

Énoncé de position sur le rôle des orthophonistes dans la prise en charge de la commotion cérébrale

Position

C'est la position adoptée par Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) que les orthophonistes sont essentiels à un traitement interdisciplinaire de la commotion cérébrale qui s'avère de qualité et centré sur la personne. Les orthophonistes jouent un rôle primordial dans la prestation d'interventions individuelles, informées par des données probantes, visant à intervenir dans le cas de difficultés cognitives et de communication variées qui nuisent au fonctionnement quotidien suivant une commotion cérébrale, ce qui comprend le dépistage, l'évaluation et le traitement des troubles cognitifs de la communication.

Contexte

Au Canada, nous connaissons et comprenons de plus en plus l'incidence de la commotion cérébrale, un type de traumatisme crânien. Après une commotion, un individu peut présenter avec des symptômes physiques, cognitifs, émotionnels et touchant ses aptitudes à communiquer. Bien que ces difficultés disparaissent habituellement lors des quatre semaines suivant le traumatisme, environ 20% des personnes touchées par cette blessure continuent d'avoir des problèmes qui nuisent à la reprise de leurs activités régulières (Ontario Neurotrauma Foundation [ONF], 2018).

Un large éventail de troubles de la communication peut être de résultat de l'interaction complexe entre les symptômes cognitifs (p. ex., l'attention, la mémoire, l'organisation, le raisonnement, les fonctions exécutives), émotionnels (p. ex., l'anxiété, la dépression) et physiques (p. ex., le sommeil, la fatigue, la douleur, la vision, l'audition) qui se manifestent après avoir subi une commotion cérébrale (MacDonald, 2017). Les troubles cognitifs de la communication constituent un type particulier de problème de communication qui découlent de troubles cognitifs (Togher et coll., 2014) et qui surviennent fréquemment après une commotion cérébrale (Hardin et Kelly, 2019; Eshel, Bowles et Ray, 2019; Sohlberg et Ledbetter, 2016). Les troubles cognitifs de la communication peuvent nuire à la compréhension auditive et au traitement de l'information, à l'expression orale et au discours, à la communication sociale, à la compréhension de la lecture et à l'expression écrite (Białyńska et Salvatore, 2017; Binder, Spector et Youngjohn, 2012; Crewe-Brown et coll., 2011; Dines et Hux, 2018; Parrish et coll., 2009; Popsecu et coll., 2017; Ratiu et Azuma, 2017; Sohlberg, Griffiths et Fickas, 2014; Zakzanis, McDonald et Troyer, 2011). Le bégaiement et les troubles moteurs de la parole peuvent

aussi survenir, bien que moins fréquents que les troubles cognitifs de la communication (Binder et coll., 2012; Cherry et Gordon, 2017; Jang et Seo, 2016; Norman, Jaramillo, Amuan, Wells, Eapen et Pugh, 2013; Roth, Cornis-Pop et Beach, 2015). Les difficultés cognitives et de communication peuvent avoir un effet important sur le fonctionnement, les interactions sociales et le bien-être d'une personne au quotidien, ainsi que sur son retour au travail, à l'école ou au jeu (MacDonald, 2017).

Les orthophonistes possèdent des connaissances spécialisées sur les troubles de la communication occasionnés par des traumatismes crâniens, peu importe leur sévérité, ainsi que sur l'interaction entre la cognition et la communication (Katz et Kennedy, 2002). Les orthophonistes sont membres, avec réputation bien établie, des équipes de réadaptation suivant une blessure crânienne (Togher et coll., 2014; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013) et ils participent au traitement interdisciplinaire de la commotion cérébrale (Eshel et coll., 2019; Hardin et Kelly, 2019; Ketcham et coll., 2017; Knollman-Porter et coll., 2019; Martino, Gardiner et Wiseman-Hakes, 2019; ONF, 2017, 2018, 2019; Vargo, Vargo, Gunzler et Fox, 2016) afin d'aider des individus ayant des difficultés cognitives et de communication.

Bien que les orthophonistes puissent contribuer au dépistage général de la commotion cérébrale (Salvatore et Fjordbak, 2011; Dachtyl et Morales, 2017), les interventions en orthophonie visent principalement à réduire les symptômes prolongés des troubles cognitifs de la communication. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la commotion cérébrale comprend l'évaluation, de même que l'enseignement et le counseling auprès de personnes atteintes d'une commotion cérébrale et de leur famille. Les interventions orthophoniques ciblent la réactivation fonctionnelle des aptitudes à communiquer et des capacités cognitives, ce qui inclut des stratégies individuelles et le réaménagement du milieu de vie afin de faciliter la communication optimale au cours des activités quotidiennes (Eshel et coll., 2019; Hardin et Kelly, 2019; Ketcham et coll., 2017; Knollman-Porter, Constantinidou, Beardslee et Dailey, 2019; Krug et Turkstra, 2015; Martino, Gardiner et Wiseman-Hakes, 2019). Des données probantes viennent confirmer une gamme d'interventions orthophoniques pour traiter les troubles cognitifs de la communication (Cicerone et coll., 2011; Cooper et coll., 2017; Dahlberg et coll., 2007; Dines et Hux, 2018, Kennedy et coll., 2008; Mattingly, 2015; Sohlberg et Ledbetter, 2016; Vas et coll., 2016).

