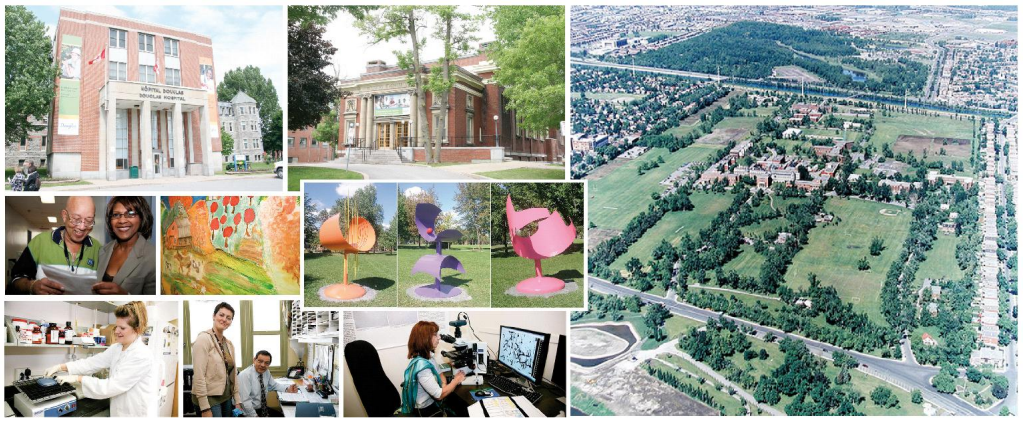


Institut universitaire en santé mentale Douglas

Étude de préfaisabilité

Rapport final

28 mai 2009

CIM
Conseil en immobilisation & management inc.
CERTIFIÉ ISO 9001

Fiche de révision/validation

Projet : Étude de préfaisabilité	**Nº de mandat :** 08-1455

Nº DE RÉVISION/ VALIDATION	DOCUMENT	DATE	PAR	REMARQUES
1.0	Rapport préliminaire	2008-11-26	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte Karma Mourad Lucie Poitras François Sarrasin Caline El Ghaoui	Document présenté en groupe restreint le 3 décembre 2008.
2.0	Rapport préliminaire	2009-01-16	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte Karma Mourad Lucie Poitras François Sarrasin Caline El Ghaoui	Avant-projet au comité aviseur du 21 janvier 2009.
3.0	Rapport préliminaire	2009-02-18	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte Caline El Ghaoui	
3.0	Rapport préliminaire	2009-02-23	France Dumont	Les rapports des groupes de travail cliniques ont été intégrés sous forme de document complémentaire et retirés du présent document
3.0	Rapport préliminaire	2009-03-10	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte François Sarrasin	Intégration de textes fournis par l'Institut et ajustements CIM

Par souci de respect de l'environnement, ce rapport a été conçu pour être imprimé recto verso.

Nº DE RÉVISION/ VALIDATION	DOCUMENT	DATE	PAR	REMARQUES
3.0	Rapport préliminaire	2009-05-06	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte	Intégration de textes fournis par l'Institut et ajustements CIM
4.0	Rapport final	2009-05-07	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte Lucie Poitras François Sarrasin	Intégration de textes fournis par l'Institut et ajustements CIM
5.0	Rapport final	2009-05-28	Marie Bergeron France Dumont Ghislaine Hotte Lucie Poitras François Sarrasin	Intégration de textes fournis par l'Institut et ajustements CIM

Par souci de respect de l'environnement, ce rapport a été conçu pour être imprimé recto verso.

Table des matières

SOMMAIRE EXÉCUTIF 1

INTRODUCTION 9

1. **Le rôle de l'institut universitaire en santé mentale** 10

2. **Les bâtiments – de l'asile à l'institut** 12

3. **La chronologie des édifices** 16

4. **Rappel du mandat** 17

5. **Activités réalisées dans le cadre du mandat** 18

6. **La clientèle et les faits saillants cliniques du futur** 21
   - 6.1 La clientèle 21
   - 6.2 Les faits saillants cliniques du futur 23
   - 6.3 Tableau synthèse des lits 26

7. **Enseignement, une mission d'excellence** 27
   - 7.1 Introduction 27
   - 7.2 L'enseignement au Douglas – Histoire et organisation 28
   - 7.3 Installations limitées 30
   - 7.4 Repousser les limites 31
   - 7.5 Conclusion 33
   - 7.6 Tableau récapitulatif 34

8. **Recherche** 35
   - 8.1 Introduction 35
   - 8.2 La recherche au Douglas – Histoire et organisation 36
   - 8.3 Installations limitées 38
   - 8.4 Repousser les limites 40
   - 8.5 Conclusion 42

9. **Architecture et psychiatrie : bâtir les soins de demain** 44
   - 9.1 Principes directeurs 45

10. **Les tendances cliniques et immobilières** 47

10.1 L'approche « Evidence-based design (EBD) » 47
10.2 Les coûts de construction générés par l'application des critères d'EBD....66
10.3 Le concept communautaire transitionnel....66
10.4 Des projets inspirants....68

11. Analyse des infrastructures existantes....85
11.1 Principes incontournables....85
11.2 Défis immobiliers 113

12. Vision du futur....115

13. Recommandations....117

14. Scénario proposé....119
14.1 Grands principes à respecter – schéma sommaire 119
14.2 Superficies proposées....120
14.3 Proposition d'aménagement immobilier....128
14.4 Évaluation sommaire des coûts 137

Annexe I Concept de « village »
Annexe II Diagramme d'organisation proposé
Annexe III Bibliographie

SOMMAIRE EXÉCUTIF

DOUGLAS, CHEF DE FILE

Le Douglas, dont l'histoire commençait il y a plus de 125 ans sur le même terrain qu'il occupe aujourd'hui, a toujours été marqué par la philosophie avant-gardiste des pères fondateurs et les innovations médicales et scientifiques. Aujourd'hui, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas jouit d'une réputation internationale pour la qualité des soins, de la recherche et de l'enseignement.

Le Douglas, *leader* au sein du RUIS McGill qui couvre une grande partie du territoire québécois et dessert 1,7 million d'habitants, assume un rôle de plus en plus important, en raison de l'incidence croissante des maladies mentales dans le monde. Une étude menée en 2003 par la Direction de la santé publique de Montréal évaluait le taux de prévalence des maladies mentales pour Montréal à 29 %. Malheureusement, c'est une situation qui ne s'améliore pas avec le temps, bien au contraire. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime en effet qu'en 2020, la maladie - physique ou mentale - qui aura le deuxième plus grand impact social et économique dans les pays industrialisés, comme le Canada, sera la dépression.

Le Douglas a été nommé institut universitaire en santé mentale en 2006, ce qui lui a conféré un rôle stratégique dans le développement et le partage des connaissances en santé mentale au sein du réseau du RUIS McGill de même que dans l'ensemble du réseau des partenaires conformément au plan d'action en santé mentale 2005-2010.

Le Douglas est fermement engagé dans le rétablissement et en a d'ailleurs fait le point central de sa vision : **le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – de la communauté au cerveau**. Le Douglas a une solide tradition d'excellence et cette culture s'appuie sur l'application des meilleures pratiques, la recherche et l'évaluation, la sécurité et la satisfaction des patients, et l'amélioration continue de la qualité.

La structure du projet d'infrastructures

Le Douglas poursuit actuellement un projet lié à ses infrastructures vétustes et aux obstacles que celles-ci posent à la réalisation du plein potentiel de l'Institut, au point de vue des soins, de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation des technologies et des modèles de soins.

Il y a une dizaine d'années, sachant qu'il serait appelé à relever de nouveaux défis et à occuper un rôle de plus en plus important en santé mentale au sein de la province, le Douglas s'est engagé dans un processus de réflexion sur l'état de ses infrastructures physiques. Plus de 60 % des bâtiments encore occupés de nos jours datent de l'époque des asiles, une période profondément différente de la réalité d'aujourd'hui – et de demain – en termes de besoins de la clientèle et de meilleures pratiques.

Les responsables de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, consultés en début de projet, ont suggéré qu'une étude de préfaisabilité soit élaborée afin d'évaluer les différents aspects relatifs aux infrastructures vieillissantes, au projet clinique du Douglas, aux tendances en recherche et enseignement, à l'évolution de la clientèle et de ses besoins puis à l'émergence de meilleures pratiques. Le présent rapport fait état des constats réalisés dans le cadre de cette étude de préfaisabilité, entreprise de concert avec la firme externe **CIM – Conseil en immobilisation et management inc.**

Des consultations ont été organisées avec différents groupes (cliniciens, chercheurs, patients, groupes communautaires qui oeuvrent en santé mentale, etc.) puis les conseils de deux experts ont été sollicités : Frank Pitts, un spécialiste du design pour des institutions de santé béhaviorale destinées à des populations spéciales et Roger Ulrich, un expert des environnements « guérissants » et de l'Evidence-based design (design basé sur des données probantes).

À l'issue de ces consultations, une conclusion s'est imposée : le Douglas ne dispose pas actuellement des infrastructures adéquates lui permettant de remplir pleinement son mandat. Les infrastructures ne peuvent satisfaire ni aux besoins de la clientèle, ni aux normes en aménagement d'établissements de santé.

SANTÉ MENTALE ET OBSTACLES PHYSIQUES

La réalisation du plein potentiel de l'Institut dépend de l'excellence des soins, de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation des technologies et des modèles de soins, mais aussi de l'intégration de ces mandats. L'étude de préfaisabilité a permis de considérer les aspects de l'environnement physique de l'Institut qui nuisent à ces objectifs ainsi que les inefficacités organisationnelles et fonctionnelles des installations actuelles.

Volet clinique : quand la bonne volonté ne suffit plus

Les infrastructures existantes du Douglas ne constituent pas un environnement favorable pour la pratique clinique actuelle en établissement ou en externe, et elles représentent encore moins un cadre viable pour l'avenir des soins de santé mentale et des meilleures pratiques cliniques. Les employés du Douglas, quelle que soit leur profession, travaillent de façon remarquable afin de pallier aux différents problèmes auxquels ils font face, mais certains obstacles ne peuvent être franchis dans le contexte actuel.

Risques liés à la sécurité

L'installation des unités cliniques dans des pavillons n'ayant pas été conçus pour le type de soins dispensés aujourd'hui pose des problèmes parfois sérieux, notamment au point de vue de la sécurité des patients et du personnel :

- occupation multiple de 56 % des chambres;
- partage des salles de bain (92 % des cas);
- partage des douches (100 % des cas – dans certaines unités, une douche pour 15 patients);
- impossibilité de voir l'ensemble de l'unité à partir du poste de soins;
- obligation pour le patient de sortir de sa chambre pour utiliser la salle de bain et la douche;
- configuration des aires communes inadéquates (étroitesse des corridors, salles de groupes, etc.);
- impossibilité d'assurer une surveillance efficace des tunnels de circulation;
- contiguïté des lieux thérapeutiques;
- absence d'un système d'orientation efficace pour les patients;
- structure de certains pavillons en bois ou absence de systèmes de gicleurs;
- absence de systèmes de contrôle du bruit (insonorisation, matériaux absorbants, etc.).

Ces quelques exemples illustrent bien les facteurs pouvant contribuer à l'incidence de chutes, d'agressions, de suicides, d'erreurs de médication, d'infections nosocomiales ou encore de fugues sans compter les risques d'incendie.

Chacun des pavillons du Douglas présente au moins une de ces caractéristiques. Dans certains pavillons, on retrouve l'ensemble de ces facteurs de risque.

Absence d'environnements thérapeutiques

Certains aspects des installations sont un obstacle au lien entre le clinicien et le patient et à l'utilisation des espaces à des fins thérapeutiques, des éléments d'importance capitale en santé mentale :

- occupation multiple de 56 % des chambres;
- absence d'espaces extérieurs sécuritaires et intéressants du point de vue thérapeutique;
- absence de lieux privés où pourraient avoir lieu des échanges confidentiels;
- absence d'espaces accueillants pour les familles;
- absence de lieux communs « humanisants ».

Manque d'ouverture sur la communauté

Le Douglas a adopté une vision de rétablissement et de lutte contre la stigmatisation des maladies mentales, ce qui, jumelé à l'implantation du *Plan d'action en santé mentale*, favorise l'ouverture sur la communauté et la fluidité des interrelations entre elle et l'ensemble du réseau de la santé mentale. Malheureusement, il est impossible de le faire de façon optimale compte tenu de plusieurs caractéristiques de nos infrastructures :

- distance importante entre les points de service de transports en commun et les installations;
- absence de poste d'accueil centralisé;
- absence de centre d'information pour la communauté;
- absence d'espace pour les partenaires communautaires en santé mentale;
- difficulté pour les visiteurs de s'orienter.

Faire place à la recherche : l'espoir de la guérison

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (CRHD), dont la réputation internationale est bien établie, est un pilier d'excellence à l'Institut. Le CRHD occupe une place de choix dans le monde de la recherche en santé mentale au Canada, mais manque d'espace dans les locaux de l'Institut. Les limites de l'espace disponible pour la recherche ont été atteintes, ce qui donne lieu à des situations pour le moins préoccupantes :

- la Banque de cerveaux est en situation de risque d'incendie (structure de bois du pavillon Perry);
- l'intégration de la recherche aux activités cliniques est rarement possible, mais elle constitue un élément essentiel du partage des connaissances et de la translation de la recherche à la clinique et l'enseignement;
- le CRHD ne peut plus prendre d'expansion;
- des élèves de toutes disciplines sont refusés, alors que l'on souhaiterait les accueillir;
- des réfrigérateurs et autres appareils parfois dangereux ou fragiles sont placés dans les corridors;
- de l'équipement doit être acheté en double en raison de la dispersion des activités;
- des pertes de temps considérables ont lieu, notamment chez les étudiants;
- l'implantation de nouvelles technologies en recherche est impossible.

Le maintien de l'excellence dans la recherche passe par le renouvellement des infrastructures, qui permettra le recrutement de plus de chercheurs et de plus d'étudiants, l'acquisition d'équipement à la fine pointe de la technologie et la convergence des efforts effectués en milieu clinique.

L'enseignement au Douglas : la classe en manque d'espace

L'enseignement au Douglas bénéficie d'une réputation à l'échelle provinciale, nationale et, de plus en plus, internationale. Le Douglas et le CRHD accueillent annuellement plus de 450 stagiaires de différentes institutions d'enseignement collégial et universitaire. De plus, l'Institut coordonne des activités de transfert de connaissances à des partenaires et à la communauté et de la formation continue. Actuellement, le manque d'espace et la configuration des installations physiques limitent les activités pédagogiques et présentent certains obstacles que l'Institut souhaite surmonter dans l'avenir :

- les demandes de stage excèdent les capacités d'accueil;
- l'espace ne permet pas une intégration des nouvelles technologies d'enseignement;
- le transfert des connaissances est compromis par le manque de salles de cours, de toutes tailles;
- l'espace est inexistant pour accueillir les organismes communautaires, le grand public, etc.;
- l'intégration de l'enseignement aux services cliniques est difficile, mais essentielle.

Il va sans dire que l'amélioration de l'enseignement contribuera à garantir un meilleur avenir à l'Institut Douglas et à ses patients, mais aussi à la pratique professionnelle en santé mentale et à former une relève de qualité. Cette amélioration dépend bien entendu des pratiques et des compétences des maîtres, mais aussi de l'utilisation et de l'organisation optimale des espaces physiques.

Un institut intégré : plus un rêve qu'une réalité

L'intégration des soins, de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des modèles de soins est incontournable pour faire évoluer les pratiques et contribuer au partage des connaissances. Actuellement, nous l'avons vu, cette pleine intégration est pratiquement impossible. L'aménagement des lieux ne permet pas que la recherche ou l'enseignement occupe une place en milieu clinique, sauf exception.

De plus, les nombreux pavillons ne permettent pas une intégration horizontale entre deux équipes cliniques, par exemple. Les cliniciens ont eux-mêmes défini le climat au Douglas comme de nombreuses « microcultures » qui travaillent en silos. L'intégration des services entre eux, mais aussi des différentes disciplines les unes avec les autres est essentielle à l'émancipation d'un institut universitaire et serait facilitée par un aménagement basé sur un axe central et des espaces communs plus nombreux.

Inefficacités liées aux infrastructures

La vétusté et la configuration des infrastructures actuelles donnent lieu à plusieurs situations démontrant leur inefficacité, au point de vue fonctionnel ou organisationnel. Voici quelques exemples :

- près de 15 % du temps des employés est consacré aux déplacements entre les pavillons;
- présence d'amiante : coûts excessivement importants reliés au retrait de ce matériau;
- 1,2 km : distance totale que représentent les tunnels de circulation;
- coût d'entretien annuel des espaces inutilisables (corridors, tunnels);
- 7,5 M$: pertes financières annuelles causées par la perte de temps en déplacements attribuables à la dispersion des bâtiments;
- 60 M$: montant nécessaire à la mise à jour des systèmes fonctionnels[1].

Si les installations demeuraient inchangées pour les dix 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$.

ANALYSE DES BÂTIMENTS EXISTANTS : PLACE AU RENOUVEAU

Le parc immobilier actuel du Douglas, s'il était mis à jour puis rénové en profondeur, pourrait-il accueillir un établissement de santé mentale moderne qui pallierait les nombreux problèmes cités plus haut? Afin de répondre à cette question, il a fallu analyser les différents bâtiments quant à leur superficie, leur configuration, leur localisation relative et les matériaux employés lors de leur construction. Leur potentiel de réutilisation a donc été sérieusement mis à l'épreuve.

Dans le cadre de cette évaluation, six objectifs de base formulés par l'organisation du Douglas ont été considérés comme des incontournables :

[1] Plan directeur immobilier, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Lemay & Lemay inc., 2007.

- assurer le continuum des soins par programmes ainsi que les liens avec la recherche et l'enseignement;
- offrir des unités de soins avec des chambres simples et des salles de bain individuelles ainsi que des locaux communs en nombre et de superficie suffisants;
- respecter les superficies normées selon les standards les plus récents;
- éliminer l'étalement sur le site en se concentrant dans un rayon plus petit;
- éviter de recréer les corridors tunnel - opter plutôt pour des atriums éclairés, des fonctions communes ou des activités interactives;
- maintenir la prestation des services en tout temps.

Selon les conclusions tirées à l'issue des évaluations, **aucun des bâtiments actuels ne permettrait de respecter ces six incontournables**. Seule une construction neuve peut répondre adéquatement aux besoins, aux normes des différents secteurs de l'établissement.

Tout projet de récupération des installations actuelles engendre des réaménagements et des démolitions majeurs, des investissements substantiels, aussi importants sinon plus élevés qu'une construction neuve. La flexibilité des bâtiments est pratiquement nulle.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas recommandé de récupérer ou de rénover les structures existantes.

L'Institut Douglas a la chance de détenir un site permettant facilement d'accueillir une nouvelle construction. Nous recommandons donc de procéder à la réalisation d'une nouvelle construction sur le site de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Cette construction doit répondre aux principes d'aménagement d'un environnement « guérissant » s'inspirant des meilleures pratiques dans la conception des bâtiments de soins psychiatriques, largement documentées dans le présent rapport.

NOUVEL INSTITUT : BIEN PLUS QUE DU BÉTON

Dans le cadre du projet en cours, le Douglas a développé une philosophie et une vision d'un institut universitaire en santé mentale de l'avenir qui deviendra un exemple au niveau national, mais aussi international, de l'application des meilleures pratiques de design d'établissements de santé mentale.

L'objectif poursuivi est de développer :

- un environnement physique propice à la collégialité, à l'émergence et au développement des connaissances, de la recherche, de l'enseignement et des pratiques de pointe;
- un environnement propice à l'innovation et au partage des connaissances;
- un environnement qui allie flexibilité, fluidité et efficience;
- un environnement exempt de stigmatisation, ouvert sur la communauté et axé sur le rétablissement.

Une intégration profonde des mandats de l'Institut

Le projet propose le maintien du continuum de soins par programme et interprogrammes, mais également l'intégration des services cliniques, de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation des modèles de soins. Une organisation bien intégrée aura plus de facilité à recruter et retenir du personnel compétent, sera beaucoup plus efficace au point de vue du transfert des connaissances et de la mise en commun des expertises propres à chacun.

Un concept humanisant axé sur le rétablissement

Propre à Frank Pitts, expert en architecture d'établissements de santé mentale, reconnu internationalement et ayant participé à l'élaboration du projet, ce concept permet d'offrir au patient l'expérience thérapeutique de transition progressive entre les unités de soins (maison), les services ambulatoires (voisinage) et les locaux communs (centre-ville). Ce concept humanisant permettra une plus grande ouverture sur la communauté et un meilleur accès aux partenaires en santé mentale et la fluidité des interactions tout au long du processus de rétablissement.

Des espaces thérapeutiques

Le projet devra utiliser l'espace extérieur disponible à des fins thérapeutiques et aménager l'espace intérieur de façon à s'ouvrir davantage sur la nature et à respecter les critères d'un environnement « guérissant » (*healing environment*), concept défendu par Roger Ulrich, Ph. D., chercheur américain réputé internationalement et dont les travaux portent sur l'impact de l'environnement physique sur la santé physique et mentale.

LA VÉRITABLE FIN DE L'ÉPOQUE ASILAIRE : NAISSANCE DU NOUVEL INSTITUT

Winston Churchill le disait : « First we shape our buildings then our buildings shape us ». Le temps est venu de se défaire du passé asilaire qui a marqué à jamais les esprits et les bâtiments dans lesquels le Douglas évolue depuis 125 ans. Cet environnement rappelle constamment l'asile, la stigmatisation et la ségrégation que l'on souhaite pourtant laisser derrière.

L'Institut Douglas est fier de ses réalisations, qui l'ont mené au rôle qu'il joue aujourd'hui comme chef de file en santé mentale, d'autant plus que ces progrès ont été réalisés dans un environnement physique stigmatisant, vétuste et inadapté – voire inadaptable – aux meilleures pratiques en santé mentale.

À la lumière de l'information présentée dans le présent document, il est évident que les besoins sont urgents, que les ressources sont déficientes et qu'une nouvelle construction bénéficiera à l'ensemble des acteurs et des usagers du système de santé mentale au Québec. C'est donc avec confiance que le présent rapport est déposé devant le MSSS et l'Agence de Montréal qui, après avoir pris connaissance de la sévérité des problèmes et de l'impact des solutions proposées, pourront permettre au Douglas de laisser derrière lui, une fois pour toutes, son passé asilaire et d'envisager l'avenir à travers cet audacieux projet.

INTRODUCTION

Le Douglas s'est façonné à partir de valeurs qui mettent en lumière l'excellence dans les pratiques cliniques, l'innovation dans les programmes d'enseignement et la contribution importante de la recherche à l'avancement et au partage des connaissances en santé mentale.

Toutefois, les infrastructures actuelles représentent non seulement un frein réel à l'innovation et au développement futur, mais nuisent également à la qualité des soins. Dans certains cas, elles constituent même un élément important de risque pour la sécurité des patients et du personnel. Les édifices datent de l'époque asilaire et ne sont plus en mesure de répondre aux besoins de la clientèle et des intervenants. L'environnement a été conçu pour l'hébergement des patients à une époque où les gens souffrant de maladies mentales étaient écartés de la société.

Un survol de l'état des installations existantes permet de bien saisir comment les bâtiments actuels ne sont plus en mesure :

- de soutenir l'approche clinique visant le rétablissement;
- d'accommoder le transfert de la prestation des soins de l'interne vers l'ambulatoire;
- de faciliter les liens avec les partenaires communautaires et les CSSS;
- de fournir un environnement normalisant, sécuritaire et exempt de stigmatisation;
- de soutenir le développement de la recherche et de l'enseignement et leur intégration aux soins.

C'est donc en réponse à cette situation problématique que des démarches ont été entreprises pour encourager les réflexions sur les besoins de l'Institut, l'organisation clinique, l'évolution des clientèles, les projections pour l'avenir ainsi que les impacts sur les ressources et l'environnement. Ces réflexions ont donné lieu à une évaluation des solutions possibles. Le présent rapport d'étude de préfaisabilité fait état de ces démarches et des conclusions qui furent tirées. L'argumentaire clinique constitue le cœur de la présente étude et le point de départ de la démarche vers un programme fonctionnel et technique qui inclut également l'ensemble des composantes du rôle d'institut, à savoir, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et leur intégration aux soins.

Le caractère innovateur du Douglas se reflète également dans son approche envers ce projet, qui a été élaboré en tenant compte des meilleures pratiques en architecture (Evidence-based design) et en particulier de leurs impacts sur la qualité des services et les résultats cliniques. Les recommandations qui en découlent s'appuient donc sur des données probantes et sont accompagnées d'une évaluation sommaire des impacts budgétaires, qui témoignent du bien-fondé économique du projet.

1. LE RÔLE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE

« INSTITUT UNIVERSITAIRE » : BIEN PLUS QU'UN TITRE

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 89) 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.* »

En santé mentale, le MSSS cible davantage l'action de l'institut. Plus précisément, l'institut universitaire en santé mentale doit :

- favoriser l'émergence, dans les milieux de pratique, d'une culture universitaire qui soit une source de connaissances utiles 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 leurs missions respectives, 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 (PASM) 2005-2010 ajoute une dimension complémentaire au rôle de l'institut universitaire en santé mentale : « *[…] d'innover dans le développement des pratiques de soins partagées, 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.* »

On peut 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 et les pratiques en santé mentale. Parce qu'il répondait aux critères, le Douglas a été désigné institut universitaire en santé mentale en 2006, année de son 125e anniversaire.

PASM : IMPACT SUR LE DOUGLAS

Pour que le Douglas puisse jouer pleinement son rôle, il est impératif que le PASM soit implanté. Une première ligne forte permettra au Douglas de mieux assumer son rôle d'institut universitaire dans un réseau bien intégré et fluide.

Fort de cette conviction, le Douglas a pris le leadership de l'implantation du PASM de manière à regrouper à la même table tous les acteurs du territoire de proximité. L'implantation progresse et

un comité a été mis en place pour mieux planifier la transition et ses différents aspects dont les soins partagés, le modèle de psychiatre-répondant et de médecin omnipraticien répondant, les guichets d'accès, etc.

Le présent document adopte donc comme prémisse que le PASM sera implanté dans son ensemble au moment où le nouvel institut verra le jour, et que le Douglas sera en mesure de jouer le rôle qui lui a été assigné lors de sa désignation en 2006.

AU SERVICE DE L'AVENIR

Les connaissances en psychiatrie sont en constante évolution et présentent des innovations qui transforment les pratiques cliniques et influencent les traitements.

Les percées au point de vue des sciences sociales et de l'épidémiologie, de la psychopharmacologie et du concept de réadaptation psychosociale, ont permis l'évolution de la pratique clinique vers des modèles beaucoup plus axés sur la multidisciplinarité et le partenariat soutenu avec la communauté. Le développement de la génétique et de la génomique, de la neurologie et des neurosciences fait également émerger des possibilités inespérées au niveau de la rapidité et de la précision des diagnostics ainsi que des traitements.

L'état des connaissances, la recherche et l'avancement des pratiques cliniques viennent sans contredit influencer les façons de faire. Ceci a des impacts sur les séjours, sur leur qualité, leur durée, leur type et, inévitablement, sur l'architecture.

Un institut a donc un rôle déterminant d'innovateur dans le développement des pratiques, de générateur de connaissances et d'agent de changement dans les pratiques professionnelles. Il influence également les programmes de formation pour assurer la qualité des services offerts aux personnes présentant un problème de santé mentale.

SERVICES DE POINTE

Les services de pointe comprennent :

- l'accessibilité à une expertise médicale reconnue. En ce sens, les références de psychiatre à psychiatre augmentent;
- l'accessibilité à de la psychoéducation et à des thérapies novatrices pour la clientèle;
- le traitement des cas réfractaires.

Pour le RUIS, le programme augmente son accessibilité aux intervenants via des téléconférences, de la formation et des consultations à distance. De plus, un projet d'enregistrement et de publication de matériel didactique est en cours pour supporter le développement des connaissances.

2. LES BÂTIMENTS – DE L'ASILE À L'INSTITUT

INSTITUT DOUGLAS : JADIS « HÔPITAL POUR LES FOUS »

Les premières années : le *Protestant Hospital for the Insane* est fondé en 1881 et la construction du premier édifice (aujourd'hui le pavillon Perry) se termine en 1890. Le nombre de patients admis augmente assez rapidement pour atteindre 354 le 31 décembre 1899. Le Douglas est construit sur un terrain de ferme de 110 acres à l'écart de la ville. L'achat d'un second lopin de terre de 60 acres a lieu en 1907.

Nouvelles constructions dispersées sur le site (1894-1918) : les années 1894 à 1910 voient la construction de différents bâtiments (aujourd'hui les pavillons Lehmann, Reed et Newman, et l'ancien pavillon Burgess). Les dirigeants voulaient que le développement immobilier soit à l'échelle humaine pour ne pas être trop imposant.

Ces nouveaux édifices sont construits à l'écart de l'édifice principal pour abriter une infirmerie, pour les malades tuberculeux, pour séparer les hommes des femmes ou pour le personnel. Pendant cette période, on construit également la salle Douglas (amphithéâtre) et la maison Burland, qui était alors la résidence du superintendant médical (elle abrite aujourd'hui le Centre McGill d'études sur le vieillissement). La résidence des infirmières (aujourd'hui le pavillon Dobell) est construite en 1916.

Les premiers tunnels (1938-1940) : les hivers rigoureux du Québec rendent difficile la liaison entre les différents bâtiments, et le premier tunnel est construit en 1938. L'Hôpital compte maintenant plus de 1200 patients et deux autres pavillons sont construits entre 1938 et 1940 (pavillons C.P.C. et Porteous).

Expropriation de terrains (1953) : la partie des terrains située au nord de l'aqueduc est expropriée en 1953 et fait dorénavant partie du parc Angrignon. La ville s'étend graduellement et atteint maintenant les frontières du terrain du Douglas.

Dernière grande phase d'expansion (1960-1965) : l'année 1961 voit l'inauguration du nouveau pavillon Burgess et la construction du pavillon pour la médecine et la chirurgie (maintenant Frank B. Common Jr.).

Suite à la création, en 1960, des services aux enfants et adolescents, il est convenu de construire des édifices pour leurs besoins spécifiques et de les éloigner des autres édifices abritant la clientèle adulte. Entre 1963 et 1965, les pavillons Stearns, Finley, Lyall, Ward, Thomas, Wilson et Bond sont construits à l'intention des jeunes. Le centre récréatif Roberts est inauguré en 1966 alors que le nombre de patients hospitalisés atteint près de 1900.

Cet aperçu historique explique pourquoi le Douglas est aujourd'hui constitué de 33 édifices dispersés sur un terrain de 150 acres et reliés entre eux par un réseau de tunnels souterrains s'étendant sur 1,2 km.

LA MODERNISATION ET SES LIMITES

La recherche, l'enseignement, l'introduction de médicaments de plus en plus efficaces et le développement des pratiques cliniques font en sorte que la prestation des services a changé radicalement au cours des années. La recherche s'est développée progressivement, les services ont connu les phases de la désinstitutionnalisation et du virage ambulatoire, l'hospitalisation est passée d'un environnement verrouillé à une philosophie de portes ouvertes. Les terrains qui servaient autrefois à isoler les patients de la communauté doivent aujourd'hui être intégrés pour contribuer au rétablissement.

Les bâtiments ont subi différentes vagues de rénovations visant à les adapter, autant que faire se peut, à ces changements en psychiatrie et à améliorer l'état général de leurs systèmes et structures (alimentation en électricité, eau, câblage informatique, etc.). Toutefois, la majorité d'entre eux ont déjà dépassé leur espérance de vie utile ou ne sont plus conformes aux normes. Notons par exemple le fait :

La majorité des installations et des infrastructures ont déjà dépassé leur espérance de vie utile ou ne sont plus conformes aux normes.

- que les 20 ascenseurs doivent être remplacés ou rénovés;
- que certains édifices ne sont pas munis d'un système de gicleurs pour le feu;
- que certains édifices ne sont pas accessibles aux personnes handicapées;
- que plusieurs systèmes d'alimentation en électricité sont défectueux et doivent être remplacés, etc.

Différents plans directeurs immobiliers ont été élaborés au cours des années, dont plusieurs au cours des dix dernières années : un en 1998, un en 2002 et un autre en 2007, dont les rénovations fonctionnelles s'élevaient à **60 M$**.

