

LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR

Plan stratégique 2011-2014

Douglas
INSTITUT MENTAL HEALTH
UNIVERSITAIRE EN UNIVERSITY
SANTÉ MENTALE INSTITUTE

www.douglas.qc.ca

DÉMARCHE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Nicole Germain

Adjointe au directeur général

RÉDACTION ET TRADUCTION

Nicole Germain

CONCEPTION GRAPHIQUE

Bivouac Studio

PHOTOGRAPHIES

Bivouac Studio

IMPRESSION

Franza

COORDINATION DE LA PUBLICATION

Direction générale de l'Institut

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

 6875, boulevard LaSalle
Montréal (Québec) H4H 1R3

 514 761-6131, poste 2759

 514 762-3043

 directiongenerale@douglas.mcgill.ca

 www.douglas.qc.ca

Douglas
INSTITUT MENTAL HEALTH
UNIVERSITAIRE EN UNIVERSITY
SANTÉ MENTALE INSTITUTE



Centre collaborateur OMS de Montréal pour
la recherche et la formation en santé mentale
Montreal WHO Collaborating Centre for
Research and Training in Mental Health

AVANT-PROPOS

Au nom de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, de son Centre de recherche et de la Fondation, c'est avec un immense plaisir que nous vous présentons le Plan stratégique 2011-2014.

Ce Plan stratégique souhaite sensibiliser toutes les personnes qui œuvrent au Douglas, nos partenaires, tous ceux et celles qui y reçoivent des services et leurs proches à se rallier à une vision stimulante et pleine d'espoir : « **LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR** ».

Ce Plan énonce les valeurs et les engagements du Douglas et établit les grandes orientations qui guideront nos actions au cours des trois prochaines années. Engagé dans le rétablissement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, le Douglas valorise l'**excellence**, l'**innovation** et le **potentiel humain** fondés sur l'**engagement** et la **collaboration**. Ces valeurs sont en toile de fond de nos orientations et objectifs stratégiques.

Nous sommes fiers des importants progrès réalisés au cours du dernier Plan stratégique, et notre vision s'appuie sur ces réalisations dans un effort de consolidation de nos activités cliniques, de recherche, d'enseignement, d'évaluation, et d'échange et d'application des connaissances.

Nous vivons actuellement des changements importants à la suite du départ du directeur général de l'Institut et du directeur scientifique du Centre de recherche, mais nous croyons que ce Plan stratégique nous aidera à garder le cap. En effet, un changement de *leadership* est un défi important, mais le calibre de nos ressources et nos valeurs sont un gage de succès pour l'avenir.

Ce Plan stratégique s'inspire de travaux menés par la Commission de la santé mentale du Canada, par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par nos propres experts. Il est le fruit de larges consultations menées au cours de 2010 et 2011, et de la collaboration soutenue entre l'Institut, le Centre de recherche et la Fondation. Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont participé à cet exercice essentiel pour l'avenir du Douglas.

M. Michel Dalton

Directeur général intérimaire de l'Institut



M^e Claudette Allard

Présidente du Conseil d'administration de l'Institut



M. Alain Gratton, Ph. D.

Directeur scientifique intérimaire du Centre de recherche



M^{me} Jocelyne Lahoud

Directrice administrative du Centre de recherche



M^e François Morin

Président du Conseil d'administration du Centre de recherche



M^{me} Jane Lalonde

Présidente et chef de l'exploitation de la Fondation



M^e Marie Giguère

Présidente du Conseil d'administration de la Fondation



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 4

Processus de planification stratégique	7
Cadre du plan stratégique	7
Plan stratégique consolidé, intégré et flexible.....	8

LE CONTEXTE-LES BESOINS..... 10

Fardeau des maladies mentales	10
Tendances populationnelles et évolution des besoins	13
Prévalence	14
Évolution de la prévalence	14
Première apparition des problèmes de santé mentale .	15
Évolution de l'utilisation des services.....	16
Profil d'utilisation selon le diagnostic.....	17

LE DOUGLAS AU PASSÉ 18

Historique	18
Système de santé et Plan d'action en santé mentale	20
Réalisations des dernières années	22

LE DOUGLAS AU PRÉSENT..... 24

Mission.....	24
Vision	24
Valeurs	26
Mandat.....	26
Positionnement	27
Organisation administrative, clinique et scientifique..	29
Clientèle.....	30
Enjeux et défis	35
Partenariat.....	35
Rétablissement.....	35

Environnement physique, qualité et sécurité.....	36
Effectifs psychiatriques	37

L'AVENIR : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2011-2014..... 38

Orientation 1 :	39
Faciliter le rétablissement, favoriser l'autodétermination et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	39
Orientation 2 :	42
Instaurer une approche préventive en santé mentale	42
Orientation 3 :	43
Développer un environnement physique guérissant propice aux meilleures pratiques, à l'innovation et au rétablissement.....	43
Orientation 4 :	44
Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale.....	44
Orientation 5 :	45
Développer et valoriser les ressources humaines et promouvoir l'excellence opérationnelle.....	45
Orientation 6 :	47
Promouvoir la philanthropie au profit de la santé mentale	47

REMERCIEMENTS..... 48

LEXIQUE..... 50

SOMMAIRE EXÉCUTIF..... 51



« POUR MOI, LE
RÉTABLISSEMENT, C'EST
VIVRE LA VIE QUE JE VEUX. »

JANINA KOMAROFF
Assistante de recherche

INTRODUCTION

1

Les problèmes de santé mentale représentent un fardeau extraordinaire non seulement pour les soins de santé, mais également au plan économique et social, et ce, tant pour la personne qui vit avec un problème de santé mentale que pour sa famille et ses proches. La maladie mentale nous touche tous, que ce soit de près ou de loin.

Environ 20 % de la population canadienne ou québécoise souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie, et tous les autres (80 % de la population) seront indirectement touchés par une maladie mentale dont sera atteint un membre de la famille, un ami ou un collègue¹. En fait, des données épidémiologiques révèlent que, chaque année, près de 3 % des Canadiens auront une maladie mentale grave et 17 % seront atteints d'une maladie mentale légère à modérée². D'autres études récemment menées aux États-Unis révèlent des chiffres beaucoup plus élevés³.

Une étude publiée en 2008 dans la revue scientifique *les Maladies chroniques au Canada* par l'Agence

de la santé publique du Canada⁴ évaluait le fardeau économique total au pays à 51 G\$ en 2003 utilisant une mesure globale du fardeau économique excédentaire associé à la maladie mentale. Cette mesure tient compte de l'utilisation des ressources médicales, des pertes de productivité imputables aux incapacités de courte et de longue durées, et de la diminution de la qualité de vie liée à l'état de santé (QVLES) dans la population de personnes souffrant de problèmes de santé mentale, diagnostiqués ou non. Ce fardeau économique place les problèmes de santé mentale parmi les plus coûteux de tous les troubles médicaux au Canada.

Il n'est donc pas surprenant de constater que les divers paliers gouvernementaux accordent maintenant à la santé mentale une priorité incontestée. Le gouvernement du Québec a établi ses priorités d'action dans son « Plan d'action en santé mentale – La force des liens⁵ (mai 2005) », et le gouvernement du Canada a fait de même dans « De l'ombre à la lumière⁶ (mai 2006) » et « Vers le rétablissement et le bien-être – Cadre pour une

¹ *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada, Ottawa, Santé Canada, 2002, 111 p.

² *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, Parlement du Canada, 2006, 312 p.

³ Kessler, R. C., et coll. « Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Arch Gen Psychiatry*, 2005, vol. 62, n° 6, pp. 617-627.

⁴ Lim, K. L., et coll. « Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, Agence de la santé publique du Canada, 2008, vol. 28, n° 3, pp. 103-110.

⁵ *Plan d'action en santé mentale : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 97 p.

⁶ *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, Parlement du Canada, 2006, 312 p.



stratégie en matière de santé mentale au Canada⁷ (novembre 2009) ». Cette vague d'appui pour la santé mentale est d'ailleurs présente dans un nombre croissant de pays du monde.

Notre Plan stratégique de 2006-2011 nous a permis d'intégrer les différentes stratégies provinciales et nationales, et de les traduire dans des actions propres à l'institut universitaire en santé mentale que nous sommes devenus en 2006. Ce Plan stratégique a amené avec lui de nombreux changements importants tant stratégiques qu'organisationnels.

Le présent Plan stratégique s'appuie sur ces réalisations ainsi que sur celles du Centre de recherche. Il vient consolider les acquis du dernier Plan stratégique et dresser une feuille de route pour la communauté du Douglas pour les trois prochaines années. Il nous invite à aller ensemble dans la même direction et nous guide sur les moyens pour y parvenir.

« POUR MOI, LE RÉTABLISSEMENT EST L'ÉPANOUISSEMENT DE LA PERSONNE, AU-DELÀ DE LA MALADIE. »

MIMI ISRAËL, M.D.
Chef du Département de psychiatrie

⁷ *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, 2009.



MEMBRES DU COMITÉ DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

M^e Claudette Allard

Présidente du Conseil d'administration de l'Institut

M. Pierre Arcand

Membre du Conseil d'administration de l'Institut

M^{me} Martha Bishop

Membre du Conseil d'administration de l'Institut

M^{me} Anne Crocker, Ph. D.

Directrice du thème de recherche « Services, politiques et santé des populations »

M. Michel Dalton

Directeur des Ressources financières et informationnelles

M^{me} Amparo Garcia

Directrice administrative des Activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement

M^{me} Nicole Germain

Adjointe au directeur général et chargée de projet de la planification stratégique

M^{me} Michelle Gilbert

Directrice des Ressources humaines

M. André Giroux

Membre du Conseil d'administration de l'Institut

M. Jacques Hendlisz

Directeur général (jusqu'au 20 avril 2011)

M. Jacques Hurtubise

Membre du Conseil d'administration de l'Institut

D^e Mimi Israël

Chef du Département de psychiatrie

D^r Ridha Joobar

Directeur du thème de recherche « Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux »

M^{me} Janina Komaroff

Agente de recherche et utilisatrice de services

M^{me} Jocelyne Lahoud

Directrice administrative du Centre de recherche

M^{me} Jane Lalonde

Présidente et chef de l'exploitation de la Fondation

M. Naguïb Mechawar, Ph. D.

Directeur du thème de recherche « Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité »

M. Daniel Mercier

Membre du Conseil d'administration de la Fondation

M^e François Morin

Président du Conseil d'administration du Centre de recherche

M. Jens Pruessner, Ph. D.

Directeur du thème de recherche « Vieillesse et maladie d'Alzheimer »

M. Rémi Quirion, Ph. D.

Directeur scientifique du Centre de recherche

M^{me} Hélène Racine

Directrice des Soins infirmiers et directrice de la Qualité

M^{me} Renée Sauriol

Directrice des Communications et affaires publiques

M. Ronald Sehn

Directeur des Services techniques et de l'immobilier

D^r Jean-Bernard Trudeau

Directeur des Services professionnels et hospitaliers et directeur médical des Activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement

PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Au début de l'année 2010, le Conseil d'administration a accepté de prolonger le Plan stratégique 2006-2010 de une année et a mandaté la Direction générale pour entamer le processus d'élaboration du nouveau Plan stratégique devant débiter en 2011.

Une série de consultations ont alors eu lieu au printemps 2010 auprès de patients et de leurs familles, d'employés, des conseils consultatifs, du Comité des bénéficiaires, de médecins, de chercheurs, de gestionnaires, de professionnels de la santé et de nombreux partenaires externes dont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal), le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill) et les hôpitaux du réseau McGill, les hôpitaux psychiatriques, les organismes communautaires et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) partenaires ainsi que la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Au total, près de 250 personnes ont été consultées dans le cadre de groupes de discussion, de lacs-à-l'épaule ou d'entrevues individuelles.

Ces larges consultations ont permis de dégager un diagnostic organisationnel qui aborde les forces de l'Institut, ses points à améliorer ainsi que les opportunités et les défis de l'environnement, tels que perçus par l'ensemble des personnes consultées. Le diagnostic organisationnel a ensuite été présenté au Comité de planification stratégique composé de représentants de l'Institut, du Centre de recherche, de la Fondation et d'une utilisatrice de services. Le Comité a également eu l'honneur de s'entretenir avec le professeur Henry Mintzberg du processus de planification stratégique, de ses pièges et des leçons à en tirer pour l'avenir. Comme nous le verrons plus tard, le professeur Mintzberg a souligné la nécessité de doter l'Institut d'un plan stratégique flexible et adaptable aux réalités changeantes.

Un groupe consultatif s'est ensuite réuni régulièrement pour développer une proposition visant à préciser les valeurs et la mission, à clarifier le mandat, à développer la vision et à identifier les orientations et objectifs stratégiques fondés sur le diagnostic organisationnel et sur le rôle du Douglas en tant qu'institut universitaire en santé mentale. Ce groupe consultatif restreint était composé de représentants de l'Institut, de la Fondation, du Centre de recherche et d'une utilisatrice de services.

Les résultats de ces travaux ont ensuite fait l'objet de consultations auprès de différents individus et groupes avant qu'une version améliorée soit présentée au Comité de planification stratégique et, finalement, aux Conseils d'administration pour adoption.

CADRE DU PLAN STRATÉGIQUE

Le présent Plan stratégique s'inspire des travaux de plus en plus nombreux menés par les différents paliers gouvernementaux, les chercheurs et les organismes voués à la santé mentale. Notons plus particulièrement le « Plan d'action en santé mentale – La force des liens » du MSSS⁸ et « Vers le rétablissement et le bien-être – Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada⁹ » de la CSMC. Le Plan répond également au plan stratégique 2010-2015 du MSSS¹⁰ et au plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de Montréal¹¹. Il s'aligne de plus sur les stratégies de l'Université McGill et sur les critères de désignation au titre d'institut universitaire en santé mentale et intègre les exigences des pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada.

⁸ *Plan d'action en santé mentale : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 97 p.

⁹ *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, 2009.

¹⁰ *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

¹¹ *Planification stratégique 2010-2015 : Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

Le Plan stratégique 2011-2014 aborde donc l'ensemble des grands enjeux en santé mentale et vient préciser l'apport de l'Institut Douglas. Comme l'indique la vision, **LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR**, il traite des aspects nécessaires pour que les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale puissent réalistement aspirer à vivre une vie plus satisfaisante et engagée. Le Plan touche de nombreux aspects qui rendent possible le rétablissement : la déstigmatisation, l'intégration des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale dans leur processus de soins, l'inclusion des familles et des proches, la santé globale, le partenariat et la complémentarité, les besoins de la population, l'accès aux services et la fluidité des services, la qualité des services et la sécurité des patients, la prévention, les meilleures pratiques, la recherche, l'enseignement et l'échange et l'application des connaissances.

Ce Plan s'inscrit également dans la poursuite des objectifs du dernier Plan stratégique qui ont donné lieu à de nombreux changements stratégiques, structurels et organisationnels pour tenir compte de la réforme du système de santé, fondée sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des soins, sur l'implantation du Plan d'action en santé mentale et sur les critères reliés au mandat d'institut universitaire en santé mentale.

PLAN STRATÉGIQUE CONSOLIDÉ, INTÉGRÉ ET FLEXIBLE

CONSOLIDATION

Fort des réalisations du dernier Plan stratégique dont les objectifs ont été atteints à plus de 90 %, le présent Plan stratégique vient consolider les acquis des dernières années et préciser les attentes pour l'avenir. Il assure la consolidation du mandat d'institut, du rôle du Douglas dans la prestation des services spécialisés et ultraspecialisés, et de l'intégration de l'ensemble des volets de la mission. Le Plan poursuit les travaux entrepris par les programmes dans l'implantation

du Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques, élaboré par la Direction des activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement (DACTCE), qui découle de l'implantation du Plan d'action en santé mentale. Finalement, il poursuit le développement des thèmes et des équipes de recherche et de l'infrastructure du Centre de recherche.

INTÉGRATION

Le Plan stratégique 2011-2014, à l'instar du Plan stratégique 2006-2011, est un plan intégré qui couvre à la fois les objectifs de l'Institut, ceux de la Fondation et ceux du Centre de recherche, et permet ainsi à l'ensemble de la communauté du Douglas d'avoir une vision globale et cohérente des différentes orientations. Un plan intégré permet de faire les liens entre les différentes composantes de l'organisation et de s'assurer que tous partagent la même vision, les mêmes ambitions et travaillent dans la même direction pour y arriver.

Les contraintes de notre environnement sont nombreuses et les exigences variées. C'est pourquoi il importe que le Plan stratégique tienne compte de ces différentes contraintes et exigences, et les intègre dans un tout cohérent. Par conséquent, les orientations et objectifs du Plan stratégique sont la continuation du dernier Plan stratégique tout en y intégrant, comme nous l'avons vu, les exigences des différents paliers gouvernementaux dans tous les domaines de la mission de l'Institut.

FLEXIBILITÉ

Les derniers Plans stratégiques du Douglas nous ont permis de réaliser que les changements dans notre environnement externe, et même interne, ont un impact important sur l'atteinte des objectifs organisationnels et qu'il est donc préférable d'intégrer une certaine flexibilité dans la planification pour tenir compte de notre environnement et nous y adapter. De plus,

comme le professeur Mintzberg nous l'a mentionné¹², trop souvent, le processus d'apprentissage a lieu au cours du processus de planification stratégique; mais, une fois adopté, le Plan fait place à un cadre rigide qui nuit au processus d'apprentissage, à l'entrepreneuriat et même à la vision, puisqu'il ne tient plus compte des réalités changeantes.

Il a donc été convenu de doter l'Institut d'un plan stratégique qui établit les grandes orientations et les objectifs stratégiques sans toutefois les associer à des cibles chiffrées trop détaillées qui nuiraient à notre habileté à nous adapter aux changements dans notre environnement ou à saisir les opportunités émergentes. Les cibles et indicateurs seront plutôt identifiés par chaque direction responsable de la réalisation de chacun des objectifs stratégiques et pourront être ajustés au besoin.

exemple, les défis particuliers reliés au départ du directeur général de l'Institut et du directeur scientifique du Centre de recherche.

