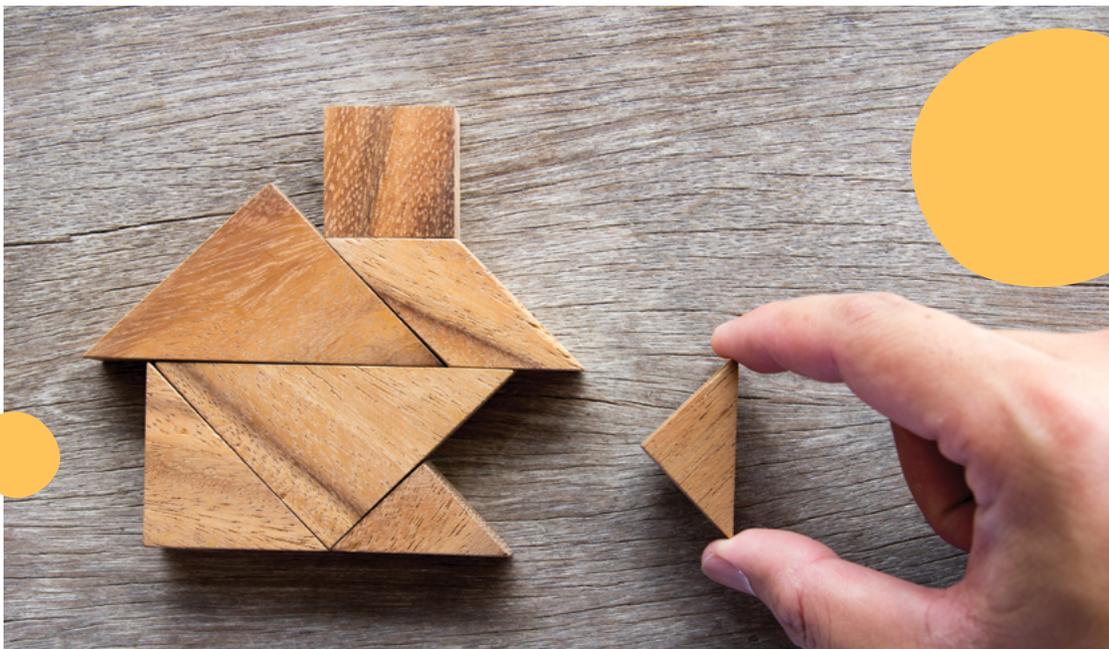


PAGE. 2 Lieux de vie au CCSMTL**PAGE. 3-4** Préserver son autonomie**PAGE. 5** Favoriser le retour à domicile**PAGE. 6-7** Mobiliser les familles**PAGE. 8-9** Des lieux de vie contraignants**PAGE. 10-14** Un chez-soi pour tous?**PAGE. 16** Les six dimensions de la mission universitaire

À CHACUN SON DOMICILE?

Les lieux de vie en questions... et en actions !



À découvrir

-  Témoignages
-  Projets en cours
-  Projets à venir
-  Résultats de recherche
-  Former la relève
-  Soutenir les intervenants

« C'est avec plaisir que nous avons accepté le mandat de rédacteurs en chef invités de ce numéro consacré au « domicile » et, plus généralement, aux « lieux de vie ».

Premier constat : on prend souvent pour acquis que le lieu où l'on vit, qu'on le pense comme un refuge, un lieu sûr ou une maison, est source de bonheur et éveille de bons souvenirs. Mais lorsqu'on craint de le perdre, lorsqu'on le cherche, lorsqu'il nous est imposé et ne répond pas à nos besoins, lorsqu'on doit le quitter contre son gré ou lorsqu'il est lieu de violences et de contraintes, il devient un enjeu central pour les personnes ainsi que pour la recherche et l'intervention sur les inégalités sociales.

Deuxième constat : le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) recèle nombre de

propositions pour tenter de favoriser le retour ou le maintien à domicile, seul ou en famille. Il offre également plusieurs lieux de vie destinés à répondre à des besoins particuliers, qu'ils soient temporaires ou permanents.

Au sein des cinq désignations universitaires du CCSMTL, les projets de recherche se multiplient afin de mieux comprendre la question de « l'habiter », pour ultimement faciliter le maintien ou le retour à domicile, adapter les lieux de vie et favoriser l'autonomie et la participation sociale des personnes. Deux tendances se distinguent. D'une part, les technologies prennent de plus en plus de place pour soutenir le travail des intervenants – impliquant qu'on en observe le déploiement, les usages et les effets. D'autre part, l'intervention sociale, d'humain à humain, demeure le socle principal des pratiques dans

les services sociaux – et il importe d'en analyser les ressorts, pour l'adapter et l'améliorer.

Devant la multitude de projets, nous avons choisi d'en présenter une vingtaine qui, nous l'espérons, vous donneront l'envie de réfléchir à ces questions et d'en développer d'autres! »

Les rédacteurs en chef invités,

Nicolas Sallée, Ph. D., directeur scientifique, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS); professeur agrégé, Département de sociologie, Université de Montréal

Carla Vandoni, Ph. D., directrice, programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA et DP)

Le CCSMTL : des milliers de lieux de vie destinés à répondre à des besoins particuliers

Personnes vivant avec une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP)

2117 places

- ✓ **1841** places en ressources intermédiaires (RI) pour la clientèle avec DI et TSA
- ✓ **106** places en RI pour les personnes avec une DP
- ✓ **170** places en résidence à assistance continue (RAC)

Personnes en perte d'autonomie

3007 places

- ✓ **2700** places d'hébergement et de soins de longue durée dans 17 centres
- ✓ **307** places en RI liées à la perte d'autonomie

environ **4300 usagers** soutenus à domicile à long terme (usagers de longue durée)

Jeunes en difficulté

2188 places

- ✓ **1338** places dans 820 ressources de type familial
- ✓ **133** places dans 13 RI
- ✓ **717** places en réadaptation, en santé mentale et pour les jeunes contrevenants

Préserver son autonomie



Suivi de projet Un domicile intelligent prometteur!

Ce projet a été présenté initialement dans le MU360 de janvier 2018. C'est avec plaisir que nous partageons ses premiers résultats, très prometteurs!

Rappel : Une équipe de recherche menée par **Nathalie Bier**, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, développe un assistant technologique favorisant le maintien à domicile. Grâce à l'analyse de données de plusieurs capteurs technologiques installés dans un appartement, l'équipe en apprend plus sur la vie quotidienne de personnes bénéficiant de services de soutien à domicile tout en préservant leur vie privée. Le projet vise particulièrement les personnes qui ont des troubles de cognition.

L'équipe a installé différents capteurs usuels dans six appartements pour connaître les mouvements de la personne, l'utilisation de certains appareils ménagers comme le four et le grille-pain, l'ouverture des armoires ou du réfrigérateur et l'utilisation des robinets, par exemple. Il n'y a aucune caméra de surveillance. Les intervenants du soutien à domicile (nutritionniste, ergothérapeute, infirmière, par exemple) utilisent ensuite ces données pour mieux cibler leurs interventions.

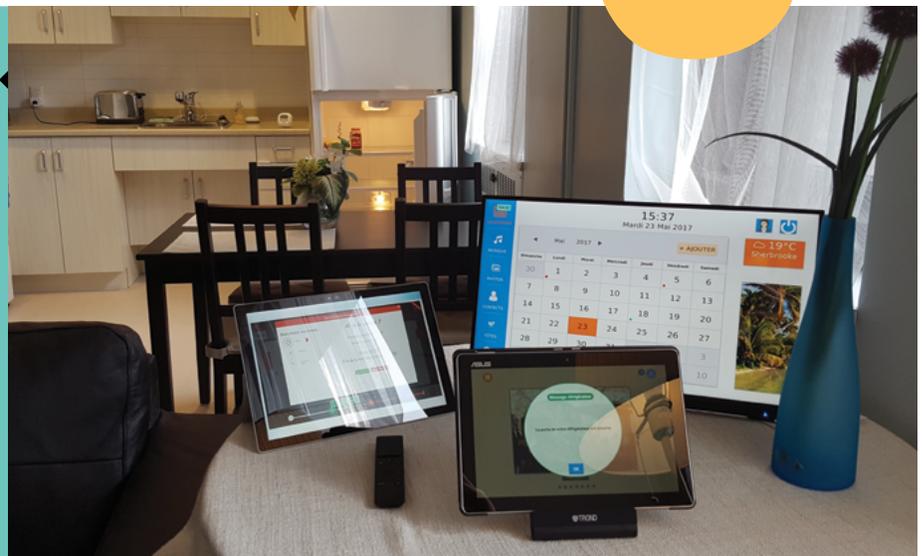
Objectif : Offrir le bon service à la bonne personne au bon moment.

