IURDPM
Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal

CRIR
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

ÉCOSYSTÈME
TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL - VIOLENCE CONJUGALE

Amélioration des trajectoires de services pour les femmes victimes de violence conjugale présentant un TCC léger

Mémoire

Carolina Bottari, Ph. D.

Juin 2026

Mémoire déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec

Ce document est une production de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) et du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

Adresse

Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
6300 avenue de Darlington
Montréal (Québec), H3S 2J4
https://www.iurdpm.ca

Auteurs

- Carolina Bottari, Ph. D., professeure titulaire, École de réadaptation, Université de Montréal, chercheuse régulière CRIR et IURDPM.
- Sophie Lecours, professionnelle de recherche, IURDPM
- Ana Paula Salazar, Ph. D., professionnelle de recherche, IURDPM
- Marie-Marthe Cousineau, Ph. D., professeure honoraire, École de criminologie, Université de Montréal.
- Laurence Roy, Ph. D., professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal, chercheuse régulière CREMIS.
- Dominique Bernier, Ph. D., professeure, Département de sciences juridiques, Université du Québec à Montréal.

Soutien à la conception

- Vincent Létourneau-Desjardins, chargé de transfert de connaissances, IURDPM.

©2026 CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Table des matières

Présentation de l'équipe de recherche et de ses partenaires iii
Pourquoi agir maintenant? 1
Sous les coups, des cerveaux meurtris: l'omniprésence des TCC 3
Au carrefour de la vulnérabilité: la santé physique, sociale et mentale 3
De l'accès aux ressources: analyse d'un rendez-vous manqué 4
Des services en silo face à une réalité complexe 4
Des avancées prometteuses : le cas des victimes d'étranglement 5
Recommandations de notre équipe de recherche 6
Une opportunité de gains rapides et visibles pour le MSSS **:** Actions prioritaires à très court terme 6
1 - Établir une trajectoire de services formalisée à partir de porte(s) d'entrée clairement identifiée(s) 7
2 - Déployer des équipes mobiles de services intégrés interdisciplinaires en santé et en réadaptation 9
3 - Déployer des centres intégrés de soins et services pour les femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC dans toutes les régions du Québec 11
Conclusion 13
Références : 14

Présentation de l'équipe de recherche et de ses partenaires

Équipe de recherche

Carolina Bottari
Professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, Carolina Bottari s'intéresse depuis plusieurs années aux liens entre les traumatismes craniocérébraux (TCC), les questions d'itinérance et de violence conjugale. Elle est aussi chercheuse régulière à l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) et au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

Laurence Roy
Professeure agrégée à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, Laurence Roy s'intéresse aux questions de santé en lien avec l'itinérance et les personnes en situation de précarité. Chercheuse au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), elle y est également co-porteuse du champ Itinérance.

Marie-Marthe Cousineau
Professeure honoraire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, Marie-Marthe Cousineau s'intéresse aux questions de violence faite aux femmes. Elle collabore aussi au Centre international de criminologie comparée (CICC).

Dominique Bernier
Professeure au Département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal, Dominique Bernier s'intéresse aux questions de violence faite aux femmes et d'accès à la justice. Elle est aussi membre de l'Observatoire des profilages.

Sophie Lecours et Ana Paula Salazar
Professionnelles de recherche d'expérience, Sophie Lecours et Ana Paula Salazar soutiennent et coordonnent depuis plusieurs années les projets de l'équipe de recherche.

Partenaires signataires du mémoire

Michel Abouassaly
Chef du programme TCC et de neurotraumatologie au Centre universitaire de santé McGill, Michel Abouassaly est physiothérapeute de carrière et cumule une grande expérience auprès des clientèles avec des atteintes neurologiques.

Annie Courteau
Criminologue et conseillère clinique en matière de violence conjugale au CIUSSS de l'Est-de-l 'ile de Montréal, Annie Courteau possède plus de 26 ans d'expérience dans l'accompagnement des personnes victimes d'actes criminels.

Valérie Turcotte
Infirmière praticienne spécialisée en traumatologie à l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal, Valérie Turcotte œuvre aussi à la création d'une trajectoire de soins adaptée aux personnes ayant subis des traumatismes violents.

La professeure Bottari et son équipe de recherche ont obtenu des financements pour des projets en violence conjugale (VC) auprès des ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Économie, Innovation et Énergie et de l'Enseignement supérieur du Québec, ainsi que de Brain Canada et Société inclusive. L'équipe collabore avec des personnes clés d'organisations communautaires spécialisées en VC, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), le Service de police de la ville de Montréal (SPVM), le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal, le CIUSSS de l'Est-de-l'ile de Montréal, et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal.

