



College of Audiologists and
Speech-Language Pathologists of Ontario

Ordre des Audiologistes et
des Orthophonistes de l'Ontario

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR LES TROUBLES ACQUIS DE COMMUNICATION COGNITIVE

3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71
Toronto, Ontario M4N 3N1
416-975-5347 1-800-993-9459
www.caslpo.com

Dernière révision : Octobre 2015

RÉSUMÉ

Le présent document décrit les normes de pratique que tous les orthophonistes en Ontario doivent respecter pour les services aux personnes atteintes de troubles acquis de communication cognitive. L'orthophoniste doit avoir les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour effectuer le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des troubles de communication cognitive, ce qui fait partie de son champ de pratique. Cela comprend obtenir un consentement éclairé valide; déterminer les besoins du patient¹; effectuer une évaluation des risques à gérer et mettre en œuvre et surveiller un programme d'intervention en collaboration avec le patient comme il est décrit dans ces normes et ce guide de pratique. L'orthophoniste doit fournir des renseignements au patient et au mandataire spécial, agir en tant que personne-ressource et leur donner la possibilité de prendre des décisions éclairées au sujet de l'intervention tout au long du continuum de soins. L'orthophoniste doit fournir des services adaptés aux besoins culturels des patients et de leurs familles. Et enfin, l'orthophoniste doit documenter toutes les composantes de l'intervention en communication cognitive.

¹ Le terme « patient » est utilisé pour désigner la personne qui reçoit une intervention en audiologie ou en orthophonie, et est synonyme ici de « client » et « d'étudiant ». L'utilisation du terme « patient » reflète la terminologie utilisée dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

TABLE DES MATIÈRES

A) AVANT-PROPOS	Error! Bookmark not defined.
B) DÉFINITION DU SERVICE	Error! Bookmark not defined.
PHILOSOPHIE DU SERVICE	Error! Bookmark not defined.
C) CHAMP DE PRATIQUE	Error! Bookmark not defined.
AUTRE DESCRIPTION DU CHAMP DE PRATIQUE.....	Error! Bookmark not defined.
D) RESSOURCES NÉCESSAIRES	Error! Bookmark not defined.
E) EXIGENCES EN MATIÈRE DE COLLABORATION.....	Error! Bookmark not defined.
F) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ	Error! Bookmark not defined.
G) PRINCIPES DIRECTEURS DE LA PRESTATION DES SERVICES	Error! Bookmark not defined.
1. PRINCIPES DES INTERVENTIONS ADAPTÉES À LA CULTURE.....	12
2. PRINCIPES DE LA PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES	12
3. CONSENTEMENT	13
CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À LA DIVULGATION ET À LA CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ	Error! Bookmark not defined.
CONSENTEMENT AU TRAITEMENT.....	Error! Bookmark not defined.
CAPACITÉ DE DONNER SON CONSENTEMENT AU TRAITEMENT	Error! Bookmark not defined.
4. DÉTERMINATION DES RISQUES À GÉRER	16
H) INTERVENTION : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES.....	Error! Bookmark not defined.
1. DÉPISTAGE : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES	20
COMPÉTENCES EN DÉPISTAGE	Error! Bookmark not defined.
2. ÉVALUATION : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES	21
COMPÉTENCES EN ÉVALUATION	Error! Bookmark not defined.
3. PRISE EN CHARGE : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES	25
COMPÉTENCES EN PRISE EN CHARGE	Error! Bookmark not defined.
PROCÉDURES POUR LA PRISE EN CHARGE	Error! Bookmark not defined.
ENSEIGNEMENT AU PATIENT.....	Error! Bookmark not defined.
COUNSELING	Error! Bookmark not defined.
PRÉVENTION.....	Error! Bookmark not defined.
4. PLANIFICATION DU CONGÉ.....	31
5. PROMOTION ET REVENDEICATION DES DROITS DU PATIENT	32

J) DOCUMENTATION	33
DOSSIERS INTERPROFESSIONNELS	Error! Bookmark not defined.
K) GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE COURANTE	Error! Bookmark not defined.
L) QUESTIONS FRÉQUENTES	Error! Bookmark not defined.
M) RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	Error! Bookmark not defined.

A) AVANT-PROPOS

Les normes et lignes directrices de pratique ont pour but d'assurer des services en orthophonie de qualité à la population ontarienne. Le présent document décrit les normes de pratique pour les services aux personnes atteintes de troubles acquis de communication cognitive.

Le document a pour but de fournir aux orthophonistes en Ontario un aperçu du dépistage, de l'évaluation et de la prise en charge ainsi que des compétences qu'il faut posséder pour prendre des décisions responsables relatives à la prestation des services. Ce document n'est pas un guide d'initiation aux services et il ne fournit pas toute l'information dont l'orthophoniste a besoin pour intervenir auprès de cette population. Il n'a pas été rédigé avec ces objectifs en tête.

L'orthophoniste doit posséder les connaissances, les compétences, le jugement et les ressources nécessaires pour fournir une intervention à la population desservie ([Code de déontologie, 2011, point 4.2.2](#)). L'orthophoniste est tenu de maintenir sa compétence dans tous les domaines de l'intervention et de réduire au minimum tout risque de préjudice pendant qu'il fournit ces services ([Code de déontologie, 2011, point 4.2.3](#)). Lorsque l'orthophoniste détermine qu'il n'a pas les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour traiter cette population, on s'attend qu'il consulte des orthophonistes qui les possèdent ou qu'il dirige le patient vers ces derniers. Nous encourageons les orthophonistes qui ont de l'expérience en troubles acquis de communication cognitive à partager leurs connaissances avec les membres moins expérimentés en leur offrant des possibilités d'encadrement et de mentorat.

Les normes et lignes directrices de pratique comprennent deux types d'énoncés : les énoncés d'actions obligatoires (les membres doivent) et les énoncés d'actions souhaitables (les membres devraient). Les énoncés d'actions obligatoires constituent des normes que les membres de l'Ordre doivent respecter dans toutes les situations. Il s'agira parfois de mesures prévues dans une loi ou dans un document de l'Ordre. Dans d'autres cas, il s'agira de normes établies pour la première fois dans ce document. Quant aux énoncés d'actions souhaitables, ils décrivent les meilleures pratiques. Les membres doivent suivre ces meilleures pratiques autant que possible.

Le fait de mentionner une pratique en particulier dans les présentes normes et lignes directrices de pratique ne signifie pas nécessairement que cette pratique repose sur des données probantes de recherche de haut niveau (c.-à-d. essais cliniques randomisés). Il faut plutôt considérer que la norme ou les lignes directrices reposent sur les meilleures données probantes actuelles découlant d'une vaste revue des écrits de recherche (allant de rapports sur des cas isolés à des examens systématiques) et de l'opinion d'experts. Lorsque l'orthophoniste envisagera de s'écarter de ces normes et lignes directrices, il devra faire preuve de jugement professionnel et tenir compte de l'environnement ainsi que des besoins du patient. L'orthophoniste doit documenter toute dérogation aux présentes normes et être prêt à les justifier entièrement.

B) DÉFINITION DU SERVICE

Le terme « trouble de communication cognitive » est utilisé pour désigner un ensemble de caractéristiques de la communication dues à des déficits sous-jacents de la cognition. La personne atteinte peut présenter des difficultés de communication pour entendre, écouter, comprendre, parler, lire, écrire, converser et interagir socialement. Ces difficultés peuvent être dues à des déficits sous-jacents de la cognition (attention, orientation, mémoire, organisation, traitement de l'information, raisonnement, résolution de problèmes, fonctions exécutives ou autorégulation) (ASHA 2005; Ylvisaker et Johnson Greene, 2004; Turkstra et al., 2002; Kennedy et al., 2008). Les troubles acquis de la communication cognitive se distinguent d'autres troubles neurologiques de la communication, tels que l'aphasie provoquée par un accident vasculaire cérébral (ASHA, 2005; MacDonald et Wiseman-Hakes, 2010).

Les troubles de la communication cognitive peuvent être d'origine :

1. congénitale (avant ou à la naissance), p. ex. syndrome de Down, paralysie cérébrale, trouble du spectre de l'autisme, syndrome d'alcoolisation fœtale, etc.;
2. acquise (qui survient après la naissance), soit :
 - les **troubles neurologiques progressifs** (démence, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, etc.);
 - les **troubles neurologiques non progressifs** (accident vasculaire cérébral, commotion cérébrale, lésion cérébrale traumatique, encéphalite, maladie de Lyme, méningite, anoxie, hypoxie, anévrisme, tumeur, électrocution, etc.);
 - d'**autres troubles non progressifs** tels que le trouble de stress post-traumatique, la dépression, le trouble de conversion, la douleur chronique, etc. (Braden et al., 2010; Cherney et al., 2010; Cornis-Pop et al., 2012; Parrish et al., 2009; Schneider et al., 2009).

Les présentes normes et lignes directrices de pratique s'adressent aux orthophonistes qui travaillent auprès d'adultes et d'enfants atteints de troubles acquis de communication cognitive dus à des causes non progressives.

Il n'est pas rare pour une personne atteinte de troubles acquis de communication cognitive de présenter des problèmes concomitants physiques (p. ex. fatigue, douleur chronique) ou de santé mentale (p. ex. trouble de stress post-traumatique, trouble de conversion, problèmes de communication sociale et de dépression). L'orthophoniste intervient auprès de patients qui présentent des troubles concomitants afin de tenter de résoudre les limitations de l'activité de communication et les restrictions de participation, selon le besoin (Braden et al., 2010; Cherney et al., 2010; Cornis-Pop et al., 2012; Parrish et al., 2009; Schneider et al., 2009). La collaboration interprofessionnelle est tenue pour acquies pour ces patients.

Même si ces normes et lignes directrices de pratique se concentrent sur les troubles acquis de communication cognitive, une partie de l'information pourrait très bien s'appliquer aux patients qui présentent des symptômes similaires dus à des diagnostics différents.

PHILOSOPHIE DU SERVICE

Les services aux patients se veulent conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001). Cette conformité à la CIF vise à favoriser le recours à une terminologie uniforme au sein des disciplines de la santé (Eadie, 2001; Threats, 2002). La CIF offre aux professionnels de la santé un cadre conceptuel reconnu à l'échelle internationale et une terminologie normalisée pour examiner et décrire le fonctionnement humain et les handicaps. Ce cadre conceptuel peut être utilisé afin de décrire le rôle de l'orthophoniste dans l'amélioration de la qualité de vie par l'optimisation de la communication dans divers milieux. Les catégories de ce système de classification peuvent être appliquées aux troubles de communication cognitive comme suit :

Dimension	Définition	Exemples
Handicap	Problèmes au niveau des structures ou des fonctions du corps tels qu'une perte ou un écart important	Atteinte des structures neuro-anatomiques et des fonctions neurophysiologiques et neuropsychologiques qui assurent le soutien des processus de communication cognitive. Par exemple, trouble de l'attention, de la mémoire, de l'organisation et du raisonnement, réponse inflexible, impulsivité, problème de traitement de l'information (débit, quantité et complexité, langage auditif et visuel abstrait, etc.), conscience de soi et capacité d'introspection réduites.
Activités/ Participation	Aspects du fonctionnement du point de vue individuel ou sociétal	L'accomplissement des tâches quotidiennes et la participation aux activités sociales, professionnelles et scolaires peuvent être limités dus à : difficulté à converser; à utiliser la technologie et les médias sociaux; limitation dans l'expression des idées, des opinions, des choix, des désirs et des besoins; isolement social; dépendance envers d'autres personnes pour la communication fonctionnelle (questions médicales, juridiques et sociales, transactions financières, etc.) La participation désigne la capacité ou l'incapacité de la personne de réintégrer les rôles et les responsabilités liés aux habitudes de vie antérieures.
Facteurs contextuels environnementaux	Facteurs qui influent sur l'incapacité allant de l'environnement immédiat à l'environnement général de la personne	Exemples de difficultés imposées par l'environnement : manque de soutien des pairs, des amis et de la famille; acceptation sociale réduite et accès au soutien financier; atteinte du fonctionnement cognitif complexe requis pour la réussite scolaire, la performance au travail et les responsabilités familiales; milieu scolaire ou de travail inflexible et attitudes de la société envers l'incapacité et les handicaps.
Facteurs contextuels personnels	Facteurs individuels qui influencent la performance dans l'environnement	Les facteurs personnels peuvent comprendre des facteurs tels que l'âge, la race, l'origine ethnique, le sexe, le niveau de scolarité, les croyances culturelles et habitudes de vie pouvant influencer les résultats de

l'intervention, l'éducation reçue des parents, les modes d'adaptation, le milieu social, la profession, les expériences antérieures, le type de personnalité, l'adaptation à l'incapacité et au handicap, la motivation et l'acceptation de la responsabilité de changer.

