

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**QUELLES SONT LES INTERVENTIONS PROPOSÉES AUX PERSONNES
PRÉSENTANT UNE COMORBIDITÉ ENTRE UN TRAUMATISME
CRANIOCÉRÉBRAL SÉVÈRE ET DES SYMPTÔMES SIGNIFICATIFS OU UN
TROUBLE DE SANTÉ MENTALE?**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA**

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

**PAR
JACYNTHÉ VILLEMURE**

AVRIL 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Diane Rousseau

Prénom et nom

Directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Diane Rousseau

Prénom et nom

Directrice de recherche

Annie Paquet

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) sévère représentent une population importante à l'échelle mondiale, et les séquelles qui en découlent sont nombreuses et durables. Parmi celles-ci, les difficultés au niveau de la santé mentale, telles que l'anxiété, la dépression, les troubles psychiatriques et la détresse émotionnelle, figurent parmi les plus fréquemment observées. Cette comorbidité, qui touche simultanément les dimensions psychologique, cognitive et physique, complexifie considérablement l'accompagnement clinique. Elle oblige les professionnels à adapter leurs pratiques, à recourir à des approches intégrées et à ajuster leurs interventions afin de répondre adéquatement aux besoins multiples de ces personnes. La présente recension d'écrits vise à identifier les interventions psychosociales et psychoéducatives les plus adaptées à ce portrait clinique. Quatorze études ont été retenues, incluant sept études expérimentales et sept revues de littérature. Ces travaux mettent en évidence plusieurs approches prometteuses qui contribuent à améliorer l'adaptation, l'autonomie et les compétences psychosociales des personnes vivant avec un TCC sévère et des difficultés d'ordre émotionnel, psychologique ou comportemental survenues après le traumatisme. Sur le plan des interventions, les résultats soutiennent l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée aux déficits cognitifs, de certaines thérapies de troisième vague, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE), ainsi que de modèles de soins intégrés et d'approches combinant psychoéducation, soutien émotionnel et stratégies de réadaptation cognitive. Les constats généraux, de même que les limites méthodologiques sont discutés afin de situer ces résultats et de dégager des pistes pour la pratique clinique et la recherche future.

Table des matières

Résumé	iii
Liste des tableaux et des figures.....	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Introduction.....	1
Cadre conceptuel	4
Les traumatismes craniocérébraux (TCC)	4
Le traumatisme craniocérébral (TCC) sévère	5
La Lésion cérébrale traumatique ou acquise (LCA).....	6
Les troubles de santé mentale	6
Comorbidité : traumatisme craniocérébral sévère et santé mentale	7
Les interventions psychosociales et psychoéducatives	9
Objectifs de l'essai	11
Méthode	12
Stratégie de recherche documentaire.....	12
Critères d'inclusion	14
Critères d'exclusion.....	14
Procédure de sélection et d'analyse des études.....	15
Résultats.....	17
Caractéristiques méthodologiques des études retenues	17
Types d'études.....	17
Échantillons et caractéristiques des participants	18
Symptomatologie et indicateurs psychosociaux évalués dans les études	19
Description et analyse des interventions et programmes documentés	19
Objectifs des interventions.....	20
Synthèse des résultats	27
Discussion	28
Conclusion	35

Références.....	37
Appendice A. Types d'études recensées	40
Appendice B. Caractéristiques des participants	41
Appendice C. Dimensions évaluées et instruments de mesure utilisés	48
Appendice D. Abréviations et noms complets des instruments de mesure recensés	50

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de donnéesp.13
Tableau 2	Vocabulaire contrôlé utilisé pour chacun des concepts.....p.13
Tableau 3	Description et résultats des interventions et des programmes répertoriés p.21

Figures

Figure 1	Diagramme de flux <i>PRISMA</i>p.16
----------	---

Liste des abréviations

AC:	Activation comportementale
AVC:	Accident vasculaire cérébral
MI :	Entretien motivationnel (<i>Motivational Interviewing</i>)
LCA :	Lésion cérébrale acquise
SSPT :	Syndrome de stress post-traumatique
CFT :	Thérapie axée sur la compassion (<i>Compassion-Focused Therapy</i>)
TAE :	Thérapie d'acceptation et d'engagement
TCC (le) :	Traumatisme craniocérébral (synonyme : traumatisme crânien)
TCC (la) :	Thérapie cognitivo-comportementale
TDA/H :	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Remerciements

En premier lieu, je me dois de remercier chaleureusement Diane Rousseau, ma directrice d'essai et professeure à l'UQTR, d'avoir su me guider avec douceur et doigté dans ce processus de recherche et dans ma rédaction, mais surtout, me pousser à embrasser mon intuition et à me faire confiance lorsque le doute et l'ambivalence me gagnaient. Merci Diane pour ton écoute et ton calme, points d'ancrage et d'apaisement dans ces moments d'incertitude.

J'aimerais également remercier Sylvie Hamel, aussi professeure à l'UQTR. Sylvie, ta vision innovante, presque révolutionnaire de la psychoéducation, ainsi que ta capacité à percevoir les choses autrement m'ont permis de me rappeler que je portais en moi cette ouverture aussi et que je peux la reconnaître comme une corde à mon arc. Ton regard sur la profession et nos échanges autour du sens de notre pratique ainsi que sa place dans le communautaire ont été une source d'inspiration tout au long de ma maîtrise et jusqu'à l'achèvement de ce travail.

Je désire exprimer ma gratitude aux bibliothécaires Marjorie, Julie et Mylène, dont l'expertise et la disponibilité contribuent assurément à préserver l'équilibre et la sérénité de bien des étudiants.

Cet équilibre a aussi été concevable grâce au lien d'amitié tissé avec mes collègues, Maude et Alexis. Notre trio a su incarner à la fois une constance réconfortante et un espace de légèreté dans ce parcours. Mes amis, nous pouvons maintenant constater le chemin accompli avec fierté.

Je remercie bien sûr ma famille, mes précieux amis ainsi que mon équipe du Centre d'action bénévole du Rivage dont la présence, l'écoute et le support ont été inestimables, et ce même après avoir entendu parler de cet essai sous tous les angles.

Enfin, je ne pourrais passer sous silence mon complice du quotidien, Chad, mon amoureux qui m'accompagne avec patience et amour à travers chacun de mes états d'âme, et qui continue de croire en moi et de m'encourager à avancer.

Je suis privilégiée d'être aussi bien entourée. Vous êtes source d'énergie et de motivation pour moi, et c'est grâce à vous que je peux m'accomplir pleinement.

Introduction

Le traumatisme craniocérébral (TCC) ou traumatisme crânien est un problème de santé publique et socio-économique critique et répandu. Avec un taux d'incidence excédant celui du cancer du sein, du sida, des lésions de la moelle épinière et de la sclérose en plaques combinés, celui-ci se classe parmi les principales causes mondiales de mortalité, de morbidité et d'invalidité (Martel et al., 2021; Yeh et al., 2020). Chaque année, des millions de personnes à l'échelle mondiale sont touchées par un TCC, un cinquième d'entre elles présentant une atteinte modérée à sévère associée à des séquelles susceptibles de compromettre de façon significative leur autonomie et leur qualité de vie (Beedham et al., 2020; Masel et al., 2010; Peppel et al., 2020). Au Canada et au Québec, ce sont respectivement 165 000 et 12 000 personnes annuellement qui subissent un traumatisme craniocérébral de différents niveaux de gravité, parmi lesquelles une proportion importante ne parvient pas à retrouver une indépendance fonctionnelle complète (Vigneault, 2025).

Le traumatisme crânien sévère est généralement associé à des impacts neurologiques durables qui peuvent influencer profondément le fonctionnement quotidien et la participation sociale des personnes concernées (Fann et al., 2022; Masel et Dewitt, 2010; Wiart et al., 2016). On parle de séquelles cognitives, soit les pertes de mémoire, la difficulté de concentration, la fatigue et l'altération du jugement, de séquelles physiques telles que des atteintes motrices et sensorielles et des pertes d'équilibre, et de séquelles sur le plan affectif et comportemental, comme l'irritabilité, l'impulsivité et la diminution de l'autocritique (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Rodger et al., 2007; Silver et al., 2001; Simard et al., 2023; Vigneault, 2025; Wiart et al., 2016). Contrairement au TCC léger ou modéré, le TCC sévère entraîne une lésion cérébrale acquise (LCA), dont les séquelles neurologiques, physiques et psychosociales peuvent persister toute la vie (Fann et al., 2022; Masel et DeWitt, 2010; Wiart et al., 2016).

En plus des dommages neurologiques directs et des conséquences fonctionnelles, plusieurs études démontrent que les personnes ayant subi un TCC sévère présentent un risque accru de développer des troubles de santé mentale, tels que la dépression, les troubles anxieux,

les troubles de l'humeur ou les troubles psychotiques (Ayton et al., 2024; Beedham et al., 2020; Gibson et Purdy, 2015; Jorge et Starkstein, 2005). Ces troubles de santé mentale, ajoutés au TCC, peuvent entraîner une détresse émotionnelle importante. Le parcours de réadaptation qui suit un TCC sévère constitue un processus d'adaptation exigeant, car les altérations neurologiques et biologiques post-traumatiques interagissent avec les vulnérabilités personnelles, sociales et environnementales (Ayton et al., 2024; Davies et al., 2024; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Li et al., 2023; Raya-Ruiz et al., 2022; Silver et al., 2023; Wiart et al., 2016). Une fois que l'état physique d'un patient victime d'un TCC est stabilisé, des difficultés émotionnelles peuvent apparaître, ce qui peut causer des embûches dans son quotidien, mais aussi freiner son engagement dans un traitement (Dang et al., 2017; Gómez-de-Regil et al., 2019; Sander et al., 2021).

Malgré l'existence de certaines approches thérapeutiques reconnues dans le champ de la neuropsychologie et de la psychiatrie, il existe encore peu de données synthétisées concernant les interventions spécifiquement destinées aux personnes vivant à la fois avec un traumatisme craniocérébral sévère et des symptômes importants de santé mentale (Abou-El-Hassan et al., 2017; Gould et al., 2011). L'absence de lignes directrices claires nuit à la fois à l'accessibilité des services, à l'adaptation des interventions, et à la reconnaissance des besoins particuliers de cette population vulnérable. Plusieurs auteurs soulignent donc la nécessité de concevoir et d'évaluer des interventions psychosociales, psychothérapeutiques et psychoéducatives spécifiquement adaptées aux besoins de ces personnes (Barua et al., 2024; Ciurli et al., 2011; Davies et al., 2024; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016; Yeh et al., 2020). Ces approches visent à soutenir la réadaptation globale en agissant sur les dimensions cognitives, émotionnelles et sociales. Elles contribuent à améliorer la qualité de vie, l'autonomie fonctionnelle et la régulation émotionnelle des individus concernés (Chan et al., 2022; Exner et al., 2022; Ponsford et al., 2015; Thøgersen et al., 2022; Wiart et al., 2016; Yeh et al., 2020). Dans cette perspective, plusieurs chercheurs insistent sur l'importance de développer des programmes d'intervention intégrés et individualisés, favorisant la participation sociale, la croissance personnelle et le rétablissement psychologique à long terme après la lésion cérébrale.

Bien que la pharmacothérapie soit fréquemment utilisée pour traiter les symptômes psychiatriques associés au TCC, elle demeure insuffisante à elle seule pour répondre à la complexité des besoins d'adaptation psychosociale que présentent ces personnes (Fann et al., 2021; Gómez-de-Regil et al., 2019; Izzy et al., 2022; Peppel et al., 2020; Raya-Ruiz et al., 2022; Wiart et al., 2016). Plusieurs chercheurs soulignent la pertinence d'une approche intégrée, combinant les traitements médicamenteux à des interventions psychothérapeutiques, psychoéducatives et de réadaptation. Dans cette perspective, le présent essai s'intéresse exclusivement aux approches psychoéducatives et psychosociales adaptées au portrait clinique concerné.

Cadre conceptuel

La section qui suit précise les principaux concepts qui structurent l'analyse de cette recension d'écrits. Elle définit le traumatisme craniocérébral sévère, la lésion cérébrale acquise ainsi que les troubles et symptômes de santé mentale susceptibles d'émerger après le traumatisme, puis aborde la notion de comorbidité dans une perspective élargie. Enfin, le concept d'interventions psychosociales et psychoéducatives est présenté afin d'en définir la portée et les caractéristiques dans le cadre de la prise en charge des personnes vivant avec un TCC sévère et des difficultés en santé mentale.

Les traumatismes craniocérébraux (TCC)

Tel que défini par Gómez-de-Regil et al. (2019), le traumatisme craniocérébral (TCC) est « une perturbation du fonctionnement normal du cerveau causée par une force mécanique externe, telle qu'une accélération ou une décélération rapide, un choc ou une secousse à la tête, ou la pénétration d'un projectile » (traduction libre, p. 1). Il désigne une atteinte aux tissus cérébraux pouvant survenir à la suite de l'impact ou de la blessure et peut être causé par une lésion du cuir chevelu, une fracture du crâne, une commotion, des contusions ou lacérations cérébrales, une hémorragie interne ou encore des lésions des cellules nerveuses. Dans bien des cas, aucune trace externe n'est visible, même lorsque des dommages importants sont présents (McAllister, 2008; Mao et Spain, 2025). Le TCC est un processus de maladie chronique ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : « il est permanent, causé par des altérations pathologiques non réversibles, nécessite une formation spéciale du patient pour la réadaptation et peut nécessiter une longue période d'observation, de supervision ou de soins » (Masel et DeWitt, 2010). Cette définition s'applique à l'ensemble des traumatismes crâniens, quel que soit leur degré de gravité. Toutefois, les critères énoncés correspondent plus fréquemment à la réalité des TCC modérés à sévères, ces derniers entraînant généralement des séquelles durables et nécessitant un suivi à long terme. Ainsi, selon la gravité et la durée des symptômes, soit la durée de la perte de conscience et de l'amnésie post-traumatique ainsi que la présence de déficits moteurs et cognitifs, le TCC peut être classé en commotion cérébrale de type léger, modéré ou grave/sévère (Gómez-de-Regil et al., 2019; McAllister, 2008; Mao et Spain, 2025; Masel et DeWitt, 2010).

Les causes fréquentes de ce type de blessures sont les chutes, surtout chez les personnes plus âgées et les jeunes enfants, les accidents de la route, les agressions physiques incluant les cas de violence conjugale et les accidents survenant lors d'activités sportives ou de loisirs. Quoique de façon moins fréquente, on compte aussi les accidents au travail et les armes à feu dans les causes de traumatismes crâniens (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Mao et Spain, 2025).

Le traumatisme craniocérébral (TCC) sévère

Le traumatisme craniocérébral sévère est défini comme « une atteinte cérébrale traumatique associée à un score de Glasgow inférieur ou égal à 8¹, une perte de conscience prolongée, et des anomalies structurelles cérébrales visibles à l'imagerie » (Beedham et al., 2020). Dans ce cas de figure, la force d'impact sur la tête plonge la personne dans un coma plus profond et de plus longue durée. Les hémorragies cérébrales sont généralement plus sévères et peuvent exiger une intervention chirurgicale. La durée de la perte de conscience varie d'une personne à l'autre : certaines reprennent connaissance en quelques secondes, tandis que d'autres demeurent inconscientes pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours. (Association québécoise des neuropsychologues, 2025; Mao et Spain, 2025) Les TCC sévères peuvent altérer durablement la santé physique, neurologique et psychologique. Leurs effets varient selon la personne et le contexte, mais peuvent avoir un impact majeur sur la vie quotidienne et l'entourage.

¹ « L'échelle de coma de Glasgow est un système de notation reproductible, qui est utilisé pendant l'examen initial pour estimer la gravité des lésions cérébrales traumatiques. Elle est basée sur l'ouverture des yeux, la réponse verbale et sur les meilleures réactions motrices. Le score total le plus bas (3) indique des lésions potentiellement fatales, en particulier si les pupilles ne réagissent pas à la lumière et si les réponses oculo-vestibulaires sont absentes. Par convention, la gravité de la lésion cérébrale est initialement définie par l'échelle de coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale, GCS): 13 à 15 correspond à une lésion cérébrale traumatique peu importante, 9 à 12 correspond à une lésion cérébrale traumatique modérée, 3 à 8 correspond à une lésion cérébrale traumatique sévère » (Mao et Spain, 2025).

La Lésion cérébrale traumatique ou acquise (LCA)

Le traumatisme craniocérébral sévère s'accompagne d'une lésion cérébrale que l'on dit acquise (LCA), cette dernière étant une conséquence inévitable de ce type de blessure, puisque toute atteinte traumatique de cette ampleur provoque des dommages cérébraux, ce qui n'est pas toujours le cas pour les TCC légers ou modérés (Fann et al., 2022). Une LCA est une lésion qui survient après la naissance et qui n'est pas liée à un trouble congénital, une déficience intellectuelle ou un processus qui endommagerait progressivement le cerveau (Lésion cérébrale Canada, 2024).

Comme mentionné plus haut, dans ces circonstances, il est possible qu'aucune blessure à la tête ne soit visible (McAllister, 2008). En effet, les lésions cérébrales sont détectées par imagerie cérébrale, ainsi, lorsque les médecins observent des symptômes ou des résultats indiquant une possibilité de lésion cérébrale, une tomодensitométrie (TDM)² est généralement réalisée ou, parfois, un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM)³.

Les troubles de santé mentale

L'Office québécois de la langue française définit le trouble de santé mentale comme une perturbation significative du comportement ou des capacités cognitives, affectives ou relationnelles d'une personne, résultant d'un dysfonctionnement biologique, psychologique, génétique ou développemental. Il est généralement associé à une détresse importante ou à une altération du fonctionnement social, et se caractérise par des symptômes persistants et en nombre significatif sur une période prolongée (Gouvernement du Québec, 2025b). Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd., texte révisé; *DSM-5-TR*), les troubles de santé mentale sont organisés en plusieurs catégories diagnostiques, parmi lesquelles se distinguent principalement les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles

² « La tomодensitométrie (TDM) est un type d'imagerie médicale qui combine une série de radiographies pour créer des images transversales détaillées des structures internes » (Mao et Spain, 2025).

³ « L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est un type d'imagerie médicale qui utilise un champ magnétique puissant et des ondes radio de très haute fréquence pour produire des images de haute résolution » (Mao et Spain, 2025)

psychotiques, les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress, les troubles neurodéveloppementaux, les troubles neurocognitifs et les troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2022).

Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (2022) nuance cette définition en proposant une conception plus large des problèmes de santé mentale, laquelle englobe non seulement les troubles mentaux diagnostiqués, mais également les handicaps psychosociaux ainsi que divers états psychiques associés à une détresse significative, à des limitations fonctionnelles ou à un risque accru de comportements auto-agressifs. Les études retenues dans cette recension portent sur des personnes présentant soit un diagnostic de santé mentale, soit des symptômes associés à un trouble de santé mentale sans qu'un diagnostic précis ait été posé. Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont nombreuses à manifester divers symptômes de santé mentale qui affectent considérablement leur qualité de vie. Il apparaît donc essentiel de ne pas restreindre l'analyse aux interventions destinées uniquement aux personnes ayant reçu un diagnostic formel. Dans cette même perspective, la présente recherche prend également en considération la détresse émotionnelle, ou la détresse psychologique, que Sander et al. (2021) définissent comme « un ensemble d'émotions et de pensées désagréables ayant une incidence fonctionnelle ». Toujours selon ces auteurs, cette détresse serait principalement attribuable à la dépression, à l'anxiété et à la somatisation, soit une détresse psychologique découlant d'un dysfonctionnement corporel perçu. Or, comme la dépression et les troubles anxieux touchent un nombre important de personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (Barua et al., 2024; Fann et al., 2014; Fisher et al., 2024; Gandy et al., 2024; Gould et al., 2011; Han et al., 2018; Osborn et al., 2018; Sander et al., 2021), il apparaît pertinent de s'intéresser aux études abordant ces aspects dans le cadre de la présente recherche.

Comorbidité : traumatisme craniocérébral sévère et trouble de santé mentale

Toujours selon l'Office québécois de la langue française, dans le domaine de la sémiologie et de la pathologie, la comorbidité désigne « la coexistence d'au moins deux affections, déficiences, troubles ou troubles mentaux indépendants chez une même personne »

(Gouvernement du Québec, 2025a). Dans le champ du traumatisme craniocérébral sévère, plusieurs auteurs utilisent la notion de comorbidité dans un sens élargi, incluant à la fois les troubles diagnostiqués et les symptômes cliniquement significatifs ayant un impact sur le fonctionnement, notamment en raison de la complexité des manifestations qui peuvent survenir après le trauma (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016). En effet, les manifestations neuropsychiatriques constituent une composante importante de la réalité clinique de ces personnes (Ashworth et al., 2015; Barua et al., 2024; Ciurli et al., 2011; Han et al., 2018; Lermuzeaux, 2012; Li et al., 2023; Silver et al., 2023; Weis et al., 2022). À ce sujet, Soo et Tate (2007), cités dans Ashworth et al. (2015), estiment que de 30 à 70 % des individus ayant subi une lésion cérébrale traumatique présentent des difficultés psychologiques significatives, les plus fréquentes étant la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, les troubles de l'humeur et les symptômes psychotiques. Selon certains auteurs, jusqu'à 50 % des personnes touchées développeraient notamment une humeur dépressive et environ 40 % présenteraient des symptômes d'anxiété au cours de la première année suivant le TCC (Barua et al., 2023; Li et al., 2024). Ceux-ci attribuent la forte prévalence des symptômes dépressifs et anxieux après un TCC aux défis physiques importants liés à la réadaptation, auxquels s'ajoutent des changements émotionnels et sociaux marqués.

Au niveau neurologique, nous savons que le TCC peut perturber les réseaux cérébraux ainsi que les systèmes de neurotransmetteurs, ce qui contribue aussi au développement de ces affections neuropsychiatriques. Les mécanismes expliquant l'apparition de ces affections varient selon plusieurs facteurs, dont l'intensité du choc et la localisation de la lésion (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Han et al., 2018; Peppel et al., 2020). Les données disponibles indiquent que les symptômes psychiatriques peuvent apparaître de façon différée, parfois plusieurs mois après le traumatisme et doivent être distingués des troubles préexistants (Davies et al., 2023; Fann et al., 2022; Gibson et Purdy, 2015; Han et al., 2018).

Les interventions psychosociales et psychoéducatives

Comme abordé dans l'introduction, les interventions pharmacologiques sont fréquemment privilégiées auprès des personnes ayant subi un TCC sévère, notamment pour gérer certains symptômes comportementaux. Toutefois, leur efficacité demeure partiellement documentée et elles comportent des risques d'effets secondaires ou d'interactions défavorables avec les séquelles neurologiques (Fann et al., 2022; Wiart et al., 2016; Hicks et al., 2019). Dans ce contexte, les interventions psychosociales et psychoéducatives occupent une place complémentaire essentielle et constituent l'objet principal du présent essai.

Tel que relaté par Barkham et al. (2013), les interventions psychosociales regroupent des stratégies interpersonnelles ou informationnelles visant divers aspects du fonctionnement humain, dans le but de favoriser l'adaptation, la santé et le bien-être des individus. Contrairement aux traitements médicaux plus classiques, ces interventions ne reposent pas sur une terminologie uniformisée ni sur une méthode consensuelle permettant d'en mesurer l'intensité ou les composantes actives, ce qui complique l'identification de leurs mécanismes d'action (Fann et al., 2022; Troeung et al., 2024). Bien que ce problème concerne l'ensemble des interventions comportementales, il est particulièrement marqué dans le cas du TCC puisque ces approches s'appuient généralement sur des capacités d'apprentissage et de traitement de l'information qui sont fréquemment altérées, et ce de façon variable, chez les personnes atteintes (Fann et al., 2022). En effet, la coexistence d'un TCC sévère et de symptômes psychiatriques complexifie l'évaluation et la prise en charge. Les manifestations émotionnelles ou comportementales peuvent être attribuées à tort aux seules séquelles neurologiques, contribuant au sous-diagnostic ou à un traitement inadéquat des troubles concomitants (Otamendi, 2025; Raya Ruiz et al., 2017; Silver et al., 2023). Ces enjeux soulignent l'importance d'interventions adaptées à la fois aux réalités cognitives et aux besoins psychologiques des personnes concernées.

Malgré les limites propres à cette population, différentes modalités cliniques sont mises en œuvre auprès des personnes présentant un TCC sévère accompagné de symptômes de santé mentale. Ces interventions peuvent être regroupées en trois grands ensembles. D'une part, les

stratégies de soutien et d'accompagnement psychosocial, telles que les groupes de soutien et les interventions motivationnelles, visent à favoriser l'engagement, l'adaptation et la participation sociale (Barua et al., 2024; Fann et al., 2022; Wiart et al., 2016). D'autre part, des interventions psychothérapeutiques structurées sont proposées, notamment la thérapie cognitivo-comportementale adaptée aux déficits cognitifs, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie axée sur la compassion et la thérapie par résolution de problèmes (Ashworth et al., 2015; Chan et al., 2022; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Sander et al., 2021; Thøgersen et al., 2022; Whiting et al., 2020). Enfin, certaines approches combinent la réadaptation psychosociale et l'entraînement cognitif au sein de modèles intégrés, visant à agir simultanément sur les dimensions cognitives, émotionnelles et fonctionnelles (Chan et al., 2022; Davies et al., 2024; Wiart et al., 2016). Elles poursuivent des objectifs complémentaires, notamment favoriser la compréhension des symptômes, soutenir l'autonomie, renforcer l'adaptation sociale et fonctionnelle et impliquer activement la famille dans le processus de rétablissement.

Objectifs de l'essai

Compte tenu de la fréquence des troubles de santé mentale observés après un traumatisme craniocérébral (TCC) sévère, plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'une prise en charge intégrée, visant simultanément le fonctionnement cognitif et l'adaptation psychologique (Davies et al., 2024; Exner et al., 2022 ; Wiart et al., 2016).

La question à laquelle vise à répondre cette recherche est la suivante : « Quelles sont les interventions actuellement proposées aux personnes présentant une comorbidité entre un traumatisme craniocérébral sévère et des symptômes ou un trouble de santé mentale ? » À travers l'examen de la littérature scientifique disponible, cet essai cherche donc à identifier et à décrire les différents types d'interventions existants ainsi que leur impact sur la santé mentale, en portant une attention particulière à celles qui s'appuient sur cette complémentarité entre les volets cognitif et affectif du fonctionnement des personnes après un traumatisme crânien sévère. Celui-ci se distingue des recensions existantes car il cible spécifiquement la comorbidité entre un traumatisme craniocérébral sévère et des troubles ou symptômes de santé mentale apparaissant après la lésion, tout en adoptant une perspective psychoéducative. Alors que les recensions recensées abordent généralement les troubles psychiatriques ou les interventions de réadaptation de manière distincte, cet essai propose une intégration de ces dimensions en mettant l'accent sur les processus d'adaptation, notamment à travers les concepts de potentiel adaptatif (PAD) et de potentiel expérientiel (PEX).

Méthode

La présente section détaille le processus de recherche ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont mené à la sélection des quatorze études retenues dans cet essai.

Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée de mai à juillet 2025 à partir des bases de données EBSCO PsycINFO, Medline et Academic Search Complete ainsi qu'avec Scopus. Par le biais des thésaurus, des mots-clés ont été identifiés pour les trois concepts retenus pour cet essai : 1) Traumatisme craniocérébral sévère; 2) Troubles de santé mentale et 3) Interventions psychosociales. Afin de cibler les articles incluant les trois concepts et répondant à la question de recherche, l'opérateur booléen « AND » a été utilisé. De plus, en ce qui concerne le concept 3 « Interventions psychosociales », l'opérateur booléen « N5 » a été utilisé afin de s'assurer de la précision des termes « interventions », « stratégies », « meilleures pratiques », « traitements » et « thérapies » en les mettant à un maximum de cinq mots de distance des termes « psychosociales », « behaviorals », « psychologicals », « socials » et « emotionals ». La stratégie de recherche documentaire a permis d'identifier au total 281 articles incluant les trois concepts. Le tableau 1 présente les mots-clés utilisés et les résultats obtenus pour chacune des bases de données.

Tableau 1

Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données

Base de données	Résultats obtenus	Concept 1	Concept 2	Concept 3
PsychInfo	101	("severe head injur*" OR "severe head trauma*" OR "severe craniocerebral injur*" OR "severe craniocerebral trauma*" OR "severe traumatic head injur*" OR "severe brain injur*" OR "severe brain trauma*" OR "traumatic brain injur*" OR "TBI")	("mental disorder*" OR "mental health disorder*" OR "mental illness*" OR "psychological disorder*" OR "psychological illness*" OR "psychiatric disorder*" OR "psychiatric illness*" OR "mental disease*" OR "psychopathology")	((intervention* OR strateg* OR "best practice*" OR treatment* OR therap*) N5 (psychosocial OR psychologi* OR behavioral OR social OR emotion*))
Medline	84			
Academic Search Complete	94			
Scopus	2			

Une recherche de vocabulaire contrôlé a aussi été effectuée pour chacun des concepts, excepté avec la base de données Scopus qui n'offre pas cette modalité. Le Tableau 2 présente les termes qui ont été utilisés comme vocabulaire contrôlé pour chacune des trois bases de données.

Tableau 2

Vocabulaire contrôlé utilisé pour chacun des concepts

Base de données	Termes utilisés par concept		
	Concept 1	Concept 2	Concept 3
PsychInfo	head injuries, brain injuries, traumatic brain injuries	mental disorder, psychopathology, mental health	treatment, intervention, psychosocial intervention
Medline	craniocerebral trauma, brain injuries, brain injuries/traumatic	mental disorder, psychopathology, mental health	psychosocial intervention, practice guideline
Academic Search Complete	craniocerebral injuries, brain concussion, brain injuries	pathological psychology, mental illness	intervention (social services), best practices

Critères d'inclusion

Cet essai vise spécifiquement les personnes ayant à la fois un diagnostic de traumatisme craniocérébral sévère et un diagnostic ou des symptômes importants et persistants de santé mentale. Afin de cibler les articles pertinents à la construction de l'essai, des critères d'éligibilité ont été appliqués. Une étude a été retenue si :

- Elle concernait des personnes ayant un TCC d'un niveau de gravité « sévère » ou « modéré à sévère » (certains articles font mention d'une lésion cérébrale acquise, ce qui a aussi été retenu) et présentant un diagnostic en santé mentale ou des symptômes persistants s'y apparentant;
- Elle contenait au moins une intervention ou approche spécifiquement adressée aux personnes ayant une comorbidité entre un TCC et un trouble (ou des symptômes) de santé mentale;
- L'âge des participants était de plus de 18 ans;
- Elle avait été revue/relue par un comité de pairs;
- Elle était rédigée en français ou en anglais;
- Elle avait été publiée dans les dix dernières années, soit entre 2015 et 2025;
- L'article était disponible en ligne ou sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (sur demande)

Critères d'exclusion

Puisque l'objectif de cet essai était d'examiner la comorbidité entre le TCC et les troubles de santé mentale au sein de la population adulte générale, les études portant spécifiquement sur les militaires, les vétérans, les sportifs ou la population carcérale ont été écartées à la lecture du titre et du résumé. Ces populations présentent en effet des contextes et des profils cliniques spécifiques susceptibles d'influencer les trajectoires de manière distincte. Chez les vétérans, les problématiques de santé mentale sont souvent associées à des expositions traumatiques particulières, notamment en lien avec le trouble de stress post-traumatique. En ce qui concerne la population carcérale, la forte prévalence de troubles de santé mentale préexistants ainsi que le contexte institutionnel peuvent influencer la manifestation des symptômes et les modalités

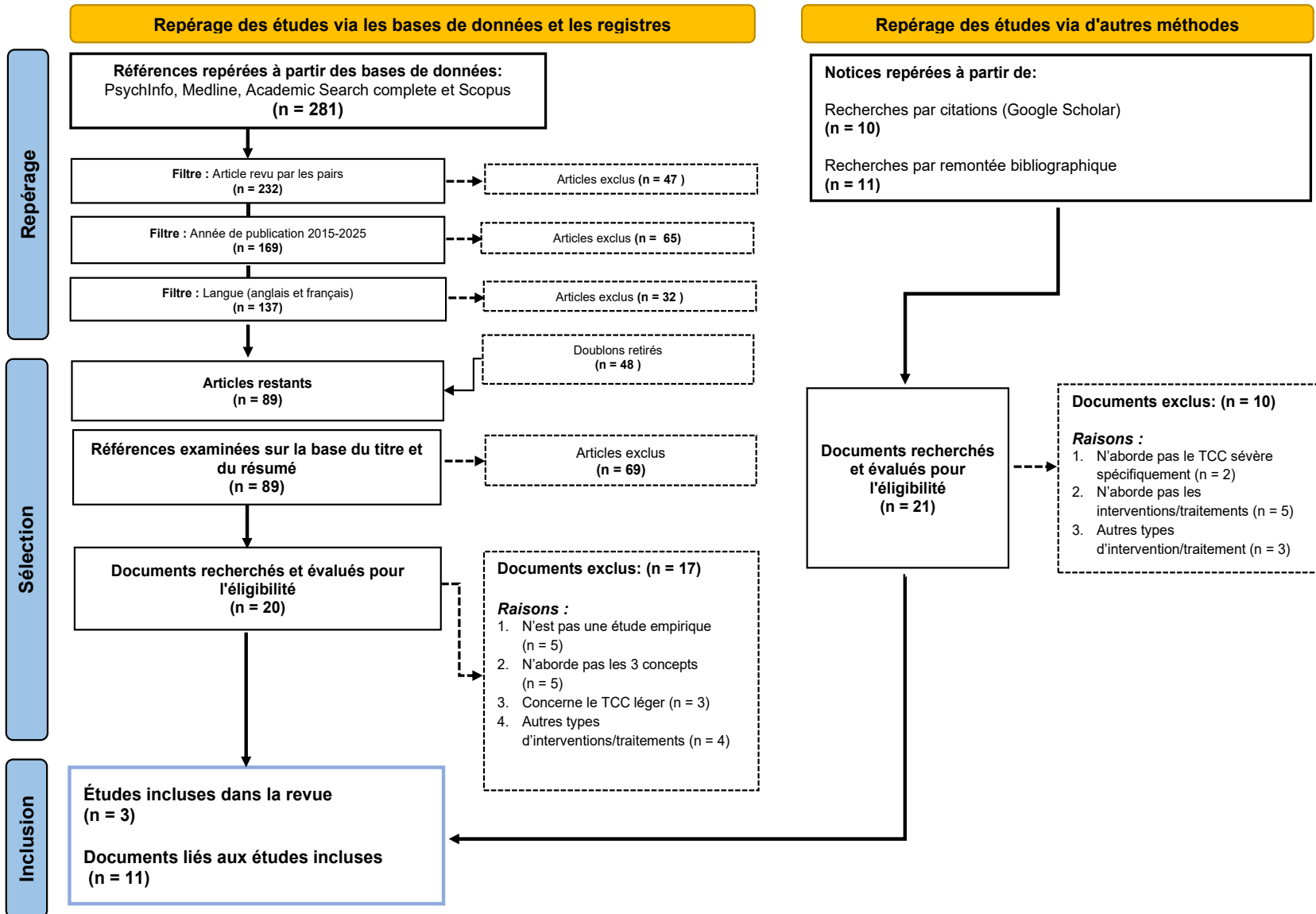
d'intervention. En ce qui concerne les TCC chez les sportifs, ceux-ci étant plus fréquemment associés à des traumatismes répétés, notamment des TCC légers. L'inclusion de ces populations aurait ainsi pu introduire une hétérogénéité importante et nuire à la cohérence des résultats pour la population ciblée. Par ailleurs, bien que certains articles retenus puissent en faire mention, les études portant exclusivement sur le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ont été exclues. Leur forte présence dans la littérature aurait pu orienter de manière disproportionnée l'analyse vers ce trouble spécifique, au détriment d'une compréhension plus globale des enjeux de santé mentale post-TCC. Enfin, les thèses et mémoires ont été exclues.

Procédure de sélection et d'analyse des études

Le processus de sélection des études a permis d'extraire 89 articles sur les 281 obtenus sur les bases de données en appliquant les trois filtres suivants : comité de pairs ($n = 46$), langue : français et anglais ($n = 32$) et année de publication : 2015 à 2025 ($n = 65$) puis en retirant les doublons ($n = 48$). Après une lecture des titres et résumés de ces 89 articles, 20 études ont été retenues pour évaluer l'éligibilité aux critères d'inclusions. Au total, seuls trois articles provenant des bases de données ont été retenus. Les 17 autres ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion, soit en raison de leur nature non empirique, de l'absence d'un ou de plusieurs des trois concepts au cœur de l'essai, ou encore parce qu'ils portaient sur le TCC léger ou sur des interventions non pertinentes. Une remontée bibliographique de ces trois articles ainsi qu'une recherche par citations sur le moteur de recherche Google scholar ont permis d'ajouter 21 autres études qui ont été évaluées et desquelles 11 ont été retenues pour l'analyse. Les 10 études exclues ne traitaient pas des TCC sévères, ni des interventions, ou étaient liées à d'autres types d'interventions que celles qui nous intéressent dans l'analyse. La figure 1 expose le processus de recension sous forme de diagramme de flux. L'analyse des études a été réalisée à partir d'une lecture approfondie de chaque article retenu, suivie d'une extraction des caractéristiques des participants, des types d'interventions, des variables mesurées et des principaux résultats. Ces données ont ensuite été regroupées et comparées afin d'identifier les tendances communes, les divergences et les dimensions centrales des interventions.

Figure 1

Diagramme de flux PRISMA



Résultats

La section qui suit présente les résultats issus des quatorze études retenues. Une description des caractéristiques méthodologiques des études et des échantillons est d'abord présentée afin de situer le contexte scientifique dans lequel s'inscrivent les interventions recensées. Les dimensions de santé mentale et psychosociales évaluées dans ces travaux ainsi que les instruments de mesure utilisés sont ensuite exposés. Les interventions documentées sont par la suite décrites et analysées en fonction de leurs objectifs et de leurs effets rapportés. Enfin, une synthèse des principaux constats dégagés de l'ensemble des études est proposée.

Caractéristiques méthodologiques des études retenues

Cette sous-section précise les caractéristiques méthodologiques des études, soit les types d'études recensés ainsi qu'une description des échantillons et des caractéristiques des participants.

Types d'études

Un total de quatorze études rédigées en anglais et publiées entre 2015 et 2024 a été retenu dans cette recension. De ce nombre, sept sont des études empiriques, comprenant principalement des essais cliniques randomisés, des études quasi expérimentales et des études pilotes utilisant des devis pré-post, ainsi qu'une étude de cas unique (Ashworth et al., 2015; Ponsford et al., 2016; Han et al., 2018; Whiting et al., 2020; Sander et al., 2021; Exner et al., 2022; Thøgersen et al., 2022). Les sept autres articles comprennent des revues de littérature incluant des revues systématiques, des méta-analyses et des revues narratives, fondées sur des procédures d'extraction, de sélection d'articles et d'évaluation critique de la qualité méthodologique (Wiaart et al., 2016; Gómez-de-Regil et al., 2019; Peppel et al., 2020; Chan et al., 2022; Fann et al., 2022; Barua et al., 2024; Davies et al., 2024). Dans l'ensemble, ces travaux issus de méthodes de recherche variées offrent une vision globale des enjeux psychosociaux consécutifs à un traumatisme crânien. Le tableau présentant les types d'études des quatorze articles retenus est placé en appendice A

Échantillons et caractéristiques des participants

Dans les études expérimentales, la taille des échantillons varie de 1 à 93 participants, la majorité regroupant entre 19 et 79 personnes (Ashworth et al., 2015; Ponsford et al., 2016; Han et al., 2018; Sander et al., 2021; Exner et al., 2022). Les participants sont majoritairement des adultes, avec des âges moyens situés entre 37 et 42 ans avec une surreprésentation des hommes et une provenance principalement occidentale. Sur le plan clinique, ces études ciblent surtout des personnes en phase chronique post-TCC ou LCA, présentant fréquemment des symptômes anxio-dépressifs, des atteintes cognitives persistantes et, dans certains cas, un trouble de stress post-traumatique ou des déficits neuropsychologiques complexes.

Les revues de littérature regroupent des échantillons nettement plus importants et couvrent une plage d'âge plus étendue, bien que les adultes demeurent majoritaires (Wiar et al., 2016; Peppel et al., 2020; Chan et al., 2022; Davies et al., 2024). La provenance est plus diversifiée et les profils cliniques y sont très hétérogènes, tant pour la sévérité du traumatisme crânien que pour le temps écoulé depuis le trauma, avec une forte prévalence de troubles de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété, le TSPT et les difficultés de régulation. Plusieurs données demeurent difficiles à extraire des revues de littérature, celles-ci reposant sur des études primaires dont les caractéristiques des participants sont décrites de façon inégale. Cette variabilité limite notamment l'accès à des données précises sur le sexe, l'âge ou le temps écoulé depuis le trauma. Il n'a pas été possible de retourner de manière systématique aux études primaires incluses dans les revues de littérature, principalement en raison du volume important de celles-ci, rendant une analyse approfondie de chacune difficilement réalisable dans le contexte d'un essai. De plus, l'accès aux études primaires n'était pas toujours possible ou celles-ci ne fournissaient pas systématiquement les informations détaillées nécessaires à l'analyse. Une sélection partielle des études primaires aurait pu introduire un biais méthodologique. Ajoutons que les processus de sélection des participants diffèrent sensiblement entre les synthèses. Ces constats justifient une interprétation prudente des résultats. Afin d'alléger le texte, le tableau détaillant les caractéristiques des participants pour chaque étude retenue est placé à l'appendice B.

Symptomatologie et indicateurs psychosociaux évalués dans les études

Les travaux recensés mettent en évidence une prise en compte élargie de la santé mentale chez les personnes ayant subi un TCC sévère, qui ne se limite plus uniquement à la présence de symptômes anxiodépressifs, mais englobe également des dimensions subjectives et adaptatives, telles que l'autocritique, la compassion envers soi, le bien-être psychologique, la flexibilité psychologique et la motivation à la réadaptation (Ashworth et al., 2015; Whiting et al., 2020; Sander et al., 2021; Thøgersen et al., 2022). Cette approche utilise divers instruments de mesure couvrant les symptômes émotionnels, la qualité de vie, la participation sociale, la régulation émotionnelle, la cognition et le fonctionnement global (Han et al., 2018; Exner et al., 2022; Davies et al., 2024). Les revues de littérature illustrent par ailleurs un spectre encore plus étendu de manifestations cliniques, incluant notamment l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique, mais également des manifestations neuropsychiatriques, telles que l'apathie, l'irritabilité, l'agressivité, la fatigue mentale et les difficultés d'autorégulation, de même que des dimensions fonctionnelles, comme l'autonomie, l'intégration communautaire, le rôle social et l'engagement dans les activités significatives (Wiart et al., 2016; Gómez-de-Regil et al., 2019; Chan et al., 2022; Davies et al., 2024). Cette diversité met ainsi en évidence une évaluation large et multidimensionnelle des dimensions et symptômes associés au TCC sévère. Un tableau dressant une liste de ces indicateurs et des instruments de mesure utilisés pour les évaluer dans chacune des études est présenté à l'appendice C. Le nom complet des instruments de mesure n'a pas été inclus dans ce tableau afin d'en alléger le contenu. La liste complète des instruments utilisés se trouve à l'appendice D.

Description et analyse des interventions et programmes documentés

La section qui suit présente un résumé des objectifs des interventions répertoriées dans les travaux retenus, une brève description de chacune d'elles ainsi qu'une synthèse des principaux résultats. Conformément à l'objectif de l'essai, elle expose également les impacts de ces interventions sur la santé mentale et les dimensions psychosociales présentés dans le tableau précédent.

Objectifs des interventions

Les interventions recensées dans les études expérimentales visent principalement à diminuer les difficultés émotionnelles associées au traumatisme craniocérébral sévère, notamment la dépression, l'anxiété, la détresse psychologique et l'autocritique (Ashworth et al., 2015; Ponsford et al., 2016; Sander et al., 2021). Elles cherchent également à renforcer l'autorégulation émotionnelle grâce à des stratégies comme la restructuration et la défusion cognitive, l'autocompassion et la résolution de problèmes (Sander et al., 2021; Thøgersen et al., 2022). Plusieurs programmes incluent aussi la remédiation ou des stratégies compensatoires pour soutenir l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives, favorisant ainsi un fonctionnement plus autonome (Han et al., 2018; Exner et al., 2022). Certaines interventions accompagnent par ailleurs la reconstruction de l'identité après la lésion en s'appuyant sur l'acceptation, les valeurs et la reprise d'activités significatives (Sander et al., 2021; Whiting et al., 2020). Les revues de littérature confirment ces orientations et montrent que les interventions non pharmacologiques visent également l'amélioration de la qualité de vie, de la participation sociale et du fonctionnement global (Wiart et al., 2016; Chan et al., 2022; Davies et al., 2024). Enfin, certaines d'entre elles mettent en évidence la nécessité de modèles de soins intégrés, misant sur le repérage des troubles post-TCC, la coordination interdisciplinaire et l'adaptation des interventions aux limitations cognitives (Fann et al., 2022; Chan et al., 2022). Globalement, ces objectifs reflètent une approche multidimensionnelle visant à soutenir à la fois l'état émotionnel, les capacités cognitives et l'adaptation quotidienne. Le tableau 3 présente une description des interventions et des programmes répertoriés, ainsi qu'un résumé des résultats observés pour chacune des études retenues.

Tableau 3

Description et résultats des interventions et des programmes répertoriés

Étude	Interventions/ Programmes	Description des interventions	Résultats
Études expérimentales			
Ashworth et al. (2015)	Thérapie centrée sur la compassion (CFT) adaptée aux personnes ayant subi une lésion cérébrale	CFT intégrée à un programme de réadaptation de 18 semaines. Comprend un volet groupal intensif de 4 jours (<i>mood group</i>) axé sur la psycho- éducation et sur le Compassionate Mind Training (respiration apaisante, imagerie, exercices compassionnels). Séances individuelles hebdomadaires (jusqu'à 18, moyenne 16) centrées sur la formulation clinique, la réduction de l'autocritique, la gestion des émotions et la consolidation des compétences compassionnelles, avec adaptations pour les déficits cognitifs.	↓ des sentiments de honte et d'autocritique, amélioration de l'autocompassion et du bien-être émotionnel. ↓ significative de l'anxiété et de la dépression entre le pré et le post-intervention, avec maintien des gains au suivi de 3 mois. ↓ marquée de l'autocritique et ↑ significative de l'auto-réassurance avec des tailles d'effet élevées.
Exner et al. (2022)	Intervention intégrée : thérapie cognitivo- comporte- mentale + neuro- psychologie	Intervention individuelle combinant modules de remédiation cognitive (attention, mémoire, fonctions exécutives) et modules TCC (gestion des émotions, ajustement du concept de soi, buts de vie), structurée autour d'un modèle de résolution de problèmes. Séances hebdomadaires de 50 minutes, durée personnalisée pouvant aller jusqu'à 80 séances (moyenne 33,6). Choix de 2 à 4 modules selon l'évaluation initiale, avec adaptations spécifiques aux déficits cognitifs (supports écrits, rappels, structuration accrue).	Amélioration significative de la psychopathologie générale et de la qualité de vie, ↓ de l'affect négatif. Gains qui se maintiennent 6 mois après. Aucune ↑ significative de l'activité fonctionnelle ou de l'intégration communautaire.

Étude	Interventions/ Programmes	Description des interventions	Résultats
Han et al. (2018)	Programme SMART Programme BHW	Programme d'entraînement cognitif informatisé de 10 semaines visant les fonctions exécutives, l'attention et la mémoire de travail. 30 séances standardisées (3 × 60 min/semaine), composées de tâches adaptatives sollicitant l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mise à jour.	↓ significative des symptômes dépressifs dans le groupe présentant une dépression au départ et ↓ des symptômes liés au SSPT. Amélioration du fonctionnement global.
Ponsford et al. (2016)	Entretien motivationnel adapté + TCC adaptée	Programme individuel de 8 séances combinant 2 séances d'EM (engagement, résolution de l'ambivalence, augmentation de la motivation) et 6 séances de TCC adaptée au TCC (psychoéducation, restructuration cognitive, activation comportementale, gestion du stress). Séances hebdomadaires de 50–60 minutes, avec adaptations aux limitations cognitives (supports visuels, répétitions, planification).	↓ significative des symptômes d'anxiété et de dépression. ↑ du fonctionnement psychosocial. Effets renforcés par les séances de rappel à 30 semaines. Pas de différence significative entre EM et counseling.
Sander et al. (2021)	Thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE) adaptée au personnes TCC	Programme individuel de 8 séances hebdomadaires (60 min) comprenant psychoéducation, défusion cognitive, acceptation, pleine conscience, clarification des valeurs et actions engagées. L'intervention est adaptée aux difficultés post-TCC (supports visuels, répétitions, exercices gradués).	↓ significative de la détresse psychologique, ↑ de la flexibilité psychologique et de l'engagement dans l'action. ↓ des symptômes dépressifs. Pas d'effet significatif sur la participation sociale.

Thøgersen et al. (2022)	Programme <i>Backup</i> : TAE, TAC, Psycho-éducation et techniques narratives.	Programme individuel de 8 séances intégrant TCC, TAE, auto-compassion et psychoéducation spécifique au TCC. Les séances incluent restructuration cognitive, activation comportementale, acceptation, travail sur la honte, mindfulness adaptée et formulation individualisée. Adaptations aux limitations cognitives (supports visuels, répétitions, tâches graduées).	↑ du bien-être psychologique, meilleure conscience de soi et réorganisation du récit personnel. Résultats quantitatifs peu concluants, mais pertinents cliniquement.
Whiting et al. (2020)	Programme adapté de Thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE)	8 séances individuelles (60 min/semaine) adaptées au TCC sévère, incluant psychoéducation, défusion cognitive, acceptation, pleine conscience simplifiée, clarification des valeurs et actions engagées. Forte structuration, supports visuels et répétitions pour compenser les déficits cognitifs.	↑ significative de l'ajustement psychologique, tendances positives pour la ↓ de la détresse émotionnelle. Favorise la flexibilité psychologique et l'adaptation.

Revue de littérature

Barua et al. (2024)	TCC	Cette méta-analyse inclut 13 essais cliniques évaluant différentes formes de TCC (individuelle, de groupe, en ligne, basée sur la pleine conscience ou centrée sur l'éducation) visant la réduction des symptômes dépressifs et anxieux après un TCC ou une LCA. Les interventions incluent généralement la restructuration cognitive, l'apprentissage de stratégies d'adaptation, la gestion des émotions et des techniques comportementales. Les durées varient de 8 à 16 semaines selon les études.	↓ significative des symptômes dépressifs (effet modéré) et anxieux (effet faible à modéré) après TCC, avec maintien de l'effet sur la dépression à trois mois, particulièrement lorsque l'intervention est individuelle ou structurée. Effets + constants pour dépression vs anxiété
---------------------	-----	--	--

Chan et al. (2022)	Programmes de soins intégrés	Les interventions recensées dans cette revue systématique incluent principalement des psychothérapies adaptées au TCC, des programmes intégrés combinant soutien psychologique et réadaptation, des approches pharmacologiques, des modèles interdisciplinaires et des stratégies de dépistage bilatéral. Certaines interventions technologiques (applications, télésurveillance) sont également rapportées. Les modèles d'intégration se situent surtout au niveau clinique (micro) et, plus rarement, au niveau organisationnel (méso), avec des adaptations cognitives fréquentes pour soutenir l'engagement et la participation.	Mise en évidence de l'efficacité de l'approche intégrée. Tendance globale à des effets positifs, notamment une ↓ des symptômes, un ↑ de la participation sociale et de certains indicateurs fonctionnels. Importance des adaptations cognitives, de l'implication des proches et de la coordination interdisciplinaire.
Davies et al. (2024)	Thérapie cognitivo-comportementale, psychoéducation, entraînement cognitif	Cette revue systématique et méta-analyse porte sur des interventions combinant des composantes cognitives et psychologiques pour adultes ayant subi une lésion cérébrale acquise. Les interventions recensées intègrent la psychoéducation, des stratégies cognitives compensatoires (attention, mémoire, métacognition, organisation, résolution de problèmes) et des techniques psychothérapeutiques principalement issues de la TCC. Formats individuels, de groupe et hybrides, avec une durée variant généralement entre 6 et 22 semaines.	Les interventions combinées produisent des ↑ significatives sur les symptômes dépressifs, l'anxiété et la participation sociale. Les effets sont + importants que pour les interventions isolées. Bénéfices ont été maintenus au suivi 4-6 mois post intervention.

Fann, Quinn & Hart (2022)	TCC, thérapie d'exposition prolongée, TAE, pleine conscience, programme d'auto-gestion de la colère	Revue narrative présentant un ensemble d'interventions pharmacologiques, psychoéducatives/comportementales et neuromodulatoires pour traiter les symptômes psychiatriques après un TCC. Les approches incluent des thérapies psychologiques adaptées (TCC, activation comportementale, résolution de problèmes, TAE, gestion de la colère), ainsi que des techniques de neuromodulation telles que la stimulation magnétique transcrânienne ou électrique transcrânienne. L'accent est mis sur des modèles multimodaux nécessitant des adaptations cognitives et un suivi prolongé.	<i>TCC</i> : ↓ de l'anxiété post-traitement et de la dépression, surtout après séances de rappel <i>Thérapies de troisième vague</i> : ↑ modérée mais constante de la détresse psychologique, effet médié par ↑ de la flexibilité psychologique.
Gómez-de-Regil, Estrella-Castillo & Vega-Cauich (2019)	TCC, TAE, CFT, psychologie positive, psychoéducation	Revue narrative incluant la TCC (pour dépression, anxiété, colère, SSPT), la psychoéducation, la réadaptation cognitive (attention, mémoire, fonctions exécutives) et diverses thérapies émergentes (TAE, pleine conscience, interventions numériques). Les modalités varient du présentiel à des formats téléphoniques, web ou en réalité virtuelle. L'accent est mis sur des stratégies visant la gestion émotionnelle, l'amélioration du fonctionnement cognitif et la participation sociale.	Approches variées jugées prometteuses. La majorité des interventions évaluées, principalement basées sur la TCC sont associées à une ↓ significative des symptômes dépressifs chez les personnes ayant subi un TCC. Les résultats sont plus variables pour l'anxiété. <i>TPC et TAE</i> : ↓ modérée de la détresse émotionnelle (bien que données limitées en nombre). Plusieurs études rapportent une ↑ du fonctionnement psychosocial.

Peppel, Ribbers & Heijenbrok-Kal, 2020	TCC, entretien motivationnel, psychoéducation, thérapies psychologiques de soutien	Revue systématique et méta-analyse comparant des interventions pharmacologiques (sertraline, méthylphénidate) et non pharmacologiques (TCC, psychothérapie de soutien, interventions téléphoniques, exercice physique, neurofeedback) visant la réduction de la dépression post-TCC modéré à sévère. Les programmes incluent des durées de 4 à 36 semaines, avec formats individuels ou groupaux.	↓ significative des symptômes dépressifs dans les deux types d'interventions. ↑ de la qualité de vie et de la participation. Aucune différence significative entre pharmacologique et non-pharmacologique.
Wiert et al. (2016)	Thérapies holistiques, TCC, TAE, pleine conscience, psychoéducation	Revue systématique portant sur des interventions non pharmacologiques pour les symptômes psychologiques et comportementaux post-TCC. Les approches incluses comprennent la TCC, la TAE, la pleine conscience, la gestion de la colère, la résolution de problèmes, la psychoéducation et des programmes combinant remédiation cognitive et autorégulation émotionnelle. Les formats sont variés (individuels, groupes, interventions web ou téléphoniques), avec des durées hétérogènes.	Plusieurs études rapportent une ↑ du fonctionnement psychosocial, ↑ notée sur l'humeur, les comportements et la participation. <i>Approches holistiques</i> : ↑ des troubles émotionnels, du fonctionnement social et de la qualité de vie, avec maintien des effets dans le temps. <i>TCC</i> : ↓ des symptômes anxiodépressifs, des comportements agressifs et ↑ des stratégies d'adaptation. <i>Approches systémiques familiales</i> : ↑ du climat familial, ↓ du stress des proches et meilleure compréhension des troubles comportementaux.

Synthèse des résultats

L'analyse des quatorze études retenues fait ressortir plusieurs tendances communes quant à l'efficacité des interventions psychosociales et psychoéducatives auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sévère et présentant des symptômes de santé mentale.

Premièrement, la majorité des travaux rapportent une diminution significative, bien que variable, des symptômes dépressifs et de la détresse psychologique à la suite des interventions. Ces effets semblent relativement plus constants pour la dépression que pour l'anxiété. Les effets observés sur la participation sociale et la réinsertion professionnelle demeurent néanmoins limités et variables selon les études.

Deuxièmement, les interventions les plus structurées et spécifiquement adaptées aux limitations cognitives des participants, comme celles issues de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie d'acceptation et d'engagement, sont associées à des résultats plus favorables sur les plans de l'ajustement émotionnel et de la flexibilité psychologique (Sander et al., 2021; Exner et al., 2022; Thøgersen et al., 2022). L'utilisation de supports visuels, de répétitions et d'exercices gradués apparaît comme un élément récurrent dans les programmes jugés efficaces. À l'inverse, certaines études rapportent des interventions moins spécifiquement adaptées aux limitations cognitives, pour lesquelles les effets observés semblent plus variables ou limités, notamment en ce qui concerne le maintien des acquis ou leur généralisation au quotidien (Gómez-de-Regil et al., 2019; Davies et al., 2024).

Finalement, plusieurs études soulignent l'intérêt des approches intégrant des composantes psychoéducatives, cognitives et psychothérapeutiques. Ces interventions combinées tendent à produire des effets supérieurs aux approches isolées, tant sur les symptômes psychologiques que sur certains aspects du fonctionnement psychosocial (Davies et al., 2024; Sander et al., 2021; Exner et al., 2022; Chan et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019).

Discussion

Malgré la reconnaissance croissante du traumatisme craniocérébral (TCC) sévère comme un enjeu de santé publique, la compréhension de ses répercussions psychiatriques, cognitives et psychosociales demeure partielle. Les résultats montrent que les conséquences émotionnelles, comportementales et sociales du TCC fragilisent l'identité, la participation sociale et la qualité de vie des personnes (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016). En ce qui concerne la comorbidité post-TCC, les études confirment que la présence d'un trouble de santé mentale après un traumatisme craniocérébral sévère complexifie la prise en charge clinique, en raison des interactions bidirectionnelles entre cognition, émotion et fonctionnement social. En effet, les déficits cognitifs peuvent amplifier la détresse émotionnelle, tandis que les difficultés psychologiques compromettent les capacités attentionnelles, mnésiques et exécutives (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016).

Dans ce contexte, un modèle strictement biomédical apparaît insuffisant à appréhender les transformations identitaires, relationnelles et psychosociales qui suivent la lésion, ce qui renforce la nécessité d'interventions soutenant la reconstruction du sens, la reprise des rôles sociaux et l'adaptation émotionnelle au quotidien. Dans cette perspective, les travaux convergent vers l'importance d'une réadaptation holistique mobilisant plusieurs disciplines et impliquant à la fois les dimensions cognitives, émotionnelles et sociales.

Les approches « en silo », centrées sur un seul volet, montrent des effets limités sur la qualité de vie et la participation sociale, alors que les interventions combinant remédiation cognitive et soutien psychologique produisent des résultats supérieurs (Davies et al., 2024; Exner et al., 2022; Wiart et al., 2016). La collaboration interprofessionnelle impliquant notamment les soins infirmiers, la physiothérapie, l'orthophonie, la psychologie et le travail social, ainsi qu'une communication constante entre les intervenants et les proches, facilitent la continuité des soins et l'adaptation des interventions aux besoins évolutifs des personnes (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016; Gibson et al., 2015). Toutefois, malgré l'appui général en faveur de ces modèles intégrés, la littérature ne précise pas encore comment les structurer ou les appliquer de manière optimale dans les milieux de soins (Li et al., 2023)

Les données disponibles indiquent que l'efficacité des interventions post-TCC sévère repose moins sur l'application d'un protocole standardisé que sur leur capacité à être modulées en fonction du profil clinique, des capacités cognitives résiduelles et du rythme de la personne. La fréquence, la durée et la complexité des activités doivent ainsi être modulées en fonction de la sévérité de la lésion, du contexte de vie et des objectifs personnels (Exner et al., 2022; Sander et al., 2021; Ponsford et al., 2020; Wiart et al., 2016). Les interventions individuelles ou en petits groupes facilitent un suivi personnalisé et renforcent l'alliance thérapeutique, reconnue comme un facteur déterminant de réussite (Davies et al., 2024; Thøgersen et al., 2022; Wiart et al., 2016), tandis que la motivation personnelle et le soutien de l'entourage contribuent au maintien et à la généralisation des acquis (Davies et al., 2024; Fann et al., 2022; Wiart et al., 2016).

Comme mentionné dans les résultats, les études expérimentales comme les revues de littérature indiquent que plusieurs interventions psychothérapeutiques et psychosociales contribuent à réduire la détresse émotionnelle et à améliorer le fonctionnement après un traumatisme craniocérébral. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée demeure l'approche la mieux documentée pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs après un TCC sévère, bien que les résultats restent parfois mitigés en raison de la petite taille des échantillons et de l'hétérogénéité des protocoles (Barua et al., 2024; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Waldron et al., 2013). Cette adaptation semble jouer un rôle déterminant dans l'engagement, la généralisation des apprentissages et l'ampleur des gains fonctionnels. L'entrevue motivationnelle, bien que fréquemment utilisée (Barua et al., 2024; Fann et al., 2022; Peppel et al., 2020), n'apparaît pas comme un moteur de changement en soi, mais comme un soutien au processus thérapeutique lorsqu'une intervention plus structurée est déjà en place (Ponsford et al., 2016). Les approches de troisième vague, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement, la pleine conscience et la thérapie axée sur la compassion, montrent des effets globalement positifs, mais généralement plus modestes et moins stables que ceux de la thérapie cognitivo-comportementale (Barua et al., 2024; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016). Elles se révèlent toutefois particulièrement utiles pour cibler des dimensions moins accessibles par l'approche cognitivo-comportementale, notamment l'autocritique, la

flexibilité psychologique et l'ajustement identitaire (Ashworth et al., 2015; Sander et al., 2021; Thøgersen et al., 2022; Whiting et al., 2020). Les interventions cognitives et les approches de remédiation cognitive recensées dans certaines revues soulignent également que l'amélioration de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives semble contribuer à une meilleure gestion émotionnelle et à un fonctionnement global plus stable, ce qui renforce l'idée que les interventions psychologiques doivent être adaptées aux limites cognitives post-TCC (Chan et al., 2022; Davies et al., 2024; Gómez-de-Regil et al., 2019; Han et al., 2018; Wiart et al., 2016). Les modèles intégrés et les interventions multimodales montrent qu'une combinaison d'approches est souvent nécessaire pour répondre à la complexité des besoins (Chan et al., 2022; Davies et al., 2024; Wiart et al., 2016). Ces modèles apparaissent particulièrement utiles pour améliorer la participation sociale, la qualité de vie et la continuité des soins, mais leur hétérogénéité méthodologique appelle à la prudence dans les conclusions. Enfin, les interventions familiales et systémiques, bien que très peu étudiées, montrent un potentiel important pour réduire les comportements problématiques et soutenir l'environnement de la personne (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Wiart et al., 2016).

Les données probantes sur l'efficacité des interventions demeurent limitées et plutôt hétérogènes, les protocoles étant souvent adaptés au contexte local, sans consensus clair sur les meilleures pratiques pour cette population (Ponsford et al., 2016). De plus, peu d'études se concentrent spécifiquement sur les personnes présentant une comorbidité entre TCC sévère et troubles de santé mentale apparus après la lésion, ce qui complique l'élaboration de recommandations cliniques standardisées (Exner et al., 2022; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Troeung et al., 2014). Ces constats mettent en évidence la nécessité d'identifier et de documenter les interventions proposées aux personnes présentant une comorbidité entre un TCC sévère et des symptômes ou un trouble de santé mentale, afin de mieux répondre à la complexité et à la diversité des trajectoires post-TCC.

Les causes des troubles de santé mentale post-TCC demeurent sujettes à débats. Certains auteurs insistent sur le rôle des mécanismes neurobiologiques directement liés aux lésions cérébrales, notamment les atteintes fronto-lobiques, les déséquilibres neurochimiques et les

perturbations des réseaux impliqués dans la régulation émotionnelle (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019), tandis que d'autres mettent davantage l'accent sur l'influence des facteurs psychologiques et sociaux, tels que la perte d'autonomie, les ruptures identitaires, les difficultés professionnelles ou relationnelles et la fatigue chronique, dans l'émergence et le maintien des troubles de santé mentale après un TCC sévère (Lauterbach et al., 2015; Wiart et al., 2016). Cela étant, l'ensemble des résultats recensés met en lumière l'hétérogénéité marquée des profils post-TCC, façonnée à la fois par la localisation et la sévérité de la lésion, l'histoire personnelle et le contexte psychosocial dans lequel évoluent les personnes. Cette diversité limite l'application uniforme des classifications diagnostiques traditionnelles, souvent peu sensibles à la complexité des trajectoires cliniques observées après un TCC sévère (Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Sander et al., 2021; Wiart et al., 2016). Ajoutons que les processus de stigmatisation associés aux séquelles cognitives et comportementales peuvent accentuer la détresse psychologique, freiner la demande d'aide et entraver l'accès à des services spécialisés adaptés (Li et al., 2023). Ces constats renforcent la nécessité de dépasser les cadres de classification rigides au profit d'approches cliniques plus nuancées, centrées sur le fonctionnement global, l'expérience subjective et les besoins évolutifs des personnes vivant avec un traumatisme craniocérébral sévère et une comorbidité en santé mentale.

Implications pour la psychoéducation

Sur le plan de la pratique psychoéducative, les résultats de cette recension soulignent l'importance d'ancrer l'intervention dans une évaluation fine du potentiel adaptatif (PAD) et du potentiel expérientiel (PEX) des personnes présentant un TCC sévère et des symptômes de santé mentale. Le PAD, souvent fragilisé par les déficits cognitifs, la détresse émotionnelle et la fatigue, nécessite un ajustement constant entre les exigences de l'environnement et les capacités de la personne, afin d'éviter les situations de surcharge et d'échec. Concrètement, cela implique de structurer l'environnement, de simplifier et graduer les tâches, en tenant compte de leur vulnérabilité à la surcharge cognitive.

Parallèlement, le PEX doit être soutenu par la mise en place d'expériences positives et significatives, favorisant le sentiment de compétence, la reconstruction de l'identité et l'acceptation des changements liés au TCC. Dans cette perspective, l'intervention vise le développement des capacités d'adaptation, notamment par l'apprentissage de stratégies compensatoires, la tolérance à la frustration et l'ajustement aux imprévus. Enfin, les manifestations comportementales telles que l'impulsivité ou l'irritabilité doivent être comprises comme l'expression d'un déséquilibre sous-jacent, orientant ainsi l'intervention vers les mécanismes de régulation émotionnelle et cognitive plutôt que vers le seul contrôle des comportements.

Les résultats de cette recension mettent en évidence l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans l'accompagnement des personnes présentant un TCC sévère et des symptômes de santé mentale. La complexité des profils cliniques nécessite une coordination étroite entre les différents professionnels impliqués, notamment en neuropsychologie, en travail social, en ergothérapie et en soins infirmiers. Une telle collaboration permet d'assurer une cohérence des interventions et un ajustement entre les exigences du milieu et le potentiel adaptatif (PAD) de la personne. Or, plusieurs constats issus de la littérature suggèrent un manque de continuité dans les services, particulièrement lors des transitions entre les phases de soins (hospitalisation, réadaptation, retour dans la communauté). Ces ruptures de services peuvent entraîner une désorganisation du fonctionnement, une augmentation de la détresse psychologique et une diminution de l'engagement dans les interventions. Dans cette perspective, le psychoéducateur joue un rôle clé dans l'arrimage des interventions, notamment en contribuant à l'ajustement des attentes des différents milieux, en soutenant la cohérence des stratégies mises en place et en favorisant la circulation de l'information clinique pertinente. Une intervention concertée permet ainsi d'assurer une trajectoire d'accompagnement stable, cohérente et adaptée aux besoins évolutifs de la personne.

Forces et limites de l'essai

Cette recension d'écrits présente plusieurs forces. Mentionnons d'abord la question de recherche, qui porte sur une problématique complexe et encore peu étudiée dans la littérature soit la comorbidité entre un traumatisme craniocérébral sévère et des troubles ou symptômes de santé mentale. Elle permet également d'intégrer de manière cohérente différentes dimensions du fonctionnement, offrant une compréhension clinique globale de la réalité vécue par ces personnes. Par ailleurs, cette analyse ne se limite pas à une description des interventions recensées, mais propose une lecture transversale des approches, mettant en évidence l'importance des adaptations cognitives et des interventions intégrées. Elle souligne la nécessité de combiner différentes stratégies afin de répondre à la complexité des besoins. Enfin, l'essai démontre un ancrage dans une perspective psychoéducative permettant de traduire les résultats de la littérature en pistes d'intervention concrètes et pertinentes pour la pratique.

Ce travail contient aussi certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, les études retenues présentent une importante hétérogénéité méthodologique, tant en ce qui concerne les devis, les tailles d'échantillons que les caractéristiques des participants. Les profils cliniques sont aussi très variés en termes de sévérité du traumatisme, de temps écoulé depuis la lésion et de la nature des troubles de santé mentale associés. Une proportion importante des études recensées repose sur des revues de littérature, pour lesquelles les données issues des études primaires sont parfois incomplètes ou difficilement accessibles. Cette contrainte limite la possibilité d'effectuer une analyse approfondie de certaines variables cliniques, notamment en ce qui concerne les caractéristiques individuelles des participants. De plus, les études expérimentales incluent souvent des échantillons de petite taille. Ces constats invitent à la prudence dans l'interprétation des résultats et leur portée.

Peu d'études ciblent spécifiquement les personnes présentant une comorbidité entre un TCC sévère et des troubles de santé mentale apparus après la lésion, ce qui complique l'identification d'interventions spécifiquement adaptées à cette clientèle. L'absence de consensus quant aux modalités d'intervention et la diversité des approches recensées limitent la formulation de

recommandations cliniques standardisées, ce qui témoigne de la complexité clinique associée à cette population. Ces limites soulignent la nécessité de développer des recherches ciblées, reposant sur des échantillons plus homogènes et des protocoles mieux définis, afin de mieux orienter les pratiques cliniques auprès de cette population.

Conclusion

Les études confirment que les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sévère demeurent une population particulièrement à risque de développer des troubles dépressifs, anxieux ou post-traumatiques, lesquels interagissent avec les séquelles cognitives pour accroître la vulnérabilité et compromettre la qualité de vie (Ashworth et al., 2015; Fann et al., 2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Li et al., 2023; Peppel et al., 2020; Wiart et al., 2016). Dans l'ensemble, l'analyse des quatorze études retenues fait ressortir un constat central, soit que les interventions offrant les bénéfices les plus significatifs sont celles qui reconnaissent la complexité de cette condition en intégrant de manière cohérente des stratégies ciblant à la fois la régulation émotionnelle, les limitations cognitives et les enjeux psychosociaux. Qu'il s'agisse de thérapie cognitivo-comportementale adaptée, de thérapies de troisième vague, de remédiation cognitive ou de psychoéducation, les approches combinées démontrent un potentiel pour réduire la détresse, soutenir l'ajustement psychologique et améliorer le fonctionnement global. Ces résultats renforcent la pertinence de modèles d'intervention intégrés et pluridimensionnels, mieux à même de s'ajuster à la diversité des réalités cliniques associées au TCC sévère (Ashworth et al., 2015; Barua et al., 2024; Davies et al., 2024; Exner et al., 2022; Ponsford et al., 2016; Sander et al., 2021; Whiting et al., 2020). Ils soulignent également l'importance de mieux comprendre les mécanismes psychologiques et neurocognitifs qui sous-tendent les troubles de santé mentale après une lésion cérébrale ainsi que de développer des approches thérapeutiques fondées sur des données probantes, compte tenu de la persistance fréquente de la dépression et de l'anxiété à long terme (Li et al., 2023; Sander et al., 2021).

En somme, cette recension montre que la réadaptation des personnes vivant avec un TCC sévère et des comorbidités en santé mentale doit reposer sur une intervention individualisée, articulant simultanément les perspectives biomédicale, psychologique et sociale (Wiart et al., 2016; Gómez-de-Regil et al., 2019; Chan et al., 2022; Davies et al., 2024). Une approche centrée sur la personne, soutenue par une collaboration interdisciplinaire et des ajustements cliniques continus, apparaît essentielle pour favoriser la reconstruction identitaire, renforcer la participation sociale et alléger les difficultés émotionnelles quotidiennes (Davies et al., 2024; Fann et al.,

2022; Gómez-de-Regil et al., 2019; Thøgersen et al., 2022; Wiart et al., 2016). Les résultats mettent en évidence un corpus encore limité d'études présentant une qualité méthodologique suffisante, de même que l'absence de lignes directrices consensuelles (Barua et al., 2024; Davies et al., 2024; Fann et al., 2022), appelant à un approfondissement des travaux dans ce champ afin de mieux orienter les pratiques cliniques auprès de cette population hétérogène aux besoins multiples et complexes.

Références

- Abou-El-Hassan, H., Dia, B., Choucair, K., Eid, S. A., Najdi, F., Baki, L., Talih, F., Eid, A. A. et Kobeissy, F. (2017). Traumatic brain injury, diabetic neuropathy and altered-psychiatric health: The fateful triangle. *Medical hypotheses*, 108, 69-80.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.008>
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C. et Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychol Psychother*, 88 (2), 143-162. <https://doi.org/10.1111/papt.12037>
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé). APA Publishing.
- Association québécoise des neuropsychologues. (2025). *Traumatisme craniocérébral*.
<https://aqnp.ca/documentation/neurologique/le-traumatisme-cranio-cerebral/>
- Auxéméry, Y. (2011). Les troubles psychotiques post-traumatiques : un modèle physiopathologique de la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(3), 155-159. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.12.020>
- Ayton, A., Spitz, G., Hicks, A. J. et Ponsford, J. (2024). Mental and physical health comorbidities in traumatic brain injury: A non-TBI controls comparison. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 105(7), 1355-1363. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.03.005>
- Barkham, M., Hardy, G. E. et Mellor-Clark, J. (2013). *Handbook of evidence-based psychosocial interventions*. John Wiley & Sons. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321284/>
- Barua, U., Ahrens, J., Shao, R., MacKenzie, H., Wolfe, D., Sequeira, K., Teasell, R., Loh, E. et Mehta, S. (2024). Cognitive behavioral therapy for managing depressive and anxiety symptoms after brain injury: A meta-analysis. *Brain Injury*, 38(3), 227-240.
<https://doi.org/10.1080/02699052.2024.2309264>
- Beedham, W., Belli, A., Ingaralingam, S., Haque, S. et Upthegrove, R. (2020). The management of depression following traumatic brain injury: A systematic review with meta-analysis. *Brain Injury*, 34(10), 1287-1304. <https://doi.org/10.1080/02699052.2020.1797169>
- Chan, V., Toccalino, D., Omar, S., Shah, R. et Colantonio, A. (2022). A systematic review on integrated care for traumatic brain injury, mental health, and substance use. *PloS one*, 17(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264116>

- Ciurli, P., Formisano, R., Bivona, U., Cantagallo, A. et Angelelli, P. (2011). Neuropsychiatric disorders in persons with severe traumatic brain injury: Prevalence, phenomenology, and relationship with demographic, clinical, and functional features. *The journal of head Trauma Rehabilitation*, 26(2), 116-126. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3181dedd0e>
- Dang, B., Chen, W., He, W. et Chen, G. (2017). Rehabilitation treatment and progress of traumatic brain injury dysfunction. *Neural Plasticity*, 2017, 1-6.
- Davies, A., Rogers, J. M., Baker, K., Li, L., Llerena, J., das Nair, R. et Wong, D. (2024). Combined cognitive and psychological interventions improve meaningful outcomes after acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 34(4), 1095-1114.
- Exner, C., Doering, B. K., Conrad, N., Künemund, A., Zwick, S., Köhl, K., Nestler, S. et Rief, W. (2022). Integrated neuropsychological and cognitive behavioural therapy after acquired brain injury: A pragmatic randomized clinical trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(7), 1495-1529. <https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1908902>
- Fann, J. R., Quinn, D. K. et Hart, T. (2022). Treatment of psychiatric problems after traumatic brain injury. *Biological psychiatry*, 91(5), 508-521. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.07.008>
- Fisher, L. B., Curreri, A. J., Hull, S., Tuchman, S., Cetinkaya, D., Nyer, M. B., Luehrs, R., Zafonte, R. et Pedrelli, P. (2024). Adapting cognitive behavioral therapy for depression after traumatic brain injury: A case study. *Cognitive and behavioral practice*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2024.04.003>
- Gandy, M., Woldhuis, T., Wu, W., Youssef, M., Bisby, M. A., Dear, B. F., Heriseanu, A. I. et Scott, A. J. (2024). Cognitive behavioral interventions for depression and anxiety in adults with neurological disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(12), 3237-3250. <https://doi.org/10.1017/S0033291724001995>
- Gibson, R. et Purdy, S. C. (2015). Mental health disorders after traumatic brain injury in a New Zealand caseload. *Brain Injury*, 29(3), 306-312. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.896471>
- Gómez-de-Regil, L., Estrella-Castillo, D. F. et Vega-Cauich, J. (2019). Psychological intervention in traumatic brain injury patients. *Behavioural neurology*. <https://doi.org/10.1155/2019/6937832>
- Gould, K. R., Ponsford, J. L., Johnston, L. et Schönberger, M. (2011). Relationship between psychiatric disorders and 1-year psychosocial outcome following traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 26(1), 79-89. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3182036799>

- Gouvernement du Québec. (2025a). *Comorbidité*. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. Office québécois de la langue française. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8384740/comorbidite>
- Gouvernement du Québec. (2025b). *Mieux comprendre les troubles mentaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>
- Han, K., Martinez, D., Chapman, S. B. et Krawczyk, D. C. (2018). Neural correlates of reduced depressive symptoms following cognitive training for chronic traumatic brain injury. *Human Brain Mapping*, 39(7), 2955-2971. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hbm.24052>
- Hicks, A. J., Clay, F. J., Hopwood, M., James, A. C., Jayaram, M., Perry, L. A., Batty, R. et Ponsford, J. L. (2019, 2019-November-29). The efficacy and harms of pharmacological interventions for aggression after traumatic brain injury: Systematic review. *Frontiers in Neurology*, Volume 10 - 2019. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01169>
- Izzy, S., Chen, P. M., Tahir, Z., Grashow, R., Radmanesh, F., Cote, D. J., Yahya, T., Dhand, A., Taylor, H., Shih, S. L., Albastaki, O., Rovito, C., Snider, S. B., Whalen, M., Nathan, D. M., Miller, K. K., Speizer, F. E., Baggish, A., Weisskopf, M. G. et Zafonte, R. (2022). Association of traumatic brain injury with the risk of developing chronic cardiovascular, endocrine, neurological, and psychiatric disorders. *JAMA Network open*, 5(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9478>
- Jorge, R. E. et Starkstein, S. E. (2005). Pathophysiologic aspects of major depression following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(6), 475-487. https://journals.lww.com/headtraumarehab/fulltext/2005/11000/pathophysiologic_aspects_of_major_depression.1.aspx
- Lauterbach, M. D., Notarangelo Paula L., Nichols Stephen J., Lane Kristy S. and Koliatsos, Vassilis E. (2015). Diagnostic and treatment challenges in traumatic brain injury patients with severe neuropsychiatric symptoms: Insights into psychiatric practice. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1601-1607. <https://doi.org/10.2147/NDT.S80457>
- Lésion cérébrale Canada. (2024). *À propos des lésions cérébrales*. <https://braininjurycanada.ca/fr/les-familles-et-les-soignants/a-propos-des-lésions-cerebrales/#Traumatic>

- Lermuzeaux, C. (2012). Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien. *L'information psychiatrique, Volume 88*(5), 345-352.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0926>
- Li, L. M., Carson, A. et Dams-O'Connor, K. (2023). Psychiatric sequelae of traumatic brain injury: Future directions in research. *Nature Reviews Neurology, 19*(9), 556-571.
- Mao, G., A. Spain, David. (2025). *Lésion cérébrale traumatique* Le Manuel Merck.
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/blessures-empoisonnement/l%C3%A9sion-c%C3%A9r%C3%A9brale-traumatique/l%C3%A9sion-c%C3%A9r%C3%A9brale-traumatique>
- Mao, G., A. Spain, David. (2025). *Présentation des traumatismes crâniens*. Le Manuel Merck.
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/l%C3%A9sions-et-intoxications/traumatismes-cr%C3%A2niens/commotion-li%C3%A9e-aux-sports>
- Martel, K. (2021). *L'activation comportementale pour l'amélioration des symptômes dépressifs liés à un traumatisme crâniocérébral: une étude de cas* [Mémoire doctoral, Université Laval, Canada].
- Masel, B. E. et DeWitt, D. S. (2010). Traumatic brain injury: A disease process, not an event. *Journal of Neurotrauma, 27*(8), 1529-1540.
- McAllister, T. W. (2008). Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury: Evaluation and management. *World psychiatry, 7*(1), 3.
- Ontario Brain Injury Association. (2020). *Brain injury information*. OBIA's Canadian charitable organization. <https://obia.ca/resources/brain-injury-information/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Troubles mentaux*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Osborn, A. J., Mathias, J. L., Fairweather-Schmidt, A. K. et Anstey, K. J. (2018). Traumatic brain injury and depression in a community-based sample: A cohort study across the adult life span. *The Journal of head trauma rehabilitation, 33*(1), 62-72.
<https://doi.org/10.1097/htr.0000000000000311>
- Otamendi, T., Sanghera, Simrit K., Mortenson, W. Ben, Li, Linda C., Silverberg, Noah D. (2025). Patient perceptions of persistent symptoms after mild traumatic brain injury and their influence on mental health treatment-seeking: A grounded theory study. *Disability & Rehabilitation, 1-9*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2454973>

- Peppel, L. D., Ribbers, G. M. et Heijenbrok-Kal, M. H. (2020). Pharmacological and non-pharmacological interventions for depression after moderate-to-severe traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Journal of neurotrauma*, 37(14), 1587-1596. <https://doi.org/10.1089/neu.2019.6735>
- Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., Downing, M., Furtado, C. et O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury [Article]. *Psychological Medicine*, 46(5), 1079-1090. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002640>
- Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Downing, M., Alway, Y., Furtado, C. et O'Donnell, M. L. (2020). Factors associated with response to adapted cognitive behavioral therapy for anxiety and depression following traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 35(2), 117-126. <https://doi.org/10.1097/htr.0000000000000510>
- Raya-Ruiz, M. A., Rodríguez-Bailón, M., Castaño-Monsalve, B., Vidaña-Moya, L., Fernández-Solano, A. J. et Merchán-Baeza, J. A. (2022). Study protocol for a non-randomised controlled trial: Community-based occupational therapy intervention on mental health for people with acquired brain injury (COT-MHABI). *PloS one*, 17(10), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274193>
- Reekum, R. v., Cohen, T. et Wong, J. (2000). Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders? *The Journal of Neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 12(3), 316-327. <https://doi.org/10.1176/jnp.12.3.316>
- Rogers, J. M. et Read, C. A. (2007). Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21(13-14), 1321-1333. <https://doi.org/10.1080/02699050701765700>
- Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., Bogaards, J., Sherer, M. et Walser, R. (2021). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(7), 1105-1129. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1762670>
- Silver, J. M., Kramer, R., Greenwald, S. et Weissman, M. (2001). The association between head injuries and psychiatric disorders: Findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Injury*, 15(11), 935-945. <https://doi.org/10.1080/02699050110065295>
- Simard, P. (2023). *L'approche centrée sur les forces auprès des personnes vivant avec les séquelles d'un traumatisme craniocérébral: étude d'implantation d'une pratique innovante de suivi communautaire* [Mémoire, Université Laval, Canada].

- Thøgersen, C. M. S., Glintborg, C., Hansen, T. G. et Trettvik, J. (2022). Psychotherapeutic intervention for adults with acquired brain injury: A case study using backup. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3.
- Troeung, L., Sarunga Raja, T. L., Mann, G., Wagland, J., MacLeod, C. et Martini, A. (2024). Improving psychosocial adjustment to traumatic brain injury from acute to chronic injury through development and evaluation of the myTBI online psychoeducation platform: Protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*, 14(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080030>
- Vigneault, L. (2025). *L'apport de l'intervention psychoéducatrice auprès des personnes souffrant de traumatismes crâniocérébraux modéré et sévère selon la thérapie cognitive comportementale* [Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières].
- Waldron, B., Casserly, L., M. et O'Sullivan, C. (2013). Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(1). 64-101. <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.724196>
- Weis, C. N., Webb, E. K., deRoos-Cassini, T. A. et Larson, C. L. (2022). Emotion dysregulation following trauma: Shared neurocircuitry of traumatic brain injury and trauma-related psychiatric disorders. *Biological psychiatry*, 91(5), 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.07.023>
- Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J. et Simpson, G. (2020). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(7), 1348-1371. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1583582>
- Wiat, L., Luauté, J., Stefan, A., Plantier, D. et Hamonet, J. (2016). Non-pharmacological treatments for psychological and behavioural disorders following traumatic brain injury (TBI). A systematic literature review and expert opinion leading to recommendations. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 59(1), 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.12.001>
- Yeh, T. C., Chien, W. C., Chung, C. H., Liang, C. S., Chang, H. A., Kao, Y. C., Yeh, H. W., Yang, Y. J. et Tzeng, N. S. (2020). Psychiatric disorders after traumatic brain injury: A nationwide population-based cohort study and the effects of rehabilitation therapies. *Arch phys med rehabil*, 101(5), 822-831. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.005>

Appendice A

Types d'études recensées

Études	Type d'étude
Études expérimentales	
Ashworth et al. (2015)	Étude qualitative exploratoire
Exner et al. (2022)	Essai clinique randomisé
Han et al. (2018)	Étude quasi expérimentale pré-post
Ponsford et al. (2016)	Essai clinique randomisé
Sander et al. (2021)	Essai contrôlé randomisé
Thøgersen et al. (2022)	Étude de cas unique
Whiting et al. (2020)	Essai clinique randomisé pilote
Revue de littérature	
Barua et al. (2024)	Revue narrative et méta-analyse
Chan et al. (2022)	Revue systématique descriptive
Davies et al. (2024)	Méta-analyse
Fann, Quinn & Hart (2022)	Revue narrative
Gómez-de-Regil, Estrella-Castillo & Vega-Cauich, 2019	Revue narrative
Peppel, Ribbers & Heijenbrok-Kal, 2020	Revue systématique et méta-analyse
Wiert et al. (2016)	Revue systématique

Appendice B

Caractéristiques des participants

Études	n	Âge	Sexe	Pays	Caractéristiques cliniques
Études expérimentales					
Ashworth et al. (2015)	12	22 à 55	7 H 5 F	Royaume-Uni	▪ Présentent une lésion cérébrale acquise (LCA), un TCC une tumeur cérébrale ou de l'anoxie et/ou ont subi un AVC ▪ Temps écoulé depuis le trauma : phase chronique, plusieurs années après le trauma ▪ Symptômes et troubles comorbides : anxiété, dépression et difficultés cognitives ▪ Suivis dans un programme de réadaptation (psychothérapie et groupe d'humeur)
Exner et al. (2022)	56	18 à 65	30 H 26 F	Allemagne	▪ Présentent une lésion cérébrale acquise (LCA), un TCC une tumeur cérébrale ou de l'anoxie et/ou ont subi un AVC ▪ Temps écoulé depuis le trauma : 2–2,5 ans après la lésion (phase post-aigu / chronique) avec une grande variabilité. ▪ Présentent un déficit cognitif post-lésion (au moins 1 écart-type sous la norme) ou des symptômes émotionnels correspondant à un trouble mental DSM-IV
Han et al. (2018)	79	20 à 65	48 H 31 F	États-Unis	▪ Présentent un TCC léger, modéré ou sévère (33% modéré à sévère) ▪ Temps écoulé depuis le trauma : tous en phase chronique du TCC, soit à plus de 6 mois post-traumatisme (M = 9 ans) ▪ Symptômes et troubles comorbides : symptômes dépressifs cliniquement significatifs, variant de légers à sévères

Études	n	Âge	Sexe	Pays	Caractéristiques cliniques
Ponsford et al. (2016)	75	M = 42	55 H 20 F	Australie	▪ Présentent un TCC léger, modéré ou sévère (54% modéré à sévère) ▪ Temps depuis le TCC : M = 3,73 ans ▪ Présentent un diagnostic clinique d'anxiété et/ou de dépression, de SSPT
Sander et al. (2021)	93	M = 37,73	56 H 37 F	États-Unis	▪ Présentent un TCC léger compliqué, modéré ou sévère (56% modéré à sévère) ▪ Présentent des symptômes anxio-dépressifs significatifs ▪ Temps depuis le TCC : $\approx$ 4 à 6 ans ▪ Groupes multi-ethniques
Thøgersen et al. (2022)	1	58	1 H	Danemark	▪ Participant adulte avec une lésion cérébrale acquise non progressive (infarctus multiples hémisphère droit), en phase post-aiguë ($\approx$ 6 mois post-lésion), présentant des déficits cognitifs importants (exécutifs, visuospatiaux, négligence, difficultés d'insight) et nécessitant une intervention psychothérapeutique.
Whiting et al. (2020)	19	$\approx$ 36–37 ans	15 H 4 F	Australie	▪ Présentent un TCC sévère (amnésie post-traumatique $\geq$ 7 jours) ▪ Temps écoulé depuis le trauma : 1 à 3 ans ▪ Présentent des atteintes cognitives légères à modérée et une détresse psychologique cliniquement significative

Revue de littérature					
Barua et al. (2024)	796 13 ECR	38 à 51,6	N/R	États-Unis Canada Australie Royaume-Uni Europe (divers pays)	▪ Sévérité hétérogène : TCC léger à très sévère, incluant certaines LCA non-progressives, AVC, anoxie/ hypoxie, infections et tumeurs cérébrales, complications métaboliques, interventions neurochirurgicales... ▪ Temps écoulé depuis le trauma : 6 mois à 12 ans selon l'étude, majorité en phase chronique ▪ Symptômes ou troubles comorbides : Trouble dépressif majeur, trouble anxieux avec détresse émotionnelle importante, SSPT
Chan et al. (2022)	N/R 59 études	16 à 90 ans (85% entre 18 et 64 ans)	N/R	États-Unis (81%) et autres (Australie, Chine, Afrique du Sud, Suisse Canada, Inde, Israël, Royaume-Uni)	▪ Sévérité hétérogène : TCC léger à très sévère ▪ Temps écoulé depuis le trauma: pas systématiquement rapporté et varie considérablement selon les études ▪ Symptômes ou troubles comorbides : TSPT, dépression, anxiété, troubles liés à l'usage de substances
Davies et al. (2024)	684	M = 43	N/R	Australie Europe Amérique du Nord Ukraine	▪ Sévérité hétérogène : niveau léger à sévère, incluant LCA et AVC ▪ Temps écoulé depuis le trauma : de quelques mois à plus de 3 ans ▪ Symptômes ou troubles comorbides : Dépression, anxiété, stress, TSPT, difficultés de régulation émotionnelle (gestion des émotions, coping inefficace et détresse émotionnelle)

Gómez-de-Regil et al. (2019)	N/R 62 études	Adultes (89%) 4 à 18 ans (11 %)	N/R	États-Unis Europe Australie Canada Asie	N/A
Peppel et al. (2020)	659	Entre 29,7 et 49,1 ans	N/R	Pays-Bas États-Unis Royaume-Uni Australie	▪ Sévérité du TCC : modéré à sévère ▪ Temps écoulé depuis le trauma : 14 jours à 17 ans ▪ Symptômes ou troubles comorbides : dépression post-TCC confirmée. Certaines études incluait aussi des participants avec anxiété
Wiert et al. (2016)	N/R 98 études	N/R	N/R	France Belgique Royaume-Uni États-Unis	▪ Sévérité du TCC : Majoritairement modérés à sévères, souvent avec séquelles neurocomportementales ▪ Temps écoulé depuis le trauma : pas systématiquement rapporté et varie considérablement selon les études. ▪ Symptômes ou troubles comorbides : dépression, troubles anxieux, troubles de comportement et agressivité

Appendice C

Dimensions évaluées et instruments de mesures utilisés

Études	Symptômes de santé mentale	Indicateurs psychosociaux	Instruments de mesure utilisés
Études expérimentales			
Ashworth et al. (2015)	Anxiété Dépression Détresse psychologique/ émotionnelle	Capacité d'auto-réassurance Compassion envers soi Perception du changement psychologique Sentiment de sécurité / confiance Auto-critique/auto-agression	Anxiété/dépression: HADS Bien-être psychologique: WHO-5 Image de soi/relation à soi : SCS, FSCRS Expérience subjective : IPA
Exner et al. (2022)	Psychopathologie générale Symptômes dépressifs	Qualité de vie Fonctionnement cognitif au quotidien Intégration communautaire / participation sociale Affect négatif Affect positif	Détresse psychologique globale : SCL-90-R, GSI Symptômes dépressifs : CES-D Affects : PANAS Qualité de vie : QOLIBRI, SEIQoL-DW Fonctionnement quotidien : ADFIQ Participation sociale : CIQ
Han et al. (2018)	Symptômes dépressifs Symptômes liés au TSPT	Capacités fonctionnelles Conscience/insight Satisfaction de vie (bien-être) Régulation émotionnelle Adaptation	Symptômes dépressifs: BDI-II Symptômes post-traumatiques: PCL-S Fonctionnement et intégration sociale : FSE Conscience du trouble TBI Satisfaction de vie : SWLS

Études	Symptômes de santé mentale	Indicateurs psychosociaux	Instruments de mesure utilisés
Ponsford et al. (2016)	Anxiété Dépression	Fonctionnement psychosocial Réintégration sociale	Anxiété/dépression/détresse émotionnelle: HADS, DASS-21 Réintégration psychosociale : SPRS-2
Sander et al. (2021)	Détresse psychologique/émotionnelle	Flexibilité psychologique Engagement dans l'action Participation sociale	Détresse psychologique globale : BSI-18, GSI Flexibilité psychologique: AAQ-II Participation sociale : PART-O
Thøgersen et al. (2022)	Anxiété Dépression	Qualité de vie Autocritique Bien-être psychologique Croissance personnelle	Anxiété/dépression: HADS Bien-être psychologique: SCS Compassion envers soi : WHO-5 Croissance personnelle: PGIS
Whiting et al. (2020)	Dépression Anxiété	Flexibilité psychologique Engagement dans l'action Participation sociale Motivation	Anxiété/dépression : HADS Flexibilité psychologique : AAQ-II Participation sociale : PART-O Motivation à la réadaptation : MOT-Q
Revue de littérature			
Barua et al. (2024)	Symptômes dépressifs Symptômes anxieux	Aucun indicateur psychosocial synthétisé (la méta-analyse porte uniquement sur la dépression et l'anxiété).	Anxiété/dépression/stress : HADS, BDI-II, DASS-21, HAM-D, STAI Détresse psychologique globale : BSI-18 Psychopathologie générale : SCL-90

Chan et al. (2022)	Symptômes liés au TSPT, dépression, anxiété, troubles liés à l'usage de substances (alcool, drogues), TOC, TDA/H, détresse psychologique	Fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives), fonctionnement social, habiletés de gestion de la vie quotidienne, engagement dans les traitements qualité de vie perçue, symptômes neuropsychiatriques généraux, douleur ou symptômes physiques aggravant la détresse, impact fonctionnel du TCC sur les relations, le travail et les activités	Symptômes dépressifs : BDI-II, PHQ-9, HDRS, GDS Symptômes anxieux : BAI, HARS Symptômes post-traumatiques : CAPS, PCL / PCL-C / PCL-M, IES-R Détresse psychologique globale : BSI, K-10 Cognition : MoCA, MMSE, RBANS Fonctionnement : WHODAS Qualité de vie : SF-36 ou SF-12, QOLIBRI Usage alcool/drogues : AUDIT, DAST
Davies et al. (2024)	Dépression, anxiété, détresse psychologique globale, difficultés de régulation émotionnelle, symptômes liés au TSPT, sentiment de perte / difficultés d'ajustement émotionnel après le TCC	Qualité de vie perçue Participation sociale Activités de la vie quotidienne Intégration communautaire Fonctionnement exécutif au quotidien Coping / stratégies d'adaptation Auto-efficacité Fatigue (physique et mentale) Rôle social et fonctionnement dans les rôles significatifs	Dépression/anxiété : HADS, BDI, PHQ-9, MDI Psychopathologie générale/détresse psychologique : SCL-90-R, HSCL-25, PANAS Stress post-traumatique : PCL-5 Qualité de vie : QOLIBRI, CQLS, WHOQoL, PQOL, SF-36 Fonctionnement/participation sociale : COPM, CIQ, POPS, ADFIQ, BICRO-39, LIFE-3 Cognition/fonctions exécutives : MoCA, PASAT, BRIEF-A, DEX, BADS, RAVLT, NP, FrSBe Fatigue : BFI, FSS, MFI, MFS Régulation émotionnelle/stratégies adaptatives : DERS, ERSQ, CRI, BREQ Motivation/engagement réadaptation : KBCI, SEMBI, PSE

Fann, Quinn & Hart (2022)	Dépression, apathie affects pseudobulbaires (pleurs/rires incontrôlables), anxiété, TSPT, colère, irritabilité, agressivité, agitation, manie, psychose, fatigue mentale, perte d'énergie, lenteur cognitive, labilité émotionnelle	Fonctionnement global, qualité de vie perçue, participation sociale, engagement dans les activités significatives, compétences d'adaptation (coping), auto-efficacité, fonctionnement exécutif, conscience de soi et autorégulation, relations interpersonnelles et communication, comportements problématiques (agressivité, agitation, impulsivité)	N / A Aucune mesure rapportée (revue narrative)
Gómez-de-Regil, Estrella-Castillo & Vega-Cauich, 2019	Dépression/anxiété colère/irritabilité/ agressivité, TSPT, détresse psychologique/ émotionnelle, symptômes post-commotionnels	Qualité de vie perçue, fonctionnement quotidien/autonomie fonctionnement cognitif et retour au travail, fonctionnement exécutif, fonctionnement relationnel, participation sociale, rôle social, compétences sociales, stratégies d'adaptation (coping), bien-être psychologique général	N / A Aucune mesure rapportée (revue narrative)
Peppel, Ribbers & H.Kal (2020)	Dépression	Aucun indicateur psychosocial évalué	BDI-II, HAM-D, PHQ-9, BSI-D, POMS-D, CES-D, SCL-20, DASS-D, KAS-D
Wiert et al. (2016)	Dépression, anxiété, symptômes liés au TSPT, apathie, anhedonie, affects pseudobulbaires,	Autonomie Participation sociale Réinsertion professionnelle Engagement occupationnel	N / A Aucune mesure rapportée (revue narrative)

détresse psychologique, agitation, agressivité / comportements violents, impulsivité, irritabilité anosognosie, difficultés d'autorégulation émotionnelle	Relations familiales Qualité de vie perçue Adaptation psychosociale générale
---	--

Appendice D

Abréviations et noms complets des instruments de mesure recensés

Symptômes	Instruments de mesure
Dépression	Beck Depression Inventory (BDI); Beck Depression Inventory-II (BDI-II); Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Major Depression Inventory (MDI); Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D / HDRS); Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D); Geriatric Depression Scale (GDS); Symptom Checklist-20 (SCL-20); Brief Symptom Inventory – Depression subscale (BSI-D); Profile of Mood States – Depression subscale (POMS-D); Depression, Anxiety and Stress Scale – Depression subscale (DASS-D); Katz Adjustment Scale – Withdrawn Depression subscale (KAS-D)
Anxiété	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Beck Anxiety Inventory (BAI); Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS); State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21)
Détresse psychologique/ Psychopathologie générale	Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90 / SCL-90-R); Brief Symptom Inventory (BSI); Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18); Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25); Kessler Psychological Distress Scale (K-10); Global Severity Index (GSI); Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
Stress post-traumatique (TSPT)	Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS); PTSD Checklist (PCL / PCL-C / PCL-M); PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5); PTSD Checklist – stressor specific (PCL-S); Impact of Event Scale – Revised (IES-R)
Qualité de vie / Bien-être	Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI); World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL); Short Form Health Survey – 36 / 12 items (SF-36 / SF-12); Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL-DW); Perceived Quality of Life Scale (PQOL); Chablan Quality of Life Scale (CQLS); Well-Being Index (WHO-5); Satisfaction With Life Scale (SWLS); Life Satisfaction Questionnaire (LIFE-3)

Symptômes	Instruments de mesure
Fonctionnement quotidien / Participation sociale / Intégration communautaire	Community Integration Questionnaire (CIQ); Participation Objective, Participation Subjective (POPS); Participation Assessment with Recombined Tools – Objective (PART-O); Canadian Occupational Performance Measure (COPM); Aachen Daily Functioning Item Bank Questionnaire (ADFIQ); Brain Injury Community Rehabilitation Outcome-39 (BICRO-39); Sydney Psychosocial Reintegration Scale (SPRS-2); Functional Status Examination (FSE)
Cognition / Fonctions exécutives / Performance neuropsychologique	Montreal Cognitive Assessment (MoCA); Mini-Mental State Examination (MMSE); Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT); Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT); Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS); Neuropsychological Test Battery (NP); Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult Version (BRIEF-A); Dysexecutive Questionnaire (DEX); Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS); Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe); TBI Awareness Score
Fatigue	Brief Fatigue Inventory (BFI); Fatigue Severity Scale (FSS); Multidimensional Fatigue Inventory (MFI); Mental Fatigue Scale (MFS)
Régulation émotionnelle / Coping / Processus psychologiques	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS); Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ); Coping Response Inventory (CRI); Brain Injury Rehabilitation Trust Emotion Regulation Questionnaire (BREQ); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II); Forms of Self-Criticism/Self-Reassurance Scale (FSCRS); Self-Compassion Scale (SCS)
Motivation / Auto-efficacité	Motivation for Traumatic Brain Injury Rehabilitation Questionnaire (MOT-Q); Self-Efficacy for Managing Brain Injury Questionnaire (SEMBI); Perceived Self-Efficacy (PSE); Personal Growth Initiative Scale (PGIS); Key Behavior Change Inventory (KBCI)
Usage de substances	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Drug Abuse Screening Test (DAST)