

Guide de pratique en réadaptation auprès des personnes atteintes d'un traumatisme craniocérébral en âge avancé

FÉVRIER 2023



ISBN : 978-2-550-93795-1 (PDF)

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Creative Commons



Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Pas de modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

Vous avez l'autorisation de copier, de distribuer et de communiquer le présent matériel par tous les moyens et sous tous les formats.

Pour le modifier, vous devez contacter les responsables du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

Vous n'avez pas l'autorisation de faire un usage commercial de ce matériel.

Une production de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique (IURDPM), du CCSMTL.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 

Guide de pratique en réadaptation

auprès des personnes atteintes d'un traumatisme craniocérébral en âge avancé

Auteurs

- **Justine Massé**, B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie, option neuropsychologie clinique, Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal
- **Élaine de Guise**, Ph.D., professeure agrégée, Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, chercheure au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), et à l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Ce document est une adaptation autorisée par l'auteure et l'équipe de direction de l'essai doctoral ainsi libellé :

Massé, J. (2022). Étude de la portée des interventions qui ont un impact sur l'intégration sociale des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral en âge avancé [essai doctoral, Université de Montréal]. Papyrus. [Consultez ici >>](#)

Soutien à l'édition

- **Audrey Besnier**, chargée de liaison et de diffusion des connaissances, IURDPM
- **Emmanuelle Moreau**, erg., M. Erg., agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) en transfert des connaissances, IURDPM
- **C'est-à-dire**, révision linguistique
- **Brunel Design**, conception graphique

Collaboratrices et collaborateurs

- **Jehane Dagher**, M.D., B. Sc. pht, médecin-physiatre au Département de neurologie du CCSMTL et membre clinicienne du CRIR
- **Catherine Gagnon**, B.Sc., étudiante au doctorat, option neuropsychologie clinique, et assistante de recherche au Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal
- **Sven Joubert**, Ph. D., professeur titulaire au Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) du CCSMTL
- **Maude Laguë-Beauvais**, Ph. D., neuropsychologue au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Programme de traumatisme crânio-cérébral (TCC) et professeure associée au Département de neurologie et de neurochirurgie, Faculté de médecine, Université McGill
- **Michelle McKerral**, Ph. D., professeure titulaire et directrice du Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal et chercheure au CRIR et à l'IURDPM du CCSMTL
- **Frédéric Messier**, B.Sc., M. A., APPR à la coordination de recherche clinique (CRC) à l'IURDPM
- **Laurence Trépanier**, étudiante au baccalauréat et assistante de recherche au Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

Remerciements

Les auteures remercient les personnes suivantes de leur participation au processus de validation des recommandations énumérées dans le présent guide de pratique :

- **Nathalie Beaulieu**, ergothérapeute, réadaptation fonctionnelle intensive, programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, CCSMTL
- **Marie-Claude Champoux**, ergothérapeute, Programme de TCC du CUSM
- **Joanne Leblanc**, orthophoniste retraitée, Programme de TCC du CUSM
- **Hélène Leclaire**, orthophoniste, réadaptation fonctionnelle intensive, programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, CCSMTL
- **Geneviève Léveillé**, coordonnatrice professionnelle, réadaptation axée sur l'intégration sociale, programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, CCSMTL
- **Karine Messier**, physiothérapeute, réadaptation fonctionnelle intensive, programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, CCSMTL
- **Sophie Rousseau**, coordonnatrice professionnelle, réadaptation fonctionnelle intensive, programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, CCSMTL
- **Louise Tardif**, usagère-partenaire au projet de recherche
- **Jimmy Tessier-Royer**, T.S., M.A., coordonnateur professionnel, réadaptation axée sur l'intégration sociale, programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, CCSMTL
- **Marino Tremblay**, usager-partenaire au projet de recherche

Les auteures remercient les personnes suivantes de leur participation additionnelle au processus d'adaptation lié au format de présentation des recommandations : Maude Laguë-Beauvais, Marie-Claude Champoux, Jimmy Tessier-Royer, Karine Messier et Nathalie Beaulieu.