Le modèle général que propose le professeur Mintzberg, qui a été adopté d'emblée par le Comité de planification stratégique, vise à nous doter d'une vision et de grandes orientations tout en demeurant dans un processus d'apprentissage continu. Il nous permet de plus d'être assez flexible pour nous adapter rapidement et efficacement aux changements, et assez ouvert pour saisir les opportunités émergentes des programmes cliniques, de la recherche, de l'évaluation de programmes ou de nouveaux partenariats.

“IN A TIME OF DRASTIC CHANGE IT IS THE LEARNERS WHO INHERIT THE FUTURE. THE LEARNED USUALLY FIND THEMSELVES EQUIPPED TO LIVE IN A WORLD THAT NO LONGER EXISTS.”

ERIC HOFFER

De plus, le Comité de planification stratégique se réunira annuellement pour procéder à la révision des progrès dans l'atteinte des objectifs, saisir les opportunités et stratégies émergentes, et apporter les ajustements nécessaires aux objectifs et aux cibles en fonction des changements dans l'environnement, comme les contraintes ou exigences externes ou les changements dans l'environnement interne dont, par

¹² Résumé des discussions et de la présentation du Comité de planification stratégique avec le professeur Henri Mintzberg, 2010.

LE CONTEXTE LES BESOINS

2

Le fardeau de la maladie mentale est important et le profil d'utilisation des services est changeant. Il est essentiel de bien connaître la clientèle et l'évolution des besoins pour mieux planifier nos stratégies et notre offre de services.

FARDEAU DES MALADIES MENTALES

POUR LA PERSONNE

En 1996, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec la Banque mondiale et l'École de santé publique de l'Université de Harvard ont publié le premier volume de *The Global Burden of Disease*¹³ (Charge mondiale de morbidité). Avant cette publication, les maladies étaient classées par ordre d'importance de l'impact sur la mortalité. Le projet de l'OMS visait à pondérer l'impact des maladies en intégrant d'autres facteurs. L'unité de mesure adoptée est l'AVCI (année de vie corrigée de l'incapacité, mieux connue sous DALY pour *Disability-Adjusted Life Year*). Cette unité mesure le nombre prévu d'années perdues (à la mort) ou d'années vécues avec une incapacité. L'AVCI représente donc une année de vie en santé perdue. L'utilisation de cette unité de mesure a permis de révéler un portrait totalement différent du fardeau mondial des maladies comparativement aux données

obtenues lorsque seule la mortalité était prise en compte. Cette unité de mesure a permis de démontrer l'ampleur du fardeau des maladies mentales sur la santé publique.

Selon l'OMS, les troubles de santé mentale représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés (Mathers & Loncar, 2006)^{14,15}.

Les troubles de santé mentale incluant la toxicomanie comptent parmi les plus importantes causes

MALADIES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS FARDEAUX DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS	% D'ANNÉES DE VIE EN SANTÉ PERDUES (ACVI)
1- Troubles dépressifs unipolaires	8,2
2- Ischémie myocardique	6,3
3- Maladies vasculaires cérébrales	3,9
4- Maladie d'Alzheimer et autres démences	3,6
5- Troubles reliés à l'abus d'alcool	3,4

¹³ Lopez, A. D. (éditeur), et C. C. J. L. Murray. « The global burden of disease, 1990-2020 », *Nature Medicine*, vol. 4, n° 11, 1998, p. 1241-1243.

¹⁴ *The global burden of disease: 2004 update*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World Health Organization, 2008.

¹⁵ Mathers, C. D., et D. Loncar. « Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 », *PLoS Med*, Public Library of Science, 2006, vol. 3, n° 11, e442.

FIGURE 1 : DIX PREMIÈRES CAUSES DE LA CHARGE MONDIALE DE MORBIDITÉ DANS LE MONDE, 2004 ET 2030

2004 MALADIE OU BLESSURE	% DU TOTAL DES AVCI	RANG	RANG	% DU TOTAL DES AVCI	2030 MALADIE OU BLESSURE
Infections des voies respiratoires inférieures	6,2	1	1	6,2	Dépressions unipolaires
Diarrhée	4,8	2	2	5,5	Maladie cardiaque ischémique
Dépressions unipolaires	4,3	3	3	4,9	Accidents de la route
Maladie cardiaque ischémique	4,1	4	4	4,3	Maladie vasculaire cérébrale
VIH / SIDA	3,8	5	5	3,8	MPOC
Maladie vasculaire cérébrale	3,1	6	6	3,2	Infections des voies respiratoires inférieures
Prématurité et hypotrophie à la naissance	2,9	7	7	2,9	Perte de l'ouïe chez l'adulte
Asphyxie et traumatisme à la naissance	2,7	8	8	2,7	Défauts visuels
Accidents de la route	2,7	9	9	2,5	VIH / SIDA
Infections néonatales et autres*	2,7	10	10	2,3	Diabète sucré
MPOC	2,0	13	11	1,9	Infections néonatales et autres
Défauts visuels	1,8	14	12	1,9	Prématurité et hypotrophie à la naissance
Perte de l'ouïe chez l'adulte	1,8	15	15	1,9	Asphyxie et traumatisme à la naissance
Diabète sucré	1,3	19	18	1,6	Diarrhée

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique

* Cette catégorie inclut également d'autres causes non-infectieuses pendant la période périnatale excluant la prématurité, l'hypotrophie à la naissance, et les traumatismes et l'asphyxie à la naissance. Ces causes non-infectieuses sont responsables d'environ 20 % des AVCI dans cette catégorie.

d'absentéisme au travail, dépassant désormais les journées perdues pour raison de maladies physiques¹⁶. Les problèmes d'abus de substance sont très étroitement associés aux troubles de santé mentale : de 25 à 50 % des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale ont aussi un problème concurrent d'abus de substance¹⁷. Malgré une récente amélioration, le taux de suicide au Québec

est toujours l'un des plus élevés du continent et le suicide demeure la cause principale de décès chez les individus âgés de moins de 35 ans. La prévalence et les coûts élevés des troubles de santé mentale sont enfin associés à une plus grande stigmatisation des personnes, à un fardeau soutenu des familles et à un ensemble de facteurs de risque (ex. : pauvreté, isolement social, criminalisation, tabagisme, tentative de suicide, etc.).

¹⁶ *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, Parlement du Canada, 2006, 312 p.

¹⁷ Skinner, W., et coll. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : Guide d'information*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2004, 46 p.

POUR LES PROCHES

Le fardeau des maladies mentales n'est pas seulement lourd pour la personne qui vit avec un problème de santé mentale, mais il l'est également pour la famille et les proches. Les maladies mentales affectent les réussites scolaires, les succès professionnels ainsi que les relations personnelles, sociales et familiales. Selon la CSMC¹⁸, le fait de prodiguer des soins à une personne vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale peut représenter un lourd fardeau sur les plans tant physique, émotionnel que financier. Selon une étude, 27 % des proches aidants ont remarqué une diminution de leur revenu et 29 % ont connu des pertes financières majeures¹⁹.

POUR LA SOCIÉTÉ

Une étude récente de l'*Institute of Health Economics*²⁰ révèle que :

- ▶ au moins 14,3 G\$ en dépenses publiques sont alloués aux services de santé mentale au Canada;
- ▶ la majeure partie de ces dépenses est pour les médicaments, suivis par les hospitalisations;
- ▶ au Canada, 7,2 % des dépenses totales en santé vont à la santé mentale;
- ▶ les organismes à but non lucratif en santé mentale rapportent avoir reçu 847,9 M\$ de sources provinciales, 18,3 M\$ de sources municipales et 41 M\$ de sources fédérales;
- ▶ annuellement, les incapacités de courte durée coûtent entre 180 à 300 M\$ au secteur privé, alors que les incapacités de longue durée coûtent 135 M\$.

Cette même étude souligne la difficulté d'évaluer les coûts totaux des maladies mentales compte tenu de la multitude d'acteurs concernés tant du secteur public que du secteur privé, lesquels travaillent souvent en silos.

Une étude de Lim et coll.²¹ a tenté de combler ces écarts pour dresser un portrait plus global du fardeau économique des maladies mentales. Selon cette étude, le fardeau économique total au Canada en 2003 se chiffrait à environ 51 G\$, dont près de 30 % des coûts étaient occasionnés par la population atteinte de maladies mentales **non diagnostiquées**. La perte d'utilité en santé était de loin l'effet le plus important puisqu'elle représentait plus de 50 % du fardeau total, soit environ 28 G\$. La valeur des jours de travail perdus en raison de l'absentéisme (incapacité de courte durée) était environ 10 % supérieure à la valeur des jours de travail perdus en raison du chômage (incapacité de longue durée). Les deux comptent pour environ 35 % du fardeau. Les dépenses médicales représentaient moins de 10 % du fardeau total.

Si la même proportion était appliquée au Québec, le fardeau économique total pourrait s'élever à plus de 7,5 G\$ puisque les dépenses consacrées à la santé mentale au Québec se chiffrent à 757 M\$²².

¹⁸ *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, 2009, p. 63.

¹⁹ Dore, G., et S. E. Romans. « Impact of bipolar affective disorder on family and partners », *Journal of Affective Disorders*, 2001, vol. 67, n° 1-3, pp. 147-158.

²⁰ Jacobs, P. C., et coll. *The Cost of Mental Health and Substance Abuse in Canada*, Alberta, Institute of Health Economics, 2010, 42 p.

²¹ Lim, K. L., et coll. « Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, Agence de la santé publique du Canada, 2008, vol. 28, n° 3, pp. 103-110.

²² *Plan d'action en santé mentale : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 78.

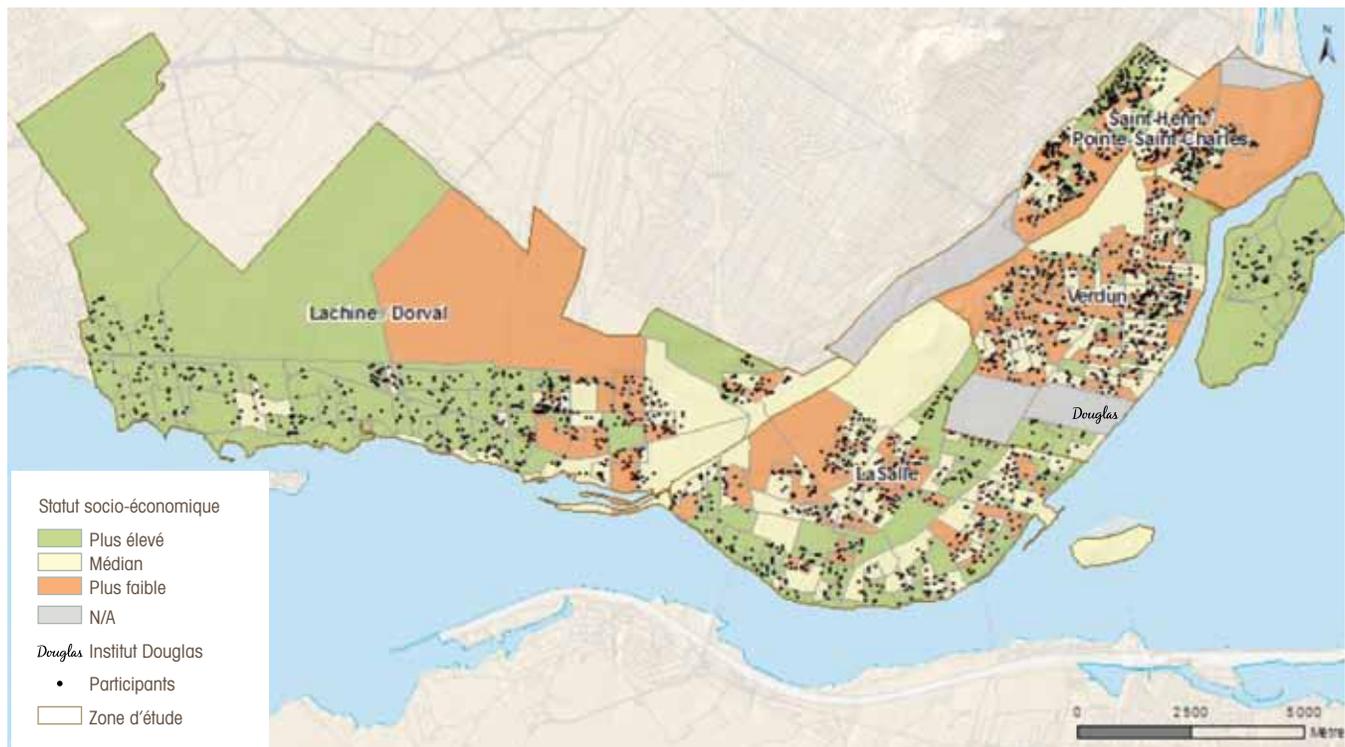
TENDANCES POPULATIONNELLES ET ÉVOLUTION DES BESOINS

Le projet « Équipe des IRSC²³ en épidémiologie sociale et psychiatrique », dirigé par l'un des chercheurs du Douglas, M. Jean Caron, Ph. D., vise à établir les bases d'un outil permanent de développement et de transfert de connaissances en santé mentale.

L'Équipe, mise en place en 2006, a établi la première zone circonscrite d'études en épidémiologie sociale et psychiatrique au Canada. Cette zone d'étude est située dans le sud-ouest de Montréal. Elle regroupe plus de 258 000 résidents des quartiers de Dorval, Lachine et LaSalle (CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle) et de Pointe-Saint-Charles, Saint-Henri et Verdun (CSSS du Sud-Ouest-Verdun).

De ce nombre, plus de 2 400 adultes sélectionnés au hasard participent aux travaux, soit 1 200 personnes par territoire des CSSS. Ces recherches permettent d'identifier les déterminants psychosociaux et environnementaux qui affectent la santé mentale et la qualité de vie de la population.

Les résultats de ces recherches sont particulièrement importants pour le Douglas puisque, comme nous le verrons, 64 % de notre clientèle provient de ces deux CSSS.



²³ Instituts de recherche en santé du Canada.

PRÉVALENCE

Ces informations ainsi que les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.2 (2002)²⁴, nous permettent de faire des comparatifs entre le sud-ouest de Montréal, le Québec et le Canada relativement à la prévalence de divers troubles (graphique 1).

L'ESCC révèle également que les personnes à faible revenu présentent, dans une proportion plus élevée :

- ▶ au moins un trouble psychiatrique au cours de leur vie;
- ▶ un trouble de l'humeur au cours d'une période de 12 mois;
- ▶ un trouble anxieux au cours d'une période de 12 mois.

Cela explique, du moins en partie, les prévalences élevées observées dans le sud-ouest de Montréal :

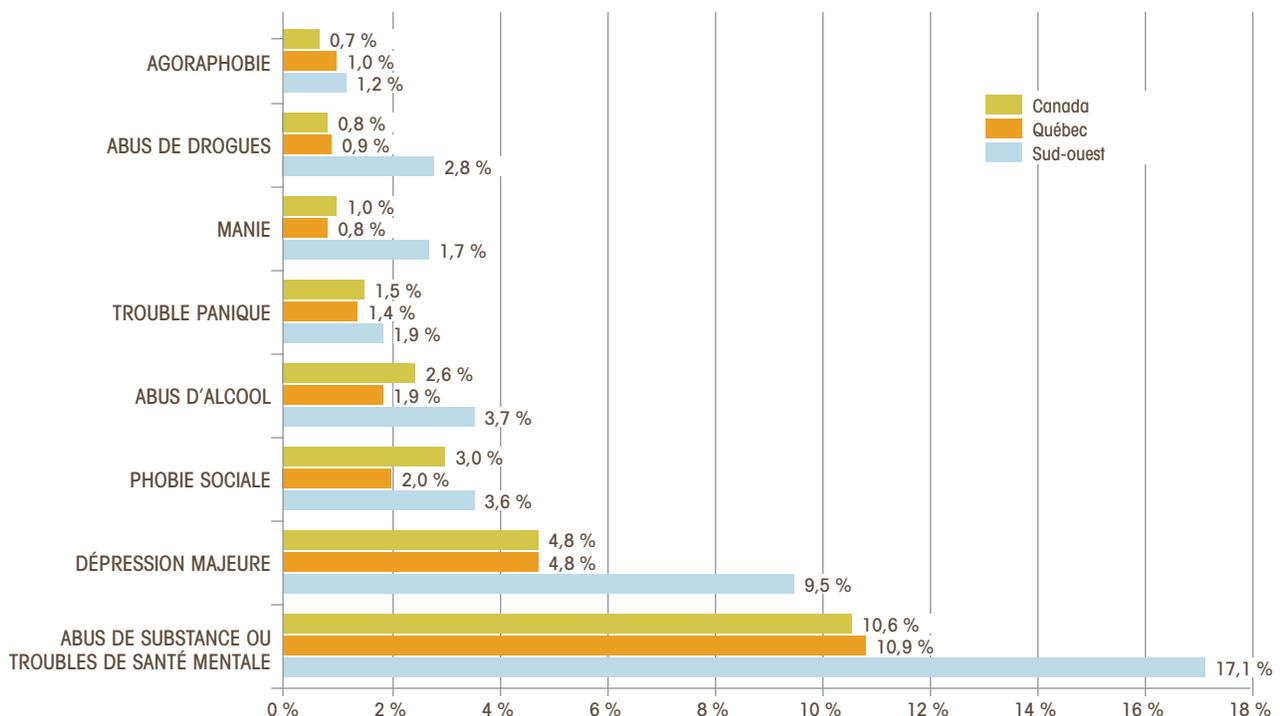
- ▶ Canada : ≈ 18 % à faible revenu;
- ▶ Québec : ≈ 25 % à faible revenu;
- ▶ Sud-ouest de Montréal : ≈ 33% à faible revenu.

