

Soutenir l'intégration sociale des
personnes ayant un traumatisme
craniocérébral et qui présentent
une consommation à risque ou
problématique (abus ou dépendance)
de substances psychoactives
Quelles sont les bonnes pratiques?

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention,
Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal et
Institut universitaire sur les dépendances

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

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

Novembre 2021

Membres de l'équipe projet du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal :

Akram Djouini, agent de planification, de programmation et de recherche (APPR), UETMI – DEUR, CCSMTL

Christine Maltais, Ph. D., APPR et responsable scientifique, UETMI - DEUR, CCSMTL

Frédéric Messier, APPR, IURDPM - DEUR, CCSMTL

Karine Bélanger, bibliothécaire au Centre québécois de documentation en toxicomanie, DEUR, CCSMTL

Et :

Nadia L'Espérance, Ph. D., APPR et chercheuse en établissement, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation (DEURI), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ), membre régulier de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

Élaine De Guise, Ph. D., professeure agrégée, Département de psychologie, Université de Montréal, Chercheur régulier du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (IURDPM-CRIR)

Collaborateurs *ad hoc*

Muriel Guériton, APPR, UETMI - DEUR, CCSMTL

Dominique Bélanger, APPR, UETMI - DEUR, CCSMTL (jusqu'à octobre 2018)

Jade Berthiaume Grondin, assistante de recherche, IURDPM - DEUR, CCSMTL

Rania Jellazi, assistante de recherche, IURDPM - DEUR, CCSMTL

Soutien à la recherche documentaire

Paule Asselin, bibliothécaire, Bibliothèque Jeunes en difficulté, DEUR, CCSMTL

Lucie Pelletier, technicienne en documentation, DEUR, CCSMTL

Demandeurs

Nathalie Charbonneau, directrice adjointe du continuum en déficience physique, Direction des programmes en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI, TSA et DP), CCSMTL

Pierre Vincent, chef de programme – Programme TCC / TGC, Direction des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL (jusqu'à janvier 2020)

Josée Pelletier, chef de programme – Programme TCC / TGC, Direction des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL (depuis janvier 2020)

Représentants de la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

Frédérique Laurier, directrice adjointe – Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Marise Guindon, directrice adjointe – Recherche, développement et transfert des connaissances, DEUR, CCSMTL

Geneviève Baril, chef de service IURDPM, DEUR, CCSMTL

Comité de suivi

Karine Leboeuf, coordonnatrice professionnelle - Ressources assistances continues, Programme TCC / TGC, Dir. des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL (jusqu'à juin 2020)

Geneviève Léveillé, coordonnatrice professionnelle - Programme TCC / RAIS, Dir. des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL

Josée Pelletier, chef de programme – Programme TCC / TGC – Dir. des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL (depuis janvier 2020)

Linda Rivard, chef de l'unité 10, Manoir de l'Âge d'Or (MADO) – Dir. de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), CCSMTL (jusqu'à octobre 2020)

Geneviève Thibault, coordonnatrice clinique - Programme TGC, Dir. DI, TSA et DP, CCSMTL (Répondante du demandeur)

David Trudel, coordonnateur professionnel - Ressources assistances continues, Programme TCC / TGC, Dir. des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL (depuis juin 2020)

Pierre Vincent, chef de programme – Programme TCC / TGC – Dir. des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL (jusqu'à janvier 2020)

Comité de délibération

Laurie Bergeron, psychoéducatrice - Ressources à assistance continue, Programme traumatisme craniocérébral et troubles graves de comportement (TCC / TGC), Dir. des programmes DI, TSA et DP, CCSMTL

Élaine De Guise, Ph. D., professeure agrégée, Département de psychologie, Université de Montréal

Akram Djouini, APPR, UETMI - DEUR, CCSMTL

Nadia L'Espérance, Ph. D., APPR et chercheuse d'établissement - DEURI, CIUSSS MCQ

Christine Maltais, Ph. D., APPR et responsable scientifique, UETMI - DEUR, CCSMTL

Frédéric Messier, APPR, IURDPM – DEUR, CCSMTL

Jimmy Tessier Royer, travailleur social - Programme traumatisme craniocérébral / Réadaptation axée sur l'intégration sociale (TCC / RAIS), Dir.DI, TSA et DP, CCSMTL

Révision scientifique externe

Jean Gagnon, Ph. D., psychologue clinicien, neuropsychologue et professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Montréal

Sylvie St-Jacques, Ph. D., APPR et responsable scientifique UETMI, Direction enseignement et affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conception graphique, édition et mise en page

Marie-Pier Gagné, technicienne en communication, Équipe diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Révision linguistique

Linda Benoît, adjointe administrative, Direction adjointe – Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Remerciements

Nous remercions tous les membres du personnel qui œuvrent auprès des personnes ayant un TCC et consommant des SPA dans les programmes TCC / RAIS, les RAC, de même qu'au MADO, du CCSMTL, pour leur participation à la cueillette de données expérientielles.

Déclaration d'intérêt

Aucun conflit d'intérêts à déclarer en lien avec la réalisation de ce projet.

Le rapport : *Soutenir l'intégration sociale des personnes ayant un traumatisme craniocérébral et qui présentent une consommation à risque ou problématique (abus ou dépendance) de substances psychoactives : Quelles sont les bonnes pratiques ?* est une production de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI), de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) et de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD), Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

Responsabilité

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement ceux du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, ni ceux des parties prenantes externes impliqués dans ce projet.

Le présent document doit être cité comme suit :

Djouini, A., Maltais, C., Messier, F., Bélanger, K., L'Espérance, N., De Guise, E. (2021). *Soutenir l'intégration sociale des personnes ayant un traumatisme craniocérébral et qui présentent une consommation à risque ou problématique (abus ou dépendance) de substances psychoactives : Quelles sont les bonnes pratiques ?* Rapport d'ETMI. UETMI, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à <http://ccsmtl-mission-universitaire.ca/fr/etmi>

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal, ISBN 978-2-550-90835-7 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

Table des matières

Abréviations	3
Glossaire	4
Mandat	6
Introduction	6
Traumatisme craniocérébral et consommation de substances psychoactives.....	6
Le système québécois de services	7
Constats préliminaires	8
Question décisionnelle.....	8
Cadre d'analyse	8
La population TCC et le type de consommation de SPA.....	9
L'intégration sociale et la consommation de SPA.....	10
Les caractéristiques cliniques des interventions	11
Objectifs d'évaluation	12
Méthodologie	12
Recension systématique de la littérature	13
PICOTS et stratégies de recherche documentaire.....	13
Bases de données bibliographiques.....	14
Sélection des études	14
Évaluation de la qualité des études	15
Extraction et codification des données des études.....	15
Appréciation de la preuve scientifique	15
Collecte de données contextuelles.....	16
Collecte de données expérientielles.....	17
Synthèse des trois sources d'information et élaboration des recommandations.	17
Résultats des trois corpus d'information	18
Résultats des études incluses	18
Caractéristiques des études incluses.....	19
Constats et appréciation des preuves scientifiques	32
Appréciation globale de l'efficacité des interventions	32
Caractéristiques méthodologiques des études	32
Les caractéristiques cliniques des interventions	33
Attribution des niveaux de preuve selon les dimensions de l'intégration sociale et la consommation	36

Éléments complémentaires : le contexte des interventions	38
Conclusion – section revue systématique	40
Données contextuelles.....	44
Portrait de la clientèle desservie dans les services TCC/RAIS, RAC et MADO du CCSMTL	44
Description sommaire des programmes ciblés au CCSMTL.....	44
Données expérientielles.....	47
Synthèse de l'ensemble de la preuve (scientifique, contextuelle, et expérientielle)	49
Recommandations.....	52
ANNEXES.....	59
Annexe 1. Mots-clés et recherches bibliographiques	60
Annexe 2. Tableau des raisons d'exclusion des articles après lecture complète.	64
Annexe 3. Grille d'évaluation de la qualité des études retenues.....	66
Annexe 4. Questionnaire pour la collecte de données expérientielles.	69
Annexe 5. Diagramme de flux pour l'identification, le repérage et la sélection des études.....	80
Annexe 6. Portrait des usagers ayant un TCC et consommant des SPA desservis dans les trois services cibles du CCSMTL.	81
Annexe 7. Utilisation des d'interventions pour soutenir l'intégration sociale des adultes avec TCC et qui ont une consommation à risque ou problématique de SPA selon les milieux (RAIS, RAC, MADO).	82
Annexe 8. Résultats des données expérientielles.	83

Liste des tableaux

Tableau 1. Les dimensions de l'intégration sociale et exemples d'indicateurs	10
Tableau 2. Description des caractéristiques cliniques des interventions	11
Tableau 3. PICOTS et critères d'inclusion des études	13
Tableau 4. Classement des niveaux de preuves pour l'efficacité des interventions	16
Tableau 5. Éléments considérés lors de l'attribution d'une force aux recommandations	18
Tableau 6. Description des études, variables mesurées, et effets des interventions sur la consommation et sur les dimensions de l'intégration sociale	21
Tableau 7. Programmes et interventions évaluées (description, durée et fréquence), caractéristiques cliniques et pratiques d'intervention	25
Tableau 8. Niveau de preuve des effets des interventions sur les dimensions de l'intégration sociale et sur la consommation de SPA	39

Liste des figures

Figure 1. Cadre d'analyse selon la sévérité du TCC et de la problématique de consommation (Bogner & Corrigan 2013)	9
---	---

Abréviations

AVC : Accident vasculaire cérébral

CCSMTL : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CRLB : Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

DI, TSA et DP : Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ETMI : Évaluation des technologies et des modes d'intervention

IURGLM : Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

MADO : Manoir-de-l'Âge-d'Or

RAC : Ressource à assistance continue

RAIS : Réadaptation axée sur l'intégration sociale

RFI : Réadaptation fonctionnelle intensive

SPA : Substance psychoactive

TCC : Traumatisme craniocérébral

TCC-CR/P : Traumatisme craniocérébral et une consommation à risque ou problématique de SPA

TGC : Troubles graves du comportement

TCCL : Traumatisme craniocérébral léger

TCCMG : Traumatisme craniocérébral modéré grave

Glossaire

<p>Consommation</p>	<p>Consommation d'alcool et de drogues illicites, mais également de cannabis (désormais licite au Canada) et de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales.</p> <p>Pour juger de la sévérité de la consommation, les récents travaux proposent de situer la consommation sur un continuum allant de la consommation récréative non problématique à des manifestations cliniques sévères (INSPQ, 2019).</p>
<p>Consommation à risque</p>	<p>La consommation à risque signifie qu'elle dépasse les seuils recommandés par les autorités de santé publique ou qu'elle est à l'origine d'effets indésirables sur le fonctionnement d'une personne. (Butt P, Beirness D, Gliksman F, Paradis C, & T, 2011; Thomas G, 2012)</p>
<p>Consommation problématique</p>	<p>La consommation problématique réfère à la présence d'un diagnostic de trouble d'utilisation de substance (TUS) tel que décrit dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Ceci inclut l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives (alcool, cannabis et drogues illicites et de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales) d'après le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), le syndrome de dépendance et d'utilisation nocive d'après la 10^e édition de la Classification internationale des maladies. (OMS, 2008).</p>
<p>Intervention de réadaptation</p>	<p>Les interventions de réadaptation destinées aux personnes ayant un TCC sont des actions professionnelles et planifiées, mises en œuvre afin d'optimiser leur participation sociale et leur qualité de vie. De nombreux professionnels peuvent être mis à contribution : médecins, personnels infirmiers, psychologues, neuropsychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, kinésologues ou éducateurs physiques, techniciens en éducation spécialisée et techniciens en loisirs. (INESSS, 2016, 2018b).</p>
<p>Intervention psychosociale</p>	<p>Dans le contexte de la réadaptation pour des personnes qui ont une consommation à risque ou problématique de SPA, les interventions psychosociales peuvent être décrites comme des interventions non pharmacologiques qui visent à mitiger les problèmes associés à l'intégration sociale et/ou à la consommation à risque ou problématique de SPA. Spécifiquement, la notion d'intervention psychosociale fait référence à un ensemble hétérogène d'interventions qui peuvent varier en fonction de leurs fondements théoriques (ex.: approches psychodynamiques, comportementales, motivationnelles, etc.), de leur durée et de leur intensité (ex. : interventions courtes ou longues), des milieux où elles sont offertes (ex. : hôpital, centre de réadaptation, milieux de vie substituts, milieu communautaire), de leurs modalités</p>

	<p>d'interactions (ex. : individuelles, en groupe, via Internet) ou de leurs buts (p ex. : visant l'abstinence, la réduction des méfaits, l'intégration sociale, etc.). (Klimas et al., 2011).</p>
<p>PICOTS</p>	<p>(P) Population, (I) Intervention, (C) Comparateur, (O) Résultats (Outcomes), (T) Temporalité, (S) Milieu d'intervention (Setting)</p> <p>PICOTS : Critères utilisés pour formuler les questions clés de recherche portant sur l'efficacité d'une intervention. Cette façon de décrire les questions amène les équipes qui réalisent les revues systématiques à en préciser clairement les composantes centrales. (McKenzie et al., 2019; Petticrew & Robert, 2006)</p>

Mandat

La direction des programmes DI, TSA et DP comprend un programme dédié aux personnes ayant un traumatisme craniocérébral (TCC) et des troubles graves du comportement (TGC), soit le programme TCC/TGC. Les gestionnaires de ce programme cherchaient à identifier les pratiques d'intervention permettant de soutenir l'intégration sociale des personnes ayant subi un TCC et qui présente une consommation à risque ou problématique de SPA, ainsi que celles ciblant les changements de comportement vis à vis de la consommation auprès de ces personnes. Les pratiques d'intervention éprouvées s'adressent aux intervenants qui travaillent directement auprès de cette clientèle dans les milieux de vie substituts tels que des résidences à assistance continue (RAC), et en réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS).

Les demandeurs souhaitaient identifier des balises permettant d'orienter leur offre de service, et disposer de recommandations de pratique pour leurs intervenants. À cet effet, l'équipe de projet a été mandatée afin de réaliser une revue systématique de la littérature scientifique ainsi qu'une collecte de données contextuelles et expérientielles auprès de diverses parties prenantes.

Introduction

Traumatisme craniocérébral et consommation de substances psychoactives

Chaque année, le réseau de traumatologie du Québec en installation rapporte qu'un nombre important de patients y sont admis avec un diagnostic de TCC. Un TCC se définit comme une lésion cérébrale causée par une force physique extérieure (accident d'auto, chute, accident durant une activité sportive, agression violente, etc.) qui peut entraîner des atteintes de gravité variable des capacités physiques, sensorielles, cognitives, affectives et comportementales d'une personne. Par définition, le TCC exclut toute étiologie dégénérative ou congénitale (INESSS, 2016; Teasell et al., 2017). Entre 2013 et 2016, 6 089 patients ont été admis au Québec avec un TCC modéré ou grave. Quant aux patients ayant un TCC léger, on parle plutôt de 750 personnes.

Parallèlement, les données scientifiques montrent que les adultes ayant subi un TCC sont plus susceptibles que la population générale de présenter une consommation à risque ou problématique de SPA en pré- et post-lésion (Allen, Stewart, Cusimano, & Asbridge, 2016; Parry-Jones, Vaughan, & Miles Cox, 2006; Pennington, Novakovic-Agopian, & Batki, 2019; Taylor, Kreutzer, Demm, & Meade, 2003; West, 2011). Avant la survenue d'un TCC, 44 % à 79 % des personnes présentent des problèmes liés à l'abus d'alcool et 21 % à 40 % à l'abus de drogues (West, 2011). En post-TCC, la consommation tendrait à diminuer durant l'année qui suit la lésion, puis à augmenter de nouveau par la suite (Corrigan & Mysiw, 2013). Parry-Jones et al. (2006) ont rapporté dans une recension systématique que les taux de consommation problématique post-TCC étaient très variables entre les études, ces derniers se situant entre 7 % et 46 % pour l'alcool, entre 6 % et 20 % pour la drogue, et entre 5 % et 28 % pour toutes les substances confondues. Ces proportions sont rapportées sur des périodes s'étalant d'une à sept années

post-lésion (Parry-Jones et al., 2006). Dans une recension distincte, Corrigan and Mysiow (2013) estiment que cette proportion atteindrait au moins 33 %, toutes substances confondues (alcool et drogues illicites), après une période non précisée.

Au Québec, les personnes ayant subi un TCC présentent des problématiques associées à l'utilisation de substances proportionnellement plus importantes que la population générale, une tendance confirmée par des données récentes produites par le Consortium TCC modéré ou grave de l'Ouest du Québec. En effet, les données indiquent que l'historique d'abus de substances arrive au premier rang des facteurs de complexité chez les usagers avec TCC modéré-grave suivis en réadaptation externe au CCSMTL (71 % d'entre eux en 2016-2017) (Consortium TCC modéré ou grave de l'Ouest du Québec, 2018). L'ajout de ce facteur de complexité (l'historique de consommation) soulève des enjeux liés à l'efficacité et à la sécurité des interventions offertes dans le continuum des services en réadaptation.

Le système québécois de services

Dans le système de santé québécois, les personnes qui subissent un TCC reçoivent d'abord des soins d'urgence en milieu hospitalier. Une fois leur condition médicale jugée stable, les personnes qui présentent des atteintes motrices ou fonctionnelles poursuivent leur traitement dans un centre spécialisé de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). La durée et l'intensité des soins à cette étape dépendent de la gravité des atteintes. Après la phase de rééducation fonctionnelle vient une phase de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) qui est offerte sur une base ambulatoire (en institution ou à domicile). La phase de RAIS est caractérisée par une offre de services spécialisés et surspécialisés qui s'articule autour d'une démarche visant le développement des compétences personnelles et l'autonomie de la personne. Les objectifs poursuivis concernent l'actualisation du potentiel de chaque individu et son intégration dans un milieu de vie adapté à ses besoins, ancré si possible dans son entourage familial, social ou communautaire. Lorsque le maintien d'une personne avec TCC à domicile ou en logement autonome n'est pas possible, une phase additionnelle de services visant à permettre le maintien des acquis et à soutenir une participation sociale optimale peut être offerte dans un milieu de vie substitut. L'hébergement en milieu de vie substitut permet notamment d'éviter l'institutionnalisation précoce des personnes atteintes de TCC en leur offrant un milieu de vie supervisé, sécuritaire et adapté aux besoins complexes qui découlent de leurs incapacités physiques (c'est-à-dire motrices, neurologiques, sensorielles) (CCSMTL, 2018a, 2018b; INESSS, 2018a; MSSS, 2017).

Tout au long de cette trajectoire de services, l'intervention auprès des personnes ayant un TCC pose des défis à plusieurs égards, et ce, peu importe la gravité de la lésion (légère, modérée ou grave) ou des atteintes qui en découlent. D'une part, de nombreuses atteintes sur le plan de la cognition, de la perception et de la communication peuvent affecter la santé mentale ainsi que le comportement durant la période de réadaptation (INESSS, 2018b; McGee, Alekseeva, Chernyshev, & Minagar, 2016; Stéfan & Mathé, 2016; Weil, Corrigan, & Karelina, 2016; Zgaljardic et al., 2015). D'autre part, la consommation à risque ou problématique de SPA (alcool, cannabis, drogues illicites et médicaments

délivrés sur ordonnance dont l'usage est non médical) est susceptible d'amplifier ces difficultés et d'interférer avec les bénéfices des services et des traitements reçus (Corrigan & Mysiw, 2013).

Ainsi, chez les personnes avec un TCC, la consommation de SPA est susceptible d'interférer avec la récupération neurobiologique, avec les médicaments prescrits ainsi qu'avec leur participation à la démarche de réadaptation (Parry-Jones et al., 2006; West, 2011). Certaines données montrent en outre qu'une telle consommation est associée à une augmentation de la fréquence des comportements agressifs, des désordres affectifs, des traumatismes additionnels, des crises épileptiques et des décès prématurés, notamment par suicide (Corrigan & Mysiw, 2013; Pennington et al., 2019; Rees et al., 2017; Taylor et al., 2003; Weil et al., 2016; Zgaljardic et al., 2015). Ceci constitue une problématique préoccupante pour les cliniciens, les gestionnaires, les chercheurs et les proches qui sont impliqués dans la réadaptation des personnes vivant avec un TCC.

Constats préliminaires

Le présent projet vise à identifier les bonnes pratiques à adresser aux intervenants qui œuvrent auprès des individus ayant subi un TCC et qui présentent une consommation à risque ou problématique de SPA (TCC-CR/P). Une exploration préliminaire de la littérature réalisée en début de projet avait déjà permis d'identifier trois travaux de synthèse sur la présente thématique (J. Bogner & Corrigan, 2013; INESSS, 2016; L'Espérance & Ménard, 2018). Toutefois, ces travaux ne visaient pas spécifiquement à améliorer l'intégration sociale des personnes TCC et qui consomment des SPA, mais cherchaient plutôt à améliorer les pratiques auprès de cette clientèle (Bogner et Corrigan, 2013 ; L'Espérance et Ménard, 2018) ou la prise en charge adéquate et globale des personnes ayant subi un TCC modéré/grave (INESSS, 2016). De plus, ces travaux n'ont pas été menés dans le but d'adapter des recommandations au contexte spécifique du CCSMTL, mais laissaient présager que le nombre d'articles publiés était suffisant pour dégager des pistes d'intervention et proposer des balises d'intervention aux intervenants au CCSMTL.

Question décisionnelle

Chez les personnes ayant subi un TCC de toute sévérité et qui présentent une consommation à risque ou problématique de SPA (TCC-CR/P), quelles sont les bonnes pratiques d'intervention psychosociale axées sur l'intégration sociale à recommander aux intervenants des services de RAIS et/ou des milieux de vie substituts au CCSMTL ?

Cadre d'analyse

À ce jour, quelques études ont examiné l'efficacité des interventions psychosociales (non pharmacologiques) pour prévenir ou améliorer les problèmes d'intégration sociale des personnes ayant un TCC ainsi que celles visant la réduction ou le contrôle d'une consommation à risque ou problématique (Bombardier & Rimmelé, 1999; Heinemann, Corrigan, & Moore, 2004; Vungkhanching,

Heinemann, Langley, Ridgely, & Kramer, 2007). Bien que ces études poursuivent toutes les mêmes objectifs d'intervention, elles sont néanmoins très différentes les unes des autres, faisant en sorte qu'il est difficile de faire clairement état des effets de ces pratiques. Pour ces raisons, les études ont été analysées en tenant compte de trois grandes catégories de facteurs (ou caractéristiques des études), soit : 1) les caractéristiques de la population à l'étude ; 2) les dimensions de l'intégration sociale évaluées et la consommation de SPA ; 3) les caractéristiques cliniques des interventions utilisées par les équipes des milieux cibles (RAIS / RAC/ MADO). Ce sont ces mêmes grandes catégories de facteurs (type de population, dimensions d'intégration sociale et consommation, et caractéristique des interventions) qui ont aussi servi de base pour la collecte, l'analyse, et l'intégration des deux autres corpus de données (contextuelles et expérientielles). Par ailleurs, l'analyse des données (scientifiques, contextuelles, et expérientielles) selon des caractéristiques cliniques d'interventions utilisées par les équipes a permis de faire des recommandations de pratique personnalisées au contexte des milieux cibles (RAIS / RAC/ MADO) du CCSMTL.

Types de population, dimensions de l'intégration sociale / consommation de SPA, et caractéristiques cliniques des interventions

La population TCC et le type de consommation de SPA

Notre cadre d'analyse propose de tenir compte des caractéristiques de la population TCC et qui consomment des SPA. Ce cadre a été élaboré en s'inspirant du modèle de Bogner et Corrigan (J. Bogner & Corrigan, 2013; Corrigan, 2005), présenté à la Figure 1. Les populations des études ont donc été classées, d'une part, selon le degré de sévérité du TCC (léger ou modéré-grave) et, d'autre part, selon la sévérité de la problématique de consommation (à risque ou problématique).