Pourquoi agir maintenant?

Comme nous le verrons plus en détail dans les pages suivantes, la majorité des femmes victimes de violence conjugale (VC) physique pourraient avoir subi un traumatisme craniocérébral (TCC). Les impacts combinés de la VC et du TCC posent aux victimes des problèmes de santé physique, mentale et sociale, les plaçant dès lors dans une situation de grande vulnérabilité.

> *Les impacts combinés de la VC et du TCC posent aux victimes des problèmes de santé physique, mentale et sociale, les plaçant dès lors dans une situation de grande vulnérabilité*

Actuellement, le système de santé et des services sociaux peine à traiter simultanément ces multiples conditions et les intervenant.es des milieux de premières lignes qui travaillent auprès de ces femmes sont à la recherche de portes d'entrée accessibles et visibles pour la prise en charge des TCC en contexte de VC. À ce jour, selon les résultats de notre équipe de recherche, les services offerts aux personnes ayant subi un TCC traitent très peu de victimes de VC (ou n'en prendraient pas directement acte), alors que les services offerts aux victimes de VC n'ont pas nécessairement les ressources pour dépister ou intervenir sur les enjeux liés au TCC. En l'absence de services capables de dépister et de traiter les TCC, tout en prenant en compte les conséquences de la VC, les victimes restent condamnées à des solutions partielles, au risque de les maintenir dans un état de vulnérabilité.

> *Les services offerts aux personnes ayant subi un TCC ne traitent peu, ou pas, de victimes de VC, alors que les services offerts aux victimes de VC n'ont pas nécessairement les ressources pour dépister ou intervenir.*

Le constat de la prise en charge inadéquate de ces personnes est d'autant plus alarmant lorsque l'on considère toute la pression que cela impose, directement ou indirectement, aux services communautaires, socio-judiciaires et de santé. En effet, sans une meilleure prise en charge, les victimes sont à risque de voir leurs symptômes se chroniciser, d'être incapables de quitter leur agresseur, de rencontrer des difficultés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, et ultimement de se retrouver en situation d'itinérance ou même, dans les cas les plus graves, d'être victime d'un féminicide de la part de leur conjoint. Nous estimons qu'une prise en charge intégrée et préventive pourrait être un facteur contributif certain, pour non seulement éviter des drames humains, mais donner accès à des services ciblés et adaptés aux besoins des femmes, tant dans le domaine de la santé que communautaire et socio-judiciaire, y compris la DPJ, qui tiennent compte des séquelles des femmes.

Les victimes sont à risque de voir leurs symptômes se chroniciser, d'être incapables de quitter leur agresseur, de rencontrer des difficultés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, de se retrouver en situation d'itinérance ou encore, ultimement, d'être victime d'un féminicide.

Heureusement, le MSSS œuvre déjà à la mise en place de trajectoires intégrées. Les orientations spécifiques à la gamme de services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou déficience physique (DITSADP) sont claires: il faut se concentrer sur les besoins réels des personnes, de manière à les diriger plus facilement au bon service, au bon moment. De plus, la stratégie gouvernementale intégrée pour contrer la violence sexuelle, la violence conjugale et rebâtir la confiance (2022-2027) vise à améliorer la prévention, la sensibilisation et le dépistage de la VC tout en proposant des interventions psychosociales et médicales et le partage d'expertise pour mieux agir. Dans ce contexte, le présent mémoire vise à mettre en lumière la réalité complexe des besoins des femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC, mais aussi à formuler des recommandations qui contribueront à les faire sortir de l'angle mort dans lequel elles se trouvent présentement.

Ces recommandations sont le fruit de plusieurs années de recherche et de travail collaboratif avec de nombreux acteurs et actrices clés des milieux concernés. Elles abordent ce que les orientations actuelles du MSSS ne permettent pas de couvrir dû à trois éléments principaux: accès aux services conditionné par l'obtention d'un diagnostic formel, fragmentation des portes d'entrée et inadéquation des trajectoires avec les besoins des femmes en contexte de vulnérabilité et de danger. Ces recommandations sont concrètes, réalistes, et peuvent respectivement se déployer à court, moyen et long terme. Enfin, elles s'alignent directement avec les priorités gouvernementales en matière de santé mentale, de violence conjugale, d'itinérance et de trajectoires intégrées.

