aptitudes, etc.) et de son environnement. Il peut aussi aider la personne dans la réalisation de ses projets, en assurant le suivi de sa démarche.



L'éducateur

En collaboration avec les membres de l'équipe traitante, l'éducateur assure le suivi du programme de réadaptation soit au centre de réadaptation, soit à domicile. C'est souvent l'éducateur qui peut aider la victime à réorganiser ses activités quotidiennes à la maison.

L'ergothérapeute

L'ergothérapeute aide la victime à augmenter son autonomie dans les activités de la vie de tous les jours et dans chacune de ses dimensions physique, cognitive, émotive, scolaire et professionnelle. À cette fin, il prévoit des programmes de stimulation et d'exercices pratiques pour la victime.

L'infirmière

Dans les moments qui suivent l'accident, l'infirmière assure les soins de survie, le traitement des blessures, la stimulation pendant la période d'éveil et une surveillance constante, le tout en accord avec le médecin traitant. En phase de réadaptation, l'infirmière veille au bien-être physique de la victime, lui procure un soutien moral et supervise certains exercices de traitement qui lui ont été prescrits. Elle assure aussi des contacts avec la famille de la personne confiée à ses soins.

Le neurochirurgien

Ce médecin est spécialisé dans les maladies du système nerveux qui se traitent chirurgicalement. Dans le cas d'un traumatisme crânio-cérébral, le neurochirurgien s'occupe d'établir le diagnostic et d'instaurer les traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires.

Le neurologue

Ce médecin est spécialisé dans les maladies du système nerveux qui se traitent médicalement. Dans le cas d'un traumatisme crânio-cérébral, le neurologue établit le diagnostic et instaure le traitement approprié. Les complications médicales (épilepsie, méningite, etc.) sont aussi de sa compétence.

Le neuropsychologue

Le neuropsychologue effectue l'évaluation, établit le pronostic et assure le traitement des personnes qui ont subi un traumatisme crânio-cérébral en centrant son action sur les fonctions mentales supérieures, sur la personnalité et les capacités d'intégration sociale (famille, école et travail).

L'omnipraticien

Mieux connu sous le nom de « médecin de famille », l'omnipraticien, de par sa formation générale, peut assurer un lien entre les différents professionnels. Il occupe une place de premier choix en ce qui concerne l'information à donner à la famille, compte tenu que souvent il traite non seulement la victime d'un traumatisme cranio-cérébral, mais qu'il est habituellement aussi le médecin de toute la famille.

L'orthophoniste

L'orthophoniste évalue l'état de la personne atteinte sur le plan du langage et assure le traitement nécessaire dans le but d'améliorer ou de rétablir la compréhension et l'expression du langage (parole, lecture et écriture). Il travaille généralement en collaboration avec la famille et les membres de l'équipe traitante.

Le psychiatre

Ce médecin évalue la condition physique de la personne et prescrit des traitements de réadaptation physique adaptés à sa condition.

Le physiothérapeute

Après avoir évalué la condition physique de la personne, le physiothérapeute élabore et met en oeuvre un programme de traitement comprenant des exercices en vue d'augmenter l'autonomie physique ou de réduire les effets du traumatisme cranio-cérébral sur le plan physique (ex. : motricité).

Le psychiatre

Ce médecin évalue et traite les maladies mentales ou d'autres problèmes psychiques.

Le psychologue

Le psychologue est souvent appelé le « spécialiste du comportement humain ». À partir de méthodes scientifiques, il évalue et traite les personnes qui ont des problèmes personnels.

Le psychoéducateur et l'orthopédagogue

Ces spécialistes évaluent et traitent les problèmes de comportement et d'apprentissage chez les jeunes d'âge scolaire; ils collaborent avec les enseignants et la famille.



Le travailleur social

Le travailleur social évalue la situation personnelle de la victime au point de vue familial et socioéconomique. Il assiste la victime et sa famille et peut également servir de lien entre la famille et le milieu hospitalier.

Autres intervenants

Il existe évidemment d'autres professionnels ou personnes-ressources qui travaillent auprès des victimes d'un traumatisme cranio-cérébral. Par exemple, le conseiller en réadaptation de la Société. Celui-ci évalue les besoins de l'accidenté et il décide des mesures à prendre à l'intérieur de son plan de réadaptation en collaboration avec l'accidenté et en partenariat avec les autres professionnels du réseau. Il participe à l'élaboration et au suivi du plan d'intervention de l'établissement et représente l'accidenté auprès des différentes personnes-ressources extérieures, notamment dans le processus de retour au travail. Soulignons aussi la contribution des intervenants des associations d'entraide qui offrent divers services à la personne accidentée et à ses proches afin de maintenir une qualité de vie et de favoriser l'intégration sociale.

Pour les proches de la victime, il importe avant tout de bien comprendre la participation de chacune de ces personnes à l'intérieur du plan d'intervention qui est offert. On ne devrait jamais hésiter à leur demander de préciser leur rôle et de donner les raisons de leurs actions. Il devient ainsi plus facile de transmettre cette information à la personne atteinte et de favoriser sa participation au programme de soins. Ces professionnels sont tout à fait ouverts à l'idée d'une collaboration de la famille au programme de traitement de la personne atteinte d'un traumatisme cranio-cérébral.

Devenu plus autonome, Paul fait maintenant un séjour intensif dans un centre de réadaptation. Il suit un programme personnalisé dont l'objectif est de lui permettre la plus grande récupération possible.

LA MÉDICATION

La question de la médication chez les personnes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral est particulièrement importante. Les médicaments doivent être pris strictement selon la prescription du médecin. Il est aussi néfaste de ne pas en prendre assez que d'en prendre trop.

Voici une brève liste des médicaments les plus fréquemment employés en cas de traumatisme crânio-cérébral et de leurs fonctions correspondantes.

MÉDICAMENTS

FONCTIONS

• Les antibiotiques (ex. : la pénicilline)	Traitement des infections
• Les tranquillisants (ex. : le Valium)	Réduction de l'agitation, de l'anxiété et de l'irritabilité
• Les antidépresseurs (ex. : le lithium)	Atténuation de la dépression
• Les anticonvulsivants (ex. : le Dilantin)	Prévention des crises d'épilepsie ou réduction de leur fréquence
• Les analgésiques (ex. : la codéine et l'Empracet)	Soulagement de la douleur

La personne qui se voit prescrire des médicaments à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral ne doit pas automatiquement cesser toute médication qu'elle employait déjà en raison de son état de santé antérieur. Par exemple, celle qui était diabétique avant son traumatisme crânio-cérébral devra continuer de prendre les médicaments destinés au traitement de sa maladie en tenant compte, s'il y a lieu, des adaptations recommandées par son médecin.

A black and white photograph of a young child, possibly a boy, in the middle of kicking a soccer ball. The child is wearing a patterned t-shirt and shorts. The background is blurred, suggesting an outdoor setting like a park or sports field. The lighting is bright, creating a soft, natural atmosphere.

La participation

DE LA FAMILLE ET

Après quelques mois, Paul quitte le centre de réadaptation. Sa mémoire et sa concentration restent un peu affectées. Toutefois, dans l'ensemble, son état lui permet de retourner chez lui. Son programme de réadaptation se poursuit néanmoins.

Au bout de quelques semaines, Paul tente de reprendre l'emploi qu'il exerçait avant son accident d'automobile. Malgré toute la compréhension et la collaboration de son employeur, celui-ci doit à regret lui confier un travail moins exigeant. Pour Paul, cette réalité est frustrante et ses sautes d'humeur sont difficiles à contrôler. Cependant, grâce aux efforts réunis de ses thérapeutes, de ses proches et de son employeur, il apprend à accepter sa nouvelle situation et il retrouve une qualité de vie satisfaisante.

Les premières visites à l'hôpital sont particulièrement éprouvantes pour les membres de la famille. Les pensées, les émotions et les interrogations se bousculent en eux. Pendant ces premiers moments, le plus pénible est souvent de ne pas savoir. En effet, avant que l'état de la victime se soit stabilisé, il peut être difficile pour les médecins de se prononcer sur la gravité des blessures et la nature des séquelles. Dans certains cas, on peut dire que la personne s'en sortira, mais on est loin de savoir jusqu'à quel point elle pourra récupérer.

Pendant la période d'hospitalisation, parfois longue, la famille doit souvent demeurer dans l'attente, en espérant que tout se passe pour le mieux et que la victime se rétablisse au plus tôt.

Durant l'hospitalisation, il est conseillé de rendre visite à l'accidenté, même en période de coma ou de confusion. Les professionnels présents à l'hôpital pourront aider les membres de la famille à préciser la fréquence et la durée de leurs visites de façon à assurer l'appui nécessaire à la victime, tout en ne dépassant pas la limite de leurs forces.

Au cours des phases qui suivront l'hospitalisation, c'est-à-dire celles de la réadaptation fonctionnelle, de l'intégration sociale et du maintien des acquis, les membres de la famille ou les proches seront mis à contribution de façon plus significative. Il est alors important que les membres de la famille demandent de l'information et de l'aide, si cela est nécessaire, sinon ils se rendront compte que la fatigue et le découragement viendront rapidement. Il n'y a pas de honte à demander de l'aide dans un domaine aussi complexe.

DE L'ENTOURAGE

Quand un enfant, un parent, un conjoint ou un collègue subit un traumatisme cranio-cérébral grave, les membres de la famille ou ses proches vivent des moments difficiles: crainte de perdre un être aimé, sentiment d'injustice. Pourquoi lui? Et l'on se demande quoi faire, comment aider, comment sortir la victime de cette situation.

Pour obtenir de l'aide, les membres de la famille vont souvent choisir le conseiller en réadaptation de la Société de l'assurance automobile du Québec comme personne-ressource qui pourra les seconder dans leurs efforts. Le conseiller en réadaptation tentera de répondre à leurs interrogations ou les dirigera vers les professionnels ou les groupes d'entraide qui pourront leur venir en aide.

Les pages qui suivent n'ont pas pour objet de résoudre tous les problèmes éprouvés par la famille ou la victime. En effet, les difficultés vécues tout au long du processus de réadaptation d'une personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral sont trop complexes pour que l'on puisse les résumer dans un document comme celui-ci. Cependant, si vous connaissez quelqu'un qui a subi un traumatisme cranio-cérébral ou si vous êtes vous-même une personne qui a subi des dommages au cerveau, les renseignements que vous trouverez ici vous aideront à mieux comprendre la situation et vous permettront d'agir plus efficacement. Mieux comprendre ce qui se passe et savoir quoi faire ne règle pas tout, mais cela permet de diminuer le stress et la fatigue tout en augmentant le niveau d'efficacité.

Sans prétendre être complète, la prochaine partie du document vous propose d'abord certaines connaissances de base concernant les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. Ensuite, elle tente de démythifier quelques fausses croyances et présente une liste de problèmes fréquents chez les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral. Enfin, elle suggère des moyens d'action dont vous pourrez vous inspirer pour faire face à ces difficultés.

Ces renseignements ou suggestions ne feront pas de vous un éducateur spécialisé ni un thérapeute d'expérience. Là n'est pas le but. Les membres de la famille ne peuvent remplacer une équipe multidisciplinaire, même si leur contribution est de première importance.



