

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActuel DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique

Président du conseil



**Dr François Croteau**

Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal;  
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada;  
Directeur médical du Groupe Santé, Québec, Rogers Média.



**Dr Johanne Blais**

Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval;  
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval;  
Professeur titulaire de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



**Dr Roger Ladouceur**

Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec;  
Professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal;  
Médecin de famille, Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.



**Dr Francine Léger**

Médecin de famille;  
Chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;  
Service de périnatalité du CHUM.



**Dr Diane Poirier**

Médecin, M.Sc.;  
Chef du service des soins intensifs au CSSS Richelieu-Yamaska;  
Professeur d'enseignement clinique au CHUS;  
Membre du comité de FPC de l'AMLF.

## INVESTIGATION

# Le traumatisme craniocérébral léger chez l'adulte - 2<sup>e</sup> partie

## Référence et intervention

par la Dre Nicole Brière<sup>1</sup>,  
François Crépeau<sup>2</sup>, Geneviève Léveillé<sup>3</sup>  
et Michelle McKerral<sup>4</sup>

Depuis 1998, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau offre des services de réadaptation individualisés et spécialisés pour les adultes ayant un traumatisme craniocérébral léger (TCCL). Dans le numéro du 16 décembre dernier, nous vous présentions un article portant sur le diagnostic et le pronostic du TCCL. Nous vous présentons ici un deuxième article, celui-ci portant sur l'intervention pour le TCCL.



### Intervention clinique

Tel que présenté dans notre premier article, l'incidence du TCCL est de 600 par 100 000 habitants par année, ce qui constitue un risque épidémiologique important. Heureusement, 85 % des patients évoluent de façon favorable à l'intérieur d'une période de trois mois. Toutefois, pour les 15 % qui constituent ce que l'on appelle dans la documentation médicale la *Miserable Minority*, il y aura persistance de symptômes postcommotionnels au-delà de trois mois après le TCCL<sup>1</sup>. Nous présenterons ici l'intervention clinique auprès de cette clientèle – celle qui évoluera bien, mais surtout celle qui aura une évolution atypique.

Lors de la rencontre médicale initiale, le médecin doit évaluer les signes et symptômes du patient et déterminer s'il y a indication pour une tomographie cérébrale. Dans l'affirmative et/ou si les signes et symptômes sont importants, le patient devra être dirigé vers l'urgence. Autrement, le traitement s'avère relativement simple : le médecin rassure le patient sur l'aspect transitoire des symptômes et sur leur évolution, en général, favorable. Il recommande une supervision de 24 à 48 heures du patient à la maison, lui donne un traitement médicamenteux au besoin par de l'acétaminophène, de l'ibuprofène ou du Graval. Il peut prescrire un arrêt de travail d'une semaine à un mois. Il lui recommande de consulter à l'urgence s'il est trop somnolent, présente des vomissements, des céphalées importantes ou autre signe neurologique (*tableau I*).

Le patient devra être revu deux semaines et un mois après l'accident. S'il demeure symptomatique après un mois, on identifie les facteurs de risque de morbidité (*tableau II*). Si les symptômes sont nombreux, ou s'il y a plusieurs facteurs de risque, il est préférable de faire une tomographie cérébrale et d'adresser rapidement le patient à une ressource spécialisée. Sinon, le patient peut être revu six à huit semaines post trauma. Passé ce délai, si la symptomatologie est encore présente, il faut l'adresser en spécialité (*figure 1, page 31*).

### Traitement médical de pathologies fréquentes chez les TCCL

#### Généralités

- On ne connaît pas bien l'effet des médicaments sur un cerveau lésé.
- Ces patients répondent en général à de plus petites doses de médicaments, souvent la moitié de celles utilisées habituellement.
- Il faut tenir compte des difficultés cognitives souvent présentes :
  - Dosette pour les médicaments
  - Écrire les renseignements cliniques donnés
  - Agenda
- Il y a peu d'études scientifiques spécifiquement chez les TCCL.