Financement

Centre de recherche interdisciplinaire de réadaptation du Montréal métropolitain par l'entremise de son concours *Nouvelles initiatives du CRIR*, édition de 2018-2019 (projet soumis par Elaine de Guise)

Pour citer cet ouvrage

Massé, J. et de Guise, É. (2022). *Guide de pratique en réadaptation auprès des personnes atteintes de traumatisme craniocérébral en âge avancé*. Montréal : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 6 p.

Officialisation linguistique

Ce document respecte les recommandations de l'Office québécois de la langue française en ce qui a trait à la rédaction épicienne.

Table des matières

CONTEXTE	1
Introduction	1
Développement du guide de pratique	1
Limites et précautions	1
RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE	2
Organisation des services de la santé et des services sociaux	2
• Continuum de soins et de services	2
• Réseau de soutien	2
• Prévention	3
• Intervention individualisée	3
Contexte de pratique en centre spécialisé en traumatologie (réadaptation précoce)	4
• Accessibilité des soins spécialisés intensifs	4
• Offre des services	4
Contexte de pratique en réadaptation fonctionnelle intensive	5
• Bonifier l'évaluation	5
• Plan d'intervention	5
Contexte de pratique en réadaptation axée sur l'intégration sociale	6
• Optimiser l'intégration sociale	6
• Bonifier l'offre de services	6
RÉFÉRENCES	7

Contexte

Introduction

Le traumatisme craniocérébral (TCC) perturbe la vie des personnes atteintes et celle de leurs proches. Il peut avoir une incidence considérable sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, surtout pour les personnes âgées. En effet, celles-ci seraient moins nombreuses à pouvoir réintégrer leur milieu de vie (Kilaru et al., 1996) ou leur travail (Daintier et al., 2019; Ritchie et al., 2014), ou encore à retrouver leur niveau de fonctionnement pré-accident (Frankel et al., 2006).

Conséquences
du **changement
démographique**
sur le système
de santé



D'ici 2031, il est estimé que près du quart de la population sera âgé d'au moins 65 ans (Khan et al., 2003). Les hospitalisations liées à une blessure cérébrale chez ce groupe augmentent au fil des années (Institut canadien d'information sur la santé, 2006).

Ce changement aura une incidence sur le système de santé (McIntyre et al., 2019).

Malgré les effets plus marqués d'un TCC chez la personne âgée, une réadaptation multidisciplinaire et des interventions adéquates seraient favorables à ce qu'elle puisse retrouver son niveau de fonctionnement pré-lésionnel (Rosenbaum et al., 2018; Stein et al., 2018). Les auteures ont donc travaillé à identifier les interventions cognitives, communicationnelles, physiques, fonctionnelles et psychosociales qui ont des retombées positives sur l'intégration sociale des personnes ayant subi un TCC en âge avancé. Ces interventions ont été formulées sous forme de recommandations.

L'intégration sociale

peut faire référence à la réintégration à domicile et à la réintégration aux activités socio-vocationnelles, telles que la participation à des activités liées au travail et aux loisirs.



Développement du guide de pratique

Une étude de la portée a permis de soumettre des recommandations de bonne pratique à un processus de sélection et d'amélioration auprès d'un groupe de spécialistes dans le domaine de la réadaptation en TCC. Le présent guide de pratique contient 27 recommandations classées en fonction du continuum de soins et précédées de leur niveau de preuve scientifique en vertu de la méthode ABC (ANAES, 2000).

Voici un résumé du niveau d'évidence de ces recommandations selon la méthode ABC (ANAES, 2000)

● Grade A

Recommandation appuyée par au moins une méta-analyse, une revue systématique ou un essai clinique randomisé (ECR) auprès d'un échantillon approprié avec groupe témoin.