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE

Dans le cas de l'évolution de la prévalence, diverses études récentes semblent démontrer une relative stabilité dans le temps, à quelques exceptions près :

- ▶ **Schizophrénie :**
aucune diminution ou augmentation apparente^{25, 26}.

GRAPHIQUE 1 : PRÉVALENCE DE DIVERS TROUBLES MENTAUX



²⁴ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), Statistique Canada, 2011.

²⁵ Bresnahan, M., et E. Susser. « Investigating socioenvironmental influences in schizophrenia: conceptual and design issues », dans *The Epidemiology of Schizophrenia*, Cambridge University Press, 2002, pp. 5-17.

²⁶ Kirkbride, J. B. « Impact of Contextual Environmental Mechanisms on the Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses », dans *Advances in Schizophrenia Research*, Gattaz W. F. & Busatto G. Éditeurs, New York, Springer, 2009, 408 p.

► **Troubles affectifs bipolaires :**

stabilité ou augmentation modeste²⁷.

► **Dépression :**

Au début des années 90, des études laissent suggérer une augmentation de la prévalence^{28, 29, 30, 31}.

- La situation est moins claire selon des études plus récentes :
 - augmentation de la prévalence³²;
 - prévalence stable ou en déclin^{33, 34}.

► **Anxiété :**

- L'intensité moyenne de symptômes aurait augmenté chez les personnes plus jeunes³⁵;
- cependant, selon une étude récente, la prévalence n'aurait pas augmenté³⁶.

PREMIÈRE APPARITION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Selon une étude menée aux États-Unis par Kessler et coll.³⁷, 50 % des problèmes de santé mentale répertoriés au DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant l'âge de 24 ans. Tout aussi important, Kessler et coll.³⁸ rapporte également dans une autre étude que des recherches menées sur le contact initial avec le système de santé montrent que ces jeunes, qui éprouvent des problèmes de santé mentale dans leur jeunesse, attendent souvent plus de 10 ans avant de demander de l'aide et qu'ils présentent des troubles qui affectent sérieusement leur fonctionnement. Il ajoute que ces troubles auraient pu être traités plus facilement si ces jeunes avaient eu recours aux services de santé plus tôt dans l'évolution de leur maladie.

Les auteurs soulignent donc l'importance du dépistage et de l'intervention précoces pour réduire la persistance et la gravité de la maladie et prévenir l'apparition d'autres troubles concomitants.

Le directeur de la santé mentale du Québec notait dans sa présentation lors des 9^{es} journées annuelles de santé mentale tenues en mai 2011³⁹ que si l'intervention précoce permet à 70 % des jeunes de se rétablir dès l'apparition des premiers symptômes et que 70 % des pathologies apparaissent avant 20 ans, alors plus de 50 % des usagers actuels pourraient ne pas avoir besoin de nos services.

²⁷ Sherazi, R., et coll. « What's new? The clinical epidemiology of bipolar I disorder », *Harvard Review of Psychiatry*, 2006, vol. 14, n° 6, pp. 273-284.

²⁸ Burke, K. C., et coll. « Comparing Age at Onset of Major Depression and Other Psychiatric Disorders by Birth Cohorts in Five US Community Populations », *Arch Gen Psychiatry*, 1991, vol. 48, n° 9, pp. 789-795.

²⁹ Klerman, G. L., et M. M. Weissman. « Increasing Rates of Depression », *JAMA*, 1989, vol. 261, n° 15, pp. 2229-2235.

³⁰ Weissman, M. M., et coll. « The Changing Rate of Major depression: Cross-National Comparisons », *JAMA*, 1992, vol. 268, n° 21, pp. 3098-3105.

³¹ Wickramaratne, P. J., et coll. « Age, period and cohort effects on the risk of major depression: results from five United States communities », *J Clin Epidemiol*, 1989, vol. 42, n° 4, pp. 333-343.

³² Ompston, W. M., et coll. « Changes in the Prevalence of Depression and Comorbid Substance Use Disorders in the United States Between 1991-1992 and 2001-2002 », *The American Journal of Psychiatry*, 2006, vol. 163, n° 12, pp. 2141-2147.

³³ Murphy, J. M., et coll. « Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, vol. 109, n° 5, pp. 355-375.

³⁴ Eaton, W. W., et coll. « Case identification in psychiatric epidemiology: a review », *Int Rev Psychiatry*, 2007, vol. 19, n° 5, pp. 497-507.

³⁵ Twenge, J. M. « The Age of Anxiety? Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952-1993 », *J Pers Soc Psychol*, 2000, vol. 79, n° 6, pp. 1007-1021.

³⁶ Murphy, J. M., et coll. « Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, vol. 109, n° 5, pp. 355-375.

³⁷ Kessler, R. C., et coll. « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Arch Gen Psychiatry*, 2005, vol. 62, n° 6, pp. 593-602.

³⁸ Kessler, R. C., et coll. « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative », *World Psychiatry*, 2007, vol. 6, n° 3, pp. 168-176.

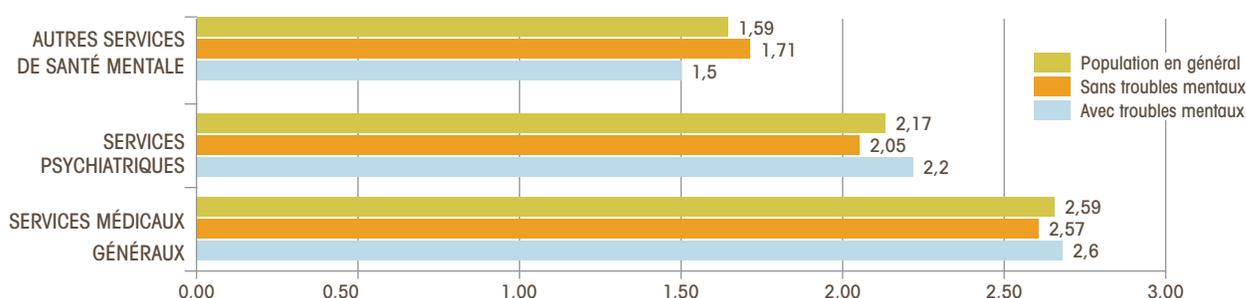
³⁹ Journées annuelles de santé mentale 2011 : La santé mentale s'éclaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011.

ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES SERVICES

Il est toutefois intéressant de noter que, même si la prévalence des troubles de santé mentale est plutôt stable, le recours aux services, pour sa part, a beaucoup augmenté au cours des années. En effet, l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale a clairement augmenté comme l'indique une étude menée aux États-Unis⁴⁰.

PÉRIODE	PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX	UTILISATION DES SERVICES		
		PERSONNES AVEC TROUBLES MENTAUX	PERSONNES SANS TROUBLES MENTAUX	TOUTE LA POPULATION
1990-1992	29,4 %	20,3 %	8,8 %	12,2 %
2001-2003	30,5 %	32,9 %	14,5 %	20,1 %

GRAPHIQUE 2 : SERVICES DONT L'UTILISATION A AUGMENTÉ DE FAÇON SIGNIFICATIVE (P<0,05)



D'autres études sur l'utilisation des services ambulatoires⁴¹ menées aux États-Unis viennent corroborer cette augmentation dans l'utilisation des services, comme le montre le tableau qui suit :

	DÉPRESSION TRAITÉE / 100 HABITANTS	ANXIÉTÉ TRAITÉE / 100 HABITANTS
1987 - <i>National Medical Expenditure</i>	0,73	0,43
1997 - <i>Medical Expenditure Panel Survey</i>	2,33	0,83

⁴⁰ Kessler, R. C., et coll. « Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003 », *N Engl J Med*, 2005, vol. 352, n° 24, pp. 2515-2523.

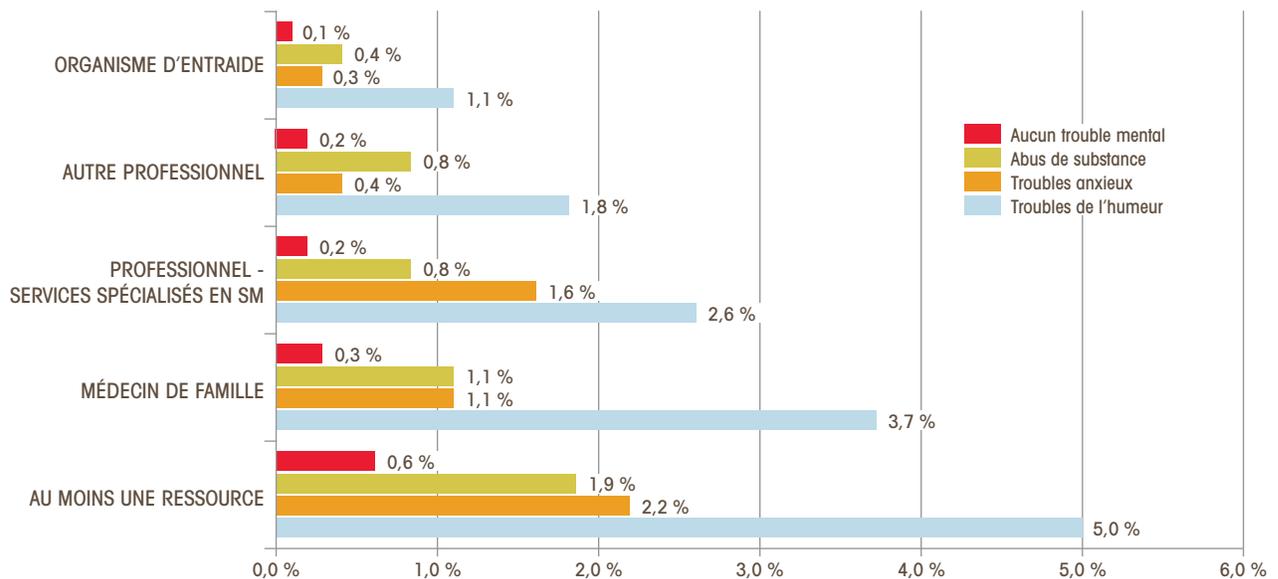
⁴¹ Olsson, M., et coll. « Psychotic Symptoms in an Urban General Medicine Practice », *The American Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 159, n° 8, pp. 1412-1419.

PROFIL D'UTILISATION SELON LE DIAGNOSTIC

Les données tirées de l'ESCC montrent également que le profil d'utilisation des services diffère selon le diagnostic. Comme le montre le graphique 3,

les personnes qui ont des troubles de l'humeur consultent beaucoup plus souvent dans les services de 1^{re} ligne et surtout leur médecin de famille alors que les personnes qui ont des troubles anxieux ont tendance à consulter des professionnels ou des services spécialisés de santé mentale.

**GRAPHIQUE 3 : SITUATION AU QUÉBEC SELON LE ESCC 1.2
POURCENTAGE DE PERSONNES QUI CONSULTENT SELON LE DIAGNOSTIC**



En résumé :

- ▶ Les maladies mentales représentent un fardeau lourd pour la personne qui vit avec un problème de santé mentale, sa famille et ses proches, et ont un impact économique majeur sur la société.
- ▶ La prévalence des troubles mentaux est élevée dans le sud-ouest de Montréal comparativement au reste du Québec et du Canada.
- ▶ Il n'y a pas de données claires qui montreraient une augmentation de la prévalence de troubles de santé mentale (Axe 1 du DSM-IV).
- ▶ Les problèmes de santé mentale apparaissent en jeune âge : 50 % avant 14 ans et 75 % avant 24 ans.
- ▶ Il y a une augmentation de l'utilisation des services de santé pour des raisons de santé mentale.
- ▶ Les personnes ont des profils d'utilisation des services différents selon leur diagnostic.

LE DOUGLAS AU PASSÉ

3

HISTORIQUE

Fondé en 1881 par Alfred Perry, le *Protestant Hospital for the Insane* devient, en 1965, l'Hôpital Douglas. Ayant été désigné à titre d'institut universitaire en santé mentale en juin 2006, le Douglas a changé de nom pour **Institut universitaire en santé mentale Douglas** en mai 2011.

Le Douglas fut construit sur le site de 165 acres qu'il occupe toujours aujourd'hui. Le premier patient fut admis en juillet 1890 et, depuis, l'Institut ne cesse de se consacrer à mieux comprendre et à traiter les maladies mentales.

Depuis sa fondation jusqu'à nos jours, l'Institut a dû constamment s'appuyer sur la communauté pour assurer son développement. N'étant pas dirigé par une communauté religieuse, comme l'étaient la plupart des hôpitaux francophones à l'époque, le Douglas devait compter davantage sur la générosité du public et sur le bénévolat, traditions qui se sont perpétuées jusqu'à nos jours et qui ont donné lieu à la création des Auxiliaires-bénévoles, en 1959, et de la Fondation, en 1972. Cette culture d'ouverture et de partenariat avec la communauté a d'ailleurs permis d'assurer le succès de différentes initiatives de réinsertion sociale.

Reconnu comme centre d'excellence, l'Institut s'est affilié à l'Université McGill en 1946. Ses programmes d'enseignement sont réputés et accueillent de plus en plus d'étudiants de toutes les disciplines associées à la santé mentale. Innovateur, l'Institut a toujours été

à l'avant-garde de la psychiatrie moderne. C'est le Douglas qui, en 1953, a introduit sur le continent le premier traitement médicamenteux des psychoses, lequel a engendré l'introduction d'approches de moins en moins restrictives et qui a permis d'amorcer la désinstitutionnalisation au milieu des années 60.

C'est aussi à cette époque que l'Institut prend l'initiative d'étudier les mécanismes biologiques du cerveau pour expliquer, dans une certaine mesure, les causes des maladies mentales. Chef de file de la recherche sur les maladies mentales, le Centre de recherche du Douglas est officiellement créé en 1979 et jouit d'une renommée internationale croissante. Il devient le premier centre collaborateur de l'OMS au Canada en 1982.

Voulant offrir des traitements à la fine pointe du progrès et les plus normalisant possible, le Douglas a été le premier à mettre en place une clinique « postcure » dans la communauté et une résidence « à mi-chemin » pour la réadaptation sociale des patients. Témoinnant de l'importance qu'il accorde à la qualité, le Douglas est aussi, en 1967, le premier établissement psychiatrique du Canada à être accrédité par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (aujourd'hui nommé Agrément Canada).

Pour assurer le succès de ses objectifs de réinsertion et fort de ses liens avec la communauté, l'Institut a également investi dans la communauté en accordant des subventions de démarrage à différents organismes voués à la cause des personnes vivant avec des



problèmes de santé mentale. Ces organismes se sont développés et continuent encore à participer au succès de la réinsertion sociale des patients dans la communauté. Grâce à l'augmentation importante des services de consultation externe et de réadaptation, la clientèle hospitalisée ne cesse de diminuer depuis : alors qu'elle atteignait un sommet de plus de 1 840 patients hospitalisés en 1966, maintenant, on en dénombre seulement 241, tandis que la clientèle suivie en externe atteint près de 10 000 patients. Ces réussites ne sauraient être possibles sans nos ressources humaines expertes, dévouées et engagées.

Le rythme des changements s'est accéléré dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. Le contexte économique difficile, le manque de ressources et l'augmentation de la demande exercent des pressions de plus en plus importantes sur l'Institut.

Vers la fin des années 1990 et le début du millénaire, l'Institut a connu une augmentation de 47 % de son bassin de desserte, tout en subissant des coupures de l'ordre de 10 M\$, en plus d'investir un montant additionnel de 4 M\$ dans les services externes. Il

**« POUR MOI, LE
RÉTABLISSEMENT
EST SYNONYME
D'INDÉPENDANCE
ET DE LIBERTÉ. »**

PIERRE NADEAU
Superviseur pour C.A.D.R.E.

s'agit d'une réorganisation de 20 % des ressources qui a été réussie en maintenant l'équilibre budgétaire. Cette réussite est d'autant plus significative qu'elle a

été accompagnée de changements importants des ressources humaines, dans la foulée des départs massifs à la retraite de nombreux employés et des mutations et transferts que cela a engendrés.

Tous ces changements et un environnement externe turbulent ont entraîné une remise en question des modes d'organisation. Ainsi, en 1999, l'Institut a opté pour de nouvelles structures et a enclenché plusieurs virages qui bouleversent les façons de faire. Parmi ces changements majeurs, citons le déploiement d'une gestion par programme et la mise en place d'une formule de cogestion aux différents paliers hiérarchiques pour soutenir la structure choisie.

SYSTÈME DE SANTÉ ET PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE

Plus récemment, la réforme du système de santé, fondée sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des soins, introduite en 2003, et l'implantation du Plan d'action en santé mentale, amorcée en 2005, ont fait en sorte que le Douglas a transféré des ressources équivalant à environ 5 M\$ vers les CSSS partenaires pour la mise en place des guichets de 1^{re} ligne.

Cette importante réforme du système de santé prévoyait la mise en place de nouveaux réseaux locaux, chacun d'entre eux étant doté d'un CSSS.



HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE

1^{re} ligne :

Universellement accessible, elle sert à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Elle est à la fois la porte d'entrée, un lieu de diagnostic, de traitement et de réadaptation pour toute la population. Elle satisfait à 70 % de la demande et sert de lieu intégrateur des soins offerts à un individu. Ces services sont offerts par les CSSS, les organismes communautaires, les médecins et autres intervenants en cabinet privé, etc.

2^e ligne :

Soutient les services de 1^{re} ligne. Principalement sur référence, les services de 2^e ligne sont offerts par les CSSS, certains organismes communautaires et tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques. Les services de 2^e ligne sont : évaluation et traitement spécialisés, hospitalisation, suivi intensif et soutien spécialisé pour enfants et jeunes.