Ce sont les médecins, les infirmières praticiennes ou les neuropsychologues qui établissent un diagnostic de commotion cérébrale. Les orthophonistes sont conscients que, dans certains cas, il peut s'avérer difficile d'établir un diagnostic (Harmon et coll., 2019). Lorsque le diagnostic ne peut être confirmé ou qu'il est controversé, les orthophonistes se servent de leur jugement pour discuter du diagnostic et ont recours à l'éducation positive tout en proposant des stratégies pour traiter les symptômes apparentés aux troubles cognitifs de la communication. Les orthophonistes collaborent aussi avec d'autres professionnels de la santé (p. ex., audiologistes, ergothérapeutes, optométristes, physiothérapeutes et psychologues) et recommandent parfois de leur acheminer des patients afin de traiter des problèmes concomitants qui sont généralement présents suivant une commotion cérébrale.

OAC recommande d'inclure les orthophonistes dans la consultation visant à établir une approche pancanadienne pour la prise en charge des commotions cérébrales. Plus précisément, les services d'orthophonie devraient être offerts dans le cadre de la prise en charge des commotions cérébrales par les provinces et territoires, et ce, tout au long de la vie, tout en étant impliqué au niveau du retour aux apprentissages, au travail et aux activités de la vie quotidienne. OAC préconise une plus grande sensibilisation à l'égard de l'impact des commotions cérébrales sur la communication et recommande que l'évaluation des compétences en communication fasse partie des processus de dépistages de la commotion cérébrale. De plus, les programmes universitaires d'orthophonie devraient traiter de la prise en charge de la commotion cérébrale en tant qu'élément d'un programme de formation complet sur les traumatismes crâniens. Les cliniciens devraient aussi avoir accès à du perfectionnement professionnel sur le sujet. L'élaboration de guides de pratique cliniques en orthophonie et l'investissement dans la recherche contribueront à faire évoluer les pratiques de prise en charge de la commotion cérébrale en orthophonie.

Membres du comité

Elizabeth Skirving, présidente, MS, M. Ed., O(C)

Jessica Harasym O'Byrne, MSLP, O(C)

Sheila MacDonald, M. Cl. Sc., O(C)

Martha Vowles, MA, M. Sc., O(C)

Penny Welch-West, M. Cl. Sc., O(C)

Meredith Wright, agente de liaison auprès du personnel d'OAC, Ph. D., O

Références

- Białyńska, A., & Salvatore, A. P. (2017). The auditory comprehension changes over time after sport related concussion can indicate multisensory processing dysfunctions. *Brain and Behavior, 7*(12), e00874.
- Binder, L. M., Spector, J., & Youngjohn, J. R. (2012). Psychogenic stuttering and other acquired nonorganic speech and language abnormalities. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*(5), 557-568.
- Cherry, J. C., & Gordon, K. E. (2017). Stuttering as a symptom of concussion: Confirmation of association using nontraditional information sources. *Pediatric Emergency Care, 33*(11), e137-e139.
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... & Azulay, J. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92*(4), 519-530.
- Cooper, D. B., Bowles, A. O., Kennedy, J. E., Curtiss, G., French, L. M., Tate, D. F., & Vanderploeg, R. D. (2017). Cognitive rehabilitation for military service members with mild traumatic brain injury: A randomized clinical trial. *Journal of head trauma rehabilitation, 32*(3), E1-E15.
- Dachtyl, S. A., & Morales, P. (2017). A collaborative model for return to academics after concussion: Athletic training and speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, 26*(3), 716-728.
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. E., Harrison-Felix, C. L., & Whiteneck, G. G. (2007). Treatment efficacy of social communication skills training after traumatic brain injury: A randomized treatment and deferred treatment controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*(12), 1561-1573.
- Dinnes, C., & Hux, K. (2018). A multicomponent writing intervention for a college student with mild brain injury. *Communication Disorders Quarterly, 39*(4), 490-500.
- Eshel, I., Bowles, A. O., & Ray, M. R. (2019). Rehabilitation of cognitive dysfunction following traumatic brain injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics, 30*(1), 189-206.