■ Grade B

Recommandation appuyée par des études de cohortes qui comportent au moins un groupe de comparaison, des devis expérimentaux sur des sujets uniques ou des ECR auprès de petits échantillons.

▲ Grade C

Recommandation appuyée par l'opinion de spécialistes. Par contre, les études de cas sans groupe témoin qui appuient les recommandations sont aussi incluses dans cette catégorie.

Limites et précautions

Ces recommandations sont d'usage commun et se veulent un soutien aux réflexions collaboratives quant aux services offerts à la population âgée ayant subi un TCC. Il revient aux milieux et aux professionnelles et professionnels de la santé de mettre en application les différentes recommandations en fonction des réalités locales de pratique.

Recommandations de pratique

Organisation des services de la santé et des services sociaux

RÉADAPTATION PRÉCOCE

RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

Continuum de soins et de services

- Diriger la personne dans un centre spécialisé en traumatologie (réadaptation précoce) offrant davantage de réadaptation intensive, ce qui améliore ses chances de survie, de retour au domicile et de bon fonctionnement à long terme.

- Offrir des interventions administrées dans les centres de réadaptation spécialisés visant le rétablissement fonctionnel et l'intégration sociale. Ces interventions devraient être mises en place aussi tôt que possible afin de minimiser les risques de déconditionnement, qui peuvent survenir dès le deuxième jour après l'admission de la personne âgée.

- ▲ Les personnes âgées atteintes d'un TCC ont souvent besoin de **services de réadaptation communautaire**. Ceci peut

Offrir des services qui peuvent aider les patientes et patients dans leur **transition** entre le centre de réadaptation et la communauté.

se faire par l'entremise de services de santé à domicile, de rendez-vous de suivi par le médecin de famille et les spécialistes, de centres de jour et de foyers de soins de longue durée.

- ▲ Favoriser l'accès aux **services en externe**, même en région, en optant pour des thérapies ou des programmes à visée éducative ou psychoéducative, par téléphone.

Réseau de soutien

- ▲ Nommer une **personne-ressource**, par exemple une ou un responsable de cas, vers qui les personnes âgées ayant eu un TCC et la personne proche aidante peuvent se tourner lorsqu'elles ont une question.

- ▲ Créer un réseau de professionnelles et professionnels de la santé et de services sociaux afin de diriger rapidement **les patientes et patients vers les spécialistes**, afin que les personnes âgées atteintes d'un TCC soient rapidement prises en charge en fonction de leur besoin.

- ▲ Assurer une **communication transparente** entre les intervenantes et intervenants, que ce soit au sein d'un même milieu de réadaptation ou au sein de différents milieux où la personne pourrait être admise. Ceci peut passer par l'élaboration d'un plan de traitement interdisciplinaire ou de réunions de suivi hebdomadaire.

- ▲ Utiliser des **technologies** permettant le stockage et le partage des informations concernant l'usagère ou l'utilisateur (comme le dossier de santé, les prescriptions et les consultations) et rendre ces renseignements accessibles à l'ensemble des intervenantes et intervenants travaillant auprès de cette personne. Les services de santé en ligne doivent être appuyés par des politiques appropriées en matière de confidentialité et de sécurité des données.

- ▲ Les **associations** de personnes vivant avec un TCC peuvent soutenir le bien-être physique et mental des personnes proches aidantes en leur offrant du soutien et de la formation. Par exemple, les aider à développer leurs compétences en matière de soins en leur offrant une combinaison de formation, de soutien et de soins de répit.

Prévention

▲ Mettre en place des interventions, des stratégies ou des mesures visant à **réduire les risques de chute ou de rechute** chez la personne âgée.

▲ Voici des propositions de solution :

- Identifier les personnes à risque.
- Recommander un suivi annuel auprès de la ou du médecin de famille.
- Limiter la médication reconnue pour augmenter les risques de chute et de complication (p. ex. anticoagulants, antipsychotiques).
- Prescrire de la vitamine D à la personne qui présente une carence.
- S'assurer que la personne âgée n'a pas de problème de vision. Si la vision a diminué, prescrire le port de lunettes ou d'autres mesures de compensation visuelle.
- Favoriser l'activité physique et le maintien de la force des membres inférieurs. Par exemple, la pratique du tai-chi diminue les risques de chute chez la personne âgée.