Résultats : Les premiers résultats publiés démontrent que cet objectif est atteint. Par exemple, une des participantes ayant un trouble cognitif important était de retour au domicile après une chute. De façon intuitive, l'équipe de soutien à domicile aurait pu croire qu'elle avait besoin de plus d'interventions. Surprise : grâce à l'analyse des données obtenues par les capteurs, l'équipe a constaté qu'elle gérait efficacement sa vie quotidienne. L'équipe a donc maintenu son niveau d'intervention sans l'augmenter, respectant ainsi son autonomie durant 18 mois de plus avant que le soutien ne devienne réellement nécessaire. Parfois, la meilleure intervention est celle que l'on ne fait pas...

Développements prévus : Fort de ces résultats prometteurs et de l'engagement de plusieurs partenaires publics et privés, le projet réunissant une quinzaine de chercheurs multidisciplinaires multiplie les développements. D'ici 2021, une trentaine d'appartements seront équipés de capteurs dans différents CISSS et CIUSSS partenaires. Le système intéresse bien évidemment le réseau privé de résidences pour aînés. Enfin, le module COOK – assistant culinaire (à lire à la page suivante) sera bientôt ajouté au domicile intelligent!

Un laboratoire sous forme d'appartement intelligent

Grâce à une subvention du Fonds canadien pour l'innovation (FCI), le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal s'est doté d'un appartement intelligent dans lequel sont installées diverses technologies innovantes favorisant le maintien à domicile des personnes âgées ou ayant des difficultés cognitives. L'utilisation de ces technologies est étudiée et ajustée au laboratoire avant qu'elles ne soient déployées chez des participants dans le but de mieux implanter les interventions associées dans des milieux réels.



Préserver son autonomie

Pour plus d'information

Les Fonds de recherche du Québec ont produit une vidéo présentant le projet COOK – assistant culinaire. À voir sur YouTube! <https://youtu.be/I34oaLhOGdo>



Après l'hospitalisation, on se met à l'exercice!

Après un séjour hospitalier, la majorité des aînés réduisent leurs activités physiques. Peur, fatigue, fausses croyances que le repos favoriserait la guérison... Cette sédentarité a pourtant un coût : déclin de la mobilité, risque accru de chute et réadmissions à l'hôpital, entre autres. Trop souvent, le maintien à domicile est compromis.

Or, c'est prouvé scientifiquement : faire de l'activité physique renforce l'équilibre et la confiance en ses capacités de mobilité et d'autonomie – et ce, à tout âge! Et si on prescrivait de l'activité physique au même titre que des médicaments, après une hospitalisation? C'est le cœur du dernier projet de recherche de **Mylène Aubertin-Leheudre**, et de **D^{re} Marie-Jeanne Kergoat**, deux chercheuses au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).

Pour faciliter la décision

L'équipe de recherche a proposé un outil d'aide à la décision pour prescrire l'un des 27 programmes d'exercice physique. Deux « tests » basés sur des données probantes permettent de déterminer rapidement et efficacement quel programme répondra aux besoins et aux capacités des patients. Les patients suivent ces programmes à domicile après leur hospitalisation, tous les jours. Simples et sécuritaires, ils ne nécessitent qu'une chaise et un comptoir de cuisine tout au plus.

Des résultats prometteurs

Les résultats ont dépassé les attentes : les participants ont réalisé en moyenne plus de quatre séances de 20 minutes par semaine, alors que les chercheuses en espéraient trois

seulement. Ils ont augmenté leur vitesse de marche et aucune chute n'a été déclarée en lien avec le programme. Près de 90 % des professionnels en réadaptation ont trouvé le programme « pertinent » ou « très pertinent ». La plupart ont mentionné sa facilité et sa rapidité d'utilisation.

« Nous souhaitons maintenant implanter ce programme dans d'autres établissements. Nous souhaitons également évaluer son ratio coût-efficacité. Je crois que cette approche permettra de réduire grandement le nombre de ré-hospitalisations des personnes âgées, mais nous devons le mesurer concrètement. À long terme, c'est l'ensemble des personnes âgées du Québec qui devraient en profiter », conclut la kinésologue Mylène Aubertin-Leheudre.



COOK – Assistant culinaire : autonomie, qualité de vie et appétit!

Carolina Bottari est fascinée par la réalité des personnes vivant avec les séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré ou sévère. « Le cerveau présente des atteintes chroniques différentes pour chacun », explique la chercheuse de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM). Cette réalité la pousse progressivement vers la « réadaptation personnalisée », en phase avec la tendance actuelle de « médecine personnalisée ».

Cuisiner, une activité signifiante

Depuis 2013, elle participe au développement de COOK – Assistant culinaire, un assistant technologique qui aide les personnes vivant avec un TCC à se préparer des repas. Le choix de cette activité n'est pas anodin. C'est en effet le premier besoin que les personnes consultées ont nommé pour améliorer leur qualité de vie quotidienne : pouvoir apprêter et manger ce qui leur plaît au moment qui leur convient.

Concrètement, COOK, installé sur une tablette électronique, accompagne la préparation d'un repas une étape à la fois. Des systèmes de sécurité sont coordonnés par COOK pour, par

exemple, empêcher une utilisation prolongée de la cuisinière, ce qui pourrait signifier que la personne l'a oubliée. Prochainement, les proches de la personne atteinte pourront être avertis à distance de certaines activités risquées, leur permettant d'intervenir adéquatement.

Répondre aux besoins personnalisés

COOK agit comme une « béquille cognitive », comme aime l'illustrer la chercheuse. « Nous ne souhaitons pas que la technologie effectue la tâche à la place de la personne. Notre but est de bien comprendre sa réalité et d'analyser de quelle façon ses difficultés en cuisine peuvent être aplanies par des solutions technologiques. COOK se bonifie avec chaque nouvel utilisateur, car nous répondons à de nouveaux besoins personnalisés », explique M^{me} Bottari.

Ce gain en autonomie change des vies. M^{me} Bottari se réjouit entre autres du cheminement d'un homme qui vivait en

CHSLD depuis 12 ans. Il habite maintenant en résidence spécialisée et, grâce à COOK, il se cuisine lui-même jusqu'à 13 repas par semaine. Prochaine étape du projet de recherche : installer le système dans l'appartement privé d'une personne. La chercheuse tisse également des liens avec l'Ontario et avec l'Australie pour évaluer la faisabilité du projet dans d'autres réseaux de santé et services sociaux.



Favoriser le retour à domicile



Congé précoce assisté (CPA) : faire sa réadaptation intensive dans le confort de son foyer

Au Canada, plus de 50 000 personnes par année subissent un accident vasculaire cérébral (AVC). Il est important d'intervenir rapidement et avec une intensité suffisante à la suite d'un AVC afin d'optimiser la récupération. Pour atteindre l'intensité de service nécessaire, la solution était, jusqu'à récemment, d'héberger les usagers en centre hospitalier de réadaptation (CHR), même si le niveau de sévérité de l'AVC était léger ou modéré.

En novembre 2017, le CCSMTL a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour mettre en place un projet pilote conjoint avec le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui permet aux personnes ayant fait un AVC léger à modéré de recevoir leurs services de réadaptation intensive à domicile : le congé précoce assisté (CPA).

Début rapide, suivis serrés

Les services débutent à domicile dans les premières 24 à 48 heures après le congé de l'hôpital. Les patients reçoivent 3 ou 4 traitements par jour à la maison, 4 ou 5 jours par semaine, pour une durée de 4 semaines. Demeurer à domicile accélère la réintégration sociale en plus de réduire les problèmes de sommeil et de routine quotidienne, souvent mis à mal durant une hospitalisation. Une fois que cette réadaptation intensive est terminée et que les patients ont amélioré leur niveau d'autonomie, les services sont offerts en centre de réadaptation – c'est maintenant le patient qui se déplace. Le programme de CPA peut soutenir en moyenne cinq patients en même temps à domicile par semaine, soit de 50 à 60 usagers par année. Ce volume permet de libérer cinq lits en CHR pour accroître l'accès aux cas plus graves.

