

Démarche réflexive d'analyse en partenariat sur l'élaboration de stratégies pour améliorer l'offre de services en santé mentale des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave

Élaine de Guise, Frédéric Banville et Monique Desjardins
Université de Montréal

Marie-Christine Ouellet
Université Laval

Yvonne Richard
Université de Montréal

Stéphane Gagnier
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Simon Bonneau-Beaulieu
Université Laval

Hélène Audrit, Debbie Feldman et Bonnie Swaine
Université de Montréal

Élaine de Guise, Département de psychologie, Université de Montréal; Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR); Institut de recherche du Centre Universitaire de santé McGill. Frédéric Banville, Département de psychologie, Université de Montréal. Monique Desjardins, Département de psychiatrie, Université de Montréal; Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Marie-Christine Ouellet, École de psychologie, Université Laval; Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS-IRDPQ). Yvonne Richard, École de réadaptation, Université de Montréal. Stéphane Gagnier, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal. Simon Bonneau-Beaulieu, École de psychologie, Université Laval. Hélène Audrit, Département de psychologie, Université de Montréal; Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est de déterminer les priorités d'action afin d'améliorer l'offre de services de santé mentale suite à un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave. Quatre-vingts participants (intervenants et intervenantes, décideurs et représentants et représentantes de la communauté) ont participé au forum de discussion. Un logiciel d'analyse qualitative des énoncés de la démarche réflexive (Démarche réflexive d'analyse en partenariat : DRAP) a été utilisé pour recueillir et analyser les énoncés (Boudreault et Kalubi, 2007). Les participants (hommes et femmes) devaient évaluer l'importance de chaque énoncé (incontournable, nécessaire, souhaitable). Un total de 341 énoncés ont été proposés dont 70,3 % ont été jugés comme étant incontournables dans le secteur des pratiques cliniques, 63,2 % dans le secteur des politiques, 50,7 % et 66,6 % dans les secteurs organisation des services et formation respectivement. Cette activité de réflexion provinciale en partenariat propose un plan d'action afin d'améliorer l'offre de services en santé mentale suite à un TCC modéré ou grave.

Mots clés : traumatisme craniocérébral, santé mentale, organisation des services de santé

ABSTRACT

This study used a qualitative design with the objective of identifying concrete and practical solutions to optimize mental health care service delivery to persons with moderate-to-severe traumatic brain injury (TBI). Eighty provincial service providers, decision-makers, and community representatives participated. Qualitative analysis software (DRAP), developed by Boudreault and Kalubi (2007), was used to collect and analyze the statements emerging from the provincial workshop discussions. To summarize, 341 statements were collected during the workshop; 70.3% of these relating to clinical practice were considered essential, as were 63.2% that addressed policies, 50.7% that dealt with service reorganization, and 66.6% that were related to training. This workshop identified important strategies and priority actions considered essential for implementation in the Quebec health network for persons with moderate-to-severe TBI.

Keywords: traumatic brain injury, mental health, health service delivery

Montréal Métropolitain (CRIR). Debbie Feldman, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR); Centre de recherche interdisciplinaire en santé; Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Bonnie Swaine, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR); École de réadaptation, Université de Montréal.

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Nous tenons à remercier tous les participants du forum ainsi que Dr. Paul Boudreault pour son expertise et son soutien pour l'utilisation du logiciel DRAP. Enfin, nous tenons également à remercier la direction de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay pour leur soutien logistique offert lors du forum de même que l'Université du Québec à Rimouski.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Éline de Guise PhD, Université de Montréal, Campus de Laval, 1700, rue Jacques-Tétreault, bureau 6230, Laval, QC, H7N 0B6. Tél : (514) 343-6111 ext. 53078; courriel : elaine.de.guise@umontreal.ca

Le traumatisme craniocérébral (TCC) est un important problème de santé publique partout dans le monde, et il est tout aussi présent aux États-Unis (Handel, Ovitt, Spiro et Rao, 2007; Vaishnavi, Rao et Fann, 2009), en Europe (Lathif, Phipps, Alton et Tyagi Sharma, 2014) qu'au Canada et au Québec. Ainsi, chaque année au Canada, 11 personnes sur 100 000 subissent un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave. Cette problématique touche principalement les jeunes âgés entre 15 et 24 ans, les accidents de véhicules à moteur étant les principaux objets de traumatismes (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). Au Québec, selon le Regroupement des associations de personnes traumatisées craniocérébrales, ce serait 12 000 personnes qui en souffriraient annuellement, les hommes étant touchés dans une proportion de 75 %; les accidents de la route (pour 45 %) et les chutes (pour 30 %) sont les principales causes de TCC affectant les adultes.

Les TCC modérés ou graves entraînent généralement une combinaison de difficultés physiques, cognitives, comportementales et psychologiques qui engendrent plusieurs complications, dont des difficultés d'adaptation psychosociale (Dikmen, Machamer, Powell et Temkin, 2003; Hart *et al.*, 2003; Hoofien, Gilboa, Vakil et Donovan, 2001) et de réalisation des habitudes de vie (incluant le retour à une vie professionnelle optimale et autonome). Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que l'apparition ou le développement de troubles de santé mentale, en plus des séquelles physiques et cognitives du traumatisme crânien, cause des invalidités plus importantes que les troubles physiques ou cognitifs seuls (Degeneffe, 2001; Hart *et al.*, 2003; Jumisko, Lexell et Soderberg, 2007) en raison de leur persistance à travers le temps.

La prévalence d'apparition d'un trouble de santé mentale suite à un TCC diffère d'une étude à l'autre, ce qui contribue notamment à alimenter la controverse quant à l'impact direct ou non d'un TCC sur la santé mentale. Ces inconsistances sont notamment liées à la sévérité du TCC subi, aux outils utilisés pour poser un diagnostic, à la taille des échantillons, au moment d'évaluation post-TCC et à la complexité des diagnostics en fonction des comorbidités ou des antécédents. Cependant, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les problématiques neuropsychiatriques post-traumatiques, lorsqu'elles sont présentes sur le plan clinique, constituent une problématique de santé publique ainsi qu'une importante barrière à la réadaptation et à la réintégration dans la communauté (Handel *et al.*, 2007; Lathif *et al.*, 2014; Vaishnavi *et al.*, 2009).

De manière générale, on s'entend pour dire que la prévalence des troubles mentaux après un TCC serait plus élevée que dans la population normale (Lathif *et al.*, 2014). C'est ainsi qu'une étude réalisée par Fann and collègues auprès de 939 patients et patientes TCC et 2 817 participantes et participants témoins a mis en évidence une prévalence de troubles psychiatriques chez 49 % des patients et patientes TCC modéré et grave, chez 34 % de patients et patientes TCC léger et chez 18 % d'une population témoin (Fann *et al.*, 2004). Cette étude a également suggéré que les personnes qui avaient un trouble mental avant le traumatisme étaient plus susceptibles de développer une maladie psychiatrique post-traumatique, le TCC agissant ainsi comme un facteur aggravant (Rapoport, McCullagh, Streiner et Feinstein, 2003). Des résultats de nature similaires ont également été observés auprès d'une clientèle du Québec chez laquelle 52 % des patients et patientes ayant un TCC grave présentaient des troubles anxieux ou dépressifs 2 à 5 années post-accident (de Guise *et al.*, 2008), ce qui démontre l'importance d'intervenir adéquatement auprès de cette clientèle afin d'éviter les risques de chronicisation.

Suite au TCC modéré ou grave, plusieurs types de troubles mentaux peuvent venir interférer avec le traitement, ce qui crée des impacts importants sur la qualité de vie ainsi que sur le pronostic de réadaptation;

ceci aurait des implications importantes sur la dispensation des soins selon une perspective de santé publique (Lathif *et al.*, 2014). Parmi ces troubles mentaux, les plus fréquents sont les changements sur le plan de l'humeur (dépression majeure [25–50 %] et manie [1–10 %]), l'anxiété (10–70 %), les psychoses (3–8 %) (Vaishnavi *et al.*, 2009), les états de stress post-traumatiques et les changements sur le plan de la personnalité. Plus spécifiquement, Deb et collègues ont relevé des troubles psychiatriques chez 21,5 % des patients et patientes TCC, le taux de dépression étant de 13,9 % et le trouble panique de 9 % (Deb, Lyons, Koutzoukis, Ali et McCarthy, 1999).

Le trouble dépressif et le trouble d'anxiété généralisée sont les deux troubles les plus fréquemment observés suite au TCC (Bryant *et al.*, 2010; Scholten *et al.*, 2016). Avec le trouble dépressif, la fatigue, la baisse de concentration et la frustration sont les symptômes les plus souvent observés par les neuropsychologues (Kreutzer, Seel et Gourley, 2001). Une récente méta-analyse regroupant 34 études sur le sujet du TCC (toutes sévérités confondues) et la prévalence des troubles psychiatriques a révélé que 21 % des patients et patientes souffraient d'un trouble anxieux un an post-TCC et que 17 % souffraient d'un trouble dépressif. À plus long terme, il a été démontré que la prévalence des troubles était estimée à 36 % pour l'anxiété et 43 % pour la dépression (Scholten *et al.*, 2016). Ces données, issues d'une méta-analyse, permettent de conclure que les troubles mentaux suite au TCC n'apparaissent pas nécessairement suite à l'accident mais peuvent se développer au fur et à mesure lorsque la personne réalise ses pertes et aussi en fonction de son contexte.