DES CONNAISSANCES DE BASE

L'ensemble des problèmes vécus par la victime d'un traumatisme crânio-cérébral est de nature complexe, et il ne faut pas que vous hésitez à poser toutes

les questions susceptibles de vous éclairer sur la meilleure façon d'intervenir. Dans certaines situations, il vaut mieux s'informer pour orienter ses actions que de faire des gestes inutiles ou peut-être même contre-indiqués.

Même si l'on trouve certaines constantes chez les personnes qui ont subi un traumatisme crânio-cérébral, il peut exister entre elles plusieurs différences qui viendront influencer sur les résultats de leur traitement. Ces différences sont liées aux facteurs suivants :

- l'âge de la victime et sa situation avant l'accident;
- la localisation et la gravité du dommage cérébral;
- les autres blessures et complications après l'accident;
- la qualité des premiers soins et la rapidité de la prise en charge médicale;
- la capacité de se prendre en main et la motivation de la victime;
- la qualité et l'efficacité des moyens de réadaptation;
- la qualité de l'appui et de la participation de la famille et des proches.

La récupération

Une fois le cerveau lésé, peut-on le remettre en état? Selon les connaissances actuelles, il semble bien que non. Certes, on peut l'opérer, non pas pour le réparer comme on le fait pour une fracture ou un pontage coronarien, mais plutôt pour le soulager, par exemple en enlevant un fragment d'os qui le blesse ou, encore, en diminuant la pression intracrânienne causée par une hémorragie. Même si l'on n'a pas trouvé comment redonner au cerveau le contrôle des fonctions perdues ou diminuées, l'expérience prouve que des progrès sont possibles. En effet, même si le cerveau est lésé, on peut constater un certain retour des fonctions diminuées par le traumatisme. Évidemment, cette récupération dépend de plusieurs facteurs, dont la gravité du dommage causé au cerveau.

Voici quelques données qui permettent de mieux comprendre ce phénomène :

- Il existe un lien entre le cerveau et le comportement : cela semble plus évident pour les fonctions sensorielles et motrices. Par exemple, une lésion cérébrale dans l'aire motrice de l'hémisphère gauche pourra entraîner une paralysie de la main droite. Le lien que l'on peut établir entre le cerveau et le comportement existe également pour les fonctions mentales supérieures et les émotions;

- Contrairement aux autres cellules du corps humain, celles du cerveau ne se régénèrent pas une fois qu'elles ont été détruites. C'est pour cette raison que certaines fonctions peuvent être irrémédiablement perdues à la suite d'un dommage cérébral;
- Malgré le fait que les cellules détruites du cerveau ne se remplacent pas, il y a tout de même une possibilité de récupération des fonctions atteintes. On ne comprend pas encore parfaitement ce qui se passe dans le cerveau pour provoquer ces améliorations, mais on pourrait tenter d'expliquer cette réalité à l'aide des quatre hypothèses exposées ci-dessous.

Hypothèse 1 : Le processus de résorption du choc causé au cerveau par le traumatisme cranio-cérébral

À la suite d'un traumatisme, le cerveau serait dans un état de choc physiologique qui mettrait temporairement hors circuit certaines de ses fonctions, sans que cela soit nécessairement lié à une destruction définitive des cellules nerveuses. Par la suite, on verrait apparaître une récupération rapide au fur et à mesure que ce processus d'inhibition du cerveau se résorbe. Cependant, il se peut que certaines séquelles persistent, selon les parties du cerveau où il y a eu lésion définitive.

Hypothèse 2 : La récupération spontanée

Indépendamment des traitements prodigués, le cerveau parvient, jusqu'à un certain point, à se « rééquilibrer » par ses propres moyens et à retrouver certaines de ses fonctions. Ce mécanisme, que l'on appelle « **récupération spontanée** », se manifeste surtout pendant les premiers mois qui suivent l'accident (de 0 à 3 mois).

Hypothèse 3 : Le changement de stratégie

En principe, le tissu cérébral lésé ne se régénère pas de façon à redevenir fonctionnel. S'il y a destruction de ce tissu, il est impossible de retrouver une fonction perdue en faisant appel à la même partie du cerveau qui a été lésée. Pour contourner cette difficulté, il y a toutefois possibilité d'avoir recours à une autre partie non atteinte du cerveau. La victime d'un traumatisme cranio-cérébral peut ainsi arriver à effectuer une tâche en sollicitant un mécanisme différent de celui qu'elle utilisait antérieurement. Elle peut, par exemple, remplacer sa mémoire verbale en utilisant davantage sa mémoire visuelle. Ainsi, certaines personnes vont écrire des éléments importants qu'on leur dit, non pas seulement pour utiliser une mémoire dite de « papier », mais pour pouvoir se servir également de leur mémoire visuelle, compte tenu du fait qu'elles se rappellent mieux ce qu'elles voient que ce qu'elles entendent.

En matière de réadaptation, on arrive à améliorer certaines fonctions en aidant la victime à adopter des stratégies de remplacement, c'est-à-dire en lui apprenant à s'y prendre autrement pour faire les mêmes activités.



Hypothèse 4 : Les nouveaux apprentissages

Les progrès faits au cours des traitements ou du processus de réadaptation ne proviennent pas nécessairement d'un retour spontané des connaissances ou des fonctions existant avant l'accident. Après quelque temps, on assiste à de nouveaux apprentissages qui permettront à la personne d'améliorer son degré d'autonomie et son comportement en général. Il est possible que ces apprentissages s'effectuent avec difficulté, compte tenu du fait que le cerveau lésé possède des moyens parfois limités pour y arriver. Toutefois, on a remarqué que les nouveaux apprentissages se font plus facilement chez les victimes jeunes, probablement à cause de la plus grande capacité d'adaptation du cerveau pendant l'enfance comparativement à l'âge adulte.

Les circonstances de l'accident

Les circonstances de l'accident, selon la perception que la victime et le milieu en ont, peuvent avoir une influence sur le comportement de la victime et le déroulement de son plan d'intervention. Quand il y a perte de conscience au moment de l'accident, la victime ne se souvient ni de l'impact, ni parfois des instants, ni même des jours qui ont précédé ou suivi l'accident. Certaines personnes vont parler d'une sorte de « trou noir » pour qualifier cette perte de mémoire des événements qui ont eu lieu avant ou après l'accident. Elles peuvent avoir l'impression que cette période de leur vie leur a échappé jusqu'à un certain point.

Au moment du retour à la conscience, la victime tente de reconstituer la chronologie des événements. La découverte des circonstances de l'accident peut, dans certains cas, entraîner de la colère à l'égard de la personne responsable de l'accident ou provoquer de la culpabilité, si la personne blessée est elle-même responsable de l'accident. La victime peut aussi se reprocher de causer du souci à son entourage; elle peut aller jusqu'à s'en vouloir de ne pas être décédée à la place de quelqu'un d'autre dans l'accident ou éprouver d'autres émotions très vives et parfois contradictoires.

Occasionnellement, la victime peut éprouver de la difficulté à croire ce qu'on lui raconte, compte tenu du fait qu'elle n'a aucun souvenir de l'accident, un peu comme si elle n'avait jamais vécu cette expérience. Cela peut même provoquer chez elle de l'anxiété ou du **déni**. Certaines personnes vont relater sans arrêt leur accident, photos à l'appui, justement pour tenter d'amenuiser leur anxiété, conscientes qu'elles sont d'avoir frôlé la mort de près.

La situation de la victime d'un traumatisme crânio-cérébral

À moins d'avoir été soi-même victime d'un traumatisme crânio-cérébral, il est extrêmement difficile de se faire une idée exacte de ce que cela peut représenter.

Les contacts avec une personne qui a subi un tel traumatisme peuvent parfois devenir difficiles, provoquant de la fatigue, de la frustration ou même de la colère. Il suffit alors de penser que l'expérience est probablement encore plus pénible pour la personne accidentée elle-même.

La victime d'un traumatisme crânio-cérébral vit l'une des expériences humaines les plus déroutantes qui soient. Souvent, en plus de la perte de l'intégrité physique, la personne en question doit aussi faire le deuil de son intégrité psychique. C'est dans une période de **confusion** mentale, avec un niveau de conscience diminué, une mémoire et un jugement déficients que la personne tente de comprendre ce qui lui arrive. Elle se sent perdue, angoissée, déprimée. Elle peut avoir l'impression que tout est à recommencer, elle ne sait plus rien faire comme avant et elle peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux mourir.

Contrôlant difficilement ses émotions, la victime se perçoit comme inutile, se retrouvant parfois dans des situations difficiles où elle ne sait plus comment réagir. Parfois en colère, parfois craintive ou repliée sur elle-même, la personne ne se reconnaît plus, un peu comme si elle avait perdu son identité. Dans les cas graves, la victime d'un traumatisme crânio-cérébral devra « renaître », repartir à zéro, réapprendre à faire les moindres gestes de la vie quotidienne.

L'idée de devoir compter sur l'aide de tous et chacun n'est pas facile à accepter non plus, particulièrement pour un adolescent ou un jeune adulte qui avait déjà fait beaucoup pour acquérir son autonomie et son indépendance avant l'accident.

Il ne faut pas se surprendre alors que la personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral réagisse parfois avec intolérance. Il peut être frustrant d'être obligé de se surpasser constamment pour accomplir des gestes si faciles à exécuter auparavant.

Même si la situation de cette personne est pénible, cela ne signifie pas que tous ses écarts doivent être tolérés. Il faut tenter d'instaurer un climat de vie ni trop permissif ni trop restrictif, mais plutôt calqué sur ce qui se passe dans une vie dite « normale », sans oublier les limites réelles de l'accidenté.



Les proches et les membres de la famille

Après un accident qui a causé un traumatisme cranio-cérébral, toute l'attention est centrée sur la personne blessée. Toutefois, il ne faut pas que les proches, les membres de la famille ou ceux qui auront à prendre en charge la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral oublient de s'occuper de leurs propres besoins.

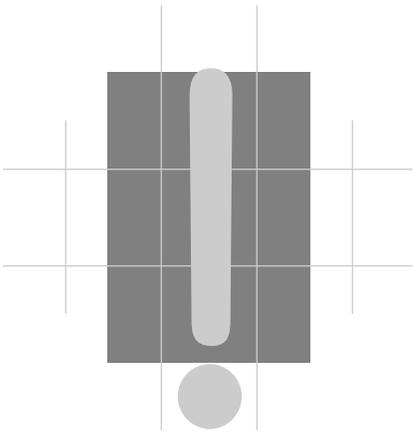
Accepter de s'occuper d'une personne souffrant d'un traumatisme cranio-cérébral grave est une entreprise de taille qui exige du temps, du savoir-faire et énormément d'énergie. Il ne suffit pas seulement de beaucoup d'amour ou d'abnégation, il faut aussi acquérir des connaissances, car on ne s'improvise pas « spécialiste » dans un domaine aussi complexe. Vous devrez apprendre à vous organiser. Il est fort probable que vos habitudes de vie seront durement secouées. Certaines familles ont su établir une sorte de réseau d'entraide, leurs membres se partageant entre eux les tâches et les responsabilités. Vous devez vous attendre que le processus soit long et que les résultats se fassent parfois attendre et ne soient pas toujours proportionnels aux efforts que vous y mettez.

