

Échelle des comportements observables (ÉCO)

Traduction de l'*Overt Behaviour Scale (OBS)*

Glenn Kelly, Jenny Todd, Grahame Simpson, et l'équipe ABI Behaviour Consultancy (Suzanne Brown, Samantha Burns, Kathryn Hoskin, Jan Loewy, Ann Parry, Robyn Bittner).

Prenez note que les informations sur la version originale en anglais de l'outil (l'OBS) peuvent être obtenues au site internet suivant : www.diverge.org.au

Lignes directrices pour l'administration

Ces lignes directrices complètent les consignes d'utilisation de l'ÉCO. Cette grille d'observation est en ligne sur le site web du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

Travail de traduction et d'adaptation en français (du Québec) de l'*Overt Behaviour Scale* réalisé dans le cadre du projet de recherche de Godbout¹, Gagnon² et Drolet³ (2008).

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien financier du REPAR (# 9-10DN-05; 29 mai 2009) et avec la collaboration de M. Michel Ouellette, auxiliaire de recherche.

¹ Denis Godbout, Ph.D., neuropsychologue, Programme Cadre, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal; clinicien inscrit au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), site Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal

² Jean Gagnon, Ph.D., chercheur au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), site Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal; Professeur au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

³ Jacques Drolet, M.P.S., psychologue et conseiller au programme, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal.

Pour toute question sur l'ÉCO, contactez Denis Godbout, Ph. D., neuropsychologue. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal. 2275 Laurier est, Montréal (Québec), H2N 2N8, tél. 514 527-4527, poste 2815; télécopieur 514 527-0979. dgodbout.crlb@sss.gouv.qc.ca

ÉCHELLE DES COMPORTEMENTS OBSERVABLES (ÉCO)

Comportements observables

Cette échelle est conçue pour rendre compte des comportements problématiques qui peuvent survenir à la suite d'une lésion cérébrale acquise (LCA). Elle vise à minimiser l'inférence de ce qui peut avoir provoqué le comportement (telle que l'intention pouvant être à l'origine des gestes posés ou encore de leur possible étiologie). Autant que possible, on y fait état de ce qui est vu, plutôt que l'intention présumée ayant pu motiver l'adoption des comportements. Parfois, ce n'est pas facile, ni clairement défini et une certaine prudence est toujours de mise en effectuant la cotation.

Par exemple, si la personne a peu d'initiative et qu'elle a besoin de beaucoup d'incitation avant d'agir, enregistrez son comportement à la catégorie **Manque d'initiative**, même si la cause (étiologie) semble être un problème de mémoire plutôt qu'un problème de motivation.

L'échelle ÉCO se veut un outil convivial. Ces consignes donnent des lignes directrices pour coter les comportements ou les situations plus difficiles, mais ne vous laissez pas trop embêter par le détail de ce guide lorsque vous utilisez l'échelle ÉCO. La plupart des comportements devraient s'avérer faciles à coter.

Application

L'échelle ÉCO est une adaptation de l'OBS (Overt Behaviour Scale) une échelle conçue pour la clientèle des personnes dont le diagnostic principal est une lésion cérébrale acquise (LCA). Elle n'est pas destinée à évaluer les comportements des personnes dont le diagnostic est uniquement un trouble psychiatrique ou encore lié à un abus de substances, même s'il y a un certain chevauchement entre les comportements de ces clientèles et ceux des personnes ayant subi une LCA. Par ailleurs, quoi que l'ÉCO puisse être utilisée dans des services internes, elle a été développée, au départ, pour évaluer les comportements problématiques observés lorsque les personnes vivent dans la communauté.

L'échelle a été développée à l'intérieur de services cliniques destinés à une clientèle essentiellement adulte. La population cible était constituée d'individus de plus de 16 ans qui ne fréquentaient plus l'école.

Il est recommandé d'y évaluer les comportements qui se sont présentés au cours des trois derniers mois. Afin de mieux répondre aux besoins d'une situation spécifique, on peut aussi évaluer les comportements adoptés durant des périodes plus brèves, par exemple durant un mois. Les informations ainsi recueillies devraient fournir des données sur le comportement plus valables que celles obtenues lors d'une entrevue ponctuelle. L'échelle ÉCO permet également de faire état des comportements actuels, mais dont la fréquence est moindre, ainsi que de ceux qui se produisent dans certains contextes, mais pas dans d'autres environnements. Elle n'est cependant pas conçue pour coter des comportements observés dans le passé comportemental plus lointain de la personne.