Les services que l'orthophoniste offre aux personnes atteintes de troubles acquis de communication cognitive englobent toutes les composantes et tous les facteurs de ce cadre de l'OMS. Ainsi, l'orthophoniste travaille à améliorer la qualité de vie en atténuant les troubles de communication et les limitations de l'activité et de la participation et en modifiant les obstacles environnementaux de ses patients. Les services d'orthophonie visent avant tout à optimiser la communication et le fonctionnement cognitif afin de favoriser la participation aux activités de la vie quotidienne et la participation sociale. Le meilleur moyen de réaliser cet objectif est de dispenser les services dans des contextes de vie qui sont significatifs pour la personne (Behn et al., 2012; Togher et al., 2005; Togher, 2010; MacDonald et Wiseman-Hakes, 2010; Ylvisaker, Johnson, Greene, 2005).

C) CHAMP DE PRATIQUE

Le champ de pratique de l'orthophoniste est établi dans la [Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes](#) :

« L'exercice de la profession d'orthophoniste consiste dans l'évaluation des fonctions de la parole et du langage, ainsi que dans le traitement et la prévention des troubles ou perturbations de la parole et du langage en vue de développer, de maintenir, de restaurer ou d'accroître les fonctions orale motrice et de communication. »

AUTRE DESCRIPTION DU CHAMP DE PRATIQUE

Le regroupement « Ordres de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario » (ORPSO) a élaboré un [outil de collaboration interprofessionnelle](#) (en anglais) qui décrit comme suit le champ de pratique des orthophonistes :

« L'orthophoniste travaille en collaboration avec de nombreux professionnels. Il a les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires à la prévention, à l'identification, à l'évaluation, au traitement et à la rééducation des troubles de la communication ou de la déglutition ainsi que des difficultés et troubles de lecture et d'écriture chez les enfants et les adultes, et à l'évaluation et à la prise en charge des personnes qui ont besoin de systèmes d'aide et de suppléance à la communication.

Le champ d'exercice clinique de l'orthophoniste comprend les services d'évaluation, de traitement et de consultation pour :

- les troubles ou retards de développement du langage;
- les troubles ou retards de développement de la parole, y compris l'apraxie, la dysarthrie, les troubles d'articulation/phonologie et autres troubles moteurs non spécifiques de la parole;
- les troubles de la communication liés à l'autisme, aux retards de développement, aux troubles d'apprentissage, à un accident vasculaire cérébral, aux lésions cérébrales, aux troubles cognitifs, aux troubles de l'audition et aux maladies neurologiques progressives;
- l'alphabétisation;
- la dysphagie;
- les troubles de la voix et de la résonance;
- le bégaiement;
- les besoins d'aide et de suppléance à la communication;
- les troubles psychogènes de communication et de déglutition;
- les anomalies structurales du mécanisme de la voix et de la parole. »

(traduction libre)

D) RESSOURCES NÉCESSAIRES

L'orthophoniste devrait s'assurer que l'environnement physique est approprié pour toutes les procédures d'évaluation et de l'intervention. Les facteurs environnementaux à considérer devraient tenir compte des objectifs de l'évaluation et de la prise en charge. On veillera à respecter l'intimité des patients en tout temps.



Norme
D.1

L'orthophoniste doit veiller à la disponibilité du matériel et de l'équipement normalisé et non normalisé approprié pour l'évaluation et la prise en charge des troubles acquis de la communication cognitive.

Pour offrir une intervention efficace en matière de communication cognitive, l'orthophoniste doit avoir accès à une gamme variée d'outils d'évaluation normalisés et non normalisés qui sont adaptés à l'âge du patient et dont le niveau de sensibilité et de spécificité est capable de détecter les troubles acquis de la communication cognitive dans toutes les fonctions de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS (handicap, activité, participation et milieu). Ces évaluations devraient examiner, de façon suffisamment détaillée, les aspects de la communication cognitive tels que : les troubles de l'attention, de la mémoire, de l'organisation et du raisonnement, les réponses inflexibles, l'impulsivité, les problèmes de traitement de l'information (débit, quantité et complexité, langage auditif et visuel abstrait, etc.), la conscience de soi et la capacité d'introspection réduites.

Guide

D.1

L'orthophoniste devrait veiller à ce que l'environnement physique soit approprié pour le dépistage, l'évaluation et la prise en charge.

Alors que les évaluations normalisées peuvent nécessiter un milieu tranquille face à face, certaines techniques d'évaluation et d'intervention en milieu réel peuvent nécessiter un contexte de complexité cognitive et communicative similaire au contexte habituel de la personne (c.-à-d. maison, travail, école ou collectivité). Nous reconnaissons que l'environnement dans lequel se déroule l'évaluation et l'intervention sera influencé par les limites du domicile, du lieu de travail ou du milieu scolaire ou d'études; les contraintes d'espace et de temps; les politiques organisationnelles et d'autres facteurs. En présence de limites, il convient d'inclure l'information fournie par d'autres intervenants provenant de milieux et de contextes multiples.



Norme
D.2

L'orthophoniste doit s'assurer que tout le matériel et l'équipement utilisé (incluant les outils cliniques, le matériel d'évaluation et de traitement) est en bon état de fonctionnement et est étalonné, selon les besoins.

Certaines interventions nécessiteront du matériel et de l'équipement spécialisé. Tout le matériel et l'équipement doit être entretenu selon les spécifications et les recommandations du fabricant. L'orthophoniste doit s'assurer que tout le matériel et l'équipement est désinfecté et nettoyé selon les [Lignes directrices pour la prévention des infections en orthophonie](#) et qu'il est étalonné et en bon état de fonctionnement, comme l'exige le [Code de déontologie de l'Ordre, 2011 \(point 4.2.9\)](#).

E) EXIGENCES EN MATIÈRE DE COLLABORATION

Les troubles acquis de la communication cognitive ont des causes nombreuses et surviennent en présence de déficits très variés qui nécessitent une intervention interprofessionnelle (Cicerone et al., 2011; Joint Committee on Interprofessional Relations, 2007). Il est donc essentiel que les orthophonistes travaillent en collaboration avec le patient, l'aidant naturel, la famille et les équipes du milieu scolaire, communautaire et de soins. L'orthophoniste doit obtenir le consentement avant de communiquer avec d'autres personnes qui ont des rapports avec le patient ou son mandataire spécial, comme il est souligné dans le [règlement de l'Ordre sur la faute professionnelle](#) et dans la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#) (LPRPS).



Norme
E.1

Au besoin, l'orthophoniste doit recommander la participation des professionnels appropriés et fournir de l'information sur les ressources communautaires.

L'orthophoniste exerce dans des milieux variés, depuis les unités de soins intensifs jusqu'aux cliniques spécialisées de réadaptation pour patients hospitalisés en passant par la communauté. Une approche interprofessionnelle est efficace peu importe le milieu pour l'évaluation et la prise en charge des patients atteints de lésions cérébrales acquises.

Certains patients pourraient présenter d'autres problèmes, p. ex. un trouble de fonctionnement ou de comportement psychosocial ou des problèmes familiaux. Au besoin, l'orthophoniste doit recommander la participation d'autres professionnels appropriés tels qu'un travailleur social, un psychologue ou un aumônier.

Pour d'autres problèmes coexistants tels que les troubles de mobilité, d'équilibre, de contrôle de la douleur, d'audition, de vision, de nutrition, etc., le membre doit diriger le patient vers le professionnel de la santé approprié ou demander qu'il le soit.

On voudra également envisager de diriger le patient et les membres de la famille vers des ressources communautaires, telles que les groupes de soutien ou de consommateurs, pour qu'ils obtiennent plus d'information et de soutien.



L'orthophoniste doit communiquer de façon efficace et concertée avec le patient, les professionnels de la santé, la famille, les amis et les autres

Norme
E.2

personnes significatives du patient, après avoir obtenu le consentement approprié.

Les membres doivent tenir compte de la complexité de la situation de cette population. Pour déterminer le bon moment de son intervention, l'orthophoniste tiendra compte des nombreux besoins et priorités de la personne (chirurgies, douleur, besoins en santé mentale, famille, fatigue, etc.). Une collaboration précoce pourrait être indiquée pour assurer l'accès aux soins et s'assurer qu'on répond aux besoins de communication de la personne. De plus, dans les premiers temps, les proches sont parfois trop bouleversés pour participer activement aux soins. Il est important de tenir compte des priorités concurrentes et des facteurs de stress des partenaires de la communication lorsqu'on élabore le plan d'intervention.

L'orthophoniste devrait s'assurer que les autres professionnels de la santé reconnaissent les troubles de communication cognitive et qu'ils demandent les consultations appropriées pour les patients.

L'orthophoniste doit pouvoir reconnaître à quel moment il doit tenter de communiquer avec les personnes significatives du patient afin de maximiser l'efficacité de l'évaluation et de la prise en charge. Ces personnes peuvent fournir des détails sur la capacité de communiquer du patient à la maison, dans des situations sociales, en milieu scolaire, professionnel, de travail ou de soins de santé. Les partenaires de la communication qui jouent un rôle important dans les milieux du patient peuvent identifier les habiletés qui sont importantes pour les interactions et décrire la capacité du patient d'utiliser ces habiletés dans des environnements naturels.



Norme
E.3

L'orthophoniste doit déterminer si l'intervention parallèle, le cas échéant, est dans l'intérêt du patient.

En situation d'intervention parallèle par plus d'un membre de l'OAOO, il doit être déterminé que celle-ci est dans l'intérêt du patient et qu'elle ne nuit pas aux soins, comme il est prévu dans [l'énoncé de position sur l'intervention parallèle par plus d'un membre de l'OAOO \(2015\)](#). Ces situations devraient inclure les mesures suivantes :

- S'assurer que les diverses approches sont complémentaires et qu'elles répondent au meilleur intérêt du patient.
- Coordonner la prise en charge avec les autres orthophonistes afin de travailler simultanément aux différents aspects de la cognition, de la communication, de la voix et de la déglutition.



Norme
E.4

L'orthophoniste doit prendre des mesures raisonnables pour régler les désaccords qui surviennent entre les fournisseurs de services qui participent aux soins du patient.

En cas de désaccord entre les professionnels participant aux soins du patient, les membres de l'Ordre doivent prendre des mesures raisonnables pour le régler directement avec le professionnel concerné et prendre les mesures qui sont dans l'intérêt du patient. Il faut respecter l'énoncé de position de l'Ordre, « [Règlement de désaccords entre fournisseurs de services](#) ».

F) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ



Norme
F.1

L'orthophoniste doit utiliser les pratiques courantes de prévention et de contrôle des infections.

Toutes les procédures utilisées lors des interventions doivent veiller à la sécurité du patient et de l'orthophoniste. Elles doivent également être conformes aux pratiques de prévention des infections, décrites dans le document de l'Ordre, [Lignes directrices pour la prévention des infections en orthophonie](#) (2010), et respecter toutes les précautions supplémentaires imposées par le milieu de pratique ou d'autres fournisseurs de services, le cas échéant.

L'orthophoniste doit s'assurer que tout le matériel et l'équipement est désinfecté et nettoyé conformément aux [Lignes directrices pour la prévention des infections en orthophonie](#) (2010).



Norme
F.2

L'orthophoniste doit assurer la sécurité du patient et sa propre sécurité en tout temps.

Les patients de tout âge atteints d'une lésion cérébrale acquise peuvent manifester des comportements qui sont inappropriés (colère, agitation, automutilation, mauvais contrôle des impulsions et autres comportements sociaux) (Slifer et Amari, 2009). La sécurité du patient, et de l'orthophoniste, est donc une considération importante. L'orthophoniste devrait suivre les formations offertes sur la gestion de ces comportements. L'orthophoniste devrait aussi vérifier auprès des membres de l'équipe de soins ou du milieu scolaire si le patient a des antécédents de tels comportements et ce qu'il faut faire pour les atténuer.

Il existe des ressources utiles, notamment le guide du ministère du Travail intitulé [La violence et le harcèlement au travail : comprendre la Loi](#) (2010). Ce guide définit ce qu'on entend par la violence et les comportements menaçants et décrit les droits et les responsabilités en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (1990).

G) PRINCIPES DIRECTEURS DE LA PRESTATION DES SERVICES

1. PRINCIPES DES INTERVENTIONS ADAPTÉES À LA CULTURE



Norme
G.1

L'orthophoniste doit être conscient des différences culturelles et tenir compte de la culture du patient et de sa famille à toutes les étapes de l'intervention.

L'orthophoniste doit fournir des services respectueux qui tiennent compte des valeurs culturelles du patient et de sa famille ainsi que des facteurs socioculturels qui influencent la communication, tel que décrit dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Prestation de services aux populations culturellement et linguistiquement diverses](#) (2000).