Il faut garder à l'esprit que les effets secondaires des médicaments peuvent augmenter certains symptômes chez les TCCL, en particulier les atteintes cognitives, la fatigue et les céphalées :

#### Tableau I Informations à donner lors de la première visite

- Symptômes principaux :
  - Somnolence
  - Fatigue
  - Céphalée
  - Étourdissement
  - Irritabilité
  - Anxiété
  - Nausée
  - Trouble du sommeil
- Gestion d'énergie et repos
- Reprise des activités selon tolérance
- Revoir à l'urgence si :
  - Somnolence excessive ou progressive
  - Vomissements persistants
  - Céphalées non contrôlables
  - Apparition de signes neurologiques

- Éviter les narcotiques et les anxiolytiques qui augmentent les atteintes cognitives.
- Vérifier les céphalées de rebond que l'on rencontre souvent chez les utilisateurs réguliers d'analgésiques non narcotiques.

Au tableau III (*voir page suivante*) sont présentées des pathologies qu'on retrouve fréquemment à la suite d'un TCCL, avec des recommandations de traitements. Il est à noter que ces recommandations proviennent en grande partie de 10 années d'expérience clinique avec la clientèle TCCL, puisqu'il existe très peu de données

#### Objectifs pédagogiques

- Connaître la façon de suivre un patient TCCL en fonction des symptômes, signes, résultats de tomographie et savoir quand l'adresser à une ressource appropriée.
- Connaître les principes de traitement psychologique et d'intervention interdisciplinaire qui s'appliquent à la clientèle TCCL.
- Survoler les différents médicaments qui peuvent être prescrits en lien avec le TCCL.

#### Mots-clés

TCCL, morbidité, suivi.

1. MD, médecine générale et de réadaptation
2. Ph. D., neuropsychologue et psychologue
3. Ergothérapeute et coordonnatrice interdisciplinaire, Programme TCC, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
4. Ph. D., neuropsychologue et chercheure  
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation-Centre de réadaptation Lucie-Bruneau  
Département de psychologie, Université de Montréal

#### Tableau II Facteurs de risque de morbidité

- Un TCCL complexe (avec imagerie cérébrale positive)
- Score Glasgow de 13
- Stresseurs antérieurs
- Intégrité neurologique compromise avant le TCCL
- Plus de 40 ans
- Histoire de troubles psychologiques, psychiatriques ou de personnalité
- Autres blessures associées avec l'accident
- Éléments de stress post-traumatique
- Nombreux symptômes post TCCL
- Soutien familial et social déficient
- Alcoolisme, toxicomanie



probantes. Le tableau IV (voir page 31), pour sa part, présente davantage de détails sur les indications pour différentes classes de médicaments dans le traitement des troubles post TCCL.

**Interventions non médicales pour le TCCL – état de la documentation médicale**

Ces dernières années, de nombreuses études se sont penchées sur la prévalence du TCCL et des impacts possibles. Les études de groupes démontrent que la grande majorité des personnes récupèrent bien dans les six premiers mois, mais il est maintenant clair qu'un sous-groupe non négligeable de personnes TCCL (estimé à 10-15 %) ne récupère pas selon l'évolution attendue. Compte tenu de l'incidence du TCCL, cela représente un impact sociétal énorme en termes de perte de qualité de vie chez ces personnes et financiers pour la société.

Très peu de données sont disponibles sur l'évolution de ces personnes TCCL, encore moins sur les effets des interventions non médicales. La majorité des études portent sur l'effet des interventions pour les personnes ayant reçu un diagnostic de TCCL à l'urgence, quel que soit leur profil de complexité (donc auprès de la majorité de personnes qui allaient de toute façon bien évoluer sans intervention).