Sous les coups, des cerveaux meurtris: l'omniprésence des TCC

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une femme sur trois vivra de la violence conjugale ou sexuelle au courant de sa vie (OMS, 2021). La violence physique faite aux femmes dans ce contexte cible surtout la tête, le visage et le cou pouvant entraîner un traumatisme craniocérébral (TCC), souvent de type TCC léger (TCCL). Elles peuvent aussi être victimes en concomitance d'étranglements qui induisent une anoxie ou hypoxie cérébrale (Adhikari et al., 2024). Jusqu'à 75% des femmes victimes de VC physique pourraient avoir subi un TCC (Haag et al., 2019), souvent de manière répétée en raison de la nature récurrente de la violence. Les TCC chez les femmes victimes de VC constituent un problème de santé publique largement sous-estimé (Valera et al., 2018).

Au carrefour de la vulnérabilité: la santé physique, sociale et mentale

Bien que les TCCL dans cette population passent souvent inaperçus, leurs conséquences sont réelles et significatives, puisqu'elles affectent l'autonomie et la participation sociale des femmes - notamment leur capacité à maintenir un emploi et un logement et à exercer leur rôle parental (Guttman et al., 2004). Leur autonomie étant affectée, il est alors plus difficile pour les victimes de quitter leur agresseur. La rupture conjugale constitue par ailleurs un facteur de risque direct de précarité résidentielle, voire d'itinérance. L'instabilité sociale des femmes victimes de VC touche aussi le revenu, les risques de perte d'emploi et les enjeux de garde d'enfants. Ajoutons que, selon nos travaux de recherche, les femmes à statut migratoire précaire font face à un contexte de vulnérabilité accrue, se trouvant souvent sans filet de sécurité, sans carte d'Assurance maladie du Québec et avec des connaissances limitées concernant leurs droits et les services offerts au Québec. Ces multiples enjeux combinés à celui du TCC illustrent la complexité particulière des besoins concomitants de cette population.

Les femmes victimes de VC ayant subi un TCC présentent souvent aussi plusieurs problèmes de santé mentale, comme une prévalence élevée de trouble de stress post-traumatique (84%; Karr et al., 2024), d'anxiété et de dépression (Davis et al., 2014), qui coexistent fréquemment avec les séquelles du TCC (troubles de concentration, irritabilité, troubles du sommeil), complexifiant le diagnostic différentiel et la prise en charge (Davis et al., 2014). Sur le plan de la dépendance, l'usage de substances comme stratégie d'adaptation à la violence chronique est documenté dans la littérature (Mehr et al., 2023). L'enjeu de sécurité, également crucial pour ces femmes, implique la nécessité d'une trajectoire de soins planifiée qui tienne compte du risque de représailles de la part de l'agresseur.

Nous comprenons que la réalité des femmes victimes de VC au Québec est, d'une part, trop peu connue et reconnue et, d'autre part, très complexe. Dans ce contexte, on omet fréquemment de considérer la présence et l'impact d'un potentiel TCC, alors qu'il est

devenu clair qu'une offre de soins et services axée sur la personne ne peut plus en faire l'économie.

De l'accès aux ressources: analyse d'un rendez-vous manqué

Au Québec, un continuum de services en traumatologie, mis en place au début des années 1990 (INESSS), offre des services de première, deuxième et troisième ligne à travers l'ensemble de la province. En 2023, le MSSS a proposé une trajectoire de soins et services intégrés afin d'améliorer l'offre de services destinés aux personnes ayant subi un TCC léger ou une commotion cérébrale, ces problématiques étant considérées comme un enjeu réel de santé publique. Le but de ces orientations ministérielles est d'optimiser les services d'intervention précoce pour le retour à la vie normale avec un minimum de séquelles fonctionnelles.

Toutefois, des enquêtes informelles menées auprès de nos collaborateurs en traumatologie indiquent que très peu de femmes victimes de VC sont orientées vers ces programmes au Québec. Compte tenu de la prévalence élevée de TCCL chez les femmes victimes de VC et de la situation de vulnérabilité auxquelles elles font face, ce constat est réellement alarmant. *Alors que des ressources existent, comment expliquer une si faible référence?*

Les hypothèses soulevées par les femmes victimes de VC pour expliquer le faible taux de consultation aux soins incluent des sentiments de honte, de culpabilité et d'impuissance (Heron et Eisma, 2021). Elles indiquent aussi privilégier leur sécurité au détriment de leur santé (Costello et al., 2022). De plus, elles sont rarement conscientes qu'elles ont potentiellement subi un TCC, surtout en l'absence d'une personne témoin qui a le bien-être de la victime à cœur. Il est aussi important de souligner la diversité des femmes victimes de VC (statut migratoire, âge, identité autochtone, régions éloignées, ethnicité, capacités, etc.) et le fait que certains groupes parmi elles font face à plusieurs barrières institutionnelles et systémiques pour accéder aux ressources communautaires et gouvernementales, incluant celles du réseau de la santé (Lamontagne, 2023). En conséquence, ces réalités diverses peuvent entraîner des retards importants dans l'identification des TCCL, l'accès à une évaluation appropriée et la mise en place des interventions requises.