Par ailleurs, de multiples facteurs influencent l'apparition de ces troubles et leurs développements progressifs. En ce sens, les femmes, les gens sans emploi et ceux et celles avec des troubles psychiatriques avant l'accident sont considérés davantage à risque de développer un trouble de santé mentale post-TCC. Donc, pour certains patients et patientes, le TCC est un facteur qui exacerbe un état prémorbide (Scholten *et al.*, 2016). D'autres études soulignent le fait que la blessure cérébrale post TCC n'est pas l'unique facteur expliquant le développement d'un trouble de santé mentale. À titre d'exemple, la présence de troubles dépressifs n'est pas significativement liée à la gravité de la blessure occasionnée au cerveau (Jorge *et al.*, 2004; Mauri, Paletta, Colasanti, Miserocchi et Altamura, 2014), mais il y a une relation significative entre la gravité du traumatisme et la présence de symptômes psychiatriques plus graves et/ou de difficultés neuro-comportementales (Mauri *et al.*, 2014).

L'événement accidentel et les modifications ou changements majeurs dans l'état et l'environnement de la personne qui subit un accident, avec ou sans TCC, sont également des facteurs à considérer dans le développement du trouble de santé mentale, notamment le trouble d'adaptation avec affect anxieux et dépressif. Ce trouble peut se développer en raison d'une réaction à un événement stressant, ici le fait accidentel et les pertes qui l'accompagne, et favoriser le développement de symptômes émotionnels ou comportementaux. Ce diagnostic serait présent chez 11 à 18 % des patientes et patients admis dans les centres de traumatologie et il serait présent chez 10 % et 35 % dans les centres de liaisons et de consultation psychiatriques (Casey, 2009). En bref, plusieurs facteurs, autres que la lésion cérébrale, sont susceptibles d'influencer le développement d'un trouble de santé mentale suite à un TCC modéré ou grave. L'apparition de ces troubles ainsi que leur développement ne se font pas nécessairement de manière immédiate et progressive, ce qui contribue à augmenter la complexité de cette double problématique, c'est-à-dire l'enchevêtrement des troubles de santé mentale avec le traumatisme craniocérébral.

Tel que mentionné précédemment, le TCC modéré ou grave et les troubles qu'engendrent un événement stressant et traumatique favorisent le développement d'une constellation de symptômes post-traumatiques ainsi que des conséquences psychiatriques pouvant affecter directement la qualité de vie des individus (Dikmen *et al.*, 2003). Plusieurs études ont effectivement démontré que les conséquences à long terme du TCC avaient un impact négatif sur le fonctionnement psychosocial de l'individu et de sa famille (Bay, Blow et Yan, 2012). Ces impacts négatifs peuvent agir sur la réintégration à la communauté des personnes (Dikmen *et al.*, 2003; Hoofien *et al.*, 2001) ou sur la réintégration aux activités socioprofessionnelles et sur la qualité de vie (Bombardier *et al.*, 2010; Gordon *et al.*, 2006; Hart *et al.*, 2003). En ce sens, plusieurs études ont constaté une diminution de la qualité de vie à la suite d'un TCC (Dijkers, 2004; Kalpakjian, Lam, Toussaint et Merbitz, 2004; Sasse *et al.*, 2013; Tomberg, Toomela, Pulver et Tikk, 2005; von Steinbüchel *et al.*, 2010).

Les personnes qui développent des troubles de santé mentale suite à leur traumatisme craniocérébral modéré ou grave ont besoin d'accéder à des services spécialisés, notamment pour des évaluations psychiatriques et traitements pharmacologiques et non pharmacologiques (ex. : psychothérapie). Puisque les besoins de services en santé mentale sont tributaires des diagnostics liés aux troubles mentaux et que, tel que décrit précédemment, une variabilité importante dans la prévalence des troubles psychiatriques suite au TCC est observée dans la littérature, il existe une grande variabilité dans l'estimation des besoins réels de services chez cette population. Malgré tout, des écarts importants entre l'accessibilité des services et les besoins de la clientèle TCC ont été rapportés (Andelic, Soberg, Berntsen, Sigurdardottir et Roe, 2014; Jennekens, de Casterlé et Dobbels, 2010; Pickelsimer *et al.*, 2007).

Dans une étude longitudinale effectuée par Andelic et collègues (2014), 93 patientes et patients victimes d'un TCC modéré ou grave ont été suivis au cours des 5 premières années post-accident et évalués à l'aide des échelles Disability Rating Scale et Extended Glasgow Outcome Scale et le questionnaire de santé générale Short-Form 36 (SF36) des troubles physiques et de santé mentale. Les patients et patientes ont également rempli des questionnaires sur la perception de leurs besoins en santé et sur l'utilisation des services 5 ans post-TCC. Les résultats ont montré que 70 % des patients et patientes rapportaient des besoins à un an post-accident et que seulement 39 % de ces besoins avaient été comblés. Plus spécifiquement, 65 % des personnes ayant été victime d'un TCC modéré ou grave présentaient une détresse psychologique suffisamment importante pour nécessiter des soins spécialisés en santé mentale au cours des 5 premières années post-TCC, ces patientes et patients étant ceux ayant moins de troubles fonctionnels à un an post-accident. Enfin, les résultats ont également montré que les patientes et patients plus jeunes et ceux ayant des troubles mentaux plus importants à un an étaient davantage susceptibles de développer des besoins en santé non comblés 5 années post-TCC (Andelic *et al.*, 2014).

De plus, une autre étude (Corrigan, Whiteneck et Mellick, 2004) a révélé qu'un an post-TCC, 27,9 % des individus affirmaient avoir des besoins nécessitant l'accès à différents types de traitement spécifiques notamment liés à la gestion du stress ou à la détresse psychologique. Cette étude soulignait le besoin clair de déployer davantage de services en santé mentale post-hospitalisation pour les patients et patientes victimes de TCC. En ce sens, il a été démontré que cette barrière au niveau de l'accessibilité des services et le manque de soutien aux patients et patientes et familles contribuaient à augmenter le risque de maintenir ou même développer de la dépression, de la frustration, de l'anxiété et de l'épuisement (Chronister et Chan, 2006; Degeneffe, Chan, Dunlap, Man et Sung, 2011), facteurs supplémentaires de complexité dans le développement

des troubles mentaux suite à un TCC. Par ailleurs, l'offre de service en santé mentale est jugé comme étant une meilleure pratique pour la clientèle TCC, et des données probantes ont soulevé l'efficacité d'offrir des services psychologiques aux patients et patientes TCC qui souffrent de troubles de santé mentale (Anson et Ponsford, 2006; Hodgson, McDonald, Tate et Gertler, 2005).

Une récente étude québécoise réalisée par Swaine et collègues a permis de mettre en évidence, à l'aide d'une approche consultative, les forces, faiblesses, opportunités et menaces liées à l'offre de services en santé mentale offerts à la clientèle TCC au Québec (Swaine *et al.*, 2014). Cette étude réalisée en 2012 auprès des gestionnaires et intervenants et intervenantes de tous les établissements du réseau de la traumatologie du Québec ainsi qu'auprès des usagers et usagères victimes de TCC et ayant développé des troubles de santé mentale a permis de dégager quatre thèmes davantage problématiques concernant l'offre de service en santé mentale au Québec. Les résultats du sondage auprès des gestionnaires de programme et tous les verbatims tirés des groupes de discussion et des entrevues individuelles ont été analysés à l'aide du logiciel nVivo, ce qui a permis d'identifier les mots les plus fréquemment abordés comme étant synonymes de problématiques ou de besoins importants et ce, dans l'ensemble du réseau de traumatologie québécois.

Les mots clés identifiés étaient les suivants : (a) dépistage, évaluation, traitement, (b) accessibilité, (c) partenariats, ententes et (d) formation. De manière concrète et suite aux analyses, il a été observé que 75 % des programmes de traumatologie n'utilisaient pas de façon systématique une procédure de *dépistage* des troubles mentaux, que 48 % des gestionnaires de programmes TCC affirmaient que leur personnel n'était pas ou peu équipé pour diagnostiquer les problèmes de santé mentale et que 44 % affirmaient qu'ils n'étaient pas ou peu équipés pour traiter les personnes ayant subi un TCC atteintes de troubles mentaux. Ces aspects importants concernant l'évaluation vont dans le même sens que la conclusion de Handel *et al.* (2007) « qu'une évaluation compréhensive afin de déterminer la présence de troubles psychiatriques après le TCC est essentielle » (p. 70) dans un contexte de réadaptation et de retour aux habitudes de vie prémorbides.

Des lacunes sur le plan de la *formation* des intervenants et intervenantes, particulièrement pour les troubles mentaux complexes ou atypiques, ont également été mentionnées à plusieurs reprises. Dans le domaine de la recherche au Québec, peu d'études ont porté sur l'identification des besoins de formation et d'échange d'informations pour soutenir les proches aidants de personnes ayant subi un TCC (Lefebvre, 2007, 2009), et la nôtre est la seule qui porte sur les besoins de formation continue des intervenants et intervenantes qui doivent conjuguer avec des problématiques comorbides tel que le TCC et les troubles mentaux (Audrit et de Guise, 2014). Cette absence de recherche dans ce domaine a été soulignée par Schwarzbald *et al.* (2008), qui ont mentionné que les recherches ne sont pas suffisamment nombreuses et soutenues pour permettre l'élaboration de recommandations en lien avec des standards thérapeutiques dans le traitement des troubles psychiatriques les plus fréquemment associés au TCC. Ce manquement sur le plan de la littérature justifie donc l'usage d'un devis qualitatif pour explorer en profondeur le phénomène.