Néanmoins, les données dans la documentation médicale vont dans le sens que les interventions précoces

non intensives (réassurance, information sur l'évolution attendue, bref counseling psychologique) auprès des TCCL, en particulier chez ceux qui présentent plusieurs symptômes, réduisent la quantité, l'intensité et la durée des symptômes. Ce type d'intervention est déjà en place dans les hôpitaux de traumatologie au Québec, mais il demeure que la majorité des personnes TCCL sont plutôt vues dans les hôpitaux généraux et les cabinets de médecins. Ainsi, dans ces contextes, le suivi médical et de l'évolution de ces personnes est essentiel dans les premiers mois afin de dépister ceux qui évoluent de façon atypique, de traiter les facteurs qui interfèrent avec la récupération et d'adresser au besoin vers des ressources spécialisées en réadaptation.

Il y a peu d'études sur l'évolution à moyen et à long terme du sous-groupe qui récupère plus difficilement. Les données existantes émanent d'études populationnelles de grands groupes, dans des contextes où l'intervention était souvent inexistante et qui sont difficilement comparables pour diverses raisons méthodologiques<sup>3</sup>. En ce sens, notre contexte québécois d'organisation de services en traumatologie est un facilitateur pour étudier l'évolution de ce sous-groupe de TCCL complexes et à évolution atypique parce que nous offrons des services cliniques spécialisés à cette clientèle.

Nos études des dernières années ont d'ailleurs permis de démontrer qu'en contexte d'intervention interdisciplinaire axée sur la reprise des rôles

**Tableau III**  
**Pathologies fréquemment associées au TCCL**

Pathologie	Étiologie	Traitement
Céphalées	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Post traumatiques</li> <li>■ Migraineuses</li> <li>■ Entorse cervicale</li> <li>■ Tensionnelle</li> <li>■ Optométrique réfraction</li> <li>■ Optométrique difficulté de convergence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analgésiques AINS</li> <li>■ Tryptans, antidépresseurs, bêtabloquants</li> <li>■ Analgésiques AINS, physio, ostéo</li> <li>■ Antidépresseurs</li> <li>■ Lunettes</li> <li>■ Lunettes avec prisme ou exercices orthoptiques</li> </ul>
Irritabilité	Peut être liée à la fatigue, à la dépression ou être directement liée au TCCL	Essai avec anticonvulsivant (divalproex) ou antipsychotique atypique à très faible dose
Anxiété		Traitement par antidépresseur (venlafaxine) ou ISRS
Dépression		D'abord essayer ISRS, ensuite essayer les autres classes d'antidépresseurs. Potentialiser au besoin avec anticonvulsivant (divalproex)
Insomnie		Trazodone, sinon hypnotique (zopiclone)
Atteintes cognitives	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TDAH antérieur</li> <li>■ Directement liées au TCCL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psychostimulant</li> <li>■ Psychostimulant (à l'étude)</li> </ul>

sociaux à la suite d'un TCCL, des variables psychologiques et physiques comme un diagnostic antérieur de dépression, des blessures orthopédiques associées, ne représentaient pas des facteurs de mauvais pronostic du retour au travail après l'intervention<sup>4</sup>. Nos résultats, ainsi que ceux d'autres groupes<sup>5</sup>, suggèrent que des interventions de réadaptation post TCCL qui sont individualisées, spécifiques et bien planifiées en fonction de la courbe de récupération de l'individu facilitent la reprise des habitudes de vie.

Les interventions en réadaptation pour le TCCL s'effectuent idéalement selon une approche interdisciplinaire

particulière au TCCL<sup>6</sup> et consiste en une phase initiale permettant de rendre le patient « disponible » médicalement et psychologiquement pour la réadaptation, ainsi que d'interventions interdisciplinaires en regard des habitudes de vie perturbées.