Des services en silo face à une réalité complexe

Bien que de nombreux services soient sollicités pour répondre à l'ensemble des besoins des femmes victimes de VC (services d'urgences santé, corps policiers, communautaires, socio-judiciaires), le travail se fait souvent en silo et ne considère pas l'importance cruciale de repérer/dépister chez ces femmes la présence d'un TCC. En l'absence de ce dépistage, le continuum de services en traumatologie du Québec est rarement sollicité pour intervenir.

Des avancées prometteuses : le cas des victimes d'étranglement

Nous avons constaté des avancées prometteuses en matière d'accès aux soins de santé pour les victimes d'étranglement ou de quasi-étranglement au Québec. Considérant que l'étranglement est connexe au TCC et que la concomitance entre ces deux types de blessures au cerveau est élevée chez les femmes victimes de VC, nous la présentons ici comme un exemple d'une nouvelle pratique médicale pouvant s'avérer prometteuse pour la prise en charge des victimes et le dépistage des cas concomitant de TCC.

Plus précisément, en raison de sa gravité, une agression par étranglement a récemment été portée à une priorité 2, donc un niveau de priorité élevé, au triage des urgences au Québec (MSSS, 2025). Par sa reconnaissance de l'urgence de traiter les femmes victimes d'étranglement à risque d'hypoxie ou d'anoxie cérébrale ainsi que de féminicide constitue un exemple d'action simple et concrète qui peut drastiquement changer la donne pour les femmes en leur donnant accès à des soins d'urgence appropriés. Cette action donne aussi espoir qu'une trajectoire de soins adaptée à leurs besoins spécifiques suivra, incluant des services psychosociaux et de réadaptation du réseau de la santé en concertation avec les services communautaires et socio-judiciaires.

Recommandations de notre équipe de recherche

À la lumière de l'ensemble des consultations menées par notre équipe intersectorielle auprès d'une soixantaine d'acteurs et actrices clés des milieux communautaire, socio-judiciaire et de santé au cours des cinq dernières années, il ressort qu'une prise en charge précoce, appropriée et concertée des femmes victimes de VC atteintes d'un TCCL, tenant compte des impacts sur leur autonomie, pourrait améliorer leur santé physique et mentale, leur permettre de reprendre le contrôle sur leur vie et réduire la survenue de trajectoires négatives telle que des épisodes d'itinérance.

Outre les recommandations principales qui suivent, nous souhaitons souligner que certaines actions, identifiées comme prioritaires dans nos récents travaux de recherche et applicables au sein des services actuels, devraient être considérée à très court terme (Salazar et al., soumise). Ces mesures peuvent être mises en œuvre rapidement, notamment via des projets pilotes à faible risque, avec des retombées concrètes à court terme.

Ces recommandations permettront notamment:

- D'améliorer l'accès aux services sans réforme majeure
- De réduire les ruptures de services
- D'augmenter la fluidité intersectorielle

Une opportunité de gains rapides et visibles pour le MSSS : Actions prioritaires à très court terme

- **La sensibilisation et la formation du personnel et des personnes en contact avec la clientèle** (les femmes victimes de violence conjugale) relativement à la prévalence élevée de TCCL, les manifestations, les risques de chronicisation, les impacts fonctionnels;

- **L'intégration d'outils de dépistage en 1ège ligne et de référencement vers les services appropriés** le cas échéant. Ces initiatives sont en cours de réalisation à petite échelle par notre équipe de recherche, incluant nos partenaires terrains, et seront évalués et publiés ultérieurement.

Au-delà des actions à très court terme nommées ci-haut, l'offre de services proposée devrait s'articuler selon les trois recommandations suivantes, nommées par l'ensemble de nos partenaires dans le cadre de nos projets de recherche (Salazar et al., s*oumis*; Salazar et al., *en révision;* Salazar et al., *en préparation*). Les améliorations proposées présentent un faible risque politique. Elles incluent la possibilité de lancer un à deux projets pilotes régionaux, sans modification réglementaire immédiate et en cohérence avec des initiatives existantes (ex. les trajectoires TCCL et les services en VC).

1 - Établir une trajectoire de services formalisée à partir de porte(s) d'entrée clairement identifiée(s)

L'absence d'une trajectoire claire et formalisée constitue l'un des principaux mécanismes d'exclusion des femmes victimes de VC ayant un TCC du réseau de soins. Nous recommandons ainsi la mise en place d'une trajectoire de services intégrés avec des ententes formalisées entre les réseaux communautaires, socio-judiciaires et de la santé, avec des portes d'entrée clairement identifiées pour accéder aux services de santé. La création d'une telle trajectoire, adaptée aux besoins spécifiques des femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC, est nécessaire pour assurer tant leur prise en charge que leur suivi, favorisant un accès amélioré et un soutien précoce.