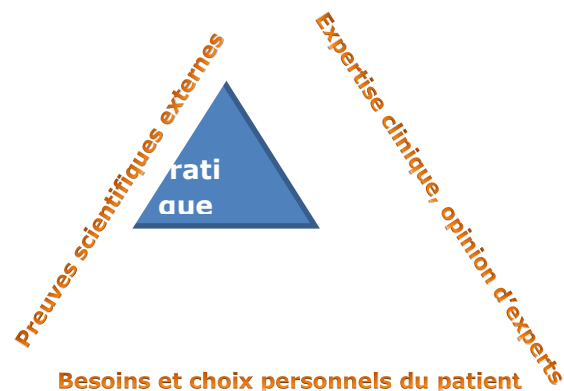
L'orthophoniste doit demeurer conscient que des facteurs socioculturels complexes (p. ex. race, ethnicité, coutumes, âge, incapacité, sexe, sexualité et religion) peuvent influencer le dépistage, l'évaluation, la prise en charge, la communication et la relation thérapeutique. Il doit tenir compte de ces facteurs dans l'intervention de communication auprès du patient. De même, l'orthophoniste doit éviter de tirer des conclusions au sujet d'un patient en se basant sur son milieu ou d'autres facteurs culturels. Chaque patient est unique et doit être traité ainsi. La prestation des services et la collaboration doivent permettre au patient de faire des choix éclairés reposant sur de l'information impartiale adaptée au contexte culturel.

2. PRINCIPES DE LA PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES



L'orthophoniste doit faire reposer sa pratique et ses interventions sur des données probantes.

La « pratique fondée sur des données probantes » se définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs du patient" (Sackett D et al., 2000).



La première obligation déontologique de l'orthophoniste consiste à exercer ses compétences dans l'intérêt de ses patients (point 3.1 du [Code de déontologie](#)). La pratique fondée sur des données probantes doit être centrée sur le patient. Le membre devrait interpréter les meilleures données probantes actuelles et en tenir compte, en plus de ses propres connaissances cliniques, dans son examen du cas du patient, incluant les préférences, l'environnement, la culture et les valeurs de ce dernier (ASHA, 2005; Speech Pathology Association of Australia, 2010).

3. CONSENTEMENT

CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À LA DIVULGATION ET À LA CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ



L'orthophoniste doit obtenir le consentement éclairé du patient ou du mandataire spécial à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements personnels sur la santé.

En vertu de la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#) (LPRPS), les membres doivent obtenir le consentement éclairé à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé obtenus durant le dépistage, l'évaluation ou le traitement. Ce consentement peut être fourni verbalement ou par écrit et est ensuite documenté.

Les organismes et employeurs pourraient avoir des procédures et des formulaires variés en place pour l'obtention du consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de l'information. Vous pouvez utiliser ces procédures et ces formulaires à condition qu'ils respectent les exigences de l'Ordre et de la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#).

Le Bureau du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario a établi les critères permettant aux membres de présumer que le patient a donné son consentement implicite à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé. Le membre peut divulguer des renseignements personnels sur la santé à l'intérieur de ce que l'on appelle, le « [cercle de soins](#) ».

Les six critères suivants doivent s'appliquer :

1. Le dépositaire de renseignements sur la santé (DRS) doit faire partie d'une catégorie de DRS qui ont le droit de présumer le consentement implicite. Les orthophonistes sont considérés comme étant des DRS.
2. Les renseignements personnels sur la santé doivent avoir été reçus de la personne, du mandataire spécial ou d'un autre DRS.
3. Les renseignements personnels sur la santé ont été recueillis, utilisés ou divulgués dans le but de fournir des soins de santé à la personne concernée.
4. Le DRS doit utiliser les renseignements personnels sur la santé pour la fourniture de soins de santé et non à d'autres fins comme la recherche ou la collecte de fonds.
5. Le DRS doit divulguer les renseignements sur la santé à un autre DRS.
6. Le DRS qui reçoit les renseignements personnels ne doit pas être au courant que l'individu a expressément refusé ou retiré son consentement.

Le patient ou son mandataire spécial peut en tout temps retirer son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation partielle ou complète de renseignements sur la santé.

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT



Norme
G.4

L'orthophoniste doit obtenir le consentement éclairé et valide à toutes les interventions.

L'orthophoniste doit obtenir le consentement éclairé et valide du patient ou de son mandataire spécial pour toutes les interventions, comme il est indiqué dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Consentement aux services de dépistage et d'évaluation](#) (2007). Pour en savoir plus sur le

consentement, la capacité de donner le consentement et le retrait du consentement, les membres peuvent consulter le module d'apprentissage en ligne sur le consentement et la capacité ([portail des membres](#), sélectionner Éducation)

Pour obtenir le consentement éclairé, tel que défini dans la [Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé](#), il faut fournir l'information suivante au patient ou au mandataire spécial :

- la nature du service;
- les effets bénéfiques prévus;
- les risques et effets secondaires possibles et importants;
- les autres mesures possibles;
- les conséquences probables du refus des services liés aux troubles acquis de communication cognitive.

Nous rappelons aux orthophonistes que l'élément critique du consentement n'est pas la signature comme telle du formulaire de consentement, mais plutôt l'explication de ces questions au patient. Le consentement éclairé au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge peut être fourni verbalement ou par écrit, et est ensuite documenté.

Le patient ou son mandataire spécial peut en tout temps retirer son consentement au dépistage, à l'évaluation ou à la prise en charge.

CAPACITÉ DE DONNER SON CONSENTEMENT AU TRAITEMENT



Norme
G.5

En cas de doute, l'orthophoniste doit évaluer la capacité du patient de donner son consentement aux services proposés.

Lorsque l'orthophoniste a un doute sur la capacité du patient ou de son mandataire spécial de donner son consentement éclairé, il doit évaluer cette capacité. L'évaluation de la capacité consiste à déterminer si le patient/mandataire spécial est apte à comprendre les renseignements pertinents et à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. Lorsque l'orthophoniste détermine que le patient n'est pas apte à donner son consentement, il doit alors en informer le patient et obtenir le consentement éclairé de son mandataire spécial à l'intervention. L'orthophoniste doit également expliquer au patient qu'il a le droit d'interjeter appel du constat d'incapacité à l'égard du dépistage, de l'évaluation ou du traitement auprès de la Commission du consentement et de la capacité, et la procédure. Pour en savoir plus sur la question du consentement et de la capacité, veuillez consulter le document « [L'obtention du consentement aux services : Guide à l'intention des audiologistes et des orthophonistes](#) ».



Norme
G.6

L'orthophoniste doit documenter tout consentement obtenu concernant l'intervention.

L'OAAO demande aux membres de documenter les consentements donnés verbalement et de conserver les consentements écrits comme preuve qu'ils ont suivi le processus d'obtention du consentement. Le [Règlement sur la tenue des dossiers \(2015\)](#) exige que les membres documentent :

32. (2) 14. chaque consentement fourni par le patient ou son représentant autorisé.

4. DÉTERMINATION DES RISQUES À GÉRER

L'orthophoniste doit prendre des mesures pour réduire au minimum tout risque associé à l'intervention. Ces risques incluent, notamment :

RISQUES ASSOCIÉS AU REPORT DE L'INTERVENTION OU À LA PRESTATION D'UNE INTERVENTION INAPPROPRIÉE



Norme
G.7

L'orthophoniste doit s'occuper des demandes de consultation en temps opportun et dans des délais raisonnables.

Le report de l'évaluation ou de la prise en charge peut entraîner la non-détection d'un trouble acquis de communication cognitive. Cela peut donner lieu à des complications communicatives, à des stratégies d'adaptation inadéquates et à des répercussions affectives capables d'influencer l'emploi, la vie scolaire, la famille et les relations et d'entraîner un repli social et l'isolement.

Le dépistage et la prise en charge précoce des troubles acquis du langage se sont avérés efficaces (Maulden, 2005; Robey, 1994).



L'orthophoniste doit utiliser des mesures suffisantes et appropriées pour tirer des conclusions justes de son évaluation.

Une évaluation inappropriée ou insuffisante peut entraîner la non-détection d'un trouble acquis de communication cognitive. Si les protocoles normalisés sont contre-indiqués en raison des besoins du patient, le membre doit documenter sa décision et la raison et il doit adapter ses recommandations de façon appropriée. Une évaluation inappropriée ou insuffisante peut également entraîner des complications communicatives, des stratégies d'adaptation inadéquates et des répercussions affectives capables d'influencer l'emploi, la vie scolaire, la famille et les relations, le repli social et l'isolement.

Le risque d'identifier un trouble inexistant pourrait entraîner une préoccupation inutile pour le patient et sa famille.

RISQUE DE STRESS ACCRU



Norme
G.9

L'orthophoniste doit comprendre le lien entre le stress et le trouble acquis de communication cognitive afin d'éclairer ses interventions.

L'orthophoniste doit comprendre le lien entre le stress, les contextes variés de communication et le trouble acquis de communication cognitive. Par exemple, la communication en groupe, les présentations, les tests, les communications par téléphone, etc. peuvent causer du stress ou augmenter le stress de la personne. L'orthophoniste doit réduire au minimum le stress en s'assurant de bien connaître les facteurs de stress du patient. L'orthophoniste devrait également aider le patient à déterminer les facteurs qui réduisent le stress (Block et al., 2013; Bloodstein et Bernstein-Ratner, 2007; Alm, 2004). Autant que possible, l'orthophoniste devrait collaborer avec les professionnels appropriés pour l'évaluation et la prise en charge des problèmes psychosociaux qui dépassent son champ de pratique.

RISQUES D'ASSOCIER LA COMMUNICATION EFFICACE AVEC LE MILIEU CLINIQUE



Norme
G.11

L'orthophoniste doit prendre des mesures afin d'augmenter l'autonomie de la communication du patient.

L'orthophoniste doit être conscient de la possibilité que le patient devienne dépendant du clinicien et de l'environnement thérapeutique pour réaliser ou maintenir des habiletés de communication cognitive, et il doit prendre des mesures raisonnables pour éviter que cela se produise. L'orthophoniste devrait se concentrer sur le transfert des comportements en augmentant les contextes de traitement et les partenaires de communication et en encourageant l'application autonome des stratégies de communication cognitive (Togher 2010).

H) INTERVENTION : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES

Cette section décrit l'intervention en communication cognitive qui englobe les composantes de soins suivantes :

1. le dépistage;
2. l'évaluation;
3. la prise en charge;
4. la planification du congé;
5. la promotion et la revendication des droits du patient.

Une personne peut avoir besoin de services d'orthophonie à toutes les étapes des soins. Le point d'intervention variera en fonction de la cause et des circonstances entourant la manifestation de la blessure ou de la maladie. Compte tenu de la complexité des lésions cérébrales et de la détection variable des troubles de communication cognitive, l'orthophoniste peut intervenir à toute étape dans le continuum de rétablissement.

La participation du patient et l'utilisation d'une approche centrée sur le patient sont au cœur de l'intervention. La nature du trouble acquis de communication est définie dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS (2001), en partie par les limitations de l'activité et les restrictions de participation, et est influencée par les facteurs environnementaux et les caractéristiques personnelles du patient. On doit tenir compte de ces facteurs dans tous les aspects de la prestation des services. L'intervention de l'orthophoniste doit être fondée sur des données probantes et adaptée aux besoins précis du patient et doit tenir compte des facteurs personnels, culturels et linguistiques.



Norme
H.1

L'orthophoniste doit s'assurer qu'il possède les compétences requises pour fournir l'intervention liée au trouble acquis de communication cognitive.

L'orthophoniste doit s'assurer qu'il possède les compétences requises et qu'il exerce sa profession dans les limites de sa compétence, « déterminée par son éducation, sa formation et son expérience professionnelle », ([Code de déontologie, 2011](#)). L'orthophoniste devrait diriger le patient vers d'autres professionnels lorsqu'il présente des problèmes qui sont hors du champ de pratique de l'orthophonie. Pour plus de détails à ce sujet, voir la section sur le champ de pratique dans le présent document.

1. DÉPISTAGE : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES

Le dépistage est défini comme l'utilisation par l'audiologiste ou l'orthophoniste de mesures conçues pour identifier les patients qui pourraient présenter un problème d'audition, d'équilibre, de communication ou de déglutition ou des troubles similaires, dans le seul but de déterminer leur besoin de subir une évaluation en orthophonie ou en audiologie, ou les deux. Les gestes suivants ne sont pas considérés comme étant un « dépistage » :

- remarquer par hasard la présence potentielle d'un trouble d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou d'autres troubles similaires;
- passer en revue des données qui sont partagées au sujet du trouble potentiel d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou des troubles similaires d'une personne dans le but de fournir des renseignements généraux de base ou de recommander que la personne soit dirigée vers un orthophoniste ou un audiologiste afin de subir un dépistage ou une évaluation en orthophonie ou en audiologie, ou les deux.