Développement soutenu par la recherche

Selon **Michèle Bleau**, coordonnatrice de programmes en neurologie, le réflexe de travailler avec la recherche est très développé dans les équipes de déficience physique du CCSMTL, et ce, depuis longtemps. C'est pourquoi il lui a semblé tout naturel de solliciter les chercheuses **Dahlia Kairy** et **Annie Rochette** dès le début du projet. « C'était important pour nous de développer le CPA en respect des données probantes existantes. On souhaitait aussi valider la qualité de l'implantation avec des outils de mesure valides et rigoureux. Les chercheuses sont parties prenantes du projet », explique M^{me} Bleau.

S'il s'avère concluant, le projet pourrait être progressivement implanté sur l'ensemble du territoire québécois.



Téléadaptation et CPA : étroitement liés!

Fort de ses nombreux résultats positifs, le congé précoce assisté (CPA) présente malgré tout des défis importants, tant pour les intervenants que pour les usagers : gestion des déplacements, retards, impacts sur les proches et fatigue des usagers ne sont que quelques exemples. Pour respecter l'intensité des services offerts à domicile, la téléadaptation devient un important allié du CPA!

Des approches complémentaires

La chercheuse **Dahlia Kairy**, de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal, donne quelques exemples du complément intéressant qu'offre la téléadaptation aux séances de réadaptation en personne : « Un physiothérapeute pourrait suivre la progression du programme d'exercice avec le patient. Un ergothérapeute pourrait continuer à l'observer effectuer ses tâches de la vie quotidienne pour bonifier son évaluation. Enfin, le patient peut participer à une rencontre interdisciplinaire à partir de son domicile. » Les communications se font généralement sur iPad et sont sécurisées grâce au système REACTS. REACTS est une plateforme de collaboration numérique sécurisée créée par une entreprise québécoise, qui répond aux multiples besoins de collaboration à distance des professionnels de la santé.

Plusieurs facettes à l'étude

Le projet de recherche vise à évaluer plusieurs aspects. D'abord, est-ce que la téléadaptation est une approche que le clinicien, le patient et ses proches accepteraient d'utiliser dans le contexte du CPA? Comment se déroule l'intégration de la téléadaptation dans les pratiques cliniques? Quels sont les impacts du CPA combiné avec l'usage de la téléadaptation sur la qualité de vie et la participation sociale de l'utilisateur et ses proches aidants, ainsi que sur l'organisation et l'aspect économique des services?

Les résultats pourraient servir à l'implantation du CPA incluant la téléadaptation partout au Québec. Le service de CPA avec accès à la téléadaptation pourrait être particulièrement intéressant dans des régions éloignées qui manquent de ressources spécialisées et surtout, qui ont de grands territoires à parcourir, empêchant l'offre d'une haute intensité de services.

L'innovation des chercheurs attire l'attention... et les appuis financiers!

La chercheuse **Dahlia Kairy** a obtenu un important soutien financier lors du premier concours du Fonds de soutien à l'innovation en santé et services sociaux, au printemps 2018, ce qui a permis de débiter les travaux sur l'utilisation de la téléadaptation dans le cadre du congé précoce assisté.

En avril 2019, deux autres chercheurs du CCSMTL ont obtenu un financement du même fonds, dont **Mylène Aubertin-Leheudre** et le projet PATH (à lire en page 4). **Cyril Duclos** profite également d'un soutien important pour un projet de recherche participative visant à mettre à disposition des usagers un circuit de stations de travail autonome ou semi-autonome, à réaliser seul, en groupe ou avec leurs proches, ce qui permettra de stimuler leur mobilité et leur communication.

Mobiliser les familles



Parents atteints de déficiences physiques et cognitives : entre autonomie et sécurité

Imaginez quelques instants être parent tout en ayant une déficience physique importante. S'accroupir pour donner le bain et soulever votre enfant pour le mettre dans son lit peuvent s'avérer des défis de taille...

La Clinique Parents Plus vient justement favoriser l'autonomie de ces parents, dont les enfants sont âgés de 0 à 2 ans. Les services offerts ont une portée provinciale et reposent principalement sur des visites à domicile, des services d'évaluation et de l'équipement spécialisé homologué par Santé Canada (ex. : lit Ottawa, un lit de bébé ajustable doté d'un accès latéral pour les parents en fauteuil roulant).

La sécurité des enfants d'abord

Dernièrement, la chercheuse et ergothérapeute **Carolina Bottari**, qui est impliquée dans le projet, a eu écho de certaines préoccupations

chez ses collègues de la Clinique Parents Plus : « Certains m'ont avoué être inquiets de la sécurité des jeunes enfants dont les parents sont atteints à la fois d'une déficience physique et cognitive. Est-ce qu'ils se souviendront des consignes associées à l'utilisation de l'équipement spécialisé, comme de refermer la porte du lit adapté? »

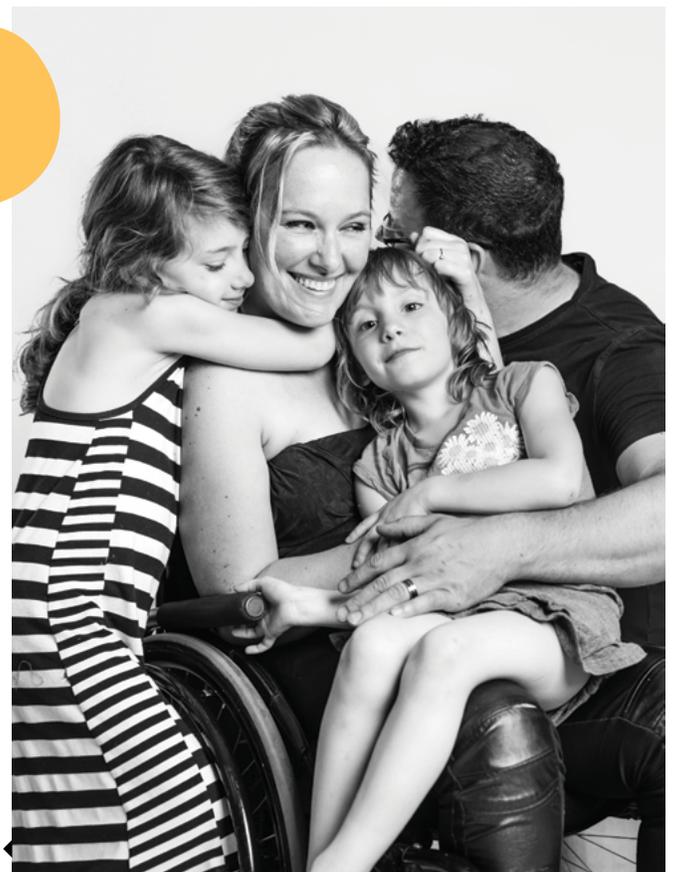
Mieux comprendre les besoins

Pour tenter de répondre à la question, M^{me} Bottari a procédé à une recherche collaborative. Elle a débuté par une évaluation de 21 parents en interaction avec leur bébé pour mieux comprendre leurs capacités et leurs besoins. « Lorsqu'un professionnel de la Clinique se rend dans la famille, il effectue des mises en situation et évalue la capacité à réaliser diverses tâches parentales, comme l'hygiène, l'alimentation, le sommeil ou les loisirs. Il mesure également

la capacité à identifier le besoin de l'enfant et les aptitudes pour y répondre. Par exemple : reconnaître que l'enfant a besoin d'un bain, planifier le matériel nécessaire pour ensuite donner le bain. »

Des outils adaptés

Ce travail vise le développement d'un instrument de mesure adapté à la réalité et aux spécificités de ces parents. « Ultiment, nous souhaitons mieux outiller les professionnels effectuant le travail d'évaluation sur le terrain, afin de bonifier les interventions. **Avoir des déficiences multiples ne devrait pas freiner le désir d'avoir des enfants.** Notre mission est donc d'accompagner ces personnes atteintes d'une double déficience, afin qu'elles assument pleinement leur rôle parental », conclut la chercheuse de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM).