Au début, vous pourriez être tenté de tout faire, en oubliant vos limites, vos propres besoins et ceux des autres membres de la famille. Après quelque temps, vous risquez d'être si fatigué que vous pourriez devenir pratiquement incapable de poursuivre votre tâche auprès de la personne que vous voulez aider.

À certains moments, les membres de la famille peuvent avoir le goût de tout abandonner. Ils peuvent se sentir découragés, en colère devant l'inutilité de leurs efforts ou le peu de succès qu'ils obtiennent. Dans ces circonstances, il devrait être normal de demander de l'aide. Vous remplissez une fonction exigeante, et il est compréhensible que vous ressentiez le besoin de refaire vos forces afin de poursuivre votre action.

Une fois que la période de deuil ou de douleur commence à s'estomper, il est plus facile pour certaines familles de s'occuper de celui des leurs qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Il est alors plus aisé de surmonter le défi et d'assumer les responsabilités.

Encore une fois, ce sont les efforts réunis de la victime, de ses proches, de l'équipe traitante ou d'autres personnes accidentées qui donneront les meilleurs résultats dans les meilleurs délais.



DE FAUSSES CROYANCES

Souvent, pour s'encourager ou pour nier la réalité, les victimes ou les membres de leur famille

peuvent s'attacher à des mythes ou à de fausses croyances. Vivre avec une personne victime d'un traumatisme crânio-cérébral n'est pas facile, mais c'est en regardant la réalité en face que l'on peut arriver à intervenir le plus efficacement. Ce n'est pas en s'accrochant à des attentes irréalistes ou en faisant l'autruche que l'on pourra augmenter l'efficacité du processus de récupération. Cela vaut autant pour les proches que pour la victime elle-même. Voici quelques fausses croyances que l'on peut rencontrer dans le milieu des personnes qui ont été victimes d'un traumatisme crânio-cérébral.

« Le pouvoir extraordinaire de la volonté »

Vous avez sans doute déjà entendu l'affirmation suivante : « À force de volonté, on peut tout réussir. » Si la personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral ne fait pas de progrès, cela signifierait qu'elle ne veut pas assez! Il est vrai que, pour accomplir une action importante, il faut être motivé, déterminé, mais le seul fait de vouloir, même fortement, n'est pas suffisant pour y arriver.

Pour obtenir un résultat, il faut d'abord s'assurer que le but fixé est réaliste et posséder les moyens et capacités nécessaires pour y parvenir. Le fait de s'acharner, surtout si cela ne donne pas de résultats significatifs, peut être frustrant et démotivant et peut, à la longue, diminuer le degré de confiance en soi. Malheureusement, même la meilleure volonté du monde ne peut pas remettre à neuf un cerveau endommagé.

« De toute façon, le cerveau possède des milliards de cellules qui ne servent à rien! »

La croyance populaire veut que l'on n'utilise qu'une partie (plus ou moins 10 %) de nos ressources cérébrales. Cette affirmation est malheureusement fautive. Il peut être rassurant de croire que, même avec un cerveau lésé, l'être aimé pourra redevenir comme avant. Il est vrai que le cerveau humain possède de grandes ressources, mais elles ne sont pas illimitées. L'expérience a démontré qu'un dommage cérébral peut laisser des séquelles permanentes malgré tous les efforts de la victime, de ses proches et des professionnels responsables de sa rééducation.

« Moi, je vais réussir envers et contre tout! »

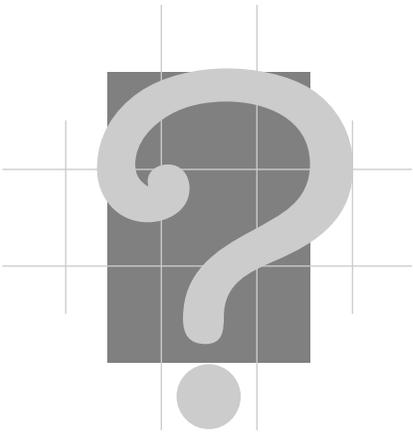
Souvent, parce que vous êtes attaché à la victime, vous avez de la difficulté à envisager qu'elle puisse demeurer avec des séquelles permanentes. Vous pouvez avoir l'impression que l'amour peut tout et que ce que l'équipe traitante ne réussira pas, vous, vous pourrez l'obtenir.

Certes, il faut beaucoup d'amour, de patience, d'abnégation et de courage de la part des membres de la famille qui « accompagnent et guident » une victime dans son processus de réadaptation. On assiste parfois à des résultats étonnants, justement grâce à la détermination d'un parent, d'un conjoint ou d'un ami. Cependant, il importe que ces efforts se fassent à bon escient, en complémentarité avec ceux de l'équipe traitante. Il faut aussi vous donner le bénéfice du devoir accompli, même si les résultats ne sont pas toujours à la hauteur de vos efforts ou de vos aspirations.

« Il guérira quand nous aurons trouvé le centre ou le programme miracle »

Vous pourriez avoir l'impression que la lenteur des progrès est due au manque d'efficacité du programme de traitement ou des professionnels qui voient à sa mise en oeuvre et que le jour où vous trouverez l'endroit ou le programme « idéal », l'impossible se produira. En fait, s'il importe d'avoir accès au meilleur programme de traitement possible, il ne faut pas oublier que le rythme des progrès dépend surtout de la gravité du dommage cérébral et des limites de récupération du cerveau lésé.





PROBLÈMES FRÉQUENTS ET MOYENS D'ACTION

Même s'il est vrai que les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral sont toutes différentes, on trouve tout de même certaines constantes qui permettent d'établir des lignes directrices utiles dans les contacts avec ces personnes. Évidemment, il importe de faire preuve de jugement et de ne pas hésiter à s'informer auprès des personnes-ressources compétentes, si le besoin s'en fait sentir.

Les suggestions qui suivent ne sont présentées qu'à titre indicatif et devront être adaptées aux particularités de chaque personne ayant subi un traumatisme cranio-cérébral. Elles ne peuvent pas remplacer les directives ou les conseils des membres de l'équipe traitante, mais elles pourront, le cas échéant, vous dépanner ou vous donner des indices quant à la conduite à adopter.

Il ne faut pas oublier que, avec les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, il n'existe pas de recettes toutes faites ou applicables machinalement. On doit souvent procéder par essais multiples, en tirant profit de ses erreurs dans la mesure du possible et sans oublier que l'état des personnes atteintes peut varier d'un jour à l'autre et évoluer au cours du processus de réadaptation.

Ainsi, des méthodes qui s'avèrent efficaces un jour peuvent échouer le lendemain et ce qui pouvait réussir juste après la sortie de l'hôpital peut devenir inapproprié quelques mois plus tard. En effet, une technique ou une méthode qui ne réussit pas une fois ou deux ne doit pas être nécessairement reléguée aux oubliettes; elle pourrait se révéler efficace plus tard ou dans un autre contexte.

Les difficultés ou les problèmes énumérés ici concernent surtout les dimensions physique, cognitive et affective ainsi que les comportements qui en découlent. Pour les autres dimensions (scolaire et professionnelle), il est suggéré de consulter des professionnels pour guider votre action (ex. : le conseiller d'orientation).

Les problèmes d'ordre général

Il sera d'abord question des problèmes d'ordre général et ensuite des difficultés se rattachant plus particulièrement à certains aspects du comportement humain qui peuvent être altérés à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral. Après une brève description de chacun des problèmes ou des difficultés traités, suivent quelques suggestions ou moyens pratiques pour augmenter l'efficacité de vos interventions.



L'isolement social

Sans trop s'en rendre compte, les membres de la famille qui se retrouvent dans une situation nouvelle ont parfois tendance à s'isoler et à faire face seuls aux problèmes causés par un traumatisme crânio-cérébral. Ils perdent ainsi contact avec l'équipe traitante. Ces difficultés les incitent à ne plus quitter la maison pour des raisons de surveillance et à ne plus recevoir d'amis, de crainte de troubles du comportement de la part de celui des leurs qui a subi un traumatisme crânio-cérébral.

Des moyens d'action suggérés :

- Conserver un lien de communication avec l'équipe traitante et prévoir des rencontres régulières avec celle-ci;
- Désigner une personne-ressource avec qui communiquer en cas d'urgence;
- Conserver ses activités de loisirs (ex. : sorties, vacances) et ses contacts sociaux avec l'entourage, ceux-ci étant souvent plus nécessaires qu'on ne le croit;
- Éviter de se replier sur soi et de se culpabiliser;
- Permettre ou favoriser, au besoin, la prise en charge de la victime par d'autres personnes de l'entourage immédiat.

Les comportements infantiles de la victime

Les **comportements infantiles** de certains adultes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral ou leurs comportements de régression peuvent amener la famille ou les proches à les traiter comme des enfants.

Des moyens d'action suggérés :

- Accorder à la victime le respect auquel elle a droit et lui laisser autant de latitude, de responsabilités et d'initiative qu'elle est capable d'en assumer. C'est avec l'expérience et en consultant des personnes-ressources que l'on peut arriver à un dosage convenable;
- Développer, à l'égard de la victime, des attitudes qui reflètent sa réalité cognitive et affective à partir d'observations personnelles et de renseignements obtenus de l'équipe traitante;
- Toujours tenir compte de l'âge réel de la victime de même que de ses limites et de ses séquelles. Le fait de la traiter comme un enfant devient une raison de plus pour elle de se dévaloriser;

- Éviter la surprotection qui empêche la victime d'utiliser ses capacités réelles ou le fruit de ses apprentissages. En effet, certaines personnes bien intentionnées veulent tellement bien faire qu'elles « étouffent » littéralement la victime qu'elles veulent aider.

L'idée de tout faire en même temps ou de forcer la récupération

Dans son désir de bien faire et dans sa hâte de voir la victime aller mieux, la famille veut tout tenter à la fois et chercher à régler tous les problèmes en même temps.

Des moyens d'action suggérés :

- Respecter le rythme de progression de la victime et sa capacité de s'adapter lentement aux situations nouvelles;
- Établir des objectifs réalistes et des priorités à court terme;
- Éviter de placer la victime devant des échecs répétés ou de lui fixer des objectifs trop élevés;
- Éviter également de trop stimuler la victime, car cela risque d'augmenter sa confusion ou encore son degré de fatigue ou de frustration.

L'absence d'uniformité dans l'approche

Dans un même milieu, une même famille, il est parfois difficile d'agir uniformément à l'égard de la victime d'un traumatisme crânio-cérébral, chacun y allant de son approche. Pourtant, la personne dont le cerveau a été lésé a besoin de retrouver une certaine stabilité et une continuité dans la réalité qui l'entoure et à laquelle elle tente de s'adapter.

