



Institut universitaire en santé mentale Douglas

Plan clinique et académique

Projet de Nouvel Institut

Table des matières

1.	Contexte	4
2.	Présentation du document	5
3.	Informations générales	5
3.1	Présentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas	5
3.2	Fondements organisationnels	8
3.3	Programmes-clientèles	11
3.4	Portrait actuel de la clientèle	18
3.5	Évolution des demandes de services cliniques	21
3.6	Portrait et évolution des activités d'enseignement et de transfert des connaissances	24
3.6.1	Formation clinique et en recherche	24
3.6.2	Transfert des connaissances et soutien au réseau	25
3.6.3	Éducation du grand public	26
3.7	Portrait et évolution des activités de recherche	27
3.7.1	Thèmes de recherche	28
3.7.2	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé/Organisation panaméricaine de la santé de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale	30
3.7.3	Plateformes technologiques	31
3.7.4	Services aux chercheurs	33
3.7.5	Évolution des activités de recherche	35
3.8	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé	36
4.	Projet clinique	36
4.1	Les orientations nationales et les lois structurantes	36
4.2	Les orientations régionales	37
4.3	Les principes guidant le projet clinique	38
4.4	Les clientèles visées	39
4.5	Le portrait des services cliniques et des activités académiques	39
4.5.1	Services cliniques	39
4.5.2	Capacité d'hospitalisation	47

4.5.3	Effectifs psychiatriques	49
4.5.4	Enseignement	49
4.5.5	Recherche	50
4.6	Le portrait de l’offre de services des partenaires du territoire	52
4.7	Le réseautage, le partenariat, l’arrimage entre les 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes	53
4.8	Le bilan du continuum des services actuels (trajectoire de service)	54
4.8.1	Implantation du PASM	54
4.8.2	Continuum de service	55
4.9	Le continuum désiré	56
4.10	Les pratiques exemplaires	58
4.11	Les écarts entre les services actuels et le continuum désiré (offre de services, ressources humaines, effectifs médicaux, immobilisations, budget)	59
4.11.1	Offre de services	59
4.11.2	Ressources humaines	60
4.11.3	Effectifs médicaux	60
4.11.4	Immobilisations	60
4.11.5	Budget	61
4.12	La proposition de pistes d’amélioration avec indicateurs de résultat	61
	Annexe 1 – Lettre de monsieur Sylvain Périgny	63
	Annexe 2 – Organigramme de l’Institut Douglas	64
	Annexe 3 - Stagiaires	65
	Annexe 4 – Désignation à titre d’institut universitaire en santé mentale	68
	Annexe 5 – Effectifs psychiatriques	70

1. Contexte

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas joue un rôle stratégique dans la prestation des soins spécialisés et le développement et le partage des connaissances en santé mentale. Il assume ce rôle au sein du RUIS McGill de même que dans l'ensemble du réseau conformément au mandat qui lui a été confié lors de sa désignation à titre d'institut universitaire et aux orientations ministérielles, définies dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM)¹.

L'Institut Douglas a été fondé il y a plus de 130 ans à l'époque où les services et les installations en santé mentale étaient de type asilaire. Depuis les années 1960 et, notamment au cours des dernières années, plusieurs éléments sont venus modifier de façon importante le milieu psychiatrique : l'efficacité des traitements et des pratiques cliniques, la prestation de services axée sur le virage ambulatoire, la transformation du réseau vers le développement de services en 1^{re} ligne, ainsi que le développement de l'enseignement et de la recherche dans le contexte d'un établissement universitaire. Aujourd'hui, l'Institut Douglas n'est plus associé à un asile; il est un lieu de traitement spécialisé, de développement de pratiques de pointe, d'intégration de l'enseignement et de la recherche aux activités cliniques et de transfert des connaissances.

L'approche en santé mentale a évolué de façon marquante depuis les années 1960, mais l'environnement dans lequel les soins et les activités ont lieu a très peu changé. Il est temps que l'environnement de l'Institut Douglas suive cette évolution et soit conçu non pas pour l'isolement du patient, mais pour le rétablissement de la personne vivant avec une maladie mentale.

Cherchant une cohérence entre l'approche préconisée en santé mentale, son rôle d'institut, l'environnement physique dans lequel les soins, l'enseignement, la recherche, le transfert de connaissances et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention sont réalisés, et confronté à la vétusté de ses bâtiments et à des problématiques d'infrastructures importantes, l'Institut Douglas a entrepris de repenser ses infrastructures. Cet exercice, fondé sur les principes de l'environnement guérissant et des données probantes en architecture d'établissements en santé mentale « Evidence-based design » (EBD), amène l'Institut Douglas à proposer la consolidation de ses espaces par une nouvelle construction — le Nouvel Institut — qui représente ni plus ni moins la confirmation de la transformation de l'approche en santé mentale et l'environnement propice à cette approche.

Les démarches d'analyse et d'approbation préconisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) prévoient que le projet de Nouvel Institut, en tant que projet immobilier d'envergure, soit associé à un plan clinique et académique qui présente l'évolution prévue des services cliniques et des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention selon la mission et le mandat de l'Institut Douglas (voir la lettre de monsieur Sylvain Périgny, 7 novembre 2012 à l'annexe 1).

¹<http://publications.mssss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>

2. Présentation du document

Ce document constitue le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas. Il est élaboré en tenant compte de la thématique d'un plan clinique définie par l'Agence (novembre 2012) et à laquelle sont ajoutés les éléments liés aux mandats d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale.

Les informations et données ici présentées sont tirées des documents plus détaillés suivants :

- **le Rapport annuel 2011-2012;**
- **le Plan stratégique de l'Institut Douglas 2011-2015;**
- **l'Étude de pré faisabilité– Rapport final (28 mai 2009).** Ce document présente le portrait sommaire des activités cliniques, d'enseignement et de recherche ainsi que des détails sur les problématiques et les besoins associés aux infrastructures de l'Institut Douglas.
- **l'Étude de pré faisabilité – Réflexions des groupes de travail cliniques – Document complémentaire (28 mai 2009).** Ce document présente, par programme :
 - une description des services actuels ainsi que les tendances et enjeux qui caractériseront la prestation de services, l'enseignement et la recherche à l'avenir;
 - l'évolution de la clientèle et les projections;
 - les besoins et l'organisation fonctionnelle des installations.
- **l'Étude de pré faisabilité — Addendum (Mise à jour en mai 2012).** Ce document est une mise à jour des informations cliniques, d'enseignement et de recherche qui sont présentées dans les deux documents d'Étude de pré faisabilité précédemment cités. Il présente notamment :
 - des données et informations sur la clientèle et le profil des patients;
 - les nouveaux mandats en prestation de services qui ont été octroyés à l'Institut Douglas depuis le printemps 2009;
 - le niveau d'activités cliniques, d'enseignement et de recherche;
 - des précisions sur les activités d'enseignement et de recherche;
 - la révision des besoins en lits;
 - un rappel des besoins en infrastructures.

Ces documents accompagnent le Plan clinique et académique sous forme d'annexe intitulée « Documents en appui ».

3. Informations générales

3.1 Présentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas, affilié à l'Université McGill, est le chef de file en services psychiatriques pour le RUIS McGill et il offre des services de 2^e et de 3^e ligne à une clientèle enfant-jeune, adulte et gériatrique. Son mandat académique s'actualise à travers les activités de recherche, de formation aux étudiants et aux stagiaires au baccalauréat, à la maîtrise, au doctorat et au postdoctorat, par ses activités de recherche et par l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Le bassin de desserte immédiat de l'Institut Douglas pour les services de 2^e ligne s'élève à plus de 385 000 personnes (population pondérée) et couvre deux territoires du sud-ouest de Montréal, soit celui du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun (CSSS SOV) et celui du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL). Son bassin de desserte pour la clientèle enfant-jeune englobe aussi d'autres CSSS à Montréal, notamment pour les jeunes anglophones. De plus, l'Institut Douglas a le mandat d'assurer les services de 2^e ligne en santé mentale pour la population des Cris et du Nunavik.

Le mandat de 3^e ligne de l'Institut Douglas, exercé dans le cadre de son rôle au sein du RUIS McGill, s'étend sur 63 % du territoire québécois et couvre 23 % de la population du Québec, incluant près de 50 % de la population de Montréal, soit plus de 1,8 million d'habitants au total.

L'Institut Douglas est un des deux établissements gestionnaires des ressources résidentielles en santé mentale à Montréal et est désigné en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux à titre d'établissement devant offrir l'ensemble de ses services en anglais aux personnes d'expression anglaise.

Les services cliniques internes et externes de l'Institut Douglas sont organisés autour de huit programmes :

- Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest;
- Pédiopsychiatrie;
- Gériopsychiatrie;
- Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité;
- Troubles psychotiques;
- Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique;
- Troubles de l'alimentation;
- Réadaptation psychosociale.

L'ensemble de ces services a représenté, en 2011-2012, 4 900 visites à l'urgence, une patientèle totalisant 8754 personnes, plus de 105 000 interventions directes dans les services ambulatoires (cliniques externes, hôpitaux de jour, suivi résidentiel, suivi intensif dans le milieu et suivi d'intensité variable) et près de 2 100 hospitalisations.

Sur le plan de sa mission d'enseignement, l'Institut Douglas offre des programmes de formation dans plusieurs disciplines et accueille près de 600 étudiants, stagiaires, et *fellows* par année dans les domaines clinique et de recherche. Sur le plan de la formation et de l'enseignement clinique, l'Institut Douglas offre, pour les étudiants en médecine et les résidents, des programmes d'externat, de résidence, de stages de perfectionnement (*fellows*) et d'éducation médicale continue. Les étudiants dans les domaines professionnels peuvent effectuer des stages en soins infirmiers, en psychologie, en ergothérapie, en éducation spécialisée, en nutrition, en pharmacie, en services sociaux et autres.

De plus, l'Institut Douglas est un des trois partenaires actifs du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), avec l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. À ce titre, il fournit deux membres de son personnel au CNESM pour la formation d'équipes de suivi intensif dans le milieu à l'échelle du Québec. L'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) de l'Institut agit aussi à titre de milieu-école pour le CNESM. L'Institut Douglas agit à titre d'employeur

temporaire des conseillers du CNESM, gère ses budgets en tant que fiduciaire, a élaboré et maintient à jour le site Internet du CNESM et assure le soutien technique aux conseillers.

Reconnu comme centre modèle par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), le Centre de recherche de l'Institut Douglas occupe la première place en recherche en santé mentale au Québec et est l'un des deux plus importants centres de recherche au Canada en santé mentale avec 82 chercheurs et cliniciens associés et plus de 200 étudiants et stagiaires accueillis par année. À titre de Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) de Montréal, le Centre de recherche travaille avec les membres de ce réseau international pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale à travers le monde.

La recherche à l'Institut Douglas s'articule autour d'une approche multidisciplinaire à partir du modèle biopsychosocial de la recherche, soit qui combine les neurosciences, l'expérience clinique et les dimensions psychosociales. Elle est effectuée autour de quatre grands thèmes qui sont :

- Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux;
- Services, politiques et santé des populations;
- Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité;
- Vieillesse et maladie d'Alzheimer.

Le Centre de recherche abrite la Banque de cerveaux– Bell Canada, la plus importante au Canada, la Banque de cerveaux des suicides du Québec, un Centre d'imagerie cérébrale et un Centre de neurophénotypage. Sont également basés à l'Institut Douglas le Centre McGill d'études sur le vieillissement, le Centre McGill d'études sur la schizophrénie, la Chaire Graham Boeckh en schizophrénie (établie en 1997), la Chaire de recherche canadienne en neurosciences affectives, le Groupe McGill d'études sur le suicide, le Centre d'études et de traitements circadiens, le Groupe de recherche en imagerie cérébrale et le Programme de recherche (McGill) sur le comportement, les gènes et l'environnement.

L'Institut Douglas mise sur le rétablissement des personnes vivant avec une maladie mentale comme ultime objectif afin qu'elles puissent intégrer la communauté comme des citoyens à part entière. L'engagement de l'Institut Douglas envers le rétablissement l'amène à aller au-delà de la maladie et à se demander comment mieux aider la population à retrouver une meilleure santé, une meilleure qualité de vie et une place satisfaisante dans la société. Pour cette raison, l'approche en santé mentale préconisée par l'Institut Douglas met l'accent sur la déstigmatisation, la participation active des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et leurs proches dans leur processus de soins, et le partenariat avec d'autres établissements pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services. Son approche se concentre aussi sur l'échange et l'application des connaissances afin d'identifier les meilleures pratiques dans la prestation des soins et services et d'en assurer l'adoption. Le Plan stratégique de l'Institut Douglas, présenté en annexe dans les Documents en appui, témoigne des orientations et des objectifs permettant de concrétiser cette approche.

L'Institut Douglas a obtenu un agrément sans condition jusqu'en 2014 d'Agrément Canada et en 2012, la certification « Milieu novateur » du Conseil québécois d'agrément qui vise à reconnaître la culture de l'innovation au sein des organisations de santé au Québec.

3.2 Fondements organisationnels

Mandat

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

Mission

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

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

Vision

Le pouvoir de se rétablir.

La définition que l'Institut Douglas adopte pour décrire le concept du rétablissement en santé mentale est celle de W. Anthony² qui est largement reconnue et répandue :

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

Valeurs

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

Excellence : avoir le courage d'appliquer les meilleures pratiques avec rigueur, de se remettre en question, de s'évaluer, d'intégrer la recherche dans toutes ses activités et d'être une organisation apprenante. Chercher à atteindre un niveau d'efficacité organisationnelle optimal.

Innovation : être un milieu stimulant et dynamique où l'on développe de nouvelles connaissances pour mieux comprendre, partager, soigner et donner espoir.

² Anthony, W. A. « Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, vol. 16, n°4, pp. 11-23.

Potentiel humain : valoriser le potentiel et croire au dépassement de la personne. Faire évoluer le savoir dans l'action, grâce au partage et à l'accompagnement.

Engagement : améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Collaboration : s'assurer que le patient participe activement aux décisions qui concernent ses soins et travailler avec l'équipe interdisciplinaire à son rétablissement. Développer et consolider les partenariats internes, communautaires, universitaires, scientifiques et internationaux pour réaliser la vision.

Orientations

Les orientations stratégiques qui guideront l'Institut Douglas pour les prochaines années sont détaillées dans son Plan stratégique 2011-2015. Elles sont décrites comme suit :

- faciliter le rétablissement, favoriser l'autodétermination et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale;
- instaurer une approche préventive en santé mentale;
- développer un environnement physique guérissant;
- améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale;
- développer et valoriser les ressources humaines et promouvoir l'excellence opérationnelle;
- promouvoir la philanthropie au profit de la santé mentale.