La cueillette d'informations

Qui note les comportements?

L'ÉCO n'est pas une échelle auto administrée.

Un clinicien peut administrer l'ÉCO de l'une des deux façons suivantes :

- (a) en faisant directement référence à ses observations directes, par exemple quand cet intervenant du réseau de la santé connaît lui-même très bien le client,
- (b) dans le cadre d'une entrevue semi-structurée avec les personnes connaissant bien le client. Plus d'une personne, bien au fait de la problématique comportementale de la personne visée par l'évaluation. En effet, un conjoint ou un gestionnaire de cas, peut contribuer à la cueillette de données compilées en utilisant l'ÉCO.

Employer l'ÉCO comme une grille d'entrevue semi-structurée contribue ainsi à ce que l'ensemble des comportements soit bel et bien rapporté. En effet, certaines personnes peuvent avoir tendance à ne signaler que les comportements les plus marquants pour eux, plutôt que tous les comportements qui sont survenus. Lorsque cela se produit, certaines informations ne nous sont pas transmises, ce qui peut réduire la validité des hypothèses sur les causes des comportements, mais aussi nuire à l'élaboration des plans de gestion de ces comportements. L'ÉCO sert à obtenir et à mettre à jour l'information à cet égard.

Dès qu'un type de comportement se retrouve à l'une des catégories de l'ÉCO, inscrivez-le. Prenez garde de considérer qu'un comportement n'est pas problématique et que, par conséquent, il n'a pas besoin d'être enregistré. Si un comportement ne vous semble pas avoir beaucoup d'impact, il peut alors être inscrit comme ayant un IMPACT = 1 (pas d'impact). Rappelez-vous, l'outil ne sert qu'à rendre compte des comportements observés, et non pas à interpréter les intentions sous-jacentes.

Catégories de comportements

Il y a 9 catégories de comportements à l'ÉCO intitulées :

- Aggression verbale (AV)
- Aggression physique envers les objets (APO)
- Gestes physiques contre soi (GCS)
- Aggression physique envers les autres (APA)
- Comportement sexuel inapproprié (SEXE)
- Persévération / comportement répétitif (PER/RÉP)
- Vagabondage / fugues (VAG/FUG)
- Comportement social inapproprié (CSI)
- Manque d'initiative (MIN)

Il est important d'enregistrer les comportements en respectant l'ordre de présentation des catégories de l'ÉCO : l'agression verbale d'abord, l'agression physique envers les objets ensuite, etc. Ceci aide à réduire la confusion et à éviter d'inscrire un comportement plus d'une fois. Par exemple, la masturbation en public pourrait être éventuellement considérée à la fois à la sous-échelle «**Comportement sexuel inapproprié**» et à celle intitulée «**Comportement social inapproprié**». La description de ce comportement étant d'abord

présentée à la sous-échelle comportement sexuel inapproprié, on évitera de le coter une seconde fois en abordant, plus tard, les comportements regroupés à la catégorie comportement social inapproprié. D'où la nécessité de respecter l'ordre de présentation des catégories de comportements de l'ÉCO.

Le **comportement social inapproprié** constitue la dernière catégorie des comportements «positifs» de l'ÉCO. On y retrouve les comportements qui n'entrent pas clairement à l'intérieur des autres catégories. Parce que le manque d'initiative est une catégorie correspondant à une absence de comportement dirigé vers l'extérieur; en conséquence, sa cotation est différente et elle est présentée à la toute fin de l'ÉCO.

Cotation des comportements

Exemples illustratifs

Les descriptions cliniques qu'on répertorie à chacune des catégories de comportements explicitent le thème général et indiquent la «saveur propre» de cette catégorie. Les exemples qu'on y présente sont tirés de cas réels et ils représentent les comportements les plus courants. Toutefois, **ces exemples ne sont qu'illustratifs, ils ne sont pas exhaustifs.**

Vous voudrez sûrement inscrire des comportements spécifiques similaires à ceux décrits à l'ÉCO, mais qui ne sont pas exactement les mêmes que ceux-ci. Vous devrez alors établir quel niveau de la catégorie de comportement correspond le plus exactement à ce que vous avez observé afin de l'enregistrer au niveau de la catégorie le décrivant le mieux.