Des moyens d'action suggérés :

- En accord avec les autres membres de la famille ou les personnes importantes de l'entourage, mettre au point une approche qui assure la stabilité et la continuité pour la personne qui a subi un traumatisme crânio-cérébral;
- Tenter de poursuivre l'approche qui a été élaborée à l'égard de la victime pendant son hospitalisation ou à l'intérieur de son programme de réadaptation;
- Éviter l'éparpillement et le manque de stabilité dans les contacts avec la victime, en recherchant la constance et l'uniformité dans les réactions du milieu. Chacun devrait réagir de la même façon dans les mêmes circonstances.



L'aggravation de l'état de la victime

Au fil du traitement, il est possible que l'état de la victime semble se détériorer pour un temps. Évidemment, une aggravation soudaine de l'état de la victime doit faire l'objet d'une consultation médicale immédiate.

S'il se produit une détérioration passagère de l'état psychologique de la victime, cela peut s'expliquer par l'augmentation du degré de conscience qui entraîne chez elle une perception plus nette de ses limites. La réaction à ces nouvelles perceptions et à cette prise de conscience peut être accompagnée d'irritabilité, de dépression, de découragement, de colère ou d'anxiété.

Cette prise de conscience constitue une étape importante et nécessaire du cheminement de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral.

Des moyens d'action suggérés :

- Consulter et demander de l'aide, afin de mieux comprendre ce qui se passe chez la victime;
- Réagir en accordant à la victime encore plus d'attention et d'assistance pendant cette période de deuil pour elle;
- Favoriser, par des encouragements et un appui personnel, la poursuite des efforts de la victime à l'intérieur du programme de traitement;
- Éviter de punir la victime ou de lui donner l'impression de s'éloigner d'elle ou de la délaisser parce qu'elle va moins bien;
- Éviter de se décourager ou de se démobiliser; se dire plutôt qu'il s'agit là d'une autre phase dans l'évolution de la victime;
- Résister à la tentation d'abandonner prématurément le programme de rééducation.

Les réactions vives et les pertes de contrôle de la part des membres de la famille

La vie quotidienne auprès d'une victime d'un traumatisme cranio-cérébral peut se révéler exigeante et frustrante au point de pousser les membres de la famille au bout de leurs forces physiques et morales, les faisant réagir vivement par rapport à la victime.

Des moyens d'action suggérés :

- Tenter d'éviter, dans la mesure du possible, de perdre le contrôle de soi en présence de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral;

- Chercher plutôt à vider son trop-plein en présence de quelqu'un qui peut apporter compréhension et assistance plutôt que de le faire inopinément en présence de la victime et risquer de la désorganiser encore davantage;
- Tenter d'être rassurant en demeurant calme et posé, surtout dans des moments de grand désarroi ou de grande angoisse chez la victime d'un traumatisme crânio-cérébral. Ces personnes sont habituellement très sensibles au climat psychologique qui les entoure, aux gestes, aux mimiques et aux intonations de la voix;
- Éviter d'exclure la fermeté ou la possibilité de réagir à des comportements inappropriés. Il est normal de ne pas tolérer des comportements inacceptables. L'important est de réagir en tenant compte de l'état général de la victime. Dans certains cas, il faut savoir utiliser fermeté et consistance, surtout s'il s'agit d'aspects essentiels sur lesquels on ne peut vraiment pas céder (ex.: refuser l'utilisation de l'automobile à une personne qui n'est pas en état de conduire);
- Doser son action à l'égard de la victime de façon à éviter d'être soit trop punitif, soit trop sévère ou encore surprotecteur.

Les problèmes physiques

La diminution de l'autonomie physique

Au moment du retour de la personne atteinte dans son milieu, que ce soit pour une période de congé ou en attendant la poursuite de son programme de réadaptation, il est possible que vous constatiez une diminution de son autonomie physique par rapport à ce qu'elle était avant l'accident. Le fait que la victime n'est pas toujours consciente de ses limites augmente les risques liés à sa perte d'autonomie. Ces risques ont surtout trait aux déplacements de la victime à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison et à l'utilisation d'instruments qui pourraient être dangereux pour elle ou pour les autres.

Des moyens d'action suggérés :

- Vérifier auprès de l'équipe traitante si la personne peut demeurer seule et pendant combien de temps;
- Apporter une surveillance accrue aux déplacements dans les escaliers, la salle de bain ou à l'utilisation d'appareils ménagers, pour éviter, entre autres, les risques d'incendie et de brûlures. Vérifier si la victime peut se servir d'outils sans danger au cas où elle désirerait s'adonner à certains travaux (ex.: réparations mineures ou bricolage);



- Confisquer, au besoin, les outils et les clés de la voiture si leur utilisation représente un danger pour la victime;
- Favoriser la plus grande autonomie physique possible, sans risques inconsidérés, tout en assurant la surveillance nécessaire. Les activités physiques, en plus de la valorisation qui leur est rattachée, permettent à la victime d'augmenter son niveau de résistance à la fatigue et de diminuer son stress ou son anxiété.

Les problèmes cognitifs

La diminution du degré de conscience et de l'attention sélective

Au début du processus de récupération, la victime peut sembler plus ou moins consciente, réagissant peu ou mal à son environnement. Son degré d'éveil ou de conscience est fluctuant et souvent insuffisant pour lui permettre de se concentrer longuement sur une tâche donnée. Pendant cette période, la capacité d'**attention sélective** est de courte durée. Elle constitue pourtant une condition préalable à toutes les tâches intellectuelles.

L'attention sélective permet à la personne de porter son intérêt et de se concentrer sur un stimulus à l'exclusion de tous les autres. Cette capacité de mettre de côté les stimulations non souhaitables est amoindrie par certains types de dommages cérébraux. Dans certains cas, elle ne se manifeste que quelques secondes ou quelques minutes à la fois. Tout ce qui se passe attire l'attention de la victime qui est toujours distraite de la tâche à exécuter. Le flot de sa pensée vogue sans arrêt, ce qui peut provoquer des échanges d'idées sans suite (coq-à-l'âne) et rendre difficile la poursuite d'une conversation avec elle.

Des moyens d'action suggérés :

- Permettre à la victime de profiter de périodes de repos fréquentes en alternance avec des périodes d'activité;
- Établir un horaire souple, en tenant compte du niveau de fonctionnement de la victime et des périodes de la journée où elle est plus éveillée, active ou motivée;
- Réévaluer, au besoin, le degré de fonctionnement de la victime;
- Stimuler la victime en ayant recours à plusieurs moyens sensoriels; utiliser en alternance ou simultanément l'audition, la vision ou le toucher.
- Prévoir des activités que la victime affectionnait avant son traumatisme, afin d'augmenter sa motivation (musique, photos, etc.);

- Laisser le temps à la victime de répondre tout en essayant de diminuer graduellement son temps de réaction. Souvent, les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral ont besoin de plus de temps pour fournir une réponse à des questions;
- S'assurer d'avoir attiré et obtenu l'attention de la victime avant de lui donner une directive. Si cela s'avère utile, ne pas hésiter à accompagner une demande verbale d'une démonstration par geste;
- Passer des demandes les plus simples aux plus complexes et, si c'est possible, s'en tenir à une seule demande à la fois;
- Faire en sorte d'assurer une prépondérance des succès par rapport aux échecs;
- Éviter les distractions ou les endroits trop stimulants;
- Éviter la fatigue ou la saturation.

La persévération

Certaines victimes d'un traumatisme cranio-cérébral font montre de **persévération**, c'est-à-dire d'une grande difficulté à cesser une activité une fois qu'elles l'ont entreprise. Elles répètent constamment les mêmes gestes, de façon continue.

On peut rencontrer également, chez ces personnes, une grande difficulté à se lancer dans une activité. Elles ont l'air inerte, passif et immobile. Elles peuvent, pour un certain temps, avoir besoin qu'on les aide pour amorcer l'activité.

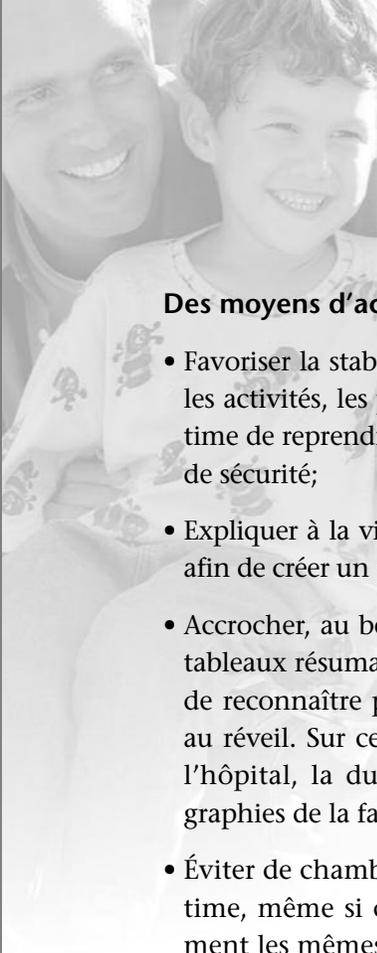
Certaines victimes adoptent également des comportements rigides ou mal adaptés à une situation donnée. Elles ont parfois des idées fixes ou des préoccupations particulières.

Des moyens d'action suggérés :

- Attirer l'attention de la victime vers un autre élément, ce qui devrait être aisé compte tenu qu'elle peut être facilement distraite;
- Orienter l'intérêt de la victime vers un objet plus attirant pour elle, vers des activités qu'elle aimait antérieurement ou vers d'autres sujets qu'elle apprécie plus particulièrement.

La confusion

Au cours des premières semaines ou des mois suivant le traumatisme cranio-cérébral, la victime est souvent confuse et désorientée. Elle peut mal s'orienter dans le temps et dans l'espace, se demandant où elle est, qui vous êtes et, dans les cas les plus graves, s'interroger sur sa propre identité. C'est un peu comme si elle se réveillait dans un nouveau monde tous les matins, où tout serait à recommencer.



Des moyens d'action suggérés :

- Favoriser la stabilité et la continuité en ce qui concerne les lieux, les activités, les personnes et les horaires. Cela permettra à la victime de reprendre contact avec la réalité et de retrouver un climat de sécurité;
- Expliquer à la victime l'activité proposée avant de l'entreprendre, afin de créer un sentiment de « connu » et d'éviter les surprises;
- Accrocher, au besoin, aux murs de la chambre de la victime des tableaux résumant certaines données de base qui lui permettront de reconnaître plus facilement « son monde », particulièrement au réveil. Sur ces tableaux, on peut indiquer la date, le nom de l'hôpital, la durée ou l'objet de l'hospitalisation, des photographies de la famille, etc.;
- Éviter de chambarder inutilement les habitudes de vie de la victime, même si cela peut être ennuyeux de répéter continuellement les mêmes activités. Il peut être utile d'établir une routine et de s'y tenir de façon que la victime puisse s'y retrouver plus facilement avec le temps. Il est cependant possible d'insérer dans cette routine des événements qui pourront agir comme stimulants (ex. : sorties, fêtes).

La difficulté à mener à bien un plan d'action

Une fois que la victime a atteint un degré d'éveil suffisant, qu'elle est moins confuse et qu'elle peut se concentrer pendant une période de temps plus longue, elle est prête à entreprendre l'étape suivante, c'est-à-dire celle qui lui permettra d'exécuter un plan d'action. Cela suppose qu'elle puisse d'abord déterminer un projet et faire le choix des moyens qui lui permettront de le réaliser. Ensuite, elle devra exécuter ce plan en s'autocorrigant au fur et à mesure pour atteindre son objectif.