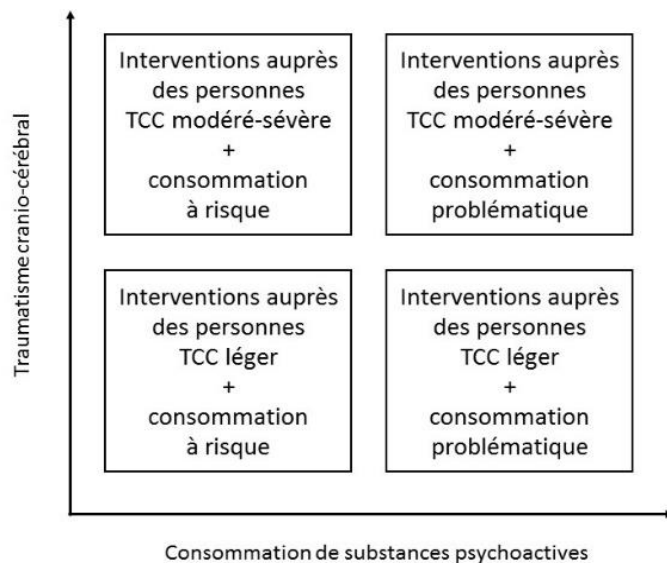


Figure 1. Cadre d'analyse selon la sévérité du TCC et de la problématique de consommation (Bogner & Corrigan 2013).

L'intégration sociale et la consommation de SPA

Six dimensions de l'intégration sociale

L'intervention axée sur l'intégration sociale dans le processus de réadaptation des personnes avec TCC est complexe et multidimensionnelle. Elle renvoie à la mise en œuvre d'actions professionnelles et planifiées qui permettent d'agir positivement sur une grande variété d'éléments, et ce, pour favoriser le retour des personnes dans un milieu de vie adapté à leur condition. L'intégration sociale se mesure notamment à l'aide d'indicateurs associés aux habitudes de vie, à l'adaptation, aux affects et au statut d'emploi. Compte tenu de la diversité des définitions, des modèles et des indicateurs proposés au cours des dernières décennies, de récents travaux dans le domaine ont proposé un modèle intégratif. Shaikh, Kersten, Siegert, and Theadom (2018) proposent ainsi de regrouper les indicateurs à partir d'un cadre de référence qui comprend six dimensions de l'intégration sociale (Tableau 1).

Tableau 2. Les dimensions de l'intégration sociale et exemples d'indicateurs

Dimensions de l'intégration sociale (indicateurs)	
Adaptation psychologique	Niveaux d'estime de soi; niveaux d'anxiété ou de dépression; fonctionnement psychosocial.
Intégration à l'école, ou aux activités productives (travail, bénévolat)	Étudier; occuper un travail rémunéré ou non rémunéré ou participer à d'autres activités productives (ex. : bénévolat).
Intégration au milieu de vie	Avoir accès à un environnement de vie approprié, sûr et normalisé; participer activement à des activités à la maison (ex. : prendre des décisions concernant les arrangements à la maison; effectuer des activités régulières telles que cuisiner, manger, lire, etc.); utiliser son propre domicile comme base pour explorer et participer à des activités communautaires.
Indépendance	Être autonome dans la réalisation des activités ménagères; la mobilité à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison (incluant la conduite automobile); la capacité de faire des choix de vie et à prendre des décisions au quotidien.
Vie sociale	Acquérir des rôles sociaux; former et maintenir des relations interpersonnelles au-delà des membres de sa famille.
Sentiment d'appartenance	Se sentir comme un membre important de la communauté; se sentir aimé, reconnu et soutenu.

Source : Shaikh, N. M., et al. (2018). "Developing a comprehensive framework of community integration for people with acquired brain injury: a conceptual analysis." *Disability and rehabilitation*: 1-17.

Consommation de SPA

Il est bien établi que la consommation de SPA influence fortement les personnes ayant un TCC dans leur rétablissement général et leur intégration sociale. Durant le rétablissement, la consommation est susceptible d'exacerber les difficultés cognitives et psychologiques des individus ayant subi un TCC et d'interférer avec les bénéfices des services et des traitements reçus (Corrigan & Mysiwi, 2013), la récupération neurobiologique, les médicaments prescrits, ainsi que la participation à la démarche de réadaptation (Parry-Jones et al., 2006; West, 2011). D'autres études ont aussi montré que la consommation influence l'intégration sociale des personnes. Ces personnes sont plus à risque d'éprouver des difficultés psychologiques (Corrigan et al., 2001), de prendre des risques qui menacent leur sécurité et celle des autres (Teasdale & Engberg, 2001; Mainio et al., 2007), et de présenter des taux d'absentéisme plus élevés au travail (Sherer et al., 1999; Willemse-van et al., 2007).

Enfin, à la lumière de ces travaux, les interventions qui agissent positivement sur la diminution de la consommation ou qui contrent la reprise de la consommation pourraient contribuer à protéger le rétablissement de la personne TCC et améliorer sa réadaptation sociale.

Les caractéristiques cliniques des interventions

Afin d'approfondir l'analyse des liens entre les interventions à l'étude et leurs effets sur l'intégration sociale et sur la consommation, et d'ainsi faciliter le développement de constats et de recommandations, les caractéristiques cliniques des interventions évaluées dans les études ont été prises en considération. Ces caractéristiques sont celles utilisées par les intervenants des milieux cibles, ces dernières sont tirées du document de programmation clinique du CCSMTL (CCSMTL-CRLB, 2006). Ce document est celui utilisé par les milieux cliniques au moment où nous avons mené le projet.

Tableau 2. Description des caractéristiques cliniques des interventions

Caractéristique	Description
Centrée sur l'utilisateur	Qui reconnaît la capacité de l'individu à effectuer des choix et à prendre en main sa réadaptation
Écologique	Qui privilégie les interventions dans le milieu de vie de la personne
Systémique	Qui s'intéresse à l'environnement familial, social, culturel, scolaire ou professionnel dans lesquels évolue la personne
Individualisée	Qui tient compte des particularités et des besoins des individus en tenant compte, entre autres, de facteurs tels l'âge, la culture, la présence de conditions psychiatriques ou d'une problématique de dépendance

Interdisciplinaire	Qui regroupe plusieurs intervenants avec des formations, compétences et expertises distinctes et qui travaillent ensemble à développer une compréhension commune d'une personne et des interventions concertées
Éducative	Qui utilise des stratégies d'enseignement visant l'acquisition de connaissances et d'habiletés
Compensatoire	Qui fournit des méthodes ou des stratégies permettant de pallier certaines incapacités temporaires ou permanentes, de manière à permettre à la personne de reprendre ou poursuivre de façon optimale ses habitudes de vie

Objectifs d'évaluation

Le présent projet a pour objectif d'élaborer des recommandations de pratique en intégrant les constats issus de trois grands corpus d'information, soit des données secondaires issues d'une revue systématique, des données contextuelles propres aux services de réadaptation du CCSMTL et des données expérientielles recueillies à l'aide d'un sondage auprès des intervenants œuvrant dans les services pertinents du CCSMTL. Plus spécifiquement, la revue systématique a poursuivi deux sous-objectifs. Le premier voulait identifier les interventions qui favorisent l'intégration sociale des personnes ayant un TCC-CR/P ainsi que celles qui réduisent ou contrôlent la consommation de SPA chez ces derniers. Le second voulait examiner les effets des interventions sur l'intégration sociale ou la consommation de SPA selon trois catégories de facteurs (ou caractéristiques des études), soit le type de population à l'étude (avec TCC léger ou modéré-grave), les six dimensions de l'intégration sociale ainsi que la consommation de SPA, et les sept caractéristiques cliniques des interventions. Dans un souci de cohérence, et suivant la même logique d'analyse selon les trois catégories de facteurs, la collecte de données contextuelles voulait réaliser un portrait des usagers du CCSMTL ayant subi un TCC-CR/P et décrire les services qui leur sont offerts (objectifs d'intégration sociale, activités d'intervention spécifiques). Enfin, la cueillette de données expérientielles cherchait à explorer et décrire l'expérience des intervenants du CIUSSS œuvrant dans les différents services offerts à cette population.

Méthodologie

Cette section présente, dans l'ordre, les démarches pour chacune des phases qui ont précédé l'intégration de trois corpus d'information, soit la méthode de revue systématique (phase 1), la méthode de recueil d'informations contextuelles (phase 2) et la méthode de collecte d'informations expérientielles (phase 3). Ces trois démarches ont été menées de façon séquentielle, de sorte que les résultats de la synthèse à la première phase ont servi de base aux deux autres phases. Les trois corpus d'informations ont finalement été intégrés à l'aide d'une méthode de triangulation, présentée à la fin de la présente section.

Recension systématique de la littérature

PICOTS et stratégies de recherche documentaire

Les stratégies de recherche documentaire et les critères de sélection des études incluses ont été définis à partir de l'outil *PICOTS* qui permet de préciser les caractéristiques d'une revue systématique (McKenzie et al., 2019; Petticrew & Robert, 2006; Riva, Malik, Burnie, Endicott, & Busse, 2012). Le *PICOTS* et les critères d'inclusion des études repérées par la recherche documentaire sont présentés au tableau 3.

Tableau 3. *PICOTS et critères d'inclusion des études*

PICOTS et critères d'inclusion	
Population	Adultes ayant subi un TCC et qui présentent une consommation ¹ à risque ou problématique de SPA.
Intervention	Toute forme d'intervention psychosociale visant à prévenir ou améliorer les problèmes d'intégration sociale ou la consommation de SPA.
Comparateur	Tous les types de comparaison, notamment : <ul style="list-style-type: none">✓ Comparaison pré-post sans groupe contrôle ;✓ Comparaison pré-post avec groupe contrôle.
Effets (<i>Outcomes</i>)	Sur l'intégration sociale : 1) indépendance; 2) intégration au milieu de vie; 3) vie sociale; 4) intégration à l'école / travail; 5) adaptation psychologique; 6) sentiment d'appartenance.
	Sur la consommation de SPA : fréquence et/ou quantité de SPA consommée.
Temps (Temporalités)	Durant la phase de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) ou avant (à l'hôpital ou en RFI) en prévention des problèmes d'intégration et de consommation.
Milieus (<i>Settings</i>)	Dans un milieu institutionnel (hôpital, centre de réadaptation), à domicile ou dans un milieu de vie substitut (ex. : RAC).

Ont été exclues les études menées auprès d'échantillons composés totalement ou majoritairement de personnes avec des diagnostics d'AVC, de problématiques congénitales, de troubles développementaux (paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, troubles du spectre de l'autisme, etc.) ou de processus qui endommagent progressivement le cerveau (ex. : sclérose en plaques, démence, maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, etc.). Ont également été exclues : les études qui ne rapportent pas d'effets liés à l'intégration sociale mesurée après la phase d'hospitalisation ou de réadaptation fonctionnelle

¹ La moitié ou plus de l'échantillon devait présenter une consommation à risque ou problématique de SPA.

intensive (ou équivalent), les études de cas, les études secondaires (ex. : revues systématiques, *scoping reviews*, méta-analyses, guide de pratiques, etc.) et les chapitres de livre.

Bases de données bibliographiques

Littérature scientifique

Trois bases de données bibliographiques ont été interrogées par mots-clés et par sujets : *Medline* (OVID), *PsycInfo* (OVID) et *Social Work Abstracts* (Proquest). La liste détaillée des mots-clés et des stratégies de recherche utilisés est fournie à l'annexe 1. Aucune limite quant à l'année de publication n'a été spécifiée. Seuls les documents publiés en anglais ou en français et menés dans l'un des 36 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont été pris en compte². Les titres et abrégés de l'ensemble des références ont été importés dans un logiciel de gestion des références bibliographiques (Endnote X7).

Littérature grise

Dans le cadre de la présente ETMI, les mots-clés utilisés dans les moteurs de recherche (Google et Google scholar) reflétaient les combinaisons utilisées dans les bases de données bibliographiques (scientifiques) et l'examen des résultats s'est limité aux 10 premières pages (100 résultats) (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2018). De plus, une recherche a été effectuée dans une liste des sites Web pertinents validée par des experts dans le domaine. Les documents correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion décrits plus haut ont été examinés durant les phases de sélection décrites ci-après.

Sélection des études

La sélection des études a été réalisée en deux phases distinctes. La première a été effectuée par deux assistantes de recherche (RJ-JB) ayant reçu une formation au préalable. La deuxième a été effectuée par deux membres de l'équipe de travail (AD, FM). Lors de chaque phase, les membres ont effectué un tri de manière individuelle puis comparé leurs décisions d'inclure ou d'exclure les études examinées. En l'absence de consensus, un tiers de l'équipe de travail a été appelé à fournir un jugement complémentaire (CM). Alors que le premier tri visait à évaluer l'éligibilité sommaire des études à partir des titres et des résumés, la deuxième visait à mener un examen plus approfondi du texte complet des documents retenus lors de la première phase afin de vérifier s'ils répondaient aux critères d'inclusion. Lors de la deuxième phase, les raisons qui ont justifié l'exclusion des études ont été documentées (Gedda, 2015). Les motifs d'exclusion des études exclues à la seconde phase de tri sont rapportés à l'annexe 2.

²Les pays de l'OCDE contribuent activement à développer des systèmes de santé performants ainsi que des données probantes pour les évaluer (OCDE, 2018).

Évaluation de la qualité des études

La qualité méthodologique des études incluses a été évaluée à l'aide de la grille du *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong et al., 2018), section devis qualitatifs, quantitatifs et des méthodes mixtes (grille d'évaluation en annexe 3). La qualité des études a été évaluée individuellement par deux membres de l'équipe de travail (AD, FM), qui ont ensuite comparé leurs résultats. En l'absence de consensus, un tiers de l'équipe de travail (CM) a été appelé à fournir un jugement complémentaire.

Extraction et codification des données des études

Pour chaque étude, les informations suivantes ont été extraites et codifiées : échantillon (pays, genre, âge moyen, degré de sévérité du TCC, type de consommation - à risque ou problématique); intervention (nom de l'intervention, milieu d'intervention, brève description, présence d'un protocole d'intervention, nombre, durée et fréquence des interventions); devis utilisé (avec ou sans comparateur, type de répartition, moment des temps de mesure pré/post, type d'analyse, instrument de mesure); et résultat (dimensions de l'intégration sociale évaluées, résultats obtenus sur l'intégration sociale et sur la consommation). Aussi, les caractéristiques cliniques des interventions évaluées par les études retenues ont été codifiées en s'appuyant sur les définitions des caractéristiques des interventions issues de la programmation clinique et utilisées par les milieux cibles (centrée sur l'utilisateur, individualisée, éducative, systémique, écologique, compensatoire).

Pour ce faire, deux évaluateurs de l'équipe de travail (AD et FM) ont dans un premier temps extrait et codifié individuellement les données, puis ils ont ensuite comparé leurs codifications jusqu'à l'obtention d'un consensus. En l'absence de consensus, un tiers de l'équipe de travail (CM) a été appelé à fournir un jugement complémentaire.

Appréciation de la preuve scientifique

Appréciation globale de l'efficacité des interventions

L'appréciation de l'efficacité des interventions reflète le niveau de confiance qu'ont les évaluateurs envers les résultats d'études incluses. Les niveaux de preuves sont classés selon le système de classification des preuves dans le secteur social en quatre catégories (Beauchamp, Drapeau, & Dionne, 2018) : preuve établie, preuve presque établie, preuve émergente, et preuve non établie (voir tableau 4).

Dans le présent projet, l'appréciation des preuves a été réalisée selon les dimensions de l'intégration sociale, ainsi que la consommation de SPA. Cette appréciation a permis d'examiner les preuves d'efficacité des interventions en tenant compte des caractéristiques méthodologiques, mais aussi des caractéristiques propres à la nature des études et des interventions, et reconnues pour faire varier cette appréciation. Sur le plan des caractéristiques méthodologiques des études, le nombre total d'études (K), le nombre total de participants (N), la cohérence des résultats entre les études, le type de devis, et la qualité des études selon le (MMAT) a été prise en compte. Sur le plan de la nature même des études,

le type de profil de la population a été pris en compte (TCC léger, TCC modéré-sévère). Sur le plan des interventions, les caractéristiques cliniques des interventions ont été examinées (ex. : individualisé vs non individualisé, éducative vs non éducative, etc.).

Tableau 4. Classement des niveaux de preuves pour l'efficacité des interventions

Niveau de preuve	Description
Établie	Il y a suffisamment de données scientifiques pour avancer qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées.
Presque établie	Les données scientifiques convergent, mais il y a des incohérences.
Émergente	Quelques études de qualité indiquent qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer leur efficacité théorique.
Non établie	Il n'existe pas de données scientifiques de qualité permettant de déterminer si une intervention a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur les personnes concernées.

Collecte de données contextuelles

Une collecte d'informations contextuelles a été effectuée auprès des trois principaux services visés par le présent projet du programme TCC-TGC ; soit le service de réadaptation axé sur l'intégration sociale, les milieux de vie substitut du CCSMTL (RAC), et le Manoir-de-l'Âge-d'Or (MADO). Rappelons que cette collecte poursuivait deux objectifs. D'abord, elle voulait dresser un portrait général de la population ciblée desservie dans les services TCC-TGC (RAIS), RAC et MADO. Ensuite, elle voulait décrire les services offerts dans chacun de ces trois programmes.

Les informations recueillies portaient sur le nombre d'utilisateurs admis dans ces programmes, leur sexe, leur âge, la gravité de leur TCC et leur durée de séjour moyenne. En RAIS, ces informations ont été collectées à l'aide des bases de données administratives (base WStat compilée par le *Consortium TCC modéré ou grave de l'Ouest du Québec*, ainsi que les bases de données administratives des programmes visés). Les collectes des données dans les programmes RAC et MADO ont été réalisées avec l'aide des employés de ces services (gestionnaire, coordonnateur) à même les dossiers des usagers, dans un fichier Excel.

Par ailleurs, pour décrire les différents services offerts en RAIS, RAC et MADO, nous avons recensé les cadres de référence décrivant les politiques en vigueur et la programmation clinique des différentes ressources. Les documents officiels détaillant l'offre de service de chacun des programmes ont donc été colligés. Cependant, comme ces documents dataient de plus d'une dizaine d'années, nous avons jugé nécessaire de mener un entretien téléphonique avec les responsables de chacun des trois milieux

afin d'obtenir des compléments d'information en rapport avec le type d'intervention et les caractéristiques des interventions privilégiées.

Les données contextuelles ont fait l'objet d'une synthèse narrative respectant un mode de présentation semblable à celui des données issues de la littérature scientifique, c'est-à-dire par type de population, par dimensions de l'intégration sociale en tenant compte des caractéristiques cliniques des interventions.

Collecte de données expérientielles

L'objectif de la collecte de données expérientielles était de décrire l'expérience des intervenants du programme TCC (RAIS) des milieux de vie substitut (ressources à assistance continue ou RAC) et du Manoir-de-l'Âge-d'Or (MADO). Plus précisément, nous avons ciblé ceux ayant travaillé avec au moins un adulte avec un TCC et présentant une consommation problématique ou à risque de SPA (alcool, cannabis, drogues illicites, médicaments) au cours des 12 derniers mois. La collecte d'informations a été effectuée à l'aide d'un sondage Web ou format papier (selon la convenance des services). Le questionnaire (Annexe 4) abordait différentes thématiques telles que l'attitude des participants, les besoins et attentes des intervenants en tenant compte des différents milieux d'intervention, des caractéristiques d'interventions visant l'intégration sociale, des dimensions de l'intégration sociale, des activités d'interventions propres à leur milieu, des éléments et du format facilitant l'appropriation des recommandations du présent rapport, et des informations sociodémographiques. Une fois recueillies, les données ont été saisies et traitées avec le logiciel SPSS (version 26.0).

Synthèse des trois sources d'information et élaboration des recommandations.

La synthèse des trois sources d'information avait pour objectif d'intégrer et de synthétiser les données scientifiques, contextuelles et expérientielles. Lors de cet exercice, les convergences et divergences qui se dégagent entre les constats des trois corpus ont été examinées. De plus, des liens avec les caractéristiques des interventions évalués dans les études et les pratiques ayant servi à codifier ces caractéristiques dans les études / interventions ont été examinés. Cet exercice de synthèse et d'intégration a servi de base à l'élaboration de recommandations préliminaires.

Au final, l'élaboration des recommandations a pour objectif d'attribuer une force aux recommandations. Le niveau de force reflète en quelque sorte le niveau de confiance qui précise à quel point les effets positifs d'une intervention l'emportent sur les effets indésirables en se basant sur les convergences et divergences qui se dégagent entre les constats des trois corpus de données (scientifiques, contextuelles, expérientielles). Ceci a été mené à l'aide d'une méthode de consensus informel, c'est-à-dire une approche délibérative non structurée, sans recours à un système de cotation ni de votation. Le comité de délibération était composé de l'équipe projet incluant deux experts du domaine d'étude (EdG et NL), et deux cliniciens issus des milieux (RAIS, RAC). Les recommandations ont été élaborées en trois étapes : 1) élaboration de recommandations préliminaires à partir de

l'intégration des trois sources de données ; 2) présentation et délibération des recommandations ; 3) attribution d'une force des recommandations. Enfin, les forces des recommandations, leurs niveaux de consensus et leur interprétation sont présentés au tableau 5. Deux rencontres de délibérations de trois heures ont été réalisées à cet effet.

Tableau 5. *Éléments considérés lors de l'attribution d'une force aux recommandations*

Force des recommandations	Niveau de consensus recherché	Interprétation
Recommandation sans réserve	Niveau de confiance élevé que : L'intervention « X » entraîne des bénéfices pour l'intégration sociale ou la consommation de SPA des usagers TCC / TUS.	La recommandation peut être appliquée à la plupart des TCC / TUS et dans la plupart des milieux / situations.
Recommandation avec réserve	Niveau de confiance élevé que : L'intervention « X » entraîne des bénéfices pour l'intégration sociale des usagers ou la consommation de SPA, mais d'autres choix de pratique sont possibles et peuvent être considérés selon le cas.	La recommandation doit être appliquée avec précaution. La meilleure action à entreprendre pourrait différer selon les situations. Des barrières devraient être considérées.
Recommandation basée sur la pratique	Niveau de confiance élevé, que : Malgré l'absence de preuve scientifique, les informations issues de la pratique sont suffisantes pour élaborer une recommandation.	La recommandation doit être considérée au cas par cas, selon le jugement de l'intervenant et des circonstances cliniques.

Résultats des trois corpus d'information

Résultats des études incluses

Sélection des études

Le diagramme de sélection des études est présenté à l'annexe 5. Un total de 5 014 publications a été repéré dans les bases de données scientifiques et dans la littérature grise. De ce nombre, 4 979 ont été exclues au premier tri (titre et résumé), soit parce qu'il s'agissait de doublons ou qu'elles ne correspondaient à aucun des critères d'inclusion. Le second tri (après lecture complète) a exclu 21 études principalement en raison du fait que les interventions évaluées n'étaient pas axées sur l'intégration sociale et aussi parce qu'elles n'étaient pas évaluées auprès d'adultes TCC qui consomment des SPA. Pour plus de détails, les raisons d'exclusion des études au second tri sont rapportées en annexe 2. Enfin, chacune des 14 études incluses a satisfait aux critères d'inclusion.

Caractéristiques des études incluses

Parmi les 14 études qui respectaient les critères d'inclusion, une grande majorité a été réalisée aux États-Unis, à l'exception d'une seule étude qui a été menée en Australie. Toutes les études retenues ont évalué l'efficacité des interventions auprès d'adultes ayant un TCC-CR/P en comparant deux temps de mesure (pré/post-intervention) soit avec (7 études) ou sans groupe de comparaison (7 études). Pour les sept études avec groupe de comparaison, la répartition des groupes était faite de façon non aléatoire dans cinq études et de façon aléatoire dans les deux autres. Par ailleurs, les groupes de comparaison sont composés de personnes recevant les services habituels de réadaptation. Sur les 14 études retenues, cinq d'entre elles appuient leurs conclusions sur des analyses descriptives des résultats, cinq autres s'appuient sur des analyses bivariées, deux sur des analyses multivariées, et les deux dernières sur une combinaison d'analyses bivariées et multivariées.