De plus, toujours selon l'étude de Swaine *et al.* (2014), seulement 30 % des programmes de traumatologie auraient une entente ou un *partenariat* formel qui leur permettrait de référer les personnes ayant subi un TCC aux milieux spécialisés en santé mentale. En outre, 84 % des partenaires en santé mentale n'effectueraient aucun suivi systématique suite au congé du programme de réadaptation. Selon l'étude, il existerait un problème d'accessibilité et un accès inégal aux médecins généralistes et aux spécialistes œuvrant en santé mentale tels que les psychiatres, les neuropsychologues, les psychologues, etc. Plusieurs établissements ont

noté de longs délais de prise en charge et l'absence d'un gestionnaire de cas. En outre, il existe une inégalité entre les patientes et patients couverts par un assureur (ex. : Société de l'assurance automobile du Québec; Commission de la santé et de la sécurité au travail; Indemnisation aux victimes d'actes criminels) et celles et ceux sans couverture.

Les barrières linguistiques et culturelles et l'absence de services aux proches aidants sont d'autres obstacles contribuant aux lacunes d'*accès aux services* en santé mentale. Au Québec, il existe un consortium prévoyant le cheminement de la personne ayant un TCC à travers les établissements de réadaptation tel que décrit par Vincent (2014). Cependant, comme il est possible de le constater, cette organisation de service ne permet pas de communiquer efficacement avec d'autres dispensateurs de services tels que le secteur de la santé mentale, ce que soulignent les intervenants et intervenantes ayant participé à la recherche. Enfin, cette étude a souligné la nécessité de proposer des stratégies et d'implanter des plans d'action afin d'améliorer l'offre de services aux patients et patientes TCC qui souffrent de troubles mentaux (Swaine *et al.*, 2014).

Dans le même ordre d'idées, selon Lathif *et al.* (2014), les impacts économiques et les impacts sur la qualité de vie des personnes ayant en comorbidité un trouble mental et un TCC sont souvent négligés par les chercheurs. Dans la perspective d'une offre de services adaptée dans les programmes de réadaptation, il y a des besoins criants suggérant d'identifier les personnes avec des troubles psychiatriques post-traumatiques plus tôt dans le processus tout comme il est urgent d'impliquer les services de psychiatrie dans le développement de plans de soins intégrés afin d'améliorer les effets de la réadaptation en traumatologie ainsi que la qualité de vie des personnes affectées. Ceci est d'autant plus important que les décideurs, gestionnaires et administrateurs et administratrices des systèmes de santé font actuellement face à des défis importants pour l'allocation des ressources et la gestion des services en raison d'une importante restructuration du système de santé au Québec. Ils doivent mettre en place des solutions et des plans d'action de façon à optimiser les services offerts à la population malgré un manque accru de ressources à tous les paliers des institutions dispensant des soins de santé. Les décisions prises par les décideurs en santé doivent être basées sur diverses priorités liées aux services de santé et aux traitements (Anderson, Allen, Peckham et Goodwin, 2008; Kafiriri et Norheim, 2002), au développement des guides de pratique (Battista et Hodge, 1995; Oxman, Schünemann et Fretheim, 2006) et aux technologies de la santé (Noorani, Huserreau, Boudreau et Skidmore, 2007). Des priorités pour la recherche ou les autres activités liées à la santé sont également proposées aux décideurs (Clavisi, Bragge, Tavender, Turner et Gruen, 2013).

Dans le but d'améliorer l'offre de service en santé mentale des personnes ayant été victime d'un TCC modéré ou grave, un processus de consultation qui intègre la collecte de données qualitatives et quantitatives descriptives et qui inclut plusieurs acteurs concernés du réseau de la santé au Québec apparaît essentiel pour identifier les stratégies à privilégier et par le fait même orienter les actions des décideurs. Le réseau étudié sera celui du Continuum de services en traumatologie au Québec. Ce modèle unique d'organisation des services est divisé en 14 maillons coordonnés allant de la prévention jusqu'à la réintégration à la communauté. Ce système intersectoriel et collaboratif est composé de multiples établissements dans toutes les régions du Québec tels que des centres de traumatologie et des centres de réadaptation intensive ou orientée vers la réintégration à la communauté.

Les objectifs de cette étude sont d'identifier, à l'aide d'une méthodologie qualitative robuste, des stratégies, de nature interdisciplinaire et multisectorielle, d'optimisation des services pour les patientes et patients

TCC modérés et graves québécois qui souffrent de troubles mentaux. Les stratégies qui sont proposés, inspirés de nos travaux antérieurs (Swaine *et al.*, 2014), couvrent les thèmes spécifiques du dépistage, évaluation et traitement des troubles mentaux, de l'accès aux services en santé mentale pour la clientèle TCC modéré ou grave, des ententes et partenariats qui permettraient d'améliorer l'offre de services et la formation et le transfert des connaissances sur le TCC et la santé mentale. Il est souhaité que ces stratégies émergent d'un groupe provincial d'experts et d'expertes de la traumatologie au Québec.

MÉTHODE

Une journée de réflexion sur le TCC modéré et grave et la santé mentale s'est tenue en février 2013, simultanément dans trois sites (villes couvrant des régions urbaines et rurales du Québec, Canada). Quarante participants (hommes et femmes) étaient présents, divisés en six groupes : un groupe dans la ville de Rimouski (rurale-est), un groupe dans la ville de Québec (urbaine-centre) et quatre groupes dans la ville de Montréal (urbaine-ouest). La Démarche réflexive d'analyse en partenariat (DRAP) de Boudreault et Kalubi (2007), préalablement validée par l'entremise de rencontres avec l'équipe de chercheurs, d'animateurs et d'animatrices et de preneurs et preneuses de notes, est une démarche standardisée, validée et structurée de résolution de problèmes soutenue par un logiciel de gestion des données. La démarche DRAP a été utilisée afin de collecter les données de manière standardisée et structurée, assurant ainsi une uniformité entre les groupes de discussion; la méthode met également l'emphase sur la validité du contenu recueilli auprès des participants. Quatre étapes ont été réalisées afin d'effectuer une analyse qualitative des solutions proposées afin de faire face aux obstacles liés à la prestation de soins de santé mentale aux victimes de TCC modéré-grave qui en ont besoin : (a) le recrutement des participants; (b) la formulation de solutions par thèmes durant les ateliers de réflexion; (c) l'ordre d'importance et de priorité des solutions recueillies; (d) la catégorisation des solutions par secteur d'activité.

Étape 1 : recrutement des participants pour le forum

Plusieurs acteurs impliqués dans les soins en santé mentale auprès de la clientèle TCC ont été invités à participer à une journée de réflexion. D'abord, les responsables de programme des 28 établissements du Consortium en traumatologie du Québec ont été sollicités dans le but de recruter de deux à trois intervenants et intervenantes de leur programme œuvrant auprès de la clientèle ciblée dans cette étude. De plus, 20 invitations personnalisées ont été envoyées aux décideurs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) impliqués dans le Consortium de traumatologie; aux dirigeants et dirigeantes de l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) et de l'Association des établissements en réadaptation et déficience physique du Québec (AERDPQ); et enfin aux directeurs et directrices des associations TCC de la province de Québec. Également, six invitations personnalisées ont été acheminées à des psychiatres pratiquant dans diverses régions de la province.

Étape 2 : les ateliers de réflexion

Tous les groupes de discussion ont eu lieu de manière simultanée et aucun contact n'a été réalisé entre les groupes au cours de l'activité. Pour chacun des groupes, une animatrice ou un animateur, assisté d'une

preneuse ou un preneur de notes, tous deux formés à la démarche DRAP, a suscité et stimulé les réflexions dans un processus de résolution de problèmes orienté sur la recherche de solutions.

Avec le soutien logistique du logiciel éponyme de gestion des idées, le DRAP, les participants étaient appelés à proposer des solutions pour l'atteinte de quatre cibles d'amélioration des services en santé mentale aux victimes de TCC, cibles identifiées sur la base d'une précédente étude (Swaine *et al.*, 2014) portant sur une thématique similaire à celle-ci. Ce logiciel a été développé de telle sorte que le verbatim de chaque énoncé soit transcrit et projeté sur un écran, donnant aux participants l'opportunité de le modifier au besoin, afin qu'il corresponde au mieux à sa pensée; cette procédure s'inscrit dans un désir de validation de contenu des énoncés de chaque participant. Ainsi, afin d'identifier des pistes de solutions ou des plans d'action pour améliorer l'offre de services des patients et patientes TCC modérés et graves qui souffrent de troubles mentaux prémorbides, associés ou concomitants, ils nous apparaissaient rigoureux et surtout pertinent d'extraire quatre thèmes à partir de problèmes ou obstacles énoncés par des intervenants et intervenantes, patients et patientes et familles issus du même contexte que celui de la présente étude. Ainsi, cette méthodologie assure ainsi une meilleure adéquation problèmes et solutions et est surtout adapté à notre réalité québécoise.