Organisation administrative, clinique et scientifique

Pour répondre aux changements découlant de la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale (PASM) ministériel et de la désignation à titre d'institut universitaire en santé mentale, l'Institut Douglas a revu sa structure organisationnelle en 2006-2007. Le plan d'organisation rédigé par l'Institut décrit l'offre de services spécialisés et ultraspécialisés à travers l'articulation améliorée du modèle de gestion clinique par programme-clientèle. La gestion par programme est fondée sur la cogestion médico-administrative et l'approche clinique centrée sur le patient ainsi que sur des concepts d'organisation apprenante et d'interdisciplinarité qui ont été introduits lors du Plan d'organisation 1999-2002 de l'Institut.

L'organisation clinique, scientifique et académique de l'Institut Douglas est bien intégrée et assure un maximum d'interdisciplinarité et de partage des connaissances entre les chercheurs, les cliniciens et les étudiants, et favorise le développement et le maintien des pratiques de pointe. Vous trouverez l'organigramme de l'Institut Douglas à l'annexe 2.

En matière d'effectifs, l'Institut Douglas comptait en 2011-2012 :

- 18 médecins (autres que des psychiatres);
- 47 psychiatres (incluant les omnipraticiens avec privilèges en psychiatrie);
- 63 chercheurs principaux;
- 19 chercheurs et cliniciens associés;
- 283 membres du personnel en soins infirmiers;
- 199 professionnels;
- 107 autres membres du personnel de soins;
- 442 autres employés.

Pratiques de pointe

En 2006, lors de la désignation de l'Institut Douglas, le MSSS a reconnu six programmes ou services à titre de pratiques de pointe :

- le Programme des troubles de l'alimentation;
- le Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP-Montréal);
- l'Équipe ACT (*Active Community Treatment* ou suivi intensif dans le milieu) du Programme des troubles graves et persistants (maintenant appelé le Programme des troubles psychotiques);
- le Programme de soutien à l'emploi IPS (*Individual Placement and Support*);
- le Programme des troubles graves du comportement du Programme de pédopsychiatrie;
- la Clinique spécialisée des troubles de l'humeur du Programme THAI.

Chacun de ces programmes ou services :

- offre une intégration interdisciplinaire des activités cliniques, de recherche et d'enseignement;
- offre des services ultraspecialisés ambulatoires ou en hospitalisation;
- offre des activités thérapeutiques multidimensionnelles et basées sur un modèle biopsychosocial des causes liées aux problématiques de santé mentale;
- intègre des chercheurs qui font partie d'un thème de recherche;
- dispense une formation spécialisée en clinique ou en recherche à des étudiants et à des stagiaires de diverses disciplines et de divers grades;
- est dirigé par un clinicien-chercheur de renommée internationale.

De plus, certains de ces programmes ou services :

- ont servi à établir les normes dans le domaine des traitements de jour (Troubles graves de comportement – Pédopsychiatrie);
- constituent un programme de référence dans le domaine au Québec (Programme de soutien à l'emploi - IPS; suivi intensif dans le milieu);
- sont appuyés par des études expérimentales ou évaluatives rigoureuses et reconnues comme une modalité de soins fondée sur des données probantes (Programme de soutien à l'emploi - IPS; suivi intensif dans le milieu).

Rôle au sein du RUIS McGill

La Table de santé mentale du RUIS McGill est présidée par la Dre Mimi Israël, chef du Département de psychiatrie de l'Institut Douglas et directrice du Département de psychiatrie de l'Université McGill. Cette Table conseille le comité exécutif du RUIS sur les questions liées à la santé mentale et sur l'exécution du mandat du RUIS dans ce secteur. La Table identifie et met à jour la liste des services de 3^e ligne; aborde la façon dont les services devraient être prodigués en complémentarité au sein des établissements du RUIS; définit la façon dont les hôpitaux d'enseignement interviennent avec les partenaires locaux et régionaux dans la formation de corridors de services; et évalue la façon dont le RUIS McGill peut mieux répondre aux objectifs du PASM. La Table aborde également les sujets touchant l'enseignement, dont la coordination et les sites d'enseignement, la priorisation et le développement de la recherche, ainsi que les règles de gestion des effectifs médicaux et la mise au point du plan d'effectifs médicaux universitaires.

3.3 Programmes-clientèles

L'Institut Douglas offre des services cliniques à tous les groupes d'âge, en français et en anglais, qui sont organisés autour de huit (8) regroupements selon le modèle de gestion par programme :

- deux (2) programmes par âge : Pédoopsychiatrie et Gérotopsychiatrie
- quatre (4) programmes par diagnostic : Troubles psychotiques; Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI); Troubles de l'alimentation et Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique;
- un (1) programme d'urgence, d'intervention brève, de soins intensifs et de liaison : Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest;
- le programme de Réadaptation psychosociale.

La configuration actuelle des programmes est l'aboutissement de plusieurs phases de transformation guidées tant par la volonté d'optimiser l'accès et l'offre de services que par les principes découlant du PASM. Les différents services offerts au sein de ces programmes-clientèles correspondent à des expertises en santé mentale dont :

- l'anxiété;
- la dépression;
- la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence;
- la schizophrénie et les autres formes de psychoses;
- les troubles de l'alimentation;
- les troubles bipolaires;
- les troubles du comportement;
- les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH);
- les troubles envahissants du développement (TED).

Programme de pédoopsychiatrie

Le Programme de pédoopsychiatrie offre des services aux enfants et aux adolescents de 0 à 17 ans, anglophones et francophones, et à leur famille. Les services s'inscrivent dans un continuum allant de l'hospitalisation aux services ambulatoires.

Le Programme de pédoopsychiatrie a connu une réduction importante de son personnel à la suite des transferts de personnel vers les CSSS dans le cadre de l'actualisation du PASM. Le défi actuel est de travailler en continuité avec les partenaires de la 1^{re} ligne du réseau local ainsi qu'avec le Centre universitaire de santé McGill – Hôpital de Montréal pour enfants. La complémentarité entre les différents acteurs s'avère centrale pour optimiser l'accès, la fluidité et la qualité des services en réseau.

De plus, le Programme travaille sur la problématique des jeunes en transition de l'adolescence à l'âge adulte, tant sur le plan du transfert entre programmes internes que sur le plan d'une nouvelle offre de service adaptée à la jeunesse. Pour ce faire, le Programme de pédoopsychiatrie étudie la création de nouvelles alliances avec les programmes des Troubles psychotiques et des Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité pour faire tomber les barrières entre les âges et les diagnostics.

Les différentes composantes du Programme de pédopsychiatrie incluent :

- **Programme d'intervention intensive**, pour les jeunes de 13 à 17 ans :
 - Unité de courte durée d'intervention intensive pour adolescents;
 - Hôpital de jour d'intervention intensive pour adolescents;
 - Clinique externe.
- **Programme des troubles graves du comportement**, pour les jeunes de 6 à 12 ans :
 - Clinique externe des troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH);
 - Hôpital de jour des troubles graves du comportement;
 - Clinique externe des troubles graves du comportement.
- **Services externes de pédopsychiatrie**, pour les jeunes de 0 à 17 ans :
 - Module d'évaluation-liaison de pédopsychiatrie;
 - Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED);
 - Clinique externe de pédopsychiatrie.

Quoiqu'associée à la clientèle jeune, la Clinique des troubles dépressifs et suicidaires des adolescents fait partie du Programme THAI.

Programme de santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest

Ce programme qui, avant l'implantation du PASM, regroupait les cliniques externes de psychiatrie générale dans la communauté a été transformé et comprend aujourd'hui les services suivants :

- évaluation;
- consultation;
- stabilisation;
- liaison;
- traitement de crise;
- intervention brève;
- hospitalisation en soins intensifs;
- hospitalisation de courte durée (moins de 96 heures).

Les services sont offerts au sein des entités suivantes :

- l'Urgence psychiatrique;
- l'Unité d'intervention brève;
- l'Unité des soins intensifs;
- le Module d'évaluation-liaison (MEL);
- le Module d'intervention rapide (MIR);
- l'Hôpital de jour Crossroads.

Ce programme a connu plusieurs phases d'évolution depuis l'implantation du PASM. Les mesures entreprises par l'Institut Douglas contribuent à doter ce programme d'une vision alignée sur les besoins de la clientèle. Un chef médical à l'urgence a été nommé et un projet de transformation de l'urgence est

en cours. La transformation visée s’articule autour d’un projet d’optimisation des processus et de rénovation de l’urgence, et consiste en trois volets :

- le volet clinique : analyse du profil de la clientèle de l’urgence et recommandation d’une offre de services répondant aux besoins de la clientèle;
- le volet d’amélioration continue : en tenant compte de l’offre de services suggérée par le projet clinique, optimiser les processus afin d’améliorer la trajectoire des patients à l’urgence et d’offrir la meilleure qualité de soins;
- le volet d’agrandissement et de rénovation de l’urgence : en tenant compte des projets cliniques et d’amélioration continue, agrandir et rénover l’urgence pour créer un espace physique favorisant une meilleure dispensation des soins.

Parallèlement à ce projet, la Direction des activités cliniques, de transfert des connaissances et d’enseignement (DACTCE) procède à la clarification du mandat de sorte que les activités de ce programme reflètent mieux la réalité de la collaboration avec les CSSS et les établissements du RUIS McGill. De plus, en partenariat avec l’organisme AMI-Québec, le service de l’urgence a récemment recruté un proche aidant pour soutenir et accompagner les proches des personnes qui se présentent à l’urgence et les aider à mieux s’orienter à travers les différents services et organismes du réseau de la santé mentale.

Programme de gérontopsychiatrie

Le Programme de gérontopsychiatrie offre des services aux personnes âgées de 65 ans et plus et aux adultes de moins de 65 ans ayant un profil gériatrique.

Depuis l’implantation du PASM, ce Programme concentre ses efforts à faire avancer le partenariat avec la 1^{re} ligne, comme en témoigne le projet d’implantation ciblée de services intégrés pour les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et leurs proches. Les partenaires associés à ce projet sont : la Clinique médicale du Sud-Ouest, le Groupe de médecine de famille (GMF) du CSSS SOV – Hôpital Verdun, le Service ambulatoire de gérontopsychiatrie à domicile du CSSS DLL et la Clinique de la mémoire de l’Institut Douglas.

L’un des défis importants pour le Programme de gérontopsychiatrie repose sur l’accès aux places en centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour des personnes dont l’état mental est stable, mais qui ont besoin d’un encadrement clinique en raison de leur perte d’autonomie. Les délais d’attente d’admission en CHSLD sont longs et cette situation occasionne des problèmes d’accès aux services internes pour la clientèle ayant besoin de soins psychiatriques de courte durée.

L’offre de services de gérontopsychiatrie de 2^e ligne est composée :

- de services ambulatoires : l’Équipe d’évaluation-liaison, la Clinique externe, l’Équipe de suivi résidentiel et le Centre de jour;

- de services d'hospitalisation : l'Unité d'admission et de soins médicaux et l'Unité de réadaptation psychosociale.³ Les services offerts dans cette dernière unité visent à assurer le retour de la personne à domicile ou en ressources résidentielles dans la communauté.

Les services spécialisés de 3^e ligne se trouvent au sein du Programme de démence avec comorbidité psychiatrique et comprennent la Clinique de la mémoire, le Centre de jour et l'Unité d'hospitalisation.

Le Programme de gérontopsychiatrie a récemment soumis à l'Agence un projet de collaboration avec les GMF et les CSSS du territoire de l'Institut Douglas afin de créer un continuum de services adaptés aux besoins de la clientèle de gérontopsychiatrie.

Programme des troubles psychotiques

Ce Programme offre une gamme de services de 2^e et de 3^e ligne à des personnes atteintes de schizophrénie et d'autres formes de psychoses. Les activités cliniques de ce programme sont regroupées au sein des services et sous-programmes suivants :

- **Unité de traitement des psychoses** qui assure l'hospitalisation de courte durée pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. Quelques lits au sein de cette unité sont réservés aux patients du PEPP;
- **Programme de réadaptation intensive** qui offre des services d'hospitalisation et de transition aux personnes atteintes de troubles psychotiques prolongés, complexes et résistants. Les activités de réadaptation sont offertes dans les unités spécialisées suivantes :
 - Unité de réadaptation intensive;
 - Unité des comportements à risque;
 - Unité de transition communautaire Levinschi.
- **Services ambulatoires** qui sont composés de la Clinique externe des psychoses, de l'Équipe de réadaptation intensive dans le milieu (RIM) qui offre des services de soutien d'intensité variable aux patients quittant l'Unité Levinschi, et de deux Équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM ou ACT pour *Assertive Community Treatment*).
- **Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP-Montréal)** qui dessert les jeunes et les adultes de 14 à 35 ans qui sont confrontés à un premier épisode psychotique non traité. Le modèle d'intervention du PEPP est basé sur la détection, l'évaluation et le traitement précoces. Ce modèle d'intervention sert de guide dans les projets de création de services pour les jeunes de 14-25 ans de tout diagnostic. Se trouve au sein du PEPP, la Clinique d'évaluation des jeunes à risque (CÉJR ou CAYR pour *Clinic for the Assessment of Youth at Risk*), un projet pilote visant la détection précoce et la prévention des psychoses.

Le Programme des troubles psychotiques fait face à plusieurs défis, dont celui de consolider les équipes de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dans le milieu. Ces deux intensités de suivi doivent travailler en continuité avec les équipes de santé mentale des CSSS et développer des voies de

³ À ne pas confondre avec le Programme de réadaptation psychosociale pour la clientèle adulte qui vise l'intégration sociale.

communication efficaces entre les équipes afin d’assurer la prise en charge des patients et le partage des connaissances.

Les services de réadaptation intensive des troubles psychotiques assument un *leadership* dans ce domaine en venant en aide aux hôpitaux généraux où sont hébergés des patients en attente de congé et qui pourraient bénéficier des services de réadaptation intensive de l’Institut Douglas. Pour mieux répondre aux besoins, la création d’une équipe de suivi intensif dans le milieu pour le RUIS McGill, rattachée aux services de réadaptation intensive, assurerait une offre de services efficace à l’ensemble des établissements du RUIS.

Ce Programme doit composer avec l’augmentation du nombre de personnes présentant des problèmes complexes tels que la toxicomanie et les problèmes légaux. Le manque d’accès à l’hébergement spécialisé dans le réseau public rend les congés de l’Institut Douglas et d’autres hôpitaux très problématiques, et représente un défi de taille.

Programme des troubles de l’humeur, d’anxiété et d’impulsivité (THAI)

Ce Programme offre des services aux personnes présentant des troubles tels que :

- les troubles bipolaires;
- les troubles dépressifs et suicidaires;
- les troubles d'anxiété;
- les troubles obsessionnels-compulsifs;
- les troubles de stress post-traumatique;
- les troubles de la personnalité, particulièrement les troubles de la personnalité limite, et les troubles psychiatriques autres que ceux identifiés ci-dessus.