Le nombre total de participants aux 14 études était de 811 (n min = 7 ; n max = 217) dont la majorité était des hommes (moyenne = 79,2 %) avec un âge moyen de 34,7 ans (âge moyen min = 26,0 ans, âge moyen max = 52,0 ans). La grande majorité des interventions évaluées par les études retenues ont été offertes à la phase d'intégration sociale de la trajectoire de soins (11/14 études). Pour l'ensemble des études, les interventions ont été offertes soit exclusivement en milieu hospitalier, en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), en réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS), en centre de toxicomanie, en milieu de vie substitut ou soit dans des milieux mixtes (combinaison pouvant inclure l'hôpital, RFI, RAIS avec d'autres milieux : carcéral, soins de longues durées, soins psychiatriques, communautaires), (détails des milieux d'intervention au tableau 6). La majorité des études ne spécifient pas la sévérité du TCC des participants, excepté quatre d'entre elles³ (TCC léger = 1 étude ; TCC modéré-sévère = 1 étude; mixte = 2 études). Aucune étude ne distingue si la consommation des participants est à risque ou problématique, mais elles précisent cependant si les niveaux de consommation ont été évalués avant ou après le TCC⁴ (avant le TCC = 6 études ; après le TCC = 4 études). Enfin, les types de substances consommées par les participants sont l'alcool et les drogues (7 études), l'alcool seulement (4 études) ou ne sont pas spécifiés (3 études). Parmi les études rapportant l'information, la mesure de base (pré-test) a été prise entre 0 mois et neuf ans après le TCC. Les mesures post-test ont été prises entre quelques heures et neuf ans après l'intervention, mais la majorité était entre 3 et 12 mois après l'intervention.

Parmi les 14 études, quatre études ont évalué l'efficacité d'une intervention sur la consommation de SPA, les dix autres ont évalué l'efficacité sur les dimensions d'intégration sociale (parmi lesquelles six ont évalué en même temps l'efficacité sur la consommation de SPA).

³De ces quatre études, trois ont précisé que la sévérité du TCC était évaluée à l'aide de l'échelle de coma de Glasgow.

⁴Huit études ont précisé les instruments utilisés pour mesurer le niveau de consommation de SPA. Par exemple, le *Short Michigan Alcoholism Screening Test* (SMAST), une sous-échelle du *Comprehensive Drinkers Profile*, une entrevue basée sur le *Brief Drinkers Profile*, le *Addiction Severity Index* (ASI), le *Alcohol and Drug Inventory* (ADI), le *Alcohol Use Inventory* (AUI), le *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), l'instrument *Timeline Follow-Back* (TLFB), le questionnaire CAGE, les données du *TBI Model Systems national data set* (États-Unis), le *Quantity-Frequency-Variability Index* (QFVI) et le *General Health and History Questionnaire* (GHHQ).

Enfin, l'évaluation par l'équipe de travail de la qualité méthodologique des études incluses indique que parmi les 14 études retenues, deux sont de qualité élevée, sept de qualité moyenne, une étude de qualité moyenne-faible et les quatre restantes sont jugées de faible qualité (annexe3).


Tableau 6. Description des études, variables mesurées, et effets des interventions sur la consommation et sur les dimensions de l'intégration sociale

Études / Pays	Description des études						Consommation de SPA		Intégration sociale			Qualité études (MMAT)
	N GE / N GC	Âge moy.	% homme	% TCC L/MG	% CR/P Pré/post TCC	Étape / Milieu d'intervention	Variables mesurées	Principaux effets	Dimensions évaluées	Variables mesurées	Principaux effets	
Comparaison par rapport au groupe contrôle avec randomisation												
Sander (2012) / É.U	108 / 94	36,1	82	n.s.	100 / n.s.	Mixte : RFI, RAIS, communautaire	Nombre et fréquence de la consommation	Pas de différence	Aucun		NA	Élevé
Tweedly (2012) / Australie	60 / 20	35,2	75	0 / 100	100 / n.s.	Ambulatoire	Nombre et fréquence de la consommation	Pas de différence	Aucun		NA	Élevé
Comparaison par rapport au groupe contrôle												
Bombardier (1999) / É.U	12 / 20	37,2	78	22 / 78	100 / n.s.	RFI	Proportion de personnes abstinentes	Pas de différence	Aucun		NA	Moyen
Cox (2003) / É.U	58 / 81	32,5	82,5	n.s.	100 / n.s.	Mixte (RFI et RAIS)	Quantité et fréquence de la consommation	Diminution	Adaptation psychologique	Affect	Amélioration	Moyen
Heinemann (2004) / É.U	217 / 102	36	79	9 / 91	n.s. / 100	Toxicomanie (ambulatoire)	Quantité et fréquence de la consommation	Pas de différence	Adaptation psychologique	Niveau de satisfaction de la vie	Amélioration	Moyen
									Milieu de vie	Intégration au domicile	Pas de différence	
									Intégration à l'école / travail	Statut d'emploi	Pas de différence	
									Indépendance	Autonomie dans le fonctionnement	Pas de différence	
									Vie sociale	Activités et interaction sociale	Pas de différence.	
									Appartenance	Intégration dans la communauté et sentiments à l'égard des relations et du soutien	Pas de différence	
Moore (2014) / É.U	32 / 29	36	69	100 / 0	100 / n.s.	Milieu hospitalier		Diminution	Adaptation psychologique	Niveau d'anxiété et de dépression	Pas de différence	Moyen

Études / Pays	Description des études						Consommation de SPA		Intégration sociale			Qualité études (MMAT)
	N GE / N GC	Âge moy.	% homme	% TCC L/MG	% CR/P Pré/post TCC	Étape / Milieu d'intervention	Variables mesurées	Principaux effets	Dimensions évaluées	Variables mesurées	Principaux effets	
							Quantités et fréquences de consommation		Milieu de vie	Activités ménagères et de la vie quotidienne	Amélioration	
									Intégration à l'école / travail	Activités de travail, à l'école	Amélioration	
									Indépendance	Autonomie dans le fonctionnement quotidien	Amélioration	
									Vie sociale	Implication dans des activités sociales	Amélioration	
									Appartenance	Fonctionnement relationnel et dans la communauté	Amélioration	
Vunghanching (2007) / É.U	36 / 81	32,8	77,8	n.s.	100. / n.s.	RAIS	Maintien de l'abstinence ou réduction de la consommation	Pas de différence	Adaptation psychologique	Affect	Amélioration	Moyen
									Intégration à l'école / travail	Statut d'emploi	Amélioration	
Comparaison pré-post sans groupe contrôle												
Blackerby (1990) / É.U	7	29,1	86	100 n.s.	100 / n.s.	RFI	Abstinence	Augmentation du nombre de participants abstinents	Aucun			Faible
Bogner (1997) / É.U	72	29,3	78	100 n.s.	n.s. / 100	Toxicomanie (ambulatoire)	Abstinence, quantité et fréquence de consommation	Augmentation du nombre d'individus abstinents et réduction de la quantité / fréquence de la consommation	Intégration à l'école / travail	Maintien du statut d'emploi ou reprise d'activités productive	Augmentation du nombre d'individus avec activité productive	Moyen
Feeney (2001) / É.U	80	n.s.	n.s.	100 n.s.	n.s. / 57	Mixte (carcéral, CHSLD, hôpital, communauté)		Aucun	Milieu de vie	Intégration de logement indépendant	Augmentation du nombre d'individus en logement indépendant	Faible
Hensold (2006) / É.U	30	n.s.	90	100 n.s.	n.s. / n.s.	Milieu de vie substitut		Aucun	Milieu de vie	Intégration de logement indépendant	Augmentation du nombre d'individus en logement indépendant	Faible
									Intégration à l'école / travail	Statut occupationnel	Pas de changement	

Études / Pays	Description des études					Consommation de SPA			Intégration sociale			Qualité études (MMAT)
	N GE / N GC	Âge moy.	% homme	% TCC L/MG	% CR/P Pré/post TCC	Étape / Milieu d'intervention	Variables mesurées	Principaux effets	Dimensions évaluées	Variables mesurées	Principaux effets	
									Indépendance	Autonomie dans le fonctionnement quotidien	Amélioration	
									Vie sociale	Participation dans la communauté	Augmentation de la participation	
									Appartenance	Intégration dans la communauté	Amélioration de l'intégration	
									Milieu de vie	Intégration de logement indépendant	Augmentation du nombre d'individus en logement indépendant	Faible
Jones (1992) / É.U	32	26	91	100 n.s.	n.s. / 100	Toxicomanie (ambulatoire - résidentiel)	Abstinence, et nombre moyen d'épisodes de consommation	Augmentation du nombre d'individus abstinentes et baisse du nombre moyen d'épisodes de consommation	Intégration à l'école / travail	Statut d'emploi	Amélioration	
									Indépendance	Autonomie dans le fonctionnement	Amélioration	
Kristofersson (2012) / É.U	16	52	66	n.s.	100 / n.s.	Toxicomanie (ambulatoire)		Aucun	Adaptation psychologique	Niveaux d'anxiété et de dépression	Pas de changement	Moyen
Ylvisaker (2012) / É.U	51	n.s.	75	n.s.	n.s. / n.s.	Mixte (carcéral, CHSLD, hôpital, communauté)		Aucun	Intégration à l'école / travail	Activité quotidienne formelle (ex. école, travail, bénévolat, programme de jour)	Augmentation du nombre d'individus avec activité	Faible

É.U : États-Unis ; GC : groupe contrôle ; GE : groupe expérimental ; TCC-L/MG : traumatisme craniocérébral – léger / modéré grave ; CR/P : consommation à risque ou problématique



Les interventions évaluées dans les 14 études sont toutes axées sur l'intégration sociale ou la consommation de SPA, mais présentent néanmoins des différences importantes entre elles. Entre autres, l'intensité des interventions offertes est variable d'une étude à une autre. Alors que certains programmes comme le *Vinland Program* sont plus intensifs (20 ou 39 heures/semaine selon qu'il s'offre en milieu hospitalier ou en milieu résidentiel), d'autres programmes comme celui de la *Réduction du stress basée sur la pleine conscience* offrent un cadre plus standardisé sur huit semaines (une heure/semaine) ou peuvent s'offrir sur une durée relativement courte, par exemple l'entretien motivationnel (une seule séance de 20-60 minutes) (Bombardier & Rimmele, 1999).

Par ailleurs, les interventions se distinguent selon les caractéristiques cliniques qu'elles utilisent. L'examen des caractéristiques cliniques des interventions évaluées indique que celles qui sont individualisées, centrées sur l'utilisateur et éducatives sont les plus examinées par les études retenues (détails au tableau 7). De même, la consommation de SPA, l'adaptation psychologique, l'intégration à l'école, ou aux activités productives, et le milieu de vie sont les dimensions qui ont été les plus fréquemment observées. Par ailleurs, divers indicateurs ont été utilisés pour mesurer l'effet des interventions sur la consommation de SPA et sur les dimensions d'intégration sociale. Par exemple, la consommation a été évaluée entre autres par la quantité et la fréquence de consommation, l'adaptation psychologique par le niveau d'anxiété et de dépression, l'adaptation au milieu de vie par l'intégration au domicile, l'intégration à l'école ou aux activités productives par le statut occupationnel, et l'indépendance par l'autonomie dans le fonctionnement quotidien. Quant à la vie sociale et l'appartenance, ces dernières ont été évaluées par l'implication sociale dans la communauté ainsi que par le niveau relationnel. Il est à noter que les études qui ont rapporté et appuyé leurs résultats au moyen de comparaisons avant-après sans groupe contrôle sont celles qui n'ont pas utilisé des outils standardisés (échelles psychométriques) pour mesurer l'effet des interventions sur les dimensions d'intérêt.

Aussi, pour améliorer l'intégration sociale ou réduire la consommation des personnes ayant subi un TCC et qui présentent une consommation à risque ou problématique de SPA, les différentes stratégies et modalités cliniques ayant permis de codifier les caractéristiques cliniques des interventions sont rapportées au tableau 7.

Tableau 7. Programmes et interventions évaluées (description, durée et fréquence), caractéristiques cliniques et pratiques d'intervention

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
Blackerby (1990)	Rebound lifestyle adjustment team (RELATE)	Programme d'intervention qui s'appuie sur une approche cognitivo-comportementale, il est offert en centre hospitalier de réadaptation et vise la prise de décision responsable et la reprise de contrôle de l'utilisateur sur sa vie. Le programme s'adresse aux personnes avec un TCC et une consommation problématique et offre des services sur une base résidentielle. Les modalités spécifiques du programme ne sont pas précisées, toutefois les services d'un intervenant pivot et du <i>counseling</i> individuel, familial, et en groupe sont offerts.	Non	Intervention répartie sur 6 mois	Centrée sur l'utilisateur	L'intervention met l'accent sur le renforcement des capacités de l'utilisateur à prendre des décisions afin de l'aider à avoir plus de contrôle sur sa vie
					Individualisée	Des sessions de formations et de coaching adaptées aux forces et aux faiblesses de l'utilisateur avec un rythme d'apprentissage qui tient compte des capacités intellectuelles de l'utilisateur
					Éducative	Séances de formation en petits groupes qui favorisent des interactions verbales simples et concrètes. Les méthodes d'enseignement utilisent plusieurs stratégies ex. utilisation de jeux de rôle, d'aides visuelles, de bandes vidéo, de modélisation par les pairs et de coaching.
					Systemique	Favoriser l'implication de la famille en s'assurant qu'au moins un membre de la famille participe aux interventions, que ce dernier développe une relation avec l'intervenant et reçoit du soutien-conseil.
Bogner (1997)	TBI Network model	Programme qui s'adresse aux personnes avec un TCC et une consommation problématique de SPA. Il est offert par une unité ambulatoire de services de toxicomanie en centre hospitalier qui collabore avec une multitude d'organismes communautaires dans le but de faciliter le retour au travail.	Non	Intervention d'une durée médiane de 2 ans	Individualisée	Comprendre les forces et les faiblesses personnelles de chaque usager et adapter les services et les plans de traitement aux capacités de l'individu afin de résoudre les problèmes de façon personnalisée au fur et à mesure qu'ils surviennent.
					Interdisciplinaire	Programme offert par une petite équipe de trois à cinq travailleurs sociaux avec un superviseur, conseillés par un chercheur psychologue.
					Écologique	Favoriser et maintenir tout au long du processus d'intégration des liens avec les services spécialisés et avec les ressources communautaires
					Systemique	Impliquer les membres de la famille ainsi que toutes les ressources et les services dont les usagers ont besoin pour stabiliser leur situation sanitaire, financière et sociale
Bombardier (1999)	Motivational interviewing	Intervention qui dans un premier lieu identifie les motifs pour lesquels la personne consomme et les raisons qui pourraient l'amener à cesser la consommation puis dans un deuxième lieu, l'aide à surmonter son ambivalence et à renforcer sa capacité pour changer ses habitudes de vie. Les interventions s'adressent aux individus qui	Oui	2 séances de 20-60 minutes	Centrée sur l'utilisateur	L'intervenant soutient l'utilisateur et l'aide à prendre ses responsabilités en lui offrant des conseils clairs afin de changer ses comportements à l'égard de la consommation ceci en renforçant la confiance de l'utilisateur envers ces capacités et l'estime de soi.
					Individualisée	Des modifications ont été apportées au protocole d'entrevue motivationnelle standard pour les personnaliser à l'utilisateur qui a subi un TCC.

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
		présentent une consommation à risque ou problématique, mais adaptée pour la clientèle avec TCC. L'Intervention motivationnelle prend la forme de deux séances, l'une incluant l'administration d'instruments de dépistage de la consommation problématique, et une seconde avec un entretien motivationnel offert en milieu de réadaptation			Éducative	Utiliser des représentations écrites et graphiques simples sous forme de carte comprenant des informations en gros caractères qui rappelle à l'utilisateur le risque élevé de subir un autre TCC et qui explique les difficultés d'intégration sociale post-TCC auxquelles il pourrait faire face incluant les problèmes de consommations de SPA.
Cox (2003)	<i>Systematic Motivational Counseling (SMC)</i>	Entretien motivationnel dont le but est d'aider la personne à surmonter l'ambivalence et à renforcer la capacité de l'utilisateur pour changer ses habitudes de vie. Les interventions s'adressent aux individus qui présentent une consommation à risque ou problématique, mais adaptée pour la clientèle avec TCC. Ceci par l'administration d'un outil validé visant à évaluer la motivation des participants (<i>Motivational Structure Questionnaire</i>) pour identifier des thèmes à discuter, suivis d'interventions motivationnelles en plusieurs séances.	Oui	12 séances réparties en moyenne sur 10,2 mois	Centrée sur l'utilisateur	Intervention qui vise à renforcer l'estime de soi et le développement des compétences de l'utilisateur afin de changer ces habitudes de vie
					Individualisée	Évaluer le profil de motivation de l'utilisateur et l'aider à identifier les facilitateurs et les freins à l'intégration et définir avec l'utilisateur des objectifs réalistes qui tiennent compte de son profil motivationnel.
					Éducative	Dispenser des séances de formation-conseil individuelles et adaptées afin d'offrir des conseils pour permettre de renforcer la motivation de l'utilisateur et lui apprendre comment passer de pensées négatives aux pensées positives qui soutiendraient son intégration
Feeney (2001)	<i>The Wildwood Behavioral Resource Project (WBRP)</i>	Programme qui cible l'autogestion des comportements problématiques et l'autonomisation de la personne et son maintien dans des activités significatives en outillant tous les individus clés qui l'entourent (famille, amis, enseignants, employeurs, etc.). Le programme s'adresse aux personnes avec un TCC et un trouble grave du comportement. Ce dernier est offert dans plusieurs milieux et combine des interventions visant les usagers eux-mêmes et des ateliers de formation destinés aux individus appelés à les soutenir (incluant les proches	Oui	n.s.	Centrée sur l'utilisateur	L'utilisateur occupe une position centrale dans la planification du soutien avec des stratégies d'intervention qui ont pour but de renforcer la participation de l'utilisateur et lui permettre de reprendre le contrôle sur ses incapacités
					Individualisée	Les intervenants du programme offrent des formations individualisées et personnalisées pour chaque usager
					Éducative	Dispenser des formations qui enseignent à l'utilisateur comment mieux gérer les comportements problématiques afin de promouvoir les comportements positifs et qui facilitent l'intégration sociale
					Interdisciplinaire	L'équipe du programme est constituée d'intervenants provenant de différentes disciplines
					Écologique	Soutenir et organiser les interventions autour des routines de vie quotidienne avec l'implication de toutes les personnes importantes dans les activités quotidiennes de l'utilisateur

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
		aidants). La durée du programme n'est pas spécifiée.			Systémique	Les interventions du programme sont offertes avec l'implication des membres de la famille, des enseignants, des superviseurs de travail, et des amis
Heinemann (2004)	TBI Network model	Programme qui cible la stabilisation de toutes les sphères de la vie des personnes desservies par l'adaptation des services en toxicomanie aux forces et aux défis de la personne. Le programme s'adresse aux personnes avec un TCC et une consommation problématique de SPA. Il est offert par une unité ambulatoire de services de toxicomanie en centre hospitalier qui collabore avec une multitude d'organismes communautaires dans le but de faciliter le retour au travail.	Oui	Durée médiane du programme environ 2 ans	Individualisée	Les interventions du programme tiennent compte des forces et des faiblesses de chaque individu avec des services et des plans d'intervention adaptés aux capacités de l'utilisateur
					Systémique	Impliquer toutes les ressources et les services dont les usagers ont besoin pour stabiliser leur situation sanitaire, financière et sociale
					Écologique	Soutenir et organiser les interventions dans les milieux professionnels de l'utilisateur afin de faciliter son intégration et sa socialisation professionnelle
					Interdisciplinaire	Le programme est offert par une petite équipe de trois à cinq travailleurs sociaux avec un superviseur, conseillés par un chercheur psychologue
Hensold (2006)	A Personal Intervention Substance Abuse Programme	Programme qui cible une meilleure gestion de la consommation (plutôt que l'abstinence), le développement et la généralisation d'habiletés afin de permettre une réintégration graduelle et réussie dans la communauté, plus précisément dans un milieu de vie structuré et adapté. Le programme s'adresse aux personnes avec un TCC et un trouble grave du comportement, il est offert dans le cadre d'un continuum de service en milieux socio-résidentiels (résidences de groupe supervisées 24 heures par jour et des appartements semi-supervisés). Le programme est offert directement dans la communauté et inclut des interventions individuelles et en petit groupe.	Oui	Durée moyenne 6,6 mois	Centrée sur l'utilisateur	Intervention qui vise l'autonomisation des usagers en les aidant à prendre conscience des impacts de la consommation sur leurs fonctionnements et à développer leurs compétences
					Individualisée	Les plans d'intervention sont élaborés et adaptés aux forces et aux particularités de l'utilisateur. Ainsi, l'offre de services (psychologie, ergothérapie, etc.) est adaptée aux besoins et au niveau d'autonomie de l'utilisateur.
					Éducative	Offrir des séances de formation adaptées en petit groupe avec des conseils et des trousseaux éducatifs incluant des informations sur les symptômes courants du TCC et ceux aggravés par la consommation de SPA
					Systémique	Le soutien familial est un élément essentiel dans le programme. Les plans de gestion de la consommation élaborés sont des outils que l'utilisateur et le personnel / la famille / les amis peuvent utiliser pour encourager l'abstinence.
					Écologique	L'environnement des interventions doit simuler le plus possible le milieu de vie de l'utilisateur. Favoriser une transition progressive d'un foyer supervisé vers un logement semi-indépendant.
					Interdisciplinaire	Les services du programme sont offerts par une équipe multidisciplinaire

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
					Compensatoire	Proposer des stratégies et des techniques de substitution ainsi que des arrangements et des méthodes alternatives appropriées selon les résultats de l'analyse comportementale.
Jones (1992)	<i>The Vinland Program</i>	Programme d'intervention offert en centre de toxicomanie qui favorise l'autonomie et cible l'abstinence. Les interventions du programme sont offertes sur une base individuelle et en petit groupe avec des activités qui visent à améliorer la santé, la gestion du stress, le retour au travail, la vie familiale, et le développement d'habiletés spécifiques dans le but de permettre aux personnes ayant un TCC-CR/P de réintégrer la communauté. Le programme inclut un ensemble de services offerts sur une base résidentielle et ambulatoire dont la durée n'est pas spécifiée.	Non	39h/semaine en services résidentiels	Centrée sur l'utilisateur	Soutenir le développement des compétences afin d'améliorer les capacités d'adaptation de l'utilisateur et l'aider à surmonter les difficultés perçues
					Individualisée	Évaluation des capacités de chaque usager et adapter les stratégies de soutien en fonction de la capacité et au style d'apprentissage de ce dernier
					Éducative	Les formations (acquisition des compétences) sont dispensées par petits groupes (6 personnes) avec des conseils individualisés qui sont disponibles en tout temps
					Systemique	Le programme inclut des services de transition pour maximiser la généralisation et le transfert des compétences dans la communauté. Aussi, le programme permet de faire des liens avec les groupes de soutien communautaires sur les TCC et la consommation.
					Interdisciplinaire	L'équipe du programme inclut un travailleur social, un ergothérapeute, un récréothérapeute, une infirmière autorisée, un conseiller professionnel et des aides de programme. Un médecin et un neuropsychologue fournissent régulièrement une évaluation des clients et des services connexes. D'autres services, tels que l'évaluation psychiatrique, l'orthophonie ou la physiothérapie, sont disponibles dans les cliniques ambulatoires locales.
Kristoferson (2012)	<i>A mindfulness- based stress reduction program (MBSR)</i>	Programme qui vise la réduction du stress basé sur la pleine conscience, offert par un centre de services ambulatoires en toxicomanie. Ce programme est essentiellement éducatif, il est donné par un instructeur qualifié et comporte des séances de méditation, des activités à faire à la maison et du soutien pour poursuivre la pratique d'exercices de pleine conscience durant les activités de la vie quotidienne.	Oui	8 séances à raison d'une séance /semaine (durée totale 2 mois)	Éducative	Des séances de formation durant lesquelles l'utilisateur réalise des exercices de méditation en se basant sur la pleine conscience dans les activités quotidiennes telles que manger, marcher, et du yoga pendant les séances. En plus des exercices de méditation, les participants sont encouragés à faire des devoirs à domicile après la fin des cours.