3^e ligne :

En soutien aux services de 1^{re} et de 2^e lignes, les services de 3^e ligne sont offerts sur référence. Ils s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes, dont la prévalence est faible ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte en 2^e ligne. Ces services intègrent la recherche et l'enseignement, et sont déterminés par le MSSS, identifiés par les RUIS et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires.

Les CSSS ont une responsabilité collective envers la population de leur territoire et deviennent ainsi la porte d'entrée du système de santé. La réforme prévoit également la mise en place de Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) responsables de la provision des services ultraspecialisés de 3^e ligne. À titre d'institut universitaire en santé mentale affilié au RUIS McGill, le Douglas n'est intégré à aucun des CSSS, mais il constitue l'un des partenaires qui gravitent autour d'eux.

Le Plan d'action en santé mentale a également amené des progrès importants dans la promotion de la santé mentale, la prise en compte des besoins et de l'autodétermination des personnes et la diminution de la stigmatisation, mais il reste encore bien du chemin à parcourir pour terminer son implantation dans le contexte actuel de pénurie de ressources. Certains aspects du Plan d'action ont été longs à régler, notamment la question du psychiatre répondant. L'implantation du Plan d'action est aussi particulièrement lente à Montréal eu égard à la complexité et aux enjeux propres à la région. Il en découle donc que, même si le Douglas a transféré d'importantes ressources en 1^{re} ligne, les guichets d'accès ne sont pas complètement en place et la clientèle est encore majoritairement suivie en 2^e ligne, comme nous le verrons plus tard.

Les progrès sont toutefois bien réels et il faut continuer à regarder vers l'avenir. C'est en ce sens que le directeur de la santé mentale du Québec annonçait récemment ses orientations pour la poursuite de l'amélioration du système de santé mentale. Lors des 9^{es} journées annuelles de santé mentale tenues en mai 2011⁴², il a présenté les priorités qui rejoignent tout à fait les plus récentes données ainsi que les conclusions que nous avons dégagées du processus de consultation et du diagnostic organisationnel établi en préparation du présent Plan stratégique.

Les priorités touchent particulièrement l'implantation d'une culture de 1^{re} ligne et de services de proximité; les services aux jeunes incluant la prévention, le dépistage précoce, l'intervention précoce et l'adaptation des structures aux besoins, et ce, particulièrement lors du passage à l'âge adulte (14-25 ans); et les services aux autochtones. L'accès aux services demeure un point central des orientations ministérielles.

Un enjeu incontournable pour la réussite de ces orientations a trait aux effectifs psychiatriques. Le Québec se compare bien au reste du Canada en nombre de psychiatres par 100 000 habitants – le Québec compte 13 psychiatres par 100 000 habitants au deuxième rang derrière l'Ontario qui en compte 14 – la majorité de ceux-là sont toutefois dans la région de Montréal (22 par 100 000 habitants). Par contre, les effectifs psychiatriques à Montréal sont vieillissants (106 des 177 psychiatres du Québec qui pourraient prendre leur retraite sont à Montréal et, de ce nombre, 12 sont au Douglas). Le Ministère reconnaît que la situation est particulièrement difficile au Douglas qui ne compte que 10 psychiatres par 100 000 adultes alors que la moyenne à Montréal est de 19 par 100 000 adultes. La pression est d'autant plus forte au Douglas que nous avons une mission universitaire et que nos psychiatres doivent donc offrir des services de 3^e ligne et participer à la recherche et à l'enseignement.

⁴² Journées annuelles de santé mentale 2011 : La santé mentale s'éclate, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011.

RÉALISATIONS DES DERNIÈRES ANNÉES

Comme nous l'avons vu, la réforme du système de santé a été enclenchée en 2003, le Plan d'action en santé mentale a été mis en œuvre en 2005 et le Douglas a été désigné institut universitaire en santé mentale en 2006. Les réalisations qui découlent de la désignation et de l'implantation du dernier Plan stratégique ont donc nécessairement ouvert la voie aux priorités identifiées dans le présent Plan stratégique.

Dans le dernier Plan stratégique, notre vision reposait sur trois orientations :

1. Exiger l'excellence et l'intégration des activités cliniques, d'enseignement et de recherche :

Cette approche intégrative s'inscrivait dans la philosophie d'organisation apprenante, d'interdisciplinarité, d'amélioration continue et de recherche constante d'excellence. Elle appelait à une synergie renouvelée.

Des 10 objectifs, 8 d'entre eux ont été réalisés alors que les 2 autres sont maintenant intégrés au Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques, lequel est poursuivi dans le présent Plan stratégique. Lors de la dernière visite d'Agrément Canada tenue en avril 2011, les visiteurs ont d'ailleurs souligné l'excellente intégration des activités cliniques, d'enseignement et de recherche qu'ils ont qualifiée de palpable dans l'Institut. Le Centre de recherche a également reçu la visite du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) en 2011 et s'est vu attribuer une cote générale d'« Excellent » : deux thèmes de recherche sur quatre ont reçu la cote « Exceptionnel » ; les deux autres, la cote « Excellent ». Tel que mentionné précédemment, le projet de recherche en épidémiologie sociale et psychiatrique mené par l'Équipe des IRSC nous a permis de parfaire nos connaissances de notre clientèle et de mieux prédire l'évolution des besoins. Nous avons également développé un projet d'environnement physique

qui reflète notre vision d'un institut moderne. Ce projet novateur, fondé sur les données probantes en matière de *design* en santé mentale et sur le concept d'environnement guérissant, a reçu l'aval de l'Agence de Montréal et est à l'étude au MSSS. Ce projet demeure donc un objectif central du présent Plan stratégique.

2. **Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale :** Cette orientation s'inscrivait dans un effort de déstigmatisation et de partenariat, et s'appuyait sur le *leadership* des membres de l'organisation. La prémisse étant que l'amélioration des connaissances et leur partage avec l'ensemble de nos partenaires, les patients, leurs proches et le public serviraient à réduire progressivement les préjugés et l'ostracisme, et permettraient aux personnes vivant avec une maladie mentale d'évoluer dans un milieu plus accueillant. Cette orientation visait également à inciter les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale à demander de l'aide plus rapidement, en plus de leur permettre de s'approprier un plus grand pouvoir sur leur vie et de s'épanouir pleinement dans la communauté.

Nos cibles ont été atteintes, mais nous devons continuer nos interventions. Les programmes cliniques et le Centre de recherche ont décuplé les activités de transfert de connaissances. Agrément Canada a d'ailleurs reconnu l'excellence du programme de transfert des connaissances du Programme des troubles de l'alimentation et de l'École Mini-Psy du Programme d'éducation du public leur accordant la mention de « Pratique exemplaire ». Ces activités ont été appuyées par la création d'un site Internet de référence en santé mentale qui inclut également un partenariat avec PasseportSanté.net qui publie dans son site l'information en santé mentale produite par les experts du Douglas. Le Centre de recherche a poursuivi son développement dépassant même les attentes. Finalement, comme nous le détaillerons plus tard, de nombreux membres

de l'Institut participent à des comités décideurs, ont reçu des nominations ou sont sollicités pour leur expertise assurant ainsi une présence exceptionnelle du Douglas et son influence sur la scène tant locale que régionale ou internationale. Le présent Plan stratégique reprend cette orientation dans le but d'étendre encore davantage le rayonnement de l'Institut.

3. **Consolider la culture axée sur les résultats :**

Cette orientation misait sur l'excellence dans le but de consolider les efforts de rigueur pour atteindre les résultats visés et assurer le développement de l'organisation dans un contexte de rationalisation des ressources.

C'est ainsi que, dans le cadre du dernier Plan stratégique, nous avons révisé et amélioré nos structures organisationnelles pour nous adapter à

notre environnement, à la désignation d'institut et au Plan d'action en santé mentale. Nous avons procédé à une restructuration menant à la mise en place des huit programmes-clientèles actuels. Dans un souci de rigueur et de rationalisation, nous avons également amélioré nos outils de gestion et d'aide à la prise de décision et avons mis en place un Centre d'analyse et d'optimisation des processus en plus de rehausser l'ensemble des activités de qualité et de gestion des risques. Comme nous le verrons plus tard, ces réalisations nous ont permis d'augmenter sensiblement notre volume d'activité et de diminuer drastiquement les délais d'accès aux services, et ce, en dépit de l'importante réduction des ressources.

En plus d'être à la base du Plan stratégique, la désignation d'institut universitaire en santé mentale a constitué un moteur de changement clé puisqu'elle **a influencé la culture même de l'organisation**. Cette influence se reflète dans la vision, la mission et les valeurs du Douglas, mais aussi dans le sens d'appartenance et la fierté d'appartenir à une organisation reconnue pour son excellence.

Les retombées sont nombreuses et variées. Elles passent par la concrétisation du Douglas à titre de pôle d'attraction pour

le recrutement et la rétention; la crédibilité auprès des partenaires qui se traduit par une augmentation marquée des participations aux différentes activités de formation; les changements perceptibles dans la culture organisationnelle; et les changements dans les conceptions du public en général par rapport à l'organisation et au rôle de l'Institut.

LE DOUGLAS AU PRÉSENT

4

Comme nous l'avons vu aux pages précédentes, le Plan stratégique 2011-2014 est le fruit de larges consultations et d'un processus très enrichissant d'analyse et de réflexion. Nous avons ainsi pu confirmer que le dernier Plan stratégique a permis au Douglas de bien se positionner dans le contexte en constante évolution du réseau de la santé et des services sociaux et, en particulier, du réseau de la santé mentale au Québec.

Des changements stratégiques, structurels et organisationnels importants ont été introduits au cours de l'implantation du Plan stratégique 2006-2011 et, compte tenu des travaux amorcés pendant cette période, il a été convenu, à la suite de l'exercice de réflexion et de consultation, d'adopter un plan stratégique qui s'inscrit dans la continuation du précédent Plan puisque les orientations stratégiques demeurent sensiblement les mêmes.

Ce processus nous a donc permis de préciser davantage notre mission et notre vision, et de les valider auprès des différents partenaires et collaborateurs dans le cadre du processus de consultation.

Alors que la mission décrit la raison d'être fondamentale de l'organisation, la vision donne un aperçu de ce qui constituera un succès. La vision est réaliste mais stimulante. Voici donc la mission et la vision qui guideront nos actions pour les trois prochaines années.

MISSION

En collaboration avec les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, leurs proches et la communauté, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a pour mission :

- ▶ d'offrir des soins et des services de pointe;
- ▶ de faire avancer et de partager les connaissances en santé mentale.

VISION

LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR.

La définition que nous utilisons pour décrire le concept du rétablissement en santé mentale est celle de W. Anthony⁴³ qui est largement reconnue et répandue :

[Traduction libre] *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique de changement des attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés et rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et participative, et ce, même avec les limites que cause la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but à la vie qui transcendent les effets catastrophiques de la maladie mentale.*

⁴³ Anthony, W. A. « Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, vol. 16, n° 4, pp. 11-23.



Fort de cette vision et en réponse aux différents commentaires recueillis tout au long du processus de planification stratégique, nous avons légèrement ajusté nos valeurs qui, en plaçant le patient au centre de nos préoccupations, mettent en lumière l'excellence dans les pratiques, l'innovation dans les programmes d'enseignement et la contribution importante de la recherche à l'avancement, à l'échange et à l'application des connaissances en santé mentale. L'essentiel de ces valeurs a façonné le Douglas et celles-ci sont toujours aussi vraies aujourd'hui. Nous les avons donc conservées à l'exception de une qui a été modifiée pour être plus inclusive et mieux alignée sur le concept de rétablissement. Les définitions des valeurs ont également été bonifiées pour y refléter le concept de rétablissement et le partenariat.

Ces valeurs partagées forment le tissu même de l'Institut, la trame de fond de la culture organisationnelle. Elles guident les orientations et les actions.

**« POUR MOI, LE
RÉTABLISSEMENT EST
QUE L'ESPOIR RESTE
TOUJOURS VIVANT
MALGRÉ LA MALADIE. »**

AMINE SAADI
Chef clinico-administratif

VALEURS

Engagé dans le rétablissement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, le Douglas valorise l'**excellence**, l'**innovation** et le **potentiel humain** fondés sur l'**engagement** et la **collaboration**.

- ▶ **Excellence** : Avoir le courage d'appliquer les meilleures pratiques avec rigueur, de se remettre en question, de s'évaluer, d'intégrer la recherche dans toutes nos activités et d'être une organisation apprenante. Chercher à atteindre un niveau d'efficacité organisationnelle optimal.
- ▶ **Innovation** : Être un milieu stimulant et dynamique où l'on développe des nouvelles connaissances pour mieux comprendre, partager, soigner et donner espoir.
- ▶ **Potentiel humain** : Valoriser le potentiel et croire au dépassement de la personne. Faire évoluer le savoir dans l'action grâce au partage et à l'accompagnement.
- ▶ **Engagement** : Réaliser notre mission d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.
- ▶ **Collaboration** : S'assurer que le patient participe activement aux décisions qui concernent ses soins et travailler avec l'équipe interdisciplinaire à son rétablissement. Développer et consolider les partenariats internes, communautaires, universitaires, scientifiques et internationaux pour réaliser la vision.

MANDAT

L'article 89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), L.R.Q., chapitre S-4.2, définit un institut universitaire ainsi : « [...] tout centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, participe à l'enseignement médical, principalement dans cette discipline médicale, selon les termes d'un contrat

d'affiliation conclu conformément à l'article 110, offre des services médicaux ultraspécialisés ou spécialisés ou des services reliés à la médecine familiale, procède à l'évaluation des technologies de la santé et gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec. »

Par ailleurs, dans le domaine spécifique de la santé mentale, le MSSS poursuivait des objectifs particuliers par la désignation au titre d'institut universitaire en santé mentale. Ces objectifs viennent donc cibler davantage l'action de l'Institut. Ils sont cités comme suit dans le rapport de désignation :

- ▶ Favoriser l'émergence, dans les milieux de pratique, d'une culture universitaire qui soit une source de connaissance utile pour le maintien et le développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant un problème de santé mentale et à leurs proches.
- ▶ Offrir à l'institution universitaire l'occasion d'un ancrage de ses fonctions d'enseignement et de recherche dans un milieu de pratique riche et diversifié tant en ce qui concerne les clientèles desservies que les expertises disciplinaires, interdisciplinaires, communautaires et intersectorielles.
- ▶ Permettre aux institutions en présence, dans le respect de leur mission respective, de réaliser les orientations ministérielles en matière de soins et de services en santé mentale tant dans les services de base dans la communauté que dans les services hospitaliers et les services spécialisés de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale.

Pour sa part, le Plan d'action en santé mentale ajoute une dimension complémentaire au rôle de l'institut universitaire en santé mentale : « [...] d'innover dans le développement des pratiques de soins partagés, de contribuer au meilleur arrimage possible des soins spécialisés et des services de santé mentale offerts

dans les services de première ligne, et de soutenir la mise en place de mesures d'intégration sociale. »

Nous pouvons donc résumer le rôle de l'institut universitaire en santé mentale comme étant un centre de référence et d'excellence qui développe et partage les connaissances en santé mentale.

Plus concrètement, nous définissons notre mandat comme suit :

Le Douglas est un institut universitaire en santé mentale en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À ce titre, le Douglas doit, en plus d'exercer les activités propres à sa mission, offrir des services spécialisés et ultraspécialisés (**Soigner**), participer à l'enseignement (**Enseigner**), procéder à l'évaluation des technologies de la santé (**Évaluer**) et administrer un Centre de recherche accrédité (**Découvrir et Partager**).

► **Soigner :**

Nos équipes interdisciplinaires offrent des services à tous les groupes d'âge. Le bassin de desserte du Douglas pour les services de 2^e ligne est de près de 300 000 habitants et couvre deux territoires du sud-ouest de Montréal : le CSSS du Sud-Ouest-Verdun et le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle. À titre d'institut universitaire en santé mentale et en collaboration avec les établissements du RUIS McGill, le mandat de 3^e ligne du Douglas couvre 23 % de la population du Québec incluant près de 50 % de la population de Montréal (1,7 million d'habitants au total) et environ 63 % du territoire québécois. De plus, le Douglas est désigné en vertu de la LSSSS à titre d'établissement devant également offrir l'ensemble de ses services en anglais aux personnes d'expression anglaise.

► **Enseigner :**

Affilié à l'Université McGill et en partenariat avec d'autres institutions d'enseignement, nous formons la relève et offrons un curriculum de pointe en santé mentale à toutes les disciplines professionnelles concernées. Nous contribuons

également à l'avancement de meilleures pratiques en consolidant les programmes de formation avec nos partenaires.

► **Évaluer :**

Dans un contexte d'amélioration continue des pratiques, nos cliniciens et chercheurs évaluent les technologies et les modes d'intervention pour étendre les bénéfices cliniques et l'efficacité du réseau dans son ensemble.

► **Découvrir :**

Nos chercheurs et cliniciens se consacrent à l'étude tant de la maladie mentale que de la santé mentale, faisant ainsi avancer les connaissances dans les domaines des neurosciences, des pratiques cliniques et de l'optimisation des services.

► **Partager les connaissances :**

Nos chercheurs et cliniciens font évoluer les pratiques en intégrant les découvertes scientifiques à la pratique clinique et à l'organisation des services. Nous formons les professionnels et participons avec nos partenaires à la diffusion des nouvelles connaissances et des meilleures pratiques de manière à optimiser le réseau de services en santé mentale. Nous développons des outils en soutien à la pratique et à la prise de décision éclairée basée sur les meilleures connaissances disponibles. Nous contribuons à la déstigmatisation de la maladie mentale par des programmes de sensibilisation offerts au grand public.

POSITIONNEMENT

Le Douglas est un des trois instituts universitaires en santé mentale au Québec et son Centre de recherche est le plus important au Québec et un des deux plus grands au Canada. Celui-ci a été désigné en 1982 par l'OMS comme premier Centre collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale au Canada.