▲ Identifier les risques de chute dans le milieu de résidence afin de mettre en place des stratégies pour les éviter. Certains critères du domicile peuvent être évalués, notamment par une ou un ergothérapeute, afin de s'assurer de la sécurité de la personne âgée :

- Libérer la voie de tout objet qui pourrait faire trébucher la personne âgée.
- Ajouter des barres d'appui à l'intérieur et à l'extérieur de la baignoire ou de la douche, ainsi qu'à côté de la toilette.
- Installer une main courante de chaque côté de l'escalier.
- S'assurer que la luminosité du domicile est adéquate. Au besoin, rectifier l'éclairage en ajoutant davantage de lampes ou en remplaçant les globes par des modèles plus lumineux.

Intervention individualisée

▲ **Adapter et personnaliser** l'ensemble des interventions aux **capacités** de la personne âgée.

Par exemple, inclure davantage de pauses durant la journée ou subdiviser les périodes de thérapies en plus petites séances.



Contexte de pratique en centre spécialisé en traumatologie

RÉADAPTATION PRÉCOCE

RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

Accessibilité des soins spécialisés intensifs

- Offrir des soins spécialisés et intensifs à toutes les personnes âgées. **L'âge uniquement est un critère insuffisant** pour déterminer l'admissibilité de la personne.
- Dans un contexte de priorisation, porter une **attention particulière** aux personnes âgées qui ont un TCC et qui sont à **risque de fragilité**. Les personnes considérées « fragiles » devraient être dirigées en priorité vers un centre de traumatologie spécialisé.



La **fragilité** est considérée comme un état traduisant un épuisement des réserves physiologiques, une incapacité du sujet âgé à répondre de manière adaptée à des situations de stress (Buchner et Wagner, 1992).



- Dans un contexte de priorisation, porter une **attention particulière** aux personnes âgées qui ont un TCC et qui présentent l'une ou plusieurs des **conditions suivantes** : un polytraumatisme, une médication anticoagulante, une comorbidité. Ces personnes devraient être dirigées en priorité vers un centre de traumatologie spécialisé.
- Il est suggéré de garder la personne **en observation de 24 à 72 heures** suivant son admission.
- Après cette période d'observation, il est recommandé de réévaluer le fonctionnement de la personne de 24 à 72h, ce qui déterminera la suite du traitement.
- ▲ Un suivi devrait être assuré par une ou un médecin durant une période post-traumatique d'au moins 4 à 6 semaines.

- Prioriser la mise en place d'**intervention précoces en mobilité** pour les personnes âgées ayant un TCC, dès les premiers jours post-traumatiques. Ceci comprend des interventions réalisées en physiothérapie, misant sur la réadaptation de l'équilibre et de la marche, en mobilisation hors du lit. Ces interventions peuvent améliorer les chances que la patiente ou le patient soit ambulateur à son congé hospitalier, en plus d'accroître la **confiance en ses propres capacités** et de **diminuer la peur de tomber**.

Offre de services

- Offrir des services aux personnes âgées qui sont inclus dans **un programme intégré, holistique et complet** offert par une équipe de soins de santé interdisciplinaire formée pour cette population particulière.
- Élaborer un **protocole spécifique** pour les usagers et usagers âgés, **quel que soit le type de sévérité** (léger, modéré et sévère).
- Revoir les **protocoles de gestion des soins** dans les centres hospitaliers souhaitant la diminution de la durée des séjours.

En général, les personnes âgées ont besoin de plus de temps pour atteindre leur(s) objectif(s) de réadaptation. Lorsqu'indiqué, **la durée du séjour pourrait être adaptée** afin de tenir compte des particularités des personnes âgées atteintes d'un TCC.