Norme
H.2

L'orthophoniste doit posséder les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour choisir, élaborer et administrer des mesures de dépistage appropriées et en interpréter les résultats.

Le but du dépistage est de déterminer si la personne a besoin d'une évaluation détaillée. Toutefois, les patients atteints d'un léger trouble acquis de communication cognitive pourraient ne pas réaliser toutes les conséquences de leurs déficits tant qu'ils ne sont pas aux prises avec la complexité des activités de communication associées à la vie quotidienne, incluant le travail et les études. Pour éviter le risque de manquer des signes d'un trouble de communication cognitive durant un dépistage, il peut être avisé de répéter le dépistage du patient à une date ultérieure, d'interviewer les sources secondaires d'information ou d'obtenir des preuves corroborantes. Il est également important de souligner que la communication intacte signalée par le patient doit être vérifiée pendant tout le processus de rétablissement car la capacité des patients de reconnaître les difficultés de communication est souvent atteinte.

COMPÉTENCES EN DÉPISTAGE

L'orthophoniste démontre les compétences suivantes :

- Connaissance des facteurs environnementaux qui peuvent influencer les résultats du dépistage et être conscient que le patient pourrait avoir besoin d'une intervention à mesure que son environnement change.

- Connaissance des rôles et responsabilités des autres professionnels qui participent à la détection précoce des troubles cognitifs, de la parole, du langage et de déglutition.
- Capacité de reconnaître et de gérer le risque que les patients obtiennent un résultat de « réussite » au dépistage lorsqu'un trouble de communication cognitive existe.
- Connaissances et habiletés nécessaires pour superviser du personnel de soutien (le cas échéant), comme il est décrit dans l'énoncé de position de l'Ordre sur [l'utilisation du personnel de soutien par les orthophonistes](#) :
 - a) la capacité de former et de superviser le personnel de soutien participant au dépistage;
 - b) une connaissance des situations où il est approprié d'avoir recours à du personnel de soutien pendant les dépistages.

2. ÉVALUATION : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES



Norme
H.3

L'orthophoniste doit posséder les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour choisir, élaborer et administrer des mesures d'évaluation appropriées et en interpréter les résultats.

COMPÉTENCES EN ÉVALUATION

L'orthophoniste démontre le jugement, les compétences et les connaissances suivantes :

- Connaissance des aspects normaux et anormaux du développement, de neuro-anatomie, des relations cerveau-comportement, de la physiopathologie et des processus neuropsychologiques s'appliquant à l'évaluation des éléments cognitifs de la communication.
- Capacité de reconnaître les situations où il n'est pas approprié de continuer l'évaluation. Par exemple, lorsque la douleur, la fatigue ou les problèmes de santé mentale nuiraient beaucoup à l'exactitude des résultats de l'évaluation.
- Capacité de créer un protocole d'évaluation approprié adapté au but de l'évaluation. Par exemple, diagnostic, pronostic, obtention des services, traitement, réintégration professionnelle, scolaire ou communautaire, surveillance, planification du congé, évaluation des résultats, recherche, témoignage légal ou établissement des coûts des soins à l'avenir.
- Capacité de choisir et de mettre en place des approches cliniques, culturelles et linguistiques appropriées pour l'évaluation du handicap, des activités, de la

participation et des facteurs contextuels (personnels et environnementaux) à l'aide de procédures normalisées ou non normalisées adaptées au contexte (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS).

- Capacité d'interpréter les résultats des procédures d'évaluation, y compris de l'information de base afin de déterminer la présence, la nature et les répercussions fonctionnelles des troubles acquis de communication cognitive, incluant le stade du rétablissement et une description des forces, des défis et des répercussions sur les fonctions de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS.
- Capacité d'identifier les facteurs contextuels qui peuvent ou être utilisés pour améliorer le trouble acquis de communication cognitive.
- Capacité de communiquer les résultats de l'évaluation, les caractéristiques et répercussions des troubles acquis de communication cognitive, les théories actuelles sur l'étiologie et la prise en charge possible.
- Capacité de reconnaître les situations où la communication cognitive devrait être évaluée lorsque le patient constate les conséquences de ses difficultés sur sa capacité de communiquer au quotidien. Ceci devrait se faire tout au long du continuum de soins.

PROCÉDURES D'ÉVALUATION

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS recommande une évaluation du niveau du handicap, des limitations de l'activité, des restrictions de participation et des obstacles environnementaux. Ainsi, en plus de l'examen normalisé du niveau de handicap en milieux cliniques et hospitaliers structurés, les cliniciens évaluent les répercussions fonctionnelles des difficultés de communication cognitive sur l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et la participation aux rôles significatifs dans la société (participation sociale, rôle parental, travail, école, etc.).



Norme
H.4

L'orthophoniste doit examiner et sonder un vaste échantillon de sources et situations de communication, de facteurs complexes et de milieux avant d'en arriver à une conclusion sur la présence ou l'absence d'un trouble acquis de communication cognitive.

Compte tenu de la nature variable des troubles acquis de communication cognitive, l'orthophoniste doit prendre des mesures raisonnables pour examiner, sonder et analyser une gamme variée de situations de communication, de facteurs complexes et de milieux (p. ex. lieux, moments de la journée et partenaires de communication différents) avant de déterminer la présence, le type et la gravité d'un trouble acquis de communication cognitive. Lorsqu'il est impossible de faire une analyse ou un examen dans des situations variées, l'orthophoniste doit donner son avis sur la possibilité que le patient présente des déficits ou des difficultés dans les contextes non examinés de sa vie.

COLLECTE DES ANTÉCÉDENTS



Norme
H.5

L'orthophoniste doit inclure la collecte des antécédents dans son protocole d'évaluation.

L'orthophoniste doit passer en revue les antécédents pertinents sur la santé ainsi que les antécédents professionnels, scolaires, sociaux et de rééducation du patient.

La collecte des antécédents comprend, notamment :

- une description précise de la blessure ou lésion initiale;
- les résumés des rapports d'examens médicaux et de tests d'imagerie pertinents;
- des indicateurs de la gravité;
- les résultats cognitifs et comportementaux après la blessure;
- les diagnostics médicaux;
- les médicaments;
- les antécédents pertinents avant la blessure, y compris les diagnostics médicaux et psychologiques qui auraient un impact sur le fonctionnement de la communication cognitive, la manualité, la vision et l'audition;
- les rapports sur les progrès de la rééducation, de l'évaluation et du traitement;
- les antécédents sociaux et de communication, incluant les langues que le patient sait parler, lire ou écrire, ses réseaux sociaux, son style de communication avant la blessure, ses capacités de lecture et d'écriture, etc.;
- ses antécédents de travail;
- ses antécédents liés à la scolarité;
- le soutien des pairs ou de la famille et autres systèmes de soutien;
- les progrès réalisés après la blessure.

DOMAINES DE L'ÉVALUATION



Norme
H.6

L'orthophoniste doit envisager d'intégrer des évaluations/sondages normalisés et non normalisés dans le protocole d'évaluation.

Vu les limites des tests normalisés pour la détection des déficits subtils de communication cognitive, il est important d'inclure des protocoles qui évaluent la communication contextualisé.

Les éléments précis à évaluer devraient inclure, notamment :

- l'attention et la concentration, y compris la capacité de demeurer concentré avec et sans distractions et la capacité de déplacer et de partager son attention de façon appropriée;
- l'orientation face aux personnes, dans le temps et dans l'espace;
- la mémoire verbale et les nouveaux apprentissages, c'est-à-dire la capacité de traiter l'information verbale à toutes les étapes de la mémoire verbale (court terme, de travail, long terme : rétention et récupération, sémantique/déclarative, procédurale et prospective, texte et auditive) et la capacité d'appliquer des concepts linguistiques aux nouveaux apprentissages;
- l'organisation linguistique : catégorisation, association, agencement, identification des caractéristiques fondamentales;
- la compréhension et le traitement de l'information auditive : quantité, débit, complexité, efficacité;
- l'audition et la vision;
- l'expression orale et le discours parlé : trouver le mot, usage des mots, structure des phrases, organisation des idées dans la conversation;
- la compréhension et vitesse de lecture : mots, paragraphes, textes, et lectures du milieu professionnel ou scolaire pertinentes aux exigences;
- l'expression écrite : mots, paragraphes, discours écrit, textes, et rédaction en milieu professionnel ou scolaire pertinente aux exigences;
- la communication sociale et pragmatique sociale : conversation, initiation du thème conversationnel, maintien du thème, choix du thème, tour de parole, capacité de percevoir le contexte social, empathie cognitive;
- le raisonnement et le processus de résolution de problèmes;
- les fonctions exécutives et les processus métacognitifs : établissement d'objectifs, planification, initiation, surveillance, gestion du temps, contrôle des impulsions;
- l'introspection, la conscience et l'adaptation au handicap;
- la parole : articulation, fluidité, voix, prosodie, rythme, résonance;
- la communication non verbale : expression faciale, ton de voix, contact visuel, langage corporel, proxémique;
- les difficultés visuelles, perceptuelles, auditives, la douleur, la fatigue et autres difficultés physiques;
- la performance dans divers contextes de communication;
- les besoins des partenaires de communication et la capacité d'offrir un soutien et des stratégies de communication.

RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION

Les recommandations devraient non seulement tenir compte du handicap et du stade de rétablissement, mais aussi des limitations de l'activité, des restrictions de participation et des obstacles environnementaux (OMS 2001).

Guide

H.1

L'orthophoniste devrait offrir du counseling au patient et aux autres personnes concernées sur les répercussions des troubles acquis de communication cognitive, après l'évaluation.

Il faut considérer donner du counseling au patient, à l'aidant naturel ou à la famille sur la nature du trouble acquis de communication cognitive, les résultats de l'évaluation, le plan de suivi recommandé, les résultats escomptés de l'intervention et les répercussions du trouble. Le counseling peut prendre des formes variées et dépendra de la situation et de l'environnement.

3. PRISE EN CHARGE : COMPÉTENCES ET PROCÉDURES

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS utilise les termes, *handicap*, *participation* et *activité* pour se référer aux dimensions de la capacité de la personne. L'orthophoniste crée des programmes fonctionnels efficaces pour la prise en charge et le traitement des troubles de communication cognitive en abordant les trois niveaux de capacité, souvent simultanément.

COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE

L'orthophoniste démontre le jugement, les connaissances et les compétences suivantes :

- Capacité de formuler un programme fondé sur des données probantes et adapté aux besoins cliniques, culturels et linguistiques du patient pour la prise en charge du trouble acquis de communication cognitive. Cela comprend, sans s'y limiter :
 - la connaissance des techniques et des méthodes de traitement appropriées ainsi que des avantages et risques qu'elles comportent;
 - la compréhension des exigences et des stratégies de communication cognitive liées aux activités de la vie quotidienne, aux relations sociales et au milieu scolaire, professionnel et communautaire;
 - la connaissance des principes de transfert/généralisation et du maintien des habiletés apprises;
 - la capacité de déterminer les facteurs internes susceptibles d'influencer la communication cognitive du patient.

- Capacité d'élaborer un plan de prise en charge en fonction du stade de rétablissement du patient allant du coma, de la rééducation aiguë au retour à la maison au congé. Le plan de prise en charge pour le retour à la maison peut inclure la réintégration communautaire, le retour à l'école et au travail et la pleine participation à la vie.
- Capacité d'évaluer le programme de traitement. Cela comprend, sans s'y limiter :
 - la capacité de faire une évaluation objective continue de l'efficacité du traitement qui tient compte du point de vue du patient, du mandataire spécial et des partenaires de communication;
 - la capacité d'apporter les modifications nécessaires au programme de traitement afin de refléter les besoins uniques du patient;
 - la capacité d'apporter les modifications nécessaires au programme de traitement pour qu'il tienne compte des exigences de communication cognitive du milieu scolaire, professionnel et communautaire.
- Capacité de collaborer avec d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire à l'établissement et à la mise en œuvre du plan de prise en charge.
- Capacité de prévoir la consultation d'autres services pour le patient, p. ex. d'autres services en orthophonie (voix, aide à la communication, déglutition, etc.) ou d'autres professionnels (médecins, audiologistes, spécialistes de la vision, psychologues, ergothérapeutes, etc.).
- Capacité de conseiller la famille, le personnel de soutien et les partenaires de communication et de renforcer leurs compétences. Cela comprend, sans s'y limiter :
 - savoir quand et comment intégrer, superviser et évaluer du personnel de soutien (s'il y a lieu) conformément à [l'énoncé de position de l'Ordre sur l'utilisation du personnel de soutien par les orthophonistes](#);
 - savoir comment aider les autres à favoriser la généralisation des gains effectués par le patient durant l'intervention;
 - offrir une formation aux partenaires de communication, une formation sur la communication à l'aidant naturel, du counseling et des services de soutien comportemental;
 - être au courant des ressources communautaires disponibles afin de faciliter l'orientation du patient vers des groupes d'entraide (lorsque c'est approprié).
- Capacité d'offrir des services de consultation. Cela comprend, sans s'y limiter :
 - à la famille et aux personnes significatives;
 - aux membres de l'équipe de soins;
 - au personnel de l'école, du collège et de l'université tels que les enseignants, les conseillers en orientation, les personnes-ressources, le personnel de soutien pour les personnes ayant des besoins spéciaux, etc.;
 - les personnes associées au retour au travail telles que les employeurs, avocats et compagnies d'assurance-invalidité;
 - le personnel des résidences, des foyers de soins de longue durée et des centres pour personnes atteintes de lésions cérébrales acquises tel que les infirmières, les préposés aux services de soutien à la personne, les travailleurs de soutien en réadaptation, etc.;

- les intervenants du système de justice (police, avocats et tribunaux).
- Capacité d'agir à titre de gestionnaire de cas, de coordonnateur des services ou de chef d'équipe, au besoin, et de coordonner, de surveiller et de veiller à la mise en œuvre d'un plan de prise en charge global approprié, en temps opportun.