Nos cliniciens, chercheurs et étudiants ont remporté de nombreux prix et reconnaissances incluant des doctorats honorifiques, l'Ordre du Canada et l'Ordre national du Québec, la Personnalité la Presse, le titre de Scientifique de l'année de Radio-Canada, le Prix de la santé et du bien-être psychologique de l'Ordre des psychologues du Québec, le Prix des médecins de cœur et d'action de l'association Médecins francophones du Canada, le Prix d'excellence Hector-L.-Bertrand de l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux, le Prix du médecin clinicien enseignant de l'Association médicale du Québec, le Grand Prix du Collège des médecins du Québec, etc. Ils ont publié plusieurs articles et participé à de nombreuses conférences prestigieuses. De plus, plusieurs représentants du Douglas sont sollicités par les différents gouvernements ou ministères pour participer à des comités consultatifs ou décideurs en santé, académiques ou scientifiques, ce qui constitue un gage de l'impact et du rayonnement de l'Institut.

La chef du Département de psychiatrie du Douglas est également directrice du Département de psychiatrie de l'Université McGill et agit comme présidente de la Table sectorielle en psychiatrie pour la région de Montréal. Elle contribue donc d'une manière tout à fait spéciale au rayonnement de notre Institut dans tout le réseau McGill et à l'échelle de la province.

Plusieurs de nos programmes intègrent la recherche et l'enseignement aux activités cliniques, et les cliniciens-chercheurs jouent un rôle de *leadership*, tout particulièrement au sein du RUIS McGill, que ce soit au sujet des troubles de l'alimentation, des troubles bipolaires, de la dépression et des risques suicidaires ou des premiers épisodes psychotiques. Nous avons également signé une entente avec le *Program on Recovery and Community Health* de l'Université Yale dans le cadre d'une collaboration sur le rétablissement.

Mentionnons également le fait que le directeur scientifique du Centre de recherche a été nommé vice-doyen aux Initiatives stratégiques et conseiller spécial en santé à McGill, en plus d'occuper le poste de directeur de l'Initiative internationale sur les démences

des IRSC. Il a maintenant quitté toutes ces fonctions pour le prestigieux poste de scientifique en chef du Québec. De plus, d'autres représentants du Douglas occupent ou ont occupé des postes prestigieux tels que la présidence du comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, la direction du Centre McGill d'études sur le vieillissement, la direction du programme d'études sur la prévention de la maladie d'Alzheimer, consultant expert au commissaire à la santé et au bien-être du MSSS, la direction du Centre sur le neurodéveloppement à Singapour, la CSMC, et enfin, des postes au sein de différents conseils d'administration comme celui du FRQS, de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) et bien d'autres.

Reconnu comme centre modèle par le FRQS, le Centre de recherche se distingue par ses projets novateurs, tout aussi bien en neurosciences qu'en recherche clinique et psychosociale.

Les dernières années ont été des plus stimulantes et enrichissantes pour le Centre de recherche. La réalisation de deux grands projets d'infrastructures, soit le Centre de neurophénotypage, subvention du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), et le Centre d'imagerie cérébrale, subvention obtenue dans le cadre du Programme d'infrastructure du savoir du gouvernement fédéral en collaboration avec le MDEIE. Ces investissements, totalisant plus de 26 M\$, ont très certainement contribué à dynamiser nos équipes de recherche en plus d'assurer leur excellence et leur compétitivité aussi bien au Québec qu'à l'étranger.

Nos chercheurs ont reçu des bourses salariales prestigieuses, dont des subventions des IRSC, d'importantes subventions d'infrastructure de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et du gouvernement du Québec ainsi qu'une subvention du FRQS pour le développement des activités de notre Banque de cerveaux. De nos chercheurs, sept sont titulaires de chaires de recherche du Canada.

Quant à lui, le Centre collaborateur OMS/OPS⁴⁴ de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale travaille avec les chercheurs et les cliniciens de l'Institut Douglas pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale à travers le monde, et est particulièrement actif dans la formation de professionnels en santé mentale en Amérique du Sud, en Asie et dans les Antilles. Il a d'ailleurs été nommé Centre expert des désordres post-traumatiques en Haïti.

Le mandat du Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal se veut à la fois consultatif, scientifique et éducatif, et fait appel à un réseau de consultants bien établi, comme l'Université McGill à laquelle le Centre collaborateur est affilié, ainsi qu'à de nombreux autres établissements de santé, institutions de haut savoir, organismes communautaires et organismes non gouvernementaux (ONG) à travers le monde.

Il va sans dire que toutes ces nominations et associations assurent une présence exceptionnelle et un réseau unique pour le Douglas tant sur la scène locale que sur la scène internationale.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE, CLINIQUE ET SCIENTIFIQUE

Pour répondre aux changements dans notre environnement, tant à l'interne qu'à l'externe, et tout particulièrement au Plan d'action en santé mentale et à la désignation à titre d'institut universitaire en santé mentale, le Douglas a entrepris de revoir sa structure organisationnelle en 2006-2007. Ce Plan situe le Douglas dans le réseau de la santé et des services sociaux restructuré et en transformation. Il décrit l'offre de services spécialisés et ultraspecialisés.

Le Plan d'organisation confirme et améliore l'articulation du modèle de gestion clinique par programme-clientèle fondé sur la **cogestion** et l'**approche clinique centrée sur le patient**, et des concepts d'**organisation apprenante** et d'**interdisciplinarité** introduits lors

du Plan d'organisation de 1999-2002. De plus, l'organisation clinique, scientifique et académique est bien intégrée pour assurer un maximum d'interdisciplinarité et de partage des connaissances parmi les chercheurs, les cliniciens et les étudiants.

Le modèle d'organisation par programme-clientèle suggère une réorganisation de l'offre de services et de la prestation des soins autour des diverses clientèles desservies afin de faciliter le flux naturel de l'épisode de soins et de rendre ainsi l'organisation plus flexible⁴⁵. Principalement, la gestion par programme-clientèle vise à regrouper dans un même processus de soins les activités et les ressources qui y sont consacrées ainsi que les activités de recherche et d'enseignement. De plus, ce modèle permet une meilleure coordination des divers acteurs ou partenaires puisque les ressources sont organisées autour de clientèles particulières.

Le Plan d'organisation est également aligné sur l'organisation scientifique du Centre de recherche de telle sorte qu'il facilite l'intégration des différents volets de la mission universitaire et du rôle d'institut et de prestataire de services de 2^e et de 3^e lignes.

Nos équipes de recherche sont multidisciplinaires allant de la recherche fondamentale à la recherche clinique, de la recherche évaluative et psychosociale à la santé des populations.

Nos chercheurs sont regroupés en quatre thèmes de recherche : 1) Vieillesse et maladie d'Alzheimer; 2) Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux; 3) Services, politiques et santé des populations; 4) Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI).

Ce Plan a été adapté et ajusté à mesure des transformations qui ont découlé des transferts de ressources dans le cadre de l'implantation du Plan d'action en santé mentale ou d'autres changements dans notre environnement.

⁴⁵ Luc, D., et A. Rondeau. « La mise en place d'une gestion par programmes : impacts sur les rôles, responsabilités et rapports d'influence. Le cas de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. », *Revue Interactions*, Université de Sherbrooke, 2002, vol. 6, n° 2, pp. 27-42.

⁴⁴ OPS : Organisation panaméricaine de la Santé.

CLIENTÈLE

La DACTCE, qui regroupe tous les programmes-clientèles, a développé le Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques en réponse à différents objectifs du dernier Plan stratégique. La première phase de ce Cadre de référence portait sur l'élaboration du portrait de la clientèle des programmes et a été terminée en 2011. Voici quelques données sur la clientèle des différents programmes.

Diagnostic de la clientèle : Voici un aperçu des derniers diagnostics principaux les plus fréquents par programme :

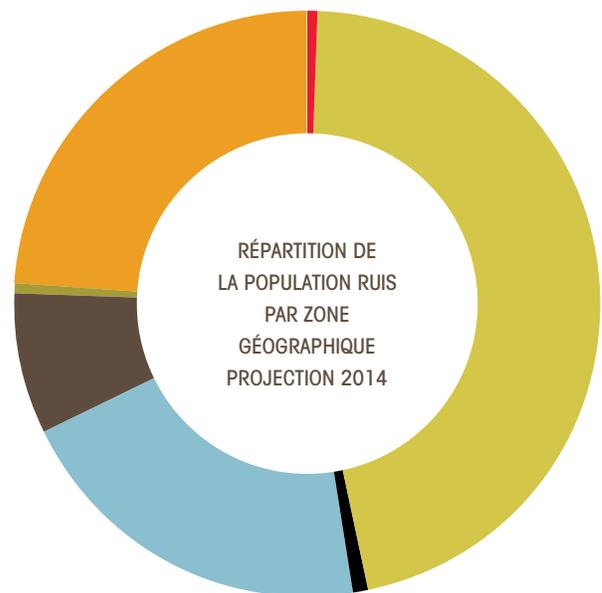
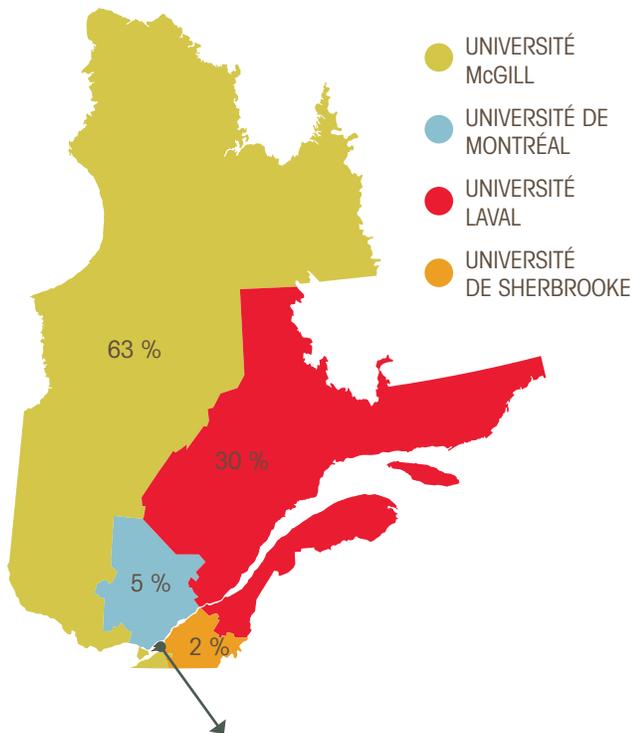
DERNIERS DIAGNOSTICS PRINCIPAUX LES PLUS FRÉQUENTS		POURCENTAGE
Programme de pédopsychiatrie	Instabilité de l'enfance (Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – TDAH)	26 %
	Troubles envahissants du développement	16 %
	Troubles de l'adaptation	15 %
Programme de santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest	Troubles bipolaires	22 %
	Psychoses schizophréniques	16 %
	Troubles d'anxiété	10 %
Programme des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	Troubles bipolaires	35 %
	Psychoses schizophréniques	17 %
	Troubles d'anxiété	16 %
Programme des troubles psychotiques	Psychoses schizophréniques	57 %
	Troubles bipolaires	18 %
	Autres psychoses non organiques	7 %
Programme des troubles de l'alimentation	Troubles de l'alimentation	92 %
Programme de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	Retard mental	34 %
	Troubles envahissants du développement	13 %
	Psychoses schizophréniques	12 %
Programme de réadaptation psychosociale et d'hébergement spécialisés	Psychoses schizophréniques	46 %
	Troubles bipolaires	5 %
Programme de gérontopsychiatrie	Démence (incluant la maladie d'Alzheimer)	23 %
	Troubles bipolaires	22 %
	Troubles schizophréniques	11 %

Profil d'âge de la clientèle : Le profil d'âge de la clientèle a changé de 2006-2007 à 2010-2011 :

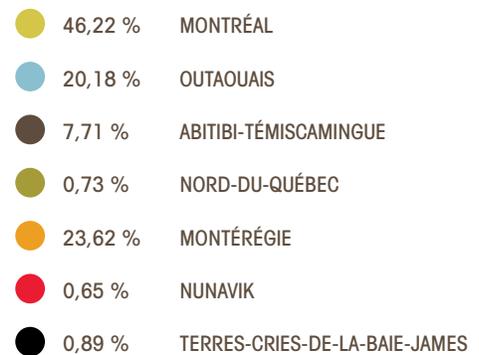
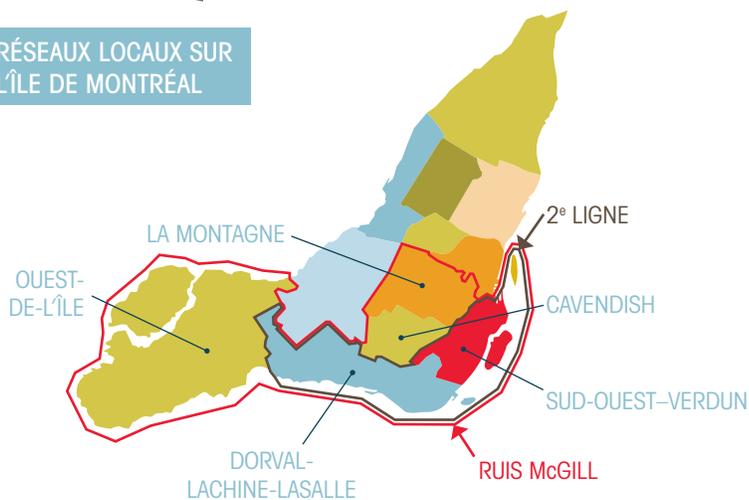
- ▶ Les plus fortes hausses de clientèles se situent chez les jeunes de 13 à 18 ans (hausse de 35,6 %), chez les jeunes adultes de 18 à 25 ans (hausse de 17,6 %) ainsi que chez les personnes âgées de plus de 75 ans (hausse de 16,7 %).
- ▶ Plusieurs programmes accueillent une proportion importante de patients qui avancent en âge (Programme de gérontopsychiatrie, Programme de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique et Programme de réadaptation psychosociale et d'hébergement spécialisés).

Provenance de la clientèle : Le bassin de desserte de l'Institut Douglas est constitué, pour les services de 2^e ligne, des CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et du Sud-Ouest-Verdun. Dans le cas des services de 3^e ligne, le Douglas dessert l'ensemble du territoire du RUIS McGill.

TERRITOIRES DES RUIS



RÉSEAUX LOCAUX SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL



Il n'est donc pas surprenant qu'une forte proportion (64 %) des patients de l'Institut soient des résidents de l'un ou de l'autre des deux territoires des CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et du Sud-Ouest-Verdun. Des variations significatives existent toutefois selon les programmes puisque certains d'entre eux répondent à une forte demande de différentes régions du Québec en raison de leur mandat de 3^e ligne.

PROGRAMMES	PROVENANCE DE LA CLIENTÈLE SELON LES TERRITOIRES DE CSSS			PROVENANCE DE LA CLIENTÈLE SELON LES TERRITOIRES DE RUIS			
	DORVAL-LACHINE-LASALLE ET SUD-OUEST-VERDUN	AUTRES TERRITOIRES DE MONTRÉAL	EXTÉRIEUR DE MONTRÉAL	McGILL		MONTRÉAL	LAVAL OU SHERBROOKE
				ENSEMBLE DES CSSS	SAUF CSSS DOUGLAS		
Programme de pédopsychiatrie⁴⁶	49 %	24 %	27 %	78 %	29 %	19 %	3 %
Programmes pour adultes							
Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	70 %	29 %	1 %	85 %	15 %	15 %	-
Réadaptation psychosociale et hébergement spécialisés	76 %	19 %	5 %	92 %	16 %	7 %	1 %
Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest							
▶ Services de l'urgence seulement (incluant l'unité d'intervention brève – UIB)	71 %	16 %	13 %	84 %	13 %	14 %	2 %
▶ Sauf Services de l'urgence	80 %	12 %	8 %	88 %	8 %	11 %	1 %
Troubles de l'alimentation	10 %	44 %	46 %	37 %	27 %	55 %	8 %
Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	75 %	13 %	12 %	85 %	10 %	13 %	2 %
Troubles psychotiques	64 %	28 %	8 %	85 %	21 %	14 %	1 %
Programme de gérontopsychiatrie	71 %	15 %	14 %	87 %	16 %	11 %	2 %

Cette première phase du Cadre de référence nous a également permis de dégager certaines conclusions quant au profil de la clientèle :

- ▶ Les hospitalisations en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001) sont relativement fréquentes :
 - Environ une personne sur trois (31 %) hospitalisées au cours d'une année fait l'objet d'une mise sous garde;
 - d'entre elles, 7 % sont sous la responsabilité du Tribunal administratif du Québec (TAQ).
- ▶ La clientèle se compose d'un peu plus de femmes (52 % en 2010-2011) que d'hommes (48 % pour la même année) et environ 4 % des patients sont sous un régime de protection.

⁴⁶ Le bassin de desserte est différent pour les jeunes comparativement à celui des adultes et englobe d'autres CSSS particulièrement pour les jeunes anglophones.

Évolution du profil de la demande de services depuis l'implantation du Plan d'action en santé mentale

Comme nous l'avons vu, plusieurs changements importants sont survenus dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours de la période couvrant le dernier Plan stratégique. Ils ont entraîné des impacts importants sur l'organisation et la prestation des services. Ces réformes visaient entre autres à accroître l'offre de services de proximité (1^{re} ligne) et à réduire les recours aux services spécialisés (2^e ligne) et ultraspecialisés (3^e ligne). Pour assurer ce virage, le Plan d'action en santé mentale prévoyait des transferts de ressources des établissements psychiatriques vers les CSSS. En dépit des transferts de ressources importants de l'Institut Douglas vers les CSSS environnants, le volume de la demande et le volume d'activité n'ont cessé d'augmenter de 2006-2007 à 2010-2011.