Ces plans directeurs immobiliers, qui visent essentiellement à fournir un environnement qui permette d'atteindre les objectifs organisationnels du Douglas, sont freinés ou gênés par de nombreux obstacles architecturaux ou structuraux qui sont issus de la dispersion des édifices sur le terrain ou de la structure même des édifices.

Impact de la dispersion des édifices : comme nous le verrons tout au long du document, plusieurs problèmes découlent directement de cette configuration physique : microcultures, isolement, manque de synergie, problèmes d'orientation, inefficacités fonctionnelles importantes.

La dispersion géographique nuit à la prestation des services ambulatoires puisque l'orientation sur le site est difficile, notamment car il n'existe aucun poste d'accueil central pour orienter les visiteurs. Aussi, la plupart des pavillons sont souvent très éloignés des accès et des transports en commun.

Les inefficacités fonctionnelles sont principalement de deux ordres :

- le temps perdu en déplacements inutiles, dont les coûts sont évalués à **7,5 M$ par année**;
- l'entretien d'espaces inutilisables : de 30 % à 40 % des espaces sont constitués de tunnels et de corridors. Les dépenses liées au chauffage, à l'éclairage, au nettoyage et à l'entretien de ces

espaces inutilisables dépassent également **5 M$ par année**. L'utilisation de ces corridors étroits constitue aussi des risques d'infection et de propagation des maladies qui augmentent du fait que le linge souillé et le linge propre circulent dans le même réseau de tunnels étroits.

Problèmes liés à la construction : la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs représente un souci constant et il est de plus en plus difficile de l'assurer dans les édifices actuels.

- Plusieurs des édifices ont une structure en bois et tous les édifices contiennent de l'amiante, rendant les rénovations impossibles ou extrêmement coûteuses, en plus de représenter un danger important pour la santé.
- Les postes de soins sont isolés et la visibilité est réduite par des angles morts qui nuisent à la supervision.
- Certains édifices n'ont pas de systèmes de gicleurs.

Il n'est pas possible de réaménager l'intérieur des bâtiments en fonction des besoins, en transformant par exemple les chambres à occupation multiple en des chambres simples, en intégrant l'enseignement et la recherche aux activités cliniques, etc., car la structure de plusieurs édifices ne le permet pas. Dans certains cas, c'est le fait que des murs servent de soutien qui empêche une reconfiguration et dans d'autres, c'est la fenestration des bâtiments qui constitue une limite supplémentaire à la flexibilité des structures existantes.

Essentiellement, il n'est plus possible de faire plus avec les édifices actuels et il n'y a plus aucune flexibilité qui permettrait à l'Institut de s'adapter à d'autres changements éventuels. De plus, les coûts reliés au prolongement de la situation actuelle sur les prochaines dix années sont exorbitants et s'élèvent à environ 135 M$ si l'on considère :

- les coûts de mise à niveau des infrastructures existantes : 60 M$;
- les coûts reliés aux déplacements inutiles (7,5 M$ par année pour 10 ans) : 75 M$.

Le total des dépenses nécessaires pour maintenir le statu quo s'élève à : **135 M$.**

DES INFRASTRUCTURES DIGNES DES PRINCIPES DU DOUGLAS

Cette constatation, jumelée au rôle d'institut universitaire en santé mentale et aux percées scientifiques, médicales, pharmacologiques et cliniques actuelles ont amené le Douglas à repenser ses infrastructures pour qu'elles soient propices au rétablissement, qu'elles viennent soutenir et même stimuler l'innovation ainsi que l'émergence, le partage et l'application des meilleures pratiques.

Nous avons donc procédé à un exercice qui, fondé sur les données probantes en architecture d'établissements de santé mentale (Evidence-based design), vise à doter le Douglas d'infrastructures :

- qui offrent un milieu accueillant, un environnement « guérissant » (*healing environment*) à tous ceux qui franchissent ses portes, et qui soit un exemple de ce que les services de santé mentale devraient être;
- qui tiennent compte de la réalité actuelle tout en se positionnant pour le futur dans un environnement qui permet de s'adapter aux changements que nous réserve l'avenir;

- où les patients, leurs proches et le personnel se sentent en sécurité et accueillis;
- qui sont ouvertes sur la communauté et qui sont une plaque tournante de la collaboration avec les partenaires;
- qui offrent des services efficaces et efficients;
- qui stimulent l'innovation et la collégialité au profit de l'avancement et du partage des connaissances;
- qui constituent un phare d'espoir et le signal d'une ère nouvelle pour les soins en santé mentale au Québec.

3. LA CHRONOLOGIE DES ÉDIFICES

1888-90	Édifice principal
1892	Gymnase
1894-96	L'aile nouvelle (« West House »)
1897	« Infirmary » (premier pavillon Burgess)
1898	Laboratoire pathologique Burland
1902	« East House »
1905	Résidence du surintendant médical (6825, boul. LaSalle)
1907	Nouvelle station génératrice
1909-10	« North West House »
1910-12	« Douglas Hall »
1912	Maisonnette (6601, boul. LaSalle)
1916	Résidence des infirmières (« Staff House »)
1919-20	Extension de « l'Infirmary »
1927	Résidences pour l'adjoint au surintendant médical et l'administrateur (6625 et 6627, boul. LaSalle)
1928-30	Modifications majeures à l'édifice principal
1929	Pavillon Burgess transformé en unité privée
1931	Buanderie et l'installation de chauffage
1936	Maison duplex pour l'ingénieur et les médecins (6603 et 6605, boul. LaSalle)
1938	Tunnels
1938-39	Nouvelle résidence pour infirmières
1939-40	Pavillon Porteous
1948	Rénovation du « Douglas Hall »
1956	Maison « Bungalow » pour administrateur adjoint (6775, boul. LaSalle)
1959	Rénovation de l'édifice principal (pavillon Perry)
1960-61	Résidences du personnel (6615, 6617, 6627, 6629, boul. LaSalle)
1961	Nouveau pavillon Burgess, pavillon médical-chirurgical (pavillon Frank B. Common Jr.)
1961	Rénovation du « West House » (pavillon Durost)
1961	Centre Dalse, serre, démolition de la ferme
1962	Rénovation du « East House » (pavillon Reed)
1962	Salle du Conseil commémorative Muir
1962	Centre de réadaptation résidentiel (7075, boul. LaSalle, « Newstart »)
1963	Pavillon Stearns
1963-64	4 Chapelles
1964	Rénovation du « Staff House » (pavillon Dobell)
1964	Pavillons Finlay, Lyall et Ward
1965	Pavillons Thomas, Wilson, Bond
1966	Centre récréatif Roberts
1966	Centre Mary Caton
1966	Rénovation de la buanderie
1967	Centre de jour au sous-sol du pavillon Burgess
1972	Transformation de la résidence des infirmières en C.P.C. phase I
1972	Extension du pavillon Bond
1974	C.P.C. phase II
1978-80	C.P.C. phase III (unité de thérapie du comportement, centre de recherche)
1978-80	Rénovation du pavillon Porteous
1981	Achat du Y.M.C.A. (7105, boul. LaSalle)
1985	Rénovation du pavillon Dobell pour accueillir les bureaux administratifs
2000-2001	Rénovation du Douglas Hall, auditorium

4. RAPPEL DU MANDAT

L'Hôpital Douglas a été désigné « Institut universitaire en santé mentale » en 2006. Au cœur de ses réflexions et de sa planification stratégique, on retrouve en toile de fond un bref énoncé de vision qui témoigne de ses ambitions d'être un ambassadeur des meilleures pratiques en santé mentale. Cet énoncé est le suivant :

« *Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche de la communauté au cerveau.* » [2]

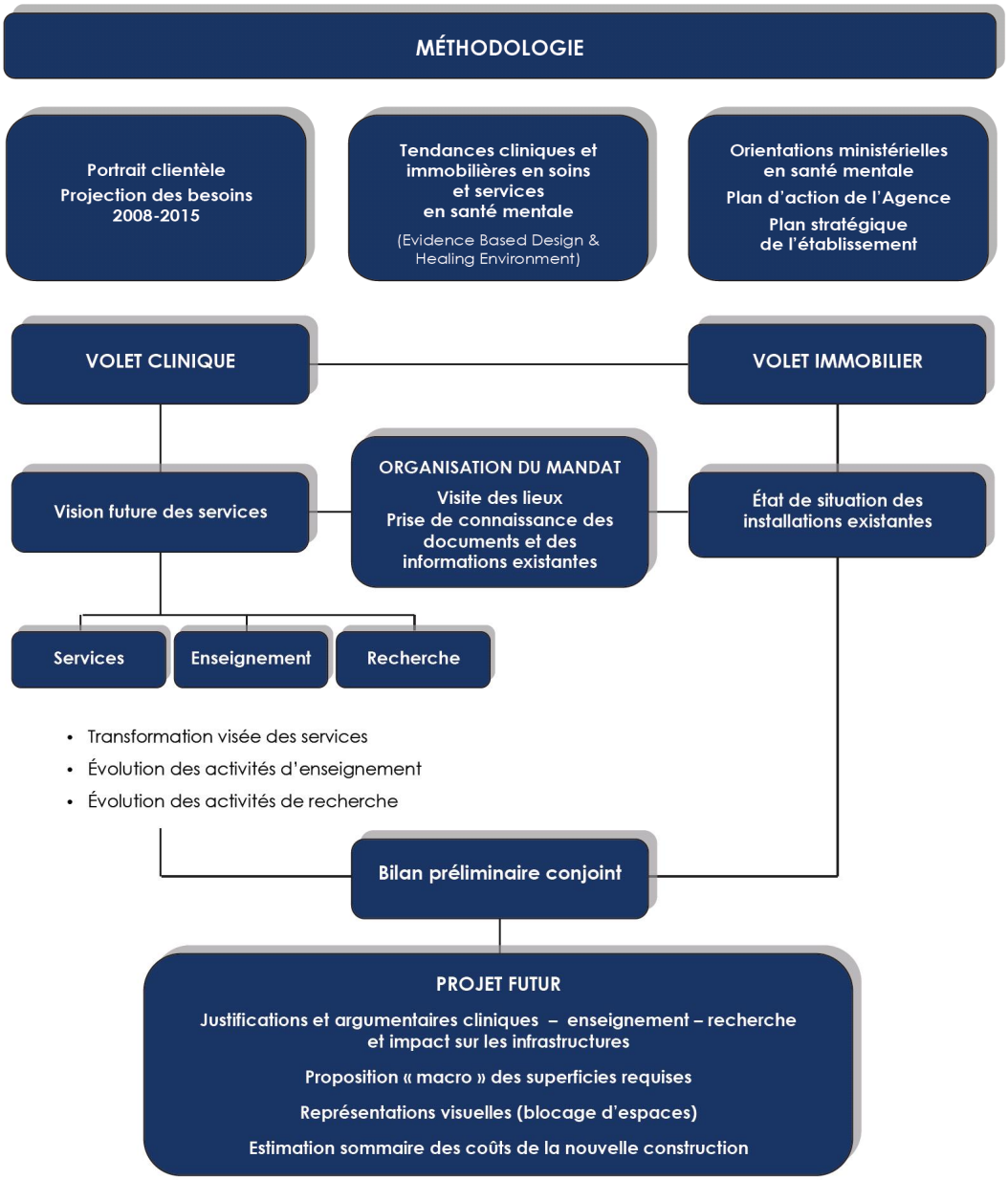
Ces deux concepts dominants soit, d'une part, pour la clientèle, l'importance de la notion du rétablissement qui prend tout son sens au sein de la pratique clinique et de l'environnement communautaire et, d'autre part, au plan des ressources et de l'organisation des services, la notion d'intégration entre les soins, l'enseignement et la recherche, qui représente, plus que jamais, un objectif à atteindre pour poursuivre l'assurance de la qualité des services et de l'enseignement.

Fort de ses compétences cliniques, de son enseignement et de sa recherche, l'Institut Douglas initie aujourd'hui auprès des cliniciens, professeurs, chercheurs et dirigeants une démarche de réflexion commune qui lui permettra de concrétiser ses buts et de relever les défis futurs que posent la psychiatrie et la santé mentale.

[2] Plan stratégique 2006-2010 en bref.

5. ACTIVITÉS RÉALISÉES DANS LE CADRE DU MANDAT

Afin de stimuler la réflexion qui guidera ce projet de reconfiguration, différentes activités ont été réalisées selon la méthodologie présentée ci-dessous.



Cinq grandes étapes ont été réalisées pour mener à bien le mandat.

ÉTAPE 1 – DÉMARRAGE

Le démarrage a permis d'orienter la démarche. Un comité aviseur réunissant les personnes clés a été formé. Voici la composition :

- le directeur général de l'Institut;
- le vice-doyen des affaires interhospitalières de l'Université McGill et coordonnateur du RUIS McGilll;
- la chef du Département de psychiatrie de l'Institut et chef du Département de psychiatrie McGill;
- la directrice des Soins infirmiers et de la Qualité;
- le directeur des Services techniques et de l'immobilier et le responsable du projet de renouvellement des infrastructures;
- le directeur des Services professionnels et hospitaliers et directeur médical des activités cliniques des activités de transfert des connaissances et d'enseignement;
- la directrice clinico-administrative des activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement;
- la directrice administrative du Centre de recherche;
- l'adjointe au directeur général;
- la chargée de projet du renouvellement des infrastructures.

Le rôle de ce comité a consisté à :

- recevoir les rapports, valider et approuver les travaux.

À l'interne, une équipe de projet a été mise en place afin de :

- valider et adopter la démarche, le plan de travail ainsi que la méthodologie utilisée;
- contribuer à l'organisation du mandat et à la planification des rencontres;
- s'assurer du bon fonctionnement des travaux.

ÉTAPE 2 – COLLECTE DES INFORMATIONS ET ANALYSE

La deuxième étape a permis de recenser les documents pertinents à l'étude et d'en dégager les tendances et de définir un concept sur la vision du nouvel hôpital. Elle a également servi à définir les clientèles à desservir actuellement et dans le futur.

Des séances de groupe ont permis d'échanger sur le concept et de faire ressortir les spécificités de chaque programme ou direction. Sept groupes ont été formés : quatre réunissant différents programmes, un pour l'enseignement, un pour la recherche et un dernier pour les partenaires communautaires. Outre les partenaires communautaires, qui n'ont eu qu'une rencontre et un appel téléphonique, et la recherche qui n'a bénéficié que de deux rencontres, les groupes ont été rencontrés quatre fois chacun.

ÉTAPE 3 – VALIDATION

Les étapes précédentes ont permis la rédaction d'un bilan préliminaire, lequel a été validé auprès des différents groupes mentionnés précédemment.

ÉTAPE 4 – ÉTUDE DE PRÉFAISABILITÉ

Cette étape vise l'aménagement immobilier en lien avec les orientations cliniques dégagées. Une visite des espaces a été réalisée et des scénarios immobiliers ont été présentés.

ÉTAPE 5 – VALIDATION ET DÉPÔT DU RAPPORT FINAL

Cette étape a consisté en la rédaction du rapport, sa validation, l'intégration des commentaires et une présentation au Conseil d'administration.

6. LA CLIENTÈLE ET LES FAITS SAILLANTS CLINIQUES DU FUTUR

6.1 La clientèle

Environ 20 % de la population souffrira d'une maladie mentale à un moment ou à un autre de sa vie et le 80 % qui reste sera affecté par une maladie mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue[3].

On considère par ailleurs qu'environ la moitié des gens qui souffriront d'une maladie mentale demanderont de l'aide.

Parmi les personnes qui seront atteintes, 3 % souffriront d'une maladie mentale grave et 17 % seront atteintes d'une maladie légère ou modérée.

Dans la région montréalaise, on estime qu'environ 145 000 personnes par année ont un « contact santé mentale » dans un établissement du réseau ou une clinique médicale.

Une fois sur trois, le diagnostic s'apparente aux troubles anxieux et une fois sur quatre, aux troubles affectifs.

À eux seuls, ces énoncés illustrent bien le contexte dans lequel évolue l'Institut Douglas, un établissement qui dessert une population dont les besoins sont croissants, changeants et dont le mode de réponse aux besoins se module rapidement avec les avancées spectaculaires des dernières années, tant sur le plan du traitement de la maladie comme telle que sur le plan des modes d'offre des services.

L'INSTITUT

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas dessert localement les populations des territoires du Sud-Ouest-Verdun et de Dorval-Lachine-Lasalle, soit environ 275 000.

Plus largement, il dessert aussi la population du RUIS McGill, soit un peu plus de 1,7 million de personnes. Finalement, dans certains domaines comme les troubles de l'alimentation, sa desserte est encore plus large et s'apparente davantage à l'ensemble de la population du Québec.

De fait, l'Institut est un acteur majeur au Québec et au Canada en matière de traitement, de recherche et d'enseignement en santé mentale. Sa renommée dépasse largement le territoire québécois.

[3] Santé Canada 2002, Rapport sur les maladies mentales au Canada.

LA DÉMOGRAPHIE DE SA DESSERTE

On prévoit que ces populations seront croissantes d'ici les prochaines années, et surtout, elles seront vieillissantes. Ces deux éléments laissent penser que les volumes de besoins de services de santé mentale seront croissants.

Le taux de croissance de cette population sera d'ailleurs plus grand que celui de la moyenne québécoise. En fait, cette population présentera un taux de croissance (4,3 %) pratiquement deux fois plus élevé qu'ailleurs au Québec (2,2 %). Et chez les personnes âgées, le ratio par rapport à l'ensemble de la population passera de 13,5 % à 16 %.

Au cours des prochaines années, la population du RUIS McGill devrait s'accroître au rythme de 11 000 personnes par année, et du nombre, plus de 8 000 personnes seront âgées de 65 ans et plus.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE SA DESSERTE

Croissance démographique jumelée à un vieillissement de la population : deux facteurs qui d'emblée nous permettent d'anticiper une augmentation des besoins de la population de desserte en matière de services de santé mentale.

Voici quelques chiffres qui démontrent l'ampleur des besoins de la population du RUIS. En 2015, environ 375 000 personnes qui habitent le territoire du RUIS McGill vivront une situation s'apparentant à un épisode dépressif au cours de l'année. Près de 100 000 souffriront de phobies et 55 000 de troubles obsessifs compulsifs. Il s'agit des trois principaux types de diagnostics en santé mentale.

En terme de volume de la demande auprès des ressources en santé mentale, environ 150 000 personnes du territoire auront un « contact santé mentale » en cours d'année.

Pour la très grande majorité d'entre eux, soit environ 45 % des cas, le « contact santé mentale » prendra la forme d'une visite au cabinet privé d'un omnipraticien. Un autre 25 % des contacts aura lieu en clinique externe de psychiatrie. Ce sont les deux types de ressources les plus utilisées en santé mentale. À l'opposé du spectre, environ 5 % de la clientèle sera prise en charge en mode hospitalisation.

En hospitalisation, la majorité (environ 60 %) des volumes seront des épisodes psychotiques.

LES NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE

Si les besoins des populations sont croissants, les modes de réponse aux besoins changent quant à eux considérablement. Les nouvelles approches en santé mentale, combinées aux développements cliniques, permettent d'envisager un modèle d'offre de service qui sera de plus en plus fluide, une approche qui favorise différents niveaux d'intégration aux communautés.

L'hôpital devient un centre surspécialisé, un établissement qui offre des services cliniques, des services d'enseignement et des services de recherche. L'hôpital joue son rôle de

dispensateur de soins à ses clientèles lourdes et joue un rôle-conseil auprès des autres ressources qui traitent et qui prennent en charge les clientèles plus légères qui auparavant étaient prises en charge par l'hôpital même.

C'est dans ce contexte que se dessine le nouvel Institut Douglas. Un établissement qui s'adapte aux besoins changeants de ses clientèles, un institut qui s'inscrit dans les nouvelles façons de faire. Un institut qui favorise une prise en charge des clientèles par les bonnes ressources aux bons endroits et au bon moment. Un institut qui favorise et encourage un continuum de soins. Un institut du 21e siècle.

6.2 Les faits saillants cliniques du futur

De façon plus spécifique, la pratique clinique doit s'adapter et moduler son offre de services. Des rencontres avec des groupes de travail des différents programmes et des partenaires communautaires ont permis de faire le lien entre ce qui est et ce qui devrait être. Les intervenants ont pu se projeter dans le futur à partir de données démographiques, de données statistiques sur l'incidence des maladies ainsi que sur le partage de leurs connaissances sur les modèles internationaux en santé mentale. Les influences les plus importantes viennent sans contredit de MM. Ulrich et Pitts, lesquels ont pu démontrer les effets bénéfiques cliniques dans un environnement « guérissant ». D'entrée de jeu, les participants aux groupes de travail ont bénéficié d'une conférence de lancement où ils ont entendu le directeur général de l'Institut, le démographe de CIM et M. Pitts. Ce lancement des plus stimulants a projeté les équipes dans l'avenir.

Les groupes se sont ensuite rencontrés pour parfaire leurs réflexions. Les résultats sont regroupés dans un **document complémentaire** afin de ne pas alourdir davantage le présent rapport. Le document reflète les discussions ayant porté sur un aperçu général du programme, les tendances cliniques et enjeux du futur, l'évolution des clientèles et les impacts sur les ressources et l'environnement. À la fin de chaque programme, un tableau synthèse permet de comparer l'actuel avec le futur, tant pour l'hospitalisation que pour l'ambulatoire.

Fort de cet exercice, il ressort que dans le futur, le patient doit pouvoir bénéficier d'un environnement différent selon sa situation clinique et être informé dès le départ de son congé vers des ressources de transition ou son domicile. La volonté de l'équipe interdisciplinaire est d'offrir des soins humains spécifiques spécialisés et surspécialisés, de maintenir l'autonomie du patient et de faciliter son transfert vers les ressources de 1re ligne et les partenaires communautaires dès que possible. Les intervenants de l'institut et de 1re ligne travailleront en étroite collaboration, chacun bénéficiant de l'expertise de l'autre.

Les pratiques cliniques étendent le concept de l'interdisciplinarité. Ce n'est pas que l'équipe de l'institut qui travaille au plan de traitement, ce sont toutes les équipes d'intervention du réseau. La notion de réseau intégré et fluide prend tout son sens. Le partenariat est soutenu et tangible avec la communauté. Les intervenants communautaires ont une place physique dans les murs et participent aux rencontres interdisciplinaires.

Outre la réelle portée du réseau intégré, le patient peut bénéficier de la présence des cliniciens, de stagiaires de haut niveau et de chercheurs sur les lieux. La présence de ces intervenants vient teinter le milieu de façon significative. Les clients ont accès à des professionnels constamment à l'affut de nouvelles interventions améliorant le bien-être et préservant l'autonomie de la clientèle.

En surplus du réseautage fluide, de l'intégration de l'enseignement et de la recherche, les percées technologiques (implants neurologiques) ainsi que les découvertes pharmacologiques viennent réduire de façon significative les effets néfastes de la maladie, contribuant à un diagnostic hâtif plus précis. Le patient retrouve plus rapidement le contrôle sur sa santé et envisage le retour dans la société d'une manière harmonieuse et sécuritaire.

L'environnement dans lequel il est soigné dans le futur permet l'accès à un milieu thérapeutique adapté à ses besoins. Les éléments d'EBD contribuent à l'environnement « guérissant ». La perception par le patient d'un sentiment de contrôle sur sa santé, une orientation dans un milieu adapté à sa situation clinique, un respect de son intimité, une confidentialité assurée, un environnement laissant place à la famille et aux amis, des espaces verts accessibles et sécuritaires. Tous ces éléments contribuent significativement à la réduction du stress et facilitent la guérison et le retour précoce dans le milieu.

Les impacts des nouvelles pratiques cliniques, du réseau intégré, de la présence des intervenants de l'enseignement et de la recherche dans les milieux cliniques, du mode-conseil aux intervenants éloignés touchent de façon significative la durée moyenne de séjour, le recours au développement de services de jour et l'augmentation de support aux intervenants éloignés.

Bien que les informations soient détaillées par programme dans le document complémentaire, il nous apparait important de situer dès maintenant le lecteur face aux faits saillants cliniques du futur.

Malgré que les programmes puissent changer, il est d'ores et déjà permis de constater les éléments suivants :

- réorganisation majeure entre les programmes de Santé mentale adultes (SMA) et des Troubles de l'humeur, d'anxiété et de l'impulsivité (THAI) :
  - transfert de la courte durée, d'un hôpital de jour et des cliniques externes du programme de SMA vers le programme THAI,
  - transfert complet du programme Rétablissement dans la communauté;
- augmentation de l'accessibilité de la clientèle en hôpital de jour et en ambulatoire par :
  - la réduction du nombre de visites par patient,
  - l'identification au départ de la durée du traitement;
- questionnement sur la pertinence de regrouper la clientèle ayant un comportement à haut risque de dangerosité ainsi qu'une durée de séjour hors du contrôle de l'Institut. Le non-regroupement de cette clientèle compromet la réduction du nombre de lits dans le futur;

- réduction des durées moyennes de séjour (DMS) en courte durée. Cette réduction est possible dans le futur moyennant :
  - l'amélioration du continuum de soins par une proximité physique et un regroupement des intervenants en un même espace,
  - un transfert plus rapide dans la communauté par les organismes et les CSSS,
  - une prise en charge de la clientèle psychiatrique avec problèmes exclusivement physiques par les CSSS plutôt que par l'Institut,
  - un transfert en soins de longue durée réguliers pour la clientèle âgée psychiatrique ayant un comportement similaire à la clientèle en hébergement,
  - l'ouverture de nouveaux services tels un hôpital de jour dans le programme des Troubles psychotiques,
  - l'ajout de maisons de transition dans la communauté ou sur le site de l'Institut pour la clientèle de déficience intellectuelle,
  - le développement de liens étroits avec les médecins de la communauté ou en région afin d'éviter le transfert de la clientèle à l'Institut, mais bien de la préserver dans son milieu de vie habituel. À titre d'exemple, pour la clientèle en troubles de l'alimentation;
- réduction du nombre total de lits. Actuellement à 241 et une cible dans le futur à 189 à la suite de la mise en place des différentes mesures précédemment listées :
  - le nombre de lits de courte durée va passer de 113 à 92,
  - le nombre de lits de moyenne durée va passer de 98 à 77,
  - le nombre de lits de longue durée va passer de 30 à 20.

6.3 Tableau synthèse des lits

Le tableau qui suit illustre la répartition du nombre de lits actuel et dans le futur des différents programmes suite à la mise en place de l'organisation clinique du futur dans un environnement favorisant l'autonomie du patient.

PROGRAMME	ACTUEL			FUTUR		
	CD	MD	LD	CD	MD	LD
SMA UIB USI CD	8 8 26	--	--	8 8 0	--	--
THAI	0	--	--	19	--	--
Gérontopsychiatrie	24	18	30	21	12	20
Troubles psychotiques	26	65	--	20	55	--
DI avec comorbidités psychiatriques	--	15	--	--	10	--
Pédopsychiatrie	15	--	--	12	--	--
Troubles de l'alimentation	6	--	--	4	--	--
Total	**113**	**98**	**30**	**92**	**77**	**20**
	--	--	--	↓ 21	↓ 21	↓ 10
	241 lits			**189 lits**		

7. ENSEIGNEMENT, UNE MISSION D'EXCELLENCE

7.1 Introduction

PASSER LE FLAMBEAU DU SAVOIR

Affilié à l'Université McGill et partenaire avec d'autres institutions d'enseignement, le Douglas forme la relève et offre un curriculum de pointe en santé mentale à toutes les disciplines professionnelles concernées. Il contribue également à l'avancement des meilleures pratiques en consolidant les programmes de formation offerts à ses partenaires et en soutien aux services de 1re ligne, un aspect de plus en plus important compte tenu du *Plan d'action en santé mentale* (PASM).

L'Institut Douglas est en effet une institution d'enseignement bien ancrée dans le milieu montréalais depuis des décennies. Sa notoriété est reconnue au Québec, au Canada et de plus en plus sur la scène mondiale. Son rôle au sein du RUIS McGill en tant que centre de référence confère aux activités de transfert des connaissances une importance particulière pour le Douglas.

Bien que l'enseignement concerne plusieurs services de l'Institut, une entité a été créée afin de gérer l'ensemble des activités pédagogiques : le Bureau de coordination de l'enseignement et de la formation (BCEF). C'est ce bureau qui coordonne les activités d'enseignement et de formation clinique de la Direction des activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement (DACTCE). Le BCEF identifie notamment les orientations, les objectifs et les priorités d'action puis collabore à l'évaluation des programmes d'enseignement. Mentionnons également que les services de la bibliothèque et de l'audiovisuel relèvent de cette entité.

À titre d'institut universitaire, le Douglas doit être en mesure de former la relève dans toutes les disciplines professionnelles liées à la santé mentale, de la façon la plus intégrée qui soit, en offrant un enseignement de la plus haute qualité, et ce, dans un environnement où devraient être implantées les technologies de pointe. Les installations actuelles ne permettent pas ce contexte optimal d'enseignement.

Les activités d'enseignement sont limitées par le manque d'espace adéquat. D'une part, il n'est pas possible, compte tenu de la configuration des locaux, de leur vétusté et de leur utilisation, d'implanter des initiatives d'enseignement intégrées à la recherche et aux services cliniques.

D'autre part, on doit refuser de nombreux élèves chaque année compte tenu du manque d'espace. Les étudiants qui eux réussissent à obtenir un stage à l'Institut ne peuvent profiter de lieux indispensables tels que des salles de formation adéquates, des locaux d'étude calmes, etc., ni des technologies d'information de pointe de manière générale.

7.2 L'enseignement au Douglas – Histoire et organisation

À L'ÈRE DES APPRENTIS

L'enseignement au Douglas ne date pas d'hier. Bien que lors de la création du Douglas, en 1881, la majorité des premiers membres du personnel n'avait pas de formation officielle, les choses ont évolué rapidement.

En effet, dès 1896, le Douglas ouvrait les portes de sa première école de formation pour les infirmières. Le manque d'inscriptions et de financement aura raison de l'école et celle-ci fermera ses portes quelques années plus tard, avant de rouvrir en 1912. Elle ferme pour de bon en 1931, date à laquelle l'Association des infirmières du Québec décida de fermer quelques petites écoles de formation dans la province.

D'autres activités d'enseignement ont eu lieu au Douglas, notamment auprès de futurs médecins de l'Université McGill. En 1900, le Douglas dispensa pour la première fois une formation à 50 médecins de l'Université et jusqu'en 1943, l'Institut était l'un des deux seuls établissements à offrir une formation en psychiatrie aux étudiants en médecine de l'Université McGill.

En 1946, les premiers résidents en psychiatrie faisaient leur entrée au Douglas. Beaucoup d'entre eux, ayant été impressionnés par la formation reçue à l'Institut, décidèrent de revenir y travailler après leur graduation, ce qui fit passer le nombre de médecins de 5 à 65, entre 1946 et 1980.

Le Douglas, dès 1960, avait acquis une grande renommée comme centre d'enseignement pour les étudiants en médecine, les assistants en soins infirmiers psychiatriques, les étudiants affiliés en soins infirmiers, les bacheliers en soins infirmiers psychiatriques, les étudiants en sciences sociales ainsi que les stagiaires en ergothérapie et en psychologie.

FAIRE CONNAISSANCE AVEC L'EXCELLENCE

De nos jours, l'Institut Douglas est un lieu privilégié de stage dans plusieurs disciplines touchant la santé mentale. Tel que mentionné plus haut, le Douglas s'est doté d'un bureau, le BCEF, pour favoriser l'intégration des activités d'enseignement au sein de l'établissement tout en assurant les liens avec les partenaires du réseau et la communauté. Les activités d'enseignement sont également importantes dans d'autres directions cliniques, au niveau des départements médicaux et des soins infirmiers. La recherche accueille également un nombre important d'étudiants et de stagiaires chaque année, il en sera question dans la section suivante.

L'Institut Douglas occupe une place de choix au sein du RUIS McGill comme un des centres majeurs d'enseignement et de recherche en santé mentale. Son territoire représente 63 % du territoire québécois et de très nombreux partenaires communautaires.

La notoriété du Douglas va au-delà du RUIS McGill, comme en témoigne la présence soutenue d'étudiants en provenance de toutes les autres universités québécoises. La

reconnaissance des praticiens et professionnels du milieu de la santé mentale au Québec envers l'Institut est également un signe de sa grande renommée.

Quant à ses partenaires locaux, l'Institut Douglas les soutient et collabore avec eux afin de favoriser le développement et le transfert des connaissances. Cette ouverture et ce partenariat avec la communauté doivent être renforcés dans l'avenir, c'est d'ailleurs un objectif de l'organisation.