Les services offerts au sein de ce Programme se déclinent en services spécialisés de 3^e ligne et en services de 2^e ligne :

- **Unité de soins de courte durée** : hospitalisation pour les personnes atteintes de troubles mentaux intenses en phase aiguë, visant à stabiliser rapidement leur état pour qu’elles puissent réintégrer sans délai la communauté.
- **Hôpital de jour le Tremplin** : aide les personnes qui présentent un trouble de santé mentale à développer leurs propres stratégies de fonctionnement et à améliorer leurs aptitudes sociales ainsi que les techniques de gestion de la colère, idéalement sans avoir recours à l’hospitalisation.
- **Clinique externe générale** : services ambulatoires d’intensité variable de courte ou moyenne durée dans le but de stabiliser la condition du patient et d’améliorer la qualité de vie tout en encourageant l’autonomie de la personne.
- **Cliniques externes spécialisées** : pour les personnes présentant un trouble réfractaire ou récurrent. Des services de cinq cliniques externes spécialisées sont offerts : troubles bipolaires, troubles dépressifs et suicidaires (adultes), troubles dépressifs et suicidaires (adolescents),

troubles de la personnalité avec impulsivité et troubles anxieux (anxiété, obsessionnel-compulsif, panique, phobie sociale, stress post-traumatique).

Depuis le début de l'implantation du PASM, la demande de services n'a fait qu'augmenter. Le défi pour le Programme THAI, comme pour les autres programmes, est l'arrimage avec les services de 1^{re} ligne. L'intégration d'un professionnel provenant de l'Institut Douglas au sein des équipes de santé mentale des CSSS fait partie actuellement d'un projet pilote visant à analyser les trajectoires de services qu'empruntent les patients, à répertorier les services et à améliorer la synergie entre ces services de façon à accroître l'accès aux soins et à améliorer la continuité des services.

Le Programme THAI est à constituer, en collaboration avec le Programme de la pédopsychiatrie et du PEPP, une équipe d'intervention précoce pour les troubles affectifs qui aurait pour but de faciliter la détection, le diagnostic et l'intervention précoces dès l'émergence des premiers symptômes de troubles de l'humeur, d'anxiété ou d'impulsivité. Ce projet vise également à abolir les barrières d'âge qui viennent compliquer indûment l'accès aux soins pour beaucoup de jeunes patients transitant vers les services adultes.

Programme de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique

Ce Programme offre des services aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle modérée à sévère et accompagnée de troubles psychiatriques. Les services offerts sont organisés autour des modalités suivantes :

- l'Unité de soins;
- le Centre d'apprentissage Phoenix;
- l'Équipe de suivi résidentiel qui assure le suivi des patients du programme dans des familles d'accueil.

Au cours des cinq dernières années, le Programme de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique a vu son mandat évoluer en fonction du profil de la clientèle et tend à devenir un programme pour la clientèle avec des troubles graves du comportement.

Ce Programme travaille à actualiser son cadre de référence qui permet entre autres de déterminer les services qui relèvent de la 3^e ligne et de se positionner par rapport aux services offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et ceux qui sont offerts par la 1^{re} ligne.

Programme des troubles de l'alimentation

Le Programme des troubles de l'alimentation, qui a fêté ses 25 ans en 2012, offre des services cliniques spécialisés aux personnes qui souffrent d'anorexie nerveuse ou de boulimie. Son offre de services couvre l'ensemble du Québec et s'articule autour :

- **de l'Unité d'hospitalisation** : pour les personnes présentant des complications médicales et psychologiques sévères, ou celles dont le traitement en externe n'est pas suffisant pour dénouer les symptômes des troubles de l'alimentation.

- **de l'Hôpital de jour** : conçu pour les personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation sévère et qui ne nécessitent pas de surveillance de nuit.
- **du Programme de jour** : consiste en une thérapie de groupe hautement structurée, adaptée aux besoins des personnes nécessitant des soins intensifs, en offrant un encadrement plus rigoureux qu'en clinique externe.
- **de la Clinique externe** : dispose d'un ensemble de services pouvant être ajustés aux besoins individuels, soit :
 - des thérapies individuelles, familiales, de couple ou de groupe;
 - de la thérapie pharmacologique;
 - de la thérapie nutritionnelle.

Le Programme met l'accent sur le transfert des connaissances et la formation des intervenants des 1^{re} et 2^e lignes. Son mandat suprarégional fait en sorte qu'il répond aux besoins de la clientèle du RUIS McGill autant qu'à celle du RUIS Montréal. C'est par la formation des intervenants d'autres établissements que ce Programme réussit à diminuer sa liste d'attente, mais il doit composer avec le défi d'augmenter la capacité de formation offerte aux établissements des deux RUIS.

Programme de réadaptation psychosociale

Le Programme de réadaptation psychosociale offre des services d'intégration et de maintien dans la communauté aux adultes aux prises avec des troubles mentaux sévères qui y sont référés par les autres programmes cliniques de l'Institut Douglas ou par des établissements du réseau. Les services offerts s'articulent autour :

- **de l'Équipe de suivi résidentiel** : services de suivi clinique des usagers hébergés dans des ressources résidentielles gérées par l'Institut Douglas. Ce service permet le maintien de la clientèle dans la communauté.
- **du Centre Wellington** : ce centre de réadaptation et de soutien communautaire (Spectrum) promeut le bien-être et la réinsertion sociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants par la formation, la tenue d'activités et l'accompagnement adapté ayant comme objectif d'aider la personne dans son rétablissement. L'Institut Douglas travaille actuellement sur le renforcement et le développement de son partenariat avec les CSSS de son territoire de desserte et les groupes communautaires, et ce, avec la collaboration des usagers et des pairs aidants, pour mettre en place un consortium qui amènera le Centre Wellington à se transformer et à s'ouvrir à un modèle mieux adapté aux besoins de rétablissement de la clientèle.
- **de l'Équipe de soutien à l'emploi (IPS)** : ce service de pointe offre un suivi intensif individualisé à la recherche d'emploi, au maintien et au soutien à l'emploi sur le marché du travail régulier. Pour ce faire, le programme accompagne les participants tout au long de leurs démarches et sensibilise les employeurs à prévoir des accommodements de travail à temps partiel et à créer des environnements convenant aux besoins des participants.

3.4 Portrait actuel de la clientèle

Les informations qui suivent présentent le profil de la clientèle selon les diagnostics principaux par programme, l'âge et la provenance.

Tableau 1 : Diagnostics principaux les plus fréquents dans les programmes (données 2010-2011)

PROGRAMME	DIAGNOSTIC PRINCIPAL	%
Programme de pédopsychiatrie	Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	26 %
	Troubles envahissants du développement	16 %
	Troubles de l'adaptation	15 %
Programme de santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest	Troubles bipolaires	22 %
	Psychoses schizophréniques	16 %
	Troubles d'anxiété	10 %
Programme des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	Troubles bipolaires	35 %
	Psychoses schizophréniques	17 %
	Troubles d'anxiété	16 %
Programme des troubles psychotiques	Psychoses schizophréniques	57 %
	Troubles bipolaires	18 %
	Autres psychoses non organiques	7 %
Programme des troubles de l'alimentation	Troubles de l'alimentation	92 %
Programme de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	Retard mental	34 %
	Troubles envahissants du développement	13 %
	Psychoses schizophréniques	12 %
	Troubles bipolaires	5 %
Programme de gérontopsychiatrie	Démence (incluant la maladie d'Alzheimer)	23 %
	Troubles bipolaires	22 %
	Psychoses schizophréniques	11 %

Profil d'âge de la clientèle**Tableau 2 : Moyenne d'âge par programme**

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation
							11-12 vs 06-07
Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	45,9	46,7	48,5	48,8	48,3	48,4	5,4 %
Gérontopsychiatrie	73,7	74,2	74,6	74,5	73,5	74,1	0,5 %
Pédopsychiatrie	10,2	11,0	10,8	10,5	10,5	11,4	11,8 %
Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest	40,5	40,4	40,2	40,0	39,9	39,8	-1,7 %
Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	41,9	42,2	41,4	41,0	40,9	41,3	-1,4 %
Troubles de l'alimentation	29,8	29,2	28,8	29,0	29,2	29,5	-1,0 %
Troubles psychotiques (excluant PEPP)	44,2	43,9	43,2	43,0	42,8	42,4	-4,1 %
Troubles psychotiques (PEPP)	23,2	23,4	23,1	23,2	23,5	23,3	0,4 %

Nous pouvons noter une augmentation importante de l'âge moyen chez la clientèle des Programmes de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique et de Pédopsychiatrie et une tendance inverse dans les Programmes de santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest, des Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité, des Troubles de l'alimentation et des Troubles psychotiques.

Le tableau 3 présente l'évolution, de 2006-2007 à 2011-2012, du nombre de clients selon le profil d'âge. Les plus fortes hausses de clientèles se situent chez les jeunes de 13 à 17 ans (hausse de 27,3 %), chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans (hausse de 29,7 %) et de 25 à 34 ans (hausse de 33,7 %) ainsi que chez les personnes âgées de 55 à 64 ans (hausse de 27,7 %). La baisse la plus importante de clientèle se fait sentir chez les jeunes de 0 à 6 ans (diminution de 61 %).

Tableau 3 : Évolution du nombre de clients selon le profil d'âge

	00-06	07-12	13-17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
2006-2007	251	569	377	809	1193	1513	1494	842	572	565
2007-2008	215	557	395	845	1327	1475	1477	883	558	619
2008-2009	220	628	490	929	1514	1483	1584	917	595	697
2009-2010	181	625	511	1002	1650	1524	1709	1031	598	725
2010-2011	162	581	529	1012	1525	1439	1684	1048	588	695
2011-2012	98	492	480	1045	1595	1460	1654	1075	581	652
Variation	-61,0 %	-13,5 %	27,3 %	29,2 %	33,7 %	-3,5 %	10,7 %	27,7 %	1,6 %	15,4 %

Provenance de la clientèle

Le bassin de desserte immédiat de l'Institut Douglas est constitué, pour les services de 2^e ligne, du CSSS DLL et du CSSS OV. Dans le cas des services de 3^e ligne, l'Institut dessert l'ensemble du territoire du RUIS McGill, dont :

- l'île de Montréal, en plus des CSSS du bassin de desserte immédiat, les territoires des CSSS de la Montagne, Cavendish et de l'Ouest-de-l'Île;
- la partie ouest de la Montérégie;
- l'Outaouais;
- l'Abitibi-Témiscamingue;
- le Nord-du-Québec;
- le Nunavik;
- les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Pour certains services, l'Institut Douglas reçoit la clientèle des territoires des RUIS de Montréal, de Sherbrooke et de Laval.

Vous trouverez au tableau 4 la provenance de la clientèle par programme (données 2010-2011).

Tableau 4 : Provenance de la clientèle

Programmes/Services	Selon les territoires de CSSS			Selon les territoires de RUIS			
	CSSS DLL et SOV	Autres territoires de CSSS de Montréal	Extérieur de Montréal	McGill		Montréal	Laval et Sherbrooke
				Ensemble des CSSS	Excluant CSSS Douglas		
Pédopsychiatrie	49 %	24 %	27 %	78 %	29 %	19 %	3 %
Déficiência intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	70 %	29 %	1 %	85 %	15 %	15 %	-
Réadaptation psychosociale	76 %	19 %	5 %	92 %	16 %	7 %	1 %
Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest							
• Services de l'urgence	71 %	16 %	13 %	84 %	13 %	14 %	2 %
• Autres services	80 %	12 %	8 %	88 %	8 %	11 %	1 %
Troubles de l'alimentation	10 %	44 %	46 %	37 %	27 %	55 %	8 %
Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	75 %	13 %	12 %	85 %	10 %	13 %	2 %
Troubles psychotiques	64 %	28 %	8 %	85 %	21 %	14 %	1 %
Gérontopsychiatrie	71 %	15 %	14 %	87 %	16 %	11 %	2 %

3.5 Évolution des demandes de services cliniques

Le volume de la demande et le volume d'activité réalisés n'ont cessé d'augmenter depuis la mise en œuvre du PASM en ce qui concerne :

- les visites à l'urgence, avec une augmentation de près de 900 visites (+20,7 %);
- les hospitalisations, avec une augmentation de plus de 1 000 admissions (+126,8%).

Le nombre de patients suivis en externe (cliniques externes, hôpitaux de jour, suivi intensif dans le milieu) a fluctué tantôt à la hausse tantôt à la baisse pour une stabilité relative depuis 2006-2007 (+0,6 %).

Tableau 5 : Volume d'activités

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Urgence	4 067	4 123	4 106	4 444	4 547	4 908
Hospitalisations	820	1 140	1 581	1 629	1 719	1 860
Services ambulatoires	8 699	8 780	9 475	9 448	8 894	8 754

Le tableau 6 présente la durée moyenne de séjour (DMS) depuis 2006-2007 par programme. La DMS a diminué globalement de -59,3 % (de 81 à 33 jours). Elle a diminué de façon importante dans les Programmes de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique (-85,8 %), de Pédopsychiatrie (-57,3 %), de santé mentale adulte du Sud-Ouest (-83,3 %) et des troubles psychotiques (-28,4 %). La DMS a augmenté dans les autres programmes, dont plus particulièrement en gériopsychiatrie et en troubles de l'alimentation.

Tableau 6 : Durée moyenne de séjour

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 11-12 vs 06-07
Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	1030	87	293	249	145	146	-85,8 %
Gériopsychiatrie	69	99	73	97	80	93	34,8 %
Pédopsychiatrie	82	53	58	50	42	35	-57,3 %
Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest	24	6	4	4	4	4	-83,3 %
Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	37	39	41	41	48	38	2,7 %
Troubles de l'alimentation	64	81	72	89	95	83	29,7 %
Troubles psychotiques	102	94	104	89	76	73	-28,4 %
Grand Total	81	49	39	38	34	33	-59,3 %

Le taux d'occupation des lits est passé de 105,6 % en 2006-2007 à 118,3 % en 2011-2012 (277 lits occupés en moyenne versus 241 lits dressés; (voir le tableau 7) et est en progression constante depuis 2007-2008. Le taux d'occupation est particulièrement élevé dans les programmes suivants :

- Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique : 114,3 %;
- Gériopsychiatrie : 104,2 %;
- Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest : 112,6 %;
- Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité : 130,5 %;
- Troubles psychotiques : 135,8 %.

L'analyse des dernières années nous permet de constater une augmentation des troubles concomitants (psychiatrie et dépendance ou abus de substances), de l'itinérance et de la clientèle ayant un profil de psychiatrie légale, trois facteurs qui ajoutent un fardeau additionnel au dispositif de soins.