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
Moore (2014)	<i>A brief social work delivered intervention (SWDI)</i>	Intervention qui vise à favoriser la récupération en familiarisant les usagers avec les symptômes post-TCC, en fournissant des conseils pour la gestion de ces symptômes, de même qu'une liste de ressources médicales et communautaires. L'intervention est destinée spécifiquement à la clientèle avec TCC léger. L'intervention est offerte à l'hôpital avant le congé en une seule séance.	Oui	1 séance	Centrée sur l'utilisateur	Soutenir et renforcer la confiance de l'utilisateur envers son rétablissement en l'encourageant à utiliser les stratégies de rétablissement suggérées et en lui apprenant à utiliser efficacement les ressources existantes
					Individualisée	L'intervention prend en considération les particularités de l'utilisateur en se basant sur les données d'évaluation des besoins établis
					Éducative	Offrir des séances de formation adaptées en petit groupe avec des conseils et des trousseaux éducatifs incluant une définition simple du TCC, des symptômes courants, des conseils pour le rétablissement, et une liste des ressources communautaires (ligne téléphonique de consultation et de référence, groupes de soutien pour les TCC)
Sander (2012)	<i>Brief Intervention</i>	L'intervention vise à identifier les motifs pour lesquels l'utilisateur consomme des SPA et les raisons pour lesquelles il pourrait vouloir cesser la consommation. Elle aide l'utilisateur à surmonter son ambivalence et à renforcer ses capacités à changer ses habitudes de vie. L'intervention est offerte au moment du congé de l'hôpital, elle propose le visionnement d'un DVD informatif de 10 minutes sur la consommation de SPA post-TCC, suivi d'un entretien motivationnel (selon le principe de l'interrogation ouverte, l'affirmation, la réflexion et la synthèse). L'entretien a pour but de susciter la discussion sur les avantages potentiels du changement et de fixer des objectifs de rétablissement	Oui	1 séance de 20-30 minutes	Centrée sur l'utilisateur	L'intervention vise à aider l'utilisateur à prendre conscience des effets néfastes de la consommation sur l'intégration sociale et à renforcer ses capacités à prendre des décisions responsables et sa confiance en soi
					Individualisée	L'entretien motivationnel est adapté aux particularités de l'utilisateur et aux motivations personnelles de chaque individu afin de l'encourager à réduire l'utilisation de SPA
					Éducative	De courtes formations individuelles avec le visionnement de DVD sur les impacts de la consommation de SPA en post-TCC
Tweedly (2012)	<i>Brief Intervention</i>	L'intervention est menée pour aider la personne à surmonter son ambivalence et à renforcer ses capacités à changer ses habitudes de vie. Elle propose une entrevue motivationnelle combinée à la remise d'une trousse d'information qui inclut un court DVD éducatif (7 minutes), accompagné d'un livret (que l'utilisateur peut conserver) décrivant les	Oui	1 séance de 2 heures	Centrée sur l'utilisateur	L'intervention vise à encourager l'engagement de l'utilisateur vers le changement et à renforcer sa capacité à se prendre en main et à exécuter le plan d'action élaboré avec ce dernier afin d'atteindre les objectifs.
					Individualisée	L'entretien motivationnel est adapté aux particularités de l'utilisateur et à ses motivations personnelles afin de l'encourager à réduire l'utilisation de SPA

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
		changements cognitifs, psychologiques et comportementaux qui surviennent après un TCC et comment ceux-ci peuvent être amplifiés par la consommation d'alcool ou de drogues. L'intervention est offerte en milieu hospitalier.			Éducative	Utilisation de matériels pédagogiques (DVD + livret d'information) pour renseigner l'utilisateur sur les difficultés d'intégration sociale post-TCC incluant les problèmes de consommations de SPA
Vunkhan- ching (2007)	<i>Skills-based substance Abuse Prevention Counselling (SBSAPC)</i>	Programme qui vise le contrôle de la consommation d'alcool chez les personnes avec un TCC, il est offert par une unité de réadaptation ambulatoire (type RAIS). Le programme comporte quatre étapes : La première étape vise à identifier les objectifs de traitement et la collecte de données de référence. La seconde, l'amélioration de la motivation par le renforcement des capacités de prise de décision. Au cours de la troisième étape, les individus apprennent des alternatives à la consommation de substances, améliorent leurs compétences sociales, et apprennent à mieux gérer les humeurs négatives et à faire face aux situations liées aux substances. La quatrième étape, la généralisation structurée, facilite l'application des compétences acquises dans des contextes réels. Les étapes se chevauchent	Oui	12 séances réparties sur 3 mois	Centrée sur l'utilisateur	Soutenir et encourager l'utilisateur à identifier et à utiliser de façon efficace les ressources disponibles en renforçant ses capacités pour surmonter les difficultés cognitives, émotionnelles et comportementales relatives à son TCC
					Individualisée	Utiliser des techniques d'adaptation qui tiennent compte du profil neuropsychologique des usagers et de leur déficit (apprentissage altéré, la généralisation, la compréhension et la sensibilisation). Adapter les services d'intégration sociale aux forces et aux défis de la personne pour assurer une stabilisation de toutes les sphères de vie.
					Interdisciplinaire	Les interventions du programme sont données par une équipe de sept personnes, incluant des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des spécialistes de la réadaptation au travail
Ylvisaker (2012)	<i>The Wildwood Behavioral Resource Project (WBRP)</i>	Programme qui cible l'autogestion des comportements problématiques et l'autonomisation de la personne et son maintien dans des activités significatives en outillant tous les individus clés qui l'entourent (famille, amis, enseignants, employeurs, etc.). Le programme s'adresse aux personnes avec un TCC et un trouble grave du comportement. Ce dernier est offert dans plusieurs milieux et combine des interventions visant les usagers eux-mêmes et des ateliers de formation destinés aux individus	Oui	n.s.	Centrée sur l'utilisateur	L'utilisateur occupe une position centrale dans la planification du soutien avec des stratégies d'intervention qui ont pour but de renforcer la participation de l'utilisateur et lui permettre de reprendre le contrôle sur ses incapacités
					Individualisée	Les intervenants du programme offrent des formations individualisées et personnalisées pour chaque usager
					Éducative	Dispenser des formations qui enseignent à l'utilisateur comment mieux gérer les comportements problématiques afin de promouvoir les comportements positifs et qui facilitent l'intégration sociale
					Interdisciplinaire	L'équipe du programme est constituée d'intervenants provenant de différentes disciplines

Étude	Intervention/ programme	Description du programme / intervention	Protocole/ Manuel d'intervention	Durée et fréquence	Caractéristiques et pratiques d'intervention	
					Caractéristiques	Pratiques d'intervention
		appelés à les soutenir (incluant les proches aidants). La durée du programme n'est pas spécifiée.			Écologique	Soutenir et organiser les interventions autour des routines de vie quotidienne avec l'implication de toutes les personnes importantes dans les activités quotidiennes de l'utilisateur
					Systemique	Les interventions du programme sont offertes en collaboration avec les membres de la famille, les enseignants, les superviseurs de travail, et les amis

Constats et appréciation des preuves scientifiques

Les résultats de l'appréciation des preuves scientifiques sont rapportés au tableau 8. D'abord, nous avons examiné les résultats généraux des études, ensuite nous avons apprécié ces résultats en tenant compte des caractéristiques méthodologiques des études (le nombre d'études, la taille des échantillons, la cohérence des résultats, le type de devis et la qualité méthodologique des études). Ensuite, l'appréciation a tenu compte des caractéristiques qui décrivent des interventions (centrée sur l'utilisateur, individualisée, éducative, interdisciplinaire, systémique, écologique, compensatoire). Enfin, des constats ont été dressés et un niveau de preuve a été attribué pour chacune des dimensions de l'intégration sociale et la consommation.

Appréciation globale de l'efficacité des interventions

Nombre d'études

En tenant compte des caractéristiques méthodologiques des études, on constate que le nombre d'études varie selon les dimensions d'intégration sociale évaluées, ainsi que la consommation de SPA. Il est à noter que les dimensions d'intégration sociale et la consommation ont toutes été évaluées par au moins trois études. Bien que ce nombre semble petit, il est néanmoins suffisant pour apprécier la preuve via une synthèse.

Congruence des résultats

Les effets des interventions sont ambivalents. Alors que la majorité des effets des interventions sont positifs sur les dimensions de l'intégration sociale ou la consommation, certaines d'entre elles n'ont pas montré d'effet (effet nul). Sur l'intégration sociale, l'examen des études révèle une certaine convergence des résultats montrant des effets bénéfiques, particulièrement sur l'adaptation psychologique, l'intégration au milieu de vie, ainsi que l'intégration au travail / école / activités productives (travail, bénévolat). Pour la consommation, les résultats sont beaucoup plus ambivalents, étant parfois bénéfiques, parfois nuls.

Caractéristiques méthodologiques des études

Type de devis

Le type de devis utilisé est un facteur méthodologique pris en considération pour apprécier le niveau de preuve. Les études retenues ont toutes utilisé des devis adaptés pour apprécier l'efficacité des interventions. L'examen indique qu'à l'exception des études évaluant les interventions sur l'adaptation psychologique, les études mesurant les autres dimensions de l'intégration sociale et la consommation sont partagées entre des devis avec ou sans groupe contrôle. De plus, l'examen révèle que les études ayant fait des comparaisons avant-après sans groupe contrôle sont celles qui rapportent le plus d'effets bénéfiques.

Qualité méthodologique

Selon les dimensions évaluées, on constate que les études qui se penchent sur l'intégration sociale sont en majorité de qualité moyenne ou faible. Alors que les cinq études s'intéressant à l'adaptation psychologique sont toutes de qualité moyenne, celles qui se penchent sur les autres dimensions de l'intégration sociale ou la consommation de SPA sont partagées entre des études de qualité moyenne et faible.

En somme, bien que plusieurs interventions aient rapporté des effets bénéfiques sur les dimensions de l'intégration sociale ou la consommation, il importe certainement de prendre en compte certaines limites méthodologiques et de rester prudent face à l'appréciation des preuves d'efficacité. Les devis et la qualité des études sont appréciables, mais d'autres études plus approfondies sont nécessaires pour confirmer les résultats.

Les caractéristiques cliniques des interventions

Outre les éléments méthodologiques, les interventions peuvent aussi se caractériser par différentes caractéristiques et fournir des pistes de réflexion sur ce qui pourrait le mieux décrire les interventions qui fonctionnent.

Interventions individualisées

Les interventions individualisées proposent de tenir compte des particularités et des besoins des individus. Dans l'ensemble des études, les interventions individualisées proposent d'évaluer les particularités de l'individu et d'adapter les interventions à ces dernières. L'examen des effets de ces interventions indique qu'elles sont en général efficaces pour améliorer l'ensemble des dimensions d'intégration sociale, toutefois leur efficacité sur la consommation est ambivalente. Ainsi, les interventions individualisées ayant démontré leurs efficacités proposent de :

- tenir compte des évaluations neuropsychologiques;
- tenir compte des caractéristiques psychologiques, motivationnelles et comportementales;
- d'adapter les stratégies éducatives aux capacités de l'individu;
- sensibiliser l'entourage et l'environnement professionnel aux particularités de l'individu et aux conséquences du TCC sur ses capacités.

Interventions centrées sur l'utilisateur

Les interventions centrées sur l'utilisateur proposent de soutenir la capacité des patients à effectuer des choix et à prendre en main leur réadaptation. Les interventions centrées sur l'utilisateur sont efficaces sur l'ensemble des dimensions de l'intégration sociale ; toutefois, leurs effets bénéfiques sur la consommation semblent être moins évidents. Ainsi, les interventions centrées sur l'utilisateur ayant démontré leur efficacité proposent :

- d'encourager l'autonomisation et de renforcer les capacités décisionnelles de l'individu;
- d'aider l'individu à se prendre en main et croire en sa capacité de le faire;
- de soutenir le développement de ses capacités afin qu'il puisse prendre part activement à son processus de réadaptation.

Interventions éducatives

Les interventions éducatives proposent d'utiliser des stratégies d'enseignement visant l'acquisition de connaissances et d'habiletés relatives au TCC et à la consommation de SPA. L'examen des effets de ces interventions indique qu'elles ont des effets bénéfiques sur la majorité des dimensions de l'intégration sociale (intégration au milieu de vie ou au milieu professionnel, indépendance, la vie sociale et l'appartenance) ; toutefois, leurs effets sur l'adaptation psychologique semblent être moins évidents. Enfin, les stratégies éducatives pourraient aussi être prises en considération pour diminuer la consommation de SPA. Ainsi, les interventions éducatives ayant démontré leur efficacité proposent :

- d'offrir des séances d'information individuelles ou en petits groupes sur les impacts de la consommation sur l'intégration sociale (trousses éducatives) ;
- d'offrir des formations destinées aux différents acteurs ou parties prenantes impliqués dans le processus de réadaptation (entourage, employeurs ou écoles partenaires) sur les difficultés d'intégration liées au TCC;
- de former l'individu pour qu'il puisse utiliser judicieusement les ressources disponibles (services spécialisés ou communautaires, ex. groupes d'entraide).

Interventions interdisciplinaires

Ces interventions ont impliqué des équipes multidisciplinaires composées de plusieurs intervenants avec des formations, compétences et expertises distinctes qui travaillent ensemble à développer des stratégies et des pratiques d'intervention qui renforcent les capacités des usagers à se prendre en main, particulièrement pour les problèmes de consommation. Les interventions interdisciplinaires se sont révélées efficaces sur l'adaptation psychologique, l'intégration au milieu de vie, l'intégration au milieu professionnel / école / autres activités productives et l'indépendance. Toutefois, cette efficacité semble être moins évidente sur la vie sociale et l'appartenance, de même que la consommation.

Ainsi, les interventions interdisciplinaires ayant démontré leur efficacité proposent :

- selon les besoins de l'individu, d'inclure une évaluation des capacités cognitives, fonctionnelles, et psychologiques réalisée par un spécialiste (neuropsychologue, ergothérapeute, orthophoniste, etc.), afin de les prendre en considération dans le cadre d'un plan de services individualisé ;
- selon les besoins de l'individu, d'offrir des services spécialisés (dépendances, infirmiers, orthophonies, ergothérapies, etc.)

Interventions systémiques

Les interventions systémiques incluent l'environnement familial, social, culturel, scolaire ou professionnel dans lequel évolue l'individu, en faisant participer différents acteurs ou parties prenantes impliquées dans le processus de réadaptation. L'examen des interventions systémiques indique qu'elles ont plus souvent des effets sur trois dimensions de l'intégration sociale, soit l'intégration au milieu de vie, l'intégration au milieu professionnel /école / autres activités productives et l'indépendance, ainsi que sur la consommation de SPA. Les interventions systémiques ayant démontré leur efficacité proposent :

- de former les différentes parties prenantes (entourage, employeurs ou écoles partenaires) sur les difficultés d'intégration liées au TCC et à la consommation de SPA afin de les impliquer activement dans le processus de réadaptation de l'individu;
- créer des liens de confiance avec les membres de la famille ou les amis, et les encourager à participer aux activités proposées.

Interventions écologiques

Les interventions écologiques privilégient d'intervenir plus directement dans le milieu de vie et l'environnement dans lesquels évolue l'utilisateur, par exemple en renforçant ses capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne et de la vie à domicile (alimentation, hygiène, rangement, etc.). L'examen des effets des interventions systémiques indique que les résultats d'efficacité sont ambivalents sur toutes les dimensions de l'intégration sociale ainsi que la consommation de SPA. Cependant elles pourraient avoir certains effets sur l'intégration au milieu de vie ou au travail / école. Ainsi, les interventions écologiques ayant démontré leur efficacité proposent :

- de soutenir et d'organiser les interventions autour des activités de routine de vie quotidienne à même le milieu de vie de l'individu;
- de favoriser et de maintenir tout au long du processus d'intégration des liens avec les services spécialisés et avec les ressources communautaires;
- de favoriser et de soutenir une transition progressive d'un foyer supervisé vers un logement semi-indépendant.

Interventions compensatoires

Une seule intervention parmi celles évaluées par les études retenues a utilisé des stratégies et des techniques de substitution ainsi que des arrangements et des méthodes alternatives appropriées selon les résultats de l'analyse comportementale. Étant donné que peu d'interventions incluant cette caractéristique, il n'est pas possible de déterminer si une intervention à caractère compensatoire a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur les dimensions de l'intégration sociale ou sur la consommation de SPA.

Attribution des niveaux de preuve selon les dimensions de l'intégration sociale et la consommation

L'appréciation du niveau de preuve divergent selon les dimensions de l'intégration sociale et de la consommation. Les effets des interventions sont jugés **presque établis** pour trois dimensions de l'intégration sociale, soit pour l'adaptation psychologique, le milieu de vie et l'intégration à l'école / travail, mais **émergentes** pour les trois autres (indépendance, vie sociale, sentiment d'appartenance). Les interventions sont aussi jugées **émergentes** pour la consommation. Ci-dessous, les détails pour chacune des dimensions :

Adaptation psychologique

Considérant les caractéristiques méthodologiques des études et la cohérence des résultats issus des études ayant examiné les effets des interventions sur l'adaptation psychologiques, le niveau de preuve de ces derniers est jugé **presque établi**. Ces interventions dont les services sont offerts par des équipes multidisciplinaires utilisent des stratégies et des pratiques d'intervention qui renforcent les aptitudes des usagers à améliorer leur confiance et leur estime de soi (centrée sur l'utilisateur), et tiennent compte des particularités et des capacités cognitives, psychologiques et motivationnelles de chaque usager (individualisée).

Intégration au milieu de vie

Considérant les caractéristiques méthodologiques des études et la cohérence des résultats issus des études ayant examiné les effets des interventions sur le milieu de vie, le niveau de preuve de ces derniers est jugé **presque établi**. Ces interventions se caractérisent par des équipes multidisciplinaires qui utilisent des stratégies et des pratiques d'intervention qui encouragent l'autonomisation et le renforcement des capacités de l'individu à se prendre en main en le soutenant dans sa transition vers des milieux de vie autonomes ; elles impliquent activement l'utilisateur dans la planification des activités de la vie quotidienne en milieu de vie (individualisée, centrée sur l'utilisateur, écologique). Elles favorisent aussi l'acquisition des compétences et des connaissances sur les effets de la consommation sur le TCC (éducative), et encouragent la participation de la famille aux activités (systémique).

Intégration à l'école ou aux activités productives (travail, bénévolat)

Considérant les caractéristiques méthodologiques des études et la cohérence des résultats des études ayant examiné les effets des interventions sur l'intégration à l'école ou aux activités productives (travail, bénévolat) témoignent d'un niveau de preuve **presque établi**. Les interventions dont les services sont offerts par des équipes multidisciplinaires et qui renforcent les capacités de l'utilisateur à surmonter les difficultés perçues (cognitives, émotionnelles et comportementales) en lui apprenant à utiliser efficacement les ressources disponibles (centrée sur l'utilisateur); ainsi que celles qui soutiennent

la reprise graduelle des activités productives en collaboration avec les milieux d'accueil (systémique) ayant bénéficié de formations sur les difficultés d'intégration liées au TCC (éducative) et qui encouragent la socialisation des usagers en milieu d'accueil en planifiant des activités socioprofessionnelles ou parascolaires qui favorisent socialisation (écologique) sont celles qui ont démontré des effets bénéfiques sur l'intégration à l'école, ou aux activités productives. Par ailleurs, ces interventions ont tenu compte des capacités cognitives, psychologiques et physiques relatives à l'exercice des activités professionnelles ou scolaires (individualisée), ainsi que des impacts potentiels de la consommation sur les capacités de l'utilisateur.

Consommation de SPA

En raison de l'ambivalence des résultats issus des études ayant examiné les effets des interventions sur la consommation de SPA, le niveau de preuve de ces effets demeure **émergent**. Les interventions dont les services sont offerts par des équipes multidisciplinaires et ayant utilisé des stratégies et des pratiques d'intervention qui renforcent les capacités des usagers à prendre en main leurs problèmes de consommation (centrée sur l'utilisateur), celles ayant utilisé des stratégies d'enseignement (éducative) adaptées et personnalisées (individualisée), ainsi que celles ayant impliqué les membres de la famille (systémique) sont celles qui ont démontré des effets bénéfiques sur la consommation de SPA.

Indépendance

Considérant la faible qualité des devis d'études ayant démontré l'efficacité des interventions pour améliorer l'indépendance de l'utilisateur, le niveau de preuve de ces effets demeure **émergent**. Les interventions dont les services sont offerts par des équipes multidisciplinaires et qui soutiennent et renforcent la confiance de l'utilisateur en développant ses compétences d'adaptation (centrée sur l'utilisateur) tout en tenant compte de ses particularités (individualisée); celles qui favorisent l'acquisition des compétences et des connaissances sur les effets de la consommation sur le TCC (éducative), en collaboration et avec le soutien de la famille et des amis (systémique) sont celles qui ont démontré des effets bénéfiques sur l'indépendance de l'utilisateur dans son environnement. Ces interventions se sont assurées de maintenir en tout temps des liens avec des groupes de soutien communautaires sur les TCC et la consommation.

Vie sociale

Considérant la faible qualité des devis d'études ayant démontré l'efficacité des interventions pour améliorer la vie sociale de l'utilisateur, le niveau de preuve de ces effets demeure **émergent**. Les interventions qui encouragent la socialisation de l'utilisateur en renforçant ses capacités et son estime de soi au moyen d'activités personnalisées (individualisée), et qui rejoignent les intérêts de l'utilisateur (centrée sur l'utilisateur) avec le soutien familial (systémique); ainsi que celles qui encouragent l'individu à utiliser les ressources qui favorisent la socialisation telle que des groupes d'entraide et de discussion (écologique) sont celles qui ont démontré des effets bénéfiques sur la vie sociale.

Sentiment d'appartenance

Considérant la faible qualité des devis d'études ayant démontré l'efficacité des interventions pour améliorer le sentiment d'appartenance, le niveau de preuve de ces effets demeure **émergent**. Les interventions favorisent les interactions sociales de l'utilisateur en renforçant ses capacités et son estime de soi au moyen d'activités personnalisées (individualisée), et qui rejoignent les intérêts de l'utilisateur (centrée sur l'utilisateur) et réalisées avec le soutien familial (systémique) sont celles qui ont démontré des effets bénéfiques sur le sentiment d'appartenance. Ces interventions se sont assurées de maintenir en tout temps des liens avec des ressources communautaires (écologique), ainsi que des services spécialisés au besoin.

Éléments complémentaires : le contexte des interventions

Dans un dernier temps, des analyses complémentaires ont été menées sur le contexte de services dans lequel les interventions ont été efficaces sur l'intégration sociale des personnes ayant un TCC-CR/P.

- Les informations fournies dans les études ne permettaient pas de tirer des conclusions quant à l'efficacité des interventions préventives en contexte hospitalier ou en RFI. En effet, les deux études réalisées en RFI n'ont évalué l'efficacité des interventions préventives que sur la consommation de SPA, et ont en plus rapporté des résultats mitigés. Cependant, la seule étude ayant évalué l'efficacité de l'intervention en contexte hospitalier sur l'ensemble des dimensions de l'intégration sociale rapporte des effets bénéfiques.
- Les interventions réalisées à la phase d'intégration sociale (RAIS, centre de toxicomanie, milieu carcéral, ou dans la communauté) sont celles qui ont été le plus évaluées par les études retenues. Par ailleurs, c'est lors de cette phase d'intégration sociale que les bénéfices ont été le mieux établis.

Tableau 8. Niveau de preuve des effets des interventions sur les dimensions de l'intégration sociale et sur la consommation de SPA

	Dimensions d'intégration sociale																		Consommation		
	Adaptation psychologique			Milieu de vie			Intégration à l'école / travail			Indépendance			Vie sociale			Sentiment d'appartenance					
	K	N	k sig. / k total	K	N	k sig. / k total	K	N	k sig. / k total	K	N	k sig. / k total	K	N	k sig. / k total	K	N	k sig. / k total	K	N	k sig. / k total
Ensemble de la preuve	5	229	3 / 5	5	289	4/5	7	354	5/7	4	209	¾	3	177	2/3	3	177	2/3	10	438	5 / 10
Prise en considération des aspects méthodologiques																					
Type de devis																					
• ASGCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	104	0/2
• AAGC	4	217	3/4	2	147	1/2	3	177	2/3	2	147	1/2	2	147	1/1	2	147	1/1	5	226	2/5
• AASGC	1	12	0/1	3	142	3/3	4	177	3/4	2	62	2/2	1	30	1/2	1	30	1/2	3	108	3/3
Qualité des études																					
• Élevé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	104	0/2
• Moyenne	5	229	3/5	2	147	1/2	4	246	3/4	2	147	1/2	2	147	1/2	2	147	1/2	6	295	3/6
• Faible	0	0	0	3	142	3/3	3	108	2/3	2	62	2/2	1	30	1/1	1	30	1/1	2	39	2/2
Prise en considération des caractéristiques des interventions																					
Individualisée	4	217	3 / 4	5	289	4/5	7	354	5/7	4	209	3/4	3	177	2/3	3	177	2/3	10	438	5/10
Non individualisée	1	12	0 / 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centrée sur l'utilisateur	3	100	2/3	4	172	4/4	5	168	4/5	3	92	3/3	2	60	2/2	2	60	2/2	8	252	4/8
Non centrée sur l'utilisateur	2	129	1/2	1	117	0/1	2	186	1/2	1	117	0/1	1	117	0/1	1	117	0/1	2	186	1/2
Éducative	3	82	1/3	4	172	4/4	4	138	3/4	3	92	3/3	2	60	2/2	2	60	2/2	7	222	4/7
Non éducative	2	147	2/2	1	117	0/1	3	216	2/3	1	117	0/1	1	117	0/1	1	117	0/1	3	216	1/3
Interdisciplinaire	2	147	2/2	4	259	3/4	5	294	3/5	3	179	2/3	2	147	1/2	2	147	1/2	4	248	2/4
Non interdisciplinaire	3	82	1/3	1	30	1/1	2	60	2/2	1	30	1/1	1	30	1/1	1	30	1/1	6	190	3/6
Systémique	1	117	1/1	4	259	3/4	5	294	3/5	3	179	2/3	2	147	1/2	2	147	1/2	4	225	3/4
Non systémique	4	112	2/4	1	30	1/1	2	60	2/2	1	30	1/1	1	30	1/1	1	30	1/1	6	213	2/6
Écologique	1	117	1/1	3	227	2/4	4	262	2/4	2	147	1/2	2	147	1/2	2	147	1/2	2	186	1/2
Non écologique	4	112	2/4	2	62	2/2	3	92	3/3	2	62	2/2	1	30	1/1	1	30	1/1	8	252	4/8
Compensatoire	0	0	0	1	30	1/1	1	30	0/1	1	30	1/1	1	30	1/1	1	30	1/1	0	0	0
Non compensatoire	5	229	3/5	4	259	3/4	6	324	5/6	3	179	2/3	2	147	1/2	2	147	1/2	10	438	5/10
Niveau preuve	Presque établies			Presque établies			Presque établies			Émergent			Émergent			Émergent			Émergent		

K : nombre d'études ; **N** : taille d'échantillon ; **K sig.** : nombre d'études rapportant un effet bénéfique ; **K total** : nombre total d'études.