Chaque année, plus de 250 étudiants décident d'effectuer leur stage au Douglas, sans compter ceux qui vont compléter leur formation au Centre de recherche. Les étudiants qui vont au Douglas étudient majoritairement au niveau collégial ou au premier cycle universitaire. Beaucoup proviennent de l'Université McGill, mais également d'autres établissements d'enseignement du Québec :

- Université Concordia
- Université de Montréal
- Université Laval
- Université du Québec à Montréal
- Université de Sherbrooke
- Cégep André-Laurendeau
- Collège Bois-de-Boulogne
- Cégep du Vieux-Montréal
- Cégep Maisonneuve
- Collège Dawson

L'Institut accueille également des étudiants en provenance des autres provinces canadiennes et quelques étudiants étrangers de niveau universitaire, notamment en médecine et en psychologie. Beaucoup d'étudiants qui proviennent d'autres pays sont parvenus au Douglas grâce à son affiliation avec l'OMS. Les étudiants hors Québec intègrent généralement des programmes de recherche.

Plusieurs disciplines sont offertes au niveau de l'enseignement dont les plus populaires sont les soins infirmiers, la médecine, la psychologie, l'ergothérapie et les services sociaux. D'autres stages sont également offerts en éducation spécialisée, nutrition, art thérapie, administration, ressources humaines, communication, informatique et théologie.

« ENSEIGNER », AU FUTUR

De plus en plus, les nouvelles technologies de l'information révolutionnent les méthodes d'apprentissage. Le temps et l'espace perdent en importance. Au Douglas, quelques initiatives ont été mises de l'avant afin d'intégrer certaines de ces nouvelles approches technologiques appliquées à l'enseignement.

Le *e-Learning* commence à se développer et est de plus en plus utilisé au sein de l'établissement. Il favorise un apprentissage individuel, et ce, peu importe le lieu. La téléconférence est également utilisée pour des séances de formation offertes aux partenaires ou pour des cours didactiques reliant entre elles plusieurs classes. Le programme a débuté lentement, mais il est voué à une expansion rapide dans les prochaines années. Il existe une salle équipée pour la visioconférence, mais elle ne permet pas d'accueillir de grands groupes. Ces technologies requièrent toutefois l'aménagement d'infrastructures particulières qu'il n'est pas possible actuellement d'appliquer à l'ensemble des bâtiments.

L'éducation au grand public est également une préoccupation importante pour l'organisation. Le Service des communications chapeaute plusieurs programmes de sensibilisation au grand public en plus d'opérer un site Web de référence sur la santé mentale. Présentement, le site web rejoint, dans les deux langues, plus de 154 000 **visiteurs uniques** annuellement, qui proviennent de plus de 177 pays, dont le Canada, la France et les États-Unis. D'autres programmes destinés au grand public sont également gérés par le Service des communications de l'Institut, notamment l'école Mini-Psy qui offre chaque année à plus de 200 personnes une série de cours généraux sur des concepts scientifiques vulgarisés ayant trait à la santé mentale. Les cours sont offerts à l'amphithéâtre de l'Institut. Ils sont ensuite rendus disponibles, ainsi que beaucoup d'autres capsules vidéo informatives, sur YouTube.

7.3 Installations limitées

CONNAISSANCES ÉTENDUES : ESPACES EXIGUS

Les activités d'enseignement au Douglas, nous l'avons vu, souffrent du manque d'espace et de la configuration inefficace des locaux existants.

Dans un premier temps, l'intégration aux milieux cliniques est souvent difficile, voire impossible. Les étudiants qui effectuent un stage au Douglas proviennent majoritairement de professions cliniques, il est donc indispensable que des lieux attitrés à l'enseignement soient aménagés près des aires de soins. Dans le contexte actuel, les locaux sont occupés à pleine capacité ou encore la configuration des unités ne permet pas l'ajout d'une zone d'étude, d'observation ou de formation.

Dans un deuxième temps, le manque d'espace nuit de façon directe à la relève en santé mentale. En effet, la candidature de nombreux étudiants désirant effectuer un stage au Douglas doit être refusée chaque année, car la capacité physique n'est pas suffisante pour les accueillir. Beaucoup d'étudiants en médecine partagent d'ailleurs un bureau avec leur responsable de stage au Douglas, qui accepte de libérer les lieux durant une partie de la journée, voire de la semaine. Il va sans dire que cette organisation nuit à la qualité de l'apprentissage et au travail de tous.

Finalement, l'amphithéâtre existant au Douglas ne permet pas d'accueillir un nombre assez grand de personnes. Le Douglas a l'intention de renforcer son rôle de pilier de référence pour le transfert des connaissances en santé mentale, il incombe donc d'aménager un vaste auditorium pouvant accueillir un grand auditoire et d'intégrer les nouvelles technologies de l'information.

Il est primordial de créer des espaces mieux aménagés pour recevoir les activités d'enseignement, de sorte qu'il soit possible pour le Douglas d'accueillir un plus grand nombre d'étudiants du Québec, des autres provinces canadiennes et de l'étranger. Cela facilitera également la collaboration avec les partenaires communautaires en santé mentale.

CONNAÎTRE SES LIMITES TECHNOLOGIQUES

Les programmes d'enseignement au Douglas qui intègrent actuellement les nouvelles technologies de l'information ne peuvent pour le moment être implantés à l'ensemble de l'Institut, car les espaces et les infrastructures ne le permettent pas.

À titre d'exemple, le Douglas ne dispose pas de l'espace nécessaire pour répondre aux besoins d'un auditoire de plus en plus large dans le cadre de visioconférences. Cette limite empêche l'Institut d'atteindre le juste équilibre entre l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et l'utilisation du mode traditionnel de formation.

Au point de vue des infrastructures, maintenant, le Douglas n'est pas en mesure d'offrir un environnement où la technologie serait intégrée de façon généralisée. Tel que mentionné précédemment, l'émergence et l'implantation de la nouvelle technologie appliquée à l'enseignement permettent une indépendance par rapport au contexte d'espace-temps. Or, la venue de ces technologies requiert un réaménagement des lieux qui n'est pas possible actuellement.

De plus, tous les employés n'ont pas accès à un poste informatique. Quelques postes libres ont été installés dans des locaux communs, mais ces endroits sont peu nombreux et trop centralisés : ils ne se trouvent pas près des activités cliniques ou d'enseignement.

7.4 Repousser les limites

NOUVELLES OPPORTUNITÉS

Après avoir pris connaissance des enjeux liés aux activités d'enseignement au Douglas, certaines améliorations sont proposées afin que l'Institut réaffirme son rôle d'établissement.

D'abord, il est proposé que l'Institut se dote d'une gamme d'infrastructures liées à l'enseignement, centralisées dans un endroit calme qui ne soit pas une aire de circulation importante. Cette zone comprendrait les bureaux du BCEF, la bibliothèque, un auditorium de 300 à 350 personnes équipé pour l'organisation de téléconférences avec possibilité d'offrir la traduction simultanée. Certains espaces pourront être partagés avec le Centre de recherche (salles de réunions, auditorium, bibliothèque, etc.).

Ce noyau d'activités liées à l'enseignement devrait également inclure des ressources propres à un centre d'information publique. Les partenaires communautaires en santé mentale pourraient bénéficier d'un espace où il leur sera possible d'obtenir de l'information au sujet des meilleures pratiques, des approches thérapeutiques, etc. Ce centre pourrait également constituer une ressource informative pour les familles de patients, les patients eux-mêmes et la communauté dans son ensemble.

Dans cette zone d'enseignement et de formation continue, une dizaine de salles d'enseignement doivent être aménagées, permettant d'accueillir des petits groupes de cinq personnes. Certaines de ces salles devraient permettre d'intégrer la technologie

relative à la formation à distance (téléformation, visioconférence, etc.). Ces salles devraient également pouvoir être transformées, au besoin, en salles pour groupes plus importants (10, 15 ou 20 personnes).

Les besoins des professionnels de l'enseignement au Douglas concernent aussi les laboratoires de simulation. Deux types de laboratoires devraient être créés, dont un pour les interventions supervisées. Pour les apprentissages relatifs à la santé physique, il faut prévoir une réplique de chambre de patient qui permettra aux étudiants de pratiquer leurs mouvements et déplacements.

Quant aux espaces à prévoir à proximité des unités de soins, il est suggéré d'aménager :

- des salles de réunions pour les discussions de cas et la formation aux étudiants (10-15) personnes;
- des lieux calmes pour l'apprentissage individuel sur ordinateur;
- plusieurs salles d'enregistrement audiovisuel pour la supervision directe;
- des salles à miroir pour la supervision directe;
- des postes de travail en nombre suffisant.

Finalement, les nouvelles installations devront inclure des bureaux pour les professeurs de toutes les disciplines, qui pourraient être partagés.

Ces modifications aux infrastructures de l'enseignement auront pour impact principal d'augmenter la capacité d'accueil d'étudiants, de faciliter l'intégration de l'enseignement aux services cliniques, de permettre au Douglas d'assurer un plus grand rôle au sein du RUIS McGill et vis-à-vis de la communauté en général.

FIN DES LIMITES VIRTUELLES

Certaines améliorations technologiques sont aussi suggérées, dans le but de faciliter la formation en milieu clinique, d'offrir des formations à distance à un plus grand nombre de gens, de favoriser l'éducation au grand public et le transfert des connaissances aux partenaires.

Dans le cadre du projet d'avenir, l'exploitation des nouvelles technologies est inévitable. Il faudra donc faciliter ce passage du mode traditionnel vers le mode technologique en favorisant l'accès, dans l'ensemble de l'organisation, et de façon décentralisée, aux technologies de l'information. Il est proposé qu'à l'instar du Royal Ottawa Hospital, en Ontario, l'Institut devienne un lieu sans fil. Dans le même ordre d'idées, il faut développer le « multiaccès », ce qui favorisera la mobilité des employés et des étudiants.

En somme, comme dans tous les domaines, le lieu et le temps seront de moins en moins des éléments majeurs à prendre en considération dans les activités d'enseignement. Déjà aujourd'hui, l'utilisation de l'iPod nous permet de télécharger des capsules d'information et de les écouter à notre gré, dans la rue, dans un café, etc.

La technologie évolue si rapidement qu'il est difficile de savoir ce que seront les tendances et gadgets populaires dans six mois, il est donc impossible de prédire ce que seront les technologies de l'heure d'ici 10, 15 ou 20 ans. Cela dit, il est primordial de concevoir les futures infrastructures avec comme mot d'ordre « flexibilité ». L'institut universitaire de l'avenir doit être en mesure de s'adapter rapidement aux nouvelles technologies, il doit donc laisser le plus d'ouverture possible au changement, grâce à des infrastructures souples et polyvalentes.

Dans un autre ordre d'idées, nous proposons également que l'Institut se dote d'un centre de production audiovisuelle, afin d'être en mesure de créer sur place des contenus à teneur informative ou pédagogique, destinés au grand public, aux patients et à leurs familles, aux partenaires en santé mentale, aux professionnels de la santé, etc. Le déploiement de l'exploitation des outils sur internet se poursuivra d'ailleurs, et visera de plus en plus les professionnels de la 1re ligne en santé mentale, toujours afin de faciliter l'implantation du *Plan d'action en santé mentale.*

7.5 Conclusion

Le Douglas a tout pour être un chef de file dans le domaine de l'enseignement et cet aspect de la quadruple mission de l'Institut jouera un rôle de plus en plus important dans l'avenir, avec le transfert d'effectifs et de patients vers la 1re ligne, la chute des frontières qui se poursuivra, la pénurie de main-d'œuvre à combler, etc. Un projet d'immobilisation ne peut être réalisé sans tenir compte des impératifs de l'enseignement.

La consolidation des activités d'enseignement du Douglas vers l'émergence d'un centre académique de haut niveau constituerait une plate-forme extraordinaire pour l'Institut, mais surtout pour les employés, les patients, les partenaires et l'ensemble de la communauté. L'intégration de l'enseignement aux soins et aux activités de recherche est également un incontournable. Cette convergence des efforts est la clé de la lutte aux maladies mentales et à la stigmatisation qui les entoure encore aujourd'hui.

7.6 Tableau récapitulatif

PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX INFRASTRUCTURES	IMPACT DES NOUVELLES INFRASTRUCTURES
§ Capacité d'accueil d'étudiants limitée. § Manque de locaux pour étudiants. § Obstacle à l'intégration de l'enseignement au secteur clinique. § Nouvelle technologie difficile à intégrer (manque de locaux). § Absence de lieux permettant d'accueillir les partenaires communautaires. § Capacité restreinte dans les salles de formation à distance.	§ Accueil de plus d'étudiants. § Flexibilité des espaces. § Plus d'espaces bureaux (professeurs et étudiants). § Augmentation de l'espace pour les rencontres. § Espace pour formation clinique (sur les unités de soins). § Établissement sans fil (efficacité, communication). § Mobilité des employés (sans-fil). § Meilleure collaboration avec les partenaires communautaires et le grand public. § Possibilité d'organiser de plus grandes réunions. § Meilleures conditions de formation (laboratoires de simulation).

8. RECHERCHE

8.1 Introduction

CONSTANTE RECHERCHE DE L'EXCELLENCE

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (CRHD) est un pilier de l'Institut. Il est affilié à l'Université McGill, et a été le premier centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au Canada. Le Centre est reconnu « centre modèle » par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et est le plus grand centre du genre au Québec et l'un des partenaires les plus dynamiques du réseau québécois en santé mentale.

La recherche au Douglas est le fruit d'une longue tradition d'excellence qu'il est intéressant de considérer afin de constater l'importance des progrès réalisés depuis les premières manipulations pionnières de la recherche à l'Institut. Malheureusement, cette évolution est freinée par l'environnement physique dans lequel opère la recherche.

Actuellement, les limites de l'espace disponible pour la recherche ont été atteintes, tant dans les locaux réservés au CRHD que dans les services cliniques. D'une part, il n'est plus possible d'augmenter le nombre de chercheurs ou d'étudiants compte tenu de l'absence de locaux disponibles. Dans certains cas, les installations présentent même un risque pour la sécurité des employés. Ces situations sont souvent inévitables, considérant l'état et la configuration de nos bâtiments.

D'autre part, l'absence de lieux adéquats en milieu clinique permettant d'accueillir les activités de recherche compromet l'intégration de ces deux mandats, pourtant de plus en plus essentielle au fonctionnement efficace d'un institut. Les chercheurs et leurs équipes ne disposent pas d'endroits intégrés aux unités cliniques, où ils peuvent mettre en pratique des découvertes de pointe, les meilleures pratiques émergentes, ou simplement bénéficier d'un lien de proximité avec la population de patients.

Le maintien de l'excellence dans la recherche et la pleine intégration des quatre mandats de l'Institut passent par le renouvellement des infrastructures. Cette initiative rendra possibles le recrutement de plus de chercheurs et de plus d'étudiants, l'acquisition d'équipement à la fine pointe de la technologie et la convergence des efforts effectués en milieu clinique et par le personnel de la recherche. Ainsi, l'Institut effectuera une transition en douceur vers le futur de la recherche en santé mentale.

8.2 La recherche au Douglas – Histoire et organisation

DES DÉBUTS MODESTES

La recherche au Douglas commençait bien avant la création du Centre de recherche. En effet, dès 1930, le psychiatre allemand Heinz Lehmann jetait les bases d'un programme de recherche en mettant en œuvre divers projets et de nombreuses réformes visant à identifier une alternative aux méthodes psychoanalytiques prônées par Freud et Jung, à l'époque. Il s'est fait connaître internationalement en introduisant au Douglas – et pour la première fois en Amérique du Nord – un médicament européen pour le traitement de la schizophrénie, la « chlorpromazine ».

Au milieu des années 1970, Heinz Lehmann a passé le flambeau à N.P. Vasavan Nair, M.D., FRCPC et Samarthji Lal, M.D., FRCPC, ABPN, arrivés en 1972 et 1976 respectivement, fondateurs de l'actuel Centre de recherche et toujours en poste au Douglas. À l'époque où Dr Nair a pris la relève de Heinz Lehmann, la recherche était réduite au travail de quelques personnes, limitées par l'absence d'infrastructures : « À l'époque, les sources de financement étaient peu nombreuses dans le domaine de la psychiatrie, car nous ne disposions pas des mêmes technologies que d'autres secteurs d'activités comme la chirurgie ou la cardiologie », mentionne Dr Nair.

Heureusement, le gouvernement du Québec encourageait alors la création de centres de recherche dans les hôpitaux, ce qui fit en sorte que, pour la première fois dans l'histoire de l'Hôpital Douglas, un budget spécial fut alloué à la recherche. Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas est officiellement inauguré en 1979. L'établissement est devenu l'un des rares hôpitaux canadiens de soins de santé mentale dotés d'un centre de recherche.

Le CRHD a connu des débuts difficiles, alors que le recrutement de chercheurs était ardu et que l'équipement était pratiquement inexistant. L'argent et le matériel n'étaient pas les seuls éléments dont manquait le CRHD – il lui fallait aussi des sujets pour mener des études cliniques. Or, n'en ayant pas à cette époque, Dr Nair et Dr Lal décidèrent de tester les médicaments sur eux-mêmes avant de les administrer aux patients, ce qui leur permit notamment d'amasser un volume important de données de contrôle.

En 1980, Dr Lal, en collaboration avec Pierre Étienne, M.D., créa la Banque de cerveaux, première de ce type au Canada, qui contient les tissus cérébraux de donneurs sains et de personnes ayant souffert de troubles neurobiologiques. En 1981, le Douglas a été honoré par l'OMS qui lui a accordé le titre de centre collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale.

En 1995, Rémi Quirion, O.C. Ph.D. C.Q. MSRC, l'actuel directeur scientifique du Centre de recherche était nommé à son poste. Aujourd'hui, le CRHD c'est 45 chercheurs principaux, 200 stagiaires, plus de 180 publications; ce sont trois chercheurs en neurosciences parmi les plus cités dans le monde et onze découvertes majeures en santé mentale.

Les chercheurs de l'Institut Douglas se démarquent particulièrement avec un taux de réussite de 60 % au niveau de l'obtention des subventions. Les montants de la dernière année s'élèvent à 15,9 M$ incluant un budget d'opération de 3,5 M$.

VERS UNE RENOMMÉE INTERNATIONALE

Le Centre de recherche utilise une approche multidisciplinaire et biopsychosociale qui combine les neurosciences, les dimensions psychosociales et l'expérience clinique afin d'examiner les différents aspects des maladies mentales. Au point de vue administratif, le centre opère trois divisions : recherche clinique, recherche en neurosciences et recherche psychosociale. Les laboratoires sont ensuite regroupés autour de quatre grands axes :

- vieillissement et maladie d'Alzheimer;
- schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux;
- troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité;
- services, politiques et santé des populations.

Lors de la dernière évaluation du FRSQ, trois des quatre axes ont obtenu la note « excellente » et le quatrième a reçu la mention « exceptionnelle ». Le Douglas jouit d'une réputation internationale au point de vue de la recherche en santé mentale.

L'organisation actuelle du Centre de recherche telle qu'on la connaît aujourd'hui est un legs du travail des fondateurs Dr Nair et Dr Lal, qui souhaitaient créer un programme de recherche concurrentiel à l'échelle nationale et internationale, afin d'attirer des capitaux. Ce programme allait comprendre trois sections administratives, aujourd'hui appelées « divisions ».

Le recrutement de chercheurs – et d'étudiants – s'effectue, d'ailleurs, à l'échelle mondiale. Cette ouverture s'est manifestée dès le début, notamment à la suite de la reconnaissance du Centre par l'OMS. Ce fut l'occasion pour les chercheurs de l'époque de collaborer avec des collègues à l'étranger sur différents projets.

Puis, en 1983, Rémi Quirion arriva en poste en tant que chef de la Division des neurosciences. Rémi Quirion arrivait du National Institutes of Health à Washington où il s'était fait de nombreux contacts à l'échelle internationale. Lorsqu'il fut nommé directeur scientifique du Centre de recherche en 1995, il procéda à un recrutement de chercheurs hautement qualifiés et intéressés par les aspects neurobiologiques des maladies mentales.

Il les choisit aussi car ils étaient à la fois désireux et capables de collaborer avec les cliniciens et avec des chercheurs spécialistes d'autres axes de recherche : « Nous voulions recruter des personnes innovatrices, ouvertes d'esprit et désireuses de se poser des questions qui iraient au-delà de leurs propres projets de recherche. Mais surtout, il fallait qu'elles aient l'esprit d'équipe et s'intéressent aux divers types de patients que nous traitons à l'hôpital », racontait Rémi Quirion à l'occasion du 25e anniversaire du CRHD, en 2004.

Cette ouverture d'esprit et ce souci pour l'intégration et la multidisciplinarité ont toujours été au cœur des préoccupations du Douglas. D'ailleurs, misant sur la collaboration avec d'autres organisations, le Centre de recherche a conclu des ententes avec des partenaires, notamment l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), pour la recherche en neurosciences, avec l'Amérique du Sud au sujet de la violence faite aux femmes, avec les États-Unis sur le stress post-traumatique et avec le Danemark sur la schizophrénie.

8.3 Installations limitées

RECHERCHE D'ESPACE

Au fil des discussions et entrevues réalisées avec des membres influents du Centre de recherche, un constat s'est imposé : les infrastructures sont un obstacle majeur à l'expansion de la recherche à l'Institut.

Depuis de nombreuses années, des efforts sont constamment renouvelés afin d'aménager plus d'espaces de laboratoires, plus de locaux de travail, plus de lieux propices à des entrevues, etc. Des étages complets ont été récupérés pour en faire des aires de recherche, des travaux de rénovation furent entrepris pour aménager des espaces n'étant pas du tout conçus pour accueillir des laboratoires.

À chaque chercheur sont assignés un ou deux assistants et de trois à quatre étudiants. Chaque chercheur et chaque assistant requièrent un bureau et tous les étudiants travaillent dans des espaces pouvant accueillir quatre personnes. Ainsi, les besoins en espace augmentent d'année en année, avec l'augmentation du nombre de chercheurs.

Malgré les sommes investies et les travaux ayant été effectués dans l'un ou l'autre des pavillons de la recherche, **le recrutement de nouveaux chercheurs est freiné aujourd'hui par le manque de locaux : il n'est plus possible de créer de nouvelles aires de recherche, l'espace est saturé**.

Ce manque d'espace ne nuit pas uniquement à l'expansion de la recherche au Douglas, mais également à l'efficacité des employés. En effet, souvent, des stagiaires perdent beaucoup de temps à attendre qu'un autre groupe termine ses travaux puis libèrent les lieux, afin de pouvoir effectuer leurs activités de recherche. Le nombre de locaux est largement inférieur à la demande, il est donc trop fréquemment impossible d'accommoder l'ensemble des équipes de laboratoires.

Finalement, une solution doit être apportée au problème de décentralisation des activités de la recherche. **S'il est vrai que des espaces pour les chercheurs doivent être aménagés en milieu clinique, il est aussi vrai que l'étalement des activités de la recherche sur plusieurs pavillons n'est pas idéal.** Le regroupement des activités entraînerait des économies considérables pour l'administration du Centre de recherche, car on éviterait notamment de se procurer de l'équipement très onéreux en double, alors qu'il pourrait plutôt facilement être partagé par plusieurs équipes. En ce moment, il arrive que l'on doive installer le même appareil à plusieurs endroits différents, car les lieux ne permettent pas la cohabitation des équipes.

RECHERCHE DE SÉCURITÉ

L'aménagement des lieux pour la recherche est fait selon des normes strictes concernant la sécurité, la salubrité, le respect des procédures, etc. Or, la récupération de locaux n'ayant pas été conçue pour la recherche ou ayant été bâtie il y a très longtemps, donne lieu à des situations particulièrement inconfortables, sinon dangereuses.

De fait, mentionnons l'installation de nombreux locaux appartenant à la recherche dans un pavillon dont la structure de bois représente un tel **risque d'incendie** que les normes du bâtiment interdisent désormais ce genre de construction. Aussi, par manque d'espace, certains appareils spécialisés ont dû être placés à même les couloirs d'un pavillon où sont installés plusieurs laboratoires. Cette utilisation des lieux est, il va sans dire, inadéquate. Finalement, la Banque de cerveaux du Douglas, première du type au Canada et, aujourd'hui, deuxième en importance au pays, est installée dans le plus vieux pavillon du site, dont la structure de bois représente, nous l'avons vu, un risque d'incendie important. Pour les chercheurs en neurologie et en psychiatrie, l'accès à une ressource telle la Banque de cerveaux est essentiel. Les échantillons de cerveaux humains sont si précieux qu'on les nomme « l'or gris », malheureusement, la structure de bois du pavillon et la vétusté des systèmes sont une menace pour cette inestimable richesse.

RECHERCHES D'AVENIR

Un centre de recherche comme celui du Douglas doit être en mesure de suivre – sinon de dépister – les nouvelles avenues dans le domaine de la recherche en santé mentale. Ces tendances comprennent :

- les neurosciences, intégrant la neuro-imagerie;
- la pharmacogénomique et le développement de biomarqueurs;
- les interventions chirurgicales appliquées à la psychiatrie;
- la translation des découvertes scientifiques aux applications cliniques;
- le partage des connaissances entre la recherche et la clinique;

Ces tendances impliquent un environnement physique différent, adapté, conçu selon les normes les plus récentes. Par exemple, le transfert de connaissances de la recherche vers les unités cliniques ne peut s'effectuer actuellement, car très peu de locaux réservés aux soins offrent un espace pour la recherche (nous avons vu que même l'espace pour les soins est souvent insuffisant).

Dans le même ordre d'idées, il serait impossible actuellement d'augmenter le volume d'activités relatives au courant de la neuro-imagerie, car le Douglas ne dispose pas de la technologie nécessaire, ni de l'espace permettant d'accueillir cet équipement.

Les locaux actuels, peu adaptés aux technologies de recherche en évolution et incapables d'accueillir de nouveaux spécialistes ou chefs de file internationaux dans les domaines émergents sont un obstacle au passage du Centre de recherche du Douglas vers l'avenir.

8.4 Repousser les limites

NOUVELLES OPPORTUNITÉS

Devant le constat qui vient d'être de présenté, **il est recommandé que les superficies occupées par le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas soient doublées**. Ce faisant, le CRHD sera en mesure de faire face à l'évolution de la recherche en santé mentale, qui est en pleine expansion, mais aussi de maintenir son rôle de *leader* sur les plans national et international.

Les modifications à l'espace devraient adresser les problématiques dont il a été question plus haut et être appliquées comme suit :

- plus d'espace pour les laboratoires humides (*wet labs*) :
  - s'assurer de la flexibilité des laboratoires (adaptabilité devant les changements et évolution de la recherche en santé mentale),
  - prévoir l'espace adéquat à l'installation d'appareils fragiles ou pouvant présenter un risque pour un employé;
- plus d'espace pour les bureaux de recherche (*dry labs*) :
  - augmentation de l'espace pour les rencontres,
  - plus d'espace pour les étudiants;
- création d'un centre de neuro-imagerie;
- création d'espaces pour la recherche clinique près des activités cliniques en ambulatoire et au niveau des unités d'hospitalisation (recrutement des patients, rencontres entre les chercheurs et les cliniciens);
- augmentation de la superficie de la bibliothèque (en faciliter l'accès par les autres secteurs – clinique et enseignement);
- création de salles communes pour favoriser les échanges entre tout le personnel de l'Institut et les différents groupes et laboratoires;
- accessibilité à un plus grand nombre de salles de visioconférence.

Ces modifications aux infrastructures de la recherche auront pour impact :

- l'augmentation de la capacité d'accueil des étudiants et leur diversification :
  - augmenter la capacité d'accueil d'étudiants québécois,
  - augmenter la capacité d'accueil d'étudiants et de *fellows* de recherche en provenance des autres provinces canadiennes et de l'étranger;
- la décentralisation d'un niveau d'activités de recherche clinique vers les unités de soins des cliniques externes;
- l'entrée du Douglas dans l'avenir de la recherche, grâce au centre de neuro-imagerie :
  - le centre d'imagerie serait utilisé pour la recherche et le secteur clinique,
  - il serait composé d'une plate-forme en neuro-imagerie, d'un CT *scan* et d'un appareil d'imagerie par résonnance magnétique (IMR).

FIN DES LIMITES VIRTUELLES

L'utilisation accrue des nouvelles technologies aura un impact sur l'environnement architectural, mais également sur le travail effectué en recherche, qui sera facilité par une plus grande mobilité, par plus de liberté et par un accès plus rapide et efficace à l'information. La communication entre les équipes ou même avec les services cliniques ou d'enseignement sera également facilitée.

Ces améliorations technologiques comprennent :

- le déploiement du sans-fil : l'Institut deviendra un établissement de communication « libre » (à l'instar du Royal Ottawa Hospital, en Ontario);
- l'augmentation du nombre de postes informatiques disponibles;
- le développement de banques de données (notamment cliniques) pour le personnel chercheur;
- la flexibilité des lieux permettant d'intégrer les nouvelles technologies jugées pertinentes dans un contexte de recherche en établissement de santé mentale.

8.5 Conclusion

La recherche à l'Institut Douglas est partie intégrante de la mission, il n'est donc pas possible de poser les bases d'un projet de renouvellement sans se questionner sur les besoins relatifs à ce mandat. Il est clair que les infrastructures sont le point de départ du futur de la recherche en santé mentale au Douglas.

La superficie pourrait être doublée et permettre ainsi de relancer l'évolution de la recherche, de projeter le Douglas à l'ère des nouvelles technologies de recherche, de renforcer – et même parfois créer – le lien entre la recherche et les services cliniques, d'offrir un environnement de travail optimal aux chercheurs et à tous les employés du CRHD qui choisissent de consacrer leurs connaissances, leur expertise, leur temps et leur énergie au développement des connaissances en santé mentale.

PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX INFRASTRUCTURES	IMPACT DES NOUVELLES INFRASTRUCTURES
§ Structure de bois de plusieurs pavillons (risque de feu). § Espace saturé – impossibilité d'accueillir de nouveaux chercheurs. § Emplacement d'appareils inadéquat (potentiellement dangereux). § Manque de locaux pour étudiants (Perte de temps et de productivité). § Obstacle à l'intégration de la recherche au secteur clinique. § Système de réfrigération précaire (Banque de cerveaux). § Achat en double d'équipement (impossibilité de regrouper les gens). § Nouvelle technologie difficile à intégrer (manque de locaux). § Attraction difficile de nouveaux chercheurs. § Beaucoup d'argent investi en rénovation et maintenance.	§ Création d'espaces sécuritaires. § Accueil de plus de chercheurs. § Flexibilité des laboratoires. § Espace adéquat pour appareils fragiles. § Plus d'espace bureaux (chercheurs et étudiants). § Nouvel équipement technologique (centre de neuro-imagerie). § Augmentation de l'espace pour les rencontres du personnel. § Espace pour recherche clinique (dans les services cliniques). § Accueil de plus d'étudiants. § Établissement sans fil (efficacité, communication). § Développement de banques de données.

9. ARCHITECTURE ET PSYCHIATRIE : BÂTIR LES SOINS DE DEMAIN

Les hôpitaux psychiatriques, au Québec et ailleurs, ont longtemps été conçus comme des établissements asilaires où les patients étaient exclus de la société et demeuraient isolés et enfermés pour le reste de leur vie. Ces installations étaient isolées, quelque peu cachées de la communauté environnante et planifiées selon un modèle très institutionnel. Les préjugés et la stigmatisation par rapport aux patients étaient alors persistants et les personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques étaient souvent rejetées par la société.

Le parc immobilier existant de l'Institut Douglas reflète bien cette culture asilaire : morphologie et style des bâtiments, interrelations avec le reste de l'environnement urbain créant une barrière entre le site de l'Institut Douglas et son environnement immédiat, planification des espaces, etc.