Suite à la proposition d'un énoncé, le participant proposant la solution devait ensuite déterminer si celle-ci était *incontournable*, *nécessaire* ou *souhaitable*. Une solution *incontournable* peut être définie comme essentielle et prioritaire, alors qu'une solution *nécessaire* est jugée importante mais non essentielle et une solution jugée *souhaitable* pourrait être envisageable. Enfin, le preneur ou la preneuse de notes identifiait le groupe d'appartenance du participant ayant proposé chaque énoncé: En effet, les participants étaient regroupés en fonction de la phase de réadaptation de leur établissement d'appartenance (phase 1 : réadaptation précoce—centres hospitaliers; phase 2 : réadaptation intensive interne; phase 3 : réintégration sociale et communautaire) ou en tant que décideurs (ex. : ministère, chef de programme, gestionnaire, etc.) ou représentants ou représentantes d'une association communautaire. Chaque participant avait l'opportunité de prendre connaissance des idées des autres et de faire part de son point de vue. Trente minutes ont été accordées pour chacun des quatre thèmes de réflexion :

1. Comment améliorer *les activités de dépistage, d'évaluation et de traitement* pour les patients et patientes TCC qui souffrent de troubles de santé mentale?
2. Comment améliorer l'*accessibilité* aux soins psychiatriques pour cette clientèle?
3. Quels seraient les moyens de créer des *partenariats ou des ententes* avec les milieux spécialisés en santé mentale?
4. Comment améliorer *le transfert des connaissances et la formation* en TCC et santé mentale?

Afin de s'assurer d'une compréhension commune, l'animateur ou l'animatrice a lu un préambule avant la collecte des énoncés pour chacun des thèmes. Dans ce préambule, qui rappelait les grandes lignes de l'invitation à participer à cette recherche, la clientèle visée par ces thèmes, soit les patientes et patients atteints d'un TCC modéré et grave uniquement, était spécifiée aux participants.

Étape 3 : évaluation de l'importance des énoncés et de la priorité d'action

Environ 2 semaines après la journée de réflexion, chaque participant a reçu par courriel la liste de tous les énoncés ressortis durant l'atelier auquel il avait participé. Pour chaque solution formulée, les participants devaient attribuer une valeur (échelle de 0 à 9; 0 = *pas important*; 1 à 3 = *peu important*; 4 à 6 = *moyennement important*; 7 à 9 = *très important*) et une priorité d'action (prioritaire à court, moyen ou long terme). Les moyennes et les écarts-types des valeurs attribuées ont été calculés par énoncé pour chaque groupe, ce qui a permis de faire ressortir les meilleures solutions (scores les plus élevés) ainsi que les priorités d'action pour la mise en place de chaque solution (pour les moyennes et écarts-types, voir le tableau 3). Un délai de 6 semaines a été accordé aux participants pour transmettre leur évaluation des solutions énoncées et deux rappels par courriel ont été effectués.

Étape 4 : analyses

Dans un premier temps, deux évaluateurs experts ayant plus de 5 années d'expérience clinique ou de recherche en TCC et santé mentale ont classifié individuellement tous les énoncés en fonction du secteur d'activité. Les énoncés ayant fait l'objet d'un désaccord ont été ensuite analysés par un troisième expert afin d'atteindre un consensus. Les facteurs et critères de classification ont été identifiés à partir de l'objectif du projet, soit de trouver des pistes de solution pour améliorer l'offre de services des patients et patientes TCC qui souffrent de troubles mentaux dans différents secteurs d'activité.

Ainsi, suite à la lecture de tous les énoncés provenant des quatre thèmes discutés en atelier, les chercheurs de l'étude ont déterminé les catégories de classification des énoncés afin d'effectuer une analyse de contenu : « Une catégorie correspond à un sous-ensemble, regroupant, sans hiérarchie, des segments d'information semblables en fonction d'un ou quelques caractères communs » (Legendre, 2005, p. 32). La catégorie « secteur d'activité » a été déterminée à partir de la qualité intrinsèque des énoncés, chaque énoncé faisant appel à un type d'activité exercée au sein du consortium de traumatologie afin d'offrir les soins aux usagers et usagères (ex. : pratiques cliniques), d'organiser l'offre de services (ex. : organisation des services), de mettre en place des politiques afin de déployer les ressources (ex. : politiques) et de répondre aux besoins des intervenants et intervenantes qui offrent ces services (ex. : formation).

RÉSULTATS

Participants et nombre total d'énoncés par thème

Une majorité des participants provenait des centres hospitaliers et de réadaptation (83,8 %), tandis que 9,6 % étaient des décideurs et 6,6 % des représentants et représentantes des associations de personnes TCC (tableau 1). Un total de 341 énoncés ont été récoltés lors la journée de réflexion. Le nombre total d'énoncés a été calculé en fonction de chacun de thèmes. Le tableau 2 montre le nombre d'énoncés par groupe et par thème.

Taux de participation pour l'évaluation des énoncés. Le taux de participation pour l'évaluation a été de 63 % dans le groupe de Rimouski, 63 % dans le groupe de Québec et 46 %, 72 %, 66 % et 55 %

Tableau 1
Distribution des participants par site et par profession

Groupe	Site	Nombre de participants	Intervenants des centres hospitaliers ou de réadaptation	Décideurs	Associations TCC ou membres de la communauté
1	Est (Rimouski)	22	91 % (<i>n</i> = 20)	5 % (<i>n</i> = 1)	5 % (<i>n</i> = 1)
2	Centre-Est (Québec)	11	100 % (<i>n</i> = 11)	0 %	0 %
3	Ouest (Montréal)	13	76 % (<i>n</i> = 10)	15 % (<i>n</i> = 2)	9 % (<i>n</i> = 1)
4	Ouest (Montréal)	11	82 % (<i>n</i> = 9)	9 % (<i>n</i> = 1)	9 % (<i>n</i> = 1)
5	Ouest (Montréal)	12	75 % (<i>n</i> = 9)	16 % (<i>n</i> = 2)	9 % (<i>n</i> = 1)
6	Ouest (Montréal)	11	73 % (<i>n</i> = 8)	18 % (<i>n</i> = 2)	9 % (<i>n</i> = 1)
Total		80	83,8 % (<i>n</i> = 67)	10 % (<i>n</i> = 8)	6,3 % (<i>n</i> = 5)

Tableau 2
Nombre d'énoncés par groupe et par thème

Groupe	Thème 1 : Dépistage-évaluation-traitement	Thème 2 : Accessibilité	Thème 3 : Partenariat-entente	Thème 4 : Transfert des connaissances et formation	Total
1	21	19	14	20	74
2	16	5	8	13	42
3	25	20	12	9	66
4	15	10	7	12	44
5	16	14	13	14	57
6	22	17	6	12	57
Total	115	85	60	80	341

respectivement dans les quatre groupes de Montréal. Étant donné la nature confidentielle des réponses, les caractéristiques des participants restent inconnues à cette étape-ci.

Accords interjuges. Le taux d'accord interjuges lors de la classification des énoncés par secteur d'activité était de 91,5 % (312/341) et est jugé satisfaisant ($K = 0,78$).

Analyses par thèmes et par secteurs d'activité

Le thème de dépistage/évaluation/traitement est principalement associé au secteur d'activité *Pratiques cliniques* (38 %), celui de l'accessibilité est associé au secteur d'activité *Organisation des services* (48 %), celui de partenariat-entente aux *Politiques* (48 %) et celui de formation au *Transfert des connaissances—formation* (76 %). Les secteurs d'activité par thématique sont présentés dans la figure 1. Il est important de noter que tous les secteurs d'activité sont plus ou moins représentés dans chacun des thèmes.

Priorisation des secteurs d'activité. Les résultats montrent un taux plus élevé d'énoncés jugés incontournables que d'énoncés jugés nécessaires ou souhaitables dans chacun des secteurs d'activité proposés