ASGCR : Comparaison après seulement avec groupe contrôle et randomisation - **AAGC** : Comparaison après avec groupe contrôle - **AASGC** : Comparaison avant-après sans groupe contrôle.

Conclusion – section revue systématique

Absence de distinction pour les interventions axées sur l'intégration sociale selon la sévérité du TCC et le type de consommation de SPA.

Considérant le fait que la majorité des études n'ont pas rapporté d'informations suffisantes quant à certaines caractéristiques des, il a été difficile d'isoler les bénéfices des interventions sur l'intégration sociale des adultes TCC-CR/P en tenant compte de tous les facteurs souhaités (sévérité du TCC, type de consommation). À l'instar d'autres travaux (J. Bogner & Corrigan, 2013; L'Espérance & Ménard, 2018), il ne nous a pas été possible d'examiner les bénéfices des interventions en prenant en compte la sévérité du TCC (léger ou modéré-grave), ou le type de consommation (à risque ou problématique) et d'en tirer des conclusions. D'où l'intérêt à l'avenir d'adapter les interventions bénéfiques à la réalité et aux enjeux cliniques des usagers selon qu'ils aient un TCC-léger (Moore, 2014) ou modéré-grave (Bombardier & Rimmel, 1999; Heinemann et al., 2004; Tweedly, Ponsford, & Lee, 2012), et selon qu'ils présentent une consommation à risque ou problématique.

Effets bénéfiques des interventions à caractère individualisé, centré sur l'utilisateur et éducatif

Il importe de noter que les interventions axées sur l'intégration sociale utilisent plusieurs stratégies et adoptent différentes caractéristiques cliniques d'intervention. Ceci s'est reflété à travers les différentes interventions évaluées par les études retenues et dans l'offre de service des trois milieux. Nos analyses ont toutefois démontré que certaines caractéristiques cliniques d'intervention sont mieux éprouvées que d'autres et qu'elles pourraient être privilégiées dans la pratique si l'on tient compte des besoins et des difficultés des usagers. Ainsi, les adultes avec un TCC-CR/P ayant bénéficié des interventions qui privilégient le caractère centré sur l'utilisateur tendent à s'améliorer sur trois dimensions de l'intégration sociale (amélioration de l'adaptation psychologique, l'intégration au domicile et la participation à des activités de travail ou d'études). De même, ceux bénéficiant d'interventions qui privilégient le caractère individualisé tendent à s'améliorer sur deux dimensions de l'intégration sociale (amélioration de l'adaptation psychologique et participation à des activités de travail ou d'études). Ces analyses ont aussi indiqué que les interventions éducatives sont particulièrement efficaces pour favoriser l'intégration au milieu de vie, ce qui permet la réalisation des activités quotidiennes à domicile.

Les programmes qui se centrent sur l'utilisateur reconnaissent la capacité des personnes à effectuer des choix et prendre en main leur réadaptation. En examinant les études individuellement, nous avons remarqué que ces interventions utilisent des stratégies communes, même si elles ciblent des adultes ayant des défis et des enjeux cliniques bien différents. Par exemple, les programmes de Moore (2014) et (Hensold, Guercio, Grubbs, Upton, & Faw, 2006), dont l'un cible des personnes avec un TCCL, et l'autre ceux avec un TCCMG et des troubles graves du comportement, se centrent sur les usagers en leur apprenant à prendre en main leur réadaptation et utiliser efficacement les ressources existantes dans la communauté (ex. groupe de soutien, ligne téléphonique, etc.). Quant à Cox, même s'il ne

précise pas la sévérité du TCC des participants, ce dernier propose un traitement individuel visant à soutenir le sentiment de confiance des usagers, les aider à identifier les facilitateurs et les obstacles à l'intégration sociale, et acquérir les compétences qui permettront de surmonter les obstacles efficacement.

Par ailleurs, les programmes qui privilégient des interventions à caractère éducatif visent plus spécialement l'acquisition des connaissances et des habiletés qui soutiendront l'intégration sociale. Par exemple, les programmes d'Hensold et Moore proposent notamment des troussees éducatives incluant des informations sur les symptômes courants du TCC, les difficultés d'intégration incluant les problèmes de consommation, les conseils pour le rétablissement, une liste des ressources pertinentes dans la communauté, des stratégies de communication positives, etc. Alors qu'une seule étude propose un programme d'une séance éducative individuelle en fin d'hospitalisation (Moore, 2014), les autres programmes évalués plutôt au moment de la phase d'intégration sociale (incluant les milieux de vie substitut, milieu carcéral, communauté, CHSLD) sont offerts en groupe et sont plus soutenus dans le temps (Feeney, Ylvisaker, Rosen, & Greene, 2001; Hensold et al., 2006; Ylvisaker, Feeney, & Capo, 2007). Cependant, la fréquence et le nombre exact de séances ne sont pas spécifiés dans les travaux.

Quant aux interventions individualisées, ce sont celles dont les modalités et les stratégies tiennent compte des particularités et des besoins plus spécifiques des individus (âge, culture, santé mentale, etc.). L'adaptation des services repose sur une évaluation préalable des usagers selon le profil neuropsychologique, des déficits (Vungkhanching et al., 2007) et du profil motivationnel de l'utilisateur (Cox et al., 2003). Il est possible que l'orientation des interventions basées sur une évaluation formelle ait un impact plus important sur l'intégration sociale et les attentes envers l'utilisateur, ce qui pourrait expliquer en partie les effets bénéfiques de ces programmes sur l'adaptation psychologique. Bien que nous n'ayons pas pu porter de conclusion à cet effet, cette hypothèse concorde toutefois avec celles des autres travaux récemment menés, tels que les recommandations du guide de pratique pour la réadaptation de la clientèle TCCMG (INESSS, 2016).

En revanche, il est aussi possible que d'autres caractéristiques d'intervention comme le travail multidisciplinaire ou des interventions systémiques avec la famille, l'école et le milieu de travail, voire même écologiques, soient efficaces pour favoriser l'intégration sociale des adultes TCC-CR/P, mais l'appréciation de ces preuves est encore émergente à ce jour. Par exemple, des travaux ont indiqué les bénéfices des interventions multidisciplinaires et systémiques sur la diminution de la consommation de SPA, et l'amélioration du bien-être psychologique, Intégration à l'école, ou aux activités productives, l'indépendance, et l'intégration au milieu de vie (J. A. Bogner, Corrigan, Spafford, & Lamb-Hart, 1997; Feeney et al., 2001; Heinemann et al., 2004; Hensold et al., 2006; Jones, 1992). Cependant, lorsque l'on examine l'ensemble de ces études, l'appréciation de la preuve a été jugée émergente en raison des effets ambivalents entre les études (c'est-à-dire parfois les effets bénéfiques, parfois aucun effet), de la faible qualité du devis de recherche (ex., comparaisons avant-après sans groupe contrôle) (J. A. Bogner et al., 1997; Hensold et al., 2006; Jones, 1992), ou de la qualité méthodologique des études

(ex., Jones, 1992 ; Feeney et al., 2001) qui appuieraient ces constats. D'autres études sont nécessaires pour confirmer leur efficacité théorique.

Enfin, il importe de noter, que dans le cadre de ce travail, nous n'avons pas pu identifier de données scientifiques suffisantes (une seule étude de qualité méthodologique faible avec un petit échantillon) permettant de déterminer si une intervention à caractère compensatoire a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur la consommation ou sur l'intégration sociale des personnes ayant un TCC-CR/P, peu importe la dimension. D'autre part, d'autres données sont nécessaires afin d'établir des liens plus solides entre certaines caractéristiques d'interventions et dimensions de l'intégration sociale, tels que l'efficacité des interventions à caractère systémique ou écologique sur la vie sociale ou le sentiment d'appartenance. Il importe donc de dire que d'autres études primaires seront nécessaires pour pouvoir porter un jugement et apprécier l'efficacité théorique de telles interventions sur ces dimensions de l'intégration.

Quant aux stratégies utilisées, des exemples d'activités pratiques ayant permis de codifier les caractéristiques cliniques d'interventions (rapportés au tableau 7) permettent de décrire plus en détail les activités issues des interventions examinées qui permettraient d'opérationnaliser les caractéristiques cliniques ayant été éprouvées (centrée sur l'utilisateur, individualisée, éducative) ou émergentes (multidisciplinaire, systémique, écologique), mais aussi les autres caractéristiques dont les preuves ne peuvent être établies (compensatoire).

Effets bénéfiques des interventions offertes à la phase d'intégration sociale

Quelques analyses complémentaires ont été menées sur le contexte d'intervention en milieu hospitalier, en RFI ou en phase d'intégration sociale (incluant RAIS, centre de toxicomanie, milieu carcéral, ou dans la communauté). La phase d'intégration sociale demeure celle durant laquelle les bénéfices des interventions sur l'intégration sociale ont été les plus fréquemment évalués et observés. Des études rapportent même que les participants ressentent des effets bénéfiques jusqu'à neuf mois après l'intervention. Ceci est notamment le cas pour les interventions d'intégration sociale les plus soutenues telles que le *Skills-based Substance Abuse Prevention Counseling (SBSAPC)*, le *Vinland Program*, ou les interventions comprenant une série de séances d'entretien motivationnel. Ces programmes s'étalent notamment sur douze semaines dans le cas du *Skill-based Substance Abuse*, sur douze séances et environ dix mois dans le cas de la série d'entretien motivationnel, ou encore les interventions ont une durée de plusieurs heures par semaine (*Vinland Program*). Il est donc possible que la fréquence, la durée et l'intensité des interventions offertes à la phase d'intégration sociale influencent les effets observés dans le temps.

Quant à l'efficacité des interventions préventives en contexte hospitalier ou en RFI ; selon les résultats observés, les interventions préventives pourraient être considérées. Par exemple, une intervention brève visant à transmettre des informations et quelques conseils s'est avérée efficace auprès d'adultes ayant un TCC léger (Moore, 2014). Cependant, le peu de preuves rapportées par les études incluses indique qu'à l'heure actuelle ces conclusions ont besoin d'être validées par d'autres travaux.

À l'exception de la consommation, des bénéfices sur l'intégration sociale malgré des études de différente qualité

La majorité des études évaluant les effets des interventions sur les dimensions de l'intégration sociale était de qualité moyenne. Aussi, et indépendamment de la taille des échantillons des études, et de leur profil sociodémographique et clinique, les études ayant appuyé leurs conclusions sur des comparaisons avant-après sans groupe contrôle sont celles qui rapportent le plus d'effets bénéfiques. En outre, les études avec groupe de comparaison et répartition aléatoire des groupes sont celles n'ayant pas rapporté des effets significatifs. Ceci est particulièrement vrai pour l'effet des interventions sur la diminution de la consommation de SPA. Ce constat témoigne de la complexité et de la difficulté de démontrer hors de tout doute la supériorité d'une intervention (ou d'une caractéristique d'intervention) par rapport à une autre. Il n'en demeure pas moins que les effets bénéfiques rapportés par les études sur les autres dimensions de l'intégration sociale abondent généralement dans le même sens, à l'exception des effets sur la consommation de SPA. De ce fait, et de façon générale, les interventions axées sur l'intégration sociale des personnes ayant un TCC et consommant des SPA ont des effets bénéfiques sur l'intégration sociale.

Données contextuelles

Les données contextuelles présentent un portrait des usagers ayant subi un TCC-CR/P desservis par le CCSMTL et décrivent sommairement les services ciblés par les recommandations. Rappelons que les trois milieux ciblés sont le service TCC/RAIS de l'IURGLM, les Ressources à Assistance Continue (RAC) et le Manoir-de-l'Âge-d'Or (MADO). Pour les services TCC/RAIS, les informations proviennent d'une base de données administratives, alors que pour les RAC et MADO, elles ont été compilées manuellement par des membres du personnel clinique ayant accès aux dossiers des usagers.

Portrait de la clientèle desservie dans les services TCC/RAIS, RAC et MADO du CCSMTL

Au CCSMTL, le programme TCC\RAIS de l'IRGLM a admis 95 usagers en 2018-2019. Les usagers ayant un TCC-CR/P représentaient 14,7 % des personnes admises (14/95 usagers). Ces personnes ont majoritairement subi un TCC modéré-sévère (57,1 %), sont des hommes (78,0 %), dont l'âge moyen est de 42,3 ans et qui, en moyenne, reçoivent des services depuis quatre ans (durée min = 0 ; durée max = 9,6).

Dans les RAC, au 31 mars 2019, neuf des 53 usagers desservis étaient atteints d'un TCC-CR/P (17,0 %). Toutes ces personnes sont des hommes avec un TCC modéré-sévère, dont l'âge moyen est de 47,5 ans. La durée de séjour moyenne de ces personnes en RAC est de 7,5 ans (durée min = 0,1 ; durée max = 19,4).

Enfin, dans les services MADO, 13 des 168 usagers (7,7 %) ont un TCC-CR/P. Pour la plupart, la sévérité du TCC est inconnue (84,6 %). Ces personnes sont toutes des hommes, dont l'âge moyen est de 63,6 ans, et séjournent au MADO depuis en moyenne 1,9 an. (Annexe 6 : détails des caractéristiques de la clientèle desservie).

Description sommaire des programmes ciblés au CCSMTL

Les descriptions non exhaustives des programmations et des interventions (caractéristiques cliniques) sont des résumés de documents internes. Cependant, comme certains des documents dataient de plusieurs années, une mise à jour des informations a été réalisée au moyen d'un entretien téléphonique avec les chefs de ces services. Les données collectées sur les caractéristiques d'interventions utilisées pour chacun de ces programmes sont présentées à l'annexe 7.

Programme TCC, volet RAIS

Le CCSMTL offre des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) en tant que partie prenante au *Consortium interrégional de l'Ouest du Québec pour la clientèle des traumatisés crâniens modérés et graves*. À l'été 2018, ces services ont été relocalisés du Centre de réadaptation Lucie Bruneau (CRLB), situé dans le quartier Plateau Mont-Royal de Montréal, vers le pavillon Lindsay du CCSMTL, situé dans le quartier Côte-des-Neiges. En tant que partenaire du Consortium et avant son intégration au CCSMTL en 2015, le CRLB a signé pour la clientèle TCC modérée-grave un protocole stipulant les critères d'orientation des usagers, les mécanismes de liaison et de communication avec les

établissements partenaires, le partage de l'offre de service, la structure organisationnelle, les modalités de partage de connaissance et d'évaluation. Ce protocole a été signé avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM), l'Hôpital Général de Montréal (HGM), l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) et le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL). Il est toujours en vigueur.

En termes d'offre de services, le programme TCC/RAIS offre des services de réadaptation aux personnes qui ont reçu un diagnostic de TCC. Le document-cadre indique que l'offre de service tient compte de la gravité du TCC et du pronostic de ce dernier (favorable ou défavorable).

Au programme TCC/RAIS, les problématiques de consommation sont dépistées de deux manières. Elles peuvent être identifiées en amont du continuum par le personnel des centres hospitaliers ou du programme de RFI, puis codées dans la base de données WStat de suivi des patients et rapportées dans le dossier médical. Elles peuvent être aussi identifiées par les intervenants RAIS au moment de l'accueil ou durant la prestation de services.

Les personnes qui présentent des symptômes post-commotionnels persistants ou une consommation à risque ou problématique de SPA bénéficient d'un suivi plus soutenu que d'habitude. Un soutien psychologique, des interventions de groupe et l'enseignement de stratégies compensatoires sont alors offerts pour soutenir une reprise progressive des habitudes de vie, incluant le retour au travail.

Concrètement, le programme propose une offre de services distincte aux personnes ayant un diagnostic de TCCL ou TCCMG. Les interventions réalisées auprès des personnes avec TCCL sont offertes par une équipe relativement petite (2-3 intervenants) et s'articulent autour d'interventions de groupe (groupe d'information, d'activité physique et de soutien psychologique) identifiées dans les plans d'intervention révisés aux six à huit semaines. Elle mise sur la réactivation progressive des personnes, la gestion des symptômes et le retour au travail ou aux études. Pour sa part, l'offre destinée aux personnes avec TCCMG s'articule autour de la compensation des difficultés, la mise en place de routines fonctionnelles et, lorsque possible, un retour au travail ou aux études. Elle s'appuie sur des plans d'intervention révisés tous les trois mois. Le programme TCC/RAIS aborde l'individu qui a subi un TCC dans une perspective globale et dynamique, et s'appuie sur différents cadres et natures d'intervention (centrée sur l'utilisateur, écologique, systémique, individualisée, interdisciplinaires, éducative, et compensatoire). Par ailleurs, les caractéristiques cliniques d'intervention : centrée sur l'utilisateur, écologique, interdisciplinaire, éducative et compensatoire sont celles qui sont les plus utilisées par le programme TCC/RAIS pour soutenir l'intégration sociale des usagers. Toutefois, le choix de la nature ou caractéristique d'intervention à privilégier dépend de la sévérité du TCC et des besoins de l'utilisateur (Détails des interventions utilisées en RAIS en annexe 7).

Ressources à assistance continue (RAC)

Les RAC du CCSMTL incluent sept ressources dispersées sur l'île de Montréal qui peuvent desservir jusqu'à 65 usagers avec du personnel sur place 24 heures par jour, 365 jours par année. Chacune des sept ressources est susceptible d'accueillir des personnes avec TCC, mais trois RAC en particulier (*Liège*, *Delorimier* et *Beaurivage*) prévoient une surveillance étroite des comportements et une présence

intensive des éducateurs spécialisés (jour-soir-fin de semaine) afin d'augmenter les occasions de travailler en réadaptation comportementale. Chaque usager accueilli au sein d'une RAC fait l'objet d'un plan d'intervention renouvelé entre une et trois fois par an dépendamment des besoins. Selon les intervenants consultés, environ 25 % des résidents font l'objet d'une curatelle.

Au niveau des RAC, la gravité du diagnostic de TCC (léger ou modéré-grave) n'a pas d'impact sur l'offre de service à partir du moment où un usager a besoin de services en raison d'une déficience physique, quelle qu'elle soit. Ainsi, le panier de services offerts est alors développé en fonction de ses besoins et des ressources disponibles. Les plans d'intervention sont élaborés selon le modèle de processus de production du handicap (PPH) et visent la réadaptation des différents aspects identifiés par l'utilisateur et l'équipe comme étant un obstacle au projet de vie de la personne. Les RAC disposent de protocoles de consommation de SPA établis avec des usagers, notamment en ce qui concerne la consommation de cannabis, ainsi que l'entreposage et la consommation d'alcool. Les autres substances (speed, crack, cocaïne, etc.) ne sont pas permises dans les RAC.

Les moyens mis en œuvre pour permettre l'atteinte des objectifs du plan d'intervention de chaque usager des RAC sont diversifiés. Ils sont offerts par une équipe multidisciplinaire formée en date de mars 2019, d'une infirmière, de quatre psychoéducateurs, de 12 éducateurs spécialisés, de deux psychologues/neuropsychologues, d'un ergothérapeute, d'un sexologue et de trois travailleurs sociaux.

Dans les RAC, la présence d'un TCC et de problématiques de consommation (si ces informations sont connues) fait partie des informations transmises par les services en amont au moment de la demande d'hébergement. Des questions sur la consommation peuvent également être abordées lors de l'entrevue d'accueil d'un nouvel usager, mais de façon systématique. Enfin, l'observation de comportements problématiques peut également entraîner le dépistage d'enjeux liés à la consommation pendant la période d'hébergement.

Tout comme le programme TCC/RAIS, les intervenants qui œuvrent dans les RAC utilisent, selon les besoins de l'utilisateur des interventions avec différentes caractéristiques (centrée sur l'utilisateur, écologique, systémique, individualisée, interdisciplinaire, éducative, et compensatoire). Toutefois, les caractéristiques cliniques : centrée sur l'utilisateur, écologique, individualisée et compensatoire sont celles qui sont les plus utilisées pour soutenir l'intégration sociale des résidents. (Détails des caractéristiques cliniques des interventions utilisées par les RAC en annexe 7).

Centre d'hébergement Manoir-de-l'Âge-d'Or (MADO)

Le MADO est un CHSLD dont le mandat est d'offrir des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel. Ces services peuvent être temporaires ou permanents. Le 7^e étage héberge une unité spécialisée destinée aux hommes et aux femmes présentant des problématiques liées à l'itinérance, la toxicomanie, la santé mentale et aux troubles du comportement qui présentent un profil gériatrique.

À partir du moment où un usager est admis au MADO, la gravité du diagnostic de TCC (léger ou modéré-grave) n'a pas d'impact sur l'offre de service. Les évaluations et les interventions sont effectuées en tenant compte des besoins individuels du résident.

Les moyens mis en œuvre pour permettre l'atteinte des objectifs du plan d'intervention de chaque usager sont diversifiés. Ils sont offerts par une équipe multidisciplinaire composée principalement des membres du personnel infirmier/infirmier auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, et d'éducation spécialisée.

Au MADO, la présence d'un TCC et de problématiques de consommation (si ces informations sont connues) font partie des informations transmises dans la demande d'accès à l'hébergement par l'hôpital référent. Des questions sur la consommation peuvent également être abordées lors de l'entrevue d'accueil d'un nouvel usager, mais pas de façon systématique. En conséquence, il n'est pas possible de dénombrer avec précision le nombre total d'utilisateurs avec TCC, certains n'étant pas diagnostiqués et/ou non rapportés aux intervenants en raison de l'information inconnue sur le profil d'une partie de la clientèle desservie (ex. : celle en situation d'itinérance).

Étant donné que le MADO est un milieu de vie, la consommation de SPA par les résidents y est tolérée. Cependant afin d'assurer la sécurité des résidents et des intervenants, l'établissement s'est doté d'une procédure de gestion de la consommation. Cette procédure définit les valeurs et les principes d'application qui doivent baliser les interventions du personnel. Elle fournit également des règles d'intervention qui doivent permettre de gérer les comportements perturbateurs découlant d'une intoxication aux SPA et qui peuvent affecter la vie de groupe.

De même que les RAC, les différentes caractéristiques cliniques d'intervention (centrée sur l'utilisateur, écologique, systémique, individualisée, interdisciplinaire, éducative, et compensatoire) sont utilisées pour concevoir des interventions en fonction des besoins des résidents. Cependant, celles centrées sur l'utilisateur, écologique, interdisciplinaire, et individualisée sont celles qui sont les plus utilisées pour soutenir l'intégration sociale (détails des caractéristiques cliniques d'intervention utilisées au MADO en annexe 7).