Contexte de pratique en réadaptation fonctionnelle intensive

RÉADAPTATION
PRÉCOCE

RÉADAPTATION
FONCTIONNELLE INTENSIVE

RÉADAPTATION AXÉE
SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

Bonifier l'évaluation

- ▲ Faire un **dépistage rapide du langage** dès l'arrivée de la personne âgée dans le centre de réadaptation. Si des difficultés sont détectées, recommander une évaluation plus complète avec la ou le spécialiste approprié.



- ▲ Adapter et personnaliser l'approche thérapeutique des intervenantes et intervenants en fonction des difficultés et des besoins cernés.

- ▲ Utiliser des **appareils** visant à aider la personne âgée à entendre et à comprendre, s'il y a lieu.

- ▲ Évaluer les **fonctions cognitives** de toutes les personnes âgées ayant subi un TCC, peu importe la sévérité, par la ou le spécialiste approprié (p. ex. neuropsychologue, orthophoniste). Le profil obtenu peut contribuer à planifier la reprise des activités pré-accident et à déterminer les meilleures stratégies de réadaptation.



Plan d'intervention

- ▲ Élaborer le plan de traitement en **collaboration** avec les professionnelles et professionnels de la santé, l'usagère ou l'utilisateur, et, s'il y a lieu, les personnes proches aidantes, en fonction des besoins, des préférences et de la culture de l'individu.



- ▲ Cibler des **objectifs** de réadaptation *réalistes, pertinents, mesurables* et axés sur les **habitudes de vie antérieures** de la personne.
- ▲ Le plan des soins devrait incorporer des **objectifs à court, moyen et long termes** et devrait être **révisé** en fonction de la performance de la personne lors du retour à ses activités pré-accident.

Le **plan d'intervention** doit être réalisé :

- en collaboration interdisciplinaire;
- en considérant les habitudes de vie antérieures de la personne;
- en explorant les possibilités à court, moyen et long termes.

Contexte de pratique en réadaptation axée sur l'intégration sociale

RÉADAPTATION PRÉCOCE

RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

Optimiser l'intégration sociale

- Favoriser un **engagement actif** de la personne dans la reprise ou le développement de nouvelles activités qui ont du sens pour elle, comme le fait de prendre soin de soi, les activités de la vie quotidienne, les rôles sociaux ou les loisirs. Au besoin, fournir une accompagnatrice ou un accompagnateur qui pourra aider la personne à atteindre ses objectifs.

Promouvoir les compétences des personnes âgées ayant subi un TCC afin qu'elles reprennent leurs activités de la vie quotidienne et leurs loisirs, par l'entremise de programmes d'accompagnement citoyen, comme l'Accompagnement citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC).

- ▲ Viser à améliorer ou maintenir l'**autonomie** de la personne, même si elle présente des problèmes de mémoire. Fournir des aides techniques compensatoires, qu'il s'agisse des aides compensatoires de type papier/crayon ou technologiques. Ces aides peuvent consister en l'utilisation d'agendas, de minuteries, de rappels ou de tout autre type d'aide à la mémoire externe.
- ▲ **Informers systématiquement** les personnes ainsi que leurs proches aidantes et aidants du **plan de traitement** et de la **procédure de retour à la maison**.

Bonifier l'offre de services

- Offrir de la **réadaptation cognitive** à toute personne âgée ayant eu un TCC qui présente des difficultés cognitives.
 - Par exemple, le **Programme d'Enrichissement Cognitif (PEC)** montre certains résultats prometteurs en ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement exécutif et la reprise des activités de la vie quotidienne (AVQ), ainsi qu'une amélioration du fonctionnement mnésique à long terme et du bien-être psychologique des personnes âgées atteintes de TCC.
- ▲ Fournir des **services psychologiques** aux usagères et usagers dans les établissements de réadaptation, si possible, dans le cadre d'un programme intégré, holistique et complet.
- ▲ La poursuite de ces services à l'extérieur des centres de réadaptation devrait être offerte aux usagères et usagers. En effet, ceci permettrait de **limiter les handicaps supplémentaires** qui peuvent survenir, tels que la dépression ou des problèmes de sommeil, et qui sont fréquents après un TCC.
- ▲ Rendre accessibles des **interventions de groupe axées sur la thérapie par les arts**. Des activités telles que la peinture, le dessin, la poésie, la danse et le tai-chi peuvent améliorer ou maintenir les capacités physiques, cognitives et sociales des personnes âgées atteintes d'un TCC.