Crédit : Albert Zablit

Pour plus d'information

Lisez le rapport d'ETMI accessible sur le site Web du CIUSSS
 ciuiss-centresudmtl.gouv.qc.ca > Mission universitaire >
 Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention



Enfants placés : mobiliser les parents pour favoriser la réunification



En raison de la maltraitance parentale et des graves difficultés d'adaptation qui peuvent en découler, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) peut retirer un enfant de son milieu familial et le placer dans un centre de réadaptation.

Le placement est généralement temporaire, le temps que les parents (re-)créent l'environnement familial qui assurera la sécurité et le bon développement de l'enfant. Pour y

parvenir, les intervenants proposent aux parents et à l'enfant différentes interventions spécialisées et personnalisées à leurs besoins. Mais comment mobiliser les parents dans ces interventions?

Pour tenter d'y répondre, une équipe de collaboratrices de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (**Christine Maltais, Chantale Cyr et Geneviève Parent**) a analysé et synthétisé les connaissances scientifiques sur le sujet. Cette démarche, aussi appelée évaluation

des technologies et des modes d'intervention (ETMI), visait plus précisément à effectuer une revue systématique de la littérature et à mener une série de méta-analyses à partir des études recensées. L'objectif : identifier les interventions les plus efficaces pour mobiliser les parents d'enfants en situation de placement et ainsi réunifier l'enfant et sa famille.

L'ETMI a identifié huit interventions efficaces en ce sens. Bien qu'elles soient assez différentes les unes des autres (ex. : séances de médiation, programme de développement des habiletés parentales), celles-ci ont le point commun de mobiliser les parents dans l'intervention. Parmi ces huit interventions, ce sont celles de type familial (activités qui incluent à la fois l'enfant et le parent) qui stimulent le plus l'engagement des parents. De plus, les parents qui participent aux interventions efficaces pour les mobiliser ont 2,5 fois plus de chance de voir leur famille réunifiée que ceux ayant reçu les services habituels.

Bien que les connaissances scientifiques sur la mobilisation parentale et la réunification familiale soient encore à développer, cette ETMI rappelle l'importance de miser sur des interventions qui ciblent les interactions parent-enfant pendant le placement. Il s'agit d'une caractéristique-clé pour favoriser l'engagement des parents et ultimement, la réunification familiale.



Le placement le plus court a-t-il le moins d'impact?

Dans leurs approches d'interventions auprès des familles et des enfants, les intervenants ont le souci d'être le moins intrusifs possible. En effet, l'action parfois inévitable de retirer un enfant pour le placer dans un autre milieu de vie constitue un bouleversement pour la famille. C'est pourquoi les placements courts sont parfois favorisés. **Sophie Hébert**, chercheuse d'établissement à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), a voulu vérifier si les placements courts étaient gages d'une plus grande stabilité familiale, ce qui demeure toujours l'objectif premier des intervenants.

Après une analyse des trajectoires de placements chez tous les enfants du Québec, un constat a pu être dégagé. Les placements les plus courts (de 1 à 5 jours) sont les plus susceptibles de mener à un remplacement à la suite de la réunification familiale, même jusqu'à 3 ans après le retour de l'enfant dans sa famille. Ce résultat semble donc aller à l'encontre de la volonté initiale des intervenants.

Est-ce à dire qu'on devrait privilégier des placements plus longs? La chercheuse Sophie Hébert commente ce résultat : « Non! J'interprète plutôt ce résultat comme un indicateur qu'il faut demeurer vigilant à ce que la réunification familiale, lorsqu'elle survient, soit solide et à long terme. Bien que la situation de risque imminent semble

se résorber rapidement, le placement très court résulte parfois de l'aggravation d'une situation pré-existante. »

D'autres recherches de M^{me} Hébert sur les trajectoires de placements l'amènent à avancer que ce ne sont pas tous les placements qui sont problématiques dans le cheminement d'un enfant et de sa famille, qu'ils soient courts ou plus longs. Ses travaux font ressortir que c'est souvent l'accumulation de placements et de remplacements qui devient problématique. Elle souhaite sensibiliser les intervenants à l'importance de rester à l'affût des risques de remplacement lors d'une réunification familiale, surtout pour les enfants qui ont été placés pour une durée très courte.

Des lieux de vie contraignants



Jeunes contrevenants entre les murs : la réhabilitation en tensions

Depuis 2015, **Nicolas Sallée**, chercheur et directeur scientifique du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), s'intéresse aux pratiques d'accompagnement des jeunes contrevenants au Québec, mises en tension entre une mission de réhabilitation et une mission de sécurité publique. Il s'est notamment intéressé au fonctionnement des unités dites de « garde fermée » de l'établissement de Cité des Prairies à Montréal. Ces unités accueillent des jeunes garçons soumis à la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA). Elles ont des conditions restrictives (portes des chambres et de l'unité barrées, cour grillagée, etc.) qui pèsent sur les pratiques d'intervention autant que sur les expériences des intervenants et des jeunes.

Une méthodologie en deux temps

D'abord, M. Sallée a replacé ces unités dans leur contexte historique. Pour ce faire, il a consulté des documents d'archives et réalisé des entrevues auprès d'anciens employés de l'établissement, fondé en 1963 et vite accusé d'être une « prison d'enfants ». Ensuite, le chercheur a eu recours à une analyse ethnographique : « Sur une période de deux mois et demi, je me suis rendu dans une unité à raison d'une à deux fois par semaine, pour observer ce qu'il s'y vivait », explique M. Sallée.

Or, le chercheur a pu constater la présence de tensions. Elles se révèlent notamment dans les pratiques de « retrait », quand un jeune ayant enfreint le code de vie de l'unité est invité à se retirer dans sa chambre ou dans celle d'une unité dédiée à cet effet.

Renforcer les comportements pro-sociaux

La recherche a soulevé plusieurs enjeux autour de ces mesures de retrait, en particulier son rapprochement avec la pratique de l'isolement, strictement encadrée par la loi : « Pour l'ensemble des acteurs de l'établissement, l'objectif est de faire du « retrait » une mesure de réhabilitation, ce qui ne va jamais vraiment de soi, comme en attestent les nombreux débats entre éducateurs eux-mêmes », explique M. Sallée. Comme alternative au retrait, l'établissement cherche à valoriser des pratiques positives telles que l'octroi de privilèges. L'idée est de renforcer les comportements pro-sociaux plutôt que de sanctionner les comportements anti-sociaux. « Mais cela ne supprime pas les tensions quand la « sanction » revient à suspendre le privilège », nuance M. Sallée.

Le but de ces recherches? M. Sallée adopte une posture critique et constructive : « Mes recherches mettent en évidence les tensions inhérentes aux pratiques d'intervention, pour



Porte de chambre d'une unité de garde fermée
Crédit photo : Nicolas Sallée et Anaïs Tschanz

inviter les institutions et les intervenants à questionner leurs habitudes de travail. C'est pour défendre le projet de réhabilitation auquel tout le monde est attaché qu'il faut en souligner les défis et les angles morts. »



Un nouveau milieu de vie conçu par et pour les adolescentes

En novembre dernier, la Direction du programme jeunesse a mis sur pied son nouveau projet : le Foyer 1^{er} avenue. Il s'agit d'un logement dont la configuration et l'aménagement ont été déterminés avec et pour ses occupantes : des jeunes adolescentes de 12 à 17 ans placées sous la protection de la jeunesse.

« Au lieu d'aller en centre jeunesse traditionnel ou dans un centre de réadaptation, ces jeunes filles cohabitent dans un milieu de vie « normal », au sein de la communauté, tout en étant encadrées par des intervenants. Elles exercent un choix sur leur environnement, mais aussi sur les interventions à leur égard.

Je pense entre autres au remplacement du système d'échelons avec privilèges par des défis précis et personnalisés », explique **Stéphanie Guillemette**, leader du projet et chef de service à la Direction adjointe programme jeunesse santé mentale, réadaptation enfants et adolescentes.

L'importance de la recherche

M^{me} Guillemette a rapidement considéré la recherche comme nécessaire au bon déroulement du projet. C'est ainsi que M^{me} **Sophie Hébert**, chercheuse à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), s'est jointe à l'équipe. « Pour l'instant, nous avons procédé à une recension d'écrits. L'idée était d'explorer l'approche communautaire, qui s'appuie sur le pouvoir des personnes et leur volonté de répondre à leurs propres besoins. Cette philosophie peut inspirer différents modes d'interventions », précise M^{me} Hébert.