Par exemple, l'exclamation «Mange de la ... imbécile, laisse-moi tranquille!» est un langage grossier qui correspond à de **l'agression verbale – de Niveau 3** et devrait être inscrit comme tel, même si ce n'est pas exactement la même que l'exemple qui y est donné.

Indices

L'OBS fournit 3 indices principaux : sévérité, fréquence et impact.

Sévérité

Chaque catégorie de comportement est divisée en niveaux, présentés en un ordre de sévérité croissant. Par exemple, l'agression verbale, qui compte 4 niveaux de sévérité, débute avec le niveau 1 (le plus léger) «Faire des bruits forts, crier méchamment...» et se termine avec : «Faire clairement des menaces de violence...» qui correspond au niveau 4 (le plus sévère) de cette catégorie.

La sévérité est considérée comme une mesure objective puisque l'ordre hiérarchique de ces comportements a été établi en se basant sur une évaluation consensuelle d'un groupe de personnes expérimentées auprès d'une clientèle avec LCA et en trouble grave du comportement. Cet indice fournit une graduation de la sévérité de ces comportements en accord avec l'opinion des personnes travaillant dans ce domaine.

Cotes de sévérité

Pour certains comportements, des scores de sévérité de l'ÉCO se répètent. Par exemple, **Comportement social inapproprié** comprend 5 niveaux dont les

valeurs respectives sont 1, 2, 3, 4, 4. Ceci n'est pas une erreur. Cela indique que lorsque l'échelle a été graduée, les experts ont considéré que les deux derniers niveaux descriptifs étaient d'une même sévérité. Toutefois, ils n'ont pas été regroupés, car ils fournissent des informations cliniques importantes à considérer séparément.

Fréquence

La cotation de la fréquence des comportements privilégiée à l'ÉCO diffère de celle des outils traditionnels où l'on enregistre chaque observation du comportement ciblé. En effet, dans les milieux communautaires, souvent personne n'est disponible pour observer et noter chaque observation du comportement. C'est pourquoi nous estimons la fréquence des comportements en l'exprimant par un numéro de 1 à 5, correspondant aux définitions suivantes:

- 1** = moins d'une fois par mois
- 2** = une fois par mois ou plus
- 3** = une fois par semaine ou plus
- 4** = une fois par jour
- 5** = plusieurs fois par jour

En clinique, nous avons constaté qu'il est ainsi assez facile de coter la fréquence des comportements observés au cours des 3 derniers mois.

Impact

L'impact est une mesure plus subjective représentant la détresse émotionnelle et les conséquences tangibles qu'un comportement a eues dans le milieu. Il n'y a pas nécessairement une relation linéaire parfaite entre la sévérité et l'impact ressenti. Un comportement «objectivement» de faible sévérité (p.ex., interrompre la conversation d'une autre personne) peut ainsi avoir un impact négatif important (en particulier pour la famille, et s'il est très fréquent), alors qu'un comportement de sévérité «objectivement» plus élevée (p.ex., faire des trous dans des murs) peut avoir un faible impact (par exemple, si ce comportement survient dans des résidences où le personnel a une expérience avec ce type de comportements). L'impact reflète l'opinion du réseau social; c'est la détresse et les conséquences tangibles perçues par l'entourage de la personne.

Sous-échelles

Les commentaires obtenus sur l'utilisation de l'ÉCO nous amènent à conclure que la plupart des sous-échelles peuvent être complétées sans problème. Toutefois, certaines explications peuvent aider à établir la correspondance de certains comportements à une sous-échelle spécifique. Les voici :

Agression physique

Trois types d'agressions physiques peuvent être enregistrés à cette sous-échelle. En général, les comportements sont faciles à situer à l'intérieur des catégories et aux divers niveaux y étant définis. Parfois, cependant, il peut arriver qu'un comportement puisse être inscrit à plus d'une catégorie:

Par exemple, un client peut donner un coup de poing dans un mur, entrer dans un mur en conduisant son fauteuil roulant, ou se frapper la tête contre le mur. Ces comportements peuvent être notés soit comme **une agression physique contre des objets** (le mur) soit comme **des gestes physiques contre soi**.