Par ailleurs, l'approche de soins et de traitements en santé mentale a évolué considérablement. La culture asilaire est définitivement dépassée et les institutions psychiatriques doivent être des lieux accueillants, conviviaux et ouverts sur la communauté. Les plus récentes installations réalisées ailleurs au pays ou dans le monde proposent de nouveaux types d'organisation qui reflètent davantage les approches cliniques actuelles. Ces projets créent des milieux plus humanisants qui reflètent davantage un milieu de vie qu'un environnement institutionnel, tout en assurant la sécurité des patients et du personnel. De nombreuses études ont démontré que l'espace et les lieux où les pratiques médicales sont exercées influent considérablement sur le patient. Les choix architecturaux peuvent avoir un impact thérapeutique positif s'ils tiennent compte des besoins des patients. L'architecture doit être aussi adaptée à l'évolution des pratiques de soins et être conçue de façon à assurer un environnement propice et agréable pour le personnel soignant, afin de prodiguer des services de qualité aux patients. Ainsi, on ne peut dissocier le lieu de l'activité qui s'y déroule et il est important de concevoir un environnement à la hauteur des attentes des patients, de leurs familles et des divers intervenants de l'équipe de soins.

En conséquence, l'architecture des lieux doit être repensée de façon à favoriser la réinsertion progressive de la personne dans la société. Mais des défis majeurs se posent. Comment transformer des installations pour la santé mentale construites il y a plus de 100 ans selon une image asilaire, pour qu'elles deviennent plus humaines, et ainsi créer un véritable milieu de vie où toute personne est capable d'évoluer? Comment créer cet environnement en tenant compte du vieillissement du patrimoine bâti et des problèmes qui en découlent, comme celui de la sécurité ou de la conformité des installations, de l'accessibilité, du confort des patients et même de la qualité des services offerts? Comment répondre convenablement aux besoins de la quadruple mission de l'Institut Douglas, soit les soins, la recherche, l'enseignement, et l'évaluation des technologies en appliquant les pratiques modernes, à l'intérieur des installations existantes? Il est certain que l'environnement physique de l'Institut Douglas doit être radicalement transformé.

9.1 Principes directeurs

L'Institut a su faire évoluer ses pratiques avec beaucoup de créativité en dépit de ses infrastructures asilaires. Cependant, le milieu-thérapie, fondé sur les données probantes, est maintenant un aspect incontournable des soins. Il ne s'agit pas seulement de traduire la fonctionnalité des espaces, mais de concevoir des infrastructures qui se fondent sur la nature des relations que les usagers (patients et personnel) entretiennent entre eux dans ces espaces. La mise en place d'un environnement transitionnel de rétablissement permettra de mieux répondre aux besoins cliniques et thérapeutiques. L'environnement recherché doit être propice à l'innovation et également susciter et faciliter le développement et l'application de nouvelles pratiques.

Nous présentons ici les grands principes directeurs qui guideront l'aménagement de l'Institut Douglas. L'environnement recherché poursuit plusieurs buts, énumérés ci-dessous.

MILIEU PROPICE AU RÉTABLISSEMENT

- Désinstitutionnaliser les espaces en créant un véritable milieu de vie, un environnement plus ouvert, moins restrictif.
- Abolir la stigmatisation liée à la maladie mentale.
- Fournir un environnement transitionnel favorisant la réintégration et le rétablissement.
- Améliorer l'accessibilité aux espaces communs tels que les services alimentaires, les locaux de réadaptation et de récréation, les espaces verts, qui constituent un facteur important de qualité des services et un élément déterminant du processus de guérison.
- Favoriser le soutien et la participation de la famille, des proches et des groupes d'appui.
- Intégrer l'environnement extérieur au milieu thérapeutique (aménagement de cours et d'espaces verts paysagés, etc.).
- Planifier un ensemble à échelle humaine.

MILIEU ASSURANT LA QUALITÉ DES SERVICES ET LA SÉCURITÉ

- Fournir un environnement sécuritaire qui optimise la gestion des risques.
- Poursuivre l'approche par programme : interdisciplinarité, décentralisation de la décision, continuum de soins.
- Répondre aux besoins de sécurité, de protection et de bien-être.
- Favoriser l'approche clientèle et les services conçus autour du patient.
- Permettre la flexibilité et favoriser la complémentarité et l'interaction en réponse aux besoins des patients.
- Offrir un accès rapide dans une perspective globale de continuité.
- Intégrer les services ambulatoires et hospitaliers.
- Appliquer les meilleures pratiques, fondées sur des données probantes.

MILIEU INTÉGRATEUR DES MANDATS DE L'INSTITUT

- Intégrer les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies.
- Fournir un milieu stimulant d'enseignement grâce à la proximité et à l'intégration de la recherche et des services cliniques.
- Permettre l'évolution des pratiques cliniques, d'enseignement et de recherche.
- Permettre le transfert des connaissances, la traduction rapide des percées scientifiques dans les services cliniques et les programmes d'enseignement.
- Intégrer l'enseignement aux milieux de soins pour favoriser le développement des connaissances et la pratique interdisciplinaire.
- Favoriser l'accueil de nombreux étudiants de différentes disciplines (soins infirmiers, médecine, psychologie, services sociaux, ergothérapie, diététique, administration, etc.), et leur donner la possibilité d'apprendre dans un établissement d'avant-garde doté d'infrastructures pédagogiques.

MILIEU STIMULANT, HUMAIN ET COLLÉGIAL

- Créer des minipôles de rassemblement donnant l'occasion d'échanger au quotidien et favorisant la collégialité et les interactions entre les patients, le personnel, les médecins, les chercheurs et même les intervenants d'autres organismes ou des groupes d'appui.
- Assurer la proximité entre les intervenants de différentes disciplines, favorisant la synergie, l'excellence des soins et le développement de la recherche et de l'enseignement.
- Centraliser les services de soutien (lingerie, magasin, quais « propres » et « souillés », etc.) pour améliorer la qualité des services, réduire les déplacements et maximiser la performance opérationnelle.

MILIEU INNOVATEUR OUVERT SUR LA COMMUNAUTÉ ET LE RÉSEAU

- Favoriser la collaboration étroite avec le réseau et le RUIS McGill en améliorant l'accès et les corridors de services.
- Favoriser le partage des connaissances et les interactions avec l'ensemble des partenaires.
- Favoriser l'accès de la communauté aux installations.
- Favoriser le rayonnement national et international.
- Viser une certification LEED.

10. LES TENDANCES CLINIQUES ET IMMOBILIÈRES

Le présent chapitre fait état des grandes tendances cliniques et immobilières relativement à l'aménagement des centres psychiatriques.

10.1 L'approche « Evidence-based design (EBD) »

L'EBD est une approche qui appuie toute décision relative à la conception d'un établissement de santé sur des études et des recherches fiables et récentes. Appliquer les principes d'EBD permet d'obtenir les meilleures conditions de traitement pour les patients et leurs familles, mais aussi un meilleur environnement de travail pour les employés. L'approche EBD permet d'augmenter la satisfaction et la productivité chez les employés, la sécurité des patients et la qualité des traitements qui leur sont dispensés. Elle permet aussi de diminuer les coûts d'exploitation.

Les éléments principaux d'un environnement guérissant, identifiés par les différentes recherches établies sur l'approche EBD, sont présentés ci-après.

- Le sentiment de contrôle
- L'orientation
- Le sentiment d'intimité et la confidentialité
- Le soutien social
- L'environnement calme
- L'apport en lumière
- La disposition des meubles
- L'espace ergonomique
- Vue et accès à la nature
- La réduction du stress
- La prévention des infections
- La sécurité et la visibilité
- La diminution des erreurs de soins
- Les matériaux utilisés
- La flexibilité des infrastructures
- Les distractions positives

LE SENTIMENT DE CONTRÔLE

Critères d'EBD

§ Intégrer des éléments dans la conception des espaces permettant au patient d'exercer un contrôle sur son milieu de vie, comme, par exemple, pouvoir régler l'intensité de la lumière, celle du son, et ainsi éviter de subir passivement l'environnement.

§ Être capable de se déplacer librement et d'avoir accès à des aires attrayantes, favorisant le sentiment d'autonomie.

§ Créer des espaces pour le réapprentissage d'actes de la vie quotidienne pour aider le patient à réintégrer la société progressivement. Le patient participe à son traitement et garde le pouvoir sur sa vie.

Réalité de l'Institut Douglas

§ Impossibilité pour les patients de contrôler leur espace personnel (éclairage, son, ambiance, température, etc.).

§ 56 % des patients partagent leur chambre.

§ 92 % des patients partagent leur salle de bain.

L'ORIENTATION

Critères d'EBD

§ Possibilité de s'orienter et de se déplacer facilement sans crainte de se perdre.

§ Être capable de se repérer grâce à une signalisation claire et lisible, à une bonne configuration des espaces et à des accès visibles pour la clientèle.

§ À titre d'exemple, une étude dans un hôpital qui offre des soins tertiaires a évalué que le temps consacré par le personnel (autre que le personnel de réception/information) pour aider les gens à se diriger dans l'hôpital s'élève à 220 000 $, soit 4 500 heures de travail, ce qui équivaut à l'emploi de deux personnes à temps plein (Zimring, 1990).

Réalité de l'Institut Douglas

§ Difficulté importante de s'orienter à cause du grand nombre de pavillons sur le campus.

§ Leur dispersion géographique sur le terrain et l'éloignement des divers points de services les uns par rapport aux autres sur le site.

§ La nécessité d'utiliser les longs corridors tunnel dans lesquels il est très difficile de s'orienter.

LE SENTIMENT D'INTIMITÉ ET LA CONFIDENTIALITÉ

Critères d'EBD

- L'intimité, la confidentialité et la dignité doivent être privilégiées dans toute conception d'un hôpital psychiatrique.
- Il faut favoriser la chambre individuelle de taille convenable pouvant inclure un espace pour la famille et une salle de bain privée.
- Le concept de chambre à occupation simple est bénéfique pour le respect de la vie privée du patient et la confidentialité.

Réalité de l'Institut Douglas

- 56 % des patients partagent leur chambre, 96 % partagent leur salle de bain et 100 % partagent les salles de douches.
- Des conversations cliniques ont lieu devant d'autres patients ou dans le corridor par manque d'espace.

LE SOUTIEN SOCIAL

Critères d'EBD

§ Renforcer la place de la famille et encourager la présence des visiteurs en mettant à leur disposition des espaces conviviaux et accueillants, des aires d'attente confortables, des aires de restauration, des jardins extérieurs bien aménagés, des aires d'accueil, etc.

§ La chambre individuelle favorise les visites des membres de la famille et des proches. Elle aide aussi le patient à socialiser et à s'ajuster socialement à son environnement.

§ Plusieurs recherches ont démontré le fait qu'un patient recevant le support familial et social se remet plus rapidement de sa maladie qu'une personne isolée socialement (Shumaker and Czajkowski, 1994).

Réalité de l'Institut Douglas

§ Aucun espace pour la famille et les proches n'est aménagé par manque de locaux, et il est impossible de reconfigurer les espaces en conséquence.

L'ENVIRONNEMENT CALME

Critères d'EBD

§ Créer un lieu agréable à vivre où l'on ne se sentirait pas agressé par le bruit. Les études démontrent que le bruit est souvent source de stress et de malaise pour les patients ainsi que pour le personnel soignant. Il peut affecter le comportement, la qualité du sommeil et élever la fréquence cardiaque (p. ex. : Yinnon et al., 1992; Hilton, 1985) et en conséquence, avoir des effets négatifs du point de vue psychologique et même physique. Donc, il importe d'assurer une bonne qualité d'insonorisation.

§ L'hôpital St. Alphonsus a aménagé une unité prototype de 40 lits, conçue selon les critères développés par l'approche EBD. À titre d'exemple, les salles rénovées sont dotées de matériaux et de finis hautement absorbants du point de vue acoustique. En mesurant les différences entre cette unité et les anciennes unités de l'établissement, on a pu observer que les patients logés dans la nouvelle unité ont évalué la qualité de leur sommeil à 7,3 sur 10 comparativement à une évaluation moyenne de 4,9 sur 10 par les patients des anciennes unités (Kroll, 2005).

§ Une étude récente par Blomkvist et al. (2004) a examiné les effets des niveaux élevés *vs* des niveaux plus bas de bruit sur le même groupe de patients d'une unité de soins coronariens durant une période de plusieurs mois. Des niveaux plus bas de bruit ont été liés avec un certain nombre d'effets positifs sur le personnel, y compris une perception de réduction de pression au travail, un plus grand appui social, une meilleure qualité des soins ou une meilleure communication entre le personnel et avec les patients.

§ Une façon de réduire le bruit est de limiter les surfaces réfléchissantes.

Réalité de l'Institut Douglas

§ La configuration et la vétusté des lieux ne permettent pas d'assurer une bonne isolation sonore et une bonne séparation des chambres par rapport aux locaux communautaires.

L'APPORT EN LUMIÈRE (NATURELLE OU ARTIFICIELLE)

Critères d'EBD

- Plusieurs études ont démontré qu'une bonne qualité d'éclairage peut avoir des effets bénéfiques sur les personnes souffrant de dépression, d'insomnie ou de troubles comportementaux.
- Plus spécifiquement, sept études ont démontré qu'une exposition à la lumière du matin aiderait à réduire la dépression chez les patients souffrant de trouble bipolaire. D'après Beauchemin et Hays (1996), ceci implique la réduction de la durée de séjour de 3,67 jours en moyenne, en comparaison avec des patients qui séjournent dans des chambres mal éclairées. Cela confirme l'importance de la fenestration et le fait qu'il vaut mieux favoriser une orientation des chambres vers l'est pour optimiser l'exposition au soleil.
- La présence de lumière naturelle dans les locaux du personnel est également importante. Dans son nouveau projet pour l'ajout de 118 lits, Froedtert & Community Health System a prévu les salles de repos des employés avec fenestration extérieure alors que seules les aires des patients bénéficiaient auparavant d'éclairage naturel. En conséquence, l'établissement a enregistré un manque d'effectif infirmier de 4 % seulement comparativement à une moyenne nationale trois fois plus élevée (Kroll, 1995).
- Il demeure important d'éviter la lumière directe. À cet effet et afin de privilégier la lumière du matin, l'orientation de l'édifice est importante.
- Un éclairage suffisant sur les lieux de travail contribue à la réduction des erreurs médicales : une étude a démontré une réduction de 32 % des erreurs liées à la distribution de la médication (Buchanan et al., 1991).

Réalité de l'Institut Douglas

§ Bien que la plupart des locaux soient bien fenestrés, l'aménagement des lieux ne permet pas une large diffusion de la lumière naturelle à l'intérieur des espaces, et ce, surtout dans les espaces communs. Ceci donne l'impression de renfermement, de cloisonnement, d'un manque d'ouverture et d'un climat oppressant.

LA DISPOSITION DES MEUBLES

Critère d'EBD

§ Encourager l'interaction sociale entre les patients en intégrant un mobilier qui soit flexible et confortable dans les aires de repos et de restauration.

Réalité de l'Institut Douglas

§ À cause de la configuration des lieux et de l'impossibilité de la modifier pour des raisons structurelles (murs de soutien) ou de coûts (amiante dans les murs), le mobilier est mal adapté aux besoins et mal disposé.

L'ESPACE ERGONOMIQUE

Critère d'EBD

§ Une conception ergonomique des lieux et du mobilier a un effet important sur l'efficacité, la santé et le bien-être du personnel ainsi que des patients.

Réalité de l'Institut Douglas

§ La conception ergonomique déficiente des chambres des patients et des postes de soins mène à des risques de chutes chez les patients et à des maux de dos, de la fatigue, et d'autres inconvénients chez le personnel soignant.

VUE ET ACCÈS À LA NATURE

Critères d'EBD

- Intégrer la nature dans la conception des espaces - que ce soit à travers des fenêtres qui donnent sur l'extérieur ou par l'accès à des cours intérieures avec des espaces verts - peut aider à réduire le stress, l'anxiété, l'agressivité et même la douleur et ainsi produire un effet bénéfique sur l'humeur et sur le physique (Ulrich. 1984; Diette et al., 2003).
- Une étude menée par M. Ulrich sur 23 patients (dans un hôpital en Pennsylvanie) ayant subi une chirurgie et ayant été placés dans une chambre avec vue sur la nature a démontré que le rétablissement survient plus rapidement chez ces patients (7,96 jours d'hospitalisation), qu'avec le même nombre de patients placés dans une chambre avec une vue sur un mur de brique (8,70 jours d'hospitalisation).
- L'accès et la vue sur la nature sont importants autant pour les patients que pour le personnel. En ce sens, il y a avantage à planifier des jardins près des milieux de vie et près des lieux de travail.

Réalité de l'Institut Douglas

§ L'Institut Douglas possède un site remarquable, qu'il sera essentiel de mettre en valeur afin d'en faire profiter la clientèle et le personnel.

§ Quoiqu'il y ait beaucoup d'espaces, ceux-ci sont peu accessibles, et ce, davantage pour la clientèle à mobilité réduite ou encore pour la clientèle qui a des restrictions cliniques.

LA RÉDUCTION DU STRESS

Critères d'EBD

§ La réduction du stress est très importante peu importe la durée de séjour. Dès l'arrivée du patient, la réduction du stress est un objectif afin de réduire l'instabilité des patients.

§ Création d'îlots de six à huit patients : plus d'intimité, moins de bruit, plus près d'un milieu de vie résidentiel. On a aussi une meilleure gestion du milieu par le personnel, une plus grande sécurité et une observation plus facile.

§ Importance de réduction du stress pour les travailleurs.

Réalité de l'Institut Douglas

§ La configuration des unités de soins actuelles ne favorise pas du tout l'intimité et la réduction du stress : impossibilité d'aménager de petits îlots et des environnements se rapprochant du milieu résidentiel.

§ Manque d'espace pour les aires de repos destinées au personnel.

LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

Critères d'EBD

§ La planification de chambres privées et de lavabos en nombre suffisant constitue un outil de base pour prévenir les infections dans les milieux hospitaliers. À titre d'exemple, le taux d'infections nosocomiales a diminué de 11 % dans les nouvelles unités de soins au Bronson Methodist Hospital à Kalamazoo, Mich., lesquelles ont été planifiées avec des chambres individuelles et des éviers localisés stratégiquement. Une autre étude cite une réduction de 50 % des infections acquises en établissement hospitalier dans une aile pédiatrique suite à l'aménagement de chambres individuelles (Ben-Abraham, Keller, Szold et al., 2002).

§ Les îlots permettent de réduire la propagation des infections.

Réalité de l'Institut Douglas

- Les infections nosocomiales sont difficiles à limiter en raison du peu de chambres individuelles, des toilettes et douches partagées ainsi que du manque de lavabos pour favoriser le lavage des mains.
- En cas d'infection, c'est le pavillon en entier qui subit la propagation.
- Le manque de locaux et le partage des chambres impliquent une promiscuité qui favorise les agressions et la transmission des maladies.

LA SÉCURITÉ ET LA VISIBILITÉ

Critères d'EBD

- L'aménagement doit être pensé de façon à réduire les risques de chutes, d'agressions, de suicides ou de fugues. À titre d'exemple, un hôpital d'Indianapolis a opté pour des changements dans son unité de soins intensifs, en décentralisant les postes de soins et en transformant ses chambres à occupation double en de grandes chambres pour une personne pouvant accueillir la famille (Hendrich et al., 2002). En comparant les chiffres durant une période de cinq ans (deux ans précédant le nouvel aménagement et trois ans plus tard), on a constaté une réduction de deux tiers des chutes des patients (de six patients sur mille à deux patients sur mille). Une fois de plus, les chiffres sont assez significatifs pour démontrer l'importance de l'aménagement spatial dans les lieux de santé et sa répercussion sur la clientèle.
- Une bonne sécurité est assurée par une bonne visibilité de l'unité par le personnel. En effet, l'observation directe et la présence du personnel aident à prévenir les risques de suicides et d'agressions ainsi qu'à diminuer les fugues.
- Les agressions sont favorisées par la promiscuité et le manque d'espace. La directrice des Soins infirmiers et de la Qualité de l'Institut Douglas a remarqué, alors qu'elle travaillait au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, que les agressions avaient significativement diminué lorsque les patients eurent déménagé dans la section agrandie et nouvellement aménagée de l'hôpital psychiatrique.
- La proximité des chambres au poste des soins permet une meilleure surveillance et une intervention rapide en cas d'incident.
- La visibilité des chambres de patients à partir du poste doit être assurée en tout temps.

Réalité de l'Institut Douglas

- La configuration actuelle des unités de soins offre une visibilité extrêmement réduite : longs corridors, angles morts, mauvaise localisation du poste, unités séparées par des aires de circulation publiques.
- La mauvaise visibilité et la configuration des unités rendent impossibles des aménagements plus intimes, avec îlots plus restreints, ce qui favoriserait une meilleure observation de même qu'une plus grande intimité, et qui diminuerait le bruit et le stress.
- Les chutes sont un grand problème à l'Institut Douglas, notamment en gérontopsychiatrie, en raison, entre autres, de la médication utilisée. La petitesse des chambres et le manque de place pour circuler sont une des raisons des chutes fréquentes.

LA DIMINUTION DES ERREURS DE SOINS

Critères d'EBD

§ Dans une étude, on a observé que 5 % des patients dans les chambres à occupation multiple ne dévoilent pas la totalité de leur historique médical et refusent certains examens physiques en raison du manque d'intimité. Ceci affecte la qualité du diagnostic médical et donc la sécurité du patient (Barlas et al., 2001). Les résultats d'un questionnaire distribué au personnel dans quatre hôpitaux de la côte ouest des Etats-Unis démontrent que les infirmières ont jugé que les chambres à occupation simple présentent un environnement supérieur à celui des chambres à occupation double pour examiner un patient (85 %) et pour rassembler son historique médical (82 %) - (Chaudhury, Mahmood & Valente, 2003).

§ Les erreurs de soins ont diminué de 30 % dans deux nouvelles unités d'hospitalisation au Barbara Ann Karmanos Cancer Institute à Détroit, Mich., où l'on a prévu un agrandissement des locaux abritant la pharmacie et les chariots de médicaments, une réorganisation des fournitures médicales et l'installation d'écrans acoustiques pour diminuer le niveau de bruit.

Réalité de l'Institut Douglas

§ Il y a peu de chambres simples et la presque totalité des salles de toilettes sont partagées, ne favorisant pas la confidentialité des échanges entre le personnel et les patients.

§ Le fait que les patients soient plusieurs par chambre introduit un risque d'erreurs de soins.

LES MATÉRIAUX UTILISÉS

Critère d'EBD

§ Porter une attention particulière aux matériaux et favoriser l'utilisation de revêtements qui absorbent le son, aux plafonds et aux murs, et de matériaux au sol qui peuvent réduire les risques de chutes de patients et leurs conséquences est indispensable.

Réalité de l'Institut Douglas

§ Bien que des investissements majeurs soient faits continuellement afin d'améliorer cet aspect, des efforts importants doivent encore être déployés étant donné la superficie importante des installations.

LA FLEXIBILITÉ DES INFRASTRUCTURES

Critère d'EBD

§ Assurer la flexibilité des infrastructures pour répondre à l'évolution constante et rapide des pratiques cliniques qui sont le résultat des nouvelles recherches et connaissances ainsi que des percées technologiques.

Réalité du Douglas

§ Les murs étant anciens, très épais et contenant de l'amiante, les limites de flexibilité sont atteintes, d'autant plus que ce sont souvent des murs de soutien.

LES DISTRACTIONS POSITIVES

Critère d'EBD

§ La perception des patients qui souffrent de problèmes psychiatriques peut être différente de celle du personnel. Les études semblent démontrer que les patients préfèrent les œuvres figuratives présentant des scènes de nature ou des paysages, plutôt que des œuvres abstraites. Certaines œuvres ont dû être retirées, car elles rendaient les patients agressifs, alors que d'autres tableaux les calmaient (Ulrich, Lundén, and Eltinge, 2002; Ulrich, 1986).

10.2 Les coûts de construction générés par l'application des critères d'EBD

Dans l'article publié en 1992 « *How design impacts wellness* », M. Ulrich explique que « *la construction d'un établissement qui répond aux critères ou caractéristiques* [décrits plus haut] *n'entraîne sans doute pas de coûts plus élevés qu'un établissement qui ne répond pas aux besoins des patients* [pourrait même être plus économique]. *Dans une optique à long terme, les coûts de la conception et de la construction de l'hôpital sont faibles par rapport aux coûts de fonctionnement, aux salaires du personnel et aux coûts de la prestation des soins* ».

Avantages financiers du EBD

Les chercheurs, basés sur une étude d'un hôpital fictif de 300 lits, ont démontré que la construction d'un hôpital qui utilise les concepts générés par l'approche EBD peut augmenter les coûts de construction d'environ 12 M$. Cependant, en l'espace d'un an, la diminution des frais d'exploitation peut compenser l'investissement supplémentaire. À titre d'exemple, chaque chute de patient peut coûter environ 10 000 $. Nationalement, le taux médian de chutes est de 3,5 par 1 000 jours-patients. L'étude a estimé que ce nombre diminuerait de 80 % par la localisation des lits plus près de la salle de bains, l'utilisation d'un système de surveillance qui alerte les infirmières quand un patient est hors de son lit et l'installation de portes doubles dans les salles de bains. Le résultat prévu était une réduction des frais d'exploitation de 2,5 M$ annuellement, et cela, sans inclure la réduction en coûts de litiges dus au nombre réduit de chutes (Kroll, 1995).

10.3 Le concept communautaire transitionnel

L'évolution des sciences sociales et de l'épidémiologie, de la psychopharmacologie et du concept de réadaptation psychosociale ont permis de faire évoluer la pratique clinique et de donner prise au concept de rétablissement lors d'un épisode aigu. Ce concept se fonde sur la recherche constante d'interventions qui améliorent le bien-être et la santé de la clientèle. Le modèle de soins hospitaliers subit actuellement une énorme transformation de ses pratiques et des lieux de dispensation des soins.

Ainsi, le séjour vise à stabiliser l'état mental et à assurer une transition rapide et sécuritaire vers la communauté. Pour ce faire, le modèle de soins hospitaliers reproduit le concept de « ***village »***[4] où l'on retrouvera une zone de soins aigus représentant la ***maison***, une zone de ***voisinage*** où l'on aura accès à un environnement de proximité avec des stimuli limités et une zone ***centre-ville*** reflétant la vie quotidienne dans la communauté et l'ouverture de la société envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce concept favorise donc la déstigmatisation de la maladie mentale et l'intégration progressive à la communauté.

[4] Ce concept a été développé par Frank Pitts et son équipe de la firme Architecture +. Cette firme d'architecture est reconnue pour son expérience dans le domaine de la santé mentale. M. Pitts a rencontré différents intervenants du présent projet de l'Institut Douglas et de CIM, et cette visite a été suivie de plusieurs communications téléphoniques et informatiques.

La zone de soins aigus ou maison permet les interventions thérapeutiques favorisant la stabilisation. La maison est constituée des unités de soins divisées en modules de six à huit lits, un endroit confortable où l'intimité et la confidentialité peuvent être respectées et des soins donnés pouvant être plus spécifiques à la personne.

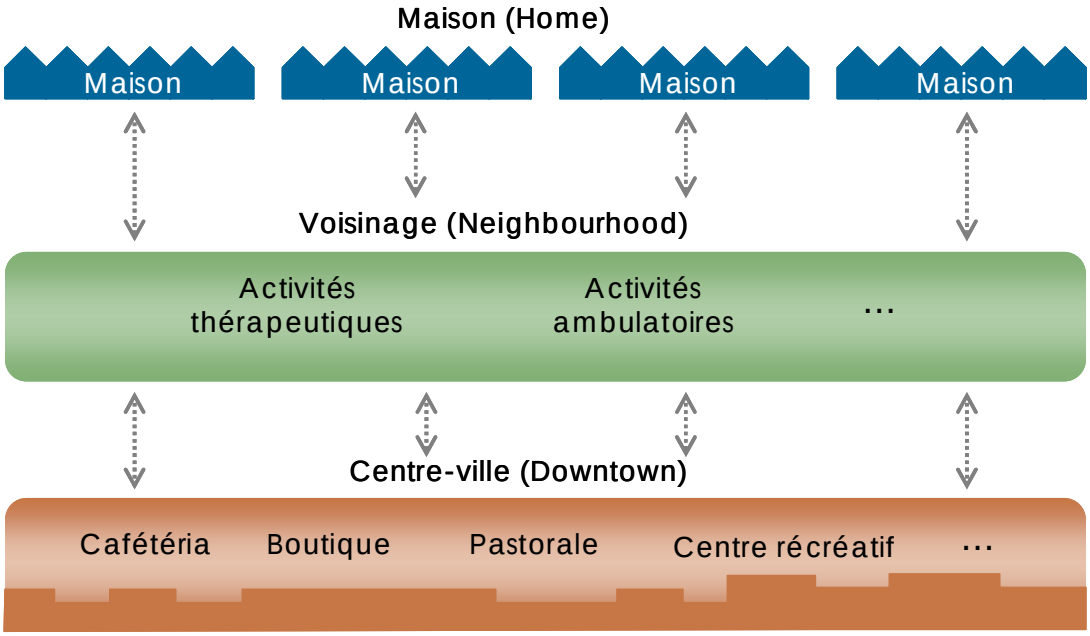
Le voisinage réunit les activités thérapeutiques et ambulatoires. Ces activités de soins permettront au client d'apprivoiser graduellement les stimuli inhérents à la vie communautaire.

Finalement, le centre-ville comprend les zones communes utilisées par l'ensemble de l'Institut. Ce secteur permet aux patients ayant acquis une certaine autonomie de reprendre contact avec la communauté. Le milieu-thérapie associé à un milieu de vie permettra de mesurer systématiquement l'effet des stimuli environnementaux sur l'individu soigné, et ils lui permettront en toute sécurité de se rétablir.

L'ensemble des pratiques cliniques aura pour objectif d'assurer le plus rapidement possible cette transition vers la communauté. Ainsi, les séjours hospitaliers sont réduits au maximum pour atteindre des DMS inférieures à dix jours, d'où l'importance accrue du réseau intégré de services et du développement d'un réseau communautaire solide. En contrepartie, les interventions en milieu hospitalier deviennent très spécialisées.

L'illustration graphique ci-après présente le concept de village. On trouvera également en annexe un montage réalisé par Frank Pitts illustrant ce concept.

CONCEPT COMMUNAUTAIRE TRANSITIONNEL



10.4 Des projets inspirants

Les exemples qui suivent illustrent les tendances nouvelles en architecture pour les centres de santé mentale en Europe et au Canada. Ces exemples viennent confirmer le concept du village décrit précédemment tout en ajoutant des éléments nouveaux dans les approches de configuration architecturale.

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE TERTIAIRE DE ST. THOMAS, LONDON, ONTARIO

L'implantation de l'hôpital dans un site exceptionnel de par son étendue et sa végétation a permis une configuration spatiale étalée qui intègre l'espace vert dans le projet à travers des cours intérieures autour desquelles sont répartis les modules d'unités de soins.

Les éléments principaux qui ressortent dans ce projet et qui illustrent les nouvelles tendances sont :

- des chambres avec vue sur un environnement vert (ouverture sur le cadre immédiat);
- une meilleure supervision de la clientèle en favorisant la proximité du personnel;
- un environnement physique sécurisé;
- plus de liberté de déplacement aux patients, ce qui implique un sentiment de contrôle.

CENTRE PSYCHIATRIQUE DE MASSACHUSETTS, WORCHESTER, MASSACHUSETTS

- L'idée principale qui se dégage dans ce projet est celle d'un « village vert » qui peut offrir le calme et la détente pour sa clientèle, mais aussi des opportunités de socialisation et de participation à des activités diverses dans un environnement stimulant. Ainsi, plusieurs services sont mis à la disposition de la clientèle, par exemple, une bibliothèque, un gymnase, un café, etc.
- Quant aux unités de vie, celles-ci sont réparties selon des modules de huit lits avec des espaces de convivialité et de thérapie.
- Ce centre s'adresse essentiellement à deux catégories de clients : des adultes et des adolescents traités pour une longue durée de séjour.

CENTRE PSYCHIATRIQUE DE ROCHESTER, NEW YORK

Ce centre reflète les nouvelles tendances de par sa conception d'espaces qui s'articulent autour de cours intérieures et de jardins extérieurs accessibles et sécurisés. Ceci contribue au bien-être des clients et confère au projet une dimension plus humaine. Par ailleurs, l'aménagement intérieur a été conçu de façon flexible pour qu'il puisse accommoder plusieurs types de fonctions.