**L'intervention psychologique**

L'intervention psychologique après un TCCL sera plus longue et plus complexe si un ou plusieurs des facteurs suivants sont présents :

- Référence tardive au traitement
- Présence et gravité des douleurs persistantes

- Dépression, stress post-traumatique ou autre trouble anxieux en comorbidité
  - Faible soutien du réseau social
  - Stresseurs associés (p. ex., décès d'un proche dans l'accident, situation financière précaire)
  - Situation de litige
  - Antécédent de trouble de personnalité ou de mésadaptation
  - Hautes exigences cognitives de l'emploi, niveau de performance attendue, conditions de travail (stress, multitâches, etc.)
- Les interventions seront donc très diversifiées afin de tenir compte de ces facteurs. On peut cependant résu-

Tableau IV

**Indications pour différentes classes de médicaments dans le traitement des troubles post TCCL**

**Anticonvulsivants**

- Épival (divalproex de sodium)**
- Traitement de l'irritabilité, de l'impulsivité
  - Potentialisateur pour les antidépresseurs
  - Contrôle de la douleur (céphalées)
  - Débuter lentement ad 125 tid en général
  - Effets secondaires : digestifs, somnolence, gain de poids
  - Labo auparavant et suivre les dosages

**Topamax (topiramate)**

- Traitement des céphalées surtout
- Cause plus d'atteintes cognitives que l'Épival

**Tegretol (carbamazépine)**

- Cause plus d'effets secondaires que l'Épival

**Autres**

- Dilantin (phénytoïne), Lamictal (lamotrigine), etc.

**Antidépresseurs**

**(ISRS - ISRSN - ISRS + agent sérotoninergique)**

**Effexor (venlafaxine) - ISRSN**

- Contrôle des symptômes dépressifs
- Contrôle des symptômes anxieux
- Traitement douleurs chroniques 37,5 à 150 mg
- Éviter > 150 mg car effets paradoxaux fréquents chez les TCCL
- Sécheresse buccale, tremblements, bouffées de chaleur

**Zoloft (sertraline) - ISRS**

- Bien documenté chez les TCC
- Beaucoup d'effets secondaires digestifs

**Celexa (citalopram), Cipralex (escitalopram) - ISRS**

- 10 mg
- Moins puissant que l'Effexor sur l'anxiété
- Moins d'effets paradoxaux

**Paxil (paroxétine) - ISRS**

- À éviter, trop d'atteintes cognitives

**Cymbalta (duloxétine) - ISRS + Agent sérotoninergique**

- Prometteur pour le traitement de l'anxiété et de la dépression
- Maintenant indiqué pour le traitement de la fibromyalgie
- À utiliser dans la douleur chronique (à l'étude)

**Antidépresseurs (autres)**

**Tricycliques (imipramine, amitriptyline, nortriptyline)**

- Peu utiles
- Effets secondaires particulièrement sur les fonctions cognitives
- L'Elavil (amitriptyline) utile parfois dans la douleur chronique
- Excellent pour le sommeil chez environ 75 % des insomniaques
- 25 à 75 mg

**Désyrel (trazodone)**

- Excellent pour le sommeil chez environ 75 % des insomniaques
- 25 à 75 mg

**Psychostimulants**

**Ritalin, Concerta, Adderall (méthylphénidate, amphétamines)**

- À utiliser si histoire de TDAH dans l'enfance
- Sans TDAH, prometteur ?

**Antipsychotiques atypiques**

**Séroquel (quétiapine)**

- Problèmes de sommeil rebelles
- Anxiété sévère
- État de stress post-traumatique (ESPT)
- En association avec les antidépresseurs
- Petite dose (< 100 mg)

**Risperdal, Zyprexa (rispéridone, olanzapine)**

- Pour les problèmes d'irritabilité/impulsivité marqués
- Effet secondaire : gain de poids fréquent

**Douleurs persistantes / céphalées**

**Anticonvulsivants-Co-analgésiques**

- Lyrica (prégabaline)
- Neurontin (gabapentine)