- ▶ **Visites à l'urgence** : Le nombre de visites à l'urgence a augmenté de 11,8 %.
- ▶ **Hospitalisations** : En dépit du fait que le nombre

de lits est demeuré le même (241 lits) :

- le nombre d'admissions a augmenté de 11,4 %; pour les unités de courte durée, il a augmenté de 9,33 %;
- la durée moyenne de séjour a diminué de 19 % (de 81 à 66 jours);
- le taux d'occupation des lits est passé de 108,3 à 114 % et est particulièrement élevé dans les programmes pour adultes suivants :
 - Programme de santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest : 137 %;
 - Programme des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité : 126 %;
 - Programme des troubles psychotiques : 125 %.

▶ Services externes :

- Le nombre de patients suivis a augmenté de 14 % (de 8 368 à 9 538 personnes différentes).
- Les efforts investis pour diminuer les délais d'accès ont porté leurs fruits comme le montre le tableau suivant :

SERVICES	VARIATION DE 2006-2007 À 2010-2011		
	REQUÊTES EN %	DÉLAI MOYEN	
		EN JOURS	%
Tous les services confondus	↑ 9,6 %	↓ 92 à 53	↓ 41,7 %
Module d'évaluation-liaison pour adultes (guichet d'accès)	↓ 31,7 %	↓ 51 à 20	↓ 61,5 %
Autres services aux adultes et aux personnes âgées de 2 ^e et de 3 ^e lignes excluant les Troubles de l'alimentation	↑ 89,1 %	↓ 80 à 26	↓ 67,0 %
Troubles de l'alimentation	↑ 13,2 %	↓ 234 à 116	↓ 50,6 %
Pédopsychiatrie	↓ 14,3 %	↓ 131 à 113	↓ 14,9 %
▶ Excluant l'Équipe des Troubles envahissants du développement (TED)	↓ 27,6 %	↓ 146 à 76	↓ 48,0 %
▶ Équipe TED seulement	↑ 24,7 %	↑ 83 à 201	↑ 142,1 %
Ensemble de l'Institut sauf l'Équipe TED	↑ 8,7 %	↓ 92 à 43	↓ 53,1 %



« POUR MOI, LE
RÉTABLISSEMENT,
C'EST REPENDRE LE
CONTRÔLE DE SA VIE. »

MICHEL PERREULT
Chercheur

ENJEUX ET DÉFIS

En plus d'évaluer les progrès dans l'atteinte des objectifs du dernier Plan stratégique, les consultations tenues tout au long du présent exercice de planification stratégique nous ont permis de dégager les principaux enjeux et défis qu'il nous faut adresser au cours des trois prochaines années et qui, comme nous le verrons, s'alignent tout à fait sur les priorités fédérales, provinciales et régionales.

Les deux thèmes principaux récurrents qui se dégagent des consultations sont le **partenariat** et le **rétablissement**. Ces deux thèmes sont donc intégrés dans les orientations et objectifs stratégiques.

PARTENARIAT

Les personnes consultées ont soulevé l'importance du partenariat, que ce soit à l'externe ou à l'interne, pour améliorer les services, les résultats cliniques et la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Dans le cas du partenariat externe, de nombreuses barrières existent du fait de l'organisation des services constituée de plusieurs programmes-services : santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc., et ce, sans compter les barrières entre les services pour les jeunes et ceux pour les adultes. Les programmes-services ont un financement et un modèle d'organisation propres à chacun d'eux, ce qui rend les liens difficiles. Pourtant, la santé mentale a des liens incontestables avec les jeunes en difficulté, les dépendances, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, sans compter que de nombreux patients âgés stabilisés présentent maintenant un profil plutôt relié à la perte d'autonomie liée au vieillissement. D'autres partenaires tout aussi importants s'ajoutent à ce noyau, dont les services de police, les écoles, les organismes d'appui aux familles, les différentes ressources pour

les itinérants, les alcooliques, les toxicomanes, les personnes aux prises avec des problèmes de jeu compulsif, etc. La réforme du système de santé a introduit des changements dans l'offre de services et dans les interactions entre les différents partenaires. Ces derniers doivent donc renouveler leurs efforts pour s'assurer que le patient demeure au cœur des décisions. Les démarches entreprises dans le cadre de l'implantation du Plan d'action en santé mentale doivent être intensifiées pour améliorer l'accès et assurer la coordination et la fluidité dans la prestation des services de santé mentale.

Quant à lui, le partenariat interne est tout aussi important et prend différents visages, qu'il s'agisse de l'interdisciplinarité, de l'intégration du patient et de sa famille au processus décisionnel et au processus de soins, ou de l'intégration de la recherche et de l'enseignement aux activités cliniques. Comme nous l'avons vu précédemment, le Douglas a fait des progrès considérables en ce sens au cours des dernières années en dépit des contraintes de l'environnement interne dont la principale d'entre elles est l'environnement physique, lequel est réparti dans 33 pavillons. Les réalisations des dernières années doivent être maintenues et même accentuées particulièrement dans le cas de l'intégration des patients et de leurs familles dans un contexte de rétablissement.

Eu égard à ce qui précède, il n'est donc pas surprenant de constater que le partenariat constitue un thème sous-jacent important des orientations et objectifs stratégiques 2011-2014.

RÉTABLISSEMENT

Un autre thème récurrent soulevé tout au long des consultations est celui du rétablissement. Tous s'entendent pour dire qu'il s'agit d'un processus personnel que la personne vivant avec une maladie mentale doit s'approprier et entreprendre. Toutefois, plusieurs se questionnent quant au rôle d'un institut universitaire en santé mentale dans ce processus foncièrement personnel.

Des études récentes de Davidson et coll.⁴⁷ et de Latimer et coll.⁴⁸ démontrent que les pratiques fondées sur les données probantes et le rétablissement sont complémentaires et permettent de mieux définir l'offre de services de proximité qui peuvent aider les patients à atteindre leurs objectifs tout en utilisant les ressources du système de santé mentale uniquement si cela s'avère nécessaire. Toutefois, l'accès à ces pratiques demeure très limité.

L'exercice de planification stratégique nous a permis de mieux circonscrire le rôle du Douglas et les mesures que nous pouvons mettre en place pour soutenir et promouvoir le rétablissement. Les principaux champs d'action du Douglas se situent dans les domaines suivants :

- ▶ Donner un espoir crédible de rétablissement grâce :
 - à la recherche, à l'avancement des connaissances qui permettent d'innover et de découvrir de nouvelles molécules ou de nouveaux traitements plus efficaces;
 - à l'excellence des services, à l'échange des connaissances et à l'application des meilleures pratiques fondées sur les données probantes qui assurent une qualité toujours améliorée des soins et de la relève;
 - à la prévention secondaire et tertiaire pour retarder l'apparition de la maladie ou les rechutes en misant sur le dépistage, le diagnostic, les interventions précoces et la médecine personnalisée.
- ▶ Faciliter la réinsertion des personnes comme des citoyens à part entière grâce :
 - aux efforts de déstigmatisation fondés sur l'échange et l'application des connaissances et l'éducation du public.

Outre ces deux thèmes centraux, d'autres enjeux importants ont aussi été soulevés au cours de l'exercice et font l'objet d'orientations ou d'objectifs spécifiques ou ont un impact direct sur leur réalisation ainsi que sur la qualité des soins et la sécurité. Notons tout particulièrement les enjeux liés à l'environnement physique et au manque d'effectifs psychiatriques.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE, QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Les problèmes qui découlent de notre environnement physique sont considérables et affectent la qualité des soins, la sécurité, les résultats cliniques, l'intégration, l'échange et l'application des connaissances et même la culture organisationnelle.

Nos installations actuelles, 33 édifices dispersés sur un terrain de 165 acres, présentent des défis majeurs pour la clientèle de consultation externe et leurs proches puisque ceux-ci doivent parcourir de longues distances entre les points de service de transport en commun et les installations, et doivent souvent se déplacer d'un édifice à l'autre pour obtenir leurs services (clinique, laboratoire, activité de réadaptation, etc.). Il n'existe aucun poste d'accueil centralisé, centre d'information pour la communauté ou espace pour les partenaires communautaires qui sont en appui aux personnes qui utilisent nos services.

Les difficultés sont encore plus importantes pour la clientèle hospitalisée. Essentiellement, celle-ci est composée de personnes qui posent un risque pour elles-mêmes ou pour autrui. Ces personnes souffrent d'un épisode psychotique, d'une dépression majeure ou encore d'anxiété aiguë. La condition actuelle de nos édifices fait en sorte que ces personnes partagent les mêmes locaux et, qui pis est, souvent la même chambre, les locaux exigus de l'urgence ou des soins intensifs.

Or, de telles conditions nuisent aux traitements et retardent le rétablissement en plus de représenter un facteur de risque important. Le manque d'espace, la configuration des édifices et les contraintes

⁴⁷ Davidson, L., et coll. « Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery », *Community Ment Health J*, 2009, vol. 45, n° 5, pp. 323-332.

⁴⁸ Latimer, E. A., G. R. Bond et R. E. Drake. « Economic Approaches to Improving Access to Evidence-Based and Recovery-Oriented Services for People With Severe Mental Illness », *Can J Psychiatry*, 2011, vol. 56, n° 9, pp. 523-529.

structurelles qu'ils comportent font en sorte que :

- ▶ les lieux privés qui assurent la confidentialité sont inexistants;
- ▶ il n'y a pas d'espaces accueillants pour les familles;
- ▶ il n'y a pas d'espaces extérieurs sécuritaires ou adéquats sur le plan thérapeutique : les bâtiments ont été regroupés au centre du terrain pour isoler les patients de la communauté; malgré les espaces verts dont nous disposons, il est impossible aujourd'hui de les intégrer au milieu thérapeutique de façon adéquate et sécuritaire;
- ▶ les patients ne peuvent pas exercer de contrôle sur leur environnement (choix de la ou des personnes qui partagent leur chambre, bruit, éclairage, chauffage ou aération, décoration, etc.). En effet :
 - 56 % des chambres sont à occupation multiple;
 - 92 % des patients partagent les salles de bain;
 - 100 % partagent les douches;
 - les patients doivent sortir de leur chambre pour utiliser la salle de bain ou la douche;
- ▶ l'intégration des activités de recherche et d'enseignement aux activités cliniques est plus difficile.

Outre les effets néfastes de l'environnement actuel sur la santé mentale et la qualité de vie des personnes qui utilisent nos services et sur les conditions de travail du personnel, nos installations sont également inefficaces sur le plan fonctionnel. À cet égard, une étude de temps et mouvements a révélé que près de 15 % du temps des employés est consacré aux déplacements entre les pavillons, ce qui représente une perte financière annuelle de 7,5 M\$.

Si les installations demeuraient inchangées pour les 10 prochaines années, la facture liée à l'entretien des espaces inutilisables, à la mise à jour nécessaire des systèmes fonctionnels vétustes et au temps perdu en déplacements s'élèverait à plus de 185 M\$.

EFFECTIFS PSYCHIATRIQUES

Tel que mentionné précédemment, le manque d'effectifs psychiatriques du Douglas est une préoccupation constante dont la gravité est reconnue tant par le MSSS que par l'Agence de Montréal. Ce problème a d'ailleurs été soulevé dans la lettre du ministre lors de la désignation au titre d'institut universitaire en santé mentale en 2006 et réitéré par le ministre actuel dans sa lettre confirmant notre désignation en 2011. Ce manque d'effectifs jumelé au manque de médecins généralistes dans une grande partie de notre territoire de desserte fait en sorte qu'il est difficile d'implanter les soins partagés ou de collaboration et le système de psychiatres répondants, et d'assurer la couverture de régions éloignées comme les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik.

Ce défi est d'autant plus important qu'il représente un facteur de succès dans l'atteinte de plusieurs orientations et objectifs stratégiques. De plus, il est particulièrement difficile à surmonter puisqu'il est, en grande partie, hors de notre contrôle et découle de règles ministérielles strictes liées aux plans d'effectifs médicaux. Une collaboration étroite est essentielle, et des discussions se sont amorcées entre le Ministère, l'Agence, l'Université McGill et le Douglas pour résoudre l'impasse actuelle sans tarder comme le demande le ministre dans sa lettre d'août 2011.

L'AVENIR : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2011-2014

5

Comme nous l'avons vu, des changements importants ont eu lieu au cours des dernières années et ont modelé notre dernier Plan stratégique 2006-2011, lequel a donné lieu à une révision profonde de nos modes de fonctionnement, de nos structures et de notre modèle d'organisation. Les changements que le Douglas a vécus au cours de ces années imposent une planification claire et réfléchie qui guidera nos actions pour les trois prochaines années.

Le Plan stratégique servira à guider nos décisions et à mieux canaliser nos énergies en vue de réaliser notre vision : **LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR.**

Puisqu'il est d'ordre stratégique, le Plan se limite à identifier les orientations et les objectifs stratégiques, lesquels serviront ensuite de guide aux dirigeants

de l'Institut, de son Centre de recherche et de la Fondation dans l'élaboration de leurs plans d'action annuels respectifs. Le Plan stratégique sera également révisé et évalué annuellement de manière à intégrer les ajustements nécessaires aux objectifs ou aux cibles, le cas échéant, en fonction des changements dans notre environnement.

Centré sur le patient et sur la qualité des services qui lui sont offerts, le présent Plan stratégique s'appuie sur un bilan impressionnant de réalisations, l'intégration et l'excellence des soins et services, de la recherche et de l'enseignement.

Nous proposons donc de canaliser nos énergies sur les six orientations stratégiques suivantes retenues pour 2011-2014 :



1. **Faciliter le rétablissement, favoriser l'autodétermination et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale** : En continuation du dernier Plan stratégique, cette orientation mise sur l'excellence des services pour donner espoir, un espoir crédible fondé sur une approche intégrative qui s'inscrit dans la philosophie d'organisation apprenante, d'interdisciplinarité et d'amélioration continue.
2. **Instaurer une approche préventive en santé mentale** : Cette orientation mise sur des approches éprouvées de prévention secondaire ou tertiaire dans nos services ainsi que sur les percées de nos chercheurs qui nous permettront éventuellement de développer une approche de médecine personnalisée en santé mentale qui placera le patient et ses aidants naturels au cœur d'une programmation intégrée allant de la génomique à la qualité et à l'accessibilité des soins.
3. **Développer un environnement physique guérissant propice aux meilleures pratiques, à l'innovation et au rétablissement** : Fondé sur les données probantes du concept d'environnement guérissant en santé mentale, cette orientation vise essentiellement la construction d'un nouvel institut moderne, sécuritaire et propice au rétablissement.
4. **Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale** : Comme dans le dernier Plan stratégique, cette orientation s'inscrit dans un effort de déstigmatisation et de partenariat. Améliorer les connaissances et les partager avec nos partenaires et le public devraient réduire progressivement les préjugés et l'ostracisme, et soutenir le rétablissement et la réintégration dans un milieu plus accueillant.
5. **Développer et valoriser les ressources humaines et promouvoir l'excellence opérationnelle** : Cette orientation vient appuyer les

autres orientations stratégiques puisqu'elle mise sur la *leadership* et l'excellence des ressources humaines et sur l'efficacité opérationnelle pour réaliser la mission et la vision.

6. **Promouvoir la philanthropie au profit de la santé mentale** : La Fondation de l'Institut Douglas est un acteur clé de notre succès et nous permet d'entreprendre différentes initiatives prioritaires en plus de recruter des alliés solides à la cause de la santé mentale.

Ces orientations et les objectifs stratégiques qui en découlent guideront nos actions au cours des prochaines années et nous permettront de mieux cibler nos activités de développement, de réorganisation et d'allocation des ressources.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

ORIENTATION 1 :

Faciliter le rétablissement, favoriser l'autodétermination et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le rétablissement est un processus très personnel qui appartient à chaque personne qui vit avec un problème de santé mentale. Toutefois, la personne qui entreprend une démarche de rétablissement est en droit de recevoir les meilleurs services possible, sans délai et en toute sécurité.

Cette orientation vise donc à poursuivre les efforts d'amélioration continue des services entrepris dans le cadre du dernier Plan stratégique. En effet, la DACTCE s'est dotée d'un Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques dont le premier volet touchant l'offre de services actuelle est en voie d'être complété. Le Cadre de référence vise également à nous assurer que nos services répondent aux besoins en suivant de près l'évolution de la clientèle grâce

non seulement aux données tirées de nos systèmes d'informations ou d'autres sources, mais également aux travaux de l'Équipe des IRSC, dirigée par M. Jean Caron, Ph. D., chercheur de notre Institut.

Un espoir crédible de rétablissement passe également par l'application des meilleures pratiques, et par l'intégration de la recherche et de l'enseignement qui permet sans cesse d'innover et de trouver de nouvelles molécules ou de nouveaux traitements plus efficaces pour ensuite les partager et faire progresser les soins dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. La création du Module d'évaluation de programme et de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMS) sont des exemples d'initiatives qui permettront d'améliorer les résultats cliniques et d'assurer la poursuite de l'implantation du Cadre de référence dans chacun des programmes.

Le rétablissement passe également par des soins de qualité et sécuritaires qui tiennent compte de la personne dans son ensemble. C'est d'ailleurs une des prémisses de base de « Vers le rétablissement et le bien-être – Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada » dans lequel il est mentionné qu'« il a souvent été dit, avec raison, qu'une bonne santé globale est impossible sans une bonne santé mentale⁴⁹. » Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale éprouvent souvent plus de problèmes de santé physique que le reste de la population et, lorsqu'elles sont atteintes de maladies mentales graves, elles ont une **espérance de vie de 20 ans inférieure** à la moyenne. Le Douglas a donc lancé l'initiative « **Douglas a le corps à l'esprit**⁵⁰ » pour inciter les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale à être plus actifs et à adopter un mode de vie plus sain. C'est bien connu,

l'exercice est bénéfique pour la santé physique, mais il est également salutaire pour la santé mentale, particulièrement si les gens pratiquent des activités dans la collectivité. L'exercice favorise la neurogénèse. Il stimule la création de neurones. Les études démontrent que l'activité physique améliore la santé mentale ainsi que la santé et la plasticité du cerveau.