Ce processus, que la plupart des gens mènent à terme sans s'en rendre compte, est beaucoup plus complexe qu'il ne semble à première vue. La personne atteinte d'un traumatisme cranio-cérébral est souvent incapable de prévoir le résultat de son action. Elle doit connaître l'échec pour se rendre compte de ses erreurs.

En situation normale, nous pouvons vivre l'expérience par la pensée et vérifier le résultat dans notre tête avant de passer à l'action. Cependant, la victime d'un traumatisme cranio-cérébral n'est pas toujours capable de cette anticipation. Elle a de la difficulté à prévoir le résultat de ses gestes et semble agir à tort et à travers. C'est pourquoi, très souvent, son milieu est porté à trouver qu'elle manque de jugement.

Des moyens d'action suggérés :

- Choisir d'abord des activités qui peuvent être accomplies en une seule étape et augmenter le degré de difficulté graduellement;
- Répéter les consignes aussi souvent que cela s'avère nécessaire ou tant que la compréhension n'est pas complète;
- Aider la victime à prévoir, en lui demandant : « Que se passera-t-il si tu fais ceci ou cela? » ou « Pourquoi procèdes-tu de cette façon? »;
- Éviter de confronter trop durement la victime avec ses erreurs ou ses échecs;
- Éviter la **surprotection**.

Les troubles de la mémoire

Les problèmes de mémoire sont peut-être les difficultés les plus fréquentes des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. La mémoire à court terme est souvent perturbée, ce qui rend la vie quotidienne frustrante pour la victime et les membres de sa famille.

Des moyens d'action suggérés :

- Tenter de relier de nouveaux apprentissages à des notions acquises avant l'accident;
- Aider la victime à faire des liens ou des associations qui rendent la mémorisation plus facile. Par exemple, la victime qui aurait de la difficulté à se rappeler le nom d'un visiteur qu'elle a reçu la veille pourra arriver à s'en souvenir plus facilement si on la met sur la piste en lui remémorant le cadeau que cette personne lui a remis à l'occasion de sa visite;
- Faciliter le rappel d'éléments oubliés en faisant une énumération (ex. : une liste de noms) dans laquelle la victime reconnaîtra plus aisément l'information recherchée;
- Fournir à la victime une « mémoire de papier » comme un calepin, un agenda ou un cahier de bord et lui montrer comment s'en servir. Ce genre de moyen permet à la personne qui l'utilise d'exercer un certain contrôle sur l'organisation de sa vie, même avec une mémoire déficiente.



Les troubles de la communication

Un dommage au cerveau peut entraîner des troubles de la communication, tant sur le plan de la réception que sur celui de l'expression. Une rencontre avec un orthophoniste pourra aider les membres de la famille à comprendre les lacunes particulières de la personne atteinte et à intervenir de façon efficace.

Des moyens d'action suggérés :

- S'assurer d'obtenir l'attention de la victime si elle comprend difficilement et parler lentement, clairement, en faisant des phrases courtes ne contenant qu'une information à la fois;
- Vérifier la compréhension de la victime avant de continuer à lui parler;
- Encourager la victime à s'exprimer, en parlant ou autrement. Éviter de l'interrompre et lui laisser le temps de finir ce qu'elle veut communiquer. Éviter de faire semblant que l'on a compris si cela n'est pas le cas, sinon elle devient frustrée, a tendance à se retirer et à refuser de parler. Tout en encourageant l'emploi de la parole, on peut aussi faciliter la communication avec la victime en favorisant l'utilisation de moyens palliatifs comme un calepin, une tablette ou un ordinateur;
- Avant tout, permettre à la personne qui a des troubles de la communication d'arriver à s'exprimer et à se faire comprendre le plus justement possible.

Le manque de jugement et la difficulté d'abstraction

Il est très fréquent que les personnes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral éprouvent de la difficulté à tenir compte de plusieurs éléments conceptuels à la fois. Elles sont plus portées vers les éléments concrets de leur entourage que vers les idées. Dans leur réalité, il leur est souvent difficile d'intégrer plusieurs éléments d'une même situation, à plus forte raison si ceux-ci présentent un certain degré d'abstraction. Elles réagissent à un ou à quelques éléments seulement de la réalité, sans tenir compte de sa globalité. Cela provoque chez elles des erreurs de jugement et peut les mettre dans des situations embarrassantes et même dangereuses pour leur sécurité personnelle.

Des moyens d'action suggérés :

- Stimuler la victime à partir d'activités simples, tirées de ses apprentissages antérieurs (ex.: jeux de cartes ou jeux de société) qui exigent de prévoir l'action et de tenir compte d'un certain nombre d'éléments simultanément avant de prendre une décision. Certains programmes sur ordinateur peuvent permettre une stimulation intéressante à ce sujet.

Les difficultés d'apprentissage

Les victimes d'un dommage cérébral causé par un accident éprouvent fréquemment des difficultés à assimiler des apprentissages nouveaux. Cela est vrai notamment pour les personnes qui doivent retourner à l'école ou entreprendre un nouveau travail. Les troubles de la mémoire et les difficultés à généraliser ou à intégrer de nouvelles données sont autant de facteurs qui nuisent aux apprentissages nouveaux.

Des moyens d'action suggérés :

- Tâcher de relier les nouveaux apprentissages à des acquisitions anciennes ou bien intégrées;
- Donner à la victime des occasions de réussir des activités familières pour augmenter sa confiance et sa motivation;
- Expliquer ce en quoi le nouvel apprentissage sera utile;
- Graduer du plus simple au plus complexe, du concret à l'abstrait, d'un seul élément à plusieurs éléments;
- Tenter de favoriser la généralisation des nouveaux apprentissages, les répéter dans des endroits différents et dans des occasions diverses;
- Éviter de tenir quoi que ce soit pour acquis. Certaines victimes d'un traumatisme cranio-cérébral doivent presque tout réapprendre.

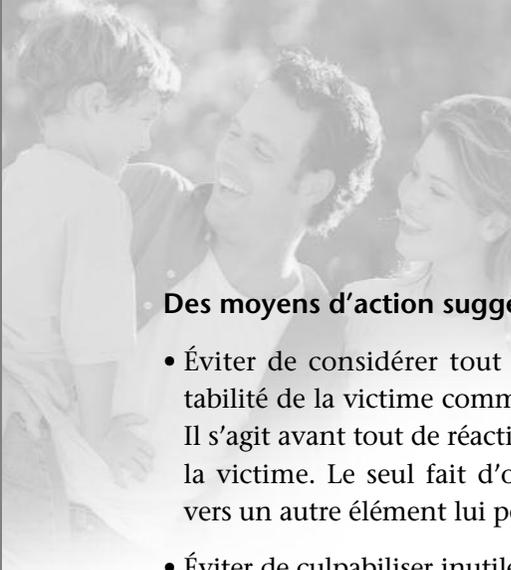
Les problèmes affectifs

L'irritabilité et l'agitation

Dans le processus normal de récupération, les phases d'irritabilité et d'agitation sont fréquentes. La victime peut devenir impatiente à la moindre occasion. Parfois, il est possible de trouver la source de la frustration (ex.: échec dans une activité qui était très facile à réussir avant l'accident); dans d'autres cas, l'entourage n'arrive pas toujours à comprendre les raisons d'un tel comportement. Comme les mécanismes d'**inhibition** sont affaiblis, les réactions sont moins contrôlées et paraissent souvent exagérées.

Il faut comprendre que ces « tempêtes dans un verre d'eau » sont la plupart du temps de courte durée. En effet, en raison de ses problèmes de mémoire, la victime oublie rapidement la cause de sa mauvaise humeur.

Il ne faut pas se surprendre que les personnes qui aident le plus la victime soient habituellement celles qui reçoivent le plus de critiques de sa part. Le fait d'être près de la victime et en interaction constante avec elle augmente les risques de friction.



Des moyens d'action suggérés :

- Éviter de considérer tout débordement d'agressivité ou d'irritabilité de la victime comme étant directement dirigé contre soi. Il s'agit avant tout de réactions provoquées quotidiennement par la victime. Le seul fait d'orienter son attention ou son intérêt vers un autre élément lui permettra de retrouver son équilibre;
- Éviter de culpabiliser inutilement la victime pour une erreur dont elle ne se souviendra plus de toute façon après quelque temps;
- Réagir sur le coup en exprimant son mécontentement et sa non-acceptation à l'égard de tel geste ou de tel comportement et s'en tenir à cela;
- Si la victime s'agite trop ou se désorganise, éviter de la laisser seule ou sans surveillance. La présence d'une personne-ressource calme, capable de lui parler doucement, peut aider. Pour la victime qui se voit perdre le contrôle et qui a peur, la présence d'une personne qui maîtrise la situation peut être rassurante;
- Déterminer quelle personne, dans l'entourage de la victime, arrive le mieux à l'apaiser et avoir recours à elle au besoin;
- Permettre les activités physiques, la fatigue physique étant un bon moyen pour la victime de retrouver son calme. Évidemment, cela est recommandable pourvu qu'il n'en résulte aucun danger pour elle ni pour l'entourage. Rien ne sert de retenir la victime inutilement.

Le négativisme

Le négativisme ou le fait de s'opposer et de dire non continuellement peut être, pour la victime, une façon de s'affirmer. Il s'agit parfois pour elle de la seule manière de contrôler son environnement. Les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral sont très sensibles à la critique et aux échecs. C'est la loi du « tout ou rien » qui s'applique. Le moindre échec peut leur enlever le goût et la motivation de poursuivre ce qu'elles ont entrepris. Par ailleurs, un succès ou le fait de réussir une activité pour la première fois peut les encourager et augmenter leur motivation.

Des moyens d'action suggérés :

- Offrir des choix multiples d'activités que la personne peut refuser en partie. Par exemple, lui suggérer un certain nombre d'activités parmi lesquelles elle peut choisir, plutôt que de lui demander simplement si elle a le goût de faire telle activité. On s'assure ainsi que la victime se sent respectée parce qu'elle exerce un choix. Il lui sera dès lors plus facile de passer à l'action. Par exemple, au cours

d'une séance de physiothérapie, au lieu d'interroger le patient à savoir s'il veut marcher entre les barres parallèles, on pourrait lui demander par quel exercice il souhaite commencer son traitement. Ou encore, on peut lui en suggérer deux et lui faire préciser lequel des deux il veut exécuter;

- Donner à la victime un certain contrôle sur ce qui va se passer;
- Éviter de renforcer le refus systématique. Revenir un peu plus tard et reprendre l'activité au besoin;
- Valoriser les bons résultats, sans exagérer cependant.

Le manque de contrôle

Les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral peuvent avoir de la difficulté à retenir leurs impulsions. Elles passent tout de suite à l'action, sans retenue et sans autocritique, ou ne se rendent pas compte des effets de leur comportement sur leur entourage.