CENTRE HOSPITALIER DE MANTES-LA-JOLIE, FRANCE

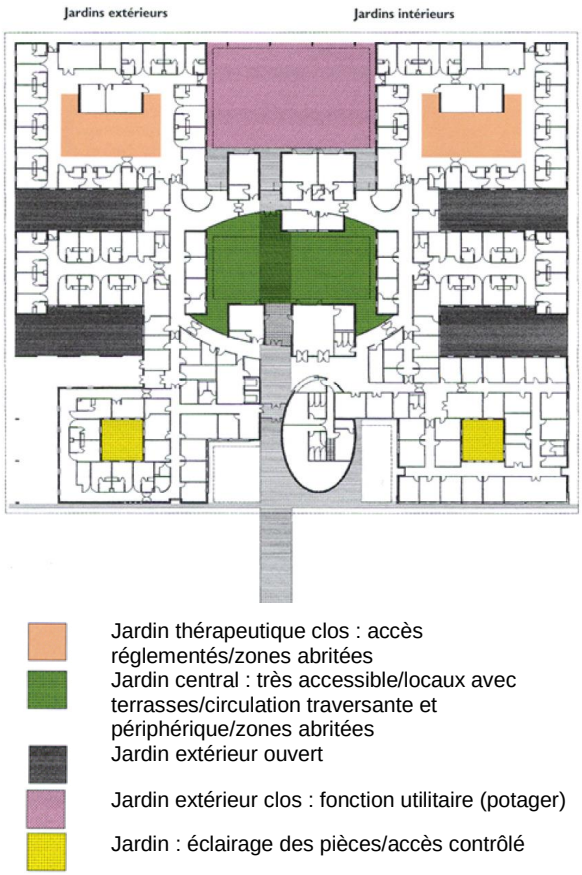
Sur le plan fonctionnel, la conception de ce projet se base sur quatre principes directeurs.

- La chambre individuelle : principe fondamental où le patient est respecté dans son intimité, son identité et son intégrité.
- Le centre de crise : ou service d'urgence psychiatrique, qui a pour rôle de servir d'intermédiaire entre la cité, les services de médecine de l'hôpital et les services de psychiatrie.
- Le service de psychiatrie : divisé en deux parties (chacune de 25 lits) pour différencier la psychiatrie dite « lourde » de celle dite « légère ». Deux modules sont aménagés en fonction des catégories de malades : la psychiatrie générale où les mesures de sécurité et de surveillance sont nécessaires et le module appelé « polyclinique » avec un régime plus souple.
- L'espace d'animation institutionnelle : qui regroupe plusieurs lieux d'activités sociales, artistiques et sportives tels que la cafétéria, la salle polyvalente, la salle d'ergothérapie, un espace pour jardinage, etc.

Sur le plan thématique, trois idées principales sont développées pour donner au cadre bâti une dimension thérapeutique.

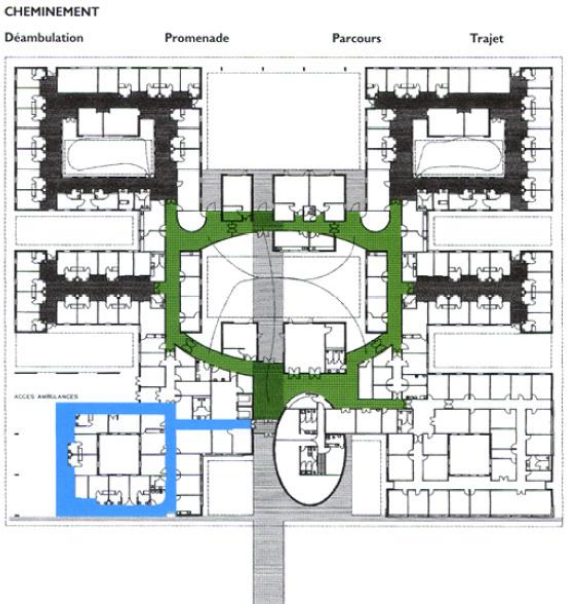
§ Le vide, espace de liberté, de détente : les différents jardins créés à l'intérieur du centre donnent une dimension plus humaine au bâtiment. L'introduction de la nature permet au patient le retour sur soi. Chaque zone dans l'hôpital bénéficie d'un espace vert traité en fonction de la clientèle qui s'y trouve et du degré de sécurité et de surveillance requis.

Espaces à l'air libre



§ Le cheminement comme réponse à l'état de crise : l'intégration d'espaces de parcours multiples et variés (places meublées, terrasses abritées, jardin) ainsi que l'utilisation de matériaux divers crée une séquence spatiale dynamique où tous les sens sont sollicités. Tout est conçu de telle sorte que les lieux soient exploités et non subis. Ainsi, le parcours devient thérapeutique. Le plan qui suit illustre le cheminement effectué par le patient, le personnel soignant ainsi que par le public. On dénote la hiérarchie des espaces et la répartition visible des zones.

Circulation générale



Cheminement public

(échanges - rencontres)
En boucle, autour du jardin central
Possibilité de le traverser (raccourcis)
Alternance de pleins et de transparences (sur l'intérieur, sur le jardin, sur l'extérieur)
Les courbes accompagnent
Espaces élargis permettant l'arrêt, la rencontre, le calme : le choix
Le circuit autour du jardin est indépendant du hall

Cheminement privé

Psychiatrie générale (parcours individuel/socialisation contrôlée)
Circuit et déambulation même quand les deux modules sont fermés
Jardin privé accessible
Transparences alternées sur le jardin
Façade sur l'extérieur pas complètement transparente
Chambres d'un seul côté évitant les rencontres imprévues au sortir des chambres
Polyclinique (socialisation suggérée)
Circulation centrale avec des espaces élargis permettant et suggérant les rencontres
Accès facile à la circulation publique

Crise (rationalité fonctionnelle et sécurisée)

Circulation périphérique
Parois extérieures translucides qui évitent la sensation d'enfermement
Organisation rationnelle
Circuit court, sans cul-de-sac

§ <u>Le bâtiment comme miniaturisation du monde :</u> le but final d'un centre de santé mentale étant d'aider le patient à réintégrer la société et à reprendre contact avec son entourage, il est important que l'environnement dans lequel ce dernier évolue reflète d'une certaine façon le monde extérieur, c'est-à-dire la ville dans toute sa complexité. On doit retrouver les mêmes caractères organisationnels dans l'architecture de l'établissement, mais à une échelle réduite (places, squares, avenues, rues, ruelles).

Fonctionnement général

	Le centre de crise	Emplacement stratégique Signal Accès privilégié
	L'accueil général	Au croisement de l'entrée principale, de l'accès ambulances et des accès aux différents services Position stratégique
	Le centre social	Cafétéria et salle polyvalente sur le hall/animation Ergothérapie : bâtiment signal : but d'un parcours, élément indépendant
	Les services généraux	En dehors des circuits Liaisons faciles avec le hall, les services, l'extérieur Garage inclus
	Les services d'unités d'hospitalisation	Identiques dans leur fonctionnement Différenciés entre la psychiatrie générale et la polyclinique à travers la socialisation du déplacement
	Le pôle médical	Un accès possible par secteur à partir du hall Espaces communs au centre

LE NOUVEAU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE DREUX, FRANCE

Le volume extérieur de la salle à manger est animé par le rythme des ouvertures.

- La paroi transparente :
  - rassure et sécurise puisqu'elle permet de voir et d'être vu;
  - prolonge le dehors dans le dedans et fait disparaitre la limite;
  - dissipe l'impression d'enfermement.

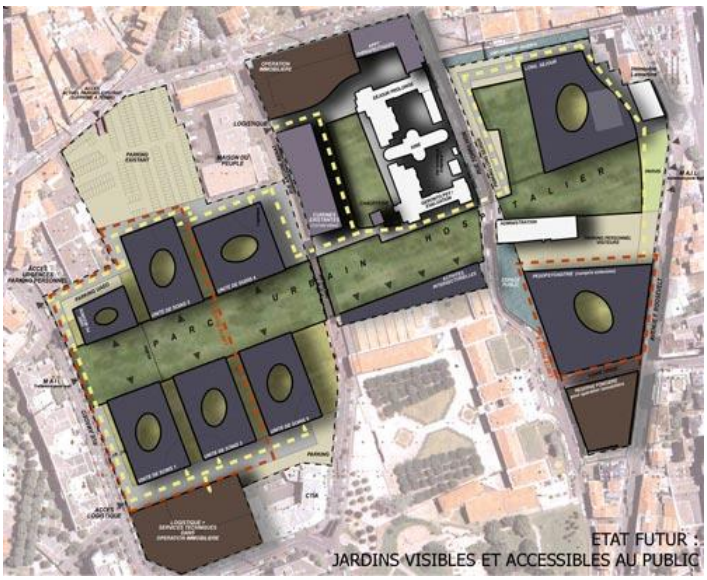
- La coursive transparente introduit un dialogue entre l'intérieur et l'extérieur.

RESTRUCTURATION DU PÔLE PSYCHIATRIE
CENTRE HOSPITALIER HENRI MONDOR – AURILLAC (15) - FRANCE

Intégration physique du projet dans son contexte :

- § places et rues : configuration qui reprend l'idée d'une cité;
- § lieu ouvert, relié à la cité;
- § patient : citoyen à part entière;
- § http://www.architecture-santementale.com/rea_aurillac.asp

RESTRUCTURATION DE CHS DE SAINTE MARIE - CLERMONT FERRAND (63) - FRANCE
PARC URBAIN HOSPITALIER



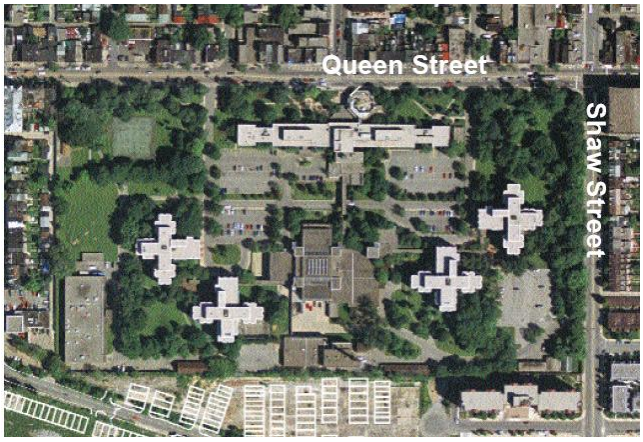
Concept de parc hospitalier :

§ volonté de faire pénétrer la ville au cœur de l'hôpital;

§ l'urbanisme mis au service de la psychiatrie donne au patient le statut de citoyen;

§ http://www.architecture-santementale.com/rea_stemarie_clerm.asp

LE CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE
CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH) DE TORONTO



À travers cet exemple, on verra la transformation d'un ancien hôpital traditionnel de psychiatrie en un nouveau centre pour le traitement, la recherche et l'éducation dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale.

Le nouveau projet proposé met l'accent sur différents points :

- la normalisation du milieu de prestation des soins;
- l'intégration des clients dans la collectivité;
- la prestation de soins axés sur les clients et la famille.

§ Intégration dans le tissu urbain : le but recherché est, d'une part, de transformer un lieu à caractère institutionnel en un milieu chaleureux et familier et, d'autre part, d'intégrer le projet dans le tissu urbain, ceci en le reliant avec son contexte à travers le prolongement des rues avoisinantes et la création d'une variété d'espaces verts, d'espaces publics et d'édifices :

§ continuité de la trame urbaine du quartier à l'intérieur du site de CAMH;

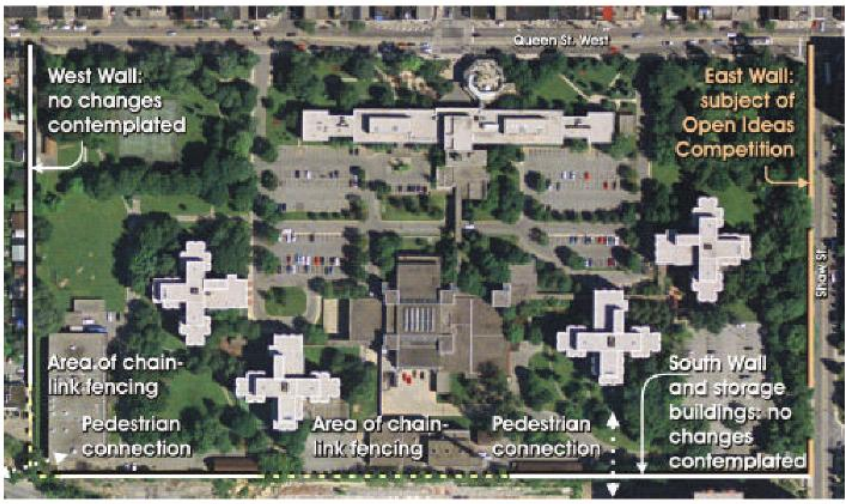
§ arbres longeant les rues et les espaces verts;

§ passages piétonniers.

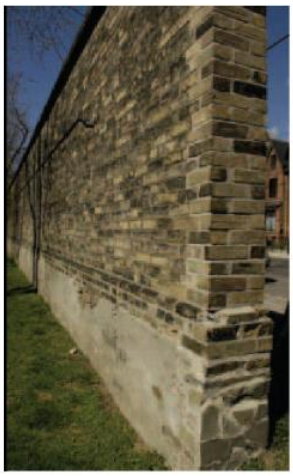
§ Intégration dans la collectivité : ce projet de réaménagement aura comme objectif l'intégration du CAMH dans la collectivité et la revitalisation du quartier à travers la création de plusieurs zones consacrées à la communauté, qui peuvent être à caractère médical, résidentiel, commercial ou éducatif. Plusieurs consultations publiques ont été tenues pour déterminer la meilleure occupation de ces zones afin qu'elles soient partie intégrante de ce village urbain.

§ Le phasage : le réaménagement du site se fera en plusieurs phases qui s'échelonneront sur plusieurs années, tout en essayant de maintenir l'activité du centre et la continuité des services offerts à la clientèle durant la période de construction

§ Conservation et restauration du mur :



La majorité des bâtiments existants seront démolis à l'exception du mur (construit en 1851) qui constituait l'enceinte de l'ancien hôpital psychiatrique, et deux petits bâtiments en brique construits en 1888. Malgré le fait que la configuration actuelle du mur date de 1970, et malgré toutes les modifications qui ont été faites, la partie restante a été classée comme héritage historique en 1997 par la ville de Toronto.



LE CONCEPT DE L'ENVIRONNEMENT « GUÉRISSANT » ET L'IMPACT DE L'AMÉNAGEMENT DES ESPACES INTÉRIEURS SUR LES PATIENTS

Photo courtoisie de HOK

Exemple d'une aire de repos et de détente

« Interior design manual for hospitals and clinics »

Espace accueillant qui favorise la présence des visiteurs et de la famille.

- Intégration d'un mobilier confortable dans les aires de repos qui encourage l'interaction sociale.
- Interaction avec le monde extérieur : grandes baies vitrées qui donnent sur des jardins aménagés.

Photo courtoisie de HOK

Exemple d'un lieu comportant divers stimuli

« Interior design manual for hospitals and clinics »

Espace conçu de façon à stimuler les sens à travers :

- la lumière et l'éclairage indirect;
- l'œuvre d'art suspendue au plafond.

Photo courtoisie de HOK

Exemple d'un aménagement intérieur

« Interior design manual for hospitals and clinics »

Les sens sont stimulés par plusieurs éléments :

- la lumière et l'éclairage direct ou indirect.
- la couleur qui peut affecter la guérison des patients à travers l'atmosphère ou l'ambiance qui en découle.

Photo courtoisie de HOK

Exemple d'un aménagement intérieur avec l'approche « *Way-finding* »

« Interior design manual for hospitals and clinics »

La signalisation, élément important :

- facilite le processus de s'orienter et de se déplacer;
- accès visibles pour la clientèle.

Photo courtoisie de HOK

Exemples de jardins « guérissants »
« Healing gardens »

« Interior design manual for hospitals and clinics »

- L'intégration de la nature dans la conception des espaces produit des effets bénéfiques sur les patients et aide à réduire le stress et l'anxiété.

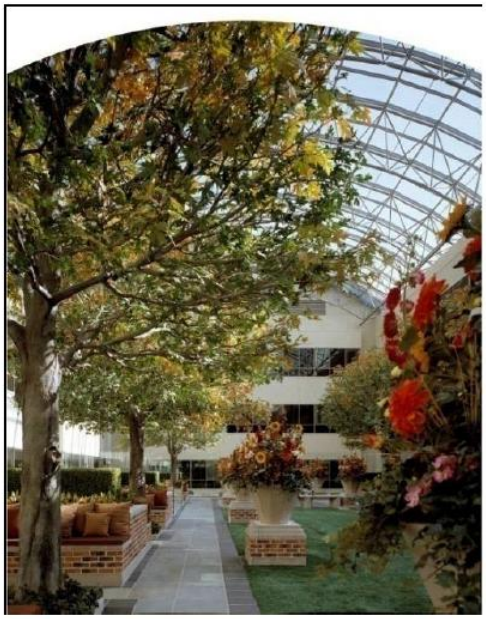


Photo courtoisie de HOK

11. ANALYSE DES INFRASTRUCTURES EXISTANTES

11.1 Principes incontournables

La présente section du document vise à explorer le potentiel de récupération du parc immobilier existant pour l'aménagement d'un milieu thérapeutique qui réponde aux meilleures pratiques de prestation de soins psychiatriques.

Afin de pouvoir apprécier la pertinence et la faisabilité d'aménager les divers services de l'Institut dans les structures actuelles, on procède en premier lieu à une analyse des différents bâtiments quant à leurs superficies, configurations, localisations relatives et matériaux de construction.

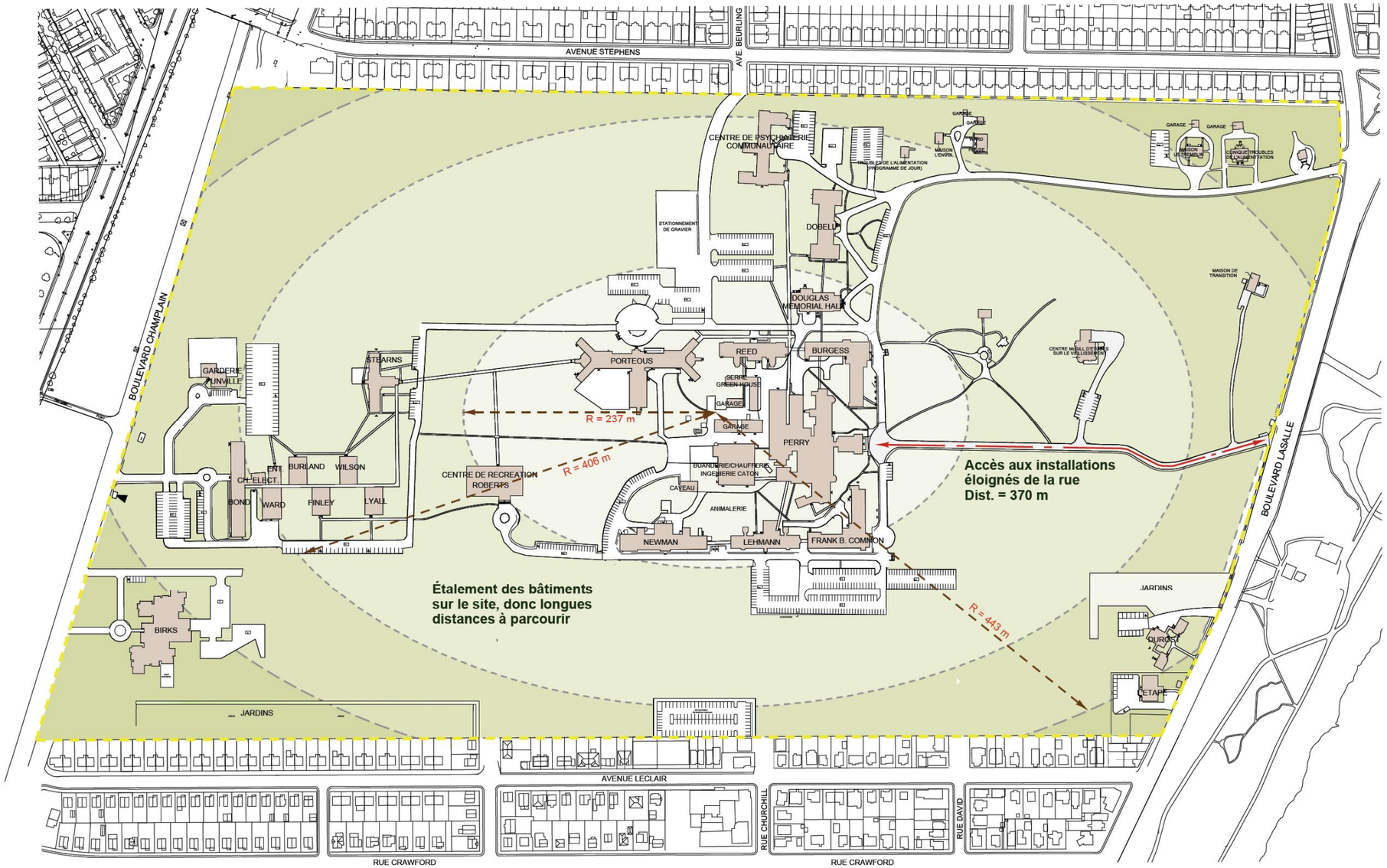
Bien que tous les principes directeurs et les données probantes issues de l'EBD, dont il a été question plus tôt dans ce texte, soient très importants et doivent autant que possible être respectés, six principes de base constituent des incontournables lors de la planification du nouvel Institut et empêchent la réutilisation des bâtiments existants s'ils ne peuvent être respectés. Ils présentent donc les fondements de l'analyse des bâtiments existants. Ces principes se résument comme suit :

- éliminer l'étalement des activités sur le site en se concentrant dans un rayon plus petit;
- éviter à tout prix de recréer les corridors tunnel souterrains et opter plutôt pour des atriums éclairés, larges, ouverts sur la nature ou sur des fonctions communes et des activités interactives;
- respecter les superficies normées selon les standards les plus récents;
- offrir des unités de soins avec des chambres simples et des salles de bain individuelles ainsi que des locaux communs en nombre et superficies suffisants;
- assurer le continuum de soins par programme ainsi que l'intégration avec la recherche et l'enseignement;
- maintenir la prestation et la qualité des services en tout temps et en toute sécurité.

A - Étalement sur le site

Le premier constat traite du problème vécu actuellement par l'Institut Douglas, soit l'éparpillement de ses services sur un grand terrain. En effet, l'Institut est constitué de plusieurs bâtiments dispersés sur un vaste site et souvent éloignés entre eux.

Analyse des bâtiments existants - Étalement sur le site

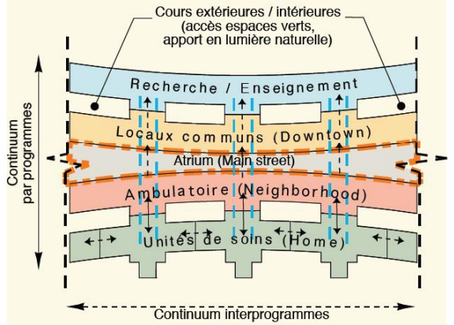


LES OBJECTIFS DE BASE

(INCONTOURNABLES)

- ***Éliminer l'étalement des activités sur le site en se concentrant dans un rayon plus petit.***
- Éviter à tout prix de recréer les corridors tunnel et opter plutot pour des atriums éclairés, larges, ouverts sur la nature ou sur des fonctions communes ou des activités interactives.
- Respecter les superficies normées selon les standards les plus récents.
- Offrir des unités de soins avec des chambres simples et des salles de bain individuelles ainsi que des locaux communs en nombre et de superficie suffisants.
- Assurer le continuum de soins par programme ainsi que les liens avec la recherche et l'enseignement.
- Maintenir la prestation des services en tout temps.

LES NOUVELLES TENDANCES



L'éparpillement sur le site de l'Institut cause plusieurs inconvénients majeurs.

Perte de temps et d'efficience, problèmes d'orientation et réduction des soins directs et réduction de la sécurité des patients et du personnel.

Le personnel de l'Institut perd un temps précieux dans les déplacements d'un service à l'autre, qui se multiplient dans une même journée, ce qui se traduit par des heures de non-disponibilité auprès de la clientèle et un étalement des interventions dans le temps.

Par ailleurs, l'éloignement des programmes par rapport aux services communs, telles l'imagerie médicale et les prises de sang, oblige les patients à parcourir de longues distances. Rappelons que ceci représente un inconvénient important pour une clientèle psychiatrique souffrant d'instabilité et d'insécurité. Ils nécessitent un accompagnateur, donc le déplacement d'un membre du personnel soignant, dont la présence dans le service est essentielle.

Enfin, la sécurité des patients et du personnel est réduite en raison de l'éloignement, car le soutien nécessaire dans les cas de crise est long à obtenir. Pensons par exemple à la nécessité pour les intervenants de courir d'un pavillon à l'autre pour offrir du soutien, en cas de code blanc.

Frais d'exploitation

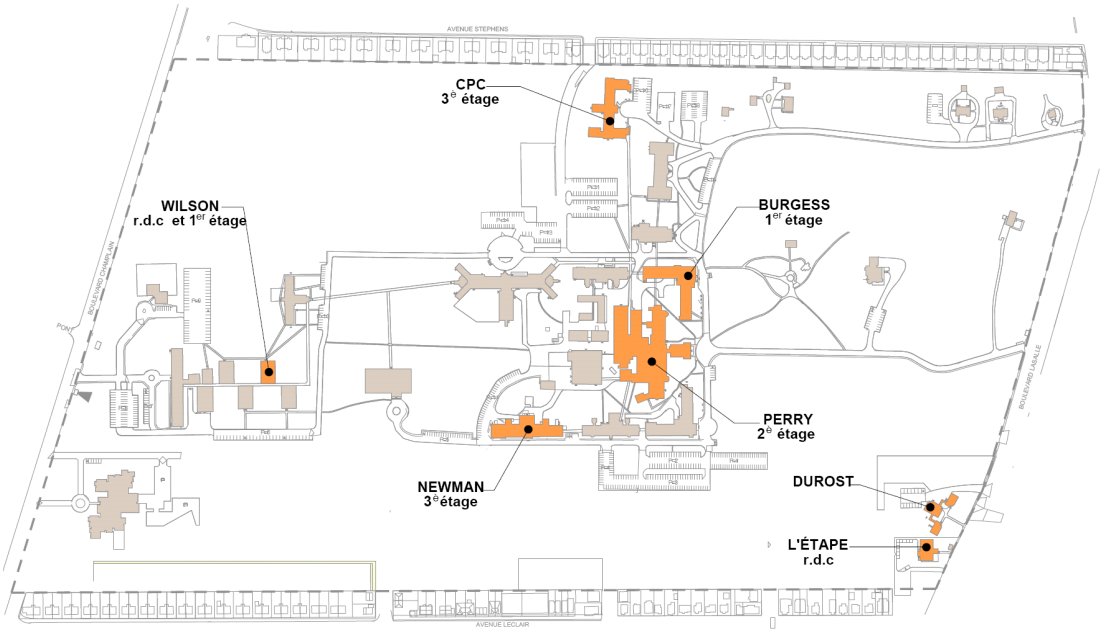
Les heures de déplacement du personnel n'ont aucune valeur ajoutée. L'addition des heures perdues lors des déplacements du grand nombre d'employés dans les multiples services distribués sur le site de l'Institut représente un coût opérationnel non négligeable et récurrent. Une étude de temps et mouvement a été effectuée en décembre 2008. Celle-ci démontre qu'en moyenne, 15 % de l'emploi du temps du personnel est attribuable à des déplacements inutiles. Selon les groupes à l'étude, le pourcentage peut même atteindre 32 %.

Continuum de soins par programme et interprogrammes

L'étalement des unités de soins et des services ambulatoires sur le site ne répond pas à l'objectif du continuum de soins requis, limitant le partage d'expertises (souvent, les professionnels ne se connaissent pas entre eux, car plusieurs travaillent toujours dans le même bâtiment) et les échanges informels en raison des distances trop grandes à parcourir. Cette problématique touche pratiquement tous les services ou programmes de l'Institut.

Par exemple, les services du programme de Troubles psychotiques sont éparpillés dans sept pavillons, soit :

- au pavillon Burgess, au 1er étage – unité de soins de traitement des psychoses;
- au pavillon Perry, au 2e étage – unité de soins des comportements à risque;
- au pavillon CPC, au 3e étage – unité de soins de réadaptation intensive;
- à la Maison Levinschi – unité de soins de transition communautaire Levinschi;
- au pavillon Wilson, au rez-de-chaussée et 1er étage – programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP);
- au pavillon Newman, au 3e étage – équipe de suivi intensif dans la communauté;
- au pavillon l'Étape, au rez-de-chaussée – cliniques externes et équipe de réadaptation intensive dans le milieu (RIM).

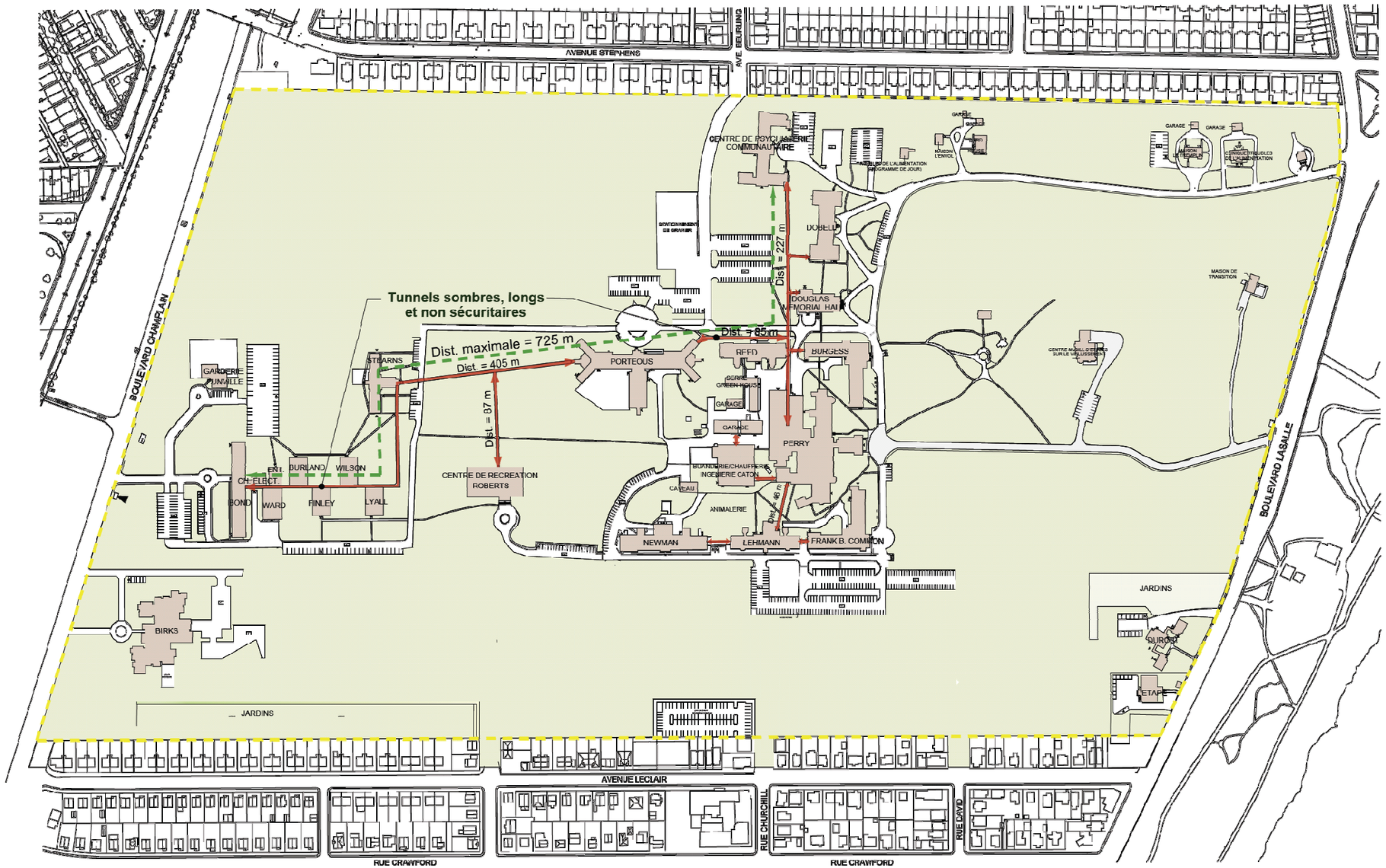


B - Les corridors tunnel

Les corridors tunnel souterrains ont été conçus pour permettre le déplacement entre les différents pavillons tout en offrant une protection contre les intempéries, particulièrement dans notre climat nordique. Ainsi, l'Institut Douglas compte plus de 1,2 km de tunnels. Cependant, le résultat est loin de répondre à un environnement favorisant la guérison.