Un élément significatif de l'augmentation et de la complexité de la demande a trait à la psychiatrie légale. En fait, le nombre de personnes sous la responsabilité du Tribunal administratif du Québec (TAQ) a presque doublé au cours des dernières années. Ces données nous permettent d'anticiper que nous aurons à maintenir l'accès à l'hospitalisation de moyen terme pour cette clientèle.

Tableau 7 : Taux d'occupation

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 11-12 vs 06-07
Déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique	108,1 %	104,5 %	116,7 %	117,3 %	119,0 %	114,3 %	5,7 %
Gériopsychiatrie	96,0 %	98,3 %	101,3 %	105,8 %	101,5 %	104,2 %	8,5 %
Pédopsychiatrie	77,4 %	58,7 %	69,7 %	78,1 %	65,1 %	76,3 %	-1,4 %
Santé mentale pour adultes des territoires du Sud-Ouest	52,4 %	72,2 %	98,1 %	109,3 %	113,2 %	112,6 %	114,9 %
Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité	126,7 %	115,7 %	120,3 %	124,7 %	128,4 %	130,5 %	3,0 %
Troubles de l'alimentation	96,1 %	97,4 %	98,4 %	99,2 %	96,6 %	99,1 %	3,1 %
Troubles psychotiques	120,1 %	120,5 %	122,6 %	127,5 %	128,3 %	135,8 %	13,1 %
Grand Total	105,6 %	104,9 %	110,1 %	115,1 %	114,0 %	118,3 %	12,0 %

En ce qui concerne le nombre de requêtes, il a fluctué entre 2006-2007 et 2011-2012 dans tous les programmes, avec une tendance à la baisse, à l'exception du Programme des troubles de l'alimentation qui a vu le nombre de demandes augmenter de près de 22 % dans cette période donnée.

Tableau 8 : Nombre de requêtes

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 11-12 vs 06-07
Tous les services confondus	4569	4670	5199	5005	4556	4155	-9,1 %
MEL adultes	1564	1760	1679	1354	1070	978	-37,5 %
Autres services aux adultes, 2 ^e et 3 ^e lignes, excluant les Troubles de l'alimentation	3941	4001	4413	4072	3676	3406	-13,6 %
Troubles de l'alimentation	387	424	445	436	439	471	21,7 %
Pédopsychiatrie	945	918	839	925	822	549	-41,9 %
Pédo - excluant TED	710	682	633	613	526	422	-40,6 %
TED	235	236	206	312	296	127	-46,0 %
Tous les services excluant TED	4334	4434	4993	4693	4260	4028	-7,1 %

Quant aux délais d'accès aux services, les efforts investis pour diminuer les délais d'accès ont permis une réduction, tous services confondus, de 40,2 % passant de 92 jours à 55 jours de délai moyen. La seule équipe qui a vu son délai d'accès augmenter est celle des Troubles envahissants de développement en Pédopsychiatrie où le délai d'accès a augmenté de 83 à 368 jours entre 2006-2007 et 2011-2012. Cette augmentation est attribuable aux facteurs suivants : une augmentation générale des demandes d'évaluation, dont plusieurs qui ne proviennent pas des TED; un manque de ressources à l'interne (postes vacants); l'incapacité du réseau de 1^{re} ligne à traiter ces demandes.

Tableau 9 : Variation du délai d'accès

	Délai moyen	
	En jours	%
Tous les services confondus	▼ 92 à 55	- 40,2
Module d'évaluation-liaison pour adultes (guichet d'accès)	▼ 51 à 22	- 56,9
Autres services aux adultes et aux personnes âgées des 2 ^e et 3 ^e lignes, excluant les Troubles de l'alimentation	▼ 80 à 26	- 67,5
Troubles de l'alimentation	▼ 234 à 70	- 70,1
Pédopsychiatrie	▼ 131 à 153	+ 16,8
• Excluant l'Équipe des troubles envahissants du développement (TED)	▼ 146 à 32	-78,1
• Équipe TED seulement	▲ 83 à 368	+ 343,4
Ensemble de l'Institut excluant l'Équipe TED	▼ 92 à 30	- 67,4

3.6 Portrait et évolution des activités d'enseignement et de transfert des connaissances

L'Institut Douglas est le plus important milieu de formation en psychiatrie de l'Université McGill, avec qui il a un contrat d'affiliation. Ce contrat couvre l'ensemble des facultés et des écoles de l'Université liées au domaine de la santé mentale. L'Institut Douglas a aussi des ententes de service avec d'autres universités de la région de Montréal, avec l'Université Laval, l'Université d'Ottawa et l'Université Louvain en Belgique.

3.6.1 Formation clinique et en recherche

Les principaux programmes de formation clinique sont :

- l'enseignement prédoctoral en médecine (externat);
- l'enseignement postdoctoral en médecine : les résidents sont exposés à des problèmes de santé mentale, en utilisant une perspective développementale, de l'enfance jusqu'au troisième âge. L'Institut Douglas accueille surtout des résidents à un stade avancé de leur formation en raison de l'attrait qu'exercent les programmes surspécialisés. Le programme de formation en psychiatrie de l'Université McGill et tous ses milieux de stage sont agréés par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et par le Collège Royal;
- les soins infirmiers : le programme accueille des étudiants de grades collégial et universitaire (baccalauréat, maîtrise et doctorat). Les étudiants proviennent des collèges de la région de Montréal ou des universités McGill, de Montréal ou d'Ottawa;
- la psychologie : le programme accueille des stagiaires des cycles de baccalauréat, de maîtrise et de doctorat en provenance de cinq universités, soit McGill, Montréal, UQAM, Concordia et Laval. Le programme est reconnu par l'*American Psychology Association* en tant que membre du *McGill Psychology Internship Consortium*;
- l'ergothérapie : le programme s'adresse aux étudiants des deuxième et troisième années, et est reconnu par l'Association canadienne des ergothérapeutes. Il accueille des étudiants qui proviennent des universités de McGill, de Montréal et d'Ottawa;
- la nutrition : l'expertise en nutrition psychiatrique, en nutrition communautaire et en troubles alimentaires de l'adolescent et de l'adulte permet d'offrir des stages rarement disponibles ailleurs;
- les services sociaux : les étudiants majoritairement de premier et deuxième cycles proviennent exclusivement de l'École des services sociaux de l'Université McGill.

Les tableaux de l'annexe 3 présentent le nombre de stagiaires, excluant ceux de la recherche, pour la période de référence de 2008-2009 à 2011-2012. Nous constatons une augmentation dans tous les domaines d'activités :

- +21,2 % du nombre global de stagiaires et + 13,5 % des jours de stage;
- + 19,7 % du nombre de médecins formés (3^e et 4^e années, résidents et *fellows*);

- + 21,5 % du nombre en soins infirmiers, dont + 90,5 % au baccalauréat;
- + 21,1 % du nombre d'autres disciplines universitaires en santé. Une diminution de la formation au baccalauréat est notée tandis qu'une augmentation de 30,8 % à la maîtrise et une augmentation de 156,5 % au doctorat sont constatées.

Quant à la formation en recherche, l'Institut Douglas accueille des étudiants et des stagiaires inscrits dans un programme d'étude de premier, de deuxième ou de troisième cycle ainsi que de postdoctorat en psychiatrie, en neurologie, en pharmacologie, en épidémiologie, en anthropologie, en sociologie et en tout autre domaine associé à la psychiatrie. Plusieurs étudiants et stagiaires proviennent d'autres pays.

Le tableau 10 présente l'évolution du nombre d'étudiants des deuxième et troisième cycles ainsi que les *fellows* postdoctorat au Centre de recherche entre 2008-2009 et 2011-2012. Le nombre d'étudiants et de stagiaires a augmenté globalement de 20,4 % entre 2008-2009 et 2011-2012, avec des hausses significatives du nombre d'étudiants des deuxième (+ 25,9 %) et troisième (+ 30,7 %) cycles. Le nombre d'étudiants et de stagiaires dans toutes les catégories était encore plus élevé en 2010-2011.

Tableau 10 : Évolution du nombre d'étudiants et de stagiaires au Centre de recherche de l'Institut Douglas

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 11-12 vs 08-09
Maîtrise	58	70	82	73	+ 25,9 %
Doctorat	75	78	98	98	+ 30,7 %
<i>Fellows</i> postdoctorat	48	46	53	47	- 2,1 %
TOTAL	181	194	233	218	+ 20,4 %

3.6.2 Transfert des connaissances et soutien au réseau

Dans son rôle de soutien aux 1^{re} et 2^e lignes et dans le cadre des démarches de transfert de connaissances, l'Institut Douglas a mis en place une plateforme d'échange et d'application des connaissances qui permet de créer des synergies avec les différents acteurs participant au partage des connaissances, qu'il s'agisse d'enseignement, de recherche translationnelle, de l'application des nouvelles connaissances sur le terrain, des meilleures méthodes pédagogiques en fonction des publics ciblés, de l'éducation du public ou de l'utilisation des nouvelles technologies pour la diffusion du savoir.

Cette plateforme d'échange et d'application des connaissances permet aussi d'aligner les programmes de formation aux besoins de la 1^{re} ligne tant pour le bassin de desserte immédiat de l'Institut que pour l'ensemble des régions du RUIS McGill. En fait, l'Institut Douglas a mis en place des programmes de formation générale de même que des programmes de formation spécifique en réponse aux besoins identifiés par les partenaires et pour lesquels différentes modalités de formation sont offertes. Ces programmes permettent aux intervenants des CSSS d'avoir accès à différentes activités de formation, de soutien et d'accompagnement axées sur :

- la consultation;
- la supervision clinique;

- l'évaluation clinique;
- les soins partagés;
- le suivi à court terme des cas plus complexes;
- des formations spécifiques pouvant prendre différentes formes :
 - formation de groupe;
 - formation individuelle;
 - téléformation;
 - soutien postformation.

La formation est également très présente dans les services de pointe. À titre d'exemple, en plus de la formation d'équipes de suivi intensif dans le milieu mentionnée au chapitre 1 :

- le Programme PEPP a standardisé l'approche clinique pour les premières psychoses dans l'ensemble du RUIS McGill et a établi en plus un modèle hiérarchisé de services. Ainsi, chaque établissement applique l'approche clinique préconisée et, en cas de problème plus grave, peut faire appel sans tarder au Programme PEPP de l'Institut.
- le Programme des troubles de l'alimentation offre une formation à de nombreuses équipes des CSSS sur les interventions en troubles de l'alimentation. Il réunit présentement, dans le cadre de la téléformation, 16 CSSS des RUIS McGill et de Montréal pour de telles activités de transfert de connaissances. Ce Programme a d'ailleurs été reconnu en tant que pratique exemplaire lors de la visite d'Agrément Canada en avril 2011.

D'autres programmes de formation mis en place par l'Institut Douglas visent un public professionnel et communautaire plus large et intersectoriel : les forces de l'ordre, le milieu scolaire, la protection de la jeunesse, les intervenants en toxicomanie, les intervenants sociaux, les groupes d'intégration à l'emploi ou au logement, et différents organismes communautaires. Un des programmes qui mérite une attention particulière est le Programme de formation croisée qui permet aux différents partenaires de partager leurs connaissances et leurs expériences. Le Programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal, mis sur pied en 2002 par le chercheur Michel Perreault, Ph. D., consiste à soutenir les intervenants de différents milieux qui œuvrent auprès de personnes aux prises avec une double problématique en santé mentale et en toxicomanie.

3.6.3 Éducation du grand public

Les préjugés et la stigmatisation qui entourent la maladie mentale empêchent plusieurs personnes de prendre la parole et de chercher de l'aide. Pour contrer cette situation, l'Institut Douglas a mis en place des initiatives visant à intégrer les patients aux activités d'enseignement et à assurer l'éducation du grand public. Cette dernière est une préoccupation constante et représente un enjeu important puisqu'elle permet de démystifier et de déstigmatiser la maladie mentale.

À cet effet, les intervenants, chercheurs et étudiants de l'Institut Douglas sont engagés dans plusieurs activités de transfert des connaissances ciblant le grand public. Ces activités sont organisées par le Bureau d'éducation en santé mentale (BESM) de l'Institut Douglas. Deux initiatives sont au cœur des activités offertes au grand public :

- **Vues de l'esprit^{MD}** : une série de films dont le sujet principal traite d'un problème de santé mentale. La projection est suivie d'une discussion avec un expert de l'Institut Douglas, le réalisateur ou comédien et le public.
- **École Mini-Psy** : une série de cours explorant différentes maladies mentales donnés par des chercheurs et professionnels de la santé mentale de l'Institut Douglas. Les cours de l'École Mini-Psy sont filmés et diffusés sur les réseaux sociaux YouTube, iTunesU de l'Université McGill et sur la chaîne de télévision *Canal Savoir*.

Agrément Canada a d'ailleurs reconnu l'excellence de l'École Mini-Psy du Programme d'éducation du public en y accordant la mention de « Pratique exemplaire ».

De plus, l'Institut Douglas, par son site Internet et les médias sociaux, fournit diverses informations au sujet de la santé mentale. Mentionnons à titre d'exemple : 1) les Blogues du Douglas (entre autres Les Arts santé; Recovery Talks; Psychospeak with Dr. Z; Soigner entre les lignes; Mental Mechanics) qui fournissent des réflexions et des liens de référence sur des sujets traitant de maladies mentales; 2) les Réponses des experts (définition, traitements, conseils) au sujet de différents diagnostics; 3) des présentations audio et vidéo. L'Institut Douglas donne aussi la possibilité au public d'acheter des livres rédigés par des chercheurs et cliniciens de l'Institut ainsi que des coffrets de DVD des présentations offertes par l'École Mini-Psy.

3.7 Portrait et évolution des activités de recherche

La mission du Centre de recherche consiste à faire avancer les connaissances sur les causes des maladies mentales, à améliorer les outils diagnostiques et les traitements, et à identifier des mécanismes de prévention. Ses principaux objectifs sont :

- de développer des activités de recherche biologique, psychosociale et clinique;
- de promouvoir le travail de la relève en recherche et d'en assurer sa formation;
- de faciliter la recherche collaborative avec les services cliniques de l'Institut Douglas et leurs partenaires communautaires;
- d'établir et d'entretenir des liens avec les partenaires des centres de recherche du Québec, du Canada et du monde entier;
- d'assurer la mise en place des pratiques d'excellence au sein de la communauté scientifique.