Des moyens d'action suggérés :

- Communiquer à la victime l'idée que le contrôle est possible et que l'on va l'aider à y arriver, par exemple, à l'aide d'un mot clé ou d'un geste qui lui fait penser à mieux se contrôler;
- Aider la victime à structurer ou à organiser le contrôle de ses actions dans le temps, en établissant des délais de plus en plus longs entre un souhait et sa réalisation. Par exemple, un jeune homme victime d'un traumatisme cranio-cérébral demandait constamment des cigarettes aux personnes de son entourage. Son père lui donna une montre et lui apprit à demander une cigarette toutes les quinze minutes et ensuite toutes les heures seulement. Quand il voulait une cigarette et que ce n'était pas le moment, son père n'avait qu'à toucher sa montre pour que son fils comprenne et attende le moment opportun pour faire sa demande. On comprendra facilement qu'il ne faut pas exagérer dans cette direction et éviter de faire du « dressage ». On doit plutôt utiliser son imagination et sa créativité pour augmenter le niveau d'autonomie de la victime;
- Déconseiller la consommation de drogue ou d'alcool, parce qu'elle diminue de beaucoup le degré de contrôle des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. Parfois, un ou deux verres d'alcool suffisent à désorganiser la victime et à lui faire perdre ses moyens. Dans certains cas, il peut être nécessaire de régler les problèmes importants de drogue ou d'alcool avant d'inscrire une victime à un **programme de réadaptation** structuré à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral.



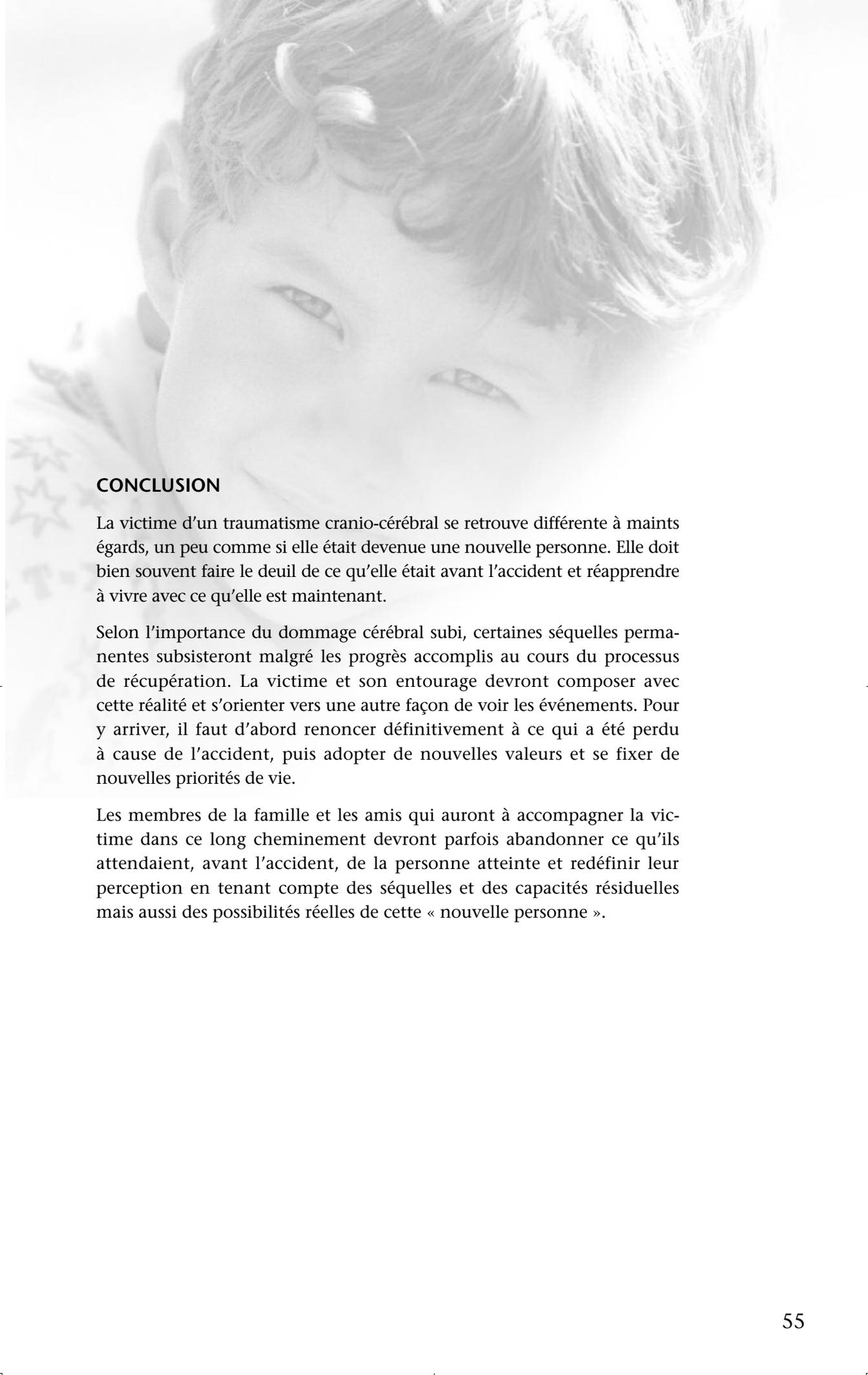
Pendant toute sa période de récupération, depuis son accident jusqu'à son retour au travail, Paul a eu droit à l'aide de la Société de l'assurance automobile du Québec. Celle-ci lui a versé des indemnités de remplacement du revenu pour compenser sa perte de salaire attribuable à son incapacité de travailler. Un des conseillers en réadaptation de la Société l'a assisté à travers les diverses phases de son évolution et la Société a remboursé les frais de services et de l'équipement spécial nécessaires à la reconquête de son autonomie. Dans l'avenir, advenant que Paul éprouve de nouvelles difficultés résultant de son accident d'automobile, la Société réévaluera sa situation et lui procurera l'aide dont il aura besoin.

La dépression et le retrait social

Devenues conscientes de leurs difficultés et de leurs limites, certaines victimes se découragent, abandonnent toutes les activités de rééducation et ont même des idées suicidaires. Parfois, le milieu les rejette parce qu'il est difficile de vivre en leur présence compte tenu de leur agressivité ou de leur égocentrisme. Elles deviennent centrées sur elles-mêmes et négligent la réalité des autres personnes qui les entourent. À la longue, on peut avoir tendance à les laisser à elles-mêmes. Il arrive également qu'elles provoquent une sorte de **retrait social** en s'isolant de leur famille ou de leurs proches.

Des moyens d'action suggérés :

- Éviter d'abandonner la victime. C'est souvent lorsqu'elle éprouve le plus de difficulté à faire face à sa réalité qu'elle a le plus besoin d'assistance ou de soutien affectif. L'aide de professionnels est essentielle dans certains cas. Parfois, une médication appropriée peut s'avérer utile;
- Donner l'attention nécessaire aux propos « suicidaires » des victimes. Il existe des spécialistes, des psychologues et des psychiatres pour ce genre de problème et il ne faut pas hésiter à les consulter au besoin;
- Inciter la victime à sortir de sa torpeur, surtout si elle a tendance à demeurer couchée ou assise à ne rien faire. Il peut être très difficile, pour le milieu, d'avoir continuellement à lutter contre cette sorte d'apathie ou de passivité de la part de la victime;
- Briser l'isolement. Un séjour dans un foyer de groupe, la fréquentation d'un **centre de jour** ou la participation à des activités collectives avec d'autres traumatisés crâniens peut aider la victime à sortir de ce cycle dépressif. Le fait de se comparer à d'autres permet à certaines personnes de mieux comprendre ce qui leur arrive et de l'accepter plus rapidement. Il existe des regroupements et des organismes qui peuvent également offrir leur assistance dans ce domaine. Vous trouverez la liste dans le cahier de bord, à la fin de ce document.



CONCLUSION

La victime d'un traumatisme cranio-cérébral se retrouve différente à maints égards, un peu comme si elle était devenue une nouvelle personne. Elle doit bien souvent faire le deuil de ce qu'elle était avant l'accident et réapprendre à vivre avec ce qu'elle est maintenant.

Selon l'importance du dommage cérébral subi, certaines séquelles permanentes subsisteront malgré les progrès accomplis au cours du processus de récupération. La victime et son entourage devront composer avec cette réalité et s'orienter vers une autre façon de voir les événements. Pour y arriver, il faut d'abord renoncer définitivement à ce qui a été perdu à cause de l'accident, puis adopter de nouvelles valeurs et se fixer de nouvelles priorités de vie.

Les membres de la famille et les amis qui auront à accompagner la victime dans ce long cheminement devront parfois abandonner ce qu'ils attendaient, avant l'accident, de la personne atteinte et redéfinir leur perception en tenant compte des séquelles et des capacités résiduelles mais aussi des possibilités réelles de cette « nouvelle personne ».

Accélération, décélération, rotation : mouvements rapides de va-et-vient effectués par le cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne. L'effet d'accélération est causé par l'accroissement soudain de la vitesse à laquelle la boîte crânienne est soumise. La décélération est provoquée par l'arrêt brusque du cerveau en mouvement. L'effet de rotation se produit lorsque le cerveau tourne autour de son axe ou de sa base (voir encart central, illustration 5).

Agnosie : incapacité de reconnaître un stimulus de nature auditive, visuelle, tactile ou somatosensorielle (sensations du corps).

Aire motrice : région du cerveau située dans la partie postérieure du lobe frontal (voir encart central, illustration 3) et dont la fonction est de permettre l'exécution de mouvements volontaires (marcher, saisir un objet, etc.).

Aphasie : perte ou atteinte des fonctions du langage écrit ou parlé, sur le plan de la compréhension ou de l'expression à la suite d'un dommage au cerveau.

Apathie : absence de réaction émotive chez une personne, insensibilité, nonchalance, perte de l'initiative, désintéressement, manque de curiosité pour ce qui la concerne.

Apraxie : au sens général, incapacité d'exécuter un mouvement ou une séquence de mouvements dans un but précis, malgré la préservation des fonctions motrices. Par exemple, la personne est incapable de se servir d'un outil, de s'habiller ou d'allumer une cigarette.

Atteinte tronculaire : lésion située dans la partie inférieure du tronc cérébral (voir encart central, illustration 3).

Attention sélective : capacité de centrer de façon volontaire son attention sur un stimulus donné (son, image, phrase, etc.), en faisant abstraction des autres stimuli environnants.

Axone : long prolongement du neurone parcouru par l'influx nerveux.

Barrières architecturales : éléments physiques (escaliers, tourniquets, portes, etc.) qui rendent des lieux ou des activités inaccessibles à certaines personnes à cause de leurs limitations physiques.

Centre de jour : endroit où une personne se présente quotidiennement pour y recevoir des soins, des services ou des traitements. Un centre de jour peut être situé par exemple dans un centre hospitalier ou un centre d'accueil. Un certain nombre de ces centres offrent des services spécialisés pour les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral.

Coma : atteinte plus ou moins profonde de l'état de conscience pouvant être causée par divers types d'atteintes cérébrales. Le coma profond ne laisse subsister que les fonctions physiologiques essentielles comme la circulation du sang et la respiration. Sa gravité et sa durée peuvent varier selon la nature de l'atteinte.