Dans ce cas, nous considérons que si le comportement cause **principalement** des dommages à l'objet (donner un coup de poing dans un mur sans trop se blesser), il s'agit **d'agressivité physique contre des objets**, mais si le comportement cause surtout des blessures à la personne, il s'agit alors d'un **geste physique contre soi** (p.ex., se frapper la tête contre le mur). Ne compliquez rien. Demandez-vous: «Ce comportement a-t-il plus de conséquences dommageables pour la personne ou cause-t-il plus de dommages sur les objets ou plus de conséquences négatives pour d'autres personnes?»

Gestes physiques contre soi

La sous-échelle **Agression physique contre soi-même** telle qu'elle a été intitulée dans l'échelle **Overt Aggression Scale** (Yudofsky, Argent, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) a été renommée **Gestes physiques contre soi**. Cela permet d'éviter le postulat que les comportements autodestructeurs sont dus à une agression retournée contre soi (ces questions théoriques sont discutées dans Simpson, 2001).

Persévération / comportement répétitif

La sous-échelle Persévération/comportement répétitif ne reflète pas les comportements survenant « régulièrement » dans le cadre d'une routine, comme aller faire des courses tous les lundis matins. Cette sous-échelle évalue des comportements de persévération liés à une lésion cérébrale acquise. Un aspect important de ces comportements est que la personne reste « prise » dans une «boucle» d'action et ne peut pas s'arrêter.

Par exemple, il est arrivé à un client de courir sur un tapis roulant pendant 2 heures à la salle d'entraînement et de s'arrêter uniquement une fois qu'il est complètement épuisé. Le tapis roulant n'était pas défectueux, mais le client ne pouvait s'arrêter une fois qu'il avait commencé à s'entraîner. Un autre client allait faire sa promenade quotidienne, mais il ne s'arrêtait pas de marcher si l'on ne lui disait pas explicitement. Cette personne marchait donc jusqu'à ce que ses pieds soient pleins d'ampoules.

Un autre client s'acharnait à se gratter la tête de façon persistante jusqu'au sang - ce qui s'inscrit à la fois dans la description des **gestes physique contre soi** et dans des **comportements de persévération/répétitifs**. Dans ce cas, la cotation peut exiger un certain discernement. Au final, considérant les informations disponibles, on a pu déterminer que la nature persévéorative du comportement semblait plus importante que l'aspect d'automutilation, alors il a été noté dans la catégorie des **comportements de persévération/répétitifs**.

Un exemple de **comportement verbal répétitif** serait de répéter à plusieurs reprises des questions à contenu similaire comme : «Où sont mes chaussures? Savez-vous où sont mes chaussures? Est-ce que vous pensez que j'ai égaré mes chaussures? »

Dépendance

Certains comportements répétitifs sont dus à des phénomènes de dépendance (p.ex., le jeu, l'alcoolisme). L'ÉCO évalue les comportements survenant suite à une lésion cérébrale et NON, en lien avec la dépendance. Cette échelle n'est pas destinée à évaluer les comportements causés directement par la dépendance. Il existe des échelles plus appropriées pour les conduites reliées à une dépendance.

Néanmoins, il existe de nombreuses personnes ayant des lésions cérébrales qui présentent des comportements dérangeants et qui consomment régulièrement, suffisamment pour mettre leur santé en danger. Si le problème est tel que la consommation d'alcool, de drogues ou de cigarettes du client peut mener à des problèmes santé graves ou à des risques (d'incendie), alors leur comportement peut être noté sous la catégorie **Comportement social inapproprié – danger/risque**.

Par exemple, un client peut boire jusqu'à l'ivresse et puis trébucher sur une route très passante. Cela peut se produire tous les jours. Ce comportement représente un aspect notable de leur traumatisme crânien et présente une situation vraiment dangereuse pour le client et les autres - il serait classé comme **Comportement social inapproprié – danger/risque**.

Difficultés de cotation

Que faire si un comportement pouvait être enregistré à plus d'une sous-échelle?

Suivre l'ordre des catégories telles que présentées dans l'ÉCO permet d'éviter les « doublons » - c'est-à-dire noter un comportement plus d'une fois. Cela permet aussi que des informations spécifiques soient recueillies dans les catégories spécifiques de comportement et d'éviter de classer tous les comportements difficiles en une seule catégorie, comme «comportement social inapproprié ».

Par exemple, toucher les seins d'une étrangère dans un train est socialement inapproprié (et illégal). Il devrait cependant, être enregistré plus spécifiquement à la sous-échelle du **Comportement sexuel inapproprié seulement**. En effet, c'est la première sous-échelle pertinente à laquelle s'applique le comportement.