Comme indiqué au premier point ci-dessus, les activités de recherche sont organisées à partir de trois grandes approches :

- la **recherche clinique** où les chercheurs cliniciens étudient les troubles mentaux sous toutes leurs facettes : l'étiologie, le diagnostic, le traitement et la prévention. Ils travaillent plus particulièrement avec des sujets humains, souvent en combinaison avec des données de laboratoire;
- la **recherche en neurosciences** (biologique) où les chercheurs tentent d'élucider les mécanismes neurologiques impliqués dans un grand nombre de troubles mentaux, allant de la schizophrénie à la démence en passant par la dépression et la dépendance aux stupéfiants;

- la **recherche psychosociale** dont le mandat est de contribuer à l'avancement des connaissances dans les domaines psychologiques et sociaux de la santé mentale. Ses objectifs sont entre autres de mieux comprendre l'origine, l'évolution et les conséquences des troubles mentaux et de contribuer au développement des politiques, des orientations et des services en santé mentale.

3.7.1 Thèmes de recherche

Les activités de recherche, incluant la formation en recherche, s'articulent autour de quatre thèmes qui sont alignés avec la mission clinique et les programmes-clientèles de l'Institut Douglas.

Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux

Ce thème de recherche a pour but d'identifier les déterminants génétiques ainsi que les facteurs biologiques et psychosociaux impliqués dans les causes, le traitement et la prévention de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés, de l'autisme, du TDAH, et d'autres troubles neuropsychiatriques d'origine développementale. Les activités de recherche portent sur :

- l'intervention précoce, qui améliore l'efficacité des traitements de la schizophrénie et des autres types de psychoses;
- l'identification de gènes liés à la schizophrénie, à l'autisme et au TDAH;
- l'identification des facteurs de prédisposition, comme les altérations génétiques et environnementales qui surviennent au cours du développement du cerveau;
- l'interaction entre les gènes et les facteurs environnementaux;
- le lien entre une infection maternelle au cours de la grossesse et le développement du cerveau des bébés;
- le lien entre le stress prénatal et le développement du cerveau des bébés;
- le lien entre le sommeil et le TDAH;
- les modifications anatomiques et fonctionnelles du cerveau détectées à l'aide de scanner ou d'électroencéphalogramme;
- l'étiologie de la schizophrénie, comme les mécanismes de transmission génétique, les anomalies de la structure et de la fonction cérébrales et les changements que cette maladie provoque dans la chimie du cerveau;
- les interventions précoces pour traiter les premiers épisodes de psychose. Le Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP-Montréal), axé sur le traitement de la schizophrénie et des troubles qui y sont associés, est le premier programme de cette envergure au Québec comprenant un volet de recherche développé.

Le Centre McGill de recherche sur la schizophrénie est associé à ce thème et compte plusieurs chercheurs et chercheurs cliniciens rattachés à l'Institut Douglas ainsi qu'aux autres hôpitaux et centres de recherche affiliés à l'Université McGill.

Services, politiques et santé des populations

Ce thème de recherche se concentre sur trois objectifs :

- accroître les connaissances sur les meilleures façons d'organiser les services de santé mentale et de dépendances pathologiques, et sur les facteurs sociaux, culturels et économiques qui

contribuent aux problèmes de santé mentale ou de dépendances pathologiques dans les populations d'ici ou d'ailleurs;

- promouvoir l'adoption de politiques et de services améliorés grâce à une collaboration étroite et soutenue entre les professionnels et les décideurs du domaine de la santé;
- mener des projets de recherche sur les facteurs qui peuvent aider les professionnels et les décideurs du domaine de la santé à intégrer les nouvelles connaissances dans l'organisation des services et la définition de politiques efficaces.

Les chercheurs de ce thème sont issus d'un grand nombre de disciplines telles que la psychologie, la médecine, l'anthropologie médicale, les services sociaux et l'économie. La recherche évaluative et la recherche sur l'organisation des services sont effectuées au sein de ce secteur d'activité.

Le projet de recherche Chez-soi, financé par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), a été mené par des chercheurs faisant partie des équipes de ce thème de recherche.

Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI)

Les chercheurs de ce thème se penchent particulièrement sur les problèmes de dépression, les troubles bipolaires, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation, l'alcoolisme, la toxicomanie, les perturbations du sommeil, les déséquilibres de la personnalité et le suicide. Le Groupe McGill d'études sur le suicide est associé à ce thème.

Les activités de recherche se regroupent autour de trois domaines principaux :

- la pathophysiologie du stress, des traumatismes et des traits de personnalité : la façon dont le stress et les traumatismes déclenchent différentes formes de troubles dans un contexte biopsychosocial donné;
- la génétique : des recherches cliniques afin de repérer les facteurs de risque génétiques associés aux troubles de l'alimentation, aux troubles de la personnalité, à l'alcoolisme, à la toxicomanie, au suicide et à l'hyperactivité avec déficit de l'attention;
- les interventions spécialisées : les effets des interventions spécialisées dans le traitement des différentes pathologies (par exemple, l'intervention précoce pour le syndrome du stress post-traumatique, la thérapie de groupe pour le trouble panique, les interventions spécialisées pour le traitement des troubles de l'alimentation).

Vieillesse et maladie d'Alzheimer

Les chercheurs de ce thème s'intéressent particulièrement à la détection précoce de la démence chez les personnes âgées. Leurs travaux se concentrent sur les différents types de marqueurs biologiques et psychologiques qui y sont associés. De façon précise, les membres de ce thème de recherche :

- travaillent à étudier et à décrire l'apparition et le décours temporels de la maladie d'Alzheimer et des démences connexes, et aussi à identifier de nouvelles pistes pour le traitement précoce et la prévention des maladies neurodégénératives. Les recherches incluent les aspects cliniques, cognitifs, génétiques, moléculaires et neuropsychologiques de ces maladies et sont effectuées

avec d'autres chercheurs du réseau McGill ainsi qu'à travers des collaborations nationales et internationales;

- étudient les déterminants génétiques et les marqueurs biologiques de la démence utilisant des études d'association génomiques (*genome-wide association studies*) en plus d'études chez des familles uniques (isolats). Les résultats de ces études pourraient éventuellement mener au développement de traitements pharmacologiques plus efficaces;
- examinent les substrats neuronaux de la mémoire et de l'apprentissage en utilisant des modèles animaux (*knock-out*, *knock-in* et *expressers conditionnels*) et des études chez l'humain, et en utilisant des tests comportementaux et des modèles de réalité virtuelle. De plus, l'imagerie cérébrale fonctionnelle et structurelle est utilisée pour comprendre les changements des réseaux neuronaux associés aux déficits cognitifs et des fonctions exécutives observées lors du vieillissement normal et pathologique;
- étudier les mécanismes influant sur le vieillissement et les démences et leurs impacts, dont le stress, principalement par ses effets métaboliques passant par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et la sécrétion d'hormones glucocorticoïdes (en lien avec les travaux du thème THAI). L'identification des variables du stress qui contribuent au vieillissement pathologique et à la démence pourrait éventuellement permettre d'identifier des traitements efficaces pour retarder l'apparition de désordres neurodégénératifs et le déclin cognitif associé avec l'âge;
- explorent, en partenariat avec l'industrie biopharmaceutique, de nouvelles approches thérapeutiques grâce à des essais randomisés en phases 2 et 3 dans le but d'identifier de nouveaux médicaments plus efficaces dans le traitement des troubles cognitifs observés chez le patient atteint d'Alzheimer.

Les partenaires principaux de ce thème sont :

- le Centre McGill d'études sur le vieillissement qui est localisé à l'Institut Douglas;
- des chercheurs d'autres centres de recherche du réseau McGill qui, grâce à l'utilisation de techniques avancées, sont en mesure d'analyser les cerveaux sains et ceux affectés par les états pathologiques associés au vieillissement;
- le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.

3.7.2 Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé/Organisation panaméricaine de la santé de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale

Établi à l'Institut Douglas en 1982, le Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal a pour mandat d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale à travers le monde. Il est particulièrement actif dans les pays d'Amérique latine où le manque de spécialistes en santé mentale est flagrant et les besoins, criants.

Le rôle du Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal est à la fois consultatif, scientifique et éducatif et ses travaux visent trois objectifs principaux :

- participer à la conception et à la mise en œuvre de programmes de santé mentale selon les orientations de l'OMS et de l'OPS;
- utiliser les résultats pertinents des chercheurs du Centre de recherche pour développer des instruments de mesure efficaces;
- former des candidats du monde entier dans les domaines de la psychopharmacologie, de la réadaptation psychosociale, de la pédopsychiatrie, du développement communautaire, de la méthodologie de recherche, de la formulation de politiques, de la prévention et du traitement des toxicomanies.

Le Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal est affilié à l'Université McGill. Pour réaliser ses objectifs, il fait appel à un réseau de consultants internes (de l'Institut Douglas et de l'Université McGill) et externes provenant d'autres universités, d'établissements de santé, d'organismes communautaires et d'organismes non gouvernementaux de Montréal et du monde entier.

3.7.3 Plateformes technologiques

Les chercheurs de l'Institut Douglas et leurs partenaires dans la communauté scientifique bénéficient de plusieurs ressources et de plateformes importantes.

Le Centre pour l'avancement de la recherche clinique

L'objectif du Centre pour l'avancement de la recherche clinique (CARC) est de développer les connaissances reliées aux mécanismes, aux diagnostics et aux traitements des maladies mentales grâce à la recherche clinique. La prévention constitue également une préoccupation constante. Le CARC est constitué d'un plateau technique externe offrant aux chercheurs cliniciens des services tels que les prises de sang, l'électrocardiographie et divers types d'évaluations physiologiques, psychologiques, comportementales ou autres.

Le CARC dispose de lits d'observation, de personnel infirmier, d'un laboratoire d'analyse psychopharmacologie, d'un centre de prélèvements et d'équipements d'électro-encéphalographie (EEG) et d'électrocardiographie. Le CARC sert plusieurs centres, groupes et laboratoires de recherche y compris : le Centre d'études des rythmes circadiens (D. Boivin), le Centre d'études sur le stress (J. Pruessner), le Centre McGill d'études des aspects génétiques comportementaux et biologiques du suicide (G. Turecki), le Laboratoire en épigénétique (M. Meaney), le Laboratoire d'études génétiques des maladies mentales (R. Joober), le Laboratoire d'études sur la mémoire spatiale (V. Bohbot), le Laboratoire d'études du sommeil chez les enfants (R. Gruber), le Laboratoire d'électrophysiologie (S. Williams, T. P. Wong, F. El Mestikawy), le Laboratoire de neuroanatomie (N. Mechawar), le Laboratoire de chronobiologie (F. Storch, N. Cermakian), le Laboratoire de neurobiologie moléculaire (R. Quirion, J. Poirier, B. Giros, F. El Mestikawy), le Groupe des essais pharmaco-cliniques qui regroupe les chercheurs cliniciens participant aux études avec l'industrie privée (V. Nair, A. Malla, D. Bloom, R. Joober, S. Beaulieu), le Centre d'études et de prévention de la maladie d'Alzheimer (J. Breitner) et le Centre McGill d'études sur le vieillissement (J. Pruessner).

La Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada

Créée en 1980 grâce à un investissement majeur de la part de la Fondation de l'Institut Douglas, la Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada est la plus ancienne au Canada et l'une des deux plus importantes réserves de cerveaux autopsiés, avec plus de 3 000 spécimens.

La Banque de cerveaux reçoit des tissus cérébraux de façon régulière, ce qui fait d'elle la seule banque de cerveaux en activité au Canada. L'accès à ces tissus permet aux chercheurs de découvrir les causes des différentes maladies du cerveau ou de mettre au point des traitements efficaces contre les maladies mentales. La Banque de cerveaux fournit des échantillons cérébraux à la communauté scientifique à travers le monde.

Aujourd'hui, la Banque de cerveaux est subventionnée par la Fondation de l'Institut Douglas, Bell Canada, le FRQS (Réseau québécois de recherche sur le suicide) et les dons du public. De plus, une partie importante de ses activités fait l'objet d'une entente avec le Bureau du coronar du Québec. Grâce à l'appui de ce dernier, la Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada et le Groupe McGill d'études sur le suicide étudient notamment les facteurs biologiques associés aux troubles de l'humeur et au suicide. Les travaux de recherche réalisés à partir des tissus cérébraux permettent d'élaborer des programmes d'intervention et de prévention destinés à aider les personnes qui souffrent de détresse et présentent un risque suicidaire.

Le Centre de neurophénotypage

Le neurophénotypage permet de déterminer comment certains gènes, soumis à des stress environnementaux, affectent le cerveau, le comportement et les fonctions cognitives. Le but est d'identifier les facteurs de risque qui contribuent à rendre l'organisme vulnérable à la maladie mentale et au développement de comportements anormaux, tout en cherchant à concevoir de nouveaux traitements. Le Centre de neurophénotypage de l'Institut Douglas se démarque des autres centres par la place qu'il donne à la santé mentale et parce qu'il met en lumière l'interaction des gènes avec l'environnement.

Fondée en 2006 avec l'aide du Réseau de recherche en transgénèse du Québec (RRTQ) et agrandie en 2008, la plateforme de neurophénotypage fournit à la communauté scientifique du Québec et du Canada l'expertise nécessaire pour tous les aspects liés à l'analyse comportementale. Elle offre des services et un soutien qui facilitent le travail scientifique et la diffusion des résultats, dont :

- un choix de tests le plus approprié aux hypothèses à évaluer;
- la conception et l'exécution de tests comportementaux;
- l'analyse statistique et l'interprétation des données;
- la préparation de rapports en format prêt pour publication.

Le Centre d'imagerie cérébrale

Les chercheurs recourent à diverses méthodes d'imagerie cérébrale afin d'étudier de façon non invasive la structure et les fonctions du cerveau qui sont affectées par la maladie mentale.

Le Centre d'imagerie cérébrale (CIC) de l'Institut Douglas, financé par une subvention du ministère du Développement économique, de l'innovation et de l'exportation (aujourd'hui le ministère des Finances et de l'Économie) et inauguré au printemps 2012, est une installation de pointe consacrée à la recherche clinique et préclinique en imagerie cérébrale dans le domaine de la santé mentale. Le CIC offre aux chercheurs une plateforme d'analyse de données d'imagerie cérébrale, issues de la neuroimagerie fonctionnelle et structurale. Il abrite deux scanners cérébraux, dont l'IRM 3 tesla pour les humains et l'IRM 7 tesla destiné aux petits animaux, qui permettent :

- de meilleurs diagnostics : le scanner facilite l'identification de biomarqueurs de différentes maladies psychiatriques dans le cerveau des patients. Présentement, les diagnostics – que ce soit la schizophrénie, la dépression majeure ou les troubles de l'anxiété – sont établis à partir de l'observation des patients et leur auto-évaluation;
- de meilleurs pronostics : grâce aux mesures précises possibles avec le scanner, les chercheurs peuvent mieux prédire l'évolution de la maladie pour chaque individu et ainsi ajuster les traitements en conséquence;
- des études longitudinales : avec des appareils *in situ*, les chercheurs peuvent suivre plus de patients et sur une plus longue période de temps;
- le développement de modèles animaux pour différentes maladies mentales : les chercheurs peuvent étudier le cerveau d'animaux et voir comment il réagit sous certaines conditions, par exemple, le stress ou l'abus de drogues.