Repenser les interventions

Le caractère novateur du projet nécessite de repenser les interventions, de les adapter. « Dans une deuxième phase du projet, nous désirons guider les intervenants dans une

posture d'intervention inspirée de l'approche communautaire (ex. : pouvoir d'agir), en y intégrant le concept de sensibilité aux traumatismes pour assurer un équilibre avec le mandat de protection du foyer. Au fil du temps, les interventions se peaufineront par la co-construction », soutient M^{me} Hébert.

Retombées positives espérées

Quant aux retombées espérées, M^{mes} Guillemette et Hébert sont optimistes. Tissage de liens, construction d'un réseau, autonomisation, augmentation de la confiance en soi : elles s'attendent à ce que le projet Foyer 1^{er} avenue ait un impact à long terme sur la vie de ces jeunes filles, incluant leur transition à la vie adulte.

Pour plus d'information

Téléchargez plusieurs outils d'intervention auprès de la clientèle DI-TSA en lien avec la judiciarisation.

Les éléments répertoriés concernent les témoins, les victimes et les contrevenants, et couvrent l'ensemble des étapes du processus judiciaire : repertoire.gouellet.net



Encadrer l'encadrement intensif

Depuis 2007, la loi permet de recourir temporairement à l'encadrement intensif lorsqu'un enfant ou un adolescent hébergé en centre de réadaptation présente un comportement jugé dangereux pour lui-même ou pour autrui. L'encadrement intensif implique de restreindre la liberté du jeune par du contrôle continu (ex. : porte verrouillée, restriction dans les déplacements, surveillance constante).

Les intervenants évaluent, selon plusieurs critères (ex. : gravité, intensité, dangerosité et récurrence des comportements), si un jeune doit être placé en unité d'encadrement intensif. Mais selon **Denis Lafortune**, chercheur et directeur scientifique de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), cette évaluation peut varier d'un intervenant à l'autre : « Nous avons entre

autres remarqué que les intervenants ont différentes conceptions du risque, ce qui engendre une variation quant à l'application des mesures d'encadrement intensif. »

Création d'une grille d'évaluation

« Pour assurer une évaluation uniforme d'un centre jeunesse à un autre, nous avons développé une grille d'évaluation visant à outiller les intervenants dans leur prise de décision », explique M. Lafortune.

La grille s'est façonnée sur une période de plus de 10 ans. La septième et dernière version de la grille d'évaluation comprend six sections : une appréciation des motifs raisonnables de croire que le jeune présente un risque de fugue, un inventaire des facteurs de vulnérabilité (danger pour soi) et de risque qu'il représente pour autrui (ex. : pourrait agresser quelqu'un), une évaluation de six comportements ciblés (ex. : fugues, consommation à caractère autodestructeur, actes violents), un historique des placements

et deux tableaux synthèses servant d'appui à la décision clinique. Un glossaire accompagne la grille, tandis qu'un système de « feux » (vert, jaune et rouge) a été retenu pour signaler le degré de danger ou d'urgence.

Importance de la réévaluation

Au sujet de l'encadrement intensif, M. Lafortune est clair : « Il doit porter le moins possible atteinte à la liberté du jeune et prendre fin dès que disparaissent les motifs qui l'ont justifié. » Pour ces raisons, la réévaluation et la décision de mettre fin à l'hébergement en encadrement intensif sont très importantes, et doivent notamment inclure l'atteinte des objectifs fixés durant le séjour et le nouveau degré de réceptivité du jeune : « À l'avenir, nous voulons continuer à outiller les intervenants, entre autres par le développement de nouveaux instruments permettant d'évaluer la pertinence du maintien en encadrement intensif », conclut M. Lafortune.



Judiciarisation en DI-TSA : la nécessité d'adapter les interventions

Depuis sa fondation en 1986, la maison L'Intervalle était une ressource intermédiaire spécialisée et mandatée, par les services correctionnels, pour assurer le suivi dans la communauté de personnes judiciarisées composant avec des problèmes graves et persistants sur le plan de la santé mentale. Accompagnée de **Guillaume Ouellet**, chercheur d'établissement au CREMIS, l'équipe travaille actuellement à étendre son offre de services aux personnes composant avec une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et faisant l'objet de mesures d'encadrement correctionnel.

Réduction des méfaits

Dans le contexte d'intervention en DI-TSA, le principe de base prôné par L'Intervalle est celui de la réduction des méfaits. Suivant ce principe, le suivi communautaire favorise le maintien dans la communauté plutôt que l'application de mesures coercitives (ex. : incarcération). En effet, dans plusieurs cas, ces mesures n'auraient pas de sens pour les personnes impliquées.

L'équipe use ainsi de son jugement clinique afin d'évaluer la pertinence de signaler un bris de condition qui conduirait à un nouvel épisode de judiciarisation.

Par exemple, ne pas se présenter ou se présenter en retard à un rendez-vous de suivi peut être signalé comme un bris de condition. Mais si la personne n'a pas la même conscience du temps et de l'espace et rate systématiquement sa rencontre de suivi, doit-on noter ces bris? Pour éviter de placer, d'entrée de jeu, la personne en situation d'échec, l'agente se déplace maintenant à domicile, à l'école ou sur les lieux d'activités où se trouve la personne. On évite ainsi un nombre significatif de situations qui auraient conduit à des bris.

« Mon rôle, comme chercheur, est d'offrir un accompagnement à l'équipe de L'Intervalle pour les aider à formaliser une pratique de suivi adaptée. Sur une base mensuelle, je rencontre l'équipe d'intervenants pour documenter leur approche et les principes qui guident leur pratique. Au terme de

l'accompagnement-recherche, nous pourrions décrire la spécificité de cette pratique et ses effets sur le maintien en communauté des personnes. À ma connaissance, il s'agit du seul programme de suivi probatoire spécifiquement dédié en DI-TSA au monde », résume M. Ouellet.

Éventuellement, serait-il possible d'appliquer ce modèle novateur dans une autre ressource de suivi communautaire, ou d'ouvrir plus de places dédiées à L'Intervalle? « Oui sans doute, les besoins sont criants! Pour l'instant, L'Intervalle a une capacité d'accueil de 15 places et la demande sur l'île de Montréal se chiffre davantage autour de 60. En ce qui concerne l'application de la pratique ailleurs, il faut prendre en compte que ce qui fonctionne pour un milieu urbain avec une clientèle précise peut différer dans une autre région. Il faut savoir s'adapter à la réalité locale, mais il y a tout lieu de croire que ce type de pratique pourrait être adopté par plusieurs agents de suivi qui se sentent démunis devant ces personnes », conclut le chercheur.

Un chez-soi pour tous?



Soins aigus à domicile : un stage unique au Québec

Emmanuelle Bellemare termine sa 3^e année d'études en soins infirmiers à l'Université McGill. De septembre à décembre 2018, elle faisait un stage en soins à domicile (SAD) aigus au CCSMTL dans un environnement nouveau pour elle : le domicile des patients. Elle nous partage ses constats.

Depuis des dizaines d'années, les soins infirmiers et médicaux aigus sont offerts en milieu hospitalier. L'usager est dirigé d'expert en expert au fil de longs corridors, de façon directive et insécurisante. Il évolue sur le territoire du professionnel, un lieu construit pour donner des soins efficaces. On est habitué à cette dynamique relationnelle quand on se présente dans un hôpital : professionnel expert, patient passif.

M^{me} Bellemare a constaté un changement de cette dynamique au cours de ses interventions à domicile : « On évolue ensemble sur leur territoire à eux! Ils sont plus à l'aise et confiants, ils prennent plus leur place dans l'échange. Je les ai sentis plus engagés dans leurs traitements. On se rapproche de la notion de patient-partenaire. Le partage du pouvoir de décision assure de

meilleurs résultats. » La future infirmière raconte qu'il lui arrivait de demander au patient ce qu'il souhaitait accomplir dans la journée afin de l'intégrer à son plan de traitement.

D'ailleurs, le lieu de vie du patient en dit long sur les ressources dont il dispose, et peut influencer l'élaboration du plan de traitement. « On constate, par exemple, la capacité d'organisation de la personne. Parfois, quand on soigne à l'hôpital, on demande à la personne d'effectuer des tâches à domicile pour favoriser sa guérison. En visitant le domicile, on comprend mieux pourquoi la personne n'est pas en mesure de suivre le plan de traitement initial. D'un autre côté, on a plus d'information à notre disposition pour l'adapter et maximiser les chances qu'il soit suivi. Il nous arrive aussi de proposer un autre service du CLSC », affirme-t-elle.