Figure 1

Secteurs d'activité en fonction de chacun des thèmes

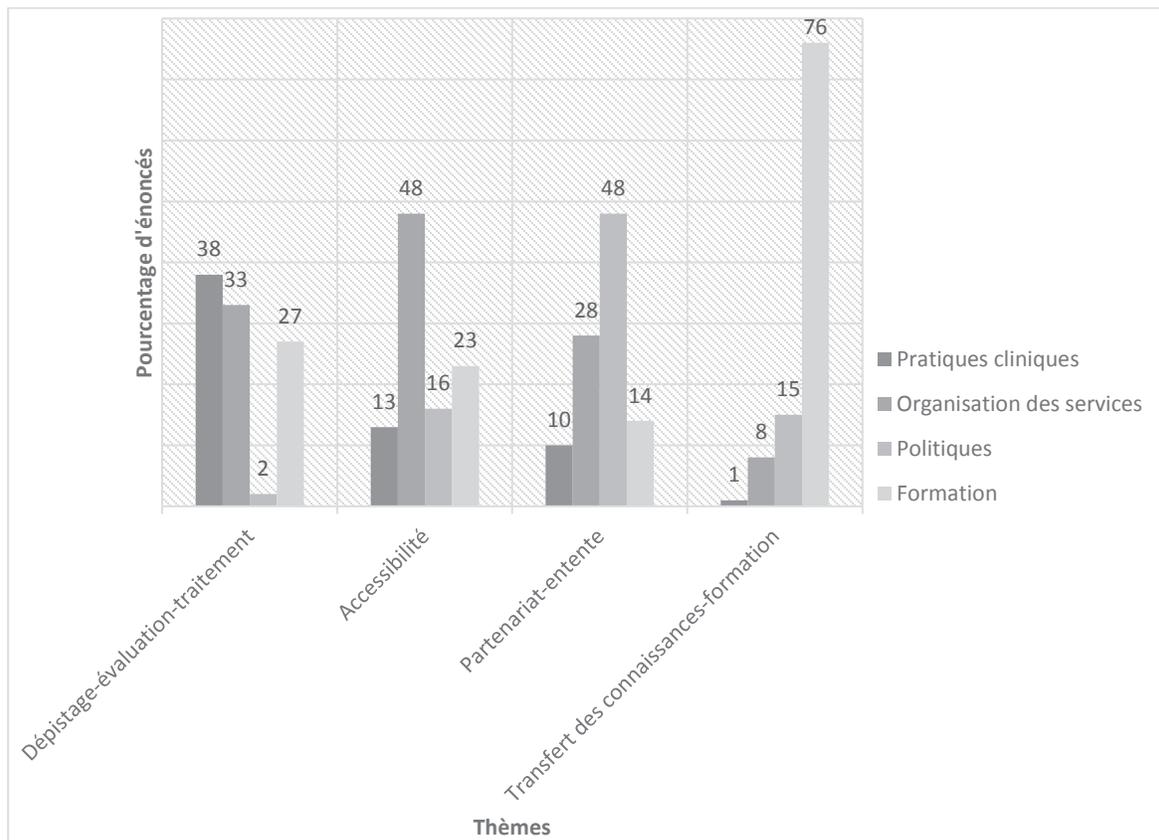
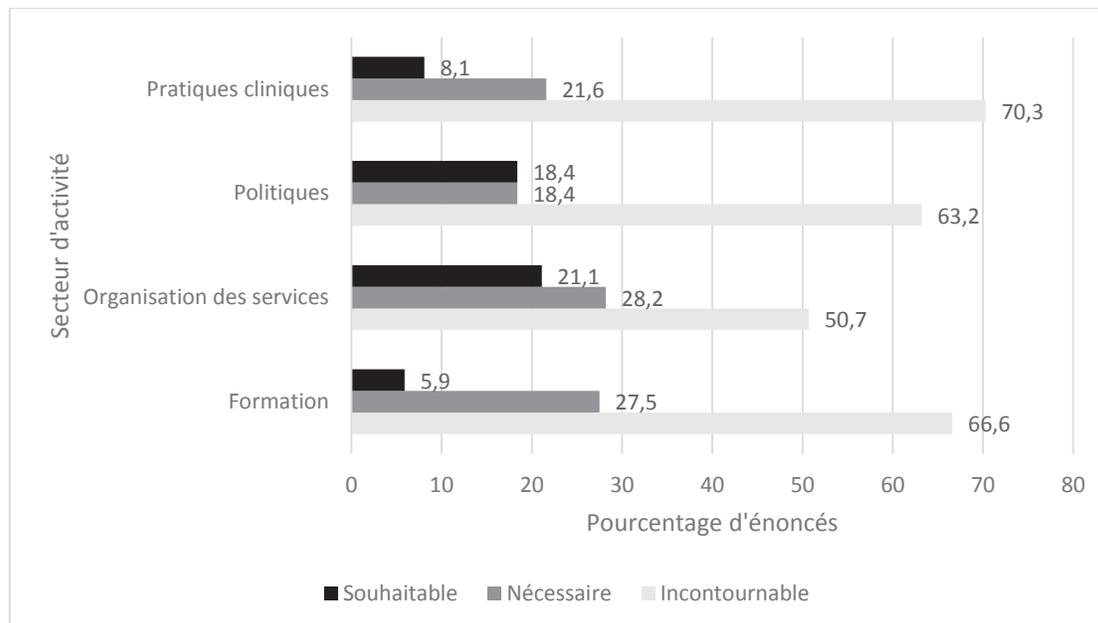


Figure 2
Priorisation des secteurs d'activité



(figure 2). Ainsi, 70,3 % des énoncés sont jugés incontournables dans le secteur de pratiques cliniques, 63,2 % dans le secteur de politiques et 50,7 % et 66,6 % dans les secteurs d'organisation des services et de formation respectivement.

Énoncés les plus importants. Afin de concrétiser les stratégies à prioriser par secteur d'activité et de développer un plan d'action, les cinq énoncés jugés les plus importants par les participants sont décrits dans les tableaux suivants. Les valeurs des évaluations sont présentées en moyennes et écarts-types pour chaque énoncé, un score de 0 correspondant à un énoncé *pas du tout important* et un score de 9, *très important*. Le pourcentage des participants ayant attribué une priorité à court terme (dans la prochaine année) est aussi présenté dans le tableau 3.

DISCUSSION

L'objectif de l'atelier était d'identifier des stratégies et plans d'action de nature interdisciplinaire et multisectorielle afin d'optimiser les services pour les personnes ayant été victimes d'un TCC modéré ou grave et souffrant de troubles de santé mentale concomitants. Une réflexion provinciale en partenariat regroupant 80 participants (intervenants et intervenantes, décideurs et représentants et représentantes de la communauté) a permis de récolter un total de 341 énoncés de stratégies et plans d'action afin d'améliorer l'offre de services à ces patients et patientes. Afin de résumer les idées et stratégies à prioriser, une sélection des énoncés jugés incontournables par les participants a été présentée.

Tableau 3
Les cinq énoncés les plus importants selon le secteur d'activité

Pratiques cliniques	Moyenne	ÉT	% en accord pour une action à court terme
1. Utilisation d'un même outil de dépistage et d'évaluation dans tous les établissements par les professionnels concernés dans le consortium.	8,63	0,74	71 %
2. Procédure de dépistage systématique dans tous les établissements.	8,5	1,07	86 %
3. Le psychologue ou neuropsychologue devait émettre une hypothèse diagnostique des troubles mentaux.	8,14	1,07	100 %
4. Les activités thérapeutiques devraient être amorcées le plus tôt possible afin de prévenir la détérioration des patients.	7,38	1,77	83 %
5. Accompagner le client dans les démarches à réaliser en lien avec son suivi de la réadaptation vers le Centre local de service communautaire (CLSC)–santé mentale	7,13	1,25	100 %
Organisation des services	Moyenne	ÉT	% en accord pour une action à court terme
1. Exiger des responsables (décideurs) des signatures ou des conclusions sur des alliances entre les programmes TCC et les équipes de santé mentale.	8,5	0,55	80 %
2. Donner accès aux soins de santé mentale aux patients TCC.	8,38	0,74	100 %
3. Pouvoir référer le patient TCC en santé mentale en décloisonnant l'approche par programmes.	8,38	1,19	100 %
4. Assurer une présence systématique du service social ou de la psychologie dans les équipes.	8,33	0,82	83 %
5. Avoir accès à des consultations psychiatriques pour guider les équipes TCC dans leurs approches auprès du client.	8,33	0,82	83 %

Tableau 3

(suite)

Politiques	Moyenne	ÉT	% en accord pour une action à court terme
1. Entente formelle de prise en charge et établissement de corridors de services entre les directeurs d'établissements de réadaptation et de santé mentale.	8,5	0,76	100 %
2. Signer des ententes de partenariat entre le consortium TCC, les associations, les établissements de santé mentale et de toxicomanie et les CSSS ainsi que les cliniques médicales afin de faciliter les références.	8,43	0,79	66 %
3. Exiger des agences de santé de revoir les modèles de partenariat pour permettre la signature d'ententes entre les consortiums TCC, les milieux psychiatriques spécialisés, les milieux spécialisés en toxicomanie, les CSSS et les milieux associatifs.	8,17	0,75	50 %
4. Signer des ententes prévoyant que les patients puissent être transférés directement à des services spécialisés de santé mentale lorsqu'ils ont déjà été évalués par un omnipraticien en réadaptation.	8,14	1,46	83 %
5. Signer des ententes prévoyant que les patients puissent être transférés directement à des services spécialisés de santé mentale lorsqu'ils ont déjà été évalués par un psychiatre en réadaptation.	8,14	1,46	83 %

Tableau 3

(suite)

Transfert des connaissances—formation	Moyenne	ÉT	% en accord pour une action à court terme
1. Outiller les intervenants des CLSC sur le TCC et la santé mentale	8,13	1,25	57 %
2. Former les futurs médecins à la problématique du TCC et de la santé mentale, ce qui devrait être inclus dans la formation universitaire	8,13	0,99	42 %
3. Parrainage des nouveaux employés sur la problématique TCC et santé mentale.	8,0	0,93	57 %
4. Former les intervenants de santé mentale des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) aux problématiques de la santé mentale et des TCC.	8,0	0,63	60 %
5. Formation pour le dépistage et l'évaluation en TCC et santé mentale.	7,88	0,63	57 %

L'urgence d'agir : les incontournables

Une priorisation des secteurs d'activité à viser pour améliorer l'offre de service en santé mentale des personnes ayant un TCC modéré ou grave est essentielle afin de mettre sur pied efficacement un plan d'action répondant aux besoins du milieu. En ce qui concerne les secteurs d'activité identifiés, les participants ont jugé que 70,3 % des énoncés liés aux pratiques cliniques étaient des solutions incontournables, donc essentielles à réaliser. Ce taux était de 66,6 % pour les activités de formation, de 63,2 % pour les activités politiques et de 50,7 % pour les activités liées à l'organisation des services. Bref, il semble évident qu'une urgence d'agir soit associée à tous les secteurs d'activité de notre réseau. Par ailleurs, selon l'avis des participants experts dans le domaine, les décideurs devraient prioritairement développer et implanter un plan d'action lié à l'amélioration des pratiques cliniques. Bien que les définitions des termes *souhaitable*, *nécessaire* et *incontournable* aient été préalablement transmises aux participants, il est tout de même possible que, pour certains participants, la qualification d'un énoncé jugé nécessaire comportait la notion implicite de non essentiel. Ainsi, il est possible que les proportions du concept *nécessaire* aient été influencées à la baisse.