Le troisième objectif en appui au rétablissement vise à continuer d'améliorer l'accès aux services ainsi que la fluidité du cheminement du patient entre les différents services et tout particulièrement lors du passage à l'âge adulte. C'est reconnu, l'intervention précoce permet d'éviter ou de ralentir la progression de la maladie tandis que la continuité des services permet d'éviter les rechutes. Tel que mentionné précédemment, nous avons fait des progrès importants en ce sens au cours du dernier Plan stratégique, résultats qui ont d'ailleurs été soulignés par le ministre dans sa lettre de confirmation de la désignation d'institut, et nous voulons continuer sur cette lancée.

Le dernier objectif touche l'autodétermination, un concept central au rétablissement comme en témoigne Davidson et coll.⁵¹. Le rétablissement est directement lié au contrôle qu'une personne exerce sur sa vie, que ce soit le choix de ses aspirations ou les moyens pour les réaliser. Notre rôle est donc d'être en appui au processus de rétablissement, et les quatre objectifs suivants précisent le rôle qu'entend jouer l'Institut Douglas pour **faciliter le rétablissement, favoriser l'autodétermination et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale**.

⁴⁹ *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, 2009, p. 2.

⁵⁰ Douglas minds the body – Douglas a le corps à l'esprit, initiative dirigée par le Dr Ridha Joobar, Ph. D., directeur du thème de recherche « Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux » à l'Institut Douglas, et M. William (Bill) Harvey, Ph. D., professeur adjoint au Département de kinésiologie et d'éducation physique à l'Université McGill et associé de recherche à l'Institut Douglas.

⁵¹ Davidson, L., et coll. « Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery », *Community Ment Health J*, 2009, vol. 45, n° 5, pp. 323-332.



- a) Compléter l'implantation du Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques interdisciplinaires qui inclut :
- l'évaluation des besoins;
 - l'application des meilleures pratiques reconnues;
 - l'intégration de la recherche et de l'enseignement;
 - l'évaluation de programme et de l'impact clinique.
- b) Optimiser la qualité des services et la sécurité des patients.
- c) Investir dans les programmes et services pour optimiser l'accès, la continuité et la fluidité des services : le bon service, à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment.
- d) Intégrer pleinement les patients et leurs proches dans le processus de soins.

**« POUR MOI,
LE RÉTABLISSEMENT,
C'EST AVOIR DES RÊVES
ET DES ASPIRATIONS. »**

MYRA PIAT
Chercheuse



LES NIVEAUX DE PRÉVENTION

Prévention primaire : Les stratégies de prévention primaire visent à éviter le développement de la maladie. Les mesures populationnelles de promotion de la santé ou de santé publique sont de ce type de prévention.

Prévention secondaire : Les stratégies de prévention secondaire visent le diagnostic et l'intervention précoces pour réduire ou retarder les effets graves de la maladie.

Prévention tertiaire : Il s'agit ici d'appliquer des traitements ou des interventions visant à éviter les rechutes ou les complications associées à la maladie.



LES CIBLES DE PRÉVENTION

Prévention universelle : Elle concerne la population générale ou certains groupes soumis à un même risque. Il s'agit de fournir à tous les individus les informations ou les compétences pour réduire l'importance du problème visé.

Prévention sélective : Elle concerne les individus les plus exposés au problème visé, les « groupes à risque ». Les facteurs de risque associés au problème visé sont biologiques, psychologiques, psychiatriques, sociaux ou environnementaux.

Prévention indiquée (ou identifiée) : Elle concerne les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé. L'intervention s'adresse à l'individu et à ses propres facteurs de risque.

ORIENTATION 2 :

Instaurer une approche préventive en santé mentale

Les trois objectifs qui découlent de cette orientation sont fondés sur les partenariats internes et externes pour instaurer une culture de prévention et, plus spécifiquement, de préventions secondaire et tertiaire. Il s'agit non seulement de développer et de mettre en application des outils de dépistage, de diagnostic et d'intervention précoces pour éviter ou retarder la maladie, mais également d'appliquer les meilleurs traitements pour éviter les rechutes, les complications ou la comorbidité.

Ces objectifs interpellent également nos chercheurs en neurosciences, en recherche clinique ou en recherche psychosociale ayant des expertises uniques très variées allant de la neurobiologie du développement aux démences, en passant par les troubles de l'alimentation, les troubles psychotiques, les troubles de stress post-traumatiques et bien d'autres. Ces recherches permettent de mieux identifier les groupes à risque et de mettre en application différentes stratégies de prévention sélective ciblées. Elles permettent également d'identifier des marqueurs biologiques qui serviront éventuellement à faire de la prévention indiquée (ou identifiée) et à personnaliser les traitements en santé mentale, comme c'est déjà le cas dans le domaine des traitements du cancer. Le Centre de neurophénotypage et le nouveau Centre d'imagerie cérébrale offrent des avantages indéniables dans la poursuite de nos objectifs de prévention.

Finalement, le dernier objectif de cette orientation a pour but de mieux informer nos partenaires et la communauté sur la santé mentale. Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'OMS recommande que « Tous les pays devraient mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation du grand public portant sur la santé mentale. Le but essentiel est de réduire les obstacles au traitement et aux soins en informant le public de la fréquence des troubles mentaux, des possibilités de traitement, des chances de guérison et des droits des malades. Il faut aussi faire largement

connaître les différentes options thérapeutiques et leurs avantages afin que la population, les professionnels, les médias, les décideurs et les politiciens agissent en parfaite connaissance de cause. [...] Bien planifiées, les campagnes de sensibilisation et d'éducation peuvent faire reculer la stigmatisation et la discrimination, inciter les malades à utiliser les services de santé mentale et réduire l'écart entre santé mentale et santé physique⁵². »

L'échange et l'application des connaissances jumelé aux efforts de déstigmatisation et à une approche et des interventions préventives visent à réduire le fardeau de la maladie mentale. Pour **instaurer une approche préventive en santé mentale**, le Douglas entend :

- a) Développer avec nos partenaires une approche qui met l'accent sur le dépistage, le diagnostic et les traitements précoces des maladies mentales.
- b) Mettre sur pied une stratégie pour promouvoir la prévention des maladies mentales.
- c) Rendre accessible à nos partenaires et à la communauté une information d'actualité, valide et pertinente en santé mentale.

ORIENTATION 3 :

Développer un environnement physique guérissant propice aux meilleures pratiques, à l'innovation et au rétablissement

Tel que mentionné précédemment, nos édifices actuels évoquent l'époque asilaire. **LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR** exige que nous repensions nos édifices pour qu'ils expriment les valeurs et les principes du rétablissement auxquels nous souscrivons. Un institut moderne qui donne espoir, qui n'est pas une destination, mais un endroit où les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale se sentent appuyées pour aller de l'avant et développer leur plein potentiel. Voilà l'environnement que nous proposons.

⁵² Rapport sur la Santé dans le Monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. xii.

Les recherches scientifiques des dernières décennies démontrent le lien direct entre l'environnement physique hospitalier inadéquat et les problèmes de santé comme l'anxiété, la dépression, la pression artérielle élevée et l'utilisation fréquente de médicaments analgésiques⁵³. D'autre part, la littérature sur les effets d'un environnement guérissant ou *evidence-based design* (EBD) en santé mentale révèle que :

- ▶ pour se rétablir, les personnes ont besoin d'avoir le plus de contrôle possible sur leur environnement⁵⁴;
- ▶ l'utilisation de la lumière naturelle produit des effets positifs sur le traitement qui se traduit par des durées moyennes de séjour plus courtes (2,6 à 3,7 jours)⁵⁵, la diminution du nombre de lit et des résultats cliniques améliorés;
- ▶ des vues sur la nature augmentent les sentiments positifs de calme et diminuent l'anxiété et la colère⁵⁶, améliorant le sentiment de sécurité;
- ▶ la réduction du bruit est un facteur important d'amélioration du milieu⁵⁷.

Ces effets positifs se reflètent aussi sur la qualité de vie des travailleurs⁵⁸ ainsi que, comme nous l'avons vu, sur l'efficacité opérationnelle. Un établissement de santé mentale moderne qui adhère aux valeurs et aux principes du rétablissement et d'un environnement guérissant doit répondre aux six objectifs incontournables suivants :

⁵³ Dilani, A. « Psychosocially Supportive Design-Scandinavian Healthcare Design », *Hospital Design*, International Academy for Design and Health, [s. d.], pp. 31-38.

⁵⁴ Ashcraft, A., et W. A. Anthony. « Tools for transforming facilities », *Behavioral Health Care*, 2010, vol. 30, n° 5, pp. 10-13.

⁵⁵ Beauchemin, K. M., et P. Hays. « Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depression », *J Affect Disord*, 1996, vol. 40, n° 1-2, pp. 49-51.

⁵⁶ Ulrich, R. S. « Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research », *J Health Care Inter Design*, 1991, vol. 3, n° 1, pp. 97-109.

⁵⁷ Haslam, P. « Caring for the total patient. Noise in hospitals: its effect on the patient », *Nurs Clin North Am*, 1970, vol. 5, n° 4, pp. 715-724.

⁵⁸ Tyson, G. A., G. Lambert et L. Beattie. « The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses », *Int J Ment Health Nurs*, 2002, vol. 11, n° 2, pp. 94-102.

- ▶ Offrir des unités de soins avec des chambres et salles de bain individuelles;
- ▶ assurer le continuum des soins par programme et l'intégration de la recherche et de l'enseignement;
- ▶ maintenir la prestation des services en tout temps;
- ▶ respecter les superficies normées selon les standards les plus récents;
- ▶ éliminer l'étalement sur le site en se concentrant dans un rayon plus limité;
- ▶ éviter de recréer les tunnels et opter plutôt pour des atriiums éclairés, des fonctions communes ou des activités interactives.

L'étude de préaisabilité révèle qu'aucun des bâtiments actuels ne permet de respecter ces six critères incontournables. Seule une construction neuve peut répondre adéquatement aux besoins. Pour **développer un environnement physique guérissant propice aux meilleures pratiques, à l'innovation et au rétablissement**, nous proposons les deux objectifs suivants :

- a) Promouvoir, en dépit des contraintes actuelles, un environnement sécuritaire et propice au rétablissement.
- b) Implanter le projet de nouvel institut fondé sur les données probantes et sur le concept d'environnement guérissant.

ORIENTATION 4 :

Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette orientation s'inscrit dans un effort de déstigmatisation et de partenariat.

Le premier objectif s'appuie sur le *leadership* et l'expertise de nos professionnels et chercheurs. Fondé sur l'interdisciplinarité et sur l'intégration de la recherche et de l'enseignement, il vise à promouvoir l'innovation, le développement et

l'implantation de nouveaux traitements de plus en plus efficaces, soutenu par une structure de transfert de connaissances pour en assurer le déploiement dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. La synergie ainsi créée, en collaboration avec nos partenaires, permettra non seulement d'améliorer la qualité des services et les résultats cliniques, mais également d'influencer de nouveaux projets de recherche et de favoriser la recherche translationnelle qui vise à mettre en application les résultats scientifiques de la recherche fondamentale, éprouvée par la recherche clinique.

Cet objectif a pour but de consolider notre rayonnement et d'améliorer notre pouvoir d'influence en matière d'orientations et de politiques en santé mentale. Fondé sur notre expertise, il mise non seulement sur l'excellence, mais sur l'innovation et les nouvelles découvertes, sur l'échange et l'application des nouvelles connaissances sur la scène tant locale que nationale et internationale ainsi que sur les nouvelles technologies pour rendre ces connaissances accessibles au public le plus large possible. Le Douglas peut aussi compter sur un partenaire stratégique clé, le Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal, qui s'inscrit pleinement dans cette orientation en s'engageant à contribuer au rayonnement international de l'Institut et de son Centre de recherche.

De plus, le Programme d'éducation du public et les différentes activités d'information sur la santé mentale et la maladie mentale visent essentiellement à réduire, voire éliminer, le stigma qui entoure la maladie mentale. En effet, comme l'indique le directeur général des Services de santé des États-Unis : « [Traduction libre] On a de plus constaté que la qualité de vie reste médiocre, même après la guérison, sous l'effet de facteurs sociaux tels que les préjugés et la discrimination qui perdurent. Les préjugés sont parfois même de plus gros obstacles que la maladie elle-même. Il est donc crucial qu'un des aspects qu'il faut attaquer sans tarder soit les

préjugés qui sont véhiculés dans la société⁵⁹. » Cette réalité est confirmée par les travaux entrepris par la CSMC : « Bien que des progrès aient été réalisés dans les dernières années, la stigmatisation qui s'accroche toujours à la maladie mentale et la discrimination qui afflige encore beaucoup de personnes ayant vécu avec une maladie mentale continuent d'entraver considérablement le progrès⁶⁰. »

C'est donc dans cette perspective que nous proposons les objectifs suivants pour **améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale** :

- a) Innover, développer, appliquer et partager les connaissances pour :
- améliorer la qualité des services et les résultats cliniques;
 - orienter le développement de projets de recherche;
 - favoriser la recherche translationnelle;
 - influencer les orientations et les politiques en santé mentale;
 - optimiser l'organisation des services avec nos partenaires pour améliorer l'accès et la fluidité des services.
- b) Mener l'action pour que la communauté intègre les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale comme des citoyens à part entière.

ORIENTATION 5 :

Développer et valoriser les ressources humaines et promouvoir l'excellence opérationnelle

Cette orientation est à la base de la réussite des orientations stratégiques précédentes puisqu'elle mise sur l'excellence des gens qui œuvrent au Douglas et sur l'efficacité organisationnelle. Elle s'appuie sur le partenariat, l'interdisciplinarité et l'intégration de la recherche et de l'enseignement aux activités cliniques ainsi que sur la mise en application des meilleures pratiques de gestion.

Les ressources professionnelles sont limitées dans le réseau de la santé et des services sociaux et, tel que mentionné précédemment, le Douglas vit une pénurie importante d'effectifs psychiatriques. L'Institut Douglas reconnaît la contribution des ressources humaines et l'importance de la santé et du mieux-être de celles-ci dans l'accomplissement de sa mission et la réalisation de son mandat. L'Institut s'engage dans le maintien, la consolidation et l'amélioration continue d'un environnement de travail et des pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être des ressources humaines.

Le premier objectif vise donc à intensifier les stratégies de recrutement et de rétention grâce au milieu dynamique, stimulant et collaboratif qu'est le Douglas. Dans cette même veine et compte tenu de l'importance que le Douglas accorde au bien-être des ressources humaines et à la qualité de vie au travail, l'Institut s'est associé à ACTI-MENU et a créé le club **Douglas en santé** dans le but d'intégrer les valeurs de promotion de la santé dans la culture organisationnelle. Le Douglas s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la santé globale du personnel et veut obtenir la norme « Entreprise en santé » dès l'automne 2011.

Cette orientation mise également sur l'efficacité organisationnelle pour mener à bien les objectifs du présent Plan stratégique. Le deuxième objectif vise donc non seulement à mettre en place des programmes de formation ou de mentorat pour rehausser

⁵⁹ Surgeon General David Satcher. « Introduction and Themes: The Roots of Stigma », dans *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, États-Unis, 1999, pp. 6-9.

⁶⁰ *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, 2009.



continuellement le niveau d'excellence, mais également à outiller les cliniciens et les gestionnaires pour faciliter la collaboration et améliorer l'efficacité. Nous prévoyons donc implanter le dossier patient électronique (DPE), optimiser les processus, en particulier les processus clinico-administratifs, et améliorer la fiabilité et la convivialité des outils d'aide à la prise de décision clinique ou de gestion.

Soucieux de l'environnement, le Douglas a obtenu la certification de niveau 2 de BOMA BEST⁶¹ en reconnaissance des initiatives mises de l'avant depuis l'implantation du projet Visez Vert. Cette reconnaissance certifie que le Douglas applique les meilleures pratiques au point de vue de l'énergie, de l'utilisation de l'eau, de la réduction des déchets et des émissions atmosphériques, de l'environnement intérieur et du système de gestion environnementale. Nous entendons donc maintenir ces orientations pour l'avenir.

Finalement, le Comité de planification stratégique, composé d'une utilisatrice de services et de représentants de l'Institut, du Centre de recherche et de la Fondation, sera maintenu pour assurer les progrès dans l'atteinte des objectifs du Plan stratégique. Ce Comité se réunira annuellement pour évaluer les

**« POUR MOI, LE
RÉTABLISSEMENT,
C'EST SE LANCER À LA
POURSUITE DE SES RÊVES. »**

MICHEL VEILLEUX
Mécanicien de machines fixes

⁶¹ BOMA BEST (Building Environmental Standards) est un programme national qui propose des normes réalistes concernant la performance énergétique et environnementale des immeubles existants.

progrès et apporter les ajustements nécessaires au Plan stratégique, le cas échéant.

Les trois objectifs retenus pour **développer et valoriser les ressources humaines et promouvoir l'excellence opérationnelle** sont :

- a) Être un milieu où le potentiel humain et la collaboration sont valorisés.
- b) Soutenir les pratiques professionnelles et de gestion en intégrant des outils d'amélioration et de rétroaction, dont :
 - développer des programmes de formation;
 - moderniser les systèmes d'information clinique;
 - améliorer les processus;
 - implanter des outils fiables, rigoureux et utiles pour l'analyse et l'aide à la prise de décision;
 - privilégier les pratiques de développement durable.
- c) Instaurer un système qui permet d'assurer l'avancement du Plan stratégique.