**Analgésiques**

**Non narcotiques :**

- AINS
- Pensaid
- Acétaminophène - Attention au surdosage
- À éviter si possible, re : atteintes cognitives
- Tramacet, Tramadol

**Narcotiques :**

**Triptans (Zomig, Amerge, Maxalt)**

- Pour les céphalées migraineuses

**Autres médicaments possiblement prometteurs**

- Médicaments utilisés dans le traitement des démences (Alzheimer, Parkinson)
- Serc, Graval
- Médicaments « naturels »

mer les interventions psychologiques selon trois concepts-clés : assimiler, comprendre, s'adapter. Assimiler réfère aux réactions émotionnelles découlant du TCCL. La perte soudaine d'énergie, de contrôle sur ses propres réactions, les céphalées, la grande difficulté à se concentrer avec l'état continu d'indécision et d'étrangeté qui l'accompagne, etc., génèrent des émotions intenses telles les déceptions, les inquiétudes,

les frustrations. Le traitement psychologique vise donc initialement à favoriser la mise en contact avec l'émotion afin d'identifier le besoin qui y est relié.

Après un TCCL, le besoin de comprendre prédomine chez presque tous les patients. La référence à un neuropsychologue devient importante ici étant donné l'expertise requise sur le plan du fonctionne-

Figure 1

**Algorithme du suivi des patients avec TCCL**

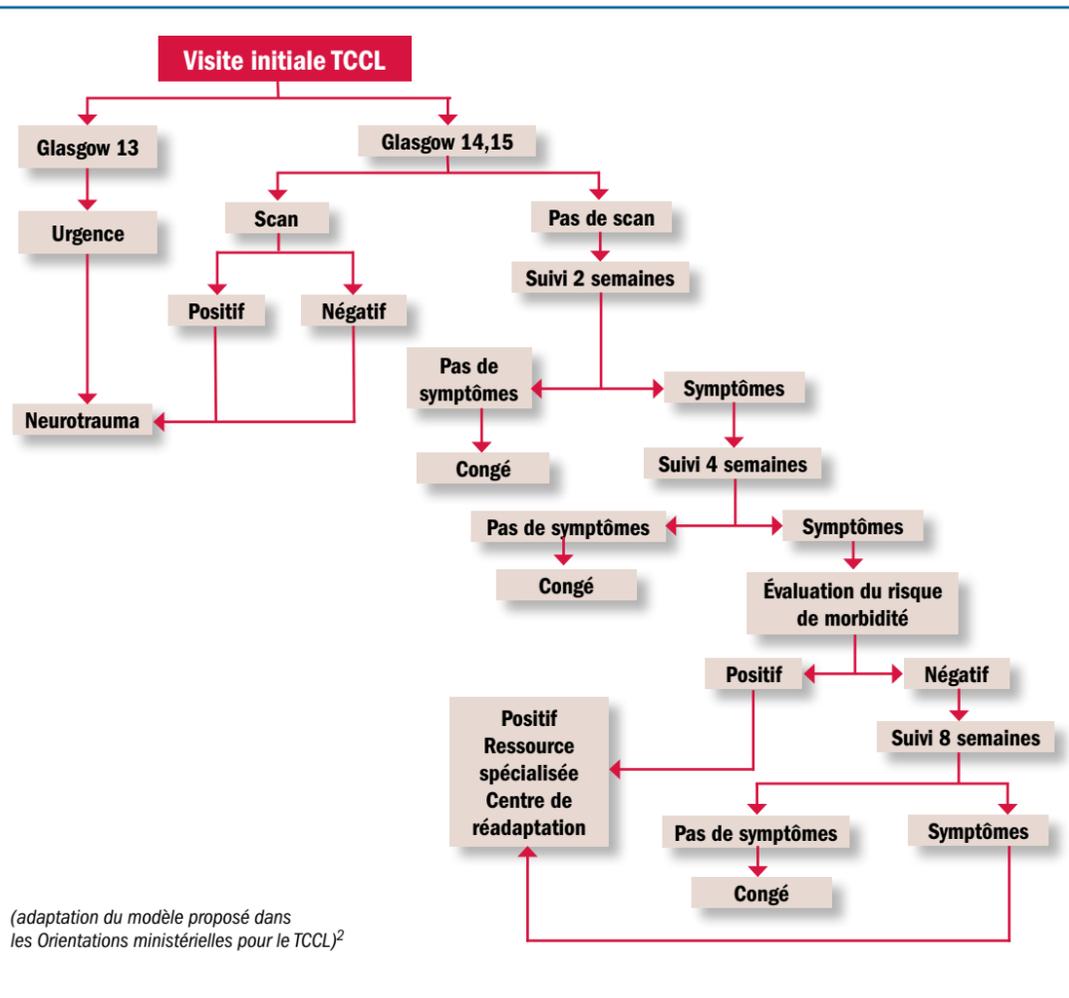
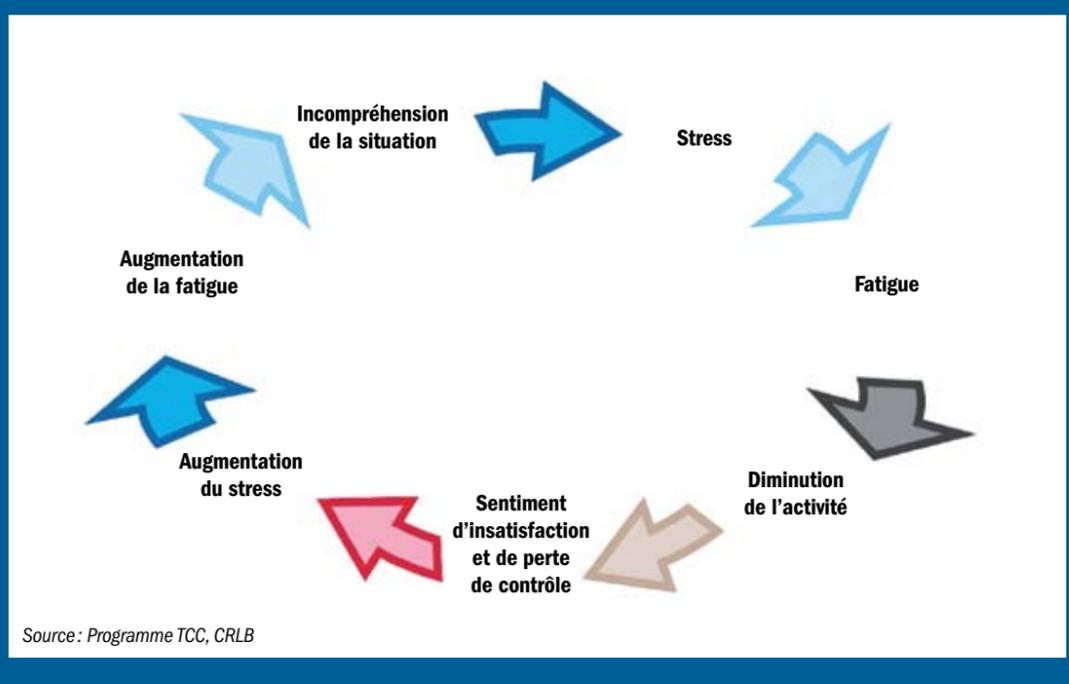


Figure 2

**Illustration de la spirale négative pouvant se produire à la suite d'un TCCL**



ment cognitif normal par rapport au fonctionnement pathologique. La compréhension de la situation post-TCCL commence par l'exploration du niveau de fonctionnement précédant l'accident.

Le neuropsychologue et le patient explorent ensemble le rôle de différents facteurs sur le fonctionnement cognitif. Le stress et la douleur persistante qui agissent comme des distracteurs, un état dépressif, l'insomnie et la fatigue, la diminution d'efficacité du traitement attentionnel après un TCCL sont tour à tour explorés comme autant d'hypothèses pour rendre compte des difficultés cognitives au quotidien.