PROCÉDURES POUR LA PRISE EN CHARGE

Les procédures comprennent toutes les activités utilisées pour la prise en charge du trouble acquis de communication cognitive. Cela comprend le traitement direct et indirect, l'enseignement, le counseling et la réintégration.



Norme
H.7

L'orthophoniste doit pouvoir justifier son choix d'intervention centrée sur le patient pour le trouble acquis de communication cognitive, et doit avoir des critères pour amorcer l'intervention et y mettre fin.

La « prise en charge » est le terme générique utilisé pour désigner l'ensemble des recommandations et des techniques mises en œuvre dans le but d'optimiser la communication cognitive d'un patient. L'orthophoniste doit élaborer, pour chaque patient, un plan de prise en charge qui repose sur les résultats de l'évaluation, y compris les antécédents du patient.

Il existe un large éventail de procédures de prise en charge. L'orthophoniste doit faire reposer son choix d'intervention sur une justification clinique qui tient compte de l'âge du patient, du type et de la gravité du trouble acquis de communication cognitive et des répercussions sur le patient. L'orthophoniste doit également établir des critères pour amorcer et mettre fin à l'intervention.

On devrait donner au patient l'occasion de participer activement à la détermination d'objectifs individuels appropriés pour la prise en charge en collaboration avec l'orthophoniste.



Norme
H.8

L'orthophoniste doit offrir un programme de prise en charge du trouble acquis de communication cognitive qui est adapté aux besoins du patient.

La prise en charge est très individualisée. Elle dépend de plusieurs facteurs, notamment : les forces et difficultés de la personne; la gravité et la nature de la lésion; les variables antérieures à la lésion; le niveau d'introspection et de motivation de la personne; le type et le degré de soutien des personnes significatives; la conscience, les objectifs, l'état médical, physique, psychologique et affectif de la personne; les facteurs socioculturels; les exigences du travail, du milieu scolaire, familial et communautaire et des activités de la vie quotidienne et d'autres facteurs environnementaux.

L'orthophoniste devrait offrir au patient des occasions de mettre en pratique les habiletés de communication dans des situations appropriées à son contexte de vie, de travail, d'études et de socialisation.

Le but premier de la prise en charge est de faciliter le retour maximal à la pleine participation à la vie quotidienne. Les données probantes jusqu'ici préconisent des approches qui sont personnalisées, fonctionnelles, axées sur les résultats et des buts, centrées sur le patient et qui reposent sur des contextes de communication et des exigences cognitives de la vraie vie. L'intervention devrait prendre place dans des environnements variés et devrait offrir des occasions de mettre en pratique les habiletés de communication (Togher et al., 2014).

TRAITEMENT ET CONSULTATION

Le traitement peut être direct et indirect et peut comprendre :

- l'amélioration ou le rétablissement des fonctions de communication cognitive;
- une aide pour la réintégration graduelle des fonctions quotidiennes et des activités productives qui nécessitent des habiletés de communication cognitive (p. ex. retour au travail, à l'école, interactions communautaires, bénévolat);
- la modification de l'environnement de communication (maison, école, communauté ou travail);
- la formation des partenaires de communication et l'amélioration des milieux et des environnements de communication;
- l'aide pour l'adaptation aux handicaps, les stratégies d'adaptation, la confiance et l'estime de soi.



Norme
H.9

L'orthophoniste doit considérer des stratégies compensatoires dans la prise en charge de troubles acquis de communication cognitive.

Une « stratégie compensatoire » est une stratégie conçue pour permettre à la personne d'accomplir une tâche malgré la présence d'un trouble de communication cognitive. Ces stratégies comprennent, entre autres :

- les modifications environnementales (p. ex. modifier le milieu et former les partenaires de communication);

- les stratégies internes [répéter une phrase pour vérifier la compréhension ou utiliser une méthode de régulation interne bien assimilée telle que la méthode « Goal - plan - do - check » (but - planification - action - vérification)];
- les aides externes (p. ex. listes de vérification, applications de téléphone intelligent pour la création d'horaires).

ENSEIGNEMENT AU PATIENT



Norme
H.10

L'orthophoniste doit fournir de l'information au patient et à l'aidant naturel sur la nature du trouble acquis de communication cognitive et le lien avec l'évaluation, les recommandations et le plan de prise en charge.

On doit fournir au patient de l'information et un enseignement sur la nature précise de ses troubles acquis de communication cognitive (handicaps, limitations et pronostic) et sur le rôle des stratégies compensatoires et d'autres interventions. Pour l'enseignement, la formation et la sensibilisation, on veillera à adapter le contenu et la méthode utilisée selon l'état fonctionnel du patient et sa capacité d'atteindre les résultats désirés.

L'enseignement à la famille du patient et aux aidants naturels sur la nature du trouble acquis de communication cognitive, les résultats de l'évaluation et les recommandations est un élément essentiel du plan de prise en charge. L'enseignement et les explications doivent être fournis dans un langage simple et facile à comprendre.

Tous les programmes de rééducation/réadaptation nécessitent que l'information, les habiletés et les concepts soient enseignés au patient individuel. Les orthophonistes ont reçu une formation sur les techniques d'enseignement et les méthodes de communication afin de favoriser les nouveaux apprentissages. Les principes d'enseignement comprennent : l'analyse des tâches du contenu de l'enseignement; le modelage; les approches d'apprentissage sans erreur et de récupération espacée; l'utilisation de questions d'approfondissement pour évaluer l'apprentissage avant chaque intervention d'enseignement; l'intégration attentive de renseignements nouveaux et antérieurs et l'utilisation de stratégies métacognitives.

FORMATION OFFERTE AUX PARTENAIRES DE COMMUNICATION

On offre une formation aux partenaires de communication et à toute personne avec laquelle le patient communique régulièrement, lorsque c'est possible et approprié (Togher et al. 2014). Cette formation comprend typiquement l'information sur les troubles précis de communication cognitive de la personne, des stratégies adaptées à ses besoins et l'occasion de mettre en pratique ces stratégies (Togher et al. 2005).

COUNSELING

Guide	L'orthophoniste devrait offrir du counseling au patient et aux autres personnes concernées sur les répercussions du trouble acquis de communication cognitive.
H.3	

Les patients, les aidants naturels et les familles pourraient avoir besoin d'un counseling continu pendant qu'ils apprennent à vivre avec les répercussions du trouble acquis de communication cognitive sur la communication et la cognition. Le counseling doit avoir pour but d'aider la personne à s'adapter au trouble acquis de communication et aux répercussions sur la vie quotidienne. Le counseling peut prendre des formes variées et dépendra de la situation et de l'environnement. Les membres devraient diriger les personnes vers les professionnels de la santé appropriés lorsque les problèmes psychosociaux vont au-delà des limites du trouble acquis de communication cognitive donné ou du champ de pratique, des connaissances et des compétences de l'orthophoniste. **La psychothérapie n'entre pas dans le champ de pratique de l'orthophonie.**

RÉINTÉGRATION À LA MAISON / AU TRAVAIL / AU MILIEU SCOLAIRE ET COMMUNAUTAIRE



Norme
H.11

L'orthophoniste doit élaborer des stratégies qui tiennent compte de la participation et du retour du patient dans les milieux où il communique (maison, travail, milieu scolaire et communautaire).

Le but principal du programme de rééducation/réadaptation est la réintégration réussie dans la communauté, et cet objectif doit être intégré au plan de traitement dès que possible. Les répercussions des troubles de communication cognitive sur les relations, les activités et les rôles interpersonnels sont complexes et multiples. Les gens ont souvent besoin de soutien et de stratégies à toutes les étapes de la vie. On devrait se concentrer sur le rétablissement d'une participation significative à la vie quotidienne à toutes les étapes de la vie de la personne. L'orthophoniste peut diriger ou guider les interventions du processus de réintégration communautaire, y collaborer ou consulter à cet égard.



Norme
H.12

L'orthophoniste doit donner de l'information sur les services supplémentaires si l'orthophoniste est lui-même incapable de les offrir.

L'information au patient devrait inclure les services et la prise en charge en orthophonie recommandés à l'avenir ainsi qu'une indication de l'endroit où on peut obtenir ces services si l'orthophoniste est lui-même incapable de les offrir.

PRÉVENTION

COMPÉTENCES EN PRÉVENTION

- L'orthophoniste doit faire preuve de connaissances, de compétences et de jugement en matière de prévention, et être conscient des facteurs de prévention secondaire qui peuvent contribuer au trouble acquis de communication cognitive et en informer les patients et le public.

4. PLANIFICATION DU CONGÉ

COMPÉTENCES EN PLANIFICATION DU CONGÉ

L'orthophoniste démontre les compétences suivantes :

- Capacité de déterminer le besoin d'un suivi et de prévoir un suivi approprié au congé.
- Connaissance des autres services disponibles qui pourraient être utiles.



Norme
H.13

L'orthophoniste doit tenir compte des résultats cliniques pendant la formulation de recommandations au congé.

La planification du congé vise à orienter les interventions en vue du congé approprié et opportun du patient qui reçoit le traitement du trouble acquis de communication cognitive. Idéalement, l'orthophoniste et le patient déterminent le moment approprié et les conditions du congé. Typiquement, le patient reçoit son congé lorsqu'il atteint une communication optimale dans des milieux variés. Cela n'est toutefois pas toujours possible pour tous les patients et à tout moment dans le temps. Par conséquent, la planification du congé peut inclure l'orientation du patient vers d'autres ressources de soutien.

Guide
H.4

L'orthophoniste devrait être bien renseigné au sujet des ressources qui sont disponibles dans la communauté pour appuyer le congé du patient.

Les membres devraient connaître les ressources communautaires privées et financées par le système public qui sont disponibles afin de pouvoir les recommander au patient et à sa famille, au besoin. Ces ressources peuvent favoriser la réintégration du patient.

5. PROMOTION ET REVENDICATION DES DROITS DU PATIENT

COMPÉTENCES EN REVENDICATION DES DROITS

L'orthophoniste doit utiliser ses connaissances et ses compétences pour favoriser la santé et le bien-être de ses patients pendant l'intervention et au congé.



Norme
H.14

L'orthophoniste doit connaître les autres services appropriés pour les patients atteints de troubles acquis de communication cognitive, et défendre le droit des patients d'être dirigés vers ces services.

Les patients peuvent avoir besoin de l'aide des membres pour naviguer dans le système de santé, d'éducation et du marché du travail et pour obtenir les ressources appropriées dans un délai raisonnable.

L'orthophoniste doit sensibiliser les autres professionnels et le personnel de soutien de tout le continuum de soins aux besoins uniques de communication des personnes atteintes de troubles acquis de communication cognitive et leur apprendre à reconnaître ces troubles et à diriger les patients vers les services en orthophonie.

J) DOCUMENTATION



Norme
J.1

L'orthophoniste doit documenter tous les aspects des services fournis en matière de troubles acquis de communication cognitive.

L'orthophoniste doit documenter tous les services dispensés en matière de troubles acquis de communication cognitive conformément aux exigences du [règlement de l'Ordre sur la tenue des dossiers \(2015\)](#).



Norme
J.2

L'orthophoniste doit documenter les communications et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des professions psychosociales ou de l'éducation pour la planification ou la prestation des services liés au trouble acquis de communication cognitive.

Les communications et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des professions psychosociales et de l'éducation pour la planification ou la prestation de services liés au trouble acquis de communication cognitive doivent être documentées. Le membre doit aussi documenter toutes les situations où il a dirigé le patient vers un autre professionnel de la santé.

DOSSIERS INTERPROFESSIONNELS



Norme
J.3

Quand il travaille avec d'autres personnes, l'orthophoniste doit prendre toutes les mesures raisonnables pour s'assurer que les dossiers du patient sont à jour, exacts et complets.