Données expérientielles

Les sections suivantes décrivent les données expérientielles obtenues au moyen d'un sondage auprès des intervenants œuvrant dans l'un des trois milieux concernés par les recommandations du présent rapport. Les informations recueillies portent sur l'importance accordée au milieu d'intervention, aux caractéristiques cliniques d'intervention, ainsi qu'aux dimensions évaluées par les études retenues dans le cadre de la revue de la littérature (consommation de SPA, et dimensions d'intégration sociale). De plus, la prédisposition des intervenants à adopter de nouvelles pratiques appuyées sur les données probantes a été explorée. Le questionnaire utilisé et les résultats obtenus sont présentés en annexe (questionnaire à l'annexe 4, résultats à l'annexe 8).

Au total, 26 intervenants appelés à soutenir l'intégration sociale au cours des 12 derniers mois auprès d'adultes ayant subi un TCC-CR/P ont été sollicités et ont rempli le questionnaire. De ce nombre, seulement 12 répondaient à nos critères d'inclusion (programme TCC / RAIS = 6 participants ; RAC = 6 participants). Les 14 autres ont été exclus (tous ceux du MADDO) parce qu'ils indiquaient ne pas avoir eu à travailler avec au moins un adulte ayant un TCC et présentant une consommation à risque ou problématique de SPA au cours des 12 derniers mois. Sur les 12 inclus, neuf étaient des éducateurs spécialisés ou psychoéducateurs, deux étaient des intervenants psychosociaux (TS, psychologues) et un était ergothérapeute. Tous les participants inclus travaillaient de jour, la majorité à temps plein ($n = 10$), et la moitié ($n = 6$) avait moins de trois années d'expérience.

Les résultats du sondage auprès des intervenants indiquent que l'étape de la rééducation fonctionnelle intensive (RFI) tout comme la rééducation axée sur l'intégration sociale (RAIS) sont celles où il serait important d'intervenir. Les intervenants soulignent aussi l'importance d'intervenir au niveau des services de toxicomanie. Ces niveaux d'importance accordée sont plus élevés chez les intervenants des RAC par rapport à ceux de la RAIS. Selon les intervenants interrogés, les autres milieux d'intervention à savoir dans la communauté, les soins de longue durée, et l'hôpital sont aussi importants, mais dans une moindre mesure.

L'analyse des données collectées (caractéristiques cliniques d'intervention privilégiées et importance accordée aux dimensions d'intégration sociale) en fonction de la sévérité du TCC (léger, modéré, sévère) et du type de consommation (à risque ou problématique) n'a pas pu être réalisée en raison du nombre de questionnaires retenus pour analyse qui était insuffisant pour tirer des conclusions. Ainsi, pour tout type de TCC (léger, modéré, sévère) et de consommation (à risque ou problématique), les intervenants interrogés considèrent que tous les types d'intervention sont importants avec des niveaux d'importance légèrement plus élevés pour les interventions à caractère individualisé, interdisciplinaire et compensatoire dans les RAC et pour les interventions à caractère individualisées, interdisciplinaires et centrées sur l'utilisateur dans les RAIS comparativement aux autres types d'intervention (systémique, éducative et écologique). De même que les milieux d'intervention, les niveaux d'importance accordée aux caractéristiques cliniques d'intervention sont plus élevés chez les intervenants des RAC par rapport à ceux de la RAIS.

Enfin, les résultats obtenus auprès des répondants sur l'importance accordée aux dimensions de l'intégration sociale indiquent que l'intégration à l'école ou aux activités productives (RAC et RAIS), le sentiment d'appartenance (RAIS) et la consommation de SPA (RAC) sont les dimensions auxquelles il faudrait accorder le moins d'importance. Contrairement au milieu d'interventions et aux caractéristiques cliniques d'intervention, les niveaux d'importance accordés par les intervenants des RAC et de la RAIS sont différents les uns des autres (détails en annexe 8).

Synthèse de l'ensemble de la preuve (scientifique, contextuelle, et expérientielle)

En combinant les trois sources de données (scientifique, contextuelle, et expérientielle), certains constats se dégagent :

Premièrement, l'analyse des données contextuelles sur le portrait des usagers ayant un TCC-CR/P au CCSMTL et sur les programmes qui leur sont offerts indique que le profil sociodémographique et clinique des usagers desservis dans les RAIS et RAC correspond relativement aux échantillons des 14 études incluses. Par exemple, les catégories d'âge et le genre de la clientèle desservie dans les RAIS et RAC et celles des échantillons sont relativement les mêmes. Alors que l'âge moyen et le genre de la clientèle RAIS et RAC sont respectivement de 42,3 ans (78 % des hommes) et de 47,5 ans (100 % des hommes), l'âge moyen et le genre des échantillons dans les études sont de 34,7 ans et 79,2 % des hommes, respectivement. Quant à la clientèle desservie au MADO, elle est composée uniquement d'hommes ; par contre, elle est beaucoup plus âgée (63,6 ans) que celle dans les échantillons (34,7 ans). Ainsi, ces informations suggèrent que les constats à l'égard des bonnes pratiques d'intégration sociale risquent de mieux s'appliquer à la clientèle TCC/RAIS et RAC, qu'à celle du MADO.

Deuxièmement, les éléments de contexte analysés nous laissent croire que les bonnes pratiques d'intégration sociale pourraient bien s'intégrer dans les offres de service des trois milieux. En effet, il y a une convergence entre les caractéristiques cliniques des interventions utilisées dans les milieux RAIS, RAC et MADO et celles des interventions éprouvées dans les études. Par exemple, les interventions centrées sur l'utilisateur et individualisées sont fréquemment utilisées dans les milieux TCC-RAIS/ RAC et MADO ; ce sont aussi les caractéristiques des interventions les mieux soutenues par les études retenues pour favoriser l'intégration sociale. Aussi, les interventions éducatives sont souvent utilisées en RAIS, parfois au MADO, plus rarement dans les RAC, alors que l'efficacité de ces interventions est également bien soutenue par les études. Bien que les éléments contextuels semblent être favorables à l'adoption des interventions éprouvées, celles qui sont les moins bien soutenues par les données de la littérature semblent être souvent utilisées dans les milieux. Par exemple, les interventions écologiques sont fréquemment utilisées dans les trois milieux alors que les preuves d'efficacité de ce genre d'intervention sont encore émergentes. Aussi, les interventions compensatoires sont fréquemment ou parfois utilisées dans les milieux alors que leur niveau de preuve n'est pas établi. C'est pourquoi il serait pertinent de tenter de mieux comprendre et réduire certains écarts entre les interventions les moins bien éprouvées par les études et certaines pratiques d'intégration sociale dans les milieux cibles.

Troisièmement, si l'aspect multidimensionnel de l'intégration sociale se reflète dans nos données scientifiques et contextuelles, les données expérientielles ne reflètent pas toujours ces nuances. Par ailleurs, il n'a pas été possible de dégager des différences quant à l'importance accordée à l'une ou l'autre des caractéristiques cliniques des interventions. Le petit nombre de participants au sondage pourrait expliquer l'absence de variation. Malgré tout, les données expérientielles nous laissent croire que les bonnes pratiques d'intégration sociale ont de fortes chances d'être adoptées par les professionnels des services ciblés. En effet, il y a une convergence entre les caractéristiques cliniques

des interventions éprouvées par les études retenues (centrées sur l'utilisateur, individualisées et éducatives) et l'importance accordée par les professionnels des milieux (RAIS, RAC) à ces dernières. Toutefois, les interventions dont l'efficacité est moins soutenue par la littérature (écologique, systémique, et interdisciplinaire) demeurent à des niveaux d'importance semblable à ceux des interventions éprouvées par la littérature, alors que ces dernières sont à des niveaux de preuve qui sont encore émergents. De même, l'intervention à caractère compensatoire est encore importante pour les professionnels selon les données expérientielles, alors que le niveau de preuve de son efficacité n'est pas établi. En raison de ce manque de variabilité, il serait pertinent ici aussi de tenter de mieux comprendre et réduire certains écarts entre des interventions les moins bien éprouvées par les études et l'importance accordée par les intervenants à ces dernières dans leurs pratiques auprès des adultes TCC-CR/P.

Enfin, les données contextuelles indiquent que la recherche (dépistage) des problématiques de consommation de SPA (incluant les antécédents d'abus ou de dépendance) n'est pas systématique lors de l'accueil des usagers dans les trois milieux concernés par le présent rapport (TCC-RAIS, RAC et MADO). Par ailleurs, l'accès à des informations colligées au dossier concernant la présence d'une problématique de consommation est variable d'un milieu à un autre. Considérant l'impact que pourraient avoir les problématiques de consommation de SPA dans le processus d'intégration sociale des usagers ayant subi un TCC ; et étant donné que les recommandations du présent rapport s'adressent aux usagers ayant subi un TCC dont les problématiques de consommation ont déjà été identifiées. Une approche de dépistage et d'évaluation de ces problématiques, incluant les antécédents d'abus ou de dépendance, devrait être fortement considérée afin de colliger plus systématiquement ces informations au dossier, mais aussi faciliter l'orientation des interventions à privilégier.

Limites

Certains éléments devraient être considérés dans l'interprétation des conclusions du présent rapport. En effet, le temps écoulé entre le TCC et les interventions à l'étude était très variable d'une étude à une autre (pouvant atteindre dans certains cas plusieurs années, comme ce fut le cas dans l'étude de Vungkhanching et al. (2007). Il est possible que ces longs délais aient influencé l'efficacité des interventions, surtout dans le cas où il s'avère que des interventions plus hâtives ont une plus grande efficacité (cette possibilité n'a cependant pas fait l'objet d'analyses par le présent rapport).

Tous les participants aux études retenus dans le cadre de la présente revue de la littérature ont subi un TCC peu importe la sévérité. Parmi les 14 études retenues, les échantillons de trois études étaient composés d'individus dont la grande majorité présentait une consommation à risque ou problématique (soit avant le TCC ou au moment de l'intervention). Toutefois, une petite partie de ces trois échantillons incluait des individus avec TCC mais qui ne présentaient pas de problèmes de consommation. Les résultats issus de ces trois études ne faisaient pas la distinction entre les individus avec des problèmes de consommation et ceux sans ces problèmes. Néanmoins, il est à noter que les

résultats de ces trois études convergeaient avec les autres études dont la totalité des échantillons présentait des problèmes de consommation.

Aussi, plusieurs études présentent des résultats pour des échantillons mixtes ne spécifiant pas la proportion de participants souffrant d'un TCC léger ou d'un TCC modéré-grave ou celle avec une consommation à risque ou problématique, et ce malgré le fait que les auteurs de ces études aient été contactés. Il est possible que les interventions évaluées aient des effets distincts sur chaque type de clientèle, d'où l'intérêt de tenir compte de ces particularités lors de travaux futurs.

Les interventions évaluées ont été codifiées et analysées selon les caractéristiques cliniques d'interventions telles qu'elles sont définies par les documents de programmation clinique des milieux cibles et qui sont utilisées par les équipes (RAIS / RAC/ MADO). Cependant, les documents de programmations cliniques des milieux cibles qui définissent les caractéristiques cliniques d'intervention (centrées sur l'utilisateur, individualisées, éducatives, systémiques, écologiques, et compensatoires) datent de plusieurs années. Ainsi, ces définitions ne sont plus alignées sur celles des milieux de la recherche (approches motivationnelles, cognitivo-comportementales, pleine conscience, etc.) ou bien celles du ministère (MSSS, 2017). Toutefois, l'analyse des interventions évaluées selon les caractéristiques cliniques d'interventions qui sont utilisées par les équipes a permis de faire des recommandations de pratique personnalisées au contexte des milieux cibles du CCSMTL.

Enfin, et en rapport avec les données contextuelles collectées, les proportions d'utilisateurs présentant une consommation préoccupante ont été obtenues à partir des observations d'intervenants des services. Ceci est dû au fait que l'évaluation de la consommation à risque ou problématique de SPA n'est pas actuellement systématisée dans les trois services concernés par le présent rapport (TCC-RAIS, RAC et MADO). Ainsi, il est possible que ces proportions sous-représentent l'ampleur de la problématique dans ces milieux.

Recommandations

Au terme de la synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles et en tenant compte du niveau de convergence de ces dernières, le comité de délibération propose certaines recommandations qui pourraient être appliquées aux personnes ayant subi un TCC et présentant des problèmes de consommation de SPA.



Intégration à l'école, ou aux activités productives (travail, bénévolat) (Recommandation sans réserve)

- En plus des services de réadaptation usuels (ex., conseils d'orientation professionnelle ou scolaire), les usagers qui souhaitent réintégrer un milieu professionnel ou scolaire devraient bénéficier d'accompagnement soutenu afin de prévenir les difficultés d'adaptation et la consommation au travail.
- Les interventions devraient être réalisées en collaboration étroite avec l'utilisateur et les employeurs ou les écoles partenaires ayant bénéficié au préalable d'une formation sur les difficultés d'intégration liées au TCC. Les interventions devraient :
 - encourager une reprise très graduelle des activités professionnelles et scolaires, tout en prévenant la reprise ou l'augmentation potentielle de la consommation ;
 - considérer les capacités cognitives, psychologiques et physiques relatives à l'exercice des activités professionnelles ou scolaires, ainsi que des impacts potentiels de la consommation sur les capacités de l'utilisateur ;
 - proposer des activités professionnelles ou scolaires qui rejoignent les intérêts de l'utilisateur et qui sont compatibles avec les saines habitudes de vie afin de le prémunir d'une éventuelle reprise de la consommation ;
 - proposer des activités socioprofessionnelles ou parascolaires qui favorisent l'intégration et la socialisation en milieu de travail ou scolaire.



Adaptation psychologique (Recommandation sans réserve)

- Les usagers qui éprouvent des difficultés psychologiques (ex., anxiété, dépression, etc.) devraient bénéficier d'activités leur permettant de se réapproprier leurs capacités et de renforcer leurs aptitudes afin qu'ils puissent :
 - mieux connaître leurs particularités et leurs besoins ;
 - améliorer leur estime de soi ;
 - mettre en valeur leur potentiel.
- Les interventions devraient :
 - prendre en considération les capacités cognitives et psychologiques (jugement, mémoire, organisation), ainsi que le profil motivationnel de l'utilisateur ;
 - permettre d'identifier et définir des objectifs réalistes et adaptés à la situation de l'utilisateur ;
 - permettre d'avoir accès à des activités qui rejoignent les intérêts personnels de l'utilisateur ;
 - aider à identifier les facilitateurs et obstacles à l'intégration sociale de l'utilisateur.



Intégration au milieu de vie et indépendance dans l'environnement (Recommandation sans réserve)

- En prévision d'une intégration au milieu de vie, l'évaluation des usagers et de leur niveau d'autonomie (ex., prise de décision, activités de vie à domicile, activités de vie quotidienne) devrait prendre en considération les risques relatifs à la reprise ou à l'augmentation de la consommation.
- Lors de la transition vers un milieu de vie plus autonome, l'utilisateur devrait réaliser des activités dans le milieu visé (tâches ménagères, rangements, etc.), en dehors des séances thérapeutiques, incluant des activités axées sur la gestion quotidienne des risques relatifs à la consommation. Les interventions devraient :
 - inclure des règles et des protocoles en matière de gestion de la consommation ;
 - impliquer l'utilisateur dans l'élaboration des règles et protocoles afin de susciter son adhésion ;
 - encourager les membres de la famille à participer aux activités et à collaborer à l'élaboration des règles face à la consommation ;
- Afin d'encourager la consolidation de l'autonomie des usagers, les interventions devraient :
 - être composées d'activités autour des routines de vie quotidienne (alimentation, hygiène, déplacements, etc.) ;
 - diminuer la supervision de façon très progressive au fur et à mesure que l'utilisateur évolue ;
 - en cas de difficulté ou de rechute, rétablir rapidement les services et le soutien.



Consommation de SPA (Recommandation avec réserve)

- Les usagers devraient bénéficier de séances éducatives qui portent sur les symptômes courants du TCC versus ceux aggravés par la consommation, les impacts de la consommation sur le processus de rétablissement, ainsi que les ressources d'aide à la consommation. Les interventions peuvent prendre la forme :
 - de séances d'information individuelles ou en petits groupes ;
 - de trousse éducatives ;
 - de listes de ressources spécialisées dans le CIUSSS et dans la communauté, particulièrement celles en lien avec la consommation (ex. groupe d'entraide, ligne téléphonique de soutien).
- Au moins un membre de la famille de l'utilisateur devrait participer aux interventions afin de :
 - créer un lien significatif avec l'intervenant ;
 - bénéficier des services de soutien-conseil des intervenants.
- Les usagers devraient bénéficier d'interventions multidisciplinaires concertées qui prennent en compte la consommation comme dimension qui interagit et affecte toutes les autres sphères de la vie. De plus :
 - les interventions devraient être intégrées dans le plan de services individualisé (PSI) ;
 - les usagers devraient apprendre à utiliser judicieusement les ressources disponibles dans le CIUSSS et dans la communauté, en particulier celles en lien avec la consommation.



Vie sociale et appartenance (Recommandation avec réserve)

- Afin de prévenir l'isolement, les usagers devraient être encouragés à faire des activités sociales qui sont compatibles avec de saines habitudes de vie. Les activités des interventions devraient :
 - rejoindre leurs intérêts (activités sportives ou de loisirs) ;
 - être organisées sur une base régulière
 - Impliquer la participation des membres de la famille et des proches.
- Afin de prévenir un éventuel retour à une consommation problématique et de soutenir la gestion de la consommation, les usagers devraient bénéficier d'un accompagnement personnalisé et recevoir une liste de ressources communautaires qui encouragent la socialisation. Cette liste pourrait :
 - inclure des ressources communautaires qui font la promotion de saines habitudes de vie (ex., les groupes d'entraide et de discussion accessibles dans la région ou le territoire) ;
 - orienter les usagers vers des services spécialisés en dépendance du CIUSSS et dans la communauté.

Références

- Allen, S., Stewart, S. H., Cusimano, M., & Asbridge, M. (2016). Examining the Relationship Between Traumatic Brain Injury and Substance Use Outcomes in the Canadian Population. *Substance Use & Misuse*, 51(12), 1577-1586. doi:10.1080/10826084.2016.1188955
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beauchamp, S., Drapeau, M., & Dionne, C. (2018). Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social sector using scientific, contextual and experiential data. *International Journal of Hospital-Based Health Technology Assessment*, 1(3-14). doi:<http://dx.doi.org/10.21965/IJHBHTA.2018.001>
- Bogner, J., & Corrigan, J. D. (2013). Interventions for Substance Misuse following TBI: A Systematic Review. *Brain Impairment*, 14(1), 77-91. doi:10.1017/BrImp.2013.5
- Bogner, J. A., Corrigan, J. D., Spafford, D. E., & Lamb-Hart, G. L. (1997). Integrating substance abuse treatment and vocational rehabilitation after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 12(5), 57-71. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00001199-199710000-00006>
- Bombardier, C. H., & Rimmele, C. T. (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury: A case series. *Rehabilitation Psychology*, 44(1), 52-67. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.44.1.52>
- Butt P, Beirness D, Gliksman F, Paradis C, & T, S. (2011). *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa (Ontario). Retrieved from Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies:
- CCSMTL-CRLB. (2006). *Programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébrale*. Retrieved from Direction des programmes clientèles - Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB):
- CCSMTL. (2018a). CCSMTL: Programme de neurologie. Retrieved from <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/nos-installations/centre-de-readaptation-en-deficience-physique-sensorielle-langage-auditive-et-motrice/installation-gingras-lindsay-de-montreal/soins-et-services-offerts/programme-de-neurologie/>
- CCSMTL. (2018b). Programme des ressources sociorésidentielles. Retrieved from http://www.luciebruneau.qc.ca/fr/main_nav/programmes/prr/#Balises
- Consortium TCC modéré ou grave de l'Ouest du Québec. (2018). *Clientèle adulte. Analyse des données statistiques. Année : 2016-2017*. Montreal. Rapport interne. .
- Corrigan, J. (2005). Chapter 8. Substance abuse. In W. High, A. Sander, M. Struchen, & K. Hart (Eds.), *Rehabilitation for Traumatic Brain Injury* (pp. 133-155). New York: Oxford University Press.
- Corrigan, J., & Mysiw, W. J. (2013). Substance Misuse Among Persons With Traumatic Brain Injury. In N. Zasler, D. Katz, & R. Zafonte (Eds.), *Brain injury medicine: Principles and practice Second Edition* (pp. 1315-1328). New York: Demos Publications.
- Cox, W. M., Heinemann, A. W., Miranti, S. V., Schmidt, M., Klinger, E., & Blount, J. (2003). Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury. *Journal of Addictive Diseases*, 22(1), 93-110. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12661982>

- Feeney, T. J., Ylvisaker, M., Rosen, B. H., & Greene, P. (2001). Community supports for individuals with challenging behavior after brain injury: an analysis of the New York state behavioral resource project. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(1), 61-75. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=11277851>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. doi:<https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Heinemann, A. W., Corrigan, J. D., & Moore, D. (2004). Case Management for Traumatic Brain Injury Survivors With Alcohol Problems. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 156-166. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.49.2.156>
- Hensold, T. C., Guercio, J. M., Grubbs, E. E., Upton, J. C., & Faw, G. (2006). A personal intervention substance abuse treatment approach: Substance abuse treatment in a least restrictive residential model. *Brain Injury*, 20(4), 369-381. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=16716983>
- Hong, Q., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., . . . Vedel, I. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada. . Retrieved on September 14, 2018 from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>.
- INESSS. (2016). *Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave*. Retrieved from Rapport rédigé par Catherine Truchon INESSS Québec 87p:
- INESSS. (2018a). Le continuum de services en traumatologie (Dépliant). Retrieved from https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/Divers/Depliant_FECST_FR_21092015_WEB.pdf
- INESSS. (2018b). *Traumatisme craniocérébral léger. Rapport rédigé par Catherine Truchon, Fanny Guérin, Marie-Andrée Ulysse et Geneviève Martin*. . Retrieved from Québec, Qc : INESSS; 2018. 115 p.: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Traumatisme_craniocerebral_leger.pdf
- Jones, G. A. (1992). Substance Abuse Treatment for Persons with Brain Injuries. *NeuroRehabilitation*, 2, 27-34. doi:10.3233/NRE-1992-2105
- Klimas, J., Field, C. A., Cullen, W., O'Gorman, C., Glynn, L., Keenan, E., . . . Dunne, C. (2011). Psychosocial interventions for problem alcohol use in illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi:10.1002/14651858.CD009269
- Kristofersson, G. K. (2012). The effects of a mindfulness based intervention on impulsivity, symptoms of depression, anxiety, experiences and quality of life of persons suffering from substance use disorders and traumatic brain injury. Retrieved from the University of Minnesota Digital Conservancy, <https://hdl.handle.net/11299/137859>.
- L'Espérance, N., & Ménard, J.-M. (2018). *Consommation de psychotropes et traumatisme craniocérébral : La nécessité de services mieux adaptés*. . Retrieved from Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Services de réadaptation en dépendance.:

- McGee, J., Alekseeva, N., Chernyshev, O., & Minagar, A. (2016). Traumatic Brain Injury and Behavior. *Neurologic Clinics*, 34(1), 55-68. doi:10.1016/j.ncl.2015.08.004
- McKenzie, J., Brennan, S., Ryan, R., Thomson, H., Johnston, R., & Thomas, J. (2019). Chapter 3: Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. In J. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. Page, & V. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2*. : Cochrane.
- Moore, M. (2014). Social work delivered intervention for persons with mild traumatic brain injury: Implementation and evaluation in an urban, public, trauma center emergency department. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 74(7-A(E)), No Pagination Specified. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc11&AN=2014-99010-453>
- MSSS. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience: Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*.
- OCDE. (2018). Accueil de l'OCDE \ Santé. Retrieved from <http://www.oecd.org/fr/sante/>
- OMS. (2008). Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
- Parry-Jones, B. L., Vaughan, F. L., & Miles Cox, W. (2006). Traumatic brain injury and substance misuse: A systematic review of prevalence and outcomes research (1994–2004). *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(5), 537-560. doi:10.1080/09602010500231875
- Pennington, D. L., Novakovic-Agopian, T., & Batki, S. L. (2019). Traumatic brain injury and substance use disorders. In S. C. Miller, D. A. Fiellin, R. N. Rosenthal, & R. Saitz (Eds.), *The ASAM principles of addiction medicine (6th ed.)* (pp. 543-556): Philadelphia, PA : Wolters Kluwer.
- Petticrew, M., & Robert, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. : Blackwell.
- Rees, L., Janzen, S., Anderson, R., Weiser, M., Teasell, R., & Marshall, S. (2017). 8. Mental Health Issues Post ABI. In *ERABI: Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury* Toronto: Ontario Neurotrauma Foundation
- Riva, J. J., Malik, K. M. P., Burnie, S. J., Endicott, A. R., & Busse, J. W. (2012). What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 56(3), 167-171. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22997465>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430448/>
- Shaikh, N. M., Kersten, P., Siegert, R. J., & Theadom, A. (2018). Developing a comprehensive framework of community integration for people with acquired brain injury: a conceptual analysis. *Disability and Rehabilitation*, 1-17. doi:10.1080/09638288.2018.1443163
- Stéfan, A., & Mathé, J.-F. (2016). What are the disruptive symptoms of behavioral disorders after traumatic brain injury? A systematic review leading to recommendations for good practices. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(1), 5-17. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.11.002>
- Taylor, L. A., Kreutzer, J. S., Demm, S. R., & Meade, M. A. (2003). Traumatic brain injury and substance abuse: A review and analysis of the literature. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 165-188. doi:10.1080/09602010244000336