Les interactions entre thématiques et secteurs d'activité : un modèle intégré

Quoique chacun des thèmes discutés lors du forum soit associé principalement à un secteur d'activité, il est à noter que d'autres secteurs d'activité contribuent également au thème discuté (figure 1). Ainsi, pour améliorer l'offre de services liée au dépistage, à l'évaluation et au traitement des problèmes de santé mentale

suite à un TCC, la contribution des activités basées sur l'amélioration des pratiques cliniques est primordiale (38 % des énoncés). Toutefois, dans une moindre mesure, il faut prioriser les activités sur l'organisation des services (33 % des énoncés) et les activités de formation pour les intervenants et intervenantes (27 % des énoncés). Un plan d'action à prioriser pour améliorer les activités de dépistage, évaluation et traitement serait, à titre d'exemple, d'offrir aux cliniciens et cliniciennes des outils rigoureux et adaptés afin de diagnostiquer les troubles mentaux observés suite à un TCC mais également de mieux les former tout en offrant les services de santé mentale en fonction des dépistages effectués dès l'admission en réadaptation intensive ou en phase de réintégration aux activités et à la communauté.

Pour la clientèle TCC modéré et grave, dans le cadre du processus de récupération au sein du consortium de traumatologie, cette période correspond habituellement à un délai de quelques semaines suite à l'accident et lorsque le patient ou la patiente est en mesure de participer de manière intensive à une réadaptation multidisciplinaire. Ce dépistage n'est peut pas approprié ou praticable dans la phase de réadaptation précoce qui correspond aux jours suivants l'accident, dans une période où le patient ou la patiente TCC modéré et grave peut-être instable au plan médical ou encore dans une période d'agitation post-traumatique ou de confusion (Ponsford *et al.*, 2014). Cette période peut toutefois être utilisée afin de rechercher l'information sur la présence d'antécédents de troubles mentaux auprès des proches du patient ou de la patiente, notamment par le service social.

Actuellement, quelques outils de dépistage et d'évaluation des troubles de santé mentale ont été déterminés comme étant utiles auprès d'une clientèle TCC. Les outils tels que le Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) (Kroenke, Spitzer et Williams, 2003), le Depression Intensity Scale Circles (DISCs) (Turner-Stokes, Kalmus, Hirani et Clegg, 2005) et le Depression Anxiety Stress Scales (Dahm, Wong et Ponsford, 2013); les échelles PHQ-9 (Fann *et al.*, 2005), HADS-D (Dawkins, Cloherty, Gracey et Evans, 2006; Schonberger et Ponsford, 2010) et Three Depression Rating Scales (Schwarzbold *et al.*, 2014); et les inventaires Beck Depression and Anxiety Inventories (Homaifar *et al.*, 2009; Sliwinski, Gordon et Bogdany, 1998) pourraient être utilisés de manière systématique dans la pratique clinique.

Un plan d'action pour améliorer l'accessibilité des services devrait principalement être axé sur une réorganisation des services (48 % des énoncés) et sur les activités de formation des intervenants et intervenantes (23 % des énoncés). Ainsi, un plus grand nombre de patients et patientes TCC aurait accès aux services de santé mentale puisque les intervenants et intervenantes seraient mieux outillés pour identifier les problèmes et accéder aux soins de santé mentale à l'aide de services mieux préparés à cette clientèle avec des besoins spécifiques de réadaptation. En ce qui concerne la question des ententes et partenariats, il semble important de développer un plan d'action basé sur la politique d'accessibilité (48 % des énoncés) et l'organisation des services (28 % des énoncés). Enfin, l'amélioration du transfert des connaissances et de la formation passe essentiellement par des activités concrètes de formation à l'attention des intervenants et intervenantes (75 % des énoncés). Les stratégies concrètes sont détaillées dans les tableaux présentés dans la section « Résultats ». En résumé, le déploiement de plusieurs types d'activités réalisées de manière conjointe et intégrée semblerait pouvoir avoir un effet bénéfique sur un ensemble de services offerts en santé mentale pour la clientèle TCC.

Les plans d'action : ce qui devrait être réalisé de manière prioritaire

Selon l'avis des participants-experts au forum, sur le plan des pratiques cliniques, le réseau de traumatologie devrait implanter un outil de dépistage et d'évaluation standardisé et prêt à être utilisé de manière systématique tout au long du continuum de soins. Selon les répondants et répondantes, les psychologues et neuropsychologues constituent les acteurs-clés pour cette démarche évaluative. Par ailleurs, il demeure essentiel que ceux-ci travaillent de concert avec les psychiatres, notamment en raison de la dynamique comportementale, cognitive et émotionnelle associée à l'organicité que peut générer un risque d'iatrogénie. Il a également été mentionné que le réseau devrait se doter de moyens afin que les traitements des troubles mentaux débutent le plus tôt possible suite au processus de dépistage-évaluation.

Afin de mieux dépister, traiter et référer les patientes et patients TCC québécois qui souffrent de troubles mentaux, la création de nouvelles connaissances sur les troubles de santé mentale chez la population TCC québécoise serait essentielle afin de mieux identifier les services à offrir dans notre système de santé. Par ailleurs, une étude québécoise publiée sur la question du développement des troubles de santé mentale suite à un TCC grave (de Guise *et al.*, 2008) a démontré que près de la moitié des patients et patientes TCC modérés et graves présentaient des troubles de santé mentale, notamment d'anxiété et de dépression. Ces résultats compatibles avec la littérature anglo-saxonne actuelle sur le sujet permettent d'émettre l'hypothèse que la situation au Québec n'est pas si différente qu'ailleurs.

Dans un autre ordre d'idées, il semble aussi très important que les professionnels et professionnelles de la réadaptation accompagnent les clients et clientes vers les services communautaires de santé mentale. De ce fait, il demeure essentiel d'offrir une formation à ces intervenants et intervenantes sur les neuropsychopathologies ou les psychopathologies pouvant se développer après un TCC et ce, particulièrement lorsque les patients et patientes quittent le réseau de traumatologie.

Sur le plan de l'organisation des services, il semble que l'accès aux services de santé mentale devrait être officialisé par des ententes formelles signées entre le réseau de la traumatologie et les partenaires en santé mentale afin de mettre en place des corridors de services dédiés à cette clientèle. Les réseaux de traumatologie et de santé mentale ont été perçus comme des réseaux fonctionnant de manière parallèle et quelque peu hermétique. Une stratégie visant à décloisonner ces réseaux et à permettre les échanges a été jugée comme étant incontournable et prioritaire. Selon les participants, l'accessibilité aux consultations en psychiatrie lorsque les patients et patientes sont admis dans le réseau de traumatologie devrait également être incluse dans un plan d'action sur l'organisation des services.

Au niveau des politiques, les stratégies prioritaires et importantes proposées sont clairement axées sur l'importance d'officialiser, à l'aide d'ententes, l'accessibilité et le transfert entre le réseau de traumatologie et tous les partenaires spécialisés en santé mentale ou offrant des services de santé mentale. Il est mentionné que cet accès devrait se faire sous certaines conditions, par exemple suite à une évaluation formelle auprès de la personne présentant la double problématique de TCC et trouble de santé mentale; celle-ci devrait être réalisée par un médecin omnipraticien ou un psychiatre ou psychologue de la réadaptation.

Sur le plan du transfert des connaissances et de la formation, des formations élargies et spécifiques au TCC et à la santé mentale devraient être offertes à divers intervenants et intervenantes du réseau de la santé, tant en traumatologie qu'au niveau des partenaires (CSSS, CLSC et autres). Une formation portant sur le

TCC et la santé mentale devrait également être accessible lors des études universitaires et de manière précoce lorsqu'un intervenant ou une intervenante intègre une équipe TCC. En bref, plusieurs pistes de solutions, stratégies et plans d'action ont été proposés par les participants du forum. Cependant, la faisabilité de ces stratégies en termes de coûts associés, expertises exigées et disponibilité des ressources n'a pas été analysée dans le cadre de cette étude. De plus, les facilitateurs et les barrières à leurs implantations n'ont également pas fait l'objet d'une analyse. Ces types d'analyses représentent les étapes subséquentes à ce projet.