Est-ce que son stage l'a convaincue de pratiquer en SAD aigus à la fin de ses études? « Je sens que j'ai besoin d'acquérir plus d'expérience avant d'assumer ce niveau élevé d'autonomie, mais peut-être que j'y reviendrai, oui! », conclut-elle.

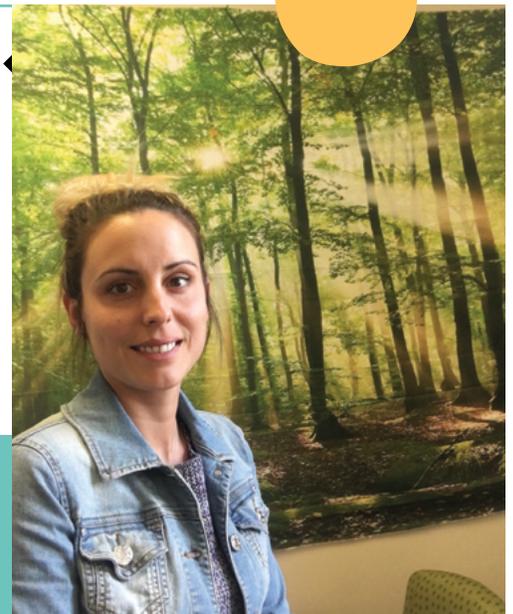
Un projet pilote prometteur

Le soutien à domicile aigu est un service d'évaluation rapide et de suivi clinique intensif à domicile. Il vise à diminuer les visites à l'urgence ou l'hospitalisation. Il s'adresse à une clientèle âgée ou en perte d'autonomie de Verdun – Ville-Émard/Côte-Saint-Paul – Saint-Henri. Les suivis les plus fréquents portent sur l'aggravation des symptômes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et d'insuffisances cardiaques, les infections urinaires et les cellulites. Le médecin de l'équipe prescrit par téléphone le traitement selon l'évaluation clinique de l'infirmière et se déplace au domicile, au besoin. Le programme a permis des économies de 1 M\$ en deux ans.



Pour des stratégies efficaces et innovantes

Depuis ses débuts en psychoéducation, **Chloé Legault-Léautier** a le souci de joindre la théorie à la pratique. Dernièrement, à titre de psychoéducatrice au Programme réadaptation déficience intellectuelle 0-100 ans au CCSMTL, M^{me} Legault-Léautier a collaboré à la modélisation du programme DEM (à lire ci-contre) ainsi qu'à l'évaluation de son implantation : « La mise en commun des savoirs théoriques et du vécu expérientiel ont favorisé le développement de stratégies efficaces et innovantes. De plus, j'ai pu garder en tête les objectifs du programme et adapter ma pratique aux résultats de la recherche ». Et pourquoi valorise-t-elle autant la collaboration recherche-pratique? « Parce que cela permet de mieux répondre aux besoins, de développer la recherche scientifique et de favoriser le transfert de connaissances », conclut M^{me} Legault-Léautier.



Pour plus d'information

Voyez le dossier web multimédia et la programmation de six webinaires accessibles sur le site Web du CREMIS : <http://tiny.cc/fqnz5y>



L'accompagnement résidentiel de populations diverses en situation d'itinérance (ou à risque de l'être)

Comment penser l'accompagnement résidentiel de diverses populations en situation d'itinérance ou à risque de l'être? Comment intégrer les savoirs d'expériences des personnes accompagnées et accompagnatrices et les approches prometteuses développées à travers le Québec depuis plusieurs années?

C'est le mandat que le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié au CREMIS dans la foulée du déploiement de l'approche Stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA).

Financé par Emploi et Développement social Canada, le projet SRA-Québec avait pour objectifs de développer une approche de stabilité résidentielle avec accompagnement adaptée au contexte québécois et de soutenir le développement des connaissances des prestataires de services en accompagnement résidentiel.

Pour réaliser son mandat, le CREMIS pouvait s'appuyer sur des expériences fortes en matière de recherche et de concertation sur le thème de l'itinérance, notamment l'organisation du

Colloque national sur l'itinérance en 2017 et la participation de ses membres au projet Chez-Soi à Montréal entre 2009 et 2013.

Ainsi, dans un esprit de non hiérarchisation des savoirs propre à l'approche du CREMIS, l'équipe SRA-Québec, composée de deux chercheurs et de trois professionnelles de recherche, est partie à la rencontre de personnes qui reçoivent de l'accompagnement résidentiel ainsi que d'intervenants et gestionnaires impliqués auprès d'elles. Différentes activités ont été réalisées dans neuf régions du Québec dont un sondage en ligne, des rencontres individuelles et des discussions de groupe ainsi qu'une co-formation nationale à Montréal.

Ces démarches ont permis de mieux comprendre les réalités des personnes accompagnées et accompagnatrices, articulées autour de cinq dimensions : le logement, l'état de santé, les relations sociales, l'autonomie et le rapport au temps. Elles ont aussi permis à l'équipe de formuler six principes au cœur d'une approche intégrée en accompagnement résidentiel au Québec.



Programme DEM : pour une intégration positive et durable de personnes avec une DI

Dans la foulée des grands mouvements de désinstitutionnalisation qui visaient à maintenir les patients dans la collectivité, bon nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ont trouvé un milieu de vie plus normalisant. Toutefois, d'autres rencontrent toujours d'importantes difficultés d'intégration. Depuis le milieu des années 2000 à Montréal, les meilleures stratégies d'action ont fait l'objet de réflexions pour offrir un milieu de vie intégré dans la communauté à des personnes ayant une DI, des troubles graves du comportement (TGC) et des dysfonctions exécutives majeures (DEM), souvent associées aux difficultés à réguler émotions et comportements.

C'est dans ce contexte qu'émerge en 2015 une collaboration recherche-pratique autour du programme DEM, un programme spécialisé d'intégration communautaire positive et durable. Cette collaboration, portée par les

programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA et DP) du CCSMTL, a réuni cliniciens et gestionnaires de trois CIUSSS (Est-de-l'Île-de-Montréal, Mauricie-et-Centre-du-Québec et Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal) dans le cadre d'une recherche évaluative menée par **Daphné Morin** et **Anne-Marie Ouimet**, de l'équipe spécialisées en DI-TSA.

Compagnonnage

La réalisation du programme DEM fait appel à un complexe travail de coordination autour de deux moments clés : la sortie de l'institution psychiatrique et l'entrée dans une ressource d'hébergement. Ce travail est porté par la figure du compagnon, ici une psychoéducatrice, qui constitue la réelle innovation du Programme DEM. En effet, la pratique de compagnonnage permet, en premier lieu, d'accompagner le

participant tout au long de ces processus de transition. Mais plus encore, elle agit comme liant nécessaire entre les différentes parties prenantes (ex. : institution psychiatrique, ressource d'hébergement, gestionnaires et professionnels des milieux de soins concernés en DI-TSA, voisinage, petits commerces, police, etc.) en facilitant le travail intersectoriel afin d'assurer une réelle continuité des soins et services à ces personnes qui, tout au long de leur vie, en auront nécessairement besoin.

Cette étude évaluative s'est appuyée sur une démarche originale d'accompagnement qui a permis de modéliser le programme DEM et d'y apporter les ajustements nécessaires au fur et à mesure de son implantation. Elle a aussi produit une série de recommandations destinées aux équipes porteuses des programmes DI-TSA et DP au Québec.

Un chez-soi pour tous?

Pour plus d'information
Guide médical en soins de longue durée
www.mdsld.ca



D^{re} Nathalie Champoux transmet sa passion des soins en CHSLD

Au bout du fil, on entend le sourire dans la voix douce de la **D^{re} Nathalie Champoux**, omnipraticienne et chercheuse à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). D'entrée de jeu, elle ne tarit pas d'éloges quant à sa pratique en CHSLD, un lieu de vie unique : « C'est un privilège de travailler dans l'intimité des gens. Certaines familles personnalisent beaucoup la chambre, ce qui me donne accès à des bribes de leur vie passée. Ils en font leur chez-eux », se réjouit-elle.