- Teasell, R., Cotoi, A., Chow, J., Wiener, J., Iliescu, A., Hussein, N., . . . Salter, K. (2017). 1. Introduction and methodology. In *Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review (SREBR) (18th Edition)*. Toronto: Ontario Neurotrauma Foundation
- Thomas G. (2012). *Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada (Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool)*. Retrieved from <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Patterns-Alcohol-Use-Policy-Canada-2012-fr.pdf>:
- Tweedly, L., Ponsford, J., & Lee, N. (2012). Investigation of the effectiveness of brief interventions to reduce alcohol consumption following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 27*(5), 331-341. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/HTR.0b013e318262200a>
- Vungkhanching, M., Heinemann, A. W., Langley, M. J., Ridgely, M., & Kramer, K. M. (2007). Feasibility of a skills-based substance abuse prevention program following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 22*(3), 167-176. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=17510592>
- Weil, Z. M., Corrigan, J. D., & Karelina, K. (2016). Alcohol abuse after traumatic brain injury: Experimental and clinical evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 62*, 89-99. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.005>
- West, S. L. (2011). Substance use among persons with traumatic brain injury: a review. *NeuroRehabilitation, 29*(1), 1-8. doi:10.3233/nre-2011-0671
- Ylvisaker, M., Feeney, T., & Capo, M. (2007). Long-term community supports for individuals with co-occurring disabilities after traumatic brain injury: Cost effectiveness and project-based intervention. *Brain Impairment, 8*(3), 276-292. doi:<http://dx.doi.org/10.1375/brim.8.3.276>
- Zgaljardic, D. J., Seale, G. S., Schaefer, L. A., Temple, R. O., Foreman, J., & Elliott, T. R. (2015). Psychiatric Disease and Post-Acute Traumatic Brain Injury. *Journal of neurotrauma, 32*(23), 1911-1925. doi:25629222

ANNEXES

Annexe 1. Mots-clés et recherches bibliographiques

Bases de données consultées (Recherche complétée le 2019-02-01)

Bases de données	Plateforme	Couverture	Date de consultation	Nb de références
1. Medline	Ovid	MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to January 31, 2019	1 ^{er} février 2019	3 344
2. PsycINFO	Ovid	1806 to January Week 4 2019	1 ^{er} février 2019	1 344
3. Social Work Abstracts	EBSCO		1 ^{er} février 2019	14
			TOTAL	4 702

1. Medline (Ovid)

Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de Medline

#	Équations	Résultats
# 1	exp Substance-Related Disorders/	263 233
# 2	Addict*.ti,ab.	57 085
# 3	Alcoholism.ti,ab.	26 189
# 4	Alcoholic*.ti,ab.	59 159
# 5	((Drug? OR Polydrug? OR Substance? OR Narcotic? OR Alcohol OR Drink*) ADJ2 (Abuse* OR Binge OR Dependenc* OR Disorder? OR Excess* OR Harm* OR Hazardous OR Heav* OR Intoxicat* OR Misuse* OR Problem? OR Risk? OR Trouble?)).ti,ab.	144 703
# 6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	386 447
# 7	exp Brain Injuries/	63 507
# 8	Exp Stroke/	119 361
# 9	exp brain neoplasms/	142 801
# 10	exp encephalitis/	45 977
# 11	exp meningitis/	53 804
# 12	exp Hypoxia, Brain/	12 125
# 13	(Brain ADJ3 (injur* OR damage? OR infection? OR lesion? OR tumo*r* OR neoplasm*)).ti,ab.	144 134
# 14	(aneurysm? adj4 (brain or cerebral or intracranial)).ti,ab.	18 229
# 15	Anoxia?.ti,ab.	9 154
# 16	Encephalitis.ti,ab.	36 418
# 17	Encephalopath*.ti,ab.	44 778
# 18	Meningitis.ti,ab.	49 011
# 19	Meningoencephalitis.ti,ab.	6 647
# 20	Stroke?.ti,ab.	220 088
# 21	TBI.ti,ab.	21 185
# 22	TBIs.ti,ab.	702
# 23	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	709 091
# 24	exp PSYCHOTHERAPY/	184 278
# 25	exp Counseling/	41 210
# 26	exp Rehabilitation/	282 365
# 27	Intervention?.ti,ab.	825 352
# 28	program*.ti,ab.	787 536
# 29	psychotherapy.ti,ab.	31 046
# 30	psychotherapies.ti,ab.	1 755

# 31	Training?.ti,ab.	358 406
# 32	Service?.ti,ab.	457 632
# 33	Practice?.ti,ab.	770 845
# 34	approach*.ti,ab.	1 562 454
# 35	Counsel?ing?.ti,ab.	84 093
# 36	Rehabilitation?.ti,ab.	141 964
# 37	Therapy.ti,ab.	1 639 517
# 38	Therapies.ti,ab.	249 320
# 39	Treatment?.ti,ab.	4 094 635
# 40	24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39	8 120 521
# 41	6 AND 23 AND 40	3 744
# 42	(english or french).lg.	25 372 025
# 43	41 AND 42	3 344

2. PsycINFO (Ovid)

Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de PsycINFO

#	Équations	Résultats
# 1	Exp Alcohol abuse/	46 911
# 2	Exp Alcohol intoxication/	3 044
# 3	Exp Drug abuse/	106 481
# 4	"Substance Use Disorder"/	5 937
# 5	Exp Drug addiction/	13 458
# 6	Addict*.ti,ab.	48 244
# 7	Alcoholism.ti,ab.	19 407
# 8	Alcoholic*.ti,ab.	21 530
# 9	Marijuana usage/	2 653
# 10	Intravenous drug usage/	3 748
# 11	((Drug? OR Polydrug? OR Substance? OR Narcotic? OR Alcohol OR Drink*) ADJ2 (Abuse* OR Binge OR Dependenc* OR Disorder? OR Excess* OR Harm* OR Hazardous OR Heav* OR Intoxicat* OR Misuse* OR Problem? OR Risk? OR Trouble?)).ti,ab.	112 962
# 12	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	193 039
# 13	exp brain damage/	34 986
# 14	exp encephalitis/	3 424
# 15	anoxia/	3 123
# 16	exp encephalopathies/	4 637
# 17	Exp meningitis/	781
# 18	cerebrovascular accidents/	19 517
# 19	brain neoplasms/	2 517
# 20	"brain lesions (disorders)"/	2 590
# 21	(Brain ADJ3 (injur* OR damage? OR infection? OR lesion? OR tumo*r* OR neoplasm*)).ti,ab.	43 900
# 22	(aneurysm? adj4 (brain or cerebral or intracranial)).ti,ab.	551
# 23	Anoxia?.ti,ab.	737
# 24	Encephalitis.ti,ab.	3 732
# 25	Encephalopath*.ti,ab.	5 143
# 26	Meningitis.ti,ab.	1 444
# 27	Meningoencephalitis.ti,ab.	294
# 28	Stroke?.ti,ab.	31 593
# 29	TBI.ti,ab.	9 852
# 30	TBIs.ti,ab.	449

# 31	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30	100 601
# 32	exp counseling/	75 123
# 33	exp intervention/	95 521
# 34	exp psychotherapy/	210 070
# 35	exp rehabilitation/	71 688
# 36	Exp Treatment/	725 041
# 37	Exp training/	70 428
# 38	biopsychosocial approach/	3 564
# 39	interdisciplinary treatment approach/	6 959
# 40	multimodal treatment approach/	1 773
# 41	Intervention?.ti,ab.	342 568
# 42	program*.ti,ab.	369 195
# 43	psychotherapy.ti,ab.	83 945
# 44	psychotherapies.ti,ab.	4 463
# 45	Training?.ti,ab.	242 758
# 46	Service?.ti,ab.	255 209
# 47	Practice?.ti,ab.	419 105
# 48	approach*.ti,ab.	493 813
# 49	Counsel?ing?.ti,ab.	77 204
# 50	Rehabilitation?.ti,ab.	49 407
# 51	Therapy.ti,ab.	219 967
# 52	Therapies.ti,ab.	30 049
# 53	Treatment?.ti,ab.	581 723
# 54	32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53	2 094 920
# 55	12 and 31 and 54	1 411
# 56	(english or french).lg.	4 301 940
# 57	55 AND 56	1 344

3. Social Work Abstracts (EBSCO)

Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de Social Work Abstracts

#	Équations	Résultats
# 1	SU (addict*) OR AB (addict*) OR TI (addict*)	3 832
# 2	SU (Alcoholism) OR AB (Alcoholism) OR TI (Alcoholism)	1 081
# 3	SU (Alcoholic*) OR AB (Alcoholic*) OR TI (Alcoholic*)	958
# 4	SU ((Drug# OR Polydrug# OR Substance# OR Narcotic# OR Alcohol OR Drink*) N2 (Abuse* OR Binge OR Dependenc* OR Disorder# OR Excess* OR Harm* OR Hazardous OR Heav* OR Intoxicat* OR Misuse* OR Problem# OR Risk# OR Trouble#)) OR AB ((Drug# OR Polydrug# OR Substance# OR Narcotic# OR Alcohol OR Drink*) N2 (Abuse* OR Binge OR Dependenc* OR Disorder# OR Excess* OR Harm* OR Hazardous OR Heav* OR Intoxicat* OR Misuse* OR Problem# OR Risk# OR Trouble#)) OR TI ((Drug# OR Polydrug# OR Substance# OR Narcotic# OR Alcohol OR Drink*) N2 (Abuse* OR Binge OR Dependenc* OR Disorder# OR Excess* OR Harm* OR Hazardous OR Heav* OR Intoxicat* OR Misuse* OR Problem# OR Risk# OR Trouble#))	3 780
# 5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	5 807
# 6	SU (Brain N3 (injur* OR damage# OR infection# OR lesion# OR tumor* OR tumour* OR neoplasm*)) OR AB (Brain N3 (injur* OR damage# OR infection# OR lesion# OR tumor* OR tumour* OR neoplasm*)) OR TI (Brain N3 (injur* OR damage# OR infection# OR lesion# OR tumor* OR tumour* OR neoplasm*))	154

# 7	SU (aneurysm# N4 (brain or cerebral or intracranial)) OR AB (aneurysm# N4 (brain or cerebral or intracranial)) OR TI (aneurysm# N4 (brain or cerebral or intracranial))	0
# 8	SU (Anoxia#) OR AB (Anoxia#) OR TI (Anoxia#)	0
# 9	SU (Encephalitis) OR AB (Encephalitis) OR TI (Encephalitis)	1
# 10	SU (Encephalopath*) OR AB (Encephalopath*) OR TI (Encephalopath*)	0
# 11	SU (Meningitis) OR AB (Meningitis) OR TI (Meningitis)	2
# 12	SU (Meningoencephalitis) OR AB (Meningoencephalitis) OR TI (Meningoencephalitis)	0
# 13	SU (Stroke#) OR AB (Stroke#) OR TI (Stroke#)	91
# 14	SU (TBI) OR AB (TBI) OR TI (TBI)	15
# 15	SU (TBIs) OR AB (TBIs) OR TI (TBIs)	0
# 16	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	243
# 17	SU (Intervention#) OR AB (Intervention#) OR TI (Intervention#)	9728
# 18	SU (program*) OR AB (program*) OR TI (program*)	17638
# 19	SU (Psychotherapy) OR AB (Psychotherapy) OR TI (Psychotherapy)	8826
# 20	SU (Training#) OR AB (Training#) OR TI (Training#)	8675
# 21	SU (Service#) OR AB (Service#) OR TI (Service#)	19590
# 22	SU (Practice#) OR AB (Practice#) OR TI (Practice#)	21464
# 23	SU (approach*) OR AB (approach*) OR TI (approach*)	10665
# 24	SU (Counseling#) OR AB (Counseling#) OR TI (Counseling#)	2754
# 25	SU (Counselling#) OR AB (Counselling#) OR TI (Counselling#)	92
# 26	SU (Rehabilitation#) OR AB (Rehabilitation#) OR TI (Rehabilitation#)	1417
# 27	SU (Therapy) OR AB (Therapy) OR TI (Therapy)	8155
# 28	SU (Treatment#) OR AB (Treatment#) OR TI (Treatment#)	11909
# 29	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	58396
# 30	S5 AND S16 AND S29	14

Annexe 2. Tableau des raisons d'exclusion des articles après lecture complète.

Auteurs	Titres	Raisons d'exclusion
Bombardier (1995)	Alcohol use and traumatic brain injury	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Cope (1991)	Brain injury: analysis of outcome in a post-acute rehabilitation system.	La majorité de l'échantillon (≥ 50 %) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Corrigan (1995)	A program of intervention for substance abuse following traumatic brain injury.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Corrigan (2005)	Increasing substance abuse treatment compliance for persons with traumatic brain injury.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Corrigan (2007)	Interventions to promote retention in substance abuse treatment.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Cusick (2003)	Evaluation of the home and community-based services brain injury MEDICAID WAIVER PROGRAMME in Colorado.	La majorité de l'échantillon (≥ 50 %) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Dikmen (1995)	Alcohol Use Before and After Traumatic Head Injury	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Ellerd (1992)	Follow-up at twelve and thirty months of persons with traumatic brain injury engaged in supported employment placements.	La majorité de l'échantillon (≥ 50 %) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Fernandez (2006)	Brief interventions to reduce harmful alcohol use among military personnel: lessons learned from the civilian experience.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Geurtsen (2008)	A prospective study to evaluate a new residential community reintegration program for severe chronic brain injury: the Brain Integration Program.	La majorité de l'échantillon (≥ 50 %) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Hanks (2012)	Randomized controlled trial of peer mentoring for individuals with traumatic brain injury and their significant others.	La majorité de l'échantillon (≥ 50%) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Herrold (2015)	Alcohol use and craving among Veterans with mental health disorders and mild traumatic brain injury.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)

Hollard (2008)	The Relationship between Substance Use Disorders and Unsuccessful Case Closures in Vocational Rehabilitation Agencies	La majorité de l'échantillon ($\geq 50\%$) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Kristofersson (2016)	Perceptions of an Adapted Mindfulness Program for Persons Experiencing Substance Use Disorders and Traumatic Brain Injury.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Kwok (2013)	Drug and Alcohol Abuse among Individuals with Acquired Brain Injury	La majorité de l'échantillon ($\geq 50\%$) ne présente pas une consommation à risque ou problématique de SPA
Morrissey (2005)	Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program and person-level effects	La totalité de l'échantillon n'a pas subi un TCC
Olson-Madden (2012)	Substance use and mild traumatic brain injury risk reduction and prevention: a novel model for treatment.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Ponsford (2012)	Who responds better? Factors influencing a positive response to brief alcohol interventions for individuals with traumatic brain injury.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Sparadeo (1992)	Addiction and traumatic brain injury Handbook for assessing and treating addictive disorders	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Wehman (2000)	Return to work for individuals with TBI and a history of substance abuse.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)
Zatzick (2014)	Collaborative care intervention targeting violence risk behaviors, substance use, and posttraumatic stress and depressive symptoms in injured adolescents: a randomized clinical trial.	N'évalue pas l'efficacité d'intervention psychosociale axée sur les variables d'intérêt (dimensions d'intégration sociale)

Annexe 3. Grille d'évaluation de la qualité des études retenues.

Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 - Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études qualitatives, quantitatives et mixtes

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses			
		Oui	Non	Ne sait pas	Commentaires
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires ?				
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche ?				
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>				
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche ?				
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche ?				
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données ?				
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données ?				
	1.5. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives ?				
2. Études quantitatives à répartition aléatoire « essai contrôlé randomisé * »	2.1. La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée ?				
	2.2. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention) ?				
	2.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes ?				
	2.4. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quel traitement) ?				
	2.5. Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée ?				
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible ?				
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition) ?				
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes ?				
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données ?				
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu ?				
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?				
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible ?				
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées ?				
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible ?				
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche ?				
5. Études avec méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate ?				
	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche ?				
	5.3. La résultante (<i>outputs</i>) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée ?				
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate ?				
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées ?				

* L'expression « essai contrôlé randomisé » est déconseillée par le [Grand dictionnaire terminologique de la langue française](#).

Traduit le 1er août 2018 de Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon MP, Griffiths F, Nicolau B, O'Cathain A, Rousseau MC, Vedel I. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

<http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>

Résultats d'évaluation de la qualité des études retenues.

Études quantitatives sans sélection aléatoire

Item	(Bombardier, 1999)	(Cox, 2003)	(Heinemann, 2004)	(Jones, 1992)	(Vunkhanching, 2007)	(Bogner, 1997)	(Hensold, 2006)	(Blackery, 1990)	(Feeney, 2001)	(Ylvisaker, 2012)	(Moore, 2014)	(Kristofersson, 2012)
Est-ce que les questions de recherche sont claires ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas	Oui	Oui
Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?	Oui	Non	Non	Ne sait pas	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Résultats d'évaluation de la qualité des études retenues (suite).

Essais à répartition aléatoire		
Item	(Sander, 2012)	(Tweedly, 2012)
Est-ce que les questions de recherche sont claires ?	Oui	Oui
Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche ?	Oui	Oui
La répartition au hasard des participants (randomisation) est-elle effectuée de manière appropriée?	Oui	Oui
Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?	Oui	Oui
Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?	Oui	Oui
Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quelle intervention)?	Non	Oui
Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée?	Oui	Oui

Annexe 4. Questionnaire pour la collecte de données expérientielles.

Préambule

Notre équipe sollicite actuellement les intervenants des milieux TCC/RAIS – RAC – Manoir-de-l'Âge-d'Or afin de participer à l'élaboration d'un rapport sur les meilleures pratiques visant à soutenir l'intégration sociale des adultes ayant un traumatisme craniocérébral (TCC) et une consommation à risque ou problématique de substances psychoactives (SPA). Ce projet est sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI), en collaboration avec l'Institut universitaire sur la réadaptation physique en déficience physique de Montréal (IURDPM) et l'Institut universitaire sur les dépendances. De plus, il est mené à la demande du Programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement de notre CIUSSS.

La participation à ce projet est volontaire, anonyme, confidentielle et s'effectue sur papier. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Notez cependant que les questionnaires incomplets pourraient être pris en compte dans l'analyse des résultats.

Votre participation implique de remplir un questionnaire ayant une durée approximative de 30 minutes. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Chaque participation est précieuse, puisqu'elle nous permettra d'adapter les recommandations qui seront émises à la réalité des utilisateurs ciblés, soit les intervenants qui offrent plus directement des services visant l'intégration sociale des adultes ayant un TCC et qui consomment des SPA.

Enfin, nous insistons sur le fait que les données recueillies par cette consultation seront entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants.

Pour toutes questions : christine.maltais.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Formulaire de consentement

Par la présente, j'accepte de participer au présent sondage, en soutien au projet d'élaboration d'un rapport sur meilleures pratiques visant à soutenir l'intégration sociale des personnes ayant un traumatisme craniocérébral et qui consomment des substances psychoactives.

Oui : ____ Non : ____

Si « oui », veuillez répondre au sondage qui suit.

Éligibilité

Le présent questionnaire portera sur votre expérience d'intervention auprès des adultes avec un TCC léger ou modéré/sévère et présentant une consommation problématique ou à risque de SPA (alcool, cannabis, drogues illicites, médicaments) avant ou après le TCC.

Une consommation est considérée à risque lorsque cette dernière dépasse les seuils recommandés par les autorités de santé publique ou lorsqu'elle est à l'origine d'effets indésirables sur le fonctionnement d'une personne (Butt et al., 2011 ; Thomas, 2012).

Une consommation problématique fait référence à la présence d'un diagnostic de Trouble d'utilisation de substance (TUS) tel que décrit dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) et d'une consommation qui est à l'origine d'effets indésirables sur le fonctionnement d'une personne.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été appelé à intervenir pour soutenir l'intégration sociale d'au moins un adulte ayant un TCC (léger, modéré ou sévère) et présentant une consommation à risque ou problématique de SPA (alcool, cannabis, drogues illicites, médicaments) ?

Oui : ____ Non : ____

Si « oui », veuillez répondre au sondage qui suit.

PREMIÈRE PARTIE

Attitudes vis-à-vis des pratiques fondées sur les données probantes

Section 1 : Mes attitudes vis-à-vis des pratiques fondées sur les données probantes.

La présente section porte sur votre attitude face à l'utilisation de recommandations de pratiques qui s'appuient sur des données issues de la recherche, c'est-à-dire celles qui ont fait leurs preuves scientifiquement. Indiquez à quel point les items suivants correspondent à ce que vous pensez.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
1.1 J'aime recourir à de nouvelles pratiques pour aider les clients.					
1.2 J'accepte d'essayer de nouvelles pratiques, même si je dois suivre les consignes/recommandations provenant de données probantes.					
1.3 Je sais comment m'occuper de mes clients mieux que ne le sauraient les chercheurs.					
1.4 J'accepte de recourir à de nouvelles pratiques développées par des chercheurs.					
1.5 Les interventions basées sur les recherches ne sont pas utiles dans ma pratique.					
1.6 L'expérience est plus importante que le recours à des pratiques consignées/recommandées par les résultats de travaux de recherche.					
1.7 Je ne me servirais pas de pratiques consignées/recommandées par la recherche.					
1.8 J'essaierais une nouvelle pratique, même si elle se distingue nettement de ce que j'ai l'habitude de faire.					

DEUXIÈME PARTIE

Besoins et attentes des intervenants

Section 1 : Interventions destinés aux adultes avec TCC et une consommation de SPA

La présente section porte sur le ou les milieu(x) d'intervention qui offrent des services de soutien à l'intégration sociale aux adultes avec un TCC et qui consomment des SPA. Nous voulons savoir, selon vous, s'il est important d'intégrer des pratiques spécifiques auprès de cette clientèle dans les milieux suivants. Notez qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Pas du tout important 1		Peu important 2				Assez important 3				Très important 4							
		TCC léger / consommation à risque				TCC léger / consommation problématique				TCC modéré- sévère / consommation à risque				TCC modéré- sévère / consommation problématique			
2.1.1	Dans les interventions en milieu hospitalier	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2.1.2	Dans les interventions offertes en milieu de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2.1.3	Dans les interventions offertes dans les établissements de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2.1.4	En milieu de vie substitut (ex., ressources à assistance continue - RAC)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2.1.5	En milieu de soins de longue durée (ex. Manoir-de-l'Âge-d'Or)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2.1.6	Ressources en toxicomanie du CCSMTL	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2.1.7	Dans la communauté	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Section 2 : Caractéristique cliniques des interventions visant l'intégration sociale

Lisez attentivement la définition des caractéristiques cliniques d'intervention suivantes, puis encerclez le chiffre qui décrit le mieux ce que vous pensez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Selon votre expérience, à quel point ces caractéristiques sont-elles importantes pour soutenir l'intégration sociale des adultes avec TCC et qui consomment des SPA.