- La clientèle et le personnel doivent parcourir des corridors sombres, étroits, longs, non accueillants.
- Ce sont des tunnels de services où passent les conduits de chauffage et le câblage électrique, et tous ces éléments sont exposés, donnant un aspect non invitant.
- Les tunnels ne comptent ni fenêtres ni références visuelles : on s'y perd facilement.
- Le manque de présence humaine ou d'une supervision directe rend ces espaces peu sécuritaires.
- Une longue période de temps peut s'écouler avant qu'un patient ou un membre du personnel en difficulté n'obtienne le support et l'aide nécessaires. Cela est d'autant plus significatif si l'on considère les longues distances à parcourir.
- Les boutons de panique ne sont pas fonctionnels dans les tunnels.

Analyse des bâtiments existants - Corridors tunnel

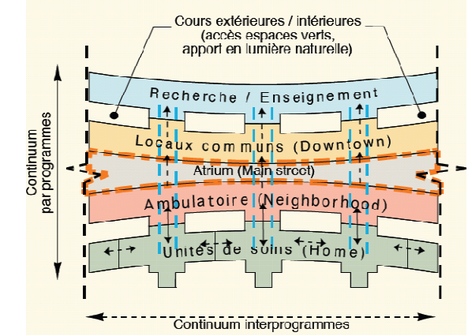


LES OBJECTIFS DE BASE

(INCONTOURNABLES)

- Éliminer l'étalement des activités sur le site en se concentrant dans un rayon plus petit.
- ***Éviter à tout prix de recréer les corridors tunnel et opter plutôt pour des atriums éclairés, larges, ouverts sur la nature ou sur des fonctions communes ou des activités interactives.***
- Respecter les superficies normées selon les standards les plus récents.
- Offrir des unités de soins avec des chambres simples et des salles de bain individuelles ainsi que des locaux communs en nombre et de superficie suffisants.
- Assurer le continuum de soins par programme ainsi que les liens avec la recherche et l'enseignement.
- Maintenir la prestation des services en tout temps.

LES NOUVELLES TENDANCES



C - Les unités de soins

Pour se conformer aux exigences normées, il faut réaménager l'ensemble des unités de soins actuelles de l'Institut pour créer des unités de soins avec chambres individuelles, salles de bains privées et locaux communs et de support en nombre et de superficies suffisants. Les unités de soins existantes sont toutes déficientes, et cela, à plusieurs niveaux.

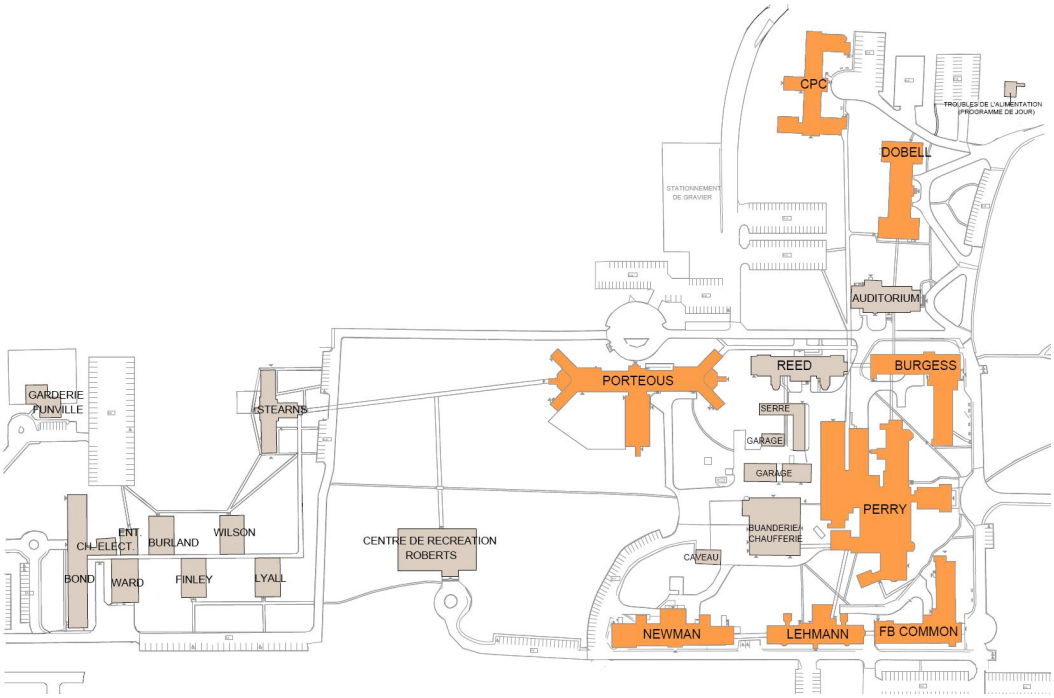
Ces déficiences sont détaillées et illustrées au chapitre précédent. En voici un rappel.

- La majorité des patients partagent leur chambre, leur salle de toilette et leur salle de bain/douche :
  - 56 % des patients occupent des chambres partagées et 70 % d'entre eux avec trois personnes ou plus;
  - 92 % des patients utilisent des salles de bain communes;
  - 100 % des patients utilisent des douches communes. Dans le pire des cas, 15 patients utilisent les mêmes salles de douches.
- Il y a un manque criant de locaux communs, de locaux pour l'enseignement et la recherche, et il n'y a aucun local pour les familles.
- La configuration des unités de soins n'est pas adéquate pour assurer une bonne supervision des patients.
- La configuration ne permet pas de créer des îlots calmes avec accès contrôlés, tel que noté dans le EBD;
- L'aménagement, le manque d'espace et la configuration des unités de soins limitent sérieusement la possibilité d'assurer une sécurité adéquate : manque d'espace dans les chambres et les salles de bain, longs corridors, etc.

Une étude approfondie de l'ensemble des pavillons du site de l'Institut a été développée afin d'explorer la possibilité de les réaménager pour accueillir des unités de soins fonctionnelles. On retrouve ci-après une description détaillée du résultat de l'étude.

Superficies des bâtiments existants vs besoins d'une unité de soins

Nous avons analysé huit pavillons. Les autres n'ont pas été regardés, car il était évident au premier coup d'œil qu'ils étaient de superficie insuffisante pour accommoder des unités de soins. Les pavillons analysés sont les suivants : Perry, Porteous, Dobell, Lehman, Newman, Burgess, FB Common et le CPC.



Les besoins en superficie ont été élaborés en considérant l'application des principes directeurs établis précédemment et en tenant compte des critères d'EBD ainsi que des éléments d'un environnement « guérissant ». Ils comprennent :

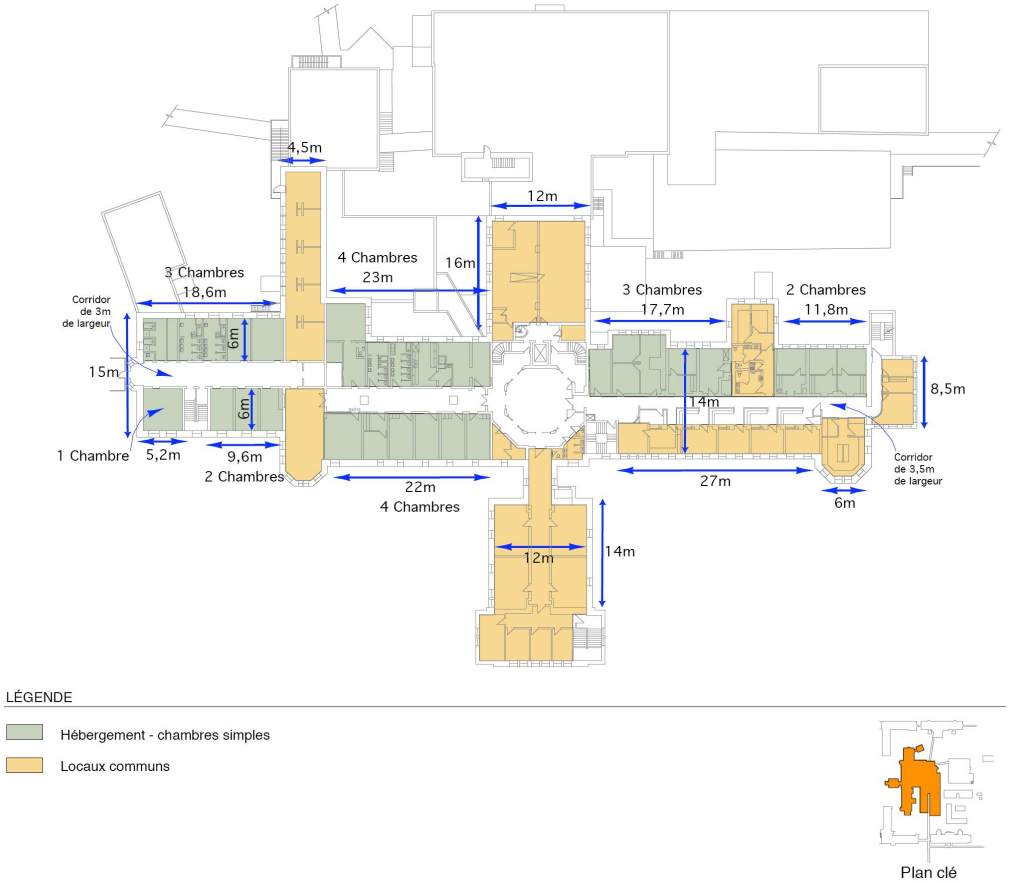
- des chambres individuelles uniquement, chacune ayant sa propre salle de toilette;
- des regroupements de chambres par îlots de six à huit lits;
- des locaux de vie de superficie et en nombre suffisants tels que des salles à manger, des salles d'activité, des salons, etc.;
- des locaux de soutien et des espaces pour le personnel, tels que postes, utilités, dépôts, salles de bain, etc., de superficie et en nombre suffisant;
- des bureaux et des locaux d'enseignement et de recherche;
- lorsque requis, des locaux de thérapie tels que des salles Snoezelen, des salles de luminothérapie ou autres.

Pavillon Perry – Constats

La trame structurale permet d'accommoder jusqu'à 19 chambres et la superficie est suffisante pour loger les locaux communs. Cependant :

- Il y a beaucoup trop de superficie pour les besoins en raison de la perte d'espace occasionnée par la configuration du bâtiment : une unité de 19 lits demande environ 74 m^2 par lit alors que le bâtiment offre environ 113 m^2 par lit, d'où un aménagement et une gestion inefficaces, l'ajout de distances de marche inutiles et des coûts de rénovation et d'entretien trop élevés;
- il y a éparpillement des espaces;
- le couloir central est non linéaire et la présence d'autres couloirs perpendiculaires rend difficile la supervision;
- l'espace central brise l'intimité et la continuité en plus d'être source de nuisance sonore;
- le plancher et la toiture du pavillon sont en bois.

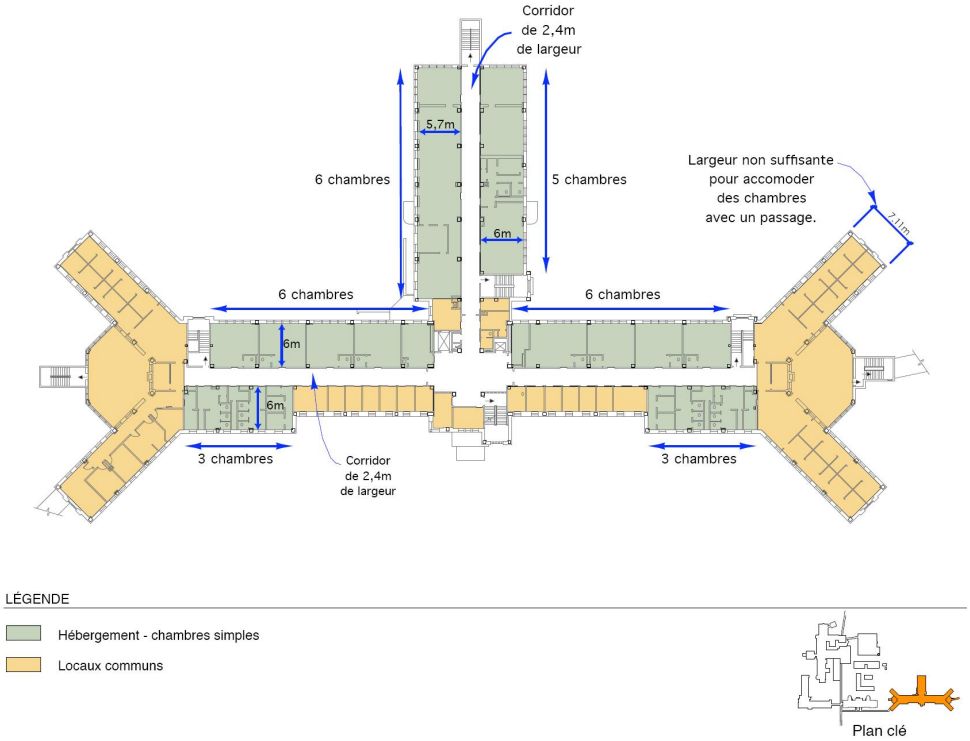
Pour toutes ces raisons, nous ne recommandons pas la transformation du pavillon Perry pour y accueillir des unités de soins.



Pavillon Porteous – Constats

- La largeur des corridors est adéquate (2,4 mètres).
- La trame permet de loger des chambres de part et d'autre des couloirs; elle peut accommoder jusqu'à 29 lits. Cependant, les besoins sont d'au maximum 21 lits par unité, ce qui implique l'utilisation d'un étage à d'autres fins que pour une unité de soins.
- La configuration de l'étage n'est pas optimale :
  - le regroupement par îlots est impossible;
  - les locaux communs sont dispersés et loin du poste central;
  - il faut passer par les corridors des chambres pour atteindre les locaux communs;
  - l'observation est difficile à partir du poste central.
- On retrouve des impasses aux extrémités dues à l'absence d'escaliers. Aucune impasse n'est permise par le Code de construction pour des unités de soins.

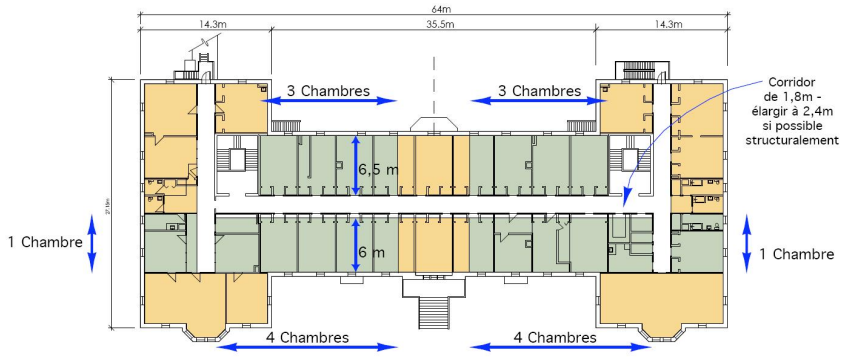
Pour toutes ces raisons, nous ne recommandons pas l'utilisation du pavillon Porteous par des unités de soins.



Pavillon Dobell – Constats

- La largeur des corridors est de 1,8 mètre, ce qui est inférieur à la largeur minimale requise de 2,4 mètres pour une unité de soins.
- Si l'élargissement du corridor est structuralement possible, la trame permettrait de loger des chambres de part et d'autre du couloir élargi. Ces travaux seront cependant coûteux.
- La superficie est suffisante pour l'aménagement d'une unité de soins d'un maximum de16 lits avec ses locaux communs et son service centralisé.
- Il n'y a pas d'ascenseurs : ceux-ci devraient être ajoutés.
- La configuration de l'étage n'est pas optimale :
  - le regroupement par îlots est difficile;
  - les locaux communs sont dispersés et loin du poste central;
  - il faut passer par les corridors des chambres pour atteindre les locaux communs;
  - l'observation est difficile à partir du poste central (configuration des corridors).

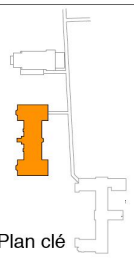
Nous ne recommandons pas l'utilisation du pavillon Dobell pour des unités de soins.



LÉGENDE

Hébergement en chambre simple

Locaux communs

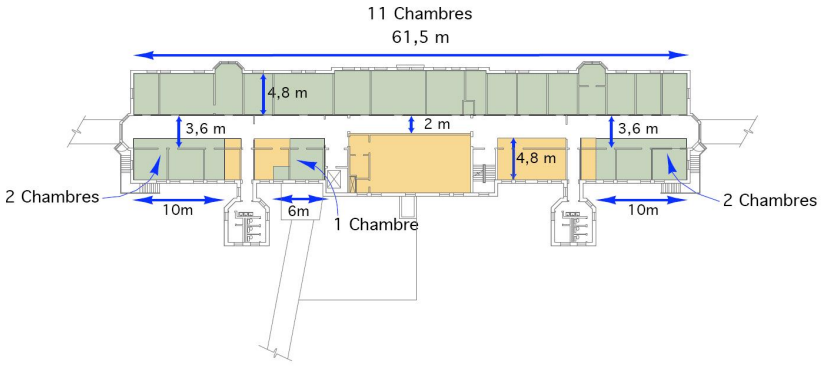


Plan clé

Pavillon Lehmann – Constats

- La largeur du couloir est non uniforme : il mesure soit 2 mètres, ce qui est insuffisant pour une unité de soins selon le Code du bâtiment, soit 3,6 mètres, ce qui est trop large et cause une perte d'espace.
- La trame de l'étage permet d'accommoder jusqu'à 16 chambres, mais la superficie totale de l'étage n'est pas suffisante pour loger une unité complète de 16 lits avec tous les locaux nécessaires. Cet étage pourrait accommoder une unité plus petite.
- Si l'élargissement du corridor est structuralement possible, la trame permettrait de loger des chambres de part et d'autre du couloir élargi, cependant, ces travaux seraient coûteux.
- Les planchers et la toiture du pavillon sont en bois.

Pour ces raisons, nous ne recommandons pas l'utilisation du pavillon Lehmann pour des unités de soins.



LÉGENDE

Hébergement - chambres simples

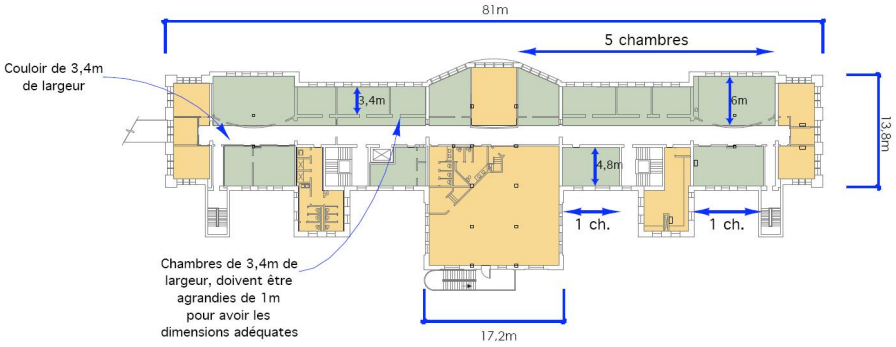
Locaux communs

Plan clé

Pavillon Newman – Constats

- La largeur du corridor est de 3,4 mètres, donc conforme au niveau du Code du bâtiment, mais plus grande que nécessaire et occasionnant une perte d'espace.
- Si l'élargissement des chambres est structuralement possible, la trame permettrait de loger des chambres de part et d'autre du couloir, cependant, ces travaux seraient coûteux.
- La superficie par étage est suffisante pour une unité de 14 lits seulement.
- La configuration de l'étage est non optimale :
  - Il y a un ascenseur pour l'ensemble du pavillon et, en conséquence, il serait impossible de créer des regroupements par îlots;
  - les locaux communs sont dispersés.
- Les planchers et la toiture sont en bois.

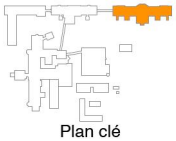
Pour ces raisons, nous ne recommandons pas l'utilisation du pavillon Newman pour des unités de soins.



LÉGENDE

Hébergement - chambres simples

Locaux communs



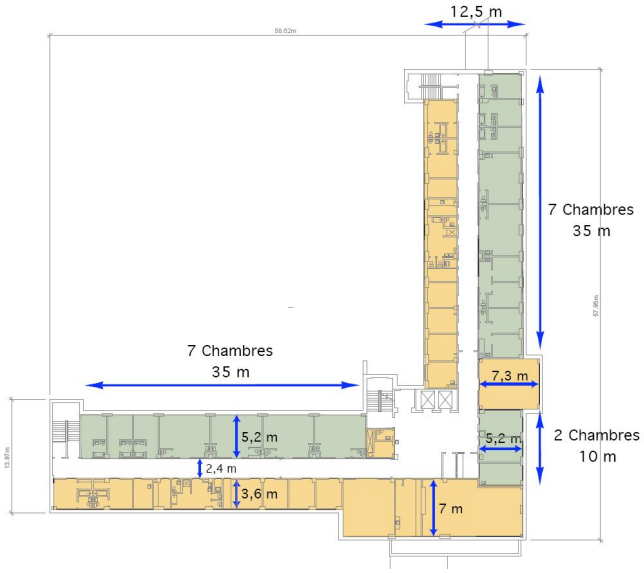
Plan clé

Pavillons Burgess et Frank B. Common – Constats

Les deux pavillons étant semblables, les mêmes constats s'appliquent.

- La largeur du corridor est adéquate pour des unités de soins (2,4 mètres).
- La trame structurale permet de loger d'un seul côté du corridor les chambres des patients (cinq mètres de largeur) et de l'autre, les locaux communs (3,60 mètres de largeur).
- La superficie par étage est suffisante pour une unité de 16 lits au maximum.
- La configuration de l'étage est non optimale :
  - le regroupement par îlots calmes et fermés est impossible;
  - les locaux communs sont dispersés.

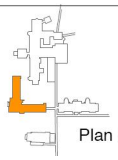
En raison de la superficie par étage insuffisante et de la configuration non optimale, nous ne recommandons pas l'utilisation des pavillons Burgess et FB Common pour des unités de soins.



LÉGENDE

Hébergement - chambres simples

Locaux communs



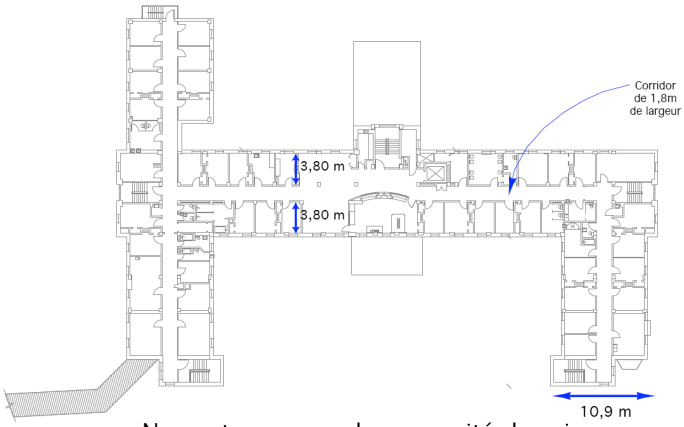
Plan clé

Pavillon CPC (Centre de psychiatrie communautaire) – Constats

Ce pavillon ne peut pas accommoder des unités de soins pour les raisons suivantes :

- la largeur du corridor est de 1,8 mètre, donc insuffisante selon le Code du bâtiment;
- la trame structurale ne permet pas d'élargir les couloirs jusqu'à 2,4 mètres;
- la trame structurale ne permet pas de loger des chambres de part et d'autre de la circulation centrale, parce que la largeur des pièces n'est pas adéquate (3,8 m);
- le couloir non linéaire ne permet pas la supervision.

En raison de la superficie et de la configuration non optimale, nous ne recommandons pas l'utilisation du pavillon CPC.

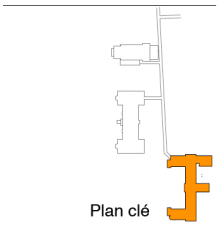


Ne peut accommoder une unité de soins

LÉGENDE

Hébergement - chambres simples

Locaux communs



CONCLUSION SUR LES PAVILLONS EXISTANTS

L'analyse détaillée des pavillons existants démontre qu'aucun des pavillons étudiés n'offre une configuration adéquate pour un bon fonctionnement clinique. On note entre autres qu'il n'y a aucun regroupement par îlot possible, qu'il faut souvent passer par les corridors des chambres pour atteindre les locaux communs, que l'observation à partir du poste n'est pas optimale et parfois même impossible. De plus, le réaménagement des unités de soins impliquerait des rénovations majeures et des coûts très élevés.

D - Le continuum de soins par programme et interprogrammes

Tel que décrit précédemment, l'éparpillement des services sur le site est un problème majeur vécu quotidiennement par les patients et le personnel de l'Institut. L'étude précédente des unités de soins permet de conclure qu'il n'est pas possible de récupérer un ou des pavillons pour y loger des unités de soins. La question qui se pose est de savoir s'il est possible de récupérer ces pavillons pour d'autres usages tout en construisant de nouvelles unités de soins à proximité.

Une telle approche permettrait d'avoir des unités de soins conformes, mais elle ne pourra d'aucune façon répondre à l'impératif du continuum de soins par programme et interprogrammes qui est la clé d'un environnement « guérissant » offrant un milieu de transition naturel du patient entre l'unité de soins (maison), les services ambulatoires (voisinage) et les locaux communs (centre-ville), jusqu'à la guérison et le retour vers la communauté. Par ailleurs, l'échange et l'entraide interdisciplinaires sont de nos jours des critères préconisés par tous les programmes de santé. Ces besoins sont d'autant plus prononcés dans un milieu de prestation de soins psychiatriques, où les problèmes et les outils de guérison sont complexes et complémentaires. Un scénario de pavillons fragmentés formera une entrave à une prestation de soins optimale auprès de la clientèle. De plus, les rénovations des pavillons existants reproduiraient beaucoup des problèmes auxquels l'Institut fait face actuellement.

La recherche et l'enseignement

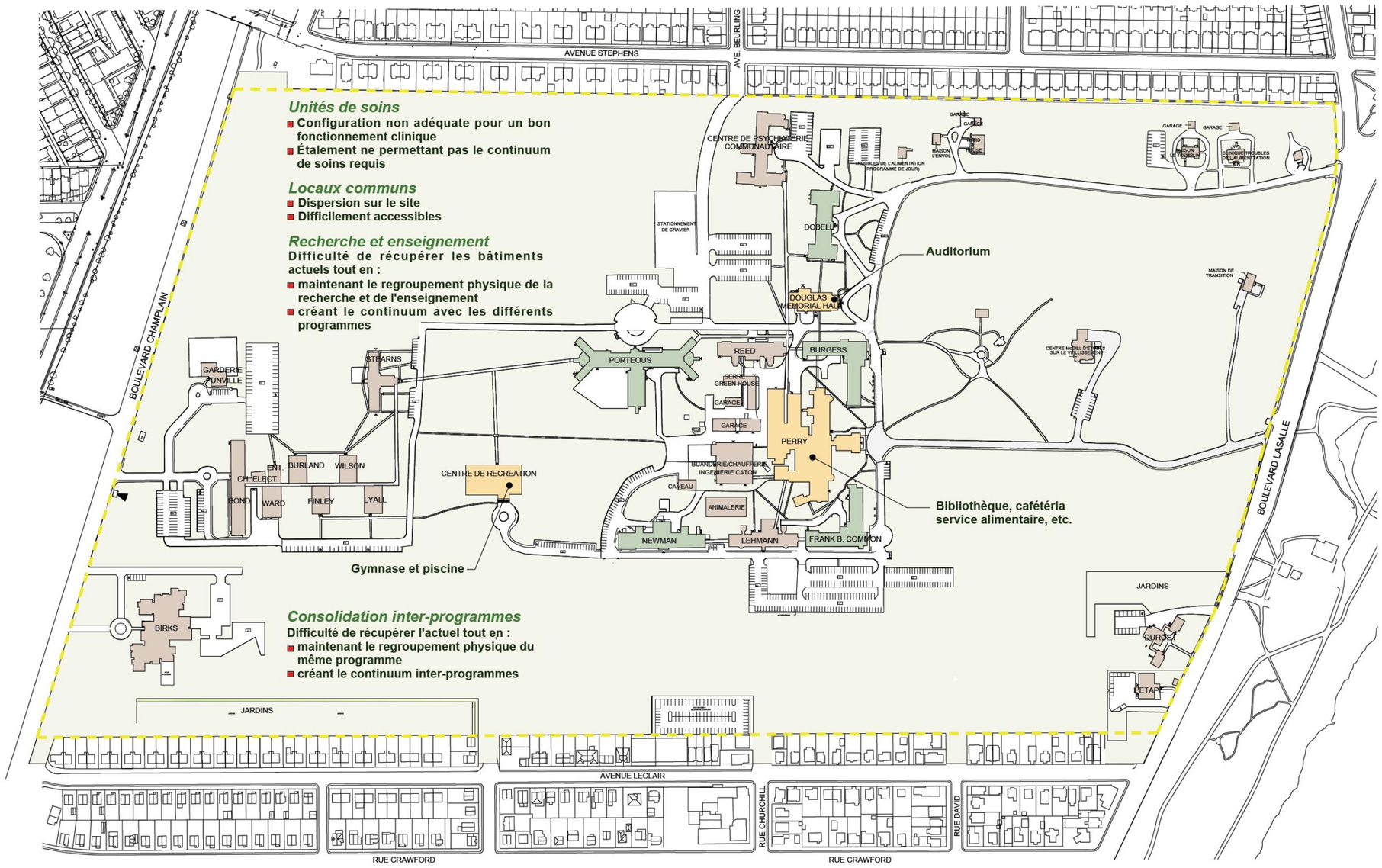
L'intégration de la recherche et de l'enseignement à même les lieux de soins est un objectif important. La proximité des chercheurs avec les programmes est essentielle, surtout pour l'application clinique directe des découvertes faites par les chercheurs. Pour cela, une approche intégrée faisant appel à plusieurs disciplines liées entre elles et qui jouent des rôles complémentaires et interactifs est essentielle pour l'étude des anomalies cérébrales. Il serait entre autres plus facile de développer des projets communs si les chercheurs et les cliniciens étaient proches les uns des autres et de réunir ainsi les compétences afin d'associer le savoir au savoir-faire.

La transmission d'informations, les rencontres informelles, une intégration plus facile de la recherche et des aspects cliniques seraient ainsi favorisées.

La configuration des pavillons actuels sur le site ne permet pas de concevoir un continuum entre les programmes et la recherche et l'enseignement, au même titre que le continuum de soins par programme et interprogrammes décrit précédemment. De plus, on constate les contraintes suivantes par rapport aux locaux actuels d'enseignement et de recherche :

- il y a un manque généralisé d'espace;
- le manque d'espace oblige à refuser des stagiaires;
- les lieux d'apprentissage sont pratiquement inexistants, ce qui oblige à dispenser la formation dans les lieux de soins, lesquels sont peu adaptés aux besoins académiques et qui, par conséquent, limitent l'échange professionnel et pédagogique;
- les lieux de recherche sont isolés, ce qui rend plus difficiles la recherche clinique et l'intégration rapide à la clinique des nouvelles connaissances découlant de la recherche et le développement de la relève dans un contexte intégré et interdisciplinaire.

Analyse des bâtiments existants - Récupération des bâtiments actuels VS continuum

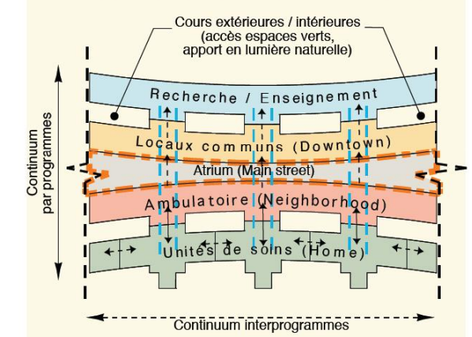


LES OBJECTIFS DE BASE

(INCONTOURNABLES)

- Éliminer l'étalement des activités sur le site en se concentrant dans un rayon plus petit.
- Éviter à tout prix de récréer les corridors tunnel et opter plûtot pour des atriums éclairés, larges, ouverts sur la nature ou sur des fonctions communes ou des activités interactives.
- Respecter les superficies normées selon les standards les plus récents.
- Offrir des unités de soins avec des chambres simples et des salles de bain individuelles ainsi que des locaux communs en nombre et de superficie suffisants.
- ***Assurer le continuum de soins par programme ainsi que les liens avec la recherche et l'enseignement.***
- Maintenir la prestation des services en tout temps.