ORIENTATION 6 :

Promouvoir la philanthropie au profit de la santé mentale

La Fondation de l'Institut Douglas est un allié de premier plan. Sa mission est de financer le développement de l'Institut Douglas : les soins aux patients et leur environnement, la recherche en neurosciences et en santé mentale, ainsi que l'éducation et la formation. La Fondation recueille des fonds pour prévenir et traiter la maladie, en comprendre les causes, améliorer les traitements et l'accès aux services, soutenir les familles, éduquer la population, partager les connaissances et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Pour ne citer que quelques-uns des projets auxquels a contribué la Fondation, notons la participation à la construction du Centre d'imagerie cérébrale,

qui permet aux chercheurs d'étudier les fonctions cognitives du cerveau ainsi que la pathophysiologie de plusieurs maladies mentales, et du Centre de neurophénotypage, qui permet d'étudier les facteurs environnementaux et génétiques impliqués dans le développement des maladies mentales.

La Fondation a également financé la création d'un centre d'information pour les jeunes confrontés à un premier épisode psychotique, d'un jardin thérapeutique pour les patients souffrant d'Alzheimer, le Programme d'aide aux familles, le site Info-trauma pour aider les victimes d'un événement traumatique, l'École Mini-Psy qui s'est vu octroyer la mention de « Pratique exemplaire » par Agrément Canada, le Programme de mentorat par les pairs, une première au Québec, qui offre à d'anciens patients l'occasion d'apporter du soutien et du mentorat à leurs pairs aux prises avec des problèmes de santé mentale semblables.

Il ne s'agit là que de quelques exemples des projets réalisés grâce à l'appui de la Fondation depuis sa création en 1972. Ces projets sont innombrables et variés, et témoignent de la générosité et de l'engagement de nos donateurs.

Pour **promouvoir la philanthropie au profit de la santé mentale**, la Fondation, en collaboration avec l'Institut Douglas et son Centre de recherche, a l'intention de :

- a) Mener une campagne majeure de financement en appui au développement des programmes de pointe, à la recherche et aux priorités organisationnelles.

REMERCIEMENTS

Outre le Comité de planification stratégique et le groupe de travail de planification stratégique, près de 250 personnes ont été consultées pour l'exercice de planification stratégique. D'autres personnes ont également été étroitement associées à cet exercice, que ce soit pour établir le diagnostic, dégager les grandes orientations et les stratégies principales, et finalement valider la démarche et les différents constats contenus dans ce Plan. Le Comité de planification stratégique tient donc à remercier les groupes suivants qui ont participé à la démarche menant au Plan stratégique 2011-2014.

Pour les consultations externes, nous remercions le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les centres de santé et de services sociaux partenaires, le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill, les hôpitaux partenaires de l'Université McGill, les hôpitaux psychiatriques, les organismes communautaires en santé mentale et la Commission de la santé mentale du Canada.

Pour les consultations internes, nous remercions les personnes qui ont participé aux 28 entrevues individuelles ou en tandem; les employés qui ont participé aux 3 groupes de discussion (personnel de soutien, cliniciens, cadres) pour un total de 35 personnes; les clients qui ont participé aux 8 groupes de discussion (patients ou familles) pour un total de 48 clients; les membres du Comité des bénéficiaires; les membres de l'Exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers et du Conseil multidisciplinaire; les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

présents au lac-à-l'épaule annuel du CMDP; et les membres du Centre de recherche présents au lac-à-l'épaule annuel du Centre de recherche.

Par ailleurs, nous aimerions souligner l'apport des nombreuses personnes sans qui le présent Plan stratégique n'aurait pas été possible.

En tout premier lieu, nous aimerions souligner la contribution de M. Jacques Hendlisz et de M. Rémi Quirion, Ph. D., respectivement directeur général de l'Institut et directeur scientifique du Centre de recherche, dont la vision et le *leadership* ont guidé l'élaboration du présent Plan.

Nous tenons également à remercier tout particulièrement le professeur Henry Mintzberg d'avoir partagé avec nous sa vision d'un exercice de planification stratégique. Il a su nous convaincre de l'importance de la flexibilité pour demeurer en constant processus de réflexion et d'apprentissage.

Nous remercions aussi M^{me} Nicole Germain qui a géré l'ensemble du projet de planification stratégique, le processus de consultation ainsi que la rédaction du Plan.

Nous voulons souligner la contribution de M. Michel Perreault, Ph. D., chercheur au Douglas, qui a mené les consultations auprès du panel des usagers, de M^{me} Anne-Marie Fillion, de Apropos Marketing Communications inc., qui a mené les groupes de discussion auprès des patients et des familles, et de M. Jacques Charuest, de Performance Coaching inc., qui



a agi à titre de modérateur des groupes de discussion du personnel. Merci aussi à M. Daniel Rabouin et à M. Éric Latimer, Ph. D., du Centre de recherche pour leur contribution aux données sur l'incidence et la prévalence des maladies mentales, et à M^{me} Michèle Lalonde et à M. Frédéric De Civita pour avoir dressé le portrait de la clientèle.

Nous adressons un merci tout spécial aux membres du Comité de planification stratégique et au groupe consultatif de planification stratégique qui ont su dégager la vision, la mission, les valeurs, les orientations et objectifs stratégiques.

Nous soulignons également la contribution de la Direction des communications et affaires publiques pour l'appui de l'équipe tout au long du processus et pour l'aide au graphisme, l'élaboration du plan de communication et la production d'outils de communication pour le Plan stratégique.

Nous remercions également M^{mes} Émilie Campeau et Micheline Guérin pour leur participation à l'organisation des différentes activités et des rencontres des divers comités et groupes de travail.

« POUR MOI, LE
RÉTABLISSEMENT,
C'EST MA MÈRE. »

DANIELLE CÉCYRE
*Coordonnatrice
de la Banque de cerveaux*

Nous remercions finalement M^{me} Chantal Hanna pour la révision et correction linguistique de la version française du Plan et M^{me} Tijana Potkonjak pour le même travail de la version anglaise.



LEXIQUE

ACMDPQ :	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
Agence de Montréal :	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AVCI :	Année de vie corrigée de l'incapacité
Cadre de référence :	Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques
Centre collaborateur :	Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSMC :	Commission de la santé mentale du Canada
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DACTCE :	Direction des activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement
DALY :	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DPE :	Dossier patient électronique
DSM-IV :	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (4 ^e édition)
EBD :	<i>Evidence-based design</i>
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FCI :	Fondation canadienne pour l'innovation
FRQS :	Fonds de recherche du Québec - Santé
IRSC :	Instituts de recherche en santé du Canada
LSSSS :	Loi sur les Services de santé et les Services sociaux
MDEIE :	Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
OPS :	Organisation panaméricaine de la Santé
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
RUIS McGill :	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill
TAQ :	Tribunal administratif du Québec
TDHA :	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED :	Troubles envahissants du développement
THAI :	Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité
QVLES :	Qualité de vie liée à l'état de santé
UÉTMIS :	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
UIB :	Unité d'intervention brève

PLAN STRATÉGIQUE 2011-2014

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le fardeau de la maladie mentale est lourd et constitue maintenant une priorité incontestée des différents paliers gouvernementaux. Plusieurs actions sont préconisées pour alléger ce fardeau dont le poids le plus important est porté par les personnes vivant avec la maladie et leurs familles. Notons particulièrement les priorités établies dans le « Plan d'action en santé mentale – La force des liens » du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et « Vers le rétablissement et le bien-être – Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada » de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) ainsi que les plans stratégiques du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'institut universitaire en santé mentale qu'est le Douglas constitue un joueur clé dans la réalisation de ces objectifs.

Le 16 février 2011, le Conseil d'administration de l'Institut Douglas a adopté le Plan stratégique pour la période de 2011 à 2014. Ce Plan est le fruit de larges consultations internes et externes incluant des partenaires nationaux, provinciaux, régionaux et locaux. Fort des commentaires des patients, de leurs familles, du personnel, des cliniciens, des chercheurs, des gestionnaires et des partenaires, ce Plan stratégique se veut un plan de consolidation, intégré et flexible, où les thèmes de partenariat et de rétablissement sont centraux.

Essentiellement, ce Plan est fondé sur les réalisations du dernier Plan stratégique dans un effort de consolidation des acquis et des progrès accomplis

dans l'implantation du Plan d'action en santé mentale. À l'instar du dernier Plan stratégique, il intègre les objectifs de l'Institut, de son Centre de recherche et de la Fondation dans une vision cohérente et motivante pour l'ensemble de la communauté du Douglas.

NOTRE VISION

LE POUVOIR DE SE RÉTABLIR.

En plus de préciser notre vision, cet exercice nous a permis de clarifier notre mission, nos valeurs et notre mandat, et de préciser les orientations et les objectifs stratégiques qui nous permettront de réaliser notre vision. Nous vous présentons ici le résultat de cet exercice qui doit nous mener à 2014.

NOTRE MISSION

En collaboration avec les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, leurs proches et la communauté, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a pour mission :

- ▶ d'offrir des soins et des services de pointe;
- ▶ de faire avancer et de partager les connaissances en santé mentale.

NOS VALEURS

Engagé dans le rétablissement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, le Douglas valorise l'**excellence**, l'**innovation** et le **potentiel humain** fondés sur l'**engagement** et la **collaboration**.

- ▶ **Excellence** : Avoir le courage d'appliquer les meilleures pratiques avec rigueur, de se remettre en question, de s'évaluer, d'intégrer la recherche dans toutes nos activités et d'être une organisation apprenante. Chercher à atteindre un niveau d'efficacité organisationnelle optimal.
- ▶ **Innovation** : Être un milieu stimulant et dynamique où l'on développe des nouvelles connaissances pour mieux comprendre, partager, soigner et donner espoir.
- ▶ **Potentiel humain** : Valoriser le potentiel et croire au dépassement de la personne. Faire évoluer le savoir dans l'action grâce au partage et à l'accompagnement.
- ▶ **Engagement** : Réaliser notre mission d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.
- ▶ **Collaboration** : S'assurer que le patient participe activement aux décisions qui concernent ses soins et travailler avec l'équipe interdisciplinaire à son rétablissement. Développer et consolider les partenariats internes, communautaires, universitaires, scientifiques et internationaux pour réaliser la vision.

NOTRE MANDAT

Le Douglas est un institut universitaire en santé mentale en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), L.R.Q., chapitre S-4.2. À ce titre, le Douglas doit, en plus d'exercer les activités propres à sa mission, offrir des services spécialisés et ultraspécialisés (**Soigner**), participer à l'enseignement (**Enseigner**), procéder à l'évaluation des technologies

de la santé (**Évaluer**) et administrer un Centre de recherche accrédité (**Découvrir** et **Partager**).

- ▶ **Soigner** : Nos équipes interdisciplinaires offrent des services à tous les groupes d'âge. Le bassin de desserte du Douglas pour les services de 2^e ligne est de près de 300 000 habitants et couvre deux territoires du sud-ouest de Montréal : le CSSS du Sud-Ouest-Verdun et le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle. À titre d'institut universitaire en santé mentale et en collaboration avec les établissements du RUIS McGill, le mandat de 3^e ligne du Douglas couvre 23 % de la population du Québec incluant près de 50 % de la population de Montréal (1,7 million d'habitants au total) et environ 63 % du territoire québécois. De plus, le Douglas est désigné en vertu de la LSSSS à titre d'établissement devant également offrir l'ensemble de ses services en anglais aux personnes d'expression anglaise.
- ▶ **Enseigner** : Affilié à l'Université McGill et en partenariat avec d'autres institutions d'enseignement, nous formons la relève et offrons un curriculum de pointe en santé mentale à toutes les disciplines professionnelles concernées. Nous contribuons également à l'avancement de meilleures pratiques en consolidant les programmes de formation avec nos partenaires.
- ▶ **Évaluer** : Dans un contexte d'amélioration continue des pratiques, nos cliniciens et chercheurs évaluent les technologies et les modes d'intervention pour étendre les bénéfices cliniques et l'efficacité du réseau dans son ensemble.
- ▶ **Découvrir** : Nos chercheurs et cliniciens se consacrent à l'étude tant de la maladie mentale que de la santé mentale, faisant ainsi avancer les connaissances dans les domaines des neurosciences, des pratiques cliniques et de l'optimisation des services.

► **Partager les connaissances :**

Nos chercheurs et cliniciens font évoluer les pratiques en intégrant les découvertes scientifiques à la pratique clinique et à l'organisation des services. Nous formons les professionnels et participons avec nos partenaires à la diffusion des nouvelles connaissances et des meilleures pratiques de manière à optimiser le réseau de services en santé mentale. Nous développons des outils en soutien à la pratique et à la prise de décision éclairée basée sur les meilleures connaissances disponibles. Nous contribuons à la déstigmatisation de la maladie mentale par des programmes de sensibilisation offerts au grand public.

NOS ORIENTATIONS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Centré sur le patient et sur la qualité des services qui lui sont offerts, le présent Plan stratégique s'appuie sur un bilan impressionnant de réalisations et sur l'intégration et l'excellence des soins et services, de la recherche et de l'enseignement.

Nous proposons donc de canaliser nos énergies sur les six orientations stratégiques suivantes retenues pour 2011-2014 :

1. Faciliter le rétablissement, favoriser l'autodétermination et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale :

En continuation du dernier Plan stratégique, cette orientation mise sur l'excellence des services pour donner espoir, un espoir crédible fondé sur une approche intégrative qui s'inscrit dans la philosophie d'organisation apprenante, d'interdisciplinarité et d'amélioration continue. Pour y arriver, nous entendons :

- a) Compléter l'implantation du Cadre de référence pour la consolidation des programmes cliniques interdisciplinaires qui inclut :
 - l'évaluation des besoins;

- l'application des meilleures pratiques reconnues;
- l'intégration de la recherche et de l'enseignement;
- l'évaluation de programme et de l'impact clinique.

- b) Optimiser la qualité des services et la sécurité des patients.
- c) Investir dans les programmes et services pour optimiser l'accès, la continuité et la fluidité des services : le bon service, à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment.
- d) Intégrer pleinement les patients et leurs proches dans le processus de soins.

2. Instaurer une approche préventive en santé mentale :

Cette orientation mise sur des approches éprouvées de prévention secondaire ou tertiaire dans nos services ainsi que sur les percées de nos chercheurs qui nous permettront éventuellement de développer une approche de médecine personnalisée en santé mentale qui placera le patient et ses aidants naturels au cœur d'une programmation intégrée allant de la génomique à la qualité et à l'accessibilité des soins. Les objectifs liés à cette orientation visent à :

- a) Développer avec nos partenaires une approche qui met l'accent sur le dépistage, le diagnostic et les traitements précoces des maladies mentales.
- b) Mettre sur pied une stratégie pour promouvoir la prévention des maladies mentales.
- c) Rendre accessible à nos partenaires et à la communauté une information d'actualité, valide et pertinente en santé mentale.

3. Développer un environnement physique guérissant propice aux meilleures pratiques, à l'innovation et au rétablissement :

Fondé sur les données probantes du concept d'environnement guérissant en santé mentale, cette orientation vise essentiellement la construction d'un nouvel institut moderne, sécuritaire et propice au rétablissement.

Nous allons donc :

- a) Promouvoir, en dépit des contraintes actuelles, un environnement sécuritaire et propice au rétablissement.
- b) Implanter le projet de nouvel institut fondé sur les données probantes et sur le concept d'environnement guérissant.

4. Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale : Comme dans le dernier Plan stratégique, cette orientation s'inscrit dans un effort de déstigmatisation et de partenariat. Améliorer les connaissances et les partager avec nos partenaires et le public devraient réduire progressivement les préjugés et l'ostracisme, et soutenir le rétablissement et la réintégration dans un milieu plus accueillant. Par conséquent, nos objectifs sont de :

- a) Innover, développer, appliquer et partager les connaissances pour :
 - améliorer la qualité des services et les résultats cliniques;
 - orienter le développement de projets de recherche;
 - favoriser la recherche translationnelle;
 - influencer les orientations et les politiques en santé mentale;
 - optimiser l'organisation des services avec nos partenaires pour améliorer l'accès et la fluidité des services.
- b) Mener l'action pour que la communauté intègre les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale comme des citoyens à part entière.

5. Développer et valoriser les ressources humaines et promouvoir l'excellence opérationnelle : Cette orientation vient appuyer les autres orientations stratégiques puisqu'elle mise sur le *leadership* et l'excellence des ressources humaines et sur l'efficacité opérationnelle pour réaliser la mission et la vision. Pour y arriver, nous entendons donc :

- a) Être un milieu où le potentiel humain et la collaboration sont valorisés.
- b) Soutenir les pratiques professionnelles et de gestion en intégrant des outils d'amélioration et de rétroaction, dont :
 - développer des programmes de formation;
 - moderniser les systèmes d'information clinique;
 - améliorer les processus;
 - implanter des outils fiables, rigoureux et utiles pour l'analyse et l'aide à la prise de décision;
 - privilégier les pratiques de développement durable.
- c) Instaurer un système qui permet d'assurer l'avancement du Plan stratégique.

6. Promouvoir la philanthropie au profit de la santé mentale : La Fondation de l'Institut Douglas est un acteur clé de notre succès et nous permet d'entreprendre différentes initiatives prioritaires en plus de recruter des alliés solides à la cause de la santé mentale. Notre objectif est de :

- a) Mener une campagne majeure de financement en appui au développement des programmes de pointe, à la recherche et aux priorités organisationnelles.

Finalement, un mécanisme d'implantation a été prévu pour nous assurer du progrès dans la réalisation des orientations et des objectifs, et nous avons voulu y intégrer une plus grande flexibilité. En effet, les changements dans notre environnement sont importants, nombreux et se succèdent parfois à une cadence accélérée. Ces changements, qu'ils soient de notre initiative ou hors de notre contrôle direct, demandent que nous en tenions compte et que nous ajustions nos actions en conséquence. Pour tenir compte de cette réalité changeante, l'implantation du Plan stratégique prévoit des évaluations et réajustements annuels, le cas échéant.