Une trajectoire de services intégrés bien établie et formalisée pourrait faciliter le dépistage du TCC, l'accès aux services de santé et le référencement vers des services spécialisés au besoin. Nos travaux de recherche ont permis d'établir des collaborations informelles entre divers partenaires intersectoriels impliqués auprès de femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC, incluant des acteurs et actrices clés expert.e.s en TCC. Cependant, pour assurer la pérennité de ces collaborations, il est essentiel de développer des protocoles de collaboration, c'est-à-dire des ententes indépendantes des personnes actuellement en poste.

Bien qu'une trajectoire de services existe en traumatologie, l'accès aux services TCCL/CC offerts demeure difficile pour les femmes victimes de VC qui ne consultent pas un.e médecin de famille ou un.e infirmier.ère praticien.ne spécialisé.e au moment de l'incident en précisant qu'elles ont reçu des coups à la tête, avec ou sans altération de conscience. Selon la perspective des femmes, dans un contexte de violence où elles doivent prioritairement assurer leur sécurité et celle de leurs enfants, généralement sans savoir qu'elles ont peut-être subi un TCC, le recours aux soins de santé se fait souvent tardivement, retardant l'accès aux interventions précoces les plus appropriées. En outre, plus les délais sont importants, plus il devient difficile de distinguer les effets du TCCL de ceux liés aux conséquences psychologiques et psychosociales de la violence. Un délai dans la prise en charge d'un TCCL peut aussi entraîner la persistance ou la chronicisation de certains symptômes associés à la blessure. Cette situation nuit à l'orientation des femmes vers les services les mieux adaptés et compromet l'optimisation de leur processus de rétablissement.

Pour avoir une trajectoire de soins efficace auprès de cette population, elle doit avoir:

- Des protocoles bien établis (incluant les mécanismes de référencement, les délais de prise en charge et les responsabilités de chaque service) ;
- Des ententes formalisées entre les différents secteurs ;
- Des formations croisées et partage de ressources liées au TCC-VC ;

- Présence d'un.e navigateur.trice ou d'un.e intervenant.e pivot assurant la continuité de la trajectoire.

Trajectoire formalisée → court terme (0–18 mois)

Décision attendue du MSSS: Une décision ministérielle offrirait l'impulsion nécessaire pour déployer rapidement une réponse structurante, cohérente et durable.

Directions concernées : Directions en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DITSADP), Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP) et Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS)

Type d'action : gouvernance; intégration d'un volet spécifique au TCCL en contexte de VC au protocole de prise en charge du TCCL\CC du MSSS.

Indicateurs de succès ministériel :

- **Accessibilité des services**
  - Nombre d'établissements ou de points d'entrée clairement identifiés pour accéder aux services de santé ;
  - Réduction du délai d'accès à une évaluation initiale du TCCL pour les femmes victimes de VC ;
  - Diminution des allers-retours entre les programmes et les points de service.
- **Intégration des services**
  - Nombre d'ententes formalisées témoignant du niveau de collaboration intersectorielle ;
  - Nombre d'acteurs et d'actrices ayant participé à des formations croisées ;
  - Désignation d'un intervenant ou d'un intervenant pivot si besoin de coordination.
- **Capacité de réponse du réseau**
  - Nombre de femmes suivies dans la trajectoire de services ;
  - Augmentation du nombre de cas de TCCL pris en charge en temps opportun.

2 - Déployer des équipes mobiles de services intégrés interdisciplinaires en santé et en réadaptation

Pour surmonter les barrières d'accès aux services de santé et réadaptation, nous recommandons le déploiement d'équipes mobiles interdisciplinaires de services intégrés en santé et réadaptation du TCC. En intervenant directement dans le milieu de vie des femmes, y compris les hébergements d'urgence, de première ou de deuxième étape, ces équipes pourraient rejoindre davantage de femmes à risque d'avoir subi un TCC en contexte de VC, permettre le dépistage du TCC et favoriser leur retour à l'autonomie grâce à un accompagnement personnalisé.