Limites de l'étude

La présente étude avait pour objectif d'identifier les actions à prioriser pour améliorer les services offerts aux patients et patientes TCC qui souffrent de troubles de santé mentale. Ainsi, des participants provenant du consortium de traumatologie et du réseau communautaire (ex. : milieux associatifs pour la clientèle TCC), considérés comme des experts en TCC, ont été sollicités. Seulement deux participants provenaient du réseau de la santé mentale. Il est donc évident que les résultats de cette démarche sont basés sur la perception d'une cohorte qui est intra-influencée et qui partage des influences similaires au plan historico-sociale. Malgré la présence de diverses disciplines et divers postes occupés dans la hiérarchie décisionnelle, ces perceptions sont limitées au contexte de la traumatologie au Québec. Cette étude exploratoire est novatrice et pertinente actuellement dans le contexte de la réorganisation des services de santé québécois. Elle représente en réalité une première étape à une démarche qui sera élargie en adoptant un devis quantitatif; pour le moment, elle aura permis, dans un premier temps, rechercher des pistes de solutions chez une cohorte particulièrement impliquée auprès de la population TCC présentant des troubles mentaux.

Également, afin d'avoir des pistes de solutions applicables lorsque les patientes et patients ne sont plus suivis par le réseau de la traumatologie, habituellement au-delà de 2 années post-TCC, il aurait été important d'inclure des intervenantes et intervenants qui sont sollicités en aval, tels les psychiatres ou psychologues en bureau privé, les intervenantes et intervenants des centres de santé mentale ou de toxicomanie ou encore les intervenantes et intervenants des CSSS. Dans le même sens, les solutions proposées proviennent majoritairement d'une cohorte représentée par des intervenantes et intervenants (84 %), ce qui a certainement influencé les types d'énoncés collectés et l'importance accordée aux différents thèmes, porteurs de préoccupations pouvant être influencées par le rôle de l'expert (ex. : cliniciens et cliniciennes vs décideurs). D'ailleurs, ceci se traduit par un plus grand nombre de solutions concernant le dépistage-évaluation et traitement (115 sur 341). Ainsi, il est important de considérer que ces solutions émanent de ce groupe en particulier qui partagent une vision et une perception possiblement différente de celle des décideurs ou membres de la communauté; ceci pourrait limiter la portée et la généralisation des résultats en dehors du réseau de la traumatologie québécois.

Une autre limite liée à la méthodologie concerne la participation pour l'évaluation de l'importance des énoncés, sur le plan de la participation post-événement. En effet, le taux de participation pour l'évaluation des énoncés, quoique satisfaisant, n'était pas optimal. Des taux de participation de 46 à 72 % ont été observés, ce qui démontre une variabilité intergroupe sur le plan de la motivation à aller au bout de la démarche scientifique ou sur la capacité des intervenants et intervenantes à se libérer de leurs préoccupations cliniques quotidiennes pour participer à la recherche de solutions à leurs problèmes concrets, tels que partagés lors du forum de discussion. Une relance quelques jours plutôt que 2 semaines après l'envoi des énoncés aurait pu favoriser un taux de participation plus élevé. Il est aussi important de souligner que le long délai entre le forum et le retour des

questionnaires (probablement corrélé au moment où il a été rempli) pourrait entraîner un biais, une distance pouvant avoir été prise entre le moment d'énoncer une solution et celui d'en évaluer l'importance.

Par ailleurs, le nombre important d'énoncés à évaluer par groupe, soit entre 42 et 74, était peut-être perçu comme trop imposant pour certains participants. Un triage par le groupe de chercheurs aurait peut-être été nécessaire afin d'éliminer les énoncés similaires ou redondants. Toutefois, la rigueur de cette méthode d'analyse DRAP n'encourage pas ce type de contrôle pré-évaluation de l'importance des énoncés, car il y a un risque d'apporter un biais de l'évaluateur ou de l'évaluatrice. Bien que les problèmes de santé mentale soient secondaires à un TCC de toute sévérité (Fleminger, 2008; Silver, McAllister et Arciniegas, 2009; Vaishnavi *et al.*, 2009), il est important de souligner que la généralisation de ces stratégies devrait être appliquée avec prudence auprès de la clientèle ayant subi un TCC léger, celles-ci ayant été élaborées spécifiquement dans le but d'améliorer les services offerts à la clientèle TCC modéré ou grave.

CONCLUSION

Cette activité de réflexion en partenariat propose un ensemble de stratégies et de plans d'action visant à améliorer l'offre de services en santé mentale des personnes ayant été victimes d'un TCC modéré ou grave. La démarche rigoureuse entreprise lors de ce projet représente de solides assises pour la prise de décisions et la priorisation en santé de la part de nos décideurs.

Actuellement, le réseau de la santé québécois est en grand changement, de nombreuses réorganisations des services sont en cours et plusieurs établissements sont en restructuration. Par ailleurs, les programmes du consortium de traumatologie et l'organisation de ce réseau de traumatologie n'ont pas encore subi de modifications structurelles majeures et les patients et patientes se voient offrir les mêmes services. Toutefois, nous croyons que ces stratégies et plans d'action arrivent à un moment clé de la réorganisation des services québécois où les décideurs ont l'opportunité de considérer ces solutions et les intégrer dans la restructuration actuelle. À titre d'exemple, le regroupement des services des établissements (hôpitaux, CLSC ou CSSS) en Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pourrait représenter une opportunité de décloisonner l'approche par programmes (santé mentale vs TCC) et permettre ainsi un accès plus facile aux services en santé mentale pour les patientes et patients ayant subi un TCC modéré ou grave.

Par ailleurs, nous reconnaissons que les résultats sont basés sur la perception des participants et non sur l'observation directe ou sur un bilan complet de la situation actuelle. Nous croyons notamment que la démarche de collecte des données pourrait être utilisée pour l'identification de stratégies d'amélioration d'offre de services à d'autres problématiques cliniques et d'autres contextes de pratique mais que celle-ci pourrait être bonifiée par une approche hypothético-déductive. Il serait notamment intéressant d'évaluer, à l'aide d'une méthodologie longitudinale, la prévalence et le développement des troubles de santé mentale chez la population québécoise et de documenter le moment d'accès et la fréquence ou durée des services offerts en santé mentale pour cette clientèle.

Enfin, les participants auront eu l'occasion de s'exprimer et de contribuer à l'amélioration des services. De plus, les données recueillies permettront aux gestionnaires et décideurs de connaître les perceptions des intervenants et intervenantes, décideurs et représentants et représentantes de la communauté sur les stratégies et plans d'action à prioriser pour les personnes victimes d'un TCC qui souffrent aussi de troubles de santé mentale.

RÉFÉRENCES

- Andelic, N., Soberg, H. L., Berntsen, S., Sigurdardottir, S. et Roe, C. (2014). Self-perceived health care needs and delivery of health care services 5 years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *PM&R: The Journal of Injury, Function and Rehabilitation*, 6(11), 1013–1021. doi:10.1016/j.pmrj.2014.05.005
- Anderson, S., Allen, P., Peckham, S. et Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research and Policy Systems*, 2008 6:7. doi:10.1186/1478-4505-6-7
- Anson, K. et Ponsford, J. (2006). Evaluation of a coping skills group following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20(2), 167–178. doi:10.1080/02699050500442956
- Audrit, H. et de Guise, E. (2014). Le traumatisme craniocérébral léger : symptômes et prise en charge. *Journal de réadaptation médicale*, 34(3), 109–113.
- Battista, R. N. et Hodge, M. J. (1995). Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 153(9), 1233–1237.
- Bay, E. H., Blow, A. J. et Yan, X. E. (2012). Interpersonal relatedness and psychological functioning following traumatic brain injury: Implications for marital and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3), 556–567.
- Bombardier, C. H., Fann, J. R., Temkin, N. R., Esselman, P. C., Barber, J. et Dikmen, S. S. (2010). Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. *Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1938–1945. doi:10.1001/jama.2010.599
- Boudreault, P. et Kalubi, J.-C. (2007). De la méthodologie Q à la DRAP : un défi d'ordre technologique. Dans J.-C. Kalubi (dir.), *Recherche interdisciplinaire en réadaptation et défis technologiques : nouvelles perspectives théoriques et réflexions cliniques* (p. 93–109). Montréal, QC : Les publications du CRIR.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R. et Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 312–320.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23(11), 927–938.
- Chronister, J. et Chan, F. (2006) A stress process model of caregiving for individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 190–201.
- Clavisi, O., Bragge, P., Tavender, E., Turner, T. et Gruen, R. L. (2013). Effective stakeholder participation in setting research priorities using a Global Evidence Mapping approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(5), 496–502.
- Corrigan, J. D., Whiteneck, G. et Mellick, D. (2004). Perceived needs following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19(3), 205–216.
- Dahm, J., Wong, D. et Ponsford, J. (2013). Validity of the Depression Anxiety Stress Scales in assessing depression and anxiety following traumatic brain injury. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 392–396.
- Dawkins, N., Cloherty, M. E., Gracey, F. et Evans, J. J. (2006). The factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in acquired brain injury. *Brain Injury*, 20(12), 1235–1239.
- Deb, S., Lyons, I., Koutzoukis, C., Ali, I. et McCarthy, G. (1999). Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 156, 374–378.
- Degeneffe, C. E. (2001). Family caregiving and traumatic brain injury. *Health and Social Work*, 26, 257–267.
- Degeneffe, C. E., Chan, F., Dunlap, L., Man, D. et Sung, C. (2011). Development and validation of the caregiver empowerment scale: A resource for working with family caregivers of persons with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 56, 243–250.
- de Guise, É., LeBlanc, J., Feyz, M., Meyer, K., Duplantie, J., Thomas, H., [. .] Roger, E. (2008). Long-term recovery after severe traumatic brain injury: The McGill Multidisciplinary Prospective Outcome Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23, 294–303.
- Dikmen, S. S., Machamer, J. E., Powell, J. M. et Temkin, R. (2003). Outcome 3 to 5 years after moderate to severe traumatic brain injury. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 84, 1449–1455.
- Dijkers, M. P. (2004). Quality of life after traumatic brain injury: A review of research approaches and findings. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 21–35.
- Fann, J. R., Bombardier, C. H., Dikmen, S., Esselman, P., Warms, C. A., Pelzer, E., [. .] Temkin, N. (2005). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing depression following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(6), 501–511.