Depuis plusieurs années, elle s'est trouvé une mission personnelle : « C'est fondamental pour moi : les personnes âgées méritent la même qualité de soins en CHSLD, peu importe l'endroit où elles résident en province. L'IUGM, comme chef de file en soins aux personnes âgées, se doit de transmettre les meilleures connaissances, pour le mieux-être de tous les aînés », affirme la médecin de famille.

Un milieu à apprivoiser

Elle se réjouit d'avoir contribué, avec plusieurs collègues, au développement de la formation médicale en gériatrie. « Quand ils découvrent la richesse de la pratique en gériatrie et en CHSLD, plusieurs étudiants révisent leur premier jugement, qui est bien souvent négatif », s'amuse-t-elle. Elle a d'abord proposé des stages



D^{re} Nathalie Champoux, omnipraticienne à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Guide médical en soins de longue durée

Aperçu des chapitres en ligne

Pharmacologie

- Adapter les soins pharmacologiques aux besoins des résidents
- Arrêt et sevrage des médicaments
- Effets indésirables des médicaments

Troubles cognitifs

- Diagnostic et traitement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en CHSLD
- Évolution et suivi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en CHSLD
- Les SCPD : symptômes spécifiques
- Les SCPD : évaluation et prise en charge globale
- Soins de fin de vie dans la démence avancée

Soins spécialisés

- L'incontinence urinaire – étiologie et traitement en soins de longue durée
- Les problèmes visuels en soins de longue durée
- Les troubles du mouvement en CHSLD
- Dermatologie médicale en soins de longue durée
- Pathologies dermatologiques complexes de la personne âgée

Aspects généraux des soins et organisation de la pratique

- Établir un niveau de soins et l'utiliser de manière appropriée
- Déontologie médicale en soins de longue durée
- La supervision clinique en soins de longue durée : comment profiter pleinement d'un environnement riche en occasions d'apprentissage

optionnels à l'IUGM au début des années 2000. Quelques années plus tard, ces stages en CHSLD sont devenus obligatoires dans le cursus médical. D^{re} Champoux a également fait revivre le Programme avancé en soins aux personnes âgées, une année supplémentaire de formation.

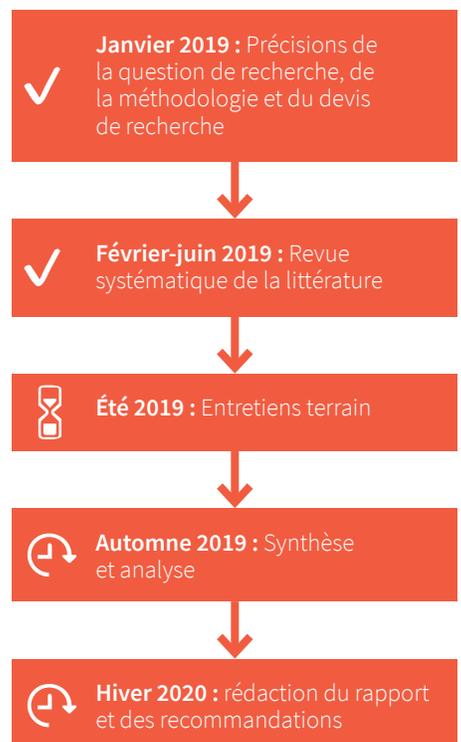
Elle s'engage actuellement dans les activités interdisciplinaires supervisées, qui stimulent les étudiants à travailler ensemble lors de leur stage à l'IUGM.

Une expertise à partager

Consciente que les médecins pratiquant en région sont souvent seuls en CHSLD, la D^{re} Champoux leur offre un soutien virtuel avec le Guide médical en soins de longue durée. Ce guide présente des ressources, les meilleures pratiques et connaissances ainsi que des outils issus de données probantes sur plusieurs sujets en soins de longue durée. Depuis 2010, cette leader tranquille a su mobiliser une quinzaine de médecins et professionnels de la santé qui ont rédigé un ou des chapitres de façon bénévole.

Avis aux intéressés : la porte est ouverte à tout expert intéressé à contribuer à ce magnifique projet de diffusion des connaissances au bénéfice des personnes parmi les plus vulnérables de notre société!

ETMI, TCC, TGC, TUS : calendrier de travail prévu





Consommation dans les unités de réadaptation en centre jeunesse : recenser les pratiques pour mieux intervenir

Plusieurs adolescents hébergés en unités de réadaptation sont très à risque de développer une consommation problématique de substances psychoactives (substances qui agissent sur le cerveau comme le tabac, l'alcool, la cocaïne et le cannabis). Interpellés par la situation, une équipe de chercheurs de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) a mis sur pied un projet de recherche visant à recenser les meilleures pratiques en matière de prévention de la consommation problématique, qui serviront ultimement à mieux outiller les intervenants.

« À l'automne 2018, nous avons fouillé la littérature à la recherche des meilleures pratiques, particulièrement celles utilisées dans un contexte d'hébergement de groupe. Nous avons toutefois réalisé qu'il y avait très peu de données portant précisément sur le sujet pour cette population », explique **Laurence D'Arcy**, chargée de projet spécialisée en dépendances à l'IUD.

Tournée provinciale

La deuxième phase de la recherche consiste en une cueillette des pratiques réalisées dans les unités de réadaptation des centres jeunesse québécois : « Nous sommes en train de compléter une tournée provinciale qui touche toutes les régions du Québec incluant les communautés autochtones. De façon générale, nous nous rendons dans les unités pour mener des entrevues avec les gestionnaires et les intervenants. Nous tentons de documenter les pratiques tout en nous intéressant au contexte. Celui-ci varie selon la région, mais aussi selon le type d'unité visitée », détaille M^{me} D'Arcy.

Identifier les points communs

Dans les prochains mois, les chercheurs tenteront de faire un portrait des pratiques et contextes recueillis, en identifiant les points communs et les spécificités régionales dans l'objectif d'émettre des recommandations.

« Nous pouvons déjà observer des tendances communes. La clientèle présente de plus en plus de trouble mentaux. On remarque aussi une forme de trafic de la médication psychiatrique qui s'opère entre les jeunes. Il est donc important que les pratiques de prévention s'attardent à ce phénomène répandu », soutient M^{me} D'Arcy.

Pour diffuser les résultats du projet et favoriser le partage de pratiques et d'outils entre les intervenants à travers le Québec, M^{me} D'Arcy évoque la mise sur pied d'une journée provinciale. Celle-ci réunirait toutes les personnes interrogées dans le projet et aurait lieu au cours de la prochaine année.



ETMI, TCC, TGC, TUS : questions complexes, réponses complètes!

ETMI, TCC, TGC, TUS : autant d'acronymes qui complexifient gravement notre compréhension... et les interventions! Précisions.

Geneviève Thibault travaille au sein d'une équipe surspécialisée pour intervenir auprès des personnes souffrant d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC), accompagné d'un trouble grave du comportement (TGC). Elle est appelée à donner de la formation ou à répondre aux questions des intervenants de l'ouest du Québec. Une préoccupation revient régulièrement : comment intervenir auprès des personnes ayant un TCC accompagné d'un TGC et qui ont aussi un trouble d'utilisation de substances (TUS)?

« Ces personnes seront hébergées de nombreuses années dans nos installations. Leur consommation nuit à leur participation sociale, mais elles ne veulent pas arrêter, et c'est leur droit. Comment les accompagner dans cette réalité, à long terme? C'est le défi que doivent relever les équipes! », explique M^{me} Thibault.

« Nous avons entamé des démarches pour nous renseigner, mais comme cette question croise deux mondes, soient la déficience physique et la dépendance, beaucoup de questions demeuraient sans réponse. Nous avons donc soumis notre problème à l'unité d'évaluation des technologies et méthodes d'intervention, l'UETMI. Ce fut notre meilleure décision! », s'enthousiasme Geneviève Thibault.

Un processus d'ETMI vise à rassembler toute l'information scientifique disponible à propos d'un sujet. Des entretiens avec des équipes du terrain pour documenter leur expérience sont également réalisés. Les recommandations issues des ETMI, adaptées à la réalité clinique du CCSMTL, constituent une assurance que les efforts sont investis judicieusement et de manière pertinente.