Lorsque les membres travaillent au sein d'équipes interprofessionnelles, ils contribuent souvent à un dossier unique pour le patient. L'orthophoniste doit toutefois prendre toutes les mesures raisonnables pour s'assurer que le dossier est à jour et qu'il est créé, utilisé, tenu, conservé et divulgué conformément aux exigences du [règlement de l'Ordre sur la tenue des dossiers \(2015\)](#). Pour plus de détails, veuillez consulter le document « [An Inter-professional Record Keeping Resource](#) ».



Norme
J.4

L'orthophoniste doit s'assurer que les dossiers sont conservés dans un lieu sûr.

Les dossiers doivent être conservés en lieu sûr conformément au [règlement de l'Ordre sur la tenue des dossiers \(2015\)](#) et à toute autre loi pertinente, notamment la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#). Des mesures raisonnables doivent être prises dans les circonstances pour veiller à ce que les renseignements personnels sur la santé dont le membre a la garde ou le contrôle soient... « protégés contre le vol, la perte et une utilisation ou une divulgation non autorisée et à ce que les dossiers qui les contiennent soient protégés contre une duplication, une modification ou une élimination non autorisée » [par. 12(1), *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*].

K) GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE COURANTE

ANOXIE

Manque total d'oxygène distribué par le sang aux tissus.

APHASIE

Trouble acquis du langage causé par des dommages à la partie du cerveau qui contrôle le langage, habituellement l'hémisphère gauche. L'aphasie peut affecter tous les modes de langage réceptif et de l'expression orale, y compris la parole, l'écriture, la lecture et la compréhension du langage parlé.

APPRENTISSAGE

Modification de la compréhension ou du comportement d'une personne découlant de l'expérience ou de la pratique.

APRAXIE DE LA PAROLE

Trouble neurogène de communication touchant le système de programmation des mouvements nécessaires pour produire la parole.

ATTENTION/CONCENTRATION

Capacité de concentrer son attention sur une tâche donnée ou un ensemble de stimuli pendant une période de temps appropriée.

ATTENTION PARTAGÉE

Capacité, pour une personne, de diviser ses ressources attentionnelles entre deux ou plusieurs stimuli ou activités afin de les traiter simultanément.

ATTENTION SÉLECTIVE

Aptitude à se concentrer sur une tâche, une activité ou une pensée en particulier à l'exclusion des autres.

ATTENTION SOUTENUE

Capacité de concentrer son attention sur une tâche ou une pensée en particulier sur une période prolongée.

BUT

Objectifs que l'orthophoniste et le patient se fixent durant la thérapie.

Les **buts à long terme** sont le point d'aboutissement de l'intervention. Leur atteinte peut nécessiter plusieurs années et formes de traitement différentes.

Les **buts à court terme** sont les objectifs plus immédiats du programme actuel d'intervention pouvant être atteints à l'intérieur d'une période limitée. Plusieurs buts à court terme peuvent mener à l'atteinte d'un but à long terme.

CAPACITÉ D'INTÉGRATION FONCTIONNELLE

Capacité de performer dans des milieux réels variés.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF-2)

La CIF est un système de classification publié initialement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1980. Sa structure en trois parties est utilisée partout dans le monde à la fois

comme modèle scientifique des handicaps et comme base de terminologie commune aux fins de la recherche, de la collecte des données et des activités cliniques. En 1995, l'OMS a entrepris un processus fondé sur le consensus qui a mené à la publication, en 2001, d'une classification révisée, l'ICF-2.

COGNITION

Activité mentale grâce à laquelle l'humain acquiert, traite et emmagasine de l'information de l'environnement, et agit en fonction de celle-ci. Cela comprend des processus tels que la perception, la mémoire, le raisonnement, le jugement et la résolution de problèmes.

COMA

Perte de conscience extrême au cours de laquelle la personne ne présente aucun mouvement ou comportement volontaire.

COMMUNICATION NON VERBALE

Utilisation de comportements non verbaux tels que l'expression du visage, le contact visuel, le toucher, les gestes et les mouvements du corps pour communiquer un message.

COMMUNICATION SOCIALE

Le fait pour une personne de communiquer dans des milieux naturels. Modification de la communication en fonction de notre interaction avec les autres personnes. La communication sociale implique le traitement de l'information verbale et non verbale de l'environnement et la rétention de ce qui s'est produit antérieurement dans l'interaction.

COUNSELING

Activités et comportements qui ont pour but de donner de l'information et du soutien aux patients et à leurs proches qui vivent une détresse émotionnelle liée à un trouble de communication. Les activités de counseling peuvent inclure des mesures qui réduisent systématiquement l'anxiété liée à des situations de parole précises ou qui aident le patient à accepter le diagnostic de problème de communication.

L'évaluation et le traitement des troubles cognitifs, affectifs ou comportementaux par des moyens psychothérapeutiques sont hors du champ de pratique des audiologistes et des orthophonistes.

DÉPISTAGE

Utilisation par l'audiologiste ou l'orthophoniste de mesures conçues pour identifier les patients qui pourraient présenter un problème d'audition, d'équilibre, de communication ou de déglutition ou des troubles similaires, dans le seul but de déterminer leur besoin de subir une évaluation en orthophonie ou en audiologie, ou les deux. Les gestes suivants ne sont pas considérés comme étant un « dépistage » :

- remarquer par hasard la présence potentielle d'un trouble d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou d'autres troubles similaires;
- passer en revue des données qui sont partagées au sujet du trouble potentiel d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou des troubles similaires d'une personne dans le but de fournir des renseignements généraux de base ou de recommander que la personne soit dirigée vers un orthophoniste ou un audiologiste afin de subir un dépistage ou une évaluation en orthophonie ou en audiologie, ou les deux.

DOSSIER SCOLAIRE DE L'ONTARIO (DSO)

Dossier de rendement scolaire pour tous les élèves des écoles élémentaires et secondaires de l'Ontario établi en vertu de la *Loi sur l'éducation* de la province.

DYSARTHRIE

Trouble de la parole d'origine neurologique qui donne lieu à une faiblesse pouvant aller jusqu'à la paralysie des muscles responsables de la production de la parole.

ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

Groupe de professionnels de disciplines variées qui collaborent afin d'atteindre un objectif commun pour le patient.

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Approche de soins qui consiste pour des professionnels de disciplines variées à établir en équipe les buts de l'évaluation et du traitement selon leur expertise professionnelle respective.

ÉVALUATION

Utilisation de mesures normalisées et non normalisées afin d'observer et de consigner le fonctionnement d'une personne dans des domaines variés. Le but est de déterminer les forces et faiblesses du patient pour permettre à l'orthophoniste de poser un énoncé diagnostique et de prévoir un programme de traitement.

FONCTION EXÉCUTIVE

Capacité de planifier, de choisir une séquence optimale, de s'auto-surveiller, de s'auto-corriger, de s'empêcher de faire une action, d'initier, de contrôler, de modifier ou d'assigner une priorité au comportement. Les études associent les fonctions exécutives au cortex préfrontal.

GESTIONNAIRE DE CAS

Personne qui facilite l'accès du patient aux programmes médicaux, de soutien et de rééducation appropriés et qui coordonne la prestation de ces services.

HYPOXIE

Apport d'oxygène aux tissus au-dessous du niveau des besoins physiologiques malgré une perfusion sanguine adéquate des tissus.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Utilisation de la résonance magnétique afin de visualiser les organes internes du corps humain, y compris le cerveau, et de recueillir des données diagnostiques.

INTROSPECTION

Capacité de reconnaître avec précision ses forces, ses limites et sa situation.

LANGAGE

Système organisé de symboles écrits, gestuels et vocaux avec lequel les humains communiquent des pensées, des idées et des émotions.

LÉSION CÉRÉBRALE ACQUISE

Lésion au cerveau qui n'est ni congénitale ni due au processus de développement. Son apparition rapide est due à une blessure traumatique ou à l'évolution soudaine de la maladie. Elle est non progressive en ce sens que la dégénérescence ne fait pas partie de la

symptomatologie. Les lésions cérébrales acquises comprennent : la lésion cérébrale traumatique, l'accident vasculaire cérébral, la méningite, l'encéphalite, les tumeurs cérébrales non progressives et l'anoxie.

LÉSION CÉRÉBRALE LÉGÈRE

Lésion cérébrale légère soupçonnée en présence de l'un ou plusieurs des éléments suivants : blessure par accélération/décélération rapide ou blessure rotatoire; perte de mémoire des événements immédiatement avant ou après la blessure; période de confusion au moment de la blessure; blessures à la peau du crâne ou du visage; amnésie post-traumatique; changements cognitifs et comportementaux après la blessure; ou la personne peut avoir un résultat négatif à la tomodensitométrie, mais tout de même présenter une lésion cérébrale acquise.

LÉSION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE

Lésion cérébrale causée par une force ou une blessure physique externe telle qu'un coup à la tête.

LOI DE 1992 SUR LA PRISE DE DÉCISIONS AU NOM D'AUTRUI

Loi de l'Ontario régissant la procuration relative aux biens et la procuration relative au soin de la personne.

MÉMOIRE

Processus d'organisation et d'emmagasinage de représentations mentales.

- **Mémoire sensorielle** : Laps de temps très court pendant lequel l'information perceptuelle (visuelle, auditive) est enregistrée.
- **Mémoire à court terme** : Rétention et codage de l'information perceptuelle pour permettre son passage dans la mémoire à long terme.
- **Mémoire de travail** : Semblable à la mémoire à court terme, cette mémoire implique le traitement actif d'information de la mémoire sensorielle et de la mémoire à long terme.
- **Mémoire à long terme** : L'information est transférée et emmagasinée de façon permanente pour permettre de l'évoquer ou de la remémorer par la suite. L'information peut être divisée en trois catégories : épisodique (événements), sémantique (faits/concepts) et procédurale (méthodes/habilités).

MÉTACOGNITION

Connaissance qu'a une personne de ses processus cognitifs pour l'apprentissage et la compréhension; connaissance et maîtrise qu'a une personne de ses capacités et de ses limites cognitives. Les méthodes métacognitives d'évaluation et d'intervention englobent des stratégies cognitives, des fonctions exécutives et l'autorégulation dans un cadre intégré (Kennedy et Coelho, 2005).

PERCEPTION VISUELLE

Capacité qu'a une personne de reconnaître et de distinguer les stimuli visuels et de les interpréter au moyen d'associations avec les expériences antérieures.

PLAN D'ENSEIGNEMENT INDIVIDUALISÉ (PEI)

Document créé par l'école et les parents afin d'identifier les besoins particuliers d'éducation de l'élève et des moyens de répondre à ces besoins à l'intérieur du programme scolaire.

PRAGMATIQUE SOCIALE

Règles régissant l'utilisation fonctionnelle du langage dans un contexte social précis.

PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES

Application des meilleures données disponibles des recherches les plus récentes et des connaissances cliniques pour répondre aux besoins de services en orthophonie du patient.

PROMOTION ET REVENDEICATION DES DROITS DU PATIENT

Le fait de recommander ou d'appuyer un plan d'action ou une intervention proposée pour un patient.

PRONOSTIC

Jugement sur le rétablissement à la suite d'une maladie ou d'une blessure établi à partir des symptômes de la personne et d'autres facteurs variés, notamment la nature de la blessure et les états coexistants.

PROXÉMIQUE

Étude du rôle de l'espace personnel et physique dans la communication entre les personnes.

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

Capacité d'utiliser des processus cognitifs pour accomplir une tâche.

STRATÉGIE COMPENSATOIRE

Stratégie utilisée pour aider la personne à surmonter les répercussions de ses handicaps.

TOMODENSITOMÉTRIE

Méthode d'imagerie médicale radiographique assistée par ordinateur qui permet de réaliser des images à différents niveaux du cerveau et de visualiser directement les structures crâniennes et intracrâniennes.

TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE PHOTON UNIQUE

Test d'imagerie utilisé pour la production d'images de l'anatomie et du fonctionnement du cerveau. Il nécessite l'introduction préalable de radionucléides dans l'organisme. On fait ensuite tourner un appareil autour du patient capable de détecter et de fournir de l'information sur la concentration du produit radioactif.

TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Étapes (perception, codage et mémoire) par lesquelles les données sensorielles doivent passer afin d'être comprises.

TROUBLE ACQUIS DE LA COMMUNICATION COGNITIVE

Trouble de la communication dû à des déficits sous-jacents de la cognition qui ont une étiologie acquise non progressive.

TROUBLE DE LA COMMUNICATION COGNITIVE

Ensemble de caractéristiques de la communication dues à des déficits sous-jacents de la cognition d'origine variée.

TROUBLE PSYCHOGÈNE DE COMMUNICATION ET DE DÉGLUTITION

Trouble de communication ou de déglutition d'origine psychique ou découlant de conflits des processus affectifs ou mentaux.