Que faire si le comportement qui doit être inscrit n'est pas spécifiquement mentionné à cette échelle?

1. Si le comportement que vous devez enregistrer n'est pas répertorié parmi les descriptions, mais qu'il ressemble à l'un des comportements décrits, alors placez-le dans la catégorie où il est présenté et plus exactement, au niveau de cette catégorie qui a «la même saveur».

Par exemple, «C *** qu'est-ce que tu regardes? » ne figure pas dans l'ÉCO, mais il pourrait être noté comme Aggression verbale – Niveau 3.

En outre, si vous estimez lesquelles des spécificités du

comportement doivent être relevées pour les besoins cliniques, elles peuvent être notées à côté des exemples décrits à l'échelle.

2. Certains comportements ne sont pas faciles à incorporer à l'échelle parce qu'ils se produisent dans des situations complexes en milieu communautaire. Dans ces cas, utilisez les lignes directrices et les exemples décrits pour déterminer à quelle catégorie et à quel niveau faire état de ce comportement.

3. Nous avons eu que très rarement des clients qui s'en prenaient aux animaux ou les blessaient, et nous avons noté ce comportement sous **Agressions physiques contre des personnes**, accompagnées de quelques commentaires appropriés.

4. Par ailleurs, certains comportements n'entrent pas dans le champ d'application de l'ÉCO. Par exemple, avoir des rapports sexuels avec les animaux

Suicide

Les comportements suicidaires ont été inclus à cette échelle en raison de leur importance plutôt que de leur prévalence; ces comportements peuvent être particulièrement graves et dérangeants. Dans un échantillon australien, les idéations suicidaires ont été signalées par plus de 22% des clients ayant subi un traumatisme crâniocérébral et des tentatives de suicide sont survenues chez environ 18% de ces clients (Simpson & Tate, 2002). Pour éviter de créer une autre catégorie de comportements, les comportements suicidaires ont été ajoutés aux diverses catégories existantes des agressions.

Menaces suicidaires

La sous-échelle **Agression verbale – Niveau 4** a été modifiée de manière à clairement inclure les menaces suicidaires.

TENTATIVES DE SUICIDE

Plusieurs comportements peuvent être considérés comme des tentatives suicidaires. Il s'agit des comportements dangereux, qui menacent la vie de la personne, comme de se couper profondément, se pendre, ou s'empoisonner au monoxyde de carbone. Ceux-ci devraient être cotés comme des **Gestes physiques contre soi**.

Surdoses

Beaucoup de clients avec LCA ont des difficultés à gérer leurs médicaments. Néanmoins, il y a une différence entre quelqu'un qui fait une erreur de prise de médicament (qui pourrait être noté **Comportement social inapproprié – danger/risque**) et quelqu'un qui a consommé 10 fois la dose prescrite. La différence est plus apparente si, dans ce dernier cas, il y a d'autres comportements qui révèlent une intention suicidaire (par exemple, verbalisation de détresse suicidaire, des notes écrites). S'il y a une tentative claire de se faire du mal, alors noter le comportement comme des **Gestes**

physiques contre soi – Niveau 4. Par ailleurs, ces comportements doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie du risque suicidaire.

Données psychométriques et cotation

Les données psychométriques originales de l'OBS sont disponibles dans:

Kelly, G., Todd, J., Simpson, G., Kremer, P., & Martin, C. (2006). The Overt Behaviour Scale (OBS): A tool for measuring challenging behaviours following ABI in community settings. *Brain Injury*, 20 (3), 307-319.

La cotation de l'**ÉCO** fournit 3 indices principaux.

Le premier, «Regroupement» (**R**, allant de 0 à 9), est la somme du nombre de catégories pour lesquelles des comportements difficiles ont été observés (présent = 1, absent = 0).

De façon similaire, le second, «Total des niveaux de sévérité» (**TNS**, allant de 0 à 34), est la somme des niveaux de sévérité endossés (présence du comportement décrit à ce niveau = 1, absence = 0).

Le score final est le «Total de sévérité cliniquement pondérée» (**TSCP**, allant de 0 à 84). Contrairement au score «Total des niveaux de sévérité» dans lequel chacun des comportements observés obtient le même pointage, le «Total de sévérité cliniquement pondéré» tient compte de l'opinion clinique selon laquelle certains comportements de chaque catégorie sont plus sévères que d'autres.