LES NOUVELLES TENDANCES



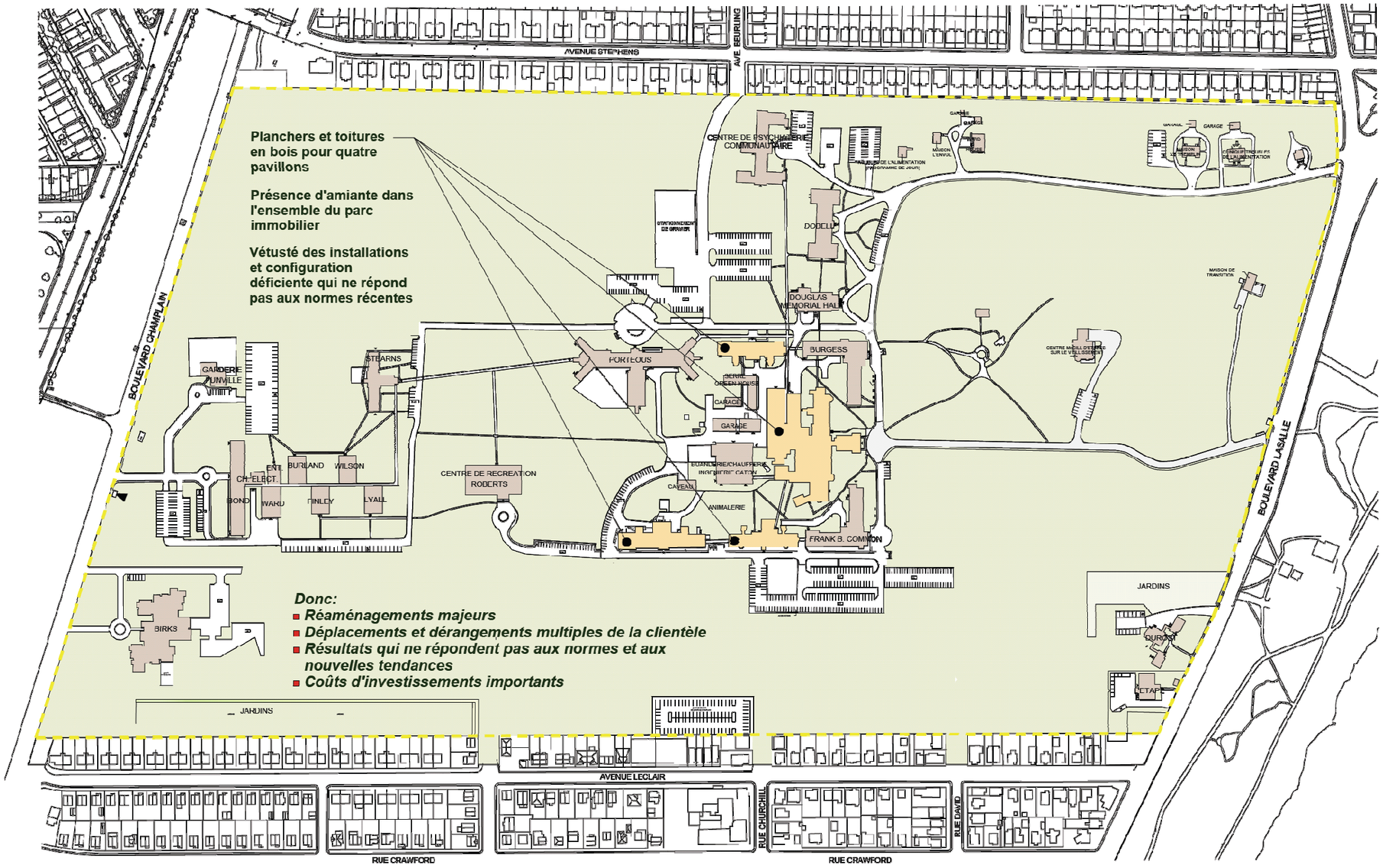
E - Le maintien de la prestation des services en tout temps

Enfin, il est important de rappeler que la prestation des services de l'Institut Douglas doit être maintenue sans interruption en tout temps. Tout projet d'intervention dans les installations existantes peut engendrer des inconvénients importants.

- Réaménagements majeurs et démolitions importantes : les pavillons existants ont des déficiences majeures et requièrent des travaux substantiels de mise aux normes. À titre d'exemple, le réaménagement d'une unité de soins exige une réfection complète de l'étage pour créer des chambres simples et des toilettes individuelles. De plus, lors de réaménagements de cette ampleur, il est nécessaire d'intervenir aux étages inférieurs et supérieurs pour les travaux de réfection et de distribution de la plomberie ainsi que des nouveaux systèmes électromécaniques. Par ailleurs, des démolitions importantes sont nécessaires. La configuration et l'emplacement relatif des bâtiments ainsi que la vétusté des installations rendent la récupération d'une bonne partie du parc immobilier non souhaitable. Quatre des principaux pavillons, localisés au centre du site, ont des planchers et une toiture en bois (Perry, Newman, Lehmann et Reed). Enfin, la présence généralisée d'amiante rend toute intervention non seulement coûteuse et complexe, mais aussi risquée pour la santé.
- Relocalisation temporaire de la clientèle : telles que mentionnées ci-haut, la vétusté et les déficiences fonctionnelles des installations existantes exigent des travaux importants qui nécessiteront le déplacement temporaire de la clientèle. Ainsi, des aménagements temporaires doivent être envisagés engendrant des coûts additionnels, le dérangement de la clientèle, le morcellement et la dispersion des équipes de soins, et cela, pour de longues périodes de temps et parfois même à plusieurs reprises (déplacements multiples).
- Dérangements sur le site : le maintien de la qualité des services en tout temps est aussi important que le maintien des services eux-mêmes. Il est clair qu'au même titre que le déplacement de la clientèle, les travaux de construction sur le site engendreront des inconvénients majeurs s'échelonnant sur plusieurs années. Le bruit, la circulation, la pollution ne sont que quelques exemples qui affecteront grandement le déroulement des activités cliniques et la qualité des soins.
- Coûts d'investissements élevés vs résultats qui ne répondent pas aux normes : les installations existantes, tel que démontré précédemment, n'ont pas la configuration adéquate pour répondre aux exigences des meilleures pratiques et encore moins aux besoins cliniques des nouvelles tendances de prestation de soins. Ainsi, tout effort de récupération de l'existant fera appel à des investissements majeurs, aussi importants sinon plus qu'une construction neuve, et offrira un résultat de loin inférieur à une construction neuve sur le terrain. D'ailleurs, des coûts sont à envisager concernant le fait que les murs et plafonds de la majorité des bâtiments contiennent de l'amiante.

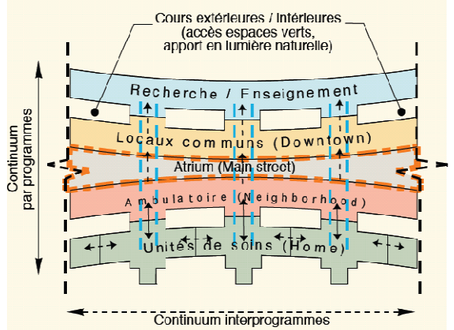
On peut donc conclure qu'il n'est pas envisageable de récupérer les bâtiments existants tout en maintenant la prestation des services et la qualité des soins offerts.

Analyse des bâtiments existants - Transformation des bâtiments VS vétusté



- Éliminer l'étalement des activités sur le site en se concentrant dans un rayon plus petit.
- Éviter à tout prix de récréer les corridors tunnel et opter plûtot pour des atriums éclairés, larges, ouverts sur la nature ou sur des fonctions communes ou des activités interactives.
- Respecter les superficies normées selon les standards les plus récents.
- Offrir des unités de soins avec des chambres simples et des salles de bain individuelles ainsi que des locaux communs en nombre et de superficie suffisants.
- Assurer le continuum de soins par programme ainsi que les liens avec la recherche et l'enseignement.
- ***Maintenir la prestation des services en tout temps.***

LES NOUVELLES TENDANCES



11.2 Défis immobiliers

Jusqu'à ce jour, l'Institut a fait évoluer ses pratiques avec beaucoup de créativité au sein d'infrastructures asilaires. Bien qu'il possède de nombreux bâtiments, la configuration actuelle des espaces laisse transparaître des problèmes évidents de fonctionnalité qui entraînent des limites à la dispensation des soins et au respect de la sécurité des patients. De nos jours, la configuration physique des espaces dédiés aux soins psychiatriques doit refléter un milieu-thérapie qui intègre des lieux de soins et des lieux de transition permettant ainsi un passage graduel et individualisé de l'état pathologique vers l'acquisition d'un sentiment de bien-être en société. L'architecture des lieux doit être repensée de façon à favoriser la réinsertion progressive du patient dans la société. De plus, la mise en place d'un environnement « soignant » permettra de mieux répondre aux exigences cliniques.

Les espaces limitent aussi de façon importante le développement de la recherche et de l'enseignement, deux éléments essentiels dans la mission de l'établissement : lieux d'apprentissage pratiquement inexistants, lieux de soins peu adaptés aux besoins académiques, lieux de recherche isolés et espace insuffisant pour les possibilités de développement, refus d'étudiants par manque d'espace.

Nous présentons dans le texte qui suit un résumé des problématiques immobilières dont il a été question précédemment.

Aménagement

- Infrastructures de style asilaire, manque de convivialité des espaces, manque d'ouverture, de façon à briser les stigmates reliés à la psychiatrie.
- Espaces restreints et manque de locaux.
- Utilisation de l'espace non efficace due à la configuration des édifices, beaucoup de perte d'espace. Par exemple, corridors trop vastes, profondeur des pièces trop grande.
- La plupart des patients partagent leur chambre et les salles de bains, ce qui nuit ou empêche :
  - la confidentialité;
  - l'intimité;
  - la dignité;
  - l'accès à la famille;
  - la prévention des infections;
  - le contrôle sur son milieu de vie par le patient;
  - la réduction du stress;
  - la réduction du bruit.

- Aménagement des unités de soins qui ne respectent pas les tendances en santé mentale : locaux souvent trop petits ou inexistants, absence d'îlots, manque de chambres simples, toilettes et douches partagées, mauvaise visibilité et mauvaise surveillance, aspect général des unités non résidentiel, manque d'espace pour l'enseignement.
- Absence d'espace pour la famille et les proches.
- Sécurité compromise due à l'exiguïté des lieux, entraînant des risques accrus de chutes et d'agression.
- Orientation et repérage difficiles.
- Lumière naturelle non exploitée.

Distances

- Éloignement et dispersion des nombreux pavillons sur le site (33 bâtiments sur un site de 165 acres), ce qui cause de nombreux problèmes :
  - non fonctionnel et perte d'efficience, réduction des soins directs;
  - étalement des interventions dans le temps;
  - augmentation des risques;
  - non-intégration des soins, de la recherche et de l'enseignement;
  - continuité compromise de l'hospitalisation et de l'ambulatoire;
  - limite du partage d'expertises;
  - limite des échanges informels;
  - coûts d'opération très élevés.

Vétusté

- 60 % des bâtiments ont été construits entre 1889 et 1940 d'où la vétusté élevée.
- Coûts d'opération très élevés.
- Coûts très élevés des rénovations nécessaires, ce qui ne règlerait toutefois pas les problèmes fondamentaux :
  - rénovations et améliorations des infrastructures existantes : 60 M$;
  - coûts supplémentaires annuels de fonctionnement : 5 M$;
  - coût annuel lié au temps perdu en déplacement : 7,5 M$.

Recherche et enseignement

- Manque généralisé d'espace, tant centralisé que décentralisé, ce qui limite la progression du développement de même que la réponse à la mission d'enseignement et de recherche de l'Institut.
- Refus d'étudiants par manque d'espace.

12. VISION DU FUTUR

Outre les tendances cliniques et immobilières précitées, les équipes de l'Institut Douglas et de **CIM** ont voulu, dès le départ, donner une vision aux groupes impliqués dans la démarche de consultation. Une des premières informations lancées est que la configuration physique serait une réponse aux besoins et non un point de départ en soi. Inutile de préciser que la réflexion n'a pas été basée sur les problèmes existants, mais bien sur le futur. L'idée maîtresse est le bien-être du patient, l'humain. La clientèle doit pouvoir bénéficier des services au bon endroit et au bon moment. Ceux-ci peuvent être des services dans la communauté, de 1re, 2e et 3e lignes.

Afin de stimuler la réflexion guidant le projet, quelques éléments de vision ont permis de partager les plus grandes tendances en psychiatrie et de concevoir la vision commune. Il s'agit des nouvelles pratiques cliniques (*Evidence-based practice*), des percées technologiques et de l'environnement (EBD, *healing environment*).

LES NOUVELLES PRATIQUES CLINIQUES

L'évolution des sciences sociales et de l'épidémiologie, de la psychopharmacologie et du concept de réadaptation psychosociale ont permis de faire évoluer la pratique clinique vers des modèles beaucoup plus axés sur la multidisciplinarité et le partenariat soutenu avec la communauté, la recherche constante d'interventions qui améliorent le bien-être et la santé de la clientèle et qui sont les moins intrusives possible. L'ensemble des pratiques cliniques aura pour objectif d'assurer le plus rapidement possible, et en toute sécurité, la transition vers la communauté. Les séjours hospitaliers réduits au minimum sous-tendent à la fois un milieu hospitalier qui devient très spécialisé, un réseau de services bien intégrés et des liens solides avec le réseau communautaire.

LES PERCÉES TECHNOLOGIQUES

Le développement de la génétique et de la génomique, de la neurologie et des neurosciences font également émerger des possibilités inespérées au niveau de la rapidité et de la précision des diagnostics ainsi que des traitements. On assiste à l'émergence d'applications cliniques telles que la mise en place d'implants (stimulation du nerf vague) et d'autres stimulations intracrâniennes. L'état des connaissances, la recherche et l'avancement des pratiques cliniques viennent sans contredit influencer les façons de faire. Celles-ci ont des impacts sur les séjours, sur leur qualité, leur durée, leur type et, inévitablement, sur l'architecture.

L'ENVIRONNEMENT ET LE CONCEPT DE VILLAGE

De nos jours, la configuration physique des espaces dédiés aux soins psychiatriques doit refléter un milieu thérapeutique qui intègre des lieux de soins et des lieux de transition permettant ainsi un passage graduel et individualisé de l'état pathologique vers l'acquisition d'un sentiment de bien-être en société. C'est là où le concept de village (soit milieu-thérapie et milieu de vie) tel qu'amené par Frank M. Pitts a apporté un éclairage nouveau sur la réflexion à faire.

En terminant, des principes directeurs ont été identifiés pour guider la réflexion des groupes de travail. Ils sont regroupés en cinq catégories définissant le milieu souhaité :

- propice au rétablissement;
- assurant la qualité des services et la sécurité;
- intégrateur des mandats de l'Institut;
- stimulant, humain et collégial;
- innovateur ouvert sur la communauté et le réseau.

13. RECOMMANDATIONS

Le statut d'Institut de l'établissement fait appel à une prestation de soins actualisée et novatrice ainsi qu'au renforcement continuel des compétences et des connaissances de pointes et cela par :

- un environnement « guérissant » offrant un milieu de transition naturel du patient entre l'unité de soins (maison), les services ambulatoires (voisinage) et les locaux communs (centre-ville) jusqu'à la guérison et le retour vers la communauté, soit le concept de « village » largement utilisé dans les nouveaux hôpitaux psychiatriques à travers le monde;
- le renforcement du continuum de soins par programme et entre les programmes pour réunir les compétences et favoriser l'échange et l'interaction interdisciplinaires;
- l'intégration de la recherche et de l'enseignement à même les lieux de soins pour l'application clinique directe des découvertes faites par les chercheurs afin d'associer le savoir au savoir-faire.

L'étude des nouvelles tendances cliniques et l'analyse des bâtiments existants démontrent clairement que :

- tout projet de récupération des installations actuelles engendre des réaménagements et des démolitions majeurs, des investissements substantiels, aussi importants sinon plus élevés qu'une construction neuve;
- seule une construction neuve peut répondre adéquatement aux besoins de mise aux normes des différents secteurs de l'établissement tout en maintenant la prestation des services et la qualité des soins offerts;
- une nouvelle construction permet de concevoir des installations physiques selon les nouvelles tendances cliniques de prestation de soins psychiatriques et offre aussi les avantages suivants :
  - un complexe centralisé, à échelle humaine;
  - un environnement « guérissant »;
  - le respect de la vie privée et de la dignité des patients;
  - l'intégration des soins, de la recherche et de l'enseignement;
  - un environnement sûr, sécuritaire;
  - la création d'un réseau communautaire de santé mentale;
  - une facilité accrue de recrutement et rétention améliorée;
  - une source de fierté et de renouveau dans la communauté;
- un nouveau bâtiment renforce l'image du renouvellement dans les pratiques médicales et aide significativement l'objectif de déstigmatisation, essentiel à l'évolution de la perception de la maladie et au processus de guérison et de réintégration sociale des patients.

L'Institut Douglas a la chance d'avoir un site permettant facilement d'accueillir une nouvelle construction. Le choix de l'emplacement retenu, à proximité immédiate de la rue, a pour objectifs trois points essentiels :

- rapprocher les soins de la communauté;
- offrir des accès distincts pour les différentes catégories de clientèle;
- renforcer la volonté de déstigmatisation des soins psychiatriques.

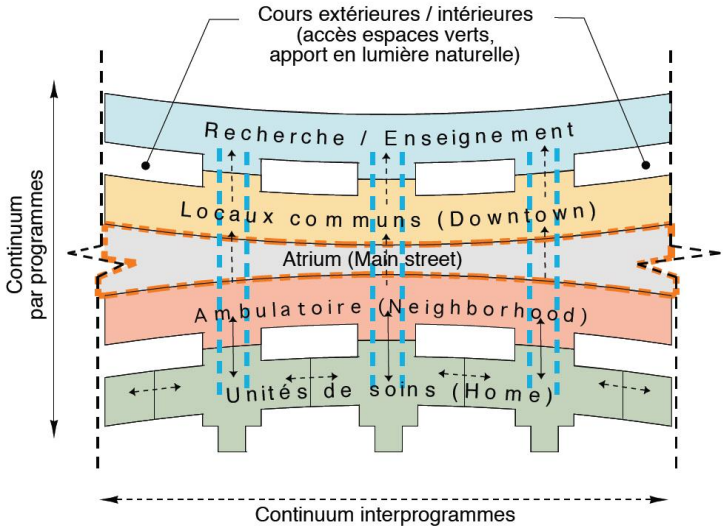
Compte tenu de ce qui précède, il est donc recommandé de procéder à la réalisation d'une nouvelle construction sur le site de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Cette construction doit répondre aux principes d'aménagement d'un environnement « guérissant » en s'inspirant des nouvelles tendances de conception des bâtiments de soins psychiatriques largement documentées dans le présent rapport.

14. SCÉNARIO PROPOSÉ

14.1 Grands principes à respecter – schéma sommaire

Le schéma suivant illustre sommairement les principes de base mentionnés précédemment dans les sections décrivant les tendances cliniques et immobilières et la vision. On y retrouve :

- le concept du « village » qui permet d'offrir au patient l'expérience thérapeutique de transition progressive entre les unités de soins (maison), les services ambulatoires (voisinage) et les locaux communs (centre-ville). Le patient peut accéder aux différentes zones selon son diagnostic et l'évolution graduelle de sa maladie, se préparant à son propre rythme à réintégrer la communauté;
- le continuum de soins par programme et interprogrammes de façon à permettre la proximité et le partage entre les différents services, et ainsi de promouvoir l'échange et l'entraide interdisciplinaires;
- le continuum entre les services cliniques, la recherche et l'enseignement, et ce, pour chacun des programmes;
- un atrium central, sécuritaire, large, éclairé, alternant l'expérience du parcours entre des espaces verts (cours intérieures et extérieures) et des activités interactives (cliniques externes, services thérapeutiques, cantines, cafés, aires de repos, etc.);
- des cours extérieures et intérieures, ouvertes ou sécurisées, au même étage que les divers services thérapeutiques - les vues extérieures et la nature étant un élément central dans le processus de guérison, notamment pour une clientèle psychiatrique.



14.2 Superficies proposées

Le tableau suivant présente les superficies proposées par programme. Il est le reflet des résultats obtenus pour les besoins de chaque programme suite à l'étude clinique. Les superficies indiquées sont des mètres carrés départementaux, c'est-à-dire incluant les cloisons intérieures et les corridors exclusifs à un service, mais excluant les murs extérieurs, les aires de circulation, les escaliers, les puits de mécanique et les salles de mécanique générale. Un diagramme résumant l'organisation proposée est présenté à l'annexe II.

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Programme de santé mentale pour adultes		
Urgence	820,0	*6 civières* *L'urgence actuelle inclut les espaces de l'UIB*
Unité d'intervention brève (UIB)	680,0	*8 lits* *Actuellement à même les espaces de l'urgence*
Unité des soins intensifs (USI)	710,0	*8 lits*
Unité de soins - Admission	0,0	*26 lits au permis + 4 lits de débordement* *Unité transférée au programme THAI*
Hôpital de jour	590,0	*16 places*
Hôpital de jour	0,0	*18 places; transféré au programme THAI*
Cliniques spécialisées		
Module d'évaluation liaison (MEL) / Module d'intervention rapide (MIR)	600,0	*Travaux actuels pour localisation dans le pavillon Newman*
Cliniques externes		
Verdun-Côte-St-Paul	0,0	*Transfert des activités des cliniques externes de santé mentale pour adultes au programme THAI et au programme des troubles psychotiques*
St-Henri	0,0	
Lasalle	0,0	
Lachine-Dorval	0,0	
Équipe Pointe-St-Charles	0,0	
Sous-total cliniques externes	0,0	
Sous-total	3 400,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Programme troubles de l'humeur, de l'anxiété et de l'impulsivité		
Unité de soins - Admissions	1 220,0	***Actuel 26 lits au permis + 4 lits de débordement, futur 19 lits Unité transférée du programme de santé mentale pour adultes***
Hôpital de jour	590,0	***18 places; transféré du programme santé mentale pour adultes***
Cliniques externes	570,0	***Transfert des activités des cliniques externes de santé mentale pour adultes au programme THAI. Les cliniques externes sont actuellement localisées à l'extérieur du site de l'Institut Douglas; les activités de 3e ligne seront rapatriées et regroupées sur le site de l'hôpital***
Cliniques spécialisées		
Troubles anxieux	420,0	***Partagent des locaux communs***
Troubles de la personnalité	430,0	
Troubles dépressifs et de l'humeur	575,0	
Sous-total cliniques spécialisées	1 425,0	
Sous-total	3 805,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Programme de pédopsychiatrie		
Unité de soins - Adolescents	970,0	***Actuel 15 lits, futur 12 lits***
Bureaux médecins	250,0	***Bureaux professionnels et suivi clinique des patients internes suite à leur congé. À proximité de l'unité de soins***
Hôpital de jour - adolescents	380,0	***15 à 16 places; programme d'intervention intensive***
Hôpital de jour - préadolescents	380,0	***25 à 28 places***
	160,0	
École	750,0	***Adolescents et préadolescents***
Cliniques spécialisées		
Troubles envahissants du développement (TED)	360,0	***Services à la petite enfance (0-5 ans)***
Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	360,0	***Services aux préadolescents (6-12 ans), programme de troubles graves du comportement***
Troubles dépressifs	100,0	***Services aux adolescents (13-17 ans), 5 bureaux de 14 m^2***
Sous-total cliniques spécialisées	830,0	
Cliniques externes		
Clinique préadolescents - Francophone	500,0	
Clinique préadolescents - Anglophone	500,0	
Sous-total cliniques externes	1 000,0	
Services communs		
Service d'ergothérapie	240,0	
Service de thérapie par la musique	50,0	
Service de thérapie par l'art	90,0	
Toilettes	60,0	
Recherche / étudiants	120,0	
Programme état limite	0,0	***Externalisé suite à la réorganisation***
Salle d'évaluation d'ergothérapie et salle snoezelen	215,0	***Enfants 0-5 ans avec salle attente et rencontre famille***
Salles de réunion	215,0	***2 salles avec toilettes adjacentes***
Bureaux admin.	300,0	***Incluant cuisine thérapeutique***
Bureaux admin.	335,0	
Sous-total salle d'ergothérapie et salle snoezelen	1 625,0	
Sous-total	6 345,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Programme troubles de l'alimentation		
Unité de soins	560,0	***6 lits, unité de soins regroupée avec l'hôpital de jour***
Hôpital de jour / Programme de jour	500,0	***7 places hôpital de jour et 8 places programme de jour***
Cliniques externes	590,0	***À proximité de l'unité de soins et de l'hôpital de jour***
Sous-total	1 650,0	
Programme de gérontopsychiatrie		
Unité de soins - Admission	1 440,0	***Actuel 24 lits de courte durée (18+6), futur 21 lits***
Unité de soins - Troubles cognitifs avec comorbidité psychiatrique	970,0	***Actuel 18 lits de moyenne durée, futur 12 lits***
Unité de soins - Réadaptation psychosociale	1 405,0	***Actuel 30 lits de moyenne durée, futur 20 lits***
Appartements d'évaluation	70,0	***2 appartements avec configuration similaire à un studio avec un lit, salon et coin cuisinette pour offrir un milieu normalisant au patient et évaluer son degré d'autonomie***
Locaux du personnel	300,0	***Vestiaires, repos, cuisine des employés***
Centre de jour de transition Soleil	230,0	***25 personnes / jour***
Centre de jour Moe Levin	220,0	***10 personnes / jour***
Cliniques externes		
Services ambulatoires	610,0	
Clinique de la mémoire	660,0	***Inclut locaux de recherche. Locaux partagés avec le centre de jour Moe Levin.***
Sous-total cliniques externes	1 270,0	
Sous-total	5 905,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Programme troubles psychotiques		
Unité de soins - Traitement des psychoses	1 400,0	***Actuel 30 lits de courte durée, futur 20 lits***
Unité de soins - Comportements à risque	1 180,0	***16 lits de moyenne durée***
Unité de soins - Réadaptation intensive	1 440,0	***Actuel 31 lits de moyenne durée, futur 21 lits***
Unité de soins - Transition communautaire Levinschi	1 200,0	***18 lits de moyenne durée***
Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP)	785,0	***Incluant locaux de recherche***
Hôpital de jour	740,0	***20 places***
Services ambulatoires		
Clinique externe	460,0	
Équipe réadaptation intensive dans le milieu (RIM)	230,0	
Service réadaptation intensive dans la communauté	0,0	
Équipe ACT (suivi intensif dans la communauté)	430,0	
Sous-total services ambulatoires	1 120,0	
Sous-total	7 865,0	
Programme de déficience intellectuelle avec comorbidité psychotique		
Unité de soins	890,0	***Actuel 15 lits, futur 10 lits***
Atelier de réadaptation Phoenix	590,0	***30 personnes / jour***
Cliniques de suivi résidentiel et de consultation	Incl.	***1 bureau infirmière***
Maisons de transition	-	***Ajout de 2 à 3 maison de transition à proximité de l'hôpital***
Sous-total	1 480,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Enseignement		
Enseignement		
Salle polyvalente	90,0	***30 personnes***
Salle polyvalente	120,0	***40 personnes***
Salle polyvalente	210,0	***70 personnes***
Auditorium	570,0	
Hall	100,0	
Classes	470,0	
Salle de formation	960,0	***600 personnes***
Salles d'apprentissage	315,0	
Bibliothèque	240,0	
Audio-visuel	170,0	
Sous-total	3 245,0	
Recherche		
Recherche proposée (excluant recherche décentralisée)		
Recherche humide	5 400,0	***30 chercheurs à 180 m^2***
Recherche clinique et psychosociale	2 520,0	***35 chercheurs à 72 m^2***
Laboratoires spécialisés (banque de cerveaux, laboratoire du sommeil, navigation spatiale, etc.)	5 200,0	
Animalerie	3 400,0	***Incluant le débarcadère***
Imagerie	-	***Voir Centre de santé***
Direction	260,0	
Espaces de soutien	100,0	
Sous-total	16 880,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Locaux communs		
Espaces communautaires		
Bénévoles	40,0	
Services financiers à la clientèle	30,0	
Pastorale	490,0	
Cantine	95,0	
Cafétéria	500,0	
Sous-total espaces communautaires	1 155,0	
Centre récréatif et de thérapie		
Centre récréatif	1 760,0	
Physiothérapie	120,0	
Thérapie de l'art	100,0	
Musicothérapie	100,0	
Sous-total centre récréatif et de thérapie	2 080,0	
Centre de santé		
Clinique médecins soins physiques	150,0	
Clinique adultes examens physiques	310,0	
EEG et ECG	340,0	
Imagerie et biologie médicale	1 400,0	
Stérilisation / Salle op. / Soutien	300,0	
Pharmacie	330,0	
Sous-total centre de santé	2 830,0	

Superficies par programme

Programme	Superficie (m^2)	Commentaires
Services de soutien		
Entreposage	900,0	
Ateliers / Vestiaires	235,0	
Zoothérapie	130,0	
Archives	1 000,0	
Salon-Repos	60,0	
Cuisine et diététique	1 000,0	
Entretien ménager	720,0	
Morgue	40,0	
Entretien et fonctionnement des installations matérielles	920,0	
Magasin	720,0	
Messagerie / courrier	35,0	
Sécurité	150,0	
Téléphonie	50,0	
Sous-total services de soutien	5 960,0	
Services administratifs		
Bureaux médecins	300,0	
Ressources résidentielles	535,0	
Bureaux administratifs	430,0	
Services administratifs	3 530,0	
Salles de conférence	300,0	
Bibliothèque médicale	190,0	
Dictée centrale	140,0	
Fondation	60,0	
Ombudsman	15,0	
Syndicats	130,0	
	5 630,0	
Sous-total	17 655,0	
Total *superficie brute départementale en m²*	68 230,0	
Facteur de conversion net/brut	1,3	
Total *superficie brute en m²*	88 699,0	

14.3 Proposition d'aménagement immobilier

IMPLANTATION SUR LE SITE

Choix de l'emplacement

Les critères suivants ont présidé au choix de l'emplacement de la nouvelle construction :

- se rapprocher de la rue : les efforts soutenus de déstigmatisation des soins psychiatriques seront grandement renforcés par un rapprochement physique à la rue. Par ailleurs, un tel rapprochement assure une meilleure intégration dans la communauté, offre une meilleure accessibilité à la clientèle et permet de créer des entrées distinctes pour les différentes catégories de clientèle;
- maximiser l'utilisation du terrain réservé pour l'usage psychiatrique : la partie est du terrain de l'Institut (environ le tiers du terrain) a été cédée à l'Institut Douglas à la condition de l'utiliser pour la prestation de soins psychiatriques. Il est ainsi souhaitable de localiser la nouvelle construction dans cette partie du terrain puisqu'elle ne peut être récupérée pour d'autres usages;
- minimiser les dérangements sur le site pendant la construction : la construction d'un nouvel ensemble immobilier permettra de maintenir les services de l'Institut en tout temps sans déplacement temporaire des usagers.

En se basant sur ces critères, deux emplacements possibles peuvent être retenus :

- du côté du boulevard LaSalle, à proximité du fleuve;
- du côté du boulevard Champlain.

Aux fins de la présente étude, nous avons choisi d'illustrer le nouveau bâtiment sur la portion du site se trouvant du côté du boulevard Champlain.

Contexte environnemental

L'Institut Douglas est implanté sur un magnifique site, très grand, possédant de vastes espaces gazonnés et de grands arbres. Ce cadre naturel est très apprécié par le personnel et par la clientèle, et aussi par la population environnante. Il offre une opportunité extraordinaire qui doit être exploitée par le futur édifice. Or, ce dernier étant concentré dans la partie sud-est ou nord-est du site tel que mentionné précédemment, toute la partie ouest du terrain reste disponible, de même que les parties nord ou sud selon le choix de l'emplacement du nouveau bâtiment. Ces secteurs pourront être conservés ou utilisés à d'autres fins. Une grande partie des espaces verts sera utilisée par l'établissement en offrant des cours extérieures et des vues attrayantes.