- Fann, J. R., Burington, B., Leonetti, A., Jaffe, K., Katon, W. J. et Thompson, R. S. (2004). Psychiatric illness following traumatic brain injury in an adult health maintenance organization population. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 53–61.
- Fleminger, S. (2008). Long-term psychiatric disorders after traumatic brain injury. *European Journal of Anaesthesiology*, *42*, 123–130.
- Gordon, W. A., Zafonte, R., Cicerone, K., Cantor, J., Brown, M., Lombard, L., [. . .] Chandna, T. (2006). Traumatic brain injury rehabilitation: State of the science. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *85*(4), 343–382.
- Handel, S. F., Ovitt, L., Spiro, J. R. et Rao, V. (2007). Affective disorder and personality change in a patient with traumatic brain injury. *Psychosomatics*, *48*(1), 67–70.
- Hart, T., Whyte, J., Polansky, M., Millis, S., Hammond, F., Sherer, M., [. . .] Kreutzer, J. (2003). Concordance of patient and family report of neurobehavioral symptoms at 1 year after traumatic brain injury. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, *84*, 204–213.
- Hodgson, J., McDonald, S., Tate, R. et Gertler, P. (2005). A randomized controlled trial of a cognitive behavioural therapy program for managing social anxiety after acquired brain injury. *Brain Impairment*, *6*, 169–180.
- Homaifar, B. Y., Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., Harwood, J. F., Thompson, C., Filley, C. M., [. . .] Adler, L. E. (2009). Sensitivity and specificity of the Beck Depression Inventory-II in persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *90*(4), 652–656.
- Hoofien, D., Gilboa, A., Vakil, E. et Donovick, P. J. (2001). Traumatic brain injury (TBI) 10–20 years later: A comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Injury*, *15*, 189–209.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2006, August 30). *Hospitalizations due to traumatic brain injuries down 35% over a decade*. Récupéré de http://secure.cih.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_30aug2006_e
- Jennekens, N., de Casterlé, B. D. et Dobbels, F. A. (2010). A systematic review of care needs of people with traumatic brain injury (TBI) on a cognitive, emotional and behavioural level. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(9–10), 1198–1206. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03114.x
- Jorge, R. E., Robinson, R. G., Moser, D., Tateno, A., Crespo-Facorro, B. et Arndt, S. (2004). Major depression following traumatic brain injury. *Archives of General Psychiatry*, *61*(1), 42–50.
- Jumisko, E., Lexell, J. et Soderberg, S. (2007). Living with moderate or severe traumatic brain injury: The meaning of family members' experiences. *Journal of Family Nursing*, *13*, 353–369.
- Kalpakjian, C. Z., Lam, C. S., Toussaint, L. L. et Merbitz, N. K. H. (2004). Describing quality of life and psychosocial outcomes after traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *83*(4), 255–265.
- Kapiriri, L. et Norheim, O. F. (2002). Whose priorities count? Comparison of community-identified health problems and Burden-of-Disease-assessed health priorities in a district in Uganda. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *5*(1), 55–62.
- Kreutzer, J. S., Seel, R. T. et Gourley E. (2001). The prevalence and symptom rates of depression after traumatic brain injury: A comprehensive examination. *Brain Injury*, *15*(7), 563–576.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. et Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, *41*(11), 1284–1292.
- Lathif, N., Phipps, E., Alton, P. et Tyagi Sharma, D. (2014). Prevalence of psychiatric disorders following brain injury. *British Journal of Medical Practitioners*, *7*(3), 4–6.
- Lefebvre, H. (2007). *L'adéquation entre les besoins vécus par les proches de personnes ayant un traumatisme crânien et les services offerts par le continuum de soins*. Rapport de recherche. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2235>
- Lefebvre, H. (2009). *Les besoins des proches, des intervenants et des personnes ayant un traumatisme craniocérébral : comparaison du Québec et de la France*. Rapport de recherche. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8862>
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal, QC : Guérin.
- Mauri, M. C., Paletta, S., Colasanti, A., Miserocchi, G. et Altamura, A. C. (2014). Clinical and neuropsychological correlates of major depression following post-traumatic brain injury, a prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, *12*, 118–124.

- Noorani, H. Z., Husereau, D. R., Boudreau, R. et Skidmore, B. (2007). Priority setting for health technology assessments: A systematic review of current practical approaches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(3), 310–315.
- Oxman, A. D., Schünemann, H. J. et Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Research and Policy Systems*, 29, 4–14.
- Pickelsimer, E. E., Selassie, A. W., Sample, P. L., Heinemann, A., Gu, J. K. et Veldheer, L. C. (2007). Unmet service needs of persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 1–13.
- Ponsford, J., Bayley, M., Wiseman-Hakes, C., Togher, L., Velikonja, D., McIntyre, A., [. .] Tate, R. (2014). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part II: Attention and information processing speed. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(4), 321–337.
- Rapoport, M. J., McCullagh, Streiner, D. et Feinstein, A. (2003). The clinical significance of major depression following mild traumatic brain injury. *Psychosomatics*, 44, 31–37.
- Sasse, N., Gibbons, H., Wilson, L., Martinez-Olivera, R., Schmidt, H., Hasselhorn, M., [. .] von Steinbüchel, N. (2013). Self-awareness and health-related quality of life after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(6), 464–472.
- Scholten, A. C., Haagsma, J. A., Cnossen, M. C., Olf, M., Van Beeck, E. F. et Polinder, S. (2016). Prevalence and risk factors of anxiety and depressive disorders following traumatic brain injury: a systematic review. *Journal of Neurotrauma*. Publication électronique en avance. doi:10.1089/neu.2015.4252
- Schonberger, M. et Ponsford, J. (2010). The factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with traumatic brain injury. *Psychiatry Research*, 179(3), 342–349.
- Schwarzbold, M., Diaz, A., Martins, E. T., Rufino, A., Amante, L. N., Thais, M. E., [. .] Walz, R. (2008). Psychiatric disorders and traumatic brain injury. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 4(4), 797–816.
- Schwarzbold, M. L., Diaz, A. P., Nunes, J. C., Sousa, D. S., Hohl, A., Guarneri, R., [. .] Walz, R. (2014). Validity and screening properties of three depression rating scales in a prospective sample of patients with severe traumatic brain injury. *Revista brasileira de psiquiatria*, 36(3), 206–212.
- Silver, J. M., McAllister, T. W. et Arciniegas, D. B. (2009). Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 653–661.
- Sliwinski, M., Gordon, W. A. et Bogdany, J. (1998). The Beck Depression Inventory: Is it a suitable measure of depression for individuals with traumatic brain injury? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(4), 40–46.
- Swaine, B., Feldman, D., Ouellet, M.C., de Guise, E., Desjardins, M., Gagnier, S., [. .] Richard, Y. (2014). *Optimisation des services de santé mentale offerts en réadaptation aux personnes ayant subi un traumatisme crâniocérébral*. Rapport de recherche. Montréal, QC : Université de Montréal (FRQS-CDRT).
- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A. et Tikk, A. (2005). Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19(14), 1181–1190.
- Turner-Stokes, L., Kalmus, M., Hirani, D. et Clegg, F. (2005). The Depression Intensity Scale Circles (DISCs): A first evaluation of a simple assessment tool for depression in the context of brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76(9), 1273–1278.
- Vaishnavi, S., Rao, V. et Fann, J. R. (2009). Neuropsychiatric problems after traumatic brain injury: Unraveling the silent epidemic. *Psychosomatics*, 50(3), 198–205.
- Vincent, P. (2014). Le cheminement de la personne adulte ayant subi un traumatisme crâniocérébral (TCC) à travers les divers établissements partenaires du consortium montréalais : une question d'efficacité et de respect de l'utilisateur. *Journal de réadaptation médicale : pratique et formation en médecine physique et de réadaptation*, 34(3), 105–108.
- von Steinbüchel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Höfer, S., Schmidt, S., [. .] Truelle, J. L. (2010). Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): Scale development and metric properties. *Journal of Neurotrauma*, 27(7), 1167–1185.