« S'il existe de l'information à ce sujet quelque part dans le monde, l'équipe d'ETMI va la trouver, j'en suis convaincue! De notre côté,

la démarche est très enrichissante, car nous devons bien cerner notre préoccupation clinique pour être en mesure de la transformer en question décisionnelle. L'équipe d'ETMI fait le travail de recherche rigoureux et exhaustif que nous n'avons pas le temps de faire comme clinicien », résume M^{me} Thibault. Elle se réjouit également de collaborer avec la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, la Direction Programmes DI-TSA et DP et la Direction Programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Une grande inconnue demeure : quelles seront les données trouvées dans la littérature scientifique? M^{me} Thibault et son équipe clinique s'emploieront ensuite à transformer les recommandations scientifiques en actions concrètes pour les intervenants de première ligne auprès de la clientèle TCC-TGC-TUS.

Un chez-soi pour tous?



Déficiences intellectuelles : lier l'espace familial à l'intégration sociale

Par les milieux de vie qu'ils habitent et leurs activités quotidiennes (ex. : se rendre au travail, se promener au parc ou au centre commercial), les adultes présentant une déficience intellectuelle (DI) entretiennent leur propre rapport à l'espace urbain, comme tous les Montréalais. Mais comment ces personnes habitent-elles leur quartier? Quel rapport ont-elles avec l'espace qui leur est familier? Est-ce que cela pourrait influencer leur intégration sociale?

Lisandre Labrecque-Lebeau, chercheuse au CREMIS, s'est intéressée au rapport à l'espace familial des personnes adultes présentant une DI et étant usagères des services de réadaptation du Programme DI-TSA du CCSMTL. Plus exactement, elle a étudié les liens entre espace et quotidienneté.

Cartographie

« Pour examiner la question, nous avons notamment opté pour un angle géographique. L'Institut national de recherche scientifique (INRS), qui a mené la première phase du projet, a utilisé des cartes géographiques de la ville pour localiser les lieux de résidence des adultes présentant une DI, illustrer leur répartition sur l'île de Montréal et dépeindre les conditions socioéconomiques des quartiers concernés », détaille Mme Labrecque-Lebeau. Ces analyses spatiales ont fait émerger plusieurs constats,

comme une concentration de ces personnes dans l'est de la ville et une défavorisation matérielle préoccupante pour 50 % d'entre elles.

« Prendre une marche »

La deuxième phase de cette étude se déroulera l'été prochain et donnera la parole à ces personnes. « Nous prévoyons les accompagner dans leurs déplacements quotidiens typiques, et simplement discuter avec elles. Nous observerons les lieux qu'elles fréquentent ainsi que leur intégration spatiale et sociale. Cette démarche est novatrice, car nous passerons du temps avec elles, en déplacement dans l'espace, sans avoir recours à une entrevue très structurée ou à un intermédiaire », soutient M^{me} Labrecque-Lebeau.

Au-delà de la proximité

La chercheuse se montre enthousiaste quant aux résultats attendus : « Notre prémisse est que l'intégration spatiale constitue, pour les personnes présentant une DI, une dimension importante de l'intégration sociale. Comme ces personnes habitent des quartiers parfois excentrés, nous croyons aussi que le transport jouera un rôle important dans leur sociabilité. Cela risque de redéfinir de manière plus large l'espace familial, que l'on associe généralement à l'espace situé près de chez soi. »



Demeurons en lien!

Mission universitaire du CCSMTL

📧 Abonnez-vous à la version électronique du MU360 :
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/mission-universitaire/bulletin-mu360

🌐 Suivez la vitrine Enseignement et recherche du CCSMTL sur LinkedIn

Institut universitaire sur les dépendances

📺 iud.quebec

Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

📺 criugm.qc.ca

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales

📺 cremis.ca

Institut universitaire Jeunes en difficulté

iujd.ca

Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal

iurdpm.ca



Quelques acronymes utiles pour nous y retrouver...

DI

Déficience intellectuelle

TSA

Trouble du spectre de l'autisme

DP

Déficience physique

CHSLD

Centre d'hébergement et de soins de longue durée

RAC

Résidence à assistance continue

RI

Ressource intermédiaire

IUD

Institut universitaire sur les dépendances

IUJD

Institut universitaire Jeunes en difficulté

IURDPM

Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal

CRIUGM

Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

CREMIS

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté

CCSMTL

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

MU360 : pourquoi ce nom ?

Le **MU360** vise à présenter un tour complet de la **Mission Universitaire** (un regard à **360°**) du **CCSMTL**. Ce numéro est dédié entièrement aux activités de la mission universitaire liées au thème des lieux de vie. Les instituts universitaires, le centre affilié universitaire ainsi que plusieurs directions cliniques ont collaboré à la préparation de ce numéro.

Membres du comité de rédaction

Rédacteurs en chef invités

Nicolas Sallée, directeur scientifique, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS); professeur agrégé, Département de sociologie, Université de Montréal

Carla Vandoni, directrice, programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA et DP)

Comité de direction DEUR

Annie-Kim Gilbert, directrice, Direction de l'enseignement universitaire et recherche (DEUR)

Marise Guindon, directrice adjointe, Recherche, développement et transfert des connaissances, DEUR

Frédérique Laurier, directrice adjointe, Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR

Coordonnatrice de projet

Geneviève Desrosiers, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) en diffusion des connaissances, DEUR

Rédactrice

Elisabeth Brisset des Nos, APPR, DEUR

Collaborateurs au contenu

Geneviève Baril, chef de service, IURDPM

Corinne Benquet, chef de service, CRIUGM

Laurence d'Arcy, APPR, IUD

Marie-Annick Guénette, directrice adjointe, continuum des services de réadaptation en milieu de vie substitués, Direction programmes DI-TSA et DP

D^r David Kaiser, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Direction régionale de santé publique

Marie-Thérèse Laramée, coordonnatrice de recherche, IURDPM

Elisabeth Lesieux, coordonnatrice de recherche, IUJD

Daphné Morin, chef de service, CREMIS

Céline Ouellette, chef de service, IUJD

Marie-Claude Roussin, chef de service, bibliothèque, centres de documentation et soutien aux activités d'enseignement universitaire

Vanessa Simic, chef de service par intérim, IUD

Bonnie Swaine, codirectrice scientifique, IURDPM

Les six dimensions de la mission universitaire

1 Former la relève Enseignement

Notre solide infrastructure de recrutement, d'accueil et d'orientation des étudiants facilite le passage des stagiaires dans les équipes cliniques et administratives du CCSMTL. Conjuguant savoirs, savoir-faire et savoir-être, le CIUSSS est fier de collaborer avec des maisons d'enseignement reconnues pour former une relève centrée sur l'humain.

2 Co-construire et découvrir Recherche

Cette importante concentration scientifique influence et enrichit la vie de notre organisation, notamment grâce à la tenue de nombreux projets de recherche. Qu'ils soient chercheurs universitaires, chercheurs d'établissement ou cliniciens-chercheurs, nos experts favorisent le développement des connaissances avec les praticiens. Ils contribuent à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des pratiques cliniques et de gestion.

3 Développer des soins et services innovants Pratiques de pointe

Arrimer les équipes de soins avec les chercheurs pour combiner l'évaluation à l'innovation et à l'implantation... les pratiques de pointe proposent des solutions rigoureuses, applicables et exportables pour mieux répondre aux besoins de la population.

4 Prendre des décisions éclairées Évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI)

Les ETMI facilitent la prise de décisions éclairées. Ces portraits à 360 degrés des enjeux médicaux, sociaux, économiques et éthiques liés à l'utilisation d'une technologie ou d'un mode d'intervention sont le fruit d'un processus multidisciplinaire. Les recommandations issues des ETMI constituent une assurance que nos efforts sont investis judicieusement et de manière pertinente.

5 Donner accès aux savoirs scientifiques Transfert et diffusion des connaissances

Nous croyons profondément à la responsabilité du monde de la recherche de rendre accessibles ses découvertes et ses percées aux professionnels de la santé et des services sociaux et au grand public. Formations, guides de pratique, communiqués vulgarisés, livres édités, plateformes Web : les moyens sont nombreux et variés pour atteindre le public et s'assurer d'une compréhension et d'une utilisation adéquates des nouveaux savoirs.

6 Dépasser les frontières Rayonnement

Contribuer aux débats publics sur les différents enjeux psychosociaux reliés aux clientèles qu'ils desservent, influencer les politiques publiques, obtenir des prix d'excellence, ajouter sa voix à la communauté scientifique internationale... La mission universitaire du CCSMTL le positionne comme acteur incontournable et influenceur important dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec comme sur la scène scientifique mondiale.