Les équipes mobiles interdisciplinaires permettraient de rejoindre les femmes victimes de VC qui hésitent à consulter les services de santé, voire les évitent. Nous pensons notamment aux femmes en situation d'immigration précaire, à celles vivant avec une dépendance aux substances psychoactives ou qui craignent de perdre la garde de leur(s) enfant(s) pris en charge par la DPJ. Ces équipes seraient aussi particulièrement utiles auprès des femmes très vulnérables qui cumulent d'importantes difficultés physiques, cognitives, mentales ou sociales, comme celles à mobilité réduite ou présentant des séquelles cognitives limitant leur capacité à se déplacer pour des rendez-vous réguliers. Grâce à leur approche individualisée, elles pourraient prévenir les ruptures de services, adapter l'environnement de vie des femmes et favoriser leur retour à l'autonomie.

Ces équipes pourraient inclure des standards minimums (e.g. infirmier.ères practicien.nes spécialisée.es, travail social, ergothérapeute) ainsi que d'autres professionnels répondants disponibles au besoin (e.g. médecine, physiothérapie, kinésiologie, orthophonie, neuropsychologie, psychologie, éducation spécialisée, pair-aidant, psychoéducation) qui pourraient offrir divers services tels que :

- Dépistage et diagnostic du TCC : l'équipe mobile pourrait être le premier point de contact clinique pour identifier un TCC probable en utilisant, par exemple, des outils de dépistage valides et initier une évaluation plus approfondie au besoin.
- Traitement des symptômes : utilisation d'approches pharmacologiques et non-pharmacologies.
- Éducation sur la gestion des symptômes : les femmes pourraient bénéficier de séances d'information sur les principaux symptômes associés au TCC, comme la fatigue constante, les céphalées, l'irritabilité, les troubles de sommeil, les difficultés de concentration et de conseils sur des stratégies concrètes de gestion de ces symptômes au quotidien.
- Évaluation et réadaptation fonctionnelle : l'évaluation fonctionnelle permettrait d'identifier les limitations et forces spécifiques à chaque femme, puis la réadaptation pourrait favoriser leur autonomie en ciblant notamment la gestion des

activités quotidiennes, le renforcement des leurs habilités parentales et le retour au travail.

- Référencement vers d'autres services au besoin : les équipes mobiles pourraient également faciliter le référencement des femmes vers d'autres services spécialisés nécessaires, comme la médecine de famille, les services juridiques, les services psychosociaux, en assurant une continuité de services pour cette population.

Équipes mobiles (projets pilotes ciblés) → moyen terme (18–36 mois)

Décision attendue du MSSS: Une décision ministérielle offrirait l'impulsion nécessaire pour déployer rapidement une réponse structurante, cohérente et durable.

Directions concernées : DITSADP

Type d'action : projets pilotes ciblés avec financement dédié

Indicateurs de succès ministériel :

- **Accessibilité des services**
  - Nombre d'équipes mobiles déployées ;
  - Accès à des services non conditionnels à l'obtention d'un diagnostic formel de TCC pour les femmes victimes de VC.
- **Intégration des services**
  - Collaboration accrue et partage d'expertise entre le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux ;
  - Complémentarité et coordination accrues entre les services spécialisés en déficience physique, santé mentale, dépendance et itinérance ;
- **Capacité de réponse du réseau**
  - Nombre de femmes ayant bénéficié de suivis dans leur milieu de vie ou dans des milieux communautaires ;
  - Augmentation du nombre de femmes parmi les plus vulnérables rejointes et prises en charge.

3 - Déployer des centres intégrés de soins et services pour les femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC dans toutes les régions du Québec

La mise en place de centres intégrés de soins et services interdisciplinaires pour les femmes victimes de VC, incluant des professionnel.les spécialisé.es en TCCL, constituerait un atout majeur pour améliorer l'accès et la qualité des services qui leur sont offerts. Ces centres intégrés regrouperaient en un même lieu les services clés favorisant un parcours positif pour ces femmes, en premier lieu les services d'enquête spécialisée en VC du corps policier, les services de la DPJ, les services psychosociaux et socio judiciaires, tels que ceux du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), des ressources communautaires spécialisées en VC, des soins infirmiers et nécessairement les services de prise en charge précoce des TCC.

Ces centres contribueraient à la réactivité des intervenant.es dans l'exercice de leur compétence et favoriseraient l'atteinte de résultats optimaux pour les femmes, tout en évitant qu'elles se retrouvent dans la constante et difficile position d'avoir à répéter leur histoire de violence et son impact sur leur vie. De tels centres peuvent aussi éviter un passage à l'urgence aux victimes ayant un TCCL et permettre de rejoindre la majorité d'entre elles, incluant celles qui ne consultent pas au moment de l'incident. Un continuum de soutien intégré servirait à pallier la fragmentation des services actuellement offerts aux femmes victimes de VC ayant subi un TCCL au Québec ainsi qu'à instaurer les approches intersectorielles combinées nécessaires pour répondre aux besoins médicaux, psychologiques, juridiques et sociaux des victimes. La création d'une « clinique intégrée » destinée aux femmes victimes faciliterait l'accès aux professionnel.les de la santé et les référencements.