- Hardin, K. Y., & Kelly, J. P. (2019). The role of speech-language pathology in an interdisciplinary care model for persistent symptomatology of mild traumatic brain injury. *Seminars in Speech and Language, 40*(1), 65-78.
- Harmon, K. G., Clugston, J. R., Dec, K., Hainline, B., Herring, S., Kane, S. F., ... & Putukian, M. (2019). American Medical Society for Sports Medicine position statement on concussion in sport. *British Journal of Sports Medicine, 53*(4), 213-225.
- Jang, S. H., & Seo, Y. S. (2016). Dysarthria due to injury of the corticobulbar tract in a patient with mild traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 95*(11), e187-e188.
- Katz, R., & Kennedy, M. R. (2002). Evidence-based practice guidelines for cognitive-communication disorders after traumatic brain injury: initial committee report (ANCDS Bulletin Board). *Journal of Medical Speech-Language Pathology, 10*(2), ix-ix.
- Kennedy, M. R., Coelho, C., Turkstra, L., Ylvisaker, M., Moore Sohlberg, M., ... & Kan, P. F. (2008). Intervention for executive functions after traumatic brain injury: A systematic review, meta-analysis and clinical recommendations. *Neuropsychological rehabilitation, 18*(3), 257-299.
- Ketcham, C. J., Bowie, M., Buckley, T. A., Baker, M., Patel, K., & Hall, E. E. (2017). The value of speech-language pathologists in concussion management. *Current Research: Concussion, 4*(1), e8-e13.
- Knollman-Porter, K., Constantinidou, F., Beardslee, J., & Dailey, S. (2019). Multidisciplinary management of collegiate sports-related concussions. *Seminars in Speech and Language, 40*(1), 3-12.
- Krug, H., & Turkstra, L. S. (2015). Assessment of cognitive-communication disorders in adults with mild traumatic brain injury. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders, 25*(1), 17-35.
- MacDonald, S. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. *Brain Injury, 31*(13-14), 1760-1780.
- Martino, C., Gardiner, S., & Wiseman-Hakes, C. (2019). Communication and cognitive-communication assessment and management in mild traumatic brain injury/concussion: A scoping review. *Brain Injury, 33*, 98-98.
- Mattingly, E. O. (2015). Dysfluency in a service member with comorbid diagnoses: a case study. *Military Medicine, 180*(1), e157-e159.
- Norman, R. S., Jaramillo, C. A., Amuan, M., Wells, M. A., Eapen, B. C., & Pugh, M. J. (2013). Traumatic brain injury in veterans of the wars in Iraq and Afghanistan: Communication disorders stratified by severity of brain injury. *Brain Injury, 27*(13-14), 1623-1630.
- Ontario Neurotrauma Foundation (2019). *The Living Guideline for Diagnosing and Managing Pediatric Concussion*. Toronto: Ontario Neurotrauma Foundation.

- Ontario Neurotrauma Foundation (2017). *Standards for Post-Concussion Care: From Diagnosis to the Interdisciplinary Clinic*. Toronto: Ontario Neurotrauma Foundation.
- Ontario Neurotrauma Foundation (2018). *Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms: Healthcare Professional Version*. Toronto: Ontario Neurotrauma Foundation.
- Parrish, C., Roth, C., Roberts, B., & Davie, G. (2009). Assessment of cognitive-communicative disorders of mild traumatic brain injury sustained in combat. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 19(2), 47-57.
- Popescu, M., Hughes, J. D., Popescu, E. A., Mikola, J., Merrifield, W., DeGraba, M., ... & DeGraba, T. J. (2017). Activation of dominant hemisphere association cortex during naming as a function of cognitive performance in mild traumatic brain injury: Insights into mechanisms of lexical access. *NeuroImage: Clinical*, 15, 741-752.
- Ratiu, I., & Azuma, T. (2017). Language control in bilingual adults with and without history of mild traumatic brain injury. *Brain and Language*, 166, 29-39.
- Roth, C. R., Cornis-Pop, M., & Beach, W. A. (2015). Examination of validity in spoken language evaluations: Adult onset stuttering following mild traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*, 36(4), 415-426.
- Salvatore, A. P., & Fjordbak, B. S. (2011). Concussion management: The speech-language pathologist's role. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 19(1), 1-13.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2013). *Brain Injury Rehabilitation in Adults* (SIGN publication no. 130). Edinburgh: SIGN. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk>
- Sohlberg, M. M., Griffiths, G. G., & Fickas, S. (2014). An evaluation of reading comprehension of expository text in adults with traumatic brain injury. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(2), 160-175.
- Sohlberg, M. M., & Ledbetter, A. K. (2016). Management of persistent cognitive symptoms after sport-related concussion. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25(2), 138-149.
- Togher, L., Wiseman-Hakes, C., Douglas, J., Stergiou-Kita, M., Ponsford, J., Teasell, R., ... & Turkstra, L. S. (2014). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part IV: Cognitive communication. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(4), 353-368.
- Vargo, M. M., Vargo, K. G., Gunzler, D., & Fox, K. W. (2016). Interdisciplinary rehabilitation referrals in a concussion clinic cohort: An exploratory analysis. *PM&R*, 8(3), 241-248.
- Vas, A., Chapman, S., Aslan, S., Spence, J., Keebler, M., Rodriguez-Larrain, G., ... & Krawczyk, D. (2016). Reasoning training in veteran and civilian traumatic brain injury with persistent mild impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 26(4), 502-531.

Zakzanis, K. K., McDonald, K., & Troyer, A. K. (2011). Component analysis of verbal fluency in patients with mild traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(7), 785-792.