Un dégagement assez important est conservé entre le nouveau bâtiment et le voisinage résidentiel de la rue Stephens afin d'assurer un degré maximal d'intimité pour chacun. Ce dégagement permet l'aménagement d'espaces verts et la plantation d'arbres qui séparent les deux entités et assurent des vues agréables.

ACCÈS AU SITE

Le site de l'Institut Douglas est bien desservi par les transports en commun. Des autobus circulent sur le boulevard LaSalle et sur le boulevard Champlain. Ils desservent les stations de métro Verdun, De l'Église, Jolicoeur et Monk.

Les patients, les employés et les visiteurs de l'Institut Douglas utilisent le transport en commun ou la voiture. À l'exception des enfants, une grande majorité des patients voyagent par transport en commun. En général, les enfants arrivent en auto avec un parent en après-midi ou en soirée, tandis que les patients plus âgés sont déposés par un proche ou se rendent par autobus. Les employés, chercheurs et étudiants voyagent en voiture ou par transport en commun.

L'aménagement illustré positionne le nouveau bâtiment le long du boulevard Champlain. L'entrée se fait donc par cette artère où une nouvelle voie d'accès principale est prévue. Deux autres voies secondaires permettent de se rendre au pavillon des troubles alimentaires, au pavillon de pédopsychiatrie et au pavillon de l'urgence.

INTÉGRATION URBAINE

Volumétrie

Les volumes des bâtiments proposés répondent aux superficies établies par la programmation pour les différentes fonctions, lesquelles satisfont pleinement aux exigences à long terme de l'établissement.

La typologie pavillonnaire proposée permet d'éviter les trop grands et trop hauts volumes tout en assurant, pour chaque programme, le continuum de soins en créant des liens continus entre les soins, l'ambulatoire, l'enseignement et la recherche. En plus de créer une échelle humaine, cette configuration favorise la pénétration de la lumière naturelle dans l'édifice.

En excluant le sous-sol, aucun des pavillons dévolus à un programme ne dépasse quatre étages : quatre pavillons comportent un seul étage, tandis que chacun des trois autres contient respectivement deux, trois et quatre niveaux.

Pour sa part, le pavillon dédié à la recherche et à l'enseignement s'élève sur trois étages hors-sol. Cette hauteur est légitimée par l'importance des superficies nécessaires. Ce pavillon symbolise aussi la marche vers l'avenir et nécessite tant une présence marquée au niveau du site qu'une certaine visibilité au niveau du quartier.

La morphologie des pavillons permet de créer de nombreuses cours extérieures possédant des degrés d'intimité flexibles selon les besoins. Ces cours extérieures permettent l'aménagement de jardins et favorisent la tenue d'activités extérieures.

Zonage

Dans le plan d'urbanisme de la ville de Montréal et plus précisément au chapitre de l'arrondissement de Verdun, l'ensemble du site de l'Institut Douglas est identifié comme une grande propriété à caractère institutionnel. De ce fait, toute construction, rénovation et démolition fait l'objet d'un contrôle serré par les outils réglementaires appropriés. Dans l'ouvrage Évaluation du patrimoine urbain - Arrondissement Verdun, le site est aussi considéré comme un secteur de valeur patrimoniale exceptionnelle.

PROGRAMMATION FONCTIONNELLE

Concept général

Le concept repose sur le principe du « village » tel qu'expliqué précédemment dans ce rapport :

- la « maison » est représentée par les unités de soins;
- le « voisinage » est représenté par les espaces ambulatoires : hôpitaux de jour, centres de jour, cliniques externes, etc.
- le « centre-ville » est représenté par les espaces communs : cafétéria, lieux de culte, etc.

Chacun des sept programmes occupe une strate du bâtiment, intégrant tous les types d'espaces inclus dans chacun d'eux (voir le schéma d'organisation fonctionnelle à l'annexe II). La continuité des soins et le contact entre les différents intervenants sont ainsi assurés par cette proximité interprogrammes.

Un atrium d'une hauteur de deux étages, vitré au toit et intégrant des percées visuelles vers l'extérieur, parcourt toute la longueur de l'édifice, dans la zone du « voisinage ». Cette rue intérieure sert d'axe principal de circulation et relie l'ensemble des programmes et des services connexes. Elle constitue un lieu de circulation et de ralliement et facilite l'orientation. Elle offre un lieu très éclairé, vaste, ouvert, avec des dégagements permettant les rencontres informelles ou, simplement, les pauses.

Les espaces communs (ou « centre-ville ») sont, de par leur localisation, facilement accessibles à tous les programmes, y compris aux chercheurs. Cet espace s'étire sur une bonne partie du bâtiment. Il est vitré abondamment vers l'ouest et offre des accès vers le magnifique site extérieur. En son centre, une vaste percée crée une cour intérieure qui amène de la luminosité et permet d'y aménager un espace accessible et agréable.

La recherche constitue un élément important de la mission de l'Institut Douglas. Elle est porteuse d'avenir et représente la vision évolutive de la santé mentale. Elle est complémentaire aux soins et doit permettre l'accès rapide et aisé des chercheurs à toutes les installations du complexe. En ce sens, le bâtiment de la recherche doit projeter une image d'avenir, communiquer un message d'espoir et d'optimisme dans le domaine de la santé mentale et affirmer sa présence sur le site. Nous avons localisé ce bâtiment au sud du complexe, à proximité des espaces communs et de l'atrium, afin d'assurer un

rapprochement avec les autres activités et de favoriser une synergie et des liens efficaces et aisés. Ce même bâtiment abrite aussi les fonctions d'enseignement centralisées : auditorium, salles de réunion, salles d'enseignement.

Le programme de pédopsychiatrie se trouve dans un pavillon autonome situé à l'extrémité du complexe et possédant sa propre entrée. Ce bâtiment est situé à proximité des espaces abritant les services récréatifs et communautaires dont il est un grand utilisateur. Il peut ainsi bénéficier de toute la quiétude recherchée, étant à la fois à l'écart tout en étant lié aux autres pavillons. Des cours privées et des aménagements paysagers particuliers sont prévus pour assurer l'intimité réservée à cette clientèle.

Le programme des troubles de l'alimentation, dont la vocation et la clientèle sont spécifiques, possède aussi sa propre entrée. Il est localisé à côté du programme de pédopsychiatrie, évitant ainsi qu'il se retrouve au centre du complexe et trop près des autres programmes. Un certain détachement est nécessaire, tant dans l'aspect du pavillon que par sa localisation, mais il doit demeurer à proximité du reste du complexe afin de partager les espaces communs, de simplifier les circulations et de maximiser l'efficacité et l'efficience.

Le pavillon logeant l'urgence, les soins intensifs et l'unité d'intervention brève est situé au sud du complexe, avec son propre stationnement, évitant d'avoir à circuler dans tout le bâtiment. L'hôpital de jour et le MIR sont adjacents au pavillon, dans la zone « voisinage ».

Interdisciplinarité

L'aménagement soutient l'aspect interdisciplinaire des équipes et des services ainsi que l'interaction entre les chercheurs, les cliniciens, les étudiants et les autres travailleurs. Cette synergie est appuyée par l'emplacement des divers pavillons, incluant celui de la recherche et de l'enseignement.

Unités de soins

L'aménagement des unités de soins respecte les normes contemporaines. Les unités de soins sont aménagées en îlots de 6 à 8 patients, favorisant l'intimité, la sécurité, la réduction du stress, etc. Elles sont constituées à 100 % de chambres individuelles, chacune ayant accès à sa propre salle de toilette. Il y aura possibilité de verrouiller de l'extérieur, par les intervenants, la porte de la salle de toilette au besoin. Les unités de soins intègrent tous les espaces requis, dont des espaces de vie, des salles pour le personnel, des espaces pour les familles et les proches, des bureaux, des locaux pour les chercheurs et des locaux pour l'enseignement.

Chaque pavillon d'unités de soins a accès à une cour extérieure privée, qui est aménagée selon les besoins de l'unité.

Pavillon de recherche et d'enseignement

Ce pavillon héberge les espaces centralisés de recherche et d'enseignement.

Les étages de laboratoires sont aménagés de façon modulaire pour les aires de laboratoires, de soutien, de bureaux et d'interaction, permettant l'adaptabilité et la flexibilité dans l'utilisation des installations dans une vision à long terme.

Les étages d'enseignement regroupent le BCEF, la bibliothèque, les salles d'enseignement, les laboratoires de simulation et les bureaux des professeurs. Près des locaux communs et de l'entrée principale, on retrouve l'auditorium de même que les lieux accessibles aux patients et à la communauté tels que vidéothèque, café-échange, centre de documentation sur la santé mentale pour le grand public, lieu de discussion et de formation pour les pairs aidant.

Un atrium vitré au centre de l'édifice permettra d'offrir davantage d'espaces dotés d'éclairage naturel.

Espaces ambulatoires

Les services ambulatoires offrent un accès rapide et direct à tous les usagers, qu'ils arrivent par autobus ou par automobile. Ils sont traversés par l'atrium et donnent sur les services communs. Ils donnent aussi accès à des cours extérieures.

Le pavillon de pédopsychiatrie est situé en retrait des aires pour adultes et comprend un accès direct aux aires de jeux destinées aux enfants et aux adolescents ainsi qu'aux installations de loisir intérieures.

STRUCTURES EXISTANTES : TRANSITION ET UTILISATION FUTURE

Transfert des activités de l'Institut : plan pour les bâtiments excédentaires

Lorsque la construction de la nouvelle structure centralisée du Douglas sera terminée, les activités de l'Institut, le personnel et les patients y seront relocalisés. Cette opération laissera 33 bâtiments inoccupés. Le Douglas ne prévoit aucune réutilisation future des installations laissées vacantes, à l'exception du centre de neurophénotypage, bâti en 2008.

L'analyse détaillée des structures existantes a permis de démontrer que les travaux nécessaires à l'adaptation des bâtiments excédentaires pour un usage futur entraîneraient des coûts excessivement élevés en rénovation, ce qui rend la vente ou la cession de ces installations à une tierce partie peu probable et peu attrayante, compte tenu également de leur emplacement sur le site. Néanmoins, certains des bâtiments ont une valeur historique et devraient donc être conservés à des fins de préservation de la richesse communautaire. Ainsi, lorsque le projet de renouvellement des infrastructures aura été approuvé, nous recommandons qu'une étude du patrimoine, au moment approprié, devra être effectuée afin d'identifier lesquels des bâtiments excédentaires ont une valeur historique. L'étude permettra de s'assurer que tout bâtiment à valeur patrimoniale soit préservé.

Pour les besoins de la présente étude et afin d'évaluer de façon adéquate les coûts de démolition, il fut convenu que probablement un minimum de quatre bâtiments seraient identifiés comme ayant une valeur historique – Salle Douglas, Centre McGill d'études sur le vieillissement, pavillons Perry et Dobell – ce qui laisserait un maximum de 29 bâtiments à démolir.

Le futur du centre de neurophénotypage

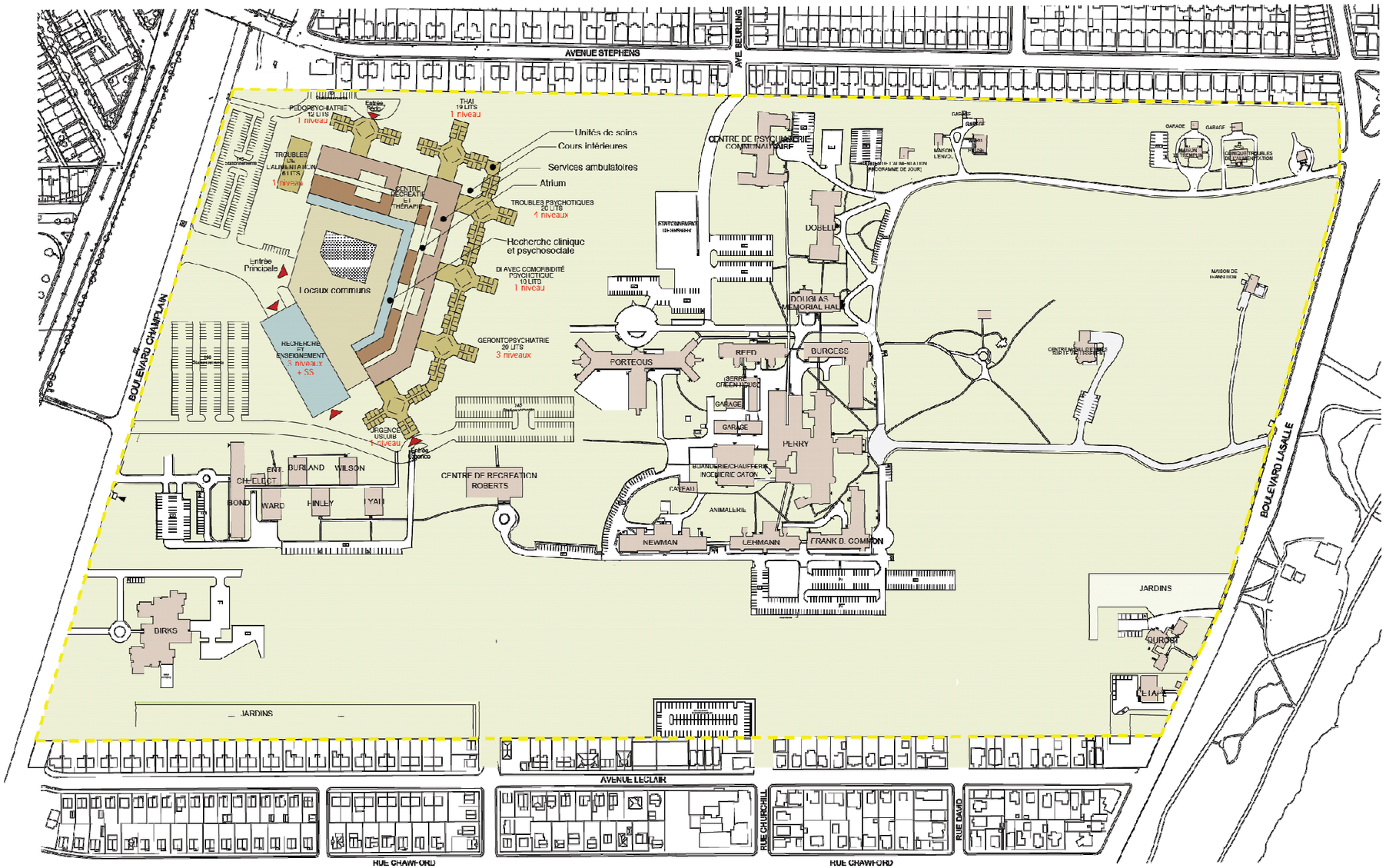
Le centre de neurophénotypage, construit récemment, a été conçu afin d'être utilisé en partie comme une plate-forme à but lucratif en mesure d'offrir des services de recherche spécialisés à des entreprises du secteur privé. Depuis l'ouverture du centre en 2008, les activités ont connu une croissance inattendue : la demande en personnel chercheur excède les projections et le Centre de recherche prévoit que les locaux de neurophénotypage seront utilisés à leur pleine capacité d'ici 2010. Compte tenu de la nécessité d'intégrer de façon complète la recherche aux opérations de l'Institut et de l'évident besoin d'espace, le Centre de recherche du Douglas a élaboré un plan qui prévoit le transfert des activités du centre de neurophénotypage vers le nouvel établissement, lorsque ce dernier sera complété. La structure actuelle du centre de neurophénotypage serait alors entièrement dévouée à des fins lucratives, comme plate-forme de services. Ainsi, aucune considération budgétaire ne doit être ajoutée au présent rapport quant à la réutilisation ou la démolition de ce bâtiment.

Futur centre de neuro-imagerie : transfert des activités et de l'équipement, futur de la structure

Le Centre de recherche du Douglas a soumis une demande afin d'installer un centre de neuro-imagerie adjacent au bâtiment de neurophénotypage et à proximité des espaces de laboratoire existants dans le pavillon Lehmann. Ces trois installations doivent être situées à proximité l'une de l'autre afin que leurs activités respectives soient menées de façon optimale.

Le Centre de recherche du Douglas est actuellement en attente de l'approbation pour ce projet. Le financement nécessaire pour le centre de neuro-imagerie a pour condition la complétion de la construction d'ici la fin 2010, soit bien avant le début de la construction du nouvel institut centralisé. L'ajout sur le site du Douglas d'installations de neuro-imagerie représente une importante opportunité d'avancement pour le programme de recherche en neurosciences et en clinique; il est donc impossible de retarder cette initiative.

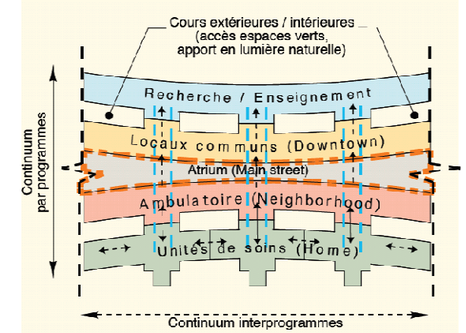
L'intégration de la recherche dans la structure centralisée du nouvel institut, en plus d'être l'une des principales recommandations de cette étude, est essentielle à la réalisation du mandat du Douglas à titre d'institut universitaire. Ceci dit, lorsqu'il sera approuvé, le projet de neuro-imagerie sera réalisé, mais il est prévu de transférer l'équipement de neuro-imagerie dans les locaux du nouvel institut, qui seront construits à une date ultérieure. La structure du centre de neuro-imagerie laissée vacante sera réutilisée dans le cadre des activités de la plate-forme de services dans les locaux du centre de neurophénotypage, tel que mentionné précédemment. Ainsi, aucune considération budgétaire ne doit être ajoutée au présent rapport quant à la réutilisation ou à la démolition de ce bâtiment.



LES OBJECTIFS DE BASE

(INCONTOURNABLES)

LES NOUVELLES TENDANCES



14.4 Évaluation sommaire des coûts

Le tableau suivant présente une estimation préliminaire des coûts de réalisation des travaux. Ces coûts demeurent approximatifs à cette étape-ci du projet et n'ont été établis que pour donner une idée de l'envergure du projet.

Description	Superficie (m^2)	Coût unitaire ($/m)	Coût ($)
Constructions neuves			
Unités de soins	16 675	2 770 $	46 189 750 $
Urgence	968	2 900 $	2 807 200 $
Hôpitaux de jour, centres de jour, cliniques externes	15 372	2 100 $	32 281 200 $
Salles de thérapie, ergo., physio., salles Snoezelen	1 446	2 200 $	3 181 200 $
Bureaux	10 234	1 680 $	17 193 120 $
Salles de formation, classes, salles polyvalentes	3 510	1 830 $	6 423 300 $
Auditorium	790	3 000 $	2 370 000 $
Bibliothèque	283	1 940 $	549 020 $
Centre récréatif	2 076	3 500 $	7 266 000 $
EEG, ECG, imagerie, salles d'opération, stérilisation, pharmacie	2 796	2 860 $	7 996 560 $
Laboratoires de recherche humides et spécialisés	12 505	3 240 $	40 516 200 $
Laboratoires de recherche clinique et psychosociale	2 973	2 380 $	7 075 740 $
Animalerie	4 011	4 200 $	16 846 200 $
Soutien recherche	118	2 500 $	295 000 $
Cuisine	1 208	3 000 $	3 624 000 $
Cafétéria	702	1 920 $	1 347 840 $
Entreposage, archives	2 241	1 450 $	3 249 450 $
Magasin, ateliers, vestiaires	2 567	1 600 $	4 107 200 $
Électromécanique	8 224	1 400 $	11 513 600 $
Sous-total	88 699		214 832 580 $
Aménagement extérieur			
	-	Forfait	500 000 $
Sous-total	-	-	500 000 $
Conditions spéciales / autres travaux			
Démolition des bâtiments existants	62 930	55 $	3 461 150 $
Remblais après démolitions	20 000	50 $	1 000 000 $
Sous-total	-	-	4 461 150 $
Total avant taxes			**219 793 730 $**
Taxes			
TPS	-	5,0%	10 989 687 $
TVQ	-	7,5%	17 308 756 $
Sous-total		-	28 298 443 $
Coût des travaux de construction avec taxes			**248 092 173 $**

(suite à la page suivante)

Description	Superficie (m^2)	Coût unitaire ($/m)	Coût ($)
Contingences			
	-	7,0%	17 366 452 $
Sous-total	-	-	17 366 452 $
Honoraires et relevés			
Honoraires et relevés	-	14,0%	37 164 207 $
Taxes honoraires et relevés			
TPS	-	5,0%	1 858 210 $
TVQ	-	7,5%	2 926 681 $
Sous-total	-	-	41 949 099 $
Équipement et mobilier			
Équipement et mobilier	-	Forfait	20 000 000 $
Sous-total	-	-	20 000 000 $
Oeuvre d'art			
Œuvre d'art	-	-	1 305 461 $
Frais d'administration pour œuvre d'art	-	10,0%	130 546 $
Sous-total			1 436 007 $
Frais contingents			
Frais contingents	-	1,0%	2 480 922 $
Sous-total	-	-	2 480 922 $
Coût total du projet de construction			**331 324 653 $**

Notes

1- Les coûts sont exprimés en dollars de mai 2009.

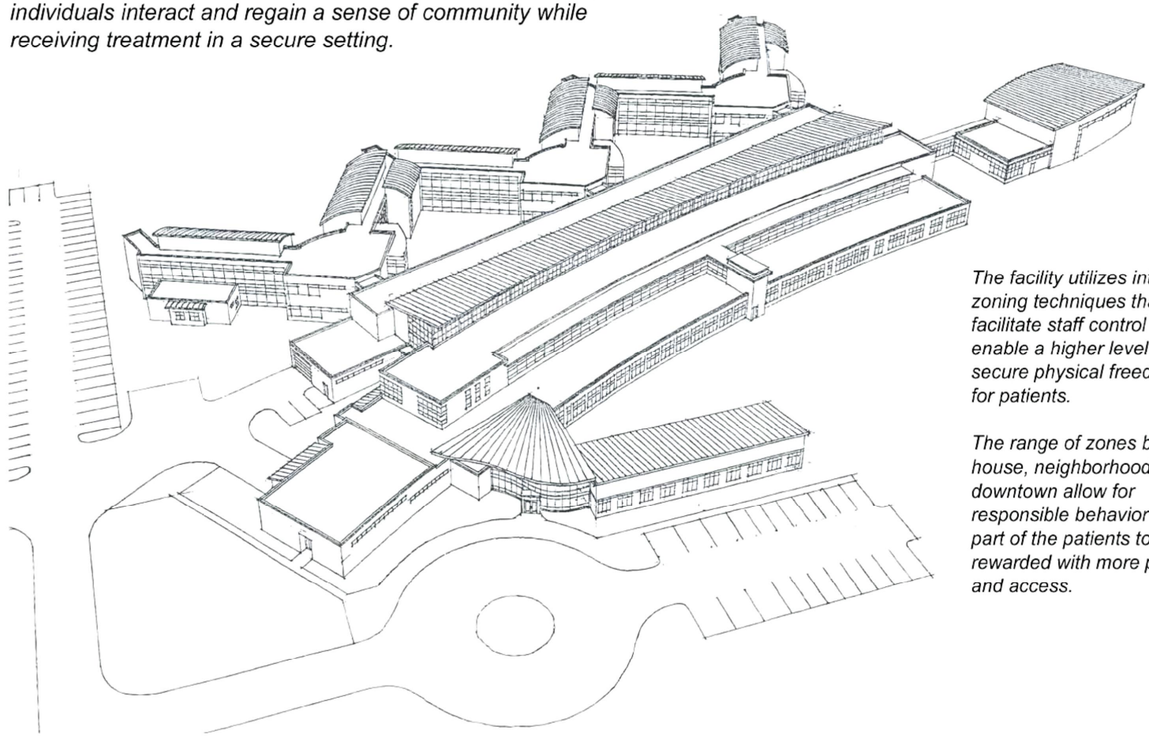
2- Frais administratifs contingents : allocation pour câblage informatique et téléphonie, gestion de projet, etc.

3- Les coûts indiqués demeurent approximatifs à cette étape-ci du projet. Ils pourront varier en fonction, entre autres, des études détaillées subséquentes et des prix en vigueur sur le marché de la construction lors de l'appel d'offres.

ANNEXE I – Concept de « village »

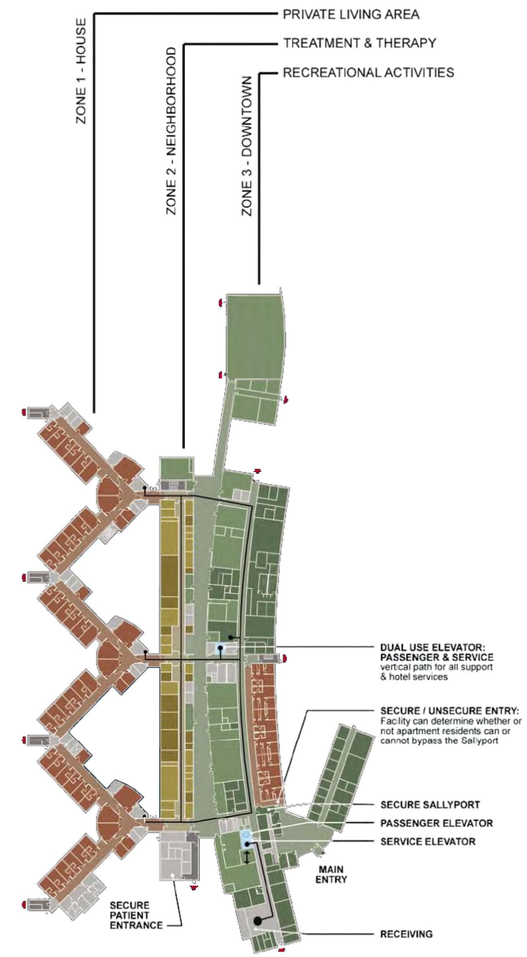
The "Village" Concept

Recognizing that mental illness is first and foremost a human problem, the design seeks to provide a normative and therapeutic environment patterned after the village concept of ***HOUSE*** *+* ***NEIGHBORHOOD*** *+* ***DOWNTOWN****. The village concept organizes the hospital in a way that helps individuals interact and regain a sense of community while receiving treatment in a secure setting.*



The facility utilizes internal zoning techniques that facilitate staff control and enable a higher level of secure physical freedom for patients.

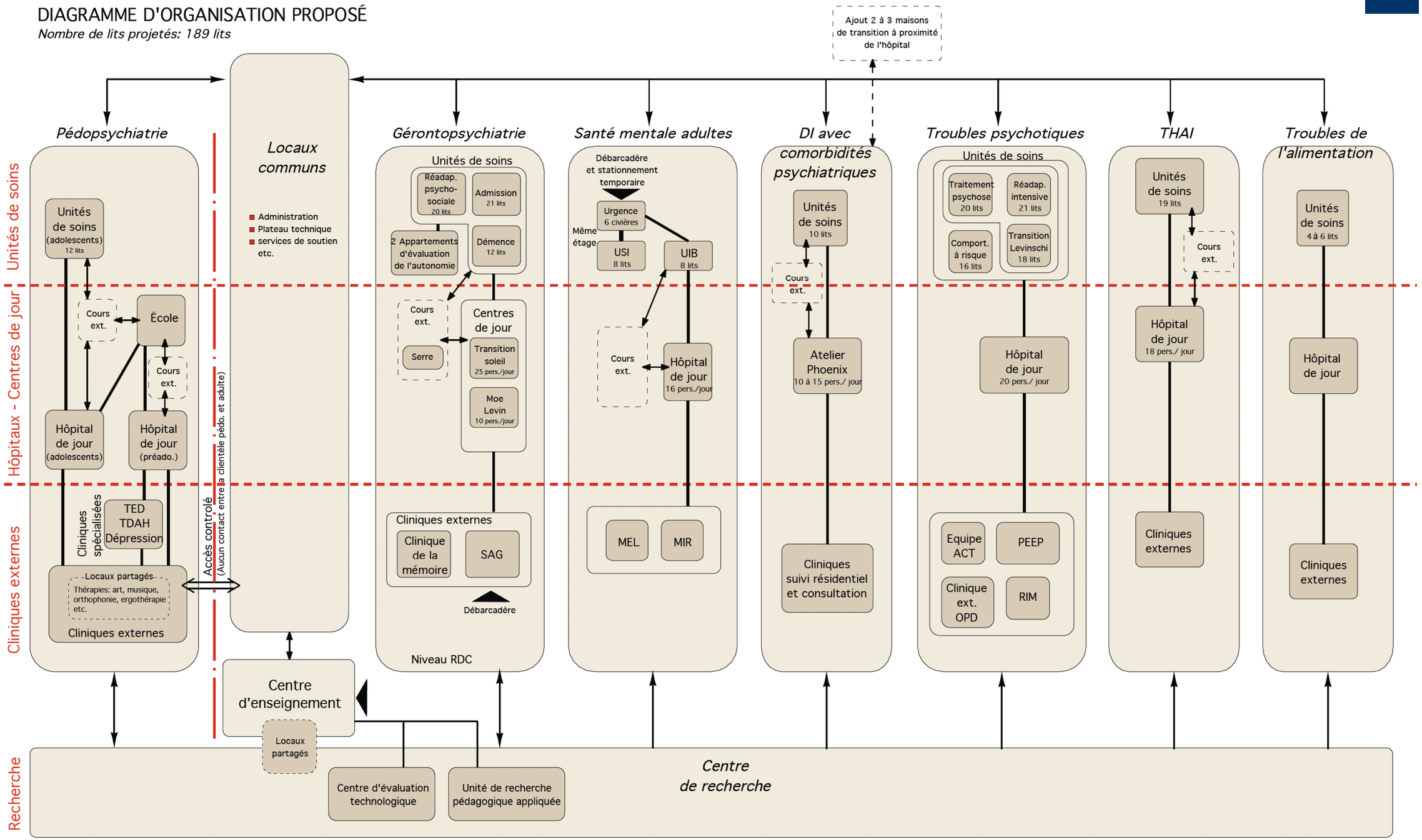
The range of zones between house, neighborhood and downtown allow for responsible behavior on the part of the patients to be rewarded with more privilege and access.



ANNEXE II – Diagramme d’organisation proposé

DIAGRAMME D'ORGANISATION PROPOSÉ

Nombre de lits projetés: 189 lits



ANNEXE III – Bibliographie

Bibliographie

Corporation d'hébergement du Québec, Guide d'aménagement des centres d'hébergement et de soins de longue durée, répertoire des normes et procédures du MSSS, Vol. 050201, 02-10-23.

Dilani, A .Psychosocially Supportive Design – Scandinavian Healthcare Design

Kroll, K. (2005). Evidence-based design in Healthcare Facilities. Building operating management, January 2005.

Pitts, F.M., Architecture + (2008). MH Facility Design: Responses to Patient Need and Clinical Practice. User group briefing, St-Joseph's Healthcare.

Pitts, F.M., Architecture + (2008). Readapting to Society: The "Village" Concept – A New Forensic Psychiatric Hospital.

Robert Wood Johnson Foundation (2004). Evidence-Based Hospital Design Improves Healthcare Outcomes For Patients, Families and Staff.

Schweitzer, M., Gilpin, L., Frampton, S.(2004) Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make an Impact on Health. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*

Ulrich, R., Zimring, C. & Quan, X., Joseph, A, Choudhary, R., (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity.

Ulrich, R.S. Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes

Ulrich, R.S. (1984) View through a window may influence recovery from surgery. *Science,* 224: 420-421.

Ulrich, R.S. (1992). How Design Impact Wellness. *Healthcare Forum Journal*, 20: 20-25

Sources Internet

Interior design manual for hospitals and clinics, May 2008
http://www.wbdg.org/ccb/VA/VADEMAN/dmidhonh.pdf

Architecture et Santé Mentale, Architectes Trinh et Laudah.
http://www.architecture-santementale.com/

Le centre de toxicomanie et de santé mentale « CAMH » de Toronto
http://www.camh.net/fr/News_events/Redeveloping_the_Queen_Street_site/index.html

Conseil en immobilisation & management inc.

CERTIFIÉ ISO 9001

Montréal

440, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1700, Montréal (Québec) H2Z 1V7

T 514 393-4563 **F** 514 393-4598

Québec

2960, boul. Laurier, bureau 208, Québec (Québec) G1V 4S1

T 418 657-4547 **F** 418 657-4761

Courriel : conseillers@cim-conseil.qc.ca

Internet : www.cim-conseil.qc.ca