L'intérêt principal d'un centre intégré réside dans le fait que tous les intervenant.es (des maisons d'hébergement, des services policiers, de la première ligne, etc.) pourraient y référer des femmes pour des services interdisciplinaires, flexibles et sensibles aux traumas qu'elles ont vécus, en assurant des transferts simples, confidentiels et sécuritaires entre l'ensemble des services. Les femmes pourraient aussi s'y adresser directement.

Pour être efficace auprès de cette population spécifique, le centre intégré devrait réunir les conditions suivantes :

- Critères d'admissibilité élargis, incluant les personnes présentant un TCC probable sans diagnostic formel établi ;
- Référence pouvant être initiée par les intervenant.es du réseau communautaire, socio-judiciaire ou de santé, ou par les femmes elles-mêmes ;
- Approche sensible aux traumas et aux violences intégrées à l'ensemble des pratiques cliniques ;

- Équipe interdisciplinaire dédiée et formée spécifiquement à l'intersection TCC-VC ;
- Modalités de prestation des services flexibles tenant compte des contraintes de sécurité ;
- Rôles de navigation spécialisés assurant la coordination entre les services au sein du centre et vers les ressources externes ;
- Formation continue, standardisation des outils et facilitation des collaborations intersectorielles à l'échelle provinciale.

Un projet pilote d'implantation de services intégrés pour les victimes d'agression sexuelle et de VC récemment mis en place à Québec, soit le centre d'expertise Le Colibri, est un excellent exemple de ce qui pourrait être déployé ailleurs au Québec. Un autre exemple souvent mis de l'avant est celui du Safe Centre of Peel, en Ontario, un lieu sûr et accessible réunissant sous un même toit près d'une trentaine d'organismes offrant un soutien coordonné aux personnes victimes de violence. Bien que ces centres de services intégrés ou *Safe Center* n'abordent pas ou peu pour l'instant la réadaptation des personnes ayant subi un TCC, ils offrent l'avantage d'offrir un point d'entrée accessible et clair pour l'ensemble des services requis.

Centres intégrés (modèle structurant) → long terme

Décision attendue du MSSS: Une décision ministérielle offrirait l'impulsion nécessaire pour déployer rapidement une réponse structurante, cohérente et durable.

Directions concernées : DSMDI, DJ-DPJ, DITSADP, DSISP

Types d'action : transformation du modèle de services ; projets pilotes dans 2-3 CIUSSS avec évaluation avant déploiement provincial

Indicateurs de succès ministériel :

- **Accessibilité des services**
  - Réduction du délai d'accès à une évaluation initiale du TCCL et aux services spécialisés requis selon les besoins des femmes.
- **Intégration des services**
  - Diminution des ruptures de services et de l'obligation, pour les femmes, de répéter leur histoire d'un service à l'autre ou à chaque épisode de services ;
  - Complémentarité et coordination accrues entre les services spécialisés en déficience physique, santé mentale, dépendance et itinérance, ainsi qu'avec les services hors réseau de la santé, notamment les services socio-judiciaires et communautaires.

- **Capacité de réponse du réseau**
  - Augmentation du nombre de cas de TCCL pris en charge en temps opportun chez les femmes victimes de VC ;
  - Diminution des allers-retours entre les programmes et les points de service de différents secteurs ;
  - Augmentation du nombre de femmes bénéficiant d'une prise en charge globale répondant à leurs besoins en santé physique et mentale, en itinérance et en dépendance.

Conclusion

Les recommandations proposées dans ce mémoire offrent au MSSS l'occasion concrète de corriger une incohérence structurelle majeure dans l'organisation et l'accès aux services pour les femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC. Nous avons proposé trois recommandations complémentaires et stratégiques pour le MSSS : la ***trajectoire formalisée*** qui assure la gouvernance et les mécanismes d'accès, les ***équipes mobiles*** qui garantissent la prestation de services directement dans le milieu de vie sécurisé des maisons d'hébergement ou d'autres services spécialisés œuvrant auprès des femmes victimes de VC et les **c*entres intégrés*** qui constituent des pôles spécialisés fixes. Ensemble, elles visent à offrir aux femmes victimes de VC à risque d'avoir subi un TCC une réponse intégrée, coordonnée et adaptée à la complexité de leur situation, qui reconnaît l'intersection entre la VC et le TCC dans la trajectoire de santé.