Comportements infantiles : chez un adulte, manifestations qui s'apparentent aux comportements d'un enfant.

Confusion : état de désorientation qui peut se présenter à la suite d'un dommage cérébral et qui peut durer quelques jours ou quelques semaines ou encore s'étendre sur une période plus longue.

Contrecoup, effet de : effet qui, à la suite d'un déplacement du cerveau dans la boîte crânienne, cause une lésion à la région opposée (voir encart central, illustration 5).

Corps calleux : bande de fibres blanches reliant les deux hémisphères cérébraux et leur permettant de communiquer entre eux.

Déficience : anomalie ou modification physiologique, anatomique ou histologique d'un organe.

Déni : absence ou refus de prise de conscience d'une difficulté, d'une déficience ou d'une limitation pouvant être d'origine neurologique ou psychologique.

Désinhibition sexuelle : à la suite d'un dommage cérébral, perturbation dans le contrôle des comportements sexuels pouvant se traduire par un sans-gêne ou un manque de retenue (avances, contacts directs, etc.) caractérisés par un non-respect des normes sociales.

Difficulté d'abstraction : déficit cognitif qui se caractérise par l'apparition d'une forme de pensée concrète et la diminution de la capacité de former des concepts, d'utiliser des catégories ou d'appliquer des principes généraux.

Domage cérébral : atteinte ou lésion au cerveau.

Empathie : capacité de comprendre le vécu émotif d'une personne en tenant compte de son monde à elle.

Épilepsie : à la suite d'un dommage cérébral, perturbation de l'activité électrique du cerveau pouvant entraîner une modification de l'état de conscience et parfois occasionner des mouvements convulsifs.

Équipe multidisciplinaire : regroupement de professionnels de spécialités diverses qui ont la responsabilité du traitement ou des soins à offrir à la victime. Normalement, la victime et les membres de sa famille font partie de l'équipe multidisciplinaire et collaborent étroitement avec les autres membres.

État de conscience : niveau de perception et de réaction d'une personne par rapport à son milieu.

Fonction cognitive : fonctions utilisées dans le processus de la reconnaissance, comme des fonctions d'abstraction, de raisonnement, d'analyse et de synthèse.

Fonction non verbale : ensemble des fonctions cérébrales régies par l'hémisphère non dominant, habituellement le droit, et qui concernent notamment la perception, l'intégration et le traitement de l'information visuo-spatiale et des stimuli auditifs non verbaux (sons, musique).

Fonction réceptive et expressive (langage) : ensemble des fonctions qui permettent d'acquérir, de comprendre et d'intégrer les données provenant du milieu (ex. : information visuelle, auditive, tactile ou sensorielle). Les fonctions expressives permettent de communiquer avec le milieu et de transmettre l'information par la parole, le dessin, l'écriture, les gestes, les mimiques ou d'autres moyens.

Fonctions verbales : ensemble des fonctions cérébrales régies par l'hémisphère dominant, habituellement le gauche, qui englobent les mécanismes de l'expression et de la compréhension du langage.

Fonctions visuo-spatiales : ensemble des fonctions cérébrales régies par l'hémisphère non dominant, habituellement le droit, qui impliquent essentiellement le traitement de l'information visuelle, la reconnaissance de formes, la perception des perspectives, l'orientation et l'organisation dans l'espace.

Habitudes de vie : activité courante ou rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.) Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence (Fougeyrollas et al., 1998)

Hallucination sensorielle : perception de sensations visuelles, auditives ou olfactives en l'absence de stimuli réels. Par exemple, la victime d'un traumatisme crânio-cérébral peut avoir l'impression d'entendre la sonnerie du téléphone alors qu'il ne sonne pas.

Hémi-parésie, hémiplégie : faiblesse ou paralysie de la moitié du corps due à une lésion cérébrale dans l'hémisphère opposé du cerveau. Par exemple, un dommage cérébral à l'hémisphère droit pourrait entraîner une paralysie (hémiplégie) ou une faiblesse (hémi-parésie) à la partie gauche du corps (voir encart central, illustration 1).

Hémisphère cérébral : chacune des deux moitiés du cerveau.

Incapacité : toute réduction des activités physiques et mentales considérées comme normales pour un être humain et résultant de la déficience. Cette incapacité peut varier d'un individu à l'autre selon ses caractéristiques biologiques.

Inhibition : sur le plan psychique, capacité de contrôler les comportements de nature sociale.

Intégration sociale : fait de prendre sa place dans la société, de s'y insérer de façon adaptée.

Labilité : passage rapide d'un état émotif à un autre. Pleurs ou larmes inappropriés, tendance accrue à l'excitabilité et à l'impulsivité.

Lésion diffuse : atteinte cérébrale qui, contrairement à une lésion localisée de façon précise, s'étend à plusieurs parties ou structures du cerveau.

Limitation : effet d'une déficience dans les activités de la vie quotidienne.

Neurones : cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière. Ces cellules ne se divisent pas, ne se multiplient pas ni ne se régénèrent une fois détruites.

Persévération : difficulté résultant d'un dommage cérébral et se traduisant par une incapacité d'interrompre une activité en cours ou de changer l'émission d'une réponse qui, à l'origine, pouvait convenir mais qui n'est pas adaptée à une nouvelle situation.

Plan d'intervention individualisé (PII) : plan qui contient une brève description de la problématique et de la situation de l'accidenté et qui comporte les objectifs interdisciplinaires visés par l'équipe ainsi qu'un énoncé pronostique qui annonce le niveau attendu de reprise des habitudes de vie. Le PII est révisé tous les trois mois.

Réadaptation fonctionnelle : phase du programme de réadaptation qui a pour objet de permettre à la personne de retrouver une autonomie optimale dans ses activités de la vie quotidienne, dans son travail, ses loisirs, etc.

Réadaptation précoce : ensemble des activités de réadaptation offertes dans les suites immédiates de la blessure pour limiter l'impact de la déficience sur les capacités.

Réadaptation, programme de : programme global de traitement et de soins en vue de diminuer l'importance des limitations entraînées par le dommage cérébral.

Récupération spontanée : au cours des premiers mois qui suivent un traumatisme cranio-cérébral, amélioration des fonctions cérébrales avec ou sans traitement. La récupération spontanée ne permet pas nécessairement au cerveau de se rétablir complètement. Le degré de récupération dépend de plusieurs facteurs comme la gravité et le site de la lésion, l'âge et la santé de la victime, sa motivation et la nature des traitements suivis.

Retrait social : tendance à se replier sur soi et à couper le contact avec l'environnement.

Séquelles : problèmes, difficultés ou limitations qui persistent après un traumatisme ou une maladie.

Séquelles neuropsychologiques : problèmes, difficultés ou atteintes résultant d'un dommage cérébral et qui se manifestent sur le plan cognitif (intellectuel) émotif, social et comportemental.

Spasticité : état caractérisé par une exagération de la tonicité musculaire se manifestant par des spasmes.

Structures sous-corticales : ensemble des structures situées dans la partie inférieure et centrale du cerveau, dont les plus importantes sont le thalamus et l'hypothalamus.

Surprotection : attitude du milieu (parents, conjoint, amis, thérapeutes, etc.) ayant pour effet de protéger la victime de façon exagérée ou d'en prendre soin de manière excessive.

Système nerveux central : ensemble des structures nerveuses comprenant le cerveau et la moelle épinière.

Trachéotomie : opération chirurgicale qui consiste à faire une ouverture dans la trachée afin de permettre à l'individu de respirer normalement.

Victime : selon la Loi sur l'assurance automobile, toute personne ayant subi un dommage corporel (physique, psychologique ou mental) dans un accident d'automobile. Dans le présent texte, le terme « victime » désigne une personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Ce terme n'est empreint d'aucune connotation péjorative.

Reproduction :

Toute reproduction du présent document est interdite sans l'autorisation de la Société de l'assurance automobile du Québec. Novembre 2002

Révision 2002 :

(texte et lexique) Michelle Gadoury, neuropsychologue,
Société de l'assurance automobile du Québec
(Images graphiques et révision linguistique)

Équipe originale de rédacteurs :

Auteur: Pierre-Yves Létourneau, *neuropsychologue*

Lexique: Marie-Josée Pétel, *neuropsychologue*

Tableaux: Jean Chatelois, *neuropsychologue*

Collaborateurs de la Société de l'assurance automobile du Québec :

Jean-Luc Bérubé, *chef de service en réadaptation*

Pierre Forcier, *neurochirurgien*

Shirley Gélinas, *conseillère en réadaptation*

Marc Giroux, *directeur,*

Direction de la vigie, de l'expertise-médicale et du partenariat

Jean-Marc Roussel, *directeur,*

Direction régionale Montréal–Montérégie

Jean Verville, *chef de service en réadaptation*

MONTÉRÉGIE

- **Association des traumatisés crânio-cérébraux de la Montérégie**
Bureau 309
545, boulevard Wilfrid-Laurier
BELCÉIL (Québec) J3G 4H8
Tél.: 450 446-1111
Télééc.: 450 446-6405
Courriel:
atcc@atccmonteregje.qc.ca
- Centre montérégien de réadaptation
5300, chemin de Chambly
SAINT-HUBERT (Québec) J3Y 3N7
Tél.: 450 676-7447
- Hôpital Charles-LeMoine
3120, boulevard Taschereau
GREENFIELD PARK (Québec)
J4V 2H1
Tél.: 514 466-5000

MONTREAL-CENTRE

- **Association québécoise des traumatisés crâniens**
Bureau 106
911, rue Jean-Talon Est
MONTREAL (Québec) H2R 1V5
Tél.: 514 274-7447
Télééc.: 514 274-1717
Courriel: aqtc@aqtc.ca
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
7005, boulevard
De Maisonneuve Ouest
MONTREAL (Québec) H4B 1T3
Tél.: 514 487-1770
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
2275, avenue Laurier Est
MONTREAL (Québec) H2H 2N8
Tél.: 514 527-4527
- Hôpital général de Montréal (Centre universitaire de santé McGill)
Bureau D13-124
1650, avenue Cédar
MONTREAL (Québec) H3G 1A4
Tél.: 514 934-1934
Télééc.: 514 937-2455
- Centre de réadaptation Marie-Enfant de l'hôpital Sainte-Justine
5200, rue Bélanger Est
MONTREAL (Québec) H1T 1C9
Tél.: 514 374-1710
Télééc.: 514 374-7944 ou
514 374-3434

- Hôpital de Montréal pour enfants
2300, rue Tupper
MONTREAL (Québec) H3H 1P3
Tél.: 514 934-4400
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
5400, boulevard Gouin Ouest
MONTREAL (Québec) H4J 1C5
Tél.: 514 338-2222
- Hôpital Sainte-Justine
Étage A, bloc 5
3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
MONTREAL (Québec) H3T 1C5
Tél.: 514 345-4931
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
6300, avenue Darlington
MONTREAL (Québec) H3S 2J4
Tél.: 514 340-2085
Télééc.: 514 340-2091