L'exemple suivant illustre concrètement la cotation de ces trois indices. Ainsi, on a observé qu'un client a adopté trois différents types de comportement d'agression verbale (AV)

- (AV niveau 1 «cris»,
- AV niveau 2 «jurer» et au
- niveau AV 4 «menaces verbales») mais aucun autre type de comportements dérangeants.

Dans ce cas, ce client obtiendrait donc :

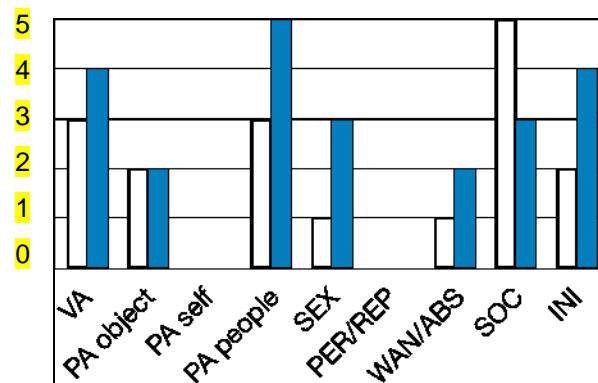
- un score de **1** à l'indice «Regroupement» (**R**= 1/9),
- un score de **3** à l'indice «Total des niveaux de sévérité» (**TNS** = 3/34) et
- un score de **7** (1 + 2 + 4) à l'indice «Total de sévérité cliniquement pondérée» (**TSCP** = 7/84).

Les deux autres indices, la **fréquence** des comportements et l'**impact sur les autres** (chacun noté sur une échelle de Likert en 5 points), fournissent des données cliniques supplémentaires. Dans le cas de la sous-échelle «Manque d'initiative», puisqu'il n'y a qu'un seul niveau de sévérité, la mesure de fréquence peut être utilisée comme mesure des niveaux de sévérité.

Il est également possible de présenter graphiquement les données d'une manière simple. Le graphique ci-dessous montre les données pour la sévérité et l'impact pour le niveau le plus sévère de

comportement endossé par un individu dans chaque catégorie. Il présente un «instantané» du profil de comportement du client. Le client a adopté un ensemble de comportements (agression verbale, agression physique contre des objets et d'autres personnes, comportement sexuel inapproprié, fugue/errance, comportement social inapproprié et manque d'initiative). On y constate que l'agression verbale et l'agression physique contre les personnes ainsi que le manque d'initiative ont été les comportements ayant eu le plus grand impact sur l'entourage.

Colonnes en blanc : Sévérité (niveau le plus élevé)
 Colonnes en bleu : Impact



Références

Kelly, G., Todd, J., Simpson, G., Kremer, P., & Martin, C. (2006). The Overt Behaviour Scale (OBS): A tool for measuring challenging behaviours following ABI in community settings. *Brain Injury*, 20 (3), 307-319.

La référence pour les lignes directrices de l'OBS (version originale anglaise):

Kelly, Todd, Simpson, & the ABI Behaviour Consultancy team. (2006). Overt Behaviour Scale (OBS) in :

www.diverge.org.au

L'OBS est disponible au site web suivant:

www.diverge.org.au en communiquant avec les auteurs.

L'OBS incorpore des expressions modifiées des échelles d'agressions verbales et physiques d'échelles développées antérieurement, intitulées *l'Overt Aggression Scale et Modified of the Overt Aggression Scale* in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury.

Yudofsky, S.M., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1),35-39.

Alderman, N., Knight, C., & Morgan, C. (1997). Use of a modified version of the Overt Aggression Scale in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury. *Brain Injury*, 11 (7), 503-523.

Pour plus d'informations concernant les tendances suicidaires:

Simpson G.K. (2001). Suicide prevention after traumatic brain injury: A resource manual. Sydney: South Western Sydney Area Health Service.

Simpson G.K., & Tate R.L. (2002). Suicidality after traumatic brain injury: Demographic, injury and clinical correlates. *Psychological Medicine*; 32, 687-697.

On peut rejoindre les auteurs de l'OBS aux adresses électroniques suivantes:

glenmkelly.bkc@gmail.com

Grahame.Simpson@sswahs.nsw.gov.au