L) QUESTIONS FRÉQUENTES

Q : Quel est notre rôle face aux patients qui présentent un état semi-comateux?

R : Peu importe l'état de conscience du patient, l'orthophoniste procède au dépistage ou à l'évaluation du patient et utilise ses connaissances, ses compétences et son jugement pour déterminer s'il y a lieu d'entreprendre un programme de soins. L'orthophoniste collabore avec la famille et d'autres professionnels de la santé et fournit un enseignement sur l'importance de la communication, de la stimulation et du soutien.

Q : Lorsqu'un autre professionnel de la santé réglementé a fait une évaluation de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives, etc., l'orthophoniste peut-il interpréter ces résultats dans le contexte de la communication et formuler des recommandations?

R : Nous vous recommandons d'utiliser votre jugement professionnel. Tenez compte du qui, quand et quoi de l'évaluation faite. Si les renseignements sont applicables, vous pouvez choisir d'interpréter les résultats de l'évaluation d'un autre professionnel de la santé et d'utiliser les renseignements pour vous aider à élaborer votre plan de soins, ou vous pouvez décider d'administrer votre propre protocole d'évaluation. Lorsque vous signalez les résultats, assurez-vous de préciser que vous tirez vos conclusions à partir des résultats de tests que vous n'avez pas vous-même administrés.

Q : Quand devrait-on avoir recours à du personnel de soutien? Il existe des situations s'appliquant uniquement aux patients atteints de troubles acquis de communication cognitive où l'utilisation du personnel de soutien serait contre-indiquée. Pourtant, le recours au personnel de soutien peut aider le patient à former une relation avec une autre personne pour permettre à l'orthophoniste de prendre une certaine distance et ainsi de réduire la dépendance du patient envers un thérapeute unique.

R : Le patient a été adressé à vous, le professionnel de la santé réglementé, et vous êtes responsable de tous les aspects de l'intervention conformément au [Code de déontologie](#) et à [l'énoncé de position sur l'utilisation du personnel de soutien en orthophonie](#). Fiez-vous à votre jugement professionnel pour décider s'il est approprié pour votre patient de recevoir des services du personnel de soutien que vous supervisez. Il peut exister plusieurs facteurs qui constituent une contre-indication à l'utilisation de personnel de soutien, p. ex. les problèmes de comportement du patient. Il reste que le personnel de soutien peut jouer un rôle bénéfique au sein de l'équipe de soins en aidant à réduire la dépendance envers l'orthophoniste et à atteindre les objectifs de communication.

Q : Pourquoi ces normes et lignes directrices de pratique portent-elles seulement sur les troubles acquis de communication cognitive non progressifs? La majorité des renseignements sont suffisamment généraux pour s'appliquer aussi aux troubles de communication cognitive progressifs.

R : Ces normes et lignes directrices de pratique ont été conçues spécifiquement pour les orthophonistes qui travaillent auprès de patients atteints de troubles acquis de communication cognitive. La plupart des normes, mais pas toutes, s'appliqueront à d'autres populations de patients et peuvent être utilisées par les membres pour guider leurs interventions. Sachez toutefois que les données probantes utilisées pour établir certaines normes et lignes directrices proviennent des normes courantes du domaine des troubles de communication cognitive non progressifs et de ce domaine de recherche précis.

Q : Pouvez-vous donner des exemples précis de tests normalisés et non normalisés?

R : Le but des normes et lignes directrices de pratique est de souligner les compétences que doivent posséder les membres et les normes de pratique qu'ils doivent suivre pour leurs interventions auprès d'une population de patients en particulier. Elles n'ont pas pour but de servir de guide de ressources sur des évaluations, des approches pour la prise en charge ou des tests précis. Des données à jour sur les tests normalisés et leur efficacité sont disponibles dans les recherches publiées sur la communication cognitive.

Q : Les commentaires sur le délai raisonnable de l'intervention en orthophonie sont très relatifs dans le document et ne tiennent pas compte des contraintes du système de réadaptation/rééducation financé par l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP). Pouvez-vous être plus précis? Que signifie « délai raisonnable » ou « en temps opportun »? Deux semaines, un mois, etc.?

R : Le terme « en temps opportun » ou « dans un délai raisonnable » s'appliquant aux services est relatif et dépend de votre modèle de prestation de services et de l'environnement de votre lieu de travail. Lorsque c'est possible, vous devez utiliser votre jugement clinique pour établir les priorités des évaluations et des cas. Les membres devraient revendiquer des services et des mesures qui réduisent le temps d'attente ou améliorent les services pour les patients atteints de troubles acquis de communication cognitive.

Q : Il me semble qu'on devrait laisser le soin d'évaluer la capacité au travailleur social et non à l'orthophoniste. Si le patient rejette les résultats de l'évaluation de la capacité, l'orthophoniste devra ensuite communiquer avec la Commission du consentement et de la capacité et je me demande si c'est vraiment notre responsabilité.

R : La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* établit quels professionnels de la santé réglementés ont le droit d'évaluer la capacité du patient de prendre des décisions concernant un traitement, son admission en soins de longue durée ou un service d'aide personnelle à son domicile. L'orthophoniste fait partie des personnes qui sont autorisées à évaluer la capacité. On s'attend que l'orthophoniste évalue la capacité s'il a des raisons de croire que le patient n'est pas apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement, l'admission ou le service d'aide personnelle, selon le cas, ou n'est pas apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. Le [module d'apprentissage en ligne sur le consentement](#)

[et la capacité](#) (voir le portail des membres) explique le processus d'évaluation de la capacité. Il existe également d'autres ressources externes sur la question.

Si le patient désire interjeter appel de la constatation d'incapacité, l'orthophoniste doit alors défendre les droits du patient, en particulier s'il est atteint d'un problème de communication, et l'aider à communiquer avec la Commission du consentement et de la capacité pour organiser une audition de l'appel.

Q : À titre d'orthophoniste en pratique privée, j'aimerais savoir ce que je dois faire afin de respecter entièrement la norme sur la documentation des antécédents puisque je n'ai pas accès aux résultats de l'examen d'IRM ni aux autres dossiers de l'hôpital.

R : L'orthophoniste doit utiliser son jugement pour déterminer le caractère adéquat des antécédents. Si vous déterminez qu'il y a une lacune importante dans les renseignements fournis, vous devriez prendre des mesures raisonnables afin d'obtenir les renseignements de la personne appropriée, p. ex. le médecin de famille, d'autres professionnels de la santé, le gestionnaire de cas, l'avocat, etc. N'oubliez pas d'obtenir le consentement du patient à la collecte et à l'utilisation de renseignements provenant de personnes à l'extérieur du cercle de soins du patient.

Q : « ... l'orthophoniste doit prendre des mesures raisonnables pour examiner, sonder et analyser une gamme variée de situations de communication, de facteurs complexes et de milieux (p. ex. lieux, moments de la journée et partenaires de communication différents)... » Cela pourrait être difficile dans un milieu de soins aux patients hospitalisés.

R : Les orthophonistes doivent prendre des mesures raisonnables pour examiner une gamme variée de situations de communication. Nous sommes conscients que certains milieux cliniques ont davantage de contraintes à cet égard. Les membres devraient toutefois utiliser toutes les méthodes possibles afin d'évaluer le patient dans des situations variées. Par exemple, en soins aigus, vous pourriez observer le patient pendant qu'il communique avec le personnel infirmier ou le personnel en physiothérapie dans le centre de conditionnement physique. Si le patient peut marcher ou se déplacer en fauteuil roulant, vous pourriez l'emmener au café pour évaluer sa communication dans ce contexte. Une autre possibilité est de créer des situations de communication au téléphone.

Le sondage est un moyen important de collecte de données. Vous pouvez obtenir l'opinion des proches, des visiteurs et du personnel soignant sur les habiletés de communication actuelles et antérieures du patient.

Q : Les services de beaucoup des personnes évaluées et traitées sont financés par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou sont pris en charge dans le cadre de l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux (SABS) et les lois connexes. L'orthophoniste ne devrait-il pas être familier avec ces renseignements s'il doit agir en tant que personne-ressource pour permettre aux patients de prendre des décisions éclairées au sujet de l'intervention tout au long du continuum de soins?

R : Si vous offrez régulièrement des services à des patients qui obtiennent une aide financière d'organismes tiers, vous devriez vous renseigner sur les divers systèmes auxquels les patients et les familles peuvent faire appel pour les aider à payer les services d'évaluation et de traitement. À titre d'orthophoniste, vous pourriez aider des patients à comprendre la procédure pour demander une aide financière, en particulier s'ils sont atteints de troubles de compréhension ou de traitement de l'information. Vous devez toutefois diriger le patient et ses proches vers le professionnel approprié s'ils demandent des conseils financiers.

M) RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Adamovich, B. B. (1998). Functional outcome assessment of adults with traumatic brain injury. *Seminars in Speech & Language*, 19 (3), 281-90, 323-4.
- Alm, P.A. (2004). Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: a critical review. *Journal of Fluency Disorders*, 29 (2) 123-133.
- American Congress of Rehabilitation Medicine. (1993). Mild traumatic brain injury committee of the head injury interdisciplinary special interest group: Definition of mild traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(3), 86-87.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005). Roles of Speech-Language Pathologists in the Identification, Diagnosis, and Treatment of Individuals with Cognitive-Communication Disorders : *Position Statement*. doi:10.1044/policy.PS2005-00110.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Roles of speech-language pathologists in the identification, diagnosis, and treatment of individuals with cognitive-communication disorders: *Position statement*. Available from <http://www.asha.org/policy>
- Aten, J. (1994). Functional communication treatment. In R. Chapey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Barraca, S., Velikonja, D., Brown, L., Willimas, L., Davis L., & Sigouin, C.L. (2003). Evaluation of the effectiveness of two clinical training procedures to elicit yes/no responses from patients with severe acquired brain injury: a randomized single subject design. *Brain Injury*, 17(12) 1055-1075.
- Barwood, C. H. S., & Murdoch, B. E. (2013). Unravelling the influence of mild traumatic brain injury (MTBI) on cognitive-linguistic processing: A comparative group analysis. *Brain Injury*, 27(6), 671-6. doi:10.3109/02699052.2013.775500.
- Bazarian, J., Wong, T., Harris, M., Learhey, N., Mookerjee, S., & Dombovy, M. (1999). Epidemiology and predictors of post-concussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Injury*, 13 (3), 173 - 191.
- Behn, N., Togher, L., Power, E., & Heard, R. (2012). Evaluating communication training for paid carers of people with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 26(13-14), 1702-15.
- Blake, M. L., (2009). Perspectives on treatment for communication deficits associated with right hemisphere brain damage. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 331-342.
- Blake, M. L., (2006). Clinical relevance of discourse characteristics after right hemisphere brain damage. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 255-267.
- Block, C. K., & West, S. E. (2013). Psychotherapeutic treatment of survivors of traumatic brain injury: Review of the literature and special considerations. *Brain Injury*, 27, 7-8, 1-14.
- Bloodstein, O., & Bernstein-Ratner, N. (2007). *A Handbook on stuttering* (6th ed.). Clifton Park, N.Y.: Thomas Delmar.

- Blyth, T., Scott, A., Bond, A., & Paul, E. (2012). A comparison of two assessments of high level cognitive communication disorders in mild traumatic brain injury. *Brain Injury* : 26(3), 234–40.
- Bornhofen, C., & McDonald, S. (2008). Emotion perception deficits following traumatic brain injury : A review of the evidence and rationale for intervention. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 511–525.
- Braden, C., Hawley, L., Newman, J., Morey, C., Gerber, D., & Harrison-Felix, C. (2010). Social communication skills group treatment: a feasibility study for persons with traumatic brain injury and comorbid conditions. *Brain Injury*, 24(11), 1298–310.
- Chapman, S., Levin, H., & Lawyer, S. (1999) Communication problems resulting from brain injury in children: Special issues of assessment and management in McDonald, S. (Ed.) *Communication disorders following traumatic brain injury*. Psychology Press. East Sussex, UK.
- Chen, A., Abrams, G., & D'Esposito, M. (2006) Functional reintegration of prefrontal neurological networks for enhancing recovery after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 20(2) 107-118.
- Cherney, L. R., Gardner, P., Logemann, J. A., Newman, L. A., Neil-pirozzi, T. O., Roth, C. R., & Solomon, N. P. (2010). The Role of Speech-Language Pathology and Audiology in the Optimal Management of the Service Member Returning From Iraq or Afghanistan with a Blast-Related Head Injury : Position of the Communication Sciences and Disorders Clinical Trials Research Group. *Health (San Francisco)*, 25(3), 219–224.
- Ciccia, A. H., Meulenbroek, P., & Turkstra, L. S. (2009). Adolescent Brain and Cognitive Developments. *Topics in Language Disorders*, 29(3), 249–265.
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M. & Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 519–30.
- Coelho, C., Le, K., Mozeiko, J., Hamilton, M., & Tyler, E. (2013). Characterizing Discourse Deficits Following Penetrating Head Injury: A Preliminary Model. *American Journal of Speech Language Pathology* 22(May), 438–449.
- Coelho, C., Ylvisaker, M., & Turkstra, L. S. (2005). Nonstandardized assessment approaches for individuals with traumatic brain injuries. *Seminars in Speech and Language*, 26(4), 223–41.
- Colantonio, A., Gerber, G., Bayley, M., Deber, R., Kim, H., & Yin, J. (2010). Who waits for inpatient rehabilitation services in Canada after neurotrauma? A population based-study. *Journal of Rehabilitation Medicine : Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 42(8), 773–9.
- Comper, P., Bisschop, S. M., Carnide, N., & Tricco, A. (2005). A Systematic Review of Treatments for Mild Traumatic Brain Injury. *Brain Injury*, 19(11), 863-880.