Le CIC héberge aussi des unités de recherche en optogénétique et en électrophysiologie chez les petits animaux ainsi que des unités de recherche en stimulation magnétique transcrânienne, en études cliniques et en électrophysiologie cérébrale chez les humains.

3.7.4 Services aux chercheurs

Les chercheurs de l'Institut Douglas bénéficient des services de soutien à la recherche suivants :

Service de consultation en biostatistique

Le Service de consultation en biostatistique fournit un support statistique et méthodologique aux chercheurs de l'Institut Douglas et à leurs étudiants durant toute la progression de leurs projets de recherche, de la planification à l'interprétation des résultats.

Le Service de consultation en biostatistique offre des services de collaboration à long terme ainsi que des services de consultation ponctuelle. Les services de collaboration visent à assurer que le plan d'expérience proposé et la taille de l'échantillon soient adéquats pour soutenir les besoins de l'étude et répondre aux objectifs de recherche. Ces services comprennent :

- la planification de l'expérience :
 - le choix du plan d'expérience (design);
 - l'identification de l'analyse statistique appropriée;
 - la détermination de la taille d'échantillon;

- la préparation du protocole;
- l'exécution des analyses statistiques et leur suivi;
- la participation à la rédaction d'un rapport ou article.

Les consultations ponctuelles visent à fournir des conseils spécifiques entre autres sur :

- l'utilisation de SPSS ou de SAS®;
- des questions sur un test statistique;
- l'interprétation des résultats;
- la révision d'un article.

Unité de gestion de données

L'Unité de gestion de données (UGD) a été créée en 2003 pour faciliter la production et la gestion de sondages et d'enquêtes au Centre de recherche.

L'UGD est régulièrement utilisée par plusieurs groupes et services de l'Institut Douglas : les directions et services cliniques, les chercheurs, les services des communications et tout autre groupe de l'Institut qui a besoin de soutien dans le développement de questionnaires et de gestion de bases de données. Les services offerts incluent :

- la mise en forme et la mise en ligne de questionnaires d'enquête ou d'instruments d'évaluation;
- la mise en forme de questionnaires d'enquête ou d'instruments d'évaluation en version papier;
- la saisie de données;
- l'envoi des bases de données en plus de 30 formats.

L'UGD peut aussi faciliter :

- le recrutement en ligne de participants à un projet de recherche;
- l'inscription en ligne à des formations et à des colloques;
- l'évaluation de programme, de formation ou de conférence.

Bureau de transfert des connaissances

Le Bureau de transfert des connaissances (BTC) a été mis sur pied pour aider les membres du Centre de recherche à planifier, à financer et à réaliser leurs activités de transfert de connaissances. Partie intégrante de la plateforme d'échange et d'application des connaissances déjà abordée à la section 3.6.2, le BTC fournit les services suivants :

- une aide à l'élaboration d'un plan de dissémination (transfert de connaissances ciblé);
- l'encadrement pour la planification et la réalisation d'activités de transfert de connaissances;
- le soutien dans la recherche de financement pour les activités de transfert de connaissances;
- des conseils à la rédaction de texte portant sur le transfert de connaissances dans les demandes de subventions opérationnelles.

Le BTC offre aussi un soutien pour :

- l'organisation d'événements de transfert de connaissances;
- la révision de demandes de subvention pour les activités de transfert de connaissances;
- la protection de la propriété intellectuelle en collaboration avec l'*Office of Sponsored Research* (OSR) de l'Université McGill;
- la recherche de partenaires pour la communication des résultats de recherche.

3.7.5 Évolution des activités de recherche

Comme l'indique l'Étude de préfaisabilité de 2009, le Centre de recherche a connu une progression fulgurante depuis ses débuts en 1982 et a atteint une renommée internationale. Le rythme de son développement continue d'accélérer, avec l'arrivée de trois nouveaux chercheurs par année en moyenne. Chaque nouveau chercheur accueille de trois à quatre étudiants ou stagiaires lors de son arrivée, et avec les taux de succès connus aux compétitions scientifiques, augmente rapidement son équipe d'assistants et d'étudiants.

Les équipes de recherche sont multidisciplinaires et comptent maintenant 63 chercheurs principaux (dont 11 recrutés au cours des 4 dernières années, soit une augmentation de 10,5 % depuis 2006-2007) et 218 *fellows* et étudiants des 2^e et 3^e cycles (augmentation de 20,4 % entre 2008-2009 et 2011-2012), dont les percées résultent en une moyenne de plus de 200 publications scientifiques par année. Plus de 42 % des chercheurs reçoivent des bourses et 7 chercheurs principaux sont titulaires de chaires de recherche du Canada, dont 4 qui ont été accordées depuis 2006-2007 (augmentation de 133 %) à des experts provenant des États-Unis, de la France et de la Belgique.

Lors des compétitions auprès des organismes subventionnaires du Canada, les chercheurs de l'Institut Douglas se démarquent remarquablement avec un niveau d'obtention de bourses salariales s'élevant à 65 %. En ce qui concerne les subventions de recherche, le taux de réussite est aussi exceptionnel, comme démontré au concours de l'automne 2011 des Instituts de recherche en santé du Canada, auquel le Centre de recherche a obtenu un taux de succès de 30 % (plus de 5 M\$) alors que la moyenne nationale se chiffrait à 16 % et à 20 % dans le cas du réseau McGill.

De plus, lors de sa dernière évaluation en 2011, le FRQS a qualifié la performance du Centre de recherche d'« exemplaire ». Deux thèmes de recherche ont été évalués comme « excellents », soit les thèmes Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux et Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité. Les thèmes Services, politique et santé des populations et Vieillesse et maladie d'Alzheimer ont été qualifiés d'« exceptionnels ».

En 2011-2012, les subventions et les bourses reconnues par le FRQS totalisaient près de 14 M\$, comparativement à 10,8 M\$ en 2006-2007, soit une augmentation de près de 28 % (voir tableau 8). Les fonds de recherche du Centre représentent 70 % de l'ensemble des subventions du département de psychiatrie de l'Université McGill.

Tableau 11 : Évolution du nombre de chercheurs et de chercheurs boursiers, des subventions et des bourses

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 11-12 vs 06-07
Chercheurs principaux	57	57	53	55	59	63	10,5 %
Chercheurs boursiers	24	24	21	22	22	27	12,5 %
Subventions reconnues	8,5 M\$	8,6 M\$	9,6 M\$	10,3 M\$	9,7 M\$	10,3 M\$	21,2 %
Bourses reconnues	2,3 M\$	2,6 M\$	2,9 M\$	3,2 M\$	3,1 M\$	3,5 M\$	52,2 %
Total	10,8 M\$	11,2 M\$	12,5 M\$	13,5 M\$	12,8 M\$	13,8 M\$	27,8 %

3.8 Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS), un des quatre mandats d'institut universitaire, est un champ d'activités qui vise à soutenir la prise de décision des gestionnaires et des intervenants en santé mentale à partir d'un processus d'analyse transparent, rigoureux et critique dans une perspective d'amélioration des pratiques et d'utilisation efficace et efficiente des ressources. L'unité d'ÉTMIS (UÉTMIS) de l'Institut Douglas se veut un réel carrefour des forces vives de l'Institut en arrimant l'expertise de la démarche scientifique aux questionnements cliniques et administratifs afin de favoriser un transfert et une application des connaissances respectueuse des valeurs du milieu.

L'UÉTMIS du Douglas est indépendante des directions cliniques et de recherche et joue un rôle consultatif; ses recommandations sont discutées et entérinées par un comité consultatif représentant les différentes parties prenantes de l'Institut. L'objectif principal de l'UÉTMIS est d'effectuer une analyse rigoureuse de technologies ou d'interventions existantes ou émergentes en santé mentale en tenant compte des facteurs sociaux, économiques, éthiques et juridiques pertinents pour ensuite formuler des recommandations en fonction des valeurs et de la culture organisationnelles de l'Institut ou du réseau de la santé et des services sociaux selon l'auditoire cible.

En effet, l'UÉTMIS du Douglas joue un rôle non seulement au plan institutionnel, mais également au plan de la Table de santé mentale du RUIS McGill, du CNESM et de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en fonction des ententes entre les trois Instituts en santé mentale du Québec et de leurs expertises et intérêts respectifs.

L'UÉTMIS du Douglas peut compter, à même l'Institut, sur une expertise de supervision en méthodes ÉTMIS par l'entremise d'Éric Latimer, Ph. D. économiste et membre du comité scientifique permanent de l'INESSS, de Norbert Schmitz, Ph. D. en revues systématiques et statistiques, de Michel Perreault, Ph. D. en évaluation de programme et d'Anne Crocker, Ph. D. en transfert des connaissances, pour n'en nommer que quelques-uns. De plus, une équipe d'agents de planification, de programmation et de recherche formés en ÉTMIS et en évaluation de programme fait partie de l'UÉTMIS et assure la mise en œuvre des activités UÉTMIS. L'UÉTMIS du Douglas compte de plus sur une large expertise scientifique et clinique en contenus de multiples domaines de la santé mentale – des aspects neurobiologiques et pharmacologiques jusqu'aux politiques en santé – pour la constitution de ses comités consultatifs.

4. Projet clinique

4.1 Les orientations nationales et les lois structurantes

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (spécifiquement l'article 89) définit un institut universitaire ainsi : « ... pour une seule discipline médicale...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 recherche du Québec – Santé. »

Le MSSS a aussi défini les objectifs poursuivis par la désignation des candidats au titre d'Institut universitaire en santé mentale. Ils sont :

- de favoriser l'émergence, dans les milieux de pratique, d'une culture universitaire qui soit une source de connaissance utile pour le maintien et le développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant un problème de santé mentale et à leurs proches;
- d'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;
- de permettre aux institutions en présence, dans le respect de leur mission respective, de réaliser les orientations ministérielles en matière de soins et de services en santé mentale tant dans les services de base dans la communauté que dans les services hospitaliers et les services spécialisés de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale.

Le rôle d'un institut universitaire en santé mentale est aussi reconnu dans le PASM 2005-2010. Le rôle est décrit ainsi : « [...]un institut aura comme rôle déterminant d'innover dans le développement des pratiques de soins partagés, de contribuer au meilleur arrimage possible des soins spécialisés et des services de santé mentale offerts dans les services de première ligne, et de soutenir la mise en place de mesures d'intégration sociale. »

Le MSSS a octroyé la désignation d'institut universitaire en santé mentale à l'Institut Douglas en 2006 et a renouvelé cette désignation en 2011 (voir la lettre à l'annexe 4 et Documents en appui).

4.2 Les orientations régionales

L'implantation du PASM 2005-2010 au niveau régional vise à renforcer le rôle des hôpitaux psychiatriques dans la prestation de services des 2^e et 3^e lignes, selon leurs missions et mandats, en assurant le développement des services de 1^{re} ligne et en établissant un partenariat entre les CSSS, les hôpitaux psychiatriques, les organismes communautaires et d'autres entités intersectorielles. La transformation de l'organisation des services a comme principal objectif de créer un réseau de services intégré et fluide, facilitant ainsi le continuum de soins et de services requis par la clientèle.

Le PASM prévoit aussi une augmentation de l'accès à des services particuliers, tels le suivi intensif dans le milieu et le soutien d'intensité variable ainsi qu'aux ressources résidentielles en santé mentale. C'est d'ailleurs dans ce cadre que l'Institut Douglas a été désigné, en 2009, l'un des deux établissements gestionnaires des ressources résidentielles en santé mentale pour la région de Montréal.

L'Institut Douglas a pris le *leadership* avec les deux CSSS de sa zone de partenariat de manière à faire progresser rapidement l'implantation du PASM dans son bassin de desserte immédiat quant au transfert de ressources, à la mise en place des guichets d'accès, à l'accès aux psychiatres répondants, aux soins partagés, à la formation et au soutien de la 1^{re} ligne.

4.3 Les principes guidant le projet clinique

Les principes guidant l'élaboration du Plan clinique et académique sont influencés par l'approche en santé mentale préconisée par l'Institut Douglas, les tendances et les enjeux futurs des soins et services en santé mentale ainsi que par le mandat d'institut. Pour cette raison, le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas tient compte des éléments suivants :

Sur le plan de l'approche en santé mentale :

- l'approche centrée sur le patient, sa famille ou ses proches et la participation de ceux-ci dans le processus de soins;
- l'approche visant la déstigmatisation;
- le rétablissement et l'intégration dans la société de la personne vivant avec une maladie mentale comme objectif ultime.

En ce qui a trait aux tendances et enjeux liés à la prestation des soins et services :

- l'augmentation des problèmes de santé multiples, tels les troubles de santé mentale associés aux problèmes de toxicomanie, de dépendances, de santé physique et de psychiatrie légale;
- le diagnostic précoce de certaines maladies mentales, à partir de la jeune adolescence;
- l'augmentation des hospitalisations pour les premières psychoses;
- l'augmentation de l'incidence des maladies mentales, notamment chez les jeunes et les personnes âgées;
- le développement du volet de prévention des maladies mentales;
- le développement de partenariats avec les établissements du RUIS McGill et d'autres RUIS afin d'améliorer l'organisation des services et leur accès et le continuum de soins;
- l'augmentation de la demande de services en santé mentale jumelée à une réduction prévue de l'offre au Centre universitaire de santé McGill.

Quant au mandat d'institut :

- le développement des missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- l'intégration de l'enseignement et de la recherche dans le milieu des soins afin de favoriser la pratique interdisciplinaire et le développement des connaissances;
- le développement et l'application des meilleures pratiques fondées sur les données probantes;
- le partage des connaissances et l'interaction avec l'ensemble des partenaires.

4.4 Les clientèles visées

Compte tenu des forces établies à l'Institut Douglas, des tendances des dernières années et des orientations organisationnelles d'autres établissements dans le réseau, l'Institut Douglas prévoit qu'il devrait assurer une offre de services aux catégories générales et spécifiques de clientèle avec un profil en :

- pédopsychiatrie;
- gériopsychiatrie;
- psychiatrie adulte;
- psychiatrie légale;
- psychiatrie itinérance.