Références

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [ANAES]. (2000). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
- Buchner, D. M., et Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in geriatric medicine*, 8(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30494-4](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30494-4)
- Cisneros, E., Beauséjour, V., de Guise, E., Belleville, S. et McKerral, M. (2021). The impact of multimodal cognitive rehabilitation on executive functions in older adults with traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(5), 101559. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101559>
- Daintier, K. J., McKinlay, A. et Grace, R. C. (2019). Change in life roles and quality of life in older adults after traumatic brain injury. *Work*, 62(2), 299-307. <https://doi.org/10.3233/WOR-192864>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. et McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2006). Traumatismes crâniens au Canada : Une décennie de changements (1994-1995 à 2003-2004). https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/icis-cihi/H117-5-2-2006-fra.pdf
- Khan, F., Baguley, I. J. et Cameron, I. D. (2003). 4 : Rehabilitation after traumatic brain injury. *The Medical journal of Australia*, 178(6), 290-295. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05199.x>
- Kilaru, S., Garb, J., Emhoff, T., Fiallo, V., Simon, B., Swiencicki, T. et Lee, K. F. (1996). Long-term functional status and mortality of elderly patients with severe closed head injuries. *The Journal of trauma*, 41(6):p 957-963, December 1996. (Daintier et al., 2019). <https://doi.org/10.1097/00005373-199612000-00003>
- Levert, M.-J., Lefebvre, H., Levasseur, M. et Gélinas, I. (2019). L'accompagnement-citoyen en soutien à la participation sociale des aînés ayant un traumatisme crâniocérébral. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 42(1), 91-107 <https://doi.org/10.1080/07053436.2019.1582915>
- McIntyre, A., Mehta, S., Faltynek, P. et Teasell, R. (2019). Traumatic brain injury and older age. In Teasell, R., Cullen, N., Marshall, S., Janzen, S., Faltynek, P. et Bayley, M. (Eds.), *Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury* (Version 13.0, pp. 1-19.). <https://erabi.ca/wp-content/uploads/2019/09/Module-16-TBI-and-Older-Age-Version-13.pdf>
- Massé, J. (2022). Étude de la portée des interventions qui ont un impact sur l'intégration sociale des personnes ayant subi un traumatisme crâniocérébral en âge avancé [essai doctoral, Université de Montréal]. Papyrus.
- Ritchie, L., Wright-St Clair, V. A., Keogh, J. et Gray, M. (2014). Community integration after traumatic brain injury: a systematic review of the clinical implications of measurement and service provision for older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(1), 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.08.237>
- Rosenbaum, A. M., Gordon, W. A., Joannou, A. et Berman, B. A. (2018). Functional outcomes following post-acute rehabilitation for moderate-to-severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 32(7), 907-914. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1469040>
- Stein, D. M., Kozar, R. A., Livingston, D. H., Luchette, F., Adams, S. D., Agrawal, V., Arbabi, S., Ballou, J., Barraco, R. D., Bernard, A. C., Biffl, W. L., Bosarge, P. L., Brasel, K. J., Cooper, Z., Efron, P. A., Fakhry, S. M., Hartline, C. A., Hwang, F., Joseph, B. A., . . . AAST Geriatric Trauma/ACS Committee. (2018). Geriatric traumatic brain injury-What we know and what we don't. *The journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 85(4), 788-798. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001910>



***Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal***

Québec 