- Cornis-Pop, M., Mashima, P. A., Roth, C. R., MacLennan, D. L., Picon, L. M., Hammond, C. S., & Frank, E. M. (2012). Guest editorial: Cognitive-communication rehabilitation for combat-related mild traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(7), xi-xxxii.
- Cullen, N., Chundamala, J., Bayley, M., and Jutai J. (2007). The efficacy of acquired brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 21(2): 113-132.
- Dahlberg, C., Hawley, L., Morey, C., Newman, J., Cusick, C. P., & Harrison-Felix, C. (2006). Social communication skills in persons with post-acute traumatic brain injury: three perspectives. *Brain Injury*, 20(4), 425-35.
- Depompei, Roberta (2001). Youth with TBI: cognitive-communicative and behavioural issues for reintegration to school and community. Conference hosted by the Paediatric Acquired Brain Injury Community Outreach Program. London, Ontario.
- Depompei, R., & Bedell, G. (2008). Making a difference for children and adolescents with traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(4), 191-6.
- Douglas, J. M. (2010). Using the La Trobe Communication Questionnaire to Measure Perceived Social Communication Ability in Adolescents with Traumatic Brain Injury. *Brain Impairment*, 11(2), 171-182.
- Eadie, T. L. (2001). The ICDH-2: Theoretical and Clinical Implications for Speech-Language Pathology. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 25(4), 181-200.
- Evans, J. (2012) Goal setting during rehabilitation early and late after acquired brain injury. Current opinion. *Neurology*, 25(6); 651-5.
- Evans, J Goal (2013) Management Training for rehabilitation of executive functions: a systematic review of effectiveness in patients with acquired brain injury/ Review. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)*.
- Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario (FHRCO). Additional Scopes of Practice <http://ipc.fhrco.org/scopes.php> accessed October 2014.
- Feeney, T. J. (2010). There's always something that works: principles and practices of positive support for individuals with traumatic brain injury and problem behaviors. *Seminars in Speech and Language*, 31(3), 145-61.
- Ferré, P., Ska, B., Lajoie, C., Bleau, A., & Joannette, Y. (2011). Clinical Focus on Prosodic, Discursive and Pragmatic Treatment for Right Hemisphere Damaged Adults: What's Right? *Rehabilitation Research and Practice*, 1-10.
- Fitzgerald, A., Aditya, H., Prior, A., McNeill, E., & Pentland, B. (2010). Anoxic brain injury: Clinical patterns and functional outcomes. A study of 93 cases. *Brain Injury*, 24(11), 1311-23.
- Galbiati, S., Recla, M., Pastore, V., Liscio, M., Bardoni, A., Castelli, E., & Strazzer, S. (2009). Attention remediation following traumatic brain injury in childhood and adolescence. *Neuropsychology*, 23(1), 40-9.

- Goldblum, G. (2010). Ylvisaker's influence on scripts, videos, and projects within a South African context. *Seminars in Speech and Language*, 31(3), 177–86.
- Haarbauer-krupa, J. (2004). Taking Care of Children After Traumatic Brain Injury, *ASHA Perspectives* 79–86.
- Hahn, K., Schildmann, E., Baumeister, C., & Von Seggern, I. (2012) Cognitive impairment after acute encephalitis: An ERP study. *International Journal of Neuroscience*, 122, 630-36.
- Hughes, J., & Orange, J. B. (2007). Mapping Functional Communication Measurements for Traumatic Brain Injury to the WHO-ICF Représenter les mesures de communication fonctionnelle des traumatismes cranio-cérébraux par rapport à la CIF. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(3), 134–143.
- Jorgensen, M., & Togher, L. (2009). Narrative after traumatic brain injury: a comparison of monologic and jointly-produced discourse. *Brain Injury*, 23(9), 727–40.
- Kennedy, M. R. T., Krause, M., & Turkstra, LS., (2008). An electronic survey about college experiences after traumatic brain injury. *Neurorehabilitation* 23: 511-520.
- Le, K., Mozeiko, J., & Coelho, C., (2011). Discourse analyses: Characterizing cognitive-communication disorders following TBI. *Asha Leader*, February 15, 2011. 1-9.
- Lezak M. D. (1986). Psychological Implication of Traumatic Brain Damage for the Patient's Family, *Rehabilitation Psychology*. 31, (4).
- MacDonald, S., & Wiseman-Hakes, C. (2010). Knowledge translation in ABI rehabilitation: A model for consolidating and applying the evidence for cognitive-communication interventions. *Brain Injury*, 24(3), 486–508.
- MacKay, L. E., Bernstein, B. A., Chapman, P. E., Morgan, A. S., & Milazzo, L. S. (1992). Early intervention in severe head injury: Long-term benefits of a formalized program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 635–641.
- Marshall, S., Bayley, M., McCullagh, S., Velikonja, D., & Berrigan, L. (2012). Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 58(3), 257–67, e128–40.
- Maulden, S.A., Gassaway, J., Horn S.D., Smout, R.J., & DeJong, G. (2005) Timing of Initiation of Rehabilitation After Stroke *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 86, 12 p.34.
- McDonald, S., Togher, L., & Code, C. (Eds). (1999). *Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. East Sussex: Psychology Press.
- 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), 1623–30.
- Occupational Health and Safety Act (1990) Ontario Ministry of Labour.
<http://www.ontario.ca/laws/statute/90o01>

- O'Halloran, R., & Larkins, B. (2008). The ICF Activities and Participation related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2), 18–26.
- O'Neil-Pirozzi, T.N., Strangman G.E., Glodstein, R., Katz, D. I., Savage, C. R., Kelkar, K., Supelana, C., Burke, D., Rauch, S. L., and Glen, M. B. (2010) A controlled treatment study of internal memory strategies (I-MEMS) following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 25(1):43-51.
- Ontario Brain Injury Association (2001) Information about Acquired Brain Injury: Estimated Incidence of Traumatic Brain Injury in Ontario.
- Ontario Neuro Trauma Foundation. Guidelines for Mild Traumatic Brain Injury and Persisting symptoms. Available at www.onf.ca
- 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.
- Paul-Brown, D., & Ricker, J.H. (2003). Evaluating and treating communication and cognitive disorders: Approaches to referral and collaboration for speech-language pathology and clinical neuropsychology. *Technical report. Asha, Supplement 23*, 47–57.
- Raskin, S. A., & Mateer, C. A., (2000). *Neuropsychological Management of Mild Traumatic Brain Injury*. New York: Oxford University Press.
- Rietdijk, R., Simpson, G., Togher, L., Power, E., & Gillett, L. (2013). An exploratory prospective study of the association between communication skills and employment outcomes after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 27(7-8), 812–8.
- Robey R. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech Language Hearing Research* 1998;41:172-87.
- Ross, K.A., Dorris, L., & McMillan, T. (2011) A systematic review of psychological interventions to alleviate cognitive and psychosocial problems in children with acquired brain injury. *Developmental Medicine and Child Neurology* (8) 692-701.
- Ryu W.H., Feinstein A., Colantonio A., Streiner D.L., Dawson D.R.(2009) Early identification and incidence of mild TBI in Ontario. *Canadian Journal of Neurological Science*, 36(4):429-35.
- Sackett, D., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R., B. (2000) *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, 2nd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh, (2000).
- Schneider, S.L., Haack, L., Owens, J., Herrington, D.P., (2009). An Interdisciplinary Treatment Approach for Soldiers With TBI/PTSD: Issues and Outcomes. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 19(2), 31–33.
- Sirmon-Taylor, B., Salvatore, A. P., & Paso, E. (n.d.). Consideration of the Federal Guidelines for Academic Services for Student-Athletes with Sports-Related Concussion. *Perspectives on School Based Issues. Asha* 70–78.

- Slifer, K.J, and Amari, A. (2009) Behavior management for children and adolescents with acquired brain injury. *Developmental Disabilities Research Reviews*.15(2):144-51.
- Sonnenberg, L. K., Dupuis, A., & Rumney, P. G. (2010). Pre-school traumatic brain injury and its impact on social development at 8 years of age. *Brain Injury : [BI]*, 24(7-8), 1003–7. doi:10.3109/02699052.2010.489033.
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D., & Rappolt, S. (2011) Inter-Professional Clinical Practice Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury: A Systematic and Evidence-Based Approach. Published online: 4 October 2011, Springer Science+Business Media, LLC 2011.
- Struchen, M. A., Pappadis, M. R., Sander, A. M., Burrows, C. S., & Myszka, K. a. (2011). Examining the contribution of social communication abilities and affective/behavioral functioning to social integration outcomes for adults with traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26(1), 30–42.
- Tager, F.A., Fallon, B.A., Keilp, J., Rissenberg, M., Jones, C.R., & Liebowitz, M.R. (2001) A controlled study of cognitive deficits in children with chronic lyme disease. *Journal of neuropsychiatry clinical neurosciences* 13(4). 500-507.
- Togher, L., McDonald, S., Coelho, C., Byom, L. (2014). Cognitive communication disability following TBI: examining discourse, pragmatics, behaviour and executive function. In Skye McDonald, Leanne Togher, Chris Code (Eds.), *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*, (pp. 89-118). London: Psychology Press.
- Togher, L. (2010). Training everyday communication partners for individuals with traumatic brain injury: the influence of Mark Ylvisaker. *Seminars in Speech and Language*, 31(3), 139–44.
- Togher, L., Wickremaratne, N., Grant, S. (2005). The relationship between discourse and psychosocial outcomes following traumatic brain injury: A preliminary investigation. 6th World Congress on Brain Injury, UK: Taylor and Francis.
- Togher, L., McDonald, S., Code, C., & Grant, S. (2004). Training communication partners of people with traumatic brain injury: A randomised controlled trial. *Aphasiology*, 18(4), 313–335.
- Threats, T. T. (2002). *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, Heart and Stroke Foundation of Ontario Presentation, Aphasia Institute, Toronto.
- Turkstra, L. S., McDonald, S., & DePompei, R. (2001). Social information processing in adolescents: data from normally developing adolescents and preliminary data from their peers with traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(5), 469–83.
- Turner-Stokes, L., Disler, .PB., Nari, A., Wade, D.T. (2005) Multidisciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 20(3).

Workplace Violence and Harassment: Understanding the Law (2010), Ontario Ministry of Labour. <http://www.labour.gov.on.ca/english/hs/topics/workplaceviolence.php>

World Health Organization (2001). *The International Classification of Functioning Disability and Health – ICD*, Geneva.

Ylvisaker, M., Turkstra, L., Coehlo, C., Yorkston, K., Kennedy, M., Sohlberg, M. M., & Avery, J. (2007). Behavioural interventions for children and adults with behaviour disorders after TBI: a systematic review of the evidence. *Brain Injury*, 21(8), 769–805.

Ylvisaker, M., Todis, B., Glang, A., Urbanczyk, B., Franklin, C., DePompei, R., Feeney, T., Maher Maxwell, N., Pearson, S., & Siantz Tyler, J. (2001). Educating Students with TBI: Themes and Recommendations. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(1), 76-93.

Ylvisaker, M. (2006). Person-Centred Approach to Social Communication after Traumatic Brain Injury. *Brain Impairment*, 246(3), 246–258.

Ylvisaker, M., Jacobs, H. E., & Feeney, T. (2003). Positive supports for people who experience behavioral and cognitive disability after brain injury: a review. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(1), 7–32.

Ylvisaker, M. (2010). Management of Traumatic Brain Injury : The Influence of Mark Ylvisaker, *Seminars in Speech and Language* 1(212), 137–138.

Ylvisaker, M., Turkstra, L., Coehlo, C., Yorkston, K., Kennedy, M., Sohlberg, M. M., & Avery, J. (2007) Behavioural interventions for children and adults with behaviour disorders after TBI: a systematic review of the evidence. *Brain Injury*, 21(8): 769-805.