4.5 Le portrait des services cliniques et des activités académiques

Le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas prévoit une consolidation des services des 2^e et 3^e lignes, le développement des activités d'enseignement et de recherche, et le rehaussement de la capacité organisationnelle en matière d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

L'offre de services spécialisés de l'Institut Douglas s'appuie sur ses pratiques de pointe et ses forces cliniques et scientifiques dans des domaines particuliers dont les tendances reflètent des besoins en évolution dans le réseau. Dans ce contexte et en conformité avec les orientations et les objectifs du PASM, de son mandat d'institut universitaire et des besoins particuliers des établissements du RUIS McGill, l'Institut Douglas prévoit renforcer les services de 3^e ligne afin d'assurer l'accès aux services pour la clientèle ayant des problématiques complexes, incluant la clientèle de psychiatrie légale et de psychiatrie itinérance, tout en assurant le soutien aux établissements devant fournir la prestation de services de 1^{re} et de 2^e lignes. Il prévoit aussi poursuivre les mandats qui lui sont accordés quant aux services à la clientèle des Cris et des Inuits et au développement des ressources résidentielles.

4.5.1 Services cliniques

L'organisation et la gestion des services cliniques continueront à s'articuler autour des huit programmes-clientèles définis à la section 3.3. De plus, l'Institut Douglas prévoit créer le Programme Grand Nord afin de consolider l'organisation et la gestion des services et des activités pour la clientèle des Cris et des Inuits. Ce programme est décrit plus loin dans cette section.

Les prévisions mises à jour en 2012 (voir l'Addendum aux Études de préfaisabilité, mai 2012) donnent un indice des changements et des impacts à considérer pour l'avenir. Les services cliniques décrits dans cette section seront renforcés pour mieux répondre aux besoins de la clientèle visée et à ceux du réseau.

Clientèle adolescents-jeunes adultes : Services 14 – 25 ans

De nombreuses études épidémiologiques démontrent que plus de trois quarts des problèmes de santé mentale commencent avant l'âge de 25 ans. Plusieurs des désordres à l'adolescence sont indifférenciés,

présentent plusieurs symptômes et progressent vers des maladies que nous connaissons traditionnellement, telles que psychoses, dépression, troubles bipolaires et autres. Une étude épidémiologique récente portant spécifiquement sur la prévalence des problèmes psychiatriques au sein de la population du sud-ouest de Montréal démontre une prévalence de 16,7 % alors que la moyenne canadienne est de 11 %. De plus, cette étude montre que ce pourcentage est légèrement plus élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans que chez les adultes de 55 ans et plus (Caron, J. et coll., BMC Psychiatry, 2012).

La séparation administrative entre les services aux enfants-adolescents et les services aux adultes est loin de laisser la place requise au développement de la prévention et de l'intervention précoces. Très souvent, des problèmes qui auraient pu être évités ou leurs séquelles diminuées sont identifiés trop tard pour permettre un rétablissement optimal. Selon M. Patrick McGorry, le système actuel est le plus faible là où il devrait être le plus fort. Cela fait dire à ce chercheur clinicien, responsable de la réorganisation des services pour les jeunes en Australie, que les maladies mentales sont les nouvelles maladies chroniques des jeunes (2012).

La problématique ne se situe pas seulement sur le plan de la transition – du transfert entre les différents paliers de services – mais aussi, et surtout, sur le plan de l'adéquation des services pour les jeunes de 14 à 25 ans, âges pivots dans l'apparition des maladies mentales.

La réponse de l'Institut Douglas à cette problématique est la suivante :

« Il apparaît logique d'organiser les soins de cette clientèle au sein d'une structure commune. Cette nouvelle structure organisationnelle doit offrir des services interdisciplinaires et intersectoriels mieux adaptés aux besoins de cette jeune clientèle dont les besoins cliniques et psychosociaux, rapidement changeants, sont loin de respecter les frontières de l'âge légal pour être considérée comme adulte et autonome. Une telle structure et offre de services feront donc appel à une collaboration étroite avec les partenaires des divers secteurs des soins de santé et des services sociaux de façon à éviter toute duplication de services, et aussi de façon à couvrir l'ensemble des besoins potentiels de la jeune clientèle. »

À cet égard, les démarches préconisées par l'Institut Douglas prévoient la participation des médecins de famille, des pédiatres, soit directement ou par l'intermédiaire des CSSS, des intervenants de diverses disciplines de santé, des intervenants du volet de psychiatrie légale, de toxicomanie, des ressources des centres Emploi-Québec, des milieux scolaires, des centres de crise ou d'itinérance, et de diverses ressources communautaires offrant des services de soutien plus spécialisés, tels que Revivre, Les Impatients et autres.

L'Institut Douglas prévoit mettre en place ce modèle de soins d'abord sous forme de projet pilote et partager les résultats de ce projet avec l'ensemble du réseau québécois, le but étant d'identifier les écueils d'un tel modèle de soins et aussi d'en étudier les bienfaits directs et indirects sur la qualité et l'efficacité de la prestation de soins. Nous nous attendons à ce que le bénéfice le plus important soit une détection et un traitement plus précoces des conditions de santé mentale.

Les objectifs de ce modèle de prestation de soins sont :

- de procurer aux jeunes patients un environnement clinique interdisciplinaire où les traitements sont mieux adaptés à leurs besoins en tenant compte de leur degré de maturité et de l'évolution de leur condition;

- d’assurer une meilleure continuité des soins et des services, et de prévenir la détérioration de l’état mental des jeunes patients durant le passage de l’adolescence à l’âge adulte;
- d’intégrer des protocoles de recherche au sein de la structure clinique;
- d’élaborer des projets de recherche portant sur l’organisation des services et sur le transfert des connaissances avec les partenaires de la 1^{re} ligne.

La structure de prestation de services prévoit :

- une équipe interdisciplinaire des « surspécialités » psychiatriques, soit les pédopsychiatres, dont il ne faut pas diluer le rôle pour les 14-25 ans. Cependant, les patients auront accès à des consultants psychiatres adultes spécialisés en troubles de l’humeur, en troubles psychotiques et en désordres alimentaires. L’équipe interdisciplinaire sera composée de médecins, de travailleurs sociaux, de psychoéducateurs, de psychologues et d’infirmières;
- que les patients de moins de 18 ans soient inscrits au nom d’un pédopsychiatre et que le traitement soit défini en partenariat avec l’équipe médicale interdisciplinaire. Les patients nécessitant un suivi à plus long terme, parmi ceux qui ont été identifiés avec une maladie évolutive, seront donc déjà connus du psychiatre adulte qui prendra la relève, mais toujours au sein de la même équipe interdisciplinaire 14-25 ans;
- une collaboration exceptionnelle entre pédopsychiatre et psychiatre adulte pour assurer une transition optimale. Cela constitue une nouvelle approche qui serait mise au service de la jeune clientèle. De plus, ce modèle vise à réduire la probabilité de rupture de services liés à l'arbitraire de la détermination de l'âge et donc à la chronicisation des problématiques;
- que l’équipe inclura également des participants des divers secteurs du système de santé et des services sociaux de façon à mieux arrimer les divers services et à assurer une meilleure détection et prise en charge des problèmes de santé mentale. De plus, cette association permettra de mieux effectuer le transfert de connaissances entre les partenaires et de valider les modèles de prestation de soins les plus efficaces avant de partager ces résultats avec l’ensemble du réseau québécois.

Comme tous les programmes à l’Institut Douglas, les Services 14-25 ans comportent un volet de recherche. Par ailleurs, les Services 14-25 ans facilitera l’intégration de projets de recherche spécifiques à l’étude du développement et de la biologie de maladies spécifiques tels que les troubles de l’humeur, dont la maladie bipolaire et les troubles psychotiques, et sera le milieu idéal pour intégrer la recherche sur l’organisation des services médicaux. Il en va de même quant au transfert des connaissances puisque les divers partenaires de la 1^{re} ligne jusqu’à la 3^e ligne participeront à la prestation de services.

Il est à noter qu’un premier jalon vient d’être franchi à cet égard puisque l’équipe des troubles bipolaires vient tout juste d’obtenir une subvention de recherche (Projet +Prends Soin de Toi+ : Dre Andrée Daigneault et Dr Serge Beaulieu) qui permettra de développer des outils de psychoéducation mieux adaptés aux besoins de la jeune population atteinte de cette maladie. Ce projet comprend et a reçu l’appui des partenaires locaux de l’Institut Douglas (les CSSS DLL et SOV) et des organismes communautaires dont Revivre. Ce projet de recherche prévoit également le transfert des connaissances aux partenaires de la 1^{re} ligne.

Il faut ajouter que l'Institut Douglas bénéficie déjà d'une longue expérience dans le développement de services de pointe orientés vers le traitement précoce des troubles psychiatriques, particulièrement psychotiques, ce qui recoupe également une partie des troubles de l'humeur, notamment certains patients dont la maladie évoluera vers un trouble bipolaire ou schizo-affectif.

Le modèle de prestation de services au 14-25 ans s'inspire du Programme PEPP-Montréal qui met l'accent sur la prévention et la détection précoces. Le PEPP est en place à l'Institut Douglas depuis 10 ans maintenant. Ce programme d'évaluation et d'intervention précoce pour les premières psychoses a permis de réaliser d'importants progrès dans le dépistage précoce et le traitement des cas de premier épisode psychotique (prévention secondaire). Comme de tels programmes devraient pouvoir offrir des services aux personnes à risque très élevé, c'est-à-dire avant l'apparition de la maladie (prévention indiquée), l'Institut Douglas a créé la Clinique d'évaluation des jeunes à risque (CÉJR ou CAYR pour *Clinic for assessment of youth at risk*) en 2005 en tant que projet pilote et travaille présentement à consolider la pérennité de cette clinique. L'Institut Douglas prévoit développer également une telle approche de prévention indiquée pour les Services 14-25 ans qui, grâce à son arrimage étroit à des services spécialisés, permettra de réduire ou d'éliminer tout retard dans le diagnostic et le traitement. Ce dernier point est extrêmement important puisqu'il existe des preuves solides démontrant que les retards de traitement sont associés à une issue moins favorable.

Il existe actuellement quatre points de service du PEPP-Montréal dans le réseau des hôpitaux du RUIS-McGill. Le PEPP-Montréal collabore également avec tous les CSSS, les écoles secondaires, les cégeps, les universités et les groupes communautaires ainsi que tout organisme susceptible d'avoir des liens avec les jeunes dans le Grand Montréal. Ce modèle auprès des jeunes à risque sert de guide pour élargir les actions de prévention et d'intervention précoce des problèmes de santé mentale chez les 14-25 ans et auprès des partenaires du RUIS-McGill et du réseau local de l'Institut.

Psychiatrie légale

L'augmentation fulgurante des personnes sous la responsabilité de la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec s'est traduite à l'Institut Douglas, en 2011-2012, par l'occupation de 34 lits (repartis dans plusieurs unités) par des personnes ayant une problématique psycho-légale. L'Institut Douglas prévoit consolider les services autour d'une unité de 20 lits réservés à cette clientèle, puisque certains patients qui nécessitent une moins grande surveillance (gestion de risques) pourraient être hospitalisés dans les unités standards lorsque leur état le permet.

Le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas tient compte de l'évolution dans le réseau des demandes et des besoins reliés à cette clientèle. D'une part, le Québec, comme ailleurs dans le monde, est témoin d'une augmentation de personnes ayant des profils psycho-légaux. L'approche clinique et les services requis par cette clientèle doivent être adaptés afin d'améliorer les capacités d'évaluation et de gestion des comportements problématiques, tout comme un meilleur arrimage avec les ressources communautaires lorsque vient le temps de leur libération avec ou sans condition.

D'autre part, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal fait face à une surpopulation importante de sa clientèle et doit s'orienter vers d'autres établissements pour assurer un continuum de services. Ainsi, la région de Montréal doit pouvoir compter sur des services spécialisés qui peuvent faire le pont entre les services ultraspécialisés de l'Institut Pinel et les services de psychiatrie générale auprès de personnes sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec.

L'Institut Douglas se voit jouer un rôle important auprès de cette clientèle. L'équipe interdisciplinaire de psychiatrie légale à l'Institut Douglas, sous la responsabilité d'Anne Crocker, est composée d'une infirmière-clinicienne, de deux avocats, d'un criminologue et d'une équipe de suivi intensif dans le milieu et entretient des liens avec des ressources résidentielles pour cette clientèle. Grâce à cette équipe, l'Institut Douglas possède une expertise scientifique psycho-légale reconnue qui a su mettre à profit les résultats de recherche dans la formation d'intervenants en santé mentale à l'évaluation et la gestion de risque de comportements perturbateurs et dans l'implantation d'outils dans les milieux cliniques. En effet, l'outil START (*Short term assessment of risk and treatability*) a été mis en œuvre dans plusieurs unités et équipes de suivi intensif dans le milieu de l'Institut Douglas. Les formations se poursuivent dans une perspective interdisciplinaire en tenant compte des risques et des forces des individus depuis maintenant six ans.

En plus de son expertise et de son expérience de mise en œuvre d'outils d'évaluation et de gestion de risque, l'Institut Douglas est reconnu pour son travail dans le domaine de la déstigmatisation de la maladie mentale. Un travail important de déstigmatisation s'effectue auprès de la collectivité et des partenaires au sujet de la clientèle de psychiatrie légale puisque cette clientèle exige un arrimage continu avec d'autres secteurs d'activités, dont les ressources d'hébergement, la justice et la sécurité publique, en plus des secteurs de l'éducation, de l'emploi et de la santé. Des formations croisées (voir la section 3.6.2) ont eu lieu au sujet des questions psycho-légales et se poursuivront au cours des prochaines années à mesure que cette clientèle continue à croître. Des partenariats avec des tables de concertation (par exemple, la Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal, le Comité régional de réseautage en psychiatrie légale du Québec) ainsi que les Services de police de Montréal sont déjà en place et serviront de levier pour d'autres ententes ou partenariats intersectoriels.

Compte tenu de la nature des besoins dans ce domaine, l'Institut Douglas prévoit poursuivre le renforcement de ces services et mettra l'accent sur le recrutement des effectifs spécialisés requis, notamment l'embauche d'un psychiatre possédant une formation en psychiatrie légale et l'ajout de criminologues, d'éducateurs et de psychologues spécialisés. La continuité de soins est particulièrement importante auprès de cette clientèle : la mise sur pied d'une équipe de suivi intensif de psychiatrie légale dans le milieu (Forensic assertive community treatment team [FACT]) est envisagée compte tenu de l'expertise de l'Institut Douglas en suivi intensif dans le milieu.

Réadaptation intensive

Fort de son expertise dans le domaine de la réadaptation intensive, l'Institut Douglas prévoit consolider son offre de services en réadaptation intensive et de suivi intensif dans le milieu pour répondre aux besoins des hôpitaux dont la clientèle répond aux critères de ce service et offrir ainsi une solution au débordement des lits en psychiatrie et à l'engorgement des urgences à Montréal.