	Pas du tout important 1	Peu important 2	Assez important 3	Très important 4
	TCC léger / consommation à risque	TCC léger / consommation problématique	TCC modéré- sévère / consommation à risque	TCC modéré- sévère / consommation problématique
2.2.1 Centrée sur l'autodétermination Déf : Axée sur la capacité de l'individu d'effectuer des choix et à se prendre en main.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2.2.2 Écologique Déf : Axée sur les interventions dans le milieu de vie de la personne elle-même.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2.2.3 Systemique Déf : Axée sur l'intervention auprès des environnements familial, social, culturel, scolaire ou professionnel dans lesquels évolue la personne.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2.2.4 Individualisée Déf : Tiens compte des particularités et des besoins des usagers en tenant compte, entre autres, de facteurs tels l'âge, la culture, la présence de conditions psychiatriques ou d'une problématique de dépendance.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

<p>2.2.5 Interdisciplinaire Déf : Inclus plusieurs intervenants avec des formations, compétences et expertises distinctes et qui travaillent ensemble à développer une compréhension commune d'une personne et des interventions concertées.</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>
<p>2.2.6 Éducative Déf : Utilise des stratégies d'enseignement visant l'acquisition de connaissances et d'habiletés.</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>
<p>2.2.7 Compensatoire Déf : Fournis des méthodes ou des stratégies permettant de pallier certaines incapacités temporaires ou permanentes, de manière à permettre à la personne de réaliser de façon optimale ses habitudes de vie.</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>

Section 3 : Dimensions de l'intégration sociale

L'intégration sociale comprend plusieurs dimensions (Shaikh, 2018). Lisez attentivement les dimensions suivantes et les exemples qui s'en suivent, puis indiquez à quel point il est important que les interventions ciblent ces dimensions de l'intégration sociale auprès des adultes TCC qui consomment des SPA.

Classez-les de la plus importante à la moins importante (**1 = plus importante ; 7 = moins importante**).

2.3.1	Dimensions d'intégration sociale	Ordre	Commentaires, s'il y a lieu
2.3.1.1	<p>Indépendance</p> <p>Déf : Autonomie dans la réalisation des activités ménagères ; mobilité à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison incluant la conduite automobile ; capacité de faire des choix de vie et prendre des décisions quotidiennes.</p>		
2.3.1.2	<p>Milieu de vie (intégration au domicile)</p> <p>Déf : Avoir accès à un environnement de vie approprié, sûr et normalisant ; participer activement à des activités à la maison telle que prendre des décisions concernant les arrangements, pouvoir cuisiner, manger, lire, utiliser son propre domicile comme base pour explorer et participer à des activités communautaires.</p>		
2.3.1.3	<p>Vie sociale</p> <p>Déf : Acquérir des rôles sociaux ; former et maintenir des relations interpersonnelles au-delà des membres de sa famille.</p>		
2.3.1.4	<p>Performance au travail</p> <p>Déf : Étudier; occuper un travail rémunéré ou non rémunéré ou participer à d'autres activités productives.</p>		
2.3.1.5	<p>Adaptation psychologique</p> <p>Déf : Estime de soi, anxiété ou dépression; fonctionnement psychosocial ; changements dans les comportements associés à la consommation de SPA.</p>		
2.3.1.6	<p>Sentiment d'appartenance</p> <p>Déf : Se sentir comme un membre important de la communauté ; se sentir aimé, reconnu et soutenu.</p>		
2.3.2	Consommation de SPA		
2.3.2.1	<p>Gestion de la consommation d'alcool / drogues / médicaments</p> <p>Déf : Réduire, contrôler ou prévenir la consommation à risque ou problématique.</p>		

Section 4 : Activités d'intervention

Dans le milieu où vous travaillez, quelles activités de réadaptation pourraient être introduites ou révisées pour favoriser l'intégration sociale des adultes ayant un TCC (tous types de sévérité) lorsqu'ils présentent une consommation à risque ou problématique de SPA ?



TROISIÈME PARTIE

Vers une implantation des recommandations

Section 1 : Facilitateurs de l'utilisation des recommandations du rapport

Selon vous, lesquels des éléments suivants faciliteront votre utilisation du rapport sur meilleures pratiques dans votre pratique quotidienne ?

		OUI	NON
3.1.1	Approbation, appui et utilisation du rapport par vos collègues et de l'équipe	—	—
3.1.2	Identification d'une personne auquel vous pourrez référer à l'intérieur de votre programme	—	—
3.1.3	Présence de plusieurs copies du rapport dans votre programme	—	—
3.1.4	Formation sur le rapport et son utilisation	—	—
3.1.5	Mesures d'évaluation de l'implantation et des impacts du rapport	—	—
3.1.6	Matériel promotionnel et aide-mémoire liés à l'appropriation du GdP (ex.: post-it, blocs-notes)	—	—

Section 2 : Format du rapport

Selon vous, quel format du rapport favorisera le mieux votre utilisation ?

		OUI	NON
3.2.1	Format papier exhaustif	—	—
3.2.2	Format papier synthétique	—	—
3.2.3	Format électronique pdf	—	—
3.2.4	Format audiovisuel (podcasts)	—	—
3.2.5	Séminaire avec les auteurs du rapport	—	—
3.2.6	Autres (spécifiez) _____	—	—

SECTION 3

Données sociodémographiques

Les questions suivantes portent sur votre expérience d'intervention **au cours des 12 derniers mois et sur votre profil professionnel**. Enfin, nous insistons sur le fait que les données recueillies par cette consultation seront entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants.

1.1 Au cours des 12 derniers mois, avec combien d'adultes avez-vous travaillé ?

- a) Nombre d'adultes **TCC léger** et **consommation à risque** : _____
- b) Nombre d'adultes **TCC léger** et **consommation problématique** : _____
- c) Nombre d'adultes **TCC modéré-sévère** et **consommation à risque** : _____
- d) Nombre d'adultes **TCC modéré-sévère** et **consommation problématique** : _____

1.2 Où travaillez-vous principalement ?

Programme TCC / volet RAIS _____
Ressources à assistance continue (RAC) _____
Manoir-de-l'Âge-d'Or _____

1.3 Vous travaillez à :

Temps plein : _____ Temps partiel : _____ Préfère ne pas répondre : _____

1.4 Vous travaillez principalement :

De jour : _____ De soir : _____ Préfère ne pas répondre : _____

1.5 Quelle est votre profession ?

- Éducateurs spécialisés – Psychoéducateurs
- Intervenants psychosociaux (TS, psychologues)
- Soins infirmiers
- Autres professionnels de la réadaptation (ergothérapeutes, etc.)
- Autre [précisez] : _____

1.6 Combien d'années d'expérience auprès de la clientèle TCC (arrondissez au nombre le plus près) ? _____

SECTION 4 : COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Finalement, avez-vous d'autres commentaires ou suggestions à formuler à l'égard du processus de développement d'un rapport sur les meilleures pratiques, de son format, de son contenu et du processus d'implantation à prévoir ?

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration !

Si vous avez des interrogations, prière de communiquer avec :
Christine Maltais, PhD
Responsable scientifique UETMI
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Téléphone : 514 340-2800, poste 3314
Courriel : christine.maltais.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 5. Diagramme de flux pour l'identification, le repérage et la sélection des études

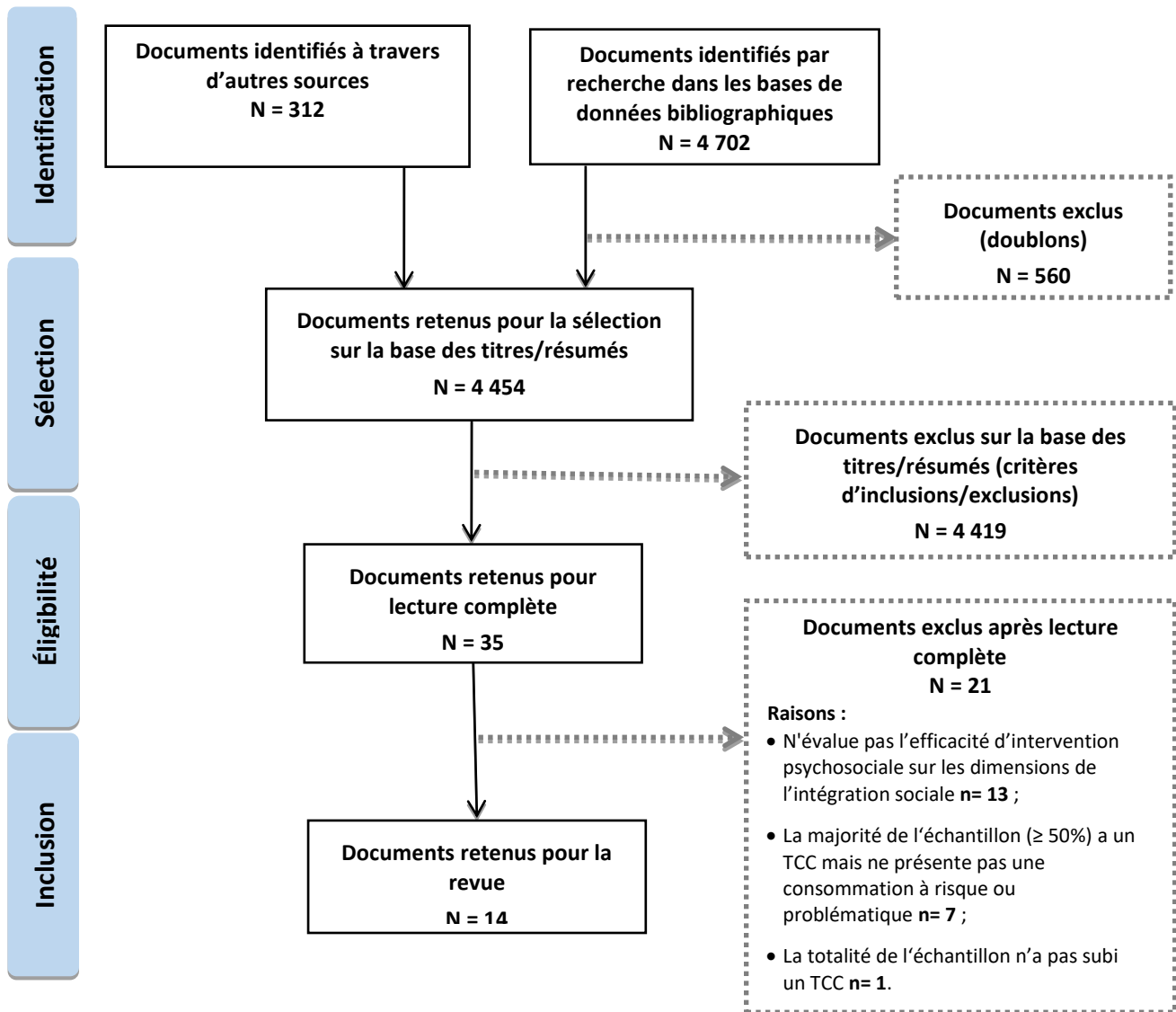


Diagramme inspiré des diagrammes de flux PRISMA :

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Annexe 6. Portrait des usagers ayant un TCC et consommant des SPA desservis dans les trois services cibles du CCSMTL.

	Programmes du CCSMTL		
	TCC/RAIS	RAC	MADO
Admissions (01-04-2018 au 31-03-2019)			
<i>N</i> Total (%)	95 (100,0)		
<i>N</i> avec TCC (%)	95 (100,0)		
<i>N</i> avec TCC et consommation (%)	14 (14,7)		
Usagers desservis au 31-03-2019			
<i>N</i> Total (%)		53 (100,0)	168 (100,0)
<i>N</i> avec TCC (%)		15 (28,3)	N.D.
<i>N</i> avec TCC et consommation (%)		9 (17,0)	13 (7,7)
Gravité du TCC des personnes qui consomment			
<i>N</i> léger (%)	6 (42,3)	-	-
<i>N</i> modéré-grave (%)	8 (57,1)	9 (100,0)	2 (15,4)
<i>N</i> inconnu (%)	-	-	11 (84,6)
Genre			
<i>N</i> femmes (%)	3 (21,4)	-	-
<i>N</i> hommes (%)	11 (78,6)	9 (100,0)	13 (100,0)
Âge			
moyenne	42,3	47,5	63,6
étendue min-max	21-72	27-67	51-78
Durée de l'offre de services au 31-03-2019			
moyenne (en mois)	4,0		
étendue min-max (en mois)	0-9,6 ⁵		
Durée du séjour au 31-03-2019			
moyenne (en année)		7,5	1,9
étendue min-max		0,1-19,4	0,8-5,1

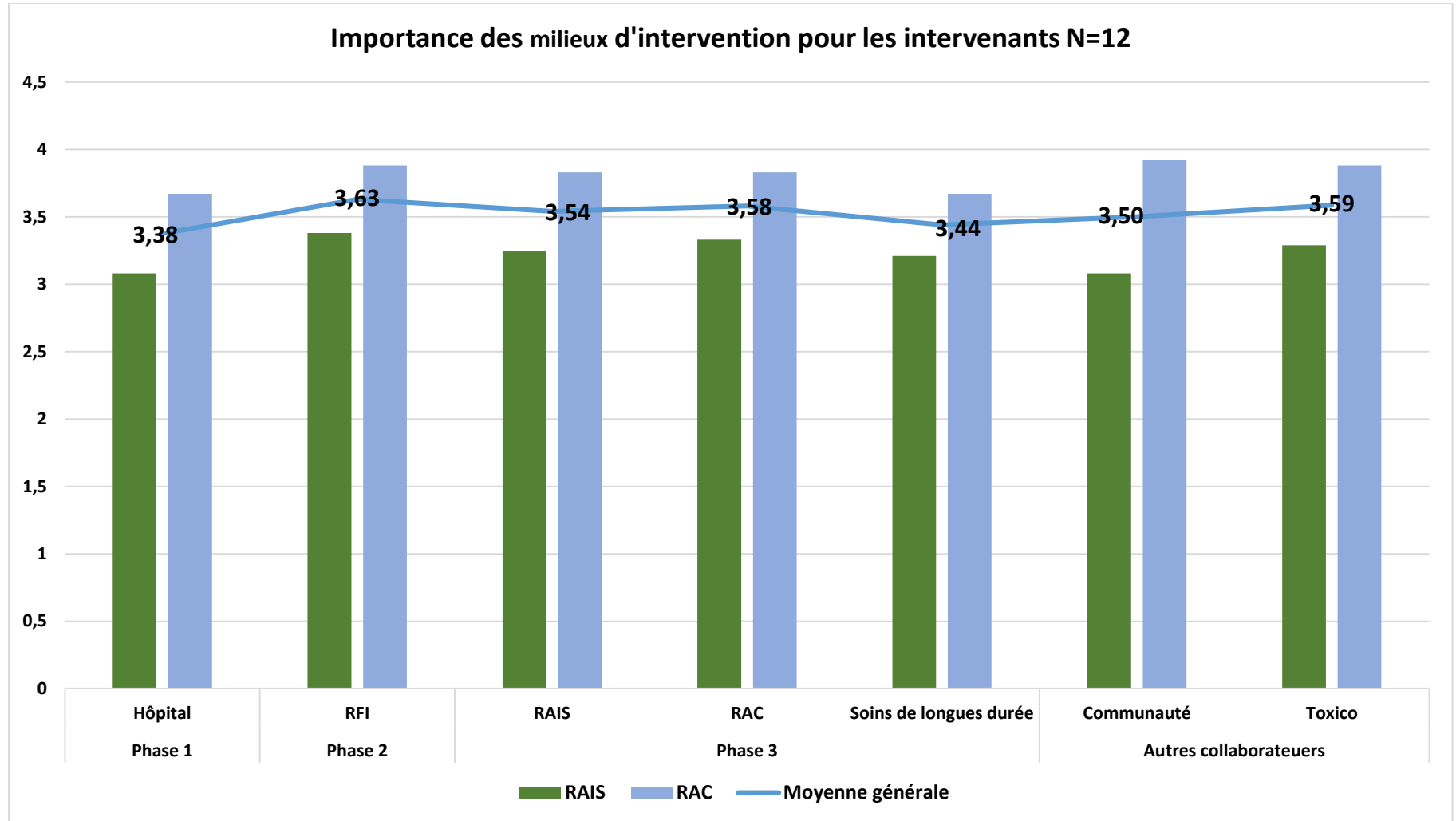
⁵ Données disponibles pour 8 des 14 usagers avec TCC-TUS 2019 seulement ; noter que deux d'entre eux ont refusé les services et ont quitté volontairement le programme, ce qui affecte la durée de séjour moyenne.

Annexe 7. Utilisation des d'interventions pour soutenir l'intégration sociale des adultes avec TCC et qui ont une consommation à risque ou problématique de SPA selon les milieux (RAIS, RAC, MADO).

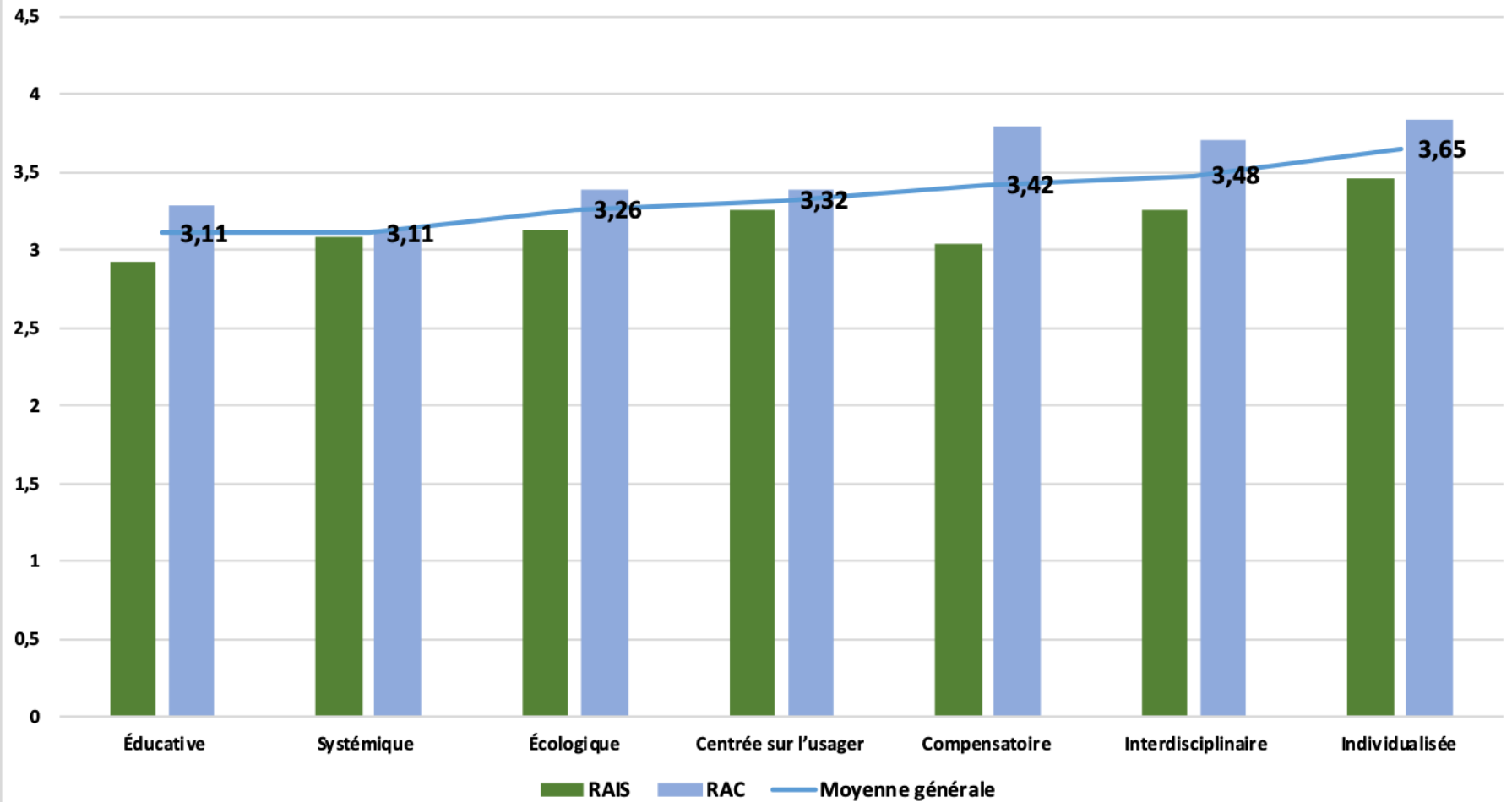
Caractéristiques cliniques d'intervention	RAIS (TCCL)	RAIS (TCCMG)	RAC	MADO
Centrée sur l'utilisateur	Fréquent	Parfois	Fréquent	Fréquent
Écologique	Fréquent	Fréquent	Fréquent	Fréquent
Systémique	Parfois	Parfois	Rarement	Parfois
Individualisée	Parfois	Parfois	Fréquent	Fréquent
Interdisciplinaire	Parfois	Fréquent	Parfois	Fréquent
Éducative	Fréquent	Parfois	Rarement	Parfois
Compensatoire	Parfois	Fréquent	Fréquent	Parfois

Fréquent
Parfois
Rarement
Pas du tout

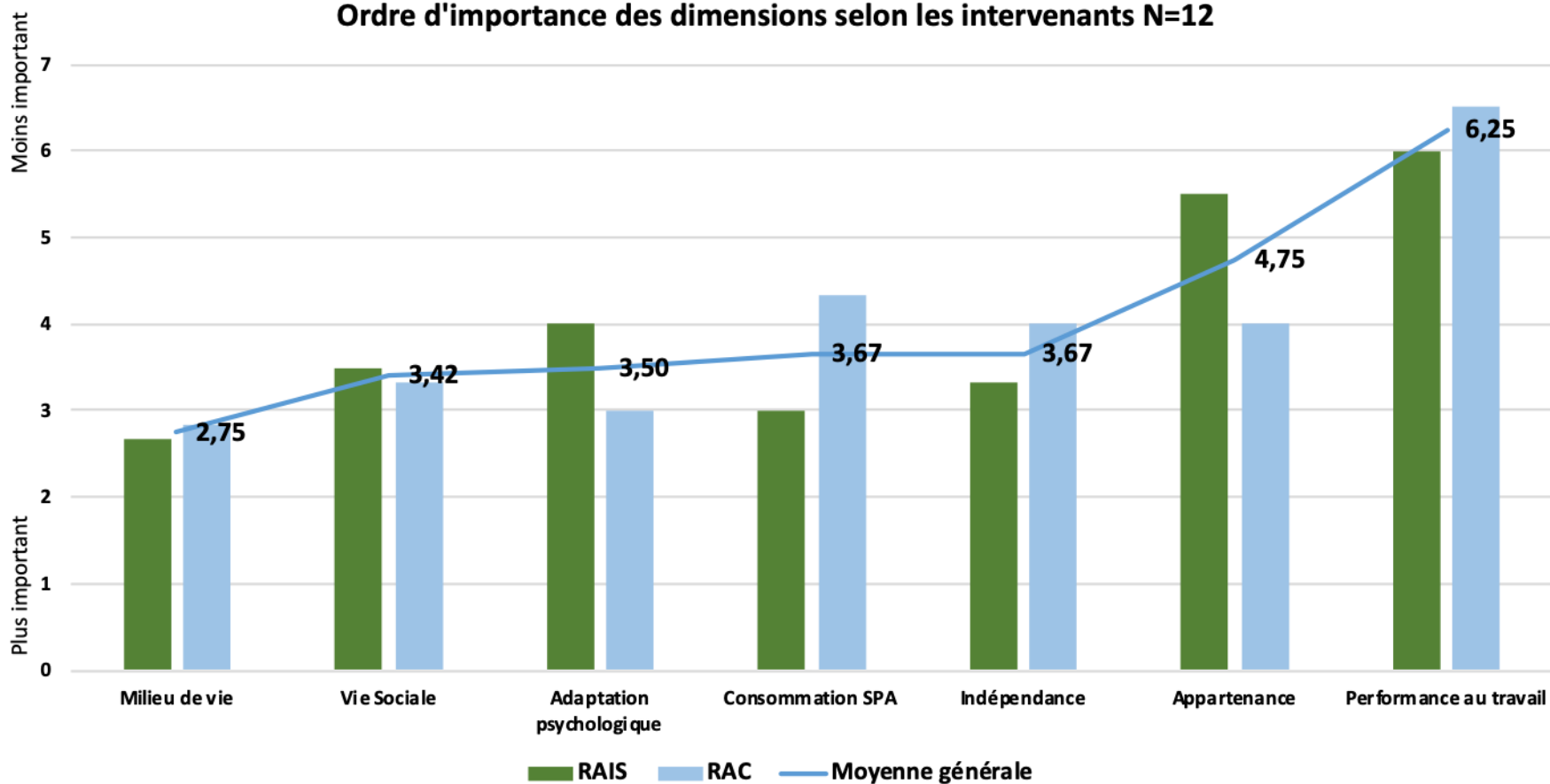
Annexe 8. Résultats des données expérientielles.



Importance des types d'intervention (caractéristiques cliniques) selon les intervenants N=12



Ordre d'importance des dimensions selon les intervenants N=12



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

Québec 