Les travaux futurs gagneraient à s'attarder aux réalités diverses des femmes, dans une perspective intersectionnelle. La mise en œuvre de ces recommandations, même à titre de projets-pilotes dans un premier temps, contribuerait significativement à la vision renouvelée et intégrée que le MSSS cherche à construire en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance, au bénéfice d'une population trop longtemps rendue invisible par nos systèmes de services. Une décision ministérielle permettrait d'amorcer rapidement une réponse cohérente et structurante.

Références :

Adhikari SP, Daugherty JC, Molinares NQ, Maldonado-Rodriguez N, Wallace C, Smirl J, et al. A four-country study of strangulation-related alterations in consciousness in women who have experienced intimate partner violence: co-occurrence with traumatic brain injuries and measures of psychological distress. J Neurotrauma. 2024;41(13-14): e1666-77. doi:10.1089/neu.2023.0440

Costello K, Greenwald BD. Update on domestic violence and traumatic brain injury: a narrative review. Brain Sci. 2022;12(1):122. doi:10.3390/brainsci12010122

Davis A. Violence-related mild traumatic brain injury in women: identifying a triad of postinjury disorders. J Trauma Nurs. 2014;21(6):300-8. doi:10.1097/JTN.0000000000000086

Gutman SA, Diamond H, Holness-Parchment SE, Brandofino DN, Pacheco DG, Jolly-Edouard M, et al. Enhancing independence in women experiencing domestic violence and possible brain injury. Occup Ther Ment Health. 2004;20(1):49-79. doi:10.1300/J004v20n01_03

Haag HL, Sokoloff S, MacGregor N, Broekstra S, Cullen N, Colantonio A. Battered and Brain Injured: assessing knowledge of traumatic brain injury among intimate partner violence service providers. J Women's Health (Larchmt). 2019;28(7):990-6. doi:10.1089/jwh.2018.7299

Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. Health Soc Care Community. 2021;29(3):612-30. doi:10.1111/hsc.13282

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Les caractéristiques, l'historique et l'implantation du continuum de services en traumatologie du Québec (1991-2012). Québec: INESSS. Disponible: https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/les-caracteristiques-lhistorique-et-limplantation-du-continuum-de-services-en-traumatologie-du-quebec-1991-2012.html

Karr JE, Leong SE, Ingram EO, Logan TK. Repetitive head injury and cognitive, physical, and emotional symptoms in women survivors of intimate partner violence. J Neurotrauma. 2024;41(3-4):486-98. doi:10.1089/neu.2023.0358

Lamontagne A, Bernier D, Chesnay C, Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale. Violence conjugale et traumatismes crâniaux-cérébraux : enjeux juridiques et impacts psychosociaux. Rapport de recherche. Montréal: Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal; 2023.

MacDonald Z, Eagles D, Yadav K, Muldoon K, Sampsel K. Surviving strangulation: evaluation of non-fatal strangulation in patients presenting to a tertiary care sexual assault and partner abuse care program. CJEM. 2021;23(6):762-6. doi:10.1007/s43678-021-00176-x

Mehr JB, Bennett ER, Price JL, et al. Intimate partner violence, substance use, and health comorbidities among women: a narrative review. Front Psychol. 2023;13:1028375. doi:10.3389/fpsyg.2022.1028375

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Des actions précoces pour une prise en charge optimale : programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et de la commotion cérébrale (TCCL/CC) au Québec. Continuum de services en traumatologie. Québec: MSSS; mars 2025.

Salazar AP, Lecours S, Roy L, Jubinville W, Bernier D, Cousineau MM, et al. Co-designing an intersectoral roadmap to support women survivors of intimate partner violence-related traumatic brain injury. Violence Against Women. *Soumis.*

Salazar AP, Lecours S, Roy L, Jubinville W, Bernier D, Cousineau MM, et al. "We have so many cracks in the system": intersectoral collaboration challenges to support women victims of intimate partner violence-related traumatic brain injury. J Aggress Maltreat Trauma. *En révision.*

Salazar AP, Lecours S, Roy L, Jubinville W, Bernier D, Cousineau MM, et al. "We need to create an ecosystem to put the right safety net around women": service providers' solutions for improving services for women victims of intimate partner violence-related traumatic brain injury. *En préparation.*

Tremblay PL, Bouchard M. Implantation de l'Échelle de triage et de gravité (ÉTG) 2024 dans un contexte de transition technologique : défis et stratégies d'adaptation. Chronique DSU, AIIUQ; automne 2025.

Valera EM. Increasing our understanding of an overlooked public health epidemic: traumatic brain injuries in women subjected to intimate partner violence. J Womens Health (Larchmt). 2018;27(6):735-6. doi:10.1089/jwh.2017.6838

World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018. Genève: World Health Organization; 2021. Disponible: https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal
Québec