L'offre de services en réadaptation intensive, jumelée aux services de suivi intensif dans le milieu, permettra de fournir une solution aux hôpitaux de la région de Montréal pour leur clientèle psychiatrique et aidera ainsi à libérer les lits de courte durée en santé physique des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres hospitaliers affiliés (CHA) et des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) occupés par les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les données montrent d'une part qu'une grande majorité des longs séjours dans les urgences sont liés à la clientèle en santé mentale et d'autre part que l'occupation des lits de courte durée de santé physique

par la clientèle (longue durée) en santé mentale réduit l'accès à ces lits, exacerbant davantage l'engorgement des urgences.

L'offre de services de l'Institut Douglas est fondée sur son expertise particulière et sa capacité d'accueil actuelle. En effet, les cas graves et complexes nécessitent la gamme d'interventions spécialisées de réadaptation intensive que l'Institut peut offrir. Ainsi, avec la consolidation de cette offre de services, une personne qui occuperait un lit pendant plusieurs mois et même pendant des années dans un CHSGS pourrait recevoir son congé à la suite d'un épisode de soins beaucoup plus court à l'Institut Douglas où cette approche a déjà fait ses preuves. En fait, un lit en réadaptation intensive à l'Institut Douglas peut permettre de libérer de deux à trois lits dans un CHU, un CHA ou un CHSGS. Cette solution permettrait de « tirer » (*pull*) sur cette clientèle et ainsi donner comme résultat un désengorgement important des urgences des CHSGS.

Les discussions ont déjà été entamées avec les hôpitaux montréalais du RUIS McGill afin d'organiser et de coordonner les démarches nécessaires. Par ailleurs, l'Agence a récemment demandé à l'Institut Douglas et à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine d'accélérer la mise en place des démarches (évaluation des besoins de la clientèle; prestation de services) auprès des établissements de leur RUIS.

Premières psychoses

Nous comptons présentement 6 lits dressés réservés à la clientèle de première psychose. Les demandes reçues témoignent du succès de notre programme de dépistage précoce et d'intervention. Ces demandes et le déploiement du programme à l'échelle du RUIS McGill à Montréal ont fait en sorte que l'hospitalisation a augmenté au point tel où 10 à 12 lits sont occupés de façon permanente. Nous prévoyons consolider l'offre de services à cette clientèle avec l'ajout de 4 lits aux 6 lits déjà dressés.

Programme Grand-Nord : Clientèle des Cris et des Inuits

Les problèmes de santé mentale sont importants et sont en constante croissance dans les territoires de la population des Cris et du Nunavik et ils affectent particulièrement les hommes et les jeunes. Plusieurs facteurs connus sont en cause : les incompatibilités culturelles entre les modes de vie moderne et traditionnelle; le manque de logements; la consommation de drogues et d'alcool; les conditions socio-économiques; et un manque de connaissance généralisé sur la santé mentale dans la population, sans compter le manque de services de santé mentale dans les villages et dispensaires de ces régions éloignées.

En lien avec son mandat au sein du RUIS McGill, l'Institut Douglas a conclu en 2007 une entente de services avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (Conseil Cri de la Baie-James) et l'Agence et il s'apprête à finaliser une entente similaire avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et l'Agence. L'Institut Douglas prévoit que les services d'hospitalisation et ambulatoires offerts à ces deux populations seront consolidés et articulés autour du Programme Grand-Nord.

La structure de l'offre de service prévoit que tous les services de santé pour ces populations soient offerts par les établissements du RUIS McGill et que les services de santé mentale soient coordonnés par l'Institut Douglas. Les psychiatres visiteurs se rendent dans les villages ou dispensaires pour fournir des services et de la consultation. Ils utilisent également de plus en plus les services de télésanté pour répondre aux besoins de la population et des professionnels du milieu. L'Institut offre de plus une

gamme variée d'activités de formation et d'enseignement; plusieurs professionnels de l'Institut Douglas se rendent aux villages nordiques pour différentes activités de partage des connaissances.

L'expérience des dernières années permet de faire les constats suivants :

- les besoins en services de psychiatrie sont énormes et n'ont rien de comparable à une population de même dimension (14 000 habitants pour chacune des deux populations) dans une région urbaine ou rurale du reste du Québec;
- l'ampleur des besoins a fait en sorte que le temps de psychiatre consacré à cette clientèle a doublé et que le nombre d'admissions a augmenté de telle sorte qu'environ 10 lits sont utilisés pour ces deux populations;
- ces nouvelles clientèles ont également un impact sur l'ensemble des services connexes comme les ordonnances de traitement, les gardes en établissement et les frais juridiques, ainsi que sur les autres services de soutien comme la dictée de transcription, les services d'archives et autres.

L'Institut Douglas ne dispose pas d'unité réservée à ces clientèles. Toutefois, l'expertise acquise au fil des ans l'amène à prévoir la mise en place d'un programme axé sur les principes d'une unité de guérison (*healing unit*) et sur les valeurs culturelles, spirituelles et psychosociales de ces populations. Cette proposition est fondée sur la conviction que la compréhension de ces valeurs est essentielle au développement d'un programme de santé mentale qui correspond à leurs besoins. En voici les principes de base :

- Respect des identités culturelles distinctes des Cris et des Inuits, et du contexte environnemental du Nord;
- Promotion de l'autosuffisance et maximisation de la prestation des services par les ressources locales;
- Soutien aux médecins généralistes et aux autres intervenants auprès des populations de ces territoires;
- Respect des contributions particulières des différents intervenants;
- Maintien des personnes dans leur milieu le plus possible et recours à l'hospitalisation dans le sud comme mesure temporaire de dernière instance; et
- Promotion de la santé mentale en tant que priorité pour les habitants de ces territoires.

L'Institut Douglas prévoit une unité de 12 lits qui permettrait de répondre aux besoins culturels et spirituels de ces deux populations distinctes. L'unité intégrerait des pratiques traditionnelles ainsi que des soins fondés sur les données probantes dans une approche centrée sur l'individu et qui reconnaît l'importance du contexte social, la résilience ainsi que les préférences et choix individuels dans le développement d'une intervention efficace favorisant le bien-être. L'unité utilisera également les nouvelles technologies comme la télépsychiatrie pour encourager les collaborations avec les familles et les communautés, et ce, afin de promouvoir et d'optimiser la réintégration et le rétablissement.

Les patients seront entourés d'une équipe interdisciplinaire complète incluant des pairs aidants des Cris et des Inuits pour compléter l'offre de services culturellement appropriée. L'unité offrira également l'accès à d'autres activités ou ressources répondant aux besoins culturels et spirituels de ces populations et des aliments typiques.

En plus d'être un environnement guérissant, l'unité constituera un milieu idéal d'enseignement et de formation interdisciplinaire touchant les aspects culturels et spirituels des individus, et permettra de sensibiliser les étudiants et les professionnels aux besoins spécifiques des populations autochtones. En fait, l'unité deviendra le centre de référence et de partage des connaissances des meilleures pratiques en santé mentale pour les populations autochtones. L'unité intégrerait pleinement les activités de recherche à ses activités cliniques. Déjà, des chercheurs cliniciens renommés se sont montrés intéressés à ce projet qui intègre les pratiques traditionnelles et modernes. Cette unité permettra de s'assurer que les percées de la recherche servent à améliorer les soins.

Il s'agit d'un programme unique au Québec, et peut-être même au Canada, où sont intégrés les services d'hospitalisation et de suivi externe, d'enseignement, de formation, de recherche et de partage et d'application des connaissances.

Clientèle psychiatrie itinérance

Le projet de recherche Chez-soi, financé par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et mené par des chercheurs de l'Institut Douglas, est fondé sur le modèle de « Logement d'abord » (*Housing First*) et s'inscrit à la fois dans les objectifs du PASM et du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.

Lancé en 2009, le projet de recherche visait à suivre une cohorte de 280 itinérants avec problèmes de santé mentale logés selon l'approche « Logement d'abord » (groupe expérimental) et 180 itinérants non logés (groupe témoin). Le projet de recherche vient à échéance le 31 mars 2013. Les résultats préliminaires publiés à l'automne 2012 par la CSMC sont très positifs. Voici quelques données éloquentes :

- les participants du groupe expérimental ont joui d'une stabilité de logement pendant 73 % du temps alors que pour le groupe témoin, le résultat était de 30 %;
- les participants qui étaient les plus grands utilisateurs de services avant l'étude ont réduit leur consommation de services, pour des économies de 9 390 \$ par personne par an;
- un investissement de 1 \$ entraîne 1,54 \$ d'économies, soit 54 % de retour sur l'investissement.

Outre ces résultats quantitatifs, plusieurs avantages qualitatifs qui reflètent les objectifs de rétablissement ressortent de cette approche : les participants reprennent confiance en eux, renouent avec leurs proches et réintègrent même parfois sur le marché du travail ou reprennent leurs études.

Ce projet est terminé, et les établissements qui ont participé sont appelés à orienter la clientèle vers des ressources et services appropriés dans la communauté. Ce processus est en cours, et l'Institut Douglas travaille en collaboration avec les partenaires de la 1^{re} ligne et de la communauté afin d'assurer une transition efficace.

Quoique l'offre de services définie dans ce projet ne soit pas mise en place de façon permanente, au moins pour l'instant, l'Institut Douglas prévoit saisir toute opportunité régionale ou provinciale qui peut se présenter à l'avenir qui permettra de continuer l'offre de services (logement et suivi) préconisée dans ce projet, et d'y associer, avec ses partenaires communautaires et des 1^{re} et 2^e lignes, une offre de services en suivi intensif dans le milieu et en soutien d'intensité variable.

Service d'hébergement spécialisé

L'Institut Douglas, conjointement avec l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, a le mandat depuis 2009 de la gestion des ressources non institutionnelles en santé mentale pour la région de Montréal. Le PASM ainsi que les cibles ministérielles et régionales prévoient une transformation et une augmentation du nombre de places dans l'ouest de Montréal. La transformation prévue tient compte d'un rééquilibrage de places, selon les besoins des territoires, par un transfert du secteur est de Montréal vers le secteur ouest qui est très déficitaire à cet égard. Ce rééquilibrage, prévu être réalisé sur une période de sept à huit ans, augmentera d'environ 450 places la capacité du réseau des ressources résidentielles dans l'ouest de Montréal. Il est donc permis d'anticiper une amélioration de l'accès à ces places pour l'ensemble des établissements concernés. Cette transformation et ces ajouts de places dans le secteur ouest sont essentiels pour l'accès aux services et pour l'amélioration des services en santé mentale. De plus, des lits psychiatriques ou en santé physique qui sont occupés par la clientèle en attente de ressources résidentielles seront ainsi libérés dans les CHU, CHA et CHSGS concernés et disponibles pour améliorer l'accès général et la fluidité des services et, par conséquent, pour mieux gérer le flux des patients psychiatriques dans les urgences et les unités de soins.

4.5.2 Capacité d'hospitalisation

Dans l'Étude de pré faisabilité – Document complémentaire, l'Institut Douglas présentait une prévision de 189 lits basée sur une offre de services complète dans l'ensemble du réseau et les mandats connus de l'Institut en 2009. L'Addendum suivant les Études de pré faisabilité présente une analyse plus poussée des facteurs ayant une incidence sur l'hospitalisation à l'Institut Douglas, les limites de la capacité du réseau et les nouveaux mandats de l'Institut. Ces facteurs ont fait en sorte que le taux d'occupation des lits des dernières années se situait autour de 118 % (277 lits occupés en moyenne par rapport aux 241 lits dressés).

Il faut maintenant ajouter aussi comme facteur influant sur les demandes adressées à l'Institut Douglas les démarches du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) qui visent à réduire son offre de services en psychiatrie, en nombre de lits d'hospitalisation et de visites en externe. En fait, les impacts de cette réduction de l'offre du CUSM se sont déjà fait sentir cette année dans notre Service d'urgence et dans les hospitalisations à la suite d'une demande de l'Agence et du CUSM de venir en aide à ce dernier dans l'atteinte de son objectif de réduction de lits. Dans le cas des services externes, le CUSM a déjà annoncé qu'une réduction de l'offre de 25 % devait être réalisée pour 2015.

De plus, une révision des pôles de services en santé mentale semble se dessiner pour inclure le CSSS de l'Ouest-de-l'Île dans le pôle desservi par l'Institut Douglas. Cette révision amènera une augmentation des demandes de services pour notre Institut, sur le plan tant des hospitalisations que des visites externes.

Compte tenu de la prévalence des maladies mentales et les facteurs décrits ci-dessus, l'Institut Douglas ne prévoit pas que la demande puisse diminuer à l'avenir. Une capacité d'hospitalisation de 189 lits semble maintenant irréaliste. Pour cette raison, l'Institut Douglas a dû réviser le nombre de lits d'hospitalisation requis et tenir compte aussi des demandes provenant de l'Agence afin d'assurer une offre de services répondant aux besoins des autres hôpitaux montréalais du RUIS McGill.

Si aucun changement n'est apporté à l'offre de services régionale, le nombre de lits requis devrait dépasser les 277 lits occupés actuellement afin de répondre adéquatement aux demandes. Cependant, l'Institut Douglas a déjà entrepris des démarches visant l'optimisation des ressources ainsi que la transformation de certains services et ressources afin de réduire la durée moyenne de séjour et de créer des solutions de rechange à l'hospitalisation.

Le développement prévu des ressources résidentielles dans le secteur ouest de Montréal devrait aussi améliorer l'accès aux lits et aux services tant pour l'Institut Douglas que pour les autres hôpitaux du RUIS McGill. Ainsi, grâce à la consolidation des services de réadaptation intensive, au développement des équipes de suivi intensif dans le milieu et à l'accès aux ressources résidentielles, une meilleure utilisation des lits avec un taux d'occupation de 93 % est envisagée.

Le tableau 12 illustre la répartition actuelle de l'utilisation des lits et celle que l'Institut prévoit en fonction des tendances récentes dans la demande de services et des éléments changeants dans son environnement. L'occupation des lits a été établie à partir des jours-présence par profil de la clientèle.

Tableau 12 : Répartition des lits d'hospitalisation

		Utilisation réelle 2011-2012 selon le profil de besoins de la clientèle						Prévision selon un taux d'occupation de 93 %						Variation		
		CD	3 ^e ligne	Réad. intensive	MD actif	Réad. psychosoc.	Lits méd.	Total	CD	3 ^e ligne	Réad. intensive	MD actif	Réad. psychosoc.		Lits méd.	Total
SM adultes	UIB	8						8	8						8	0
	USI	8						8	9						9	1
THAI		26						26	24						24	-2
Gérontopsychiatrie		23	18			30	2	73	24	20			16 ¹	2	62	-11
Tr. psychotiques - Réfractaires		20		60				80	24		60				84	4
- Psychose PEPP			10					10		14					14	4
- Psychiatrie légale					34			34