OUTAOUAIS

- **Association des neurotraumatisés – Région de l'Outaouais**
Bureau 1
115, boulevard Sacré-Cœur
GATINEAU (Québec) J8X 1C5
Tél.: 819 770-8804
Télééc.: 819 770-5863
Courriel: ano@ano.ca
- Hôpital de Hull
Centre de santé et des services sociaux
Bureau F-408
116, boulevard Lionel-Émond
GATINEAU (Québec) J8Y 1W7
Tél.: 819 966-6200
- Centre régional de réadaptation La RessourSe
135, boulevard Saint-Raymond
GATINEAU (Québec) J8Y 6X7
Tél.: 819 777-6269
Télééc.: 819 777-0073

QUÉBEC

- **Association des TCC des deux rives Québec – Chaudière-Appalaches**
14, rue Saint-Amand
QUÉBEC (Québec) G2A 2K9
Tél.: 418 842-8421
Télééc.: 418 842-7488
Courriel: tcc2rives@oricom.ca
Site Web: www.tcc2rives.qc.ca

- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Hôpital de l'Enfant-Jésus)
1401, 18^e Rue
QUÉBEC (Québec) G1J 1Z4
Tél.: 418 649-0252
Télééc.: 418 649-5557
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
525, boulevard Wilfrid-Hamel
QUÉBEC (Québec) G1M 2S8
Tél.: 418 529-9141

SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN

- **Association Renaissance des personnes traumatisées crâniennes**
2223, boulevard Saguenay
JONQUIÈRE (Québec) G7S 4H5
Tél.: 418 548-9366
Télééc.: 418 548-9369
Courriel:
traumatismecranien@qc.aira.com
Site Web: www.chez.com/arptc
- Complexe hospitalier de la Sagamie
305, rue Saint-Vallier
CHICOUTIMI (Québec) G7H 5H6
Tél.: 418 541-1000
- Carrefour de santé de Jonquière
2230, rue de l'Hôpital,
C. P. 1200
JONQUIÈRE (Québec) G7X 7X2
Tél.: 418 695-7700

AUTRES ASSOCIATIONS

- Moelle épinière et motricité Québec (Association des paraplégiques du Québec)
Bureau 400
6020, rue Jean-Talon Est
MONTREAL (Québec) H1S 3B1
Tél.: 514 341-7272
Télééc.: 514 341-8884
Sans frais: 1 877 341-7272
Site Web: www.moelleepiniere.com
- Fondation Marie-Robert pour la recherche sur les traumatismes crâniens
Bureau 200
6450, rue Notre-Dame Ouest
MONTREAL (Québec) H4C 1V4
Tél.: 514 932-2662
Télééc.: 514 932-1358
Courriel:
fondationneurotrauma@bellnet.ca
Site Web:
www.fondationneurotrauma.ca
- Regroupement des associations de personnes traumatisées crânio-cérébrales du Québec
Bureau 250-2
1173, boulevard Charest Ouest
QUÉBEC (Québec) G1N 2C9
Tél.: 418 529-9990
Télééc.: 418 524-7330

Pour plus d'information sur ce programme, communiquer avec un service d'accueil des réclamants de la Société en composant :

à Québec : 643-7620
à Montréal : 873-7620
ailleurs au Québec : 1 800 361-7620

Autre document disponible sur le traumatisme crânio-cérébral

La maman de Simon a eu un accident.
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Unité TCC
525, boulevard Wilfrid-Hamel
QUÉBEC (Québec) G1M 2S8
Tél.: 418 529-9141

CAHIER DE BORD

Ce cahier de bord est un moyen pratique, pour les proches ou même pour la victime, de regrouper certains renseignements, qu'il s'agisse d'arriver à mieux s'en souvenir ou de les retrouver rapidement. Un certain nombre de ces renseignements sont susceptibles d'être utilisés fréquemment, entre autres au moment des contacts que vous aurez avec les professionnels tout au long du processus de réadaptation.

Vous pourrez ajouter à ce cahier de bord tout élément supplémentaire qui vous paraîtra utile.

À la fin du cahier, vous trouverez la liste des associations de personnes traumatisées cranio-cérébrales de la province et des établissements avec lesquels la Société de l'assurance automobile du Québec a conclu une entente pour la mise en œuvre de son programme de réadaptation.

Données chronologiques

- Date de l'accident : _____
- Heure de l'accident : _____
- Endroit et circonstances de l'accident :

Hôpital où la personne a d'abord été transportée :

- Nom de l'hôpital : _____
- Date d'entrée : _____
- Date de congé : _____

Médecins traitants et spécialistes :

Durée du coma : _____

Moment où la victime vous a reconnu :

Hôpitaux/centres de réadaptation où la personne a été conduite par la suite :

- 1 • Nom de l'hôpital/centre :

- _____
- Date d'entrée : _____
- Date de congé : _____
- Médecins traitants et spécialistes :

- 2 • Nom de l'hôpital du centre :

- _____
- Date d'entrée : _____
- Date de congé : _____
- Médecins traitants et spécialistes :

- 3 • Nom de l'hôpital du centre :

- _____
- Date d'entrée : _____
- Date de congé : _____
- Médecins traitants et spécialistes :

Liste des incapacités et des difficultés observées

- Dimension physique :
(ex. : paralysie, fractures)

- Dimension cognitive :
(ex. : attention, concentration, mémoire et apprentissage, jugement et pensée abstraite, résolution de problèmes, capacité à organiser sa pensée)

- Dimension affective:
(ex.: labilité ou variation de l'humeur, diminution des contrôles, infantilisme, retrait ou dépression)

- Dimension familiale:
(ex.: partage des responsabilités)

- Dimension sociale
(scolaire et professionnelle):
(ex.: cours, loisirs, fréquentations, etc.)

Activités journalières

- Préférences personnelles
(aliments, passe-temps, musique, etc.):

Plan d'intervention

- Objectifs et priorités pour la victime :

- Responsabilités et tâches de la famille :

- Progrès observés :

- Difficultés particulières et moyens d'action :

Questions à poser aux intervenants

Personnes-ressources

Société de l'assurance automobile du Québec :

- Conseiller en réadaptation :

- Agent d'indemnisation :

Hôpital :

Centre de réadaptation, centre d'accueil, centre d'intégration socioprofessionnelle :

Spécialistes : neurologues, neurochirurgiens, neuro-psychologues, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, éducateurs, etc.

Autres personnes ayant vécu un traumatisme crânio-cérébral, associations ou groupes d'entraide :

Autres renseignements

Liste des organismes liés aux ententes de services de réadaptation en neurotraumatologie

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

- **Association des traumatisés crâniens de l'Abitibi-Témiscamingue (Le Pilier)**
100, chemin Docteur-Lemay
C. P. 1055, ROUYN-NORANDA (Québec) J9X 5C8
Tél. : 819 762-7478, poste 47425
Télé. : 819 797-8313
Courriel : pilieratcat@cablevision.qc.ca
- Centre de réadaptation La Maison
100, chemin Docteur-Lemay
ROUYN-NORANDA (Québec) J9X 5C8
Tél. : 819 762-7478
Télé. : 819 762-2049

BAS-SAINT-LAURENT

- **Association des personnes ACVA-TCC du BSL**
Bureau 111
822, boulevard Sainte-Anne
RIMOUSKI (Québec) G5M 1J5
Tél. : 418 723-2345
Télé. : 418 723-2220
Courriel : acvatcc@globetrotter.net
Site Web : www.polaristo.com/acva-tccdubs
- Centre régional de réadaptation physique l'InterAction
800, avenue du Sanatorium
MONT-JOLI (Québec) G5H 3L6
Tél. : 418 775-7261
Télé. : 418 775-8432

CHAUDIÈRE-APPALACHES

- **Association des TCC des deux rives Québec-Chaudière-Appalaches**
14, rue Saint-Amand
QUÉBEC (Québec) G2A 2K9
Tél. : 418 842-8421
Télé. : 418 842-7488
Courriel : tcc2rives@oricom.ca
Site Web : www.tcc2rives.qc.ca
- Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches
9330, boulevard du Centre-hospitalier
CHARNY (Québec) G6X 1L6
Tél. : 418 380-2064

CÔTE-NORD

- **Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.**
859, rue Bossé, local 103
BAIE-COMEAU (Québec) G5C 3P8
Tél. : 418 589-2393
Télé. : 418 589-2953
Sans frais : 1 877 589-2393
Site Web : www.aphcotenord.com

- Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
1250, rue Lestrat
BAIE-COMEAU (Québec) G5C 1T8
Tél. : 418 589-2038

ESTRIE

- **Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens de l'Estrie**
68, boulevard Jacques-Cartier Nord
SHERBROOKE (Québec) J1J 2Z8
Tél. : 819 821-2799, poste 3
Télé. : 819 821-4599
Courriel : acte@actestrie.com
- Centre de réadaptation Estrie
300, rue King Est, bureau 200
SHERBROOKE (Québec) J1G 1B1
Tél. : 819 346-8411
Télé. : 819 564-7670

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : 819 346-1110

GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

- **Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine**
20, rue des Fauvettes,
C. P. 308
MARIA (Québec) G0C 1Y0
Tél. : 418 759-5120
Télé. : 418 759-8188
Courriel : tccacv@globetrotter.net
- Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
SAINTE-ANNE-DES-MONTS (Québec) G4V 2C4
Tél. : 418 763-3325
Télé. : 418 763-5631

LAURENTIDES-LANAUDIÈRE

- **Association des personnes handicapées physiques et sensorielles Secteur Joliette**
Bureau 130
200, rue De Salaberry
JOLIETTE (Québec) J6E 4G1
Tél. : 450 759-3322
Télé. : 450 759-8749
Courriel : aphpssj@cepap.ca

- **Centre d'aide aux personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides**
643, rue de Martigny Ouest
C. P. 11
SAINT-JÉRÔME (Québec) J7Z 5T7
Tél. : 450 431-3437
Télé. : 450 431-7955
Courriel : lecaptchpl@sympatico.ca
Site Web : www.captchpl.org
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
11, rue Boyer, 3^e étage
SAINT-JÉRÔME (Québec) J7Z 2K5
Tél. : 450 432-7588 ou
1 800 263-0115
Télé. : 450 432-8332

LAVAL

- **Association québécoise des traumatisés crâniens**
911, rue Jean-Talon Est, bureau 106
MONTRÉAL (Québec) H2R 1V5
Tél. : 514 274-7447
Télé. : 514 274-1717
Courriel : aqtc@aqtc.ca
Site Web : www.aqtc.ca
- Hôpital juif de réadaptation
3205, place Alton-Goldbloom
LAVAL (Québec) H7V 1R2
Tél. : 450 688-9550

MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC

- **Association des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie-Centre-du-Québec**
39, rue Bellerive
TROIS-RIVIÈRES (Québec) G8T 6J4
Tél. : 819 372-4993
Télé. : 819 373-7458
Courriel : atcc@assotcc.org
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Pavillon Sainte-Marie
1991, boulevard du Carmel
TROIS-RIVIÈRES (Québec) G8Z 3R9
Tél. : 819 697-3333
- Centre de réadaptation InterVal
1775, rue Nicolas-Perrot
TROIS-RIVIÈRES (Québec) G9A 1C5
Tél. : 819 378-4083
Télé. : 819 693-0045