Il est bien reconnu que le stress agit comme amplificateur de la symptomatologie générale. La compréhension qu'acquiert graduellement le patient lui permet en particulier de mieux gérer son stress. Un soin est porté à la modification des distorsions cognitives par le patient lui-

même (p. ex., « Je n'arrive pas à faire mes tâches comme avant parce que je ne travaille pas assez fort ») ou par ses proches incluant parfois des intervenants du domaine de la santé (p. ex., « Si les douleurs continuent, c'est parce qu'il s'écoute trop »).

S'adapter constitue le but ultime d'une démarche en réadaptation. Il ne s'agit pas tant de guérir le cerveau que de mettre en place les meilleures conditions pour assurer son fonctionnement optimal et pour s'adapter aux changements. L'intervention psychologique sur ce plan consistera à explorer et à mettre à l'essai des stratégies pour composer avec la symptomatologie (p. ex., intervention sur les attitudes et les comportements qui contribuent au maintien de la douleur persistante, outiller la personne en stratégies de gestion du stress ou pour un meilleur contrôle des réactions émotionnelles exacerbées, stratégies pour mieux utiliser les ressources attentionnelles).

**L'intervention interdisciplinaire**

Tel que mentionné plus haut, à son arrivée au programme de réadaptation, la personne qui a eu un TCCL est souvent en état de perte de ses repères de fonctionnement. L'intervention psychologique initiale ayant permis à la personne une première phase d'assimilation de sa situation, l'intervention interdisciplinaire devient alors importante pour agir dans les sphères de vie qui sont perturbées depuis le TCCL (figure 2).

L'équipe interdisciplinaire se compose habituellement des professionnels suivants : médecin, ergothérapeute, neuropsychologue et travailleur social. À ce noyau, s'ajoutent un physiothérapeute ou un kinésologue selon les besoins spécifiques. La première intervention de l'équipe interdisciplinaire consiste à analyser les

écarts entre la situation préaccidentelle du patient et la situation postaccident, évaluées par les membres de l'équipe interdisciplinaire combinée aux informations obtenues du patient et de ses proches. Les activités jugées prioritaires par le patient pour l'intervention en réadaptation sont documentées.

Une fois l'analyse des écarts complétée, l'équipe identifie un « facteur commun » qu'elle perçoit comme étant un élément problématique central. Une intervention ciblée sur cet élément (p. ex., fatigabilité) aura un effet sur les autres symptômes et un impact positif sur l'activation de la personne. L'équipe intervient également sur l'adaptation aux changements temporaires en tentant de contrer les réactions anxieuses.

Selon le délai entre le TCCL et la référence, l'intensité des symptômes et la perturbation de l'autonomie fonctionnelle, l'intervention varie et se décline sous deux modes : précoce ou simple; tardive ou complexe (voir tableau V).

Pour être efficace, l'intervention interdisciplinaire doit être dispensée par une équipe dédiée, expérimentée et stable. Le plan d'intervention interdisciplinaire est succinct, centré sur les habitudes de vie et révisé régulièrement (aux six à huit semaines). Les objectifs du plan d'intervention sont réalistes et élaborés à partir des priorités d'intervention du patient, qui est au centre du processus décisionnel. L'intervention de réadaptation mise sur les forces et favorise l'expérience

**Tableau V**  
**Intervention interdisciplinaire pour le TCCL**

**1. L'intervention « précoce » ou « simple » :**

- Information, soutien, réassurance, validation des symptômes
- Adaptation temporaire aux pertes, gestion des symptômes
- Par exemple, pour intervenir sur la fatigabilité, on peut proposer :**
  - gestion de l'énergie en ergothérapie (reconnaître les signes de la fatigue, planifier les activités et des moments de repos, etc.)
  - Remise en forme (éducation physique et physiothérapie)
  - Information et soutien aux proches (service social)
  - Gestion des attentes de performance (psychologie)
- Soutien à la reprise progressive des habitudes de vie et des rôles sociaux
- Médication habituellement simple (pour dormir, antidouleur ou contre l'anxiété)
- Courte durée d'intervention : environ 3 mois, parfois un peu plus (5-6 mois)
- Faible intensité : moins de 5 heures par semaine de thérapie
- Équipe réduite (1 à 3 intervenants)

**2. L'intervention « tardive » ou « complexe » :**

- Réadaptation axée sur l'intégration socioprofessionnelle
- Augmentation progressive de la mise en action
- Reprise progressive des habitudes de vie
- Assistance dans le processus de retour au travail
- Pour intervenir sur les troubles cognitifs et exécutifs, il est possible d'introduire des stratégies compensatoires :**
  - Utilisation d'un agenda personnalisé aux besoins
  - Listes aide-mémoire
- Responsabilisation de la personne dans toutes les étapes du programme
- Polymédication fréquente
- Équipe moyenne (3 à 5 intervenants)
- Durée : 6 à 9 mois
- Intensité plus grande : environ 5 heures par semaine de thérapie (plus si l'usager reçoit des traitements de physiothérapie)

du succès afin de rétablir le sens de soi et la compétence de la personne et de ses proches. L'équipe préconise, en particulier en intervention « tardive », une approche à « petits pas » pour consolider les acquis et laisser le temps au patient de s'approprier les stratégies. À tout moment, l'équipe

encourage la personne à maintenir le lien avec son milieu de travail.

**Conclusion**

Pour intervenir « mieux », les médecins de première ligne doivent :

- Avoir une bonne compréhension de la problématique des TCCL,

souvent multifactorielle, afin d'effectuer une première évaluation structurée avec le patient. Cela permet de poser le diagnostic et de mettre en place les premières mesures thérapeutiques.

- Faire le suivi approprié au cours des premières semaines. En effet, il faut valider, expliquer, normaliser, rassurer et revoir régulièrement le patient pour évaluer les symptômes en approfondissant leurs impacts au quotidien.
- Intervenir rapidement pour prévenir la cristallisation des symptômes et l'évolution atypique (intervention précoce).
- Cibler les patients qui ont des marqueurs de mauvais pronostic.
- Connaître la médication pour traiter les pathologies les plus courantes qui sont associées au TCCL.
- Adresser aux ressources spécialisées au moment opportun s'il y a lieu. ■



**L'intervention de réadaptation mise sur les forces et favorise l'expérience du succès afin de rétablir le sens de soi et la compétence de la personne et de ses proches.**

**Références**

1. Ruff RM, Jamora CW (2009). Myths and Mild Traumatic Brain. *Psychological Injury and Law* 2:34-42.
2. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/orientations\\_traumatisme.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/orientations_traumatisme.pdf)
3. Pertab JL, James KM, Bigler ED (2009). Limitations of mild traumatic brain injury metaanalyses. *Brain Injury* 23: 498-508.
4. Guérin F, Kennepohl S, Léveillé G, Dominique A, Honoré W, Brière N, McKerral M (2006). Vocational outcome indicators in atypically recovering mild TBI: a post-intervention study. *Neuro-Rehabilitation* 21: 295-303.
5. Ponsford J (2005). Rehabilitation interventions after mild head injury. *Current Opinion in Neurology* 18: 692-697.
6. Guérin F, Dominique A, Léveillé G, Kennepohl S, Honoré W, Brière N, McKerral M (2005). Intervention based on the multifactorial nature of mild TBI. In: *Interdisciplinary rehabilitation research and traumatic brain injury: New theoretical and clinical perspectives*, Éd.: Michallet, B. Montréal: Carte Blanche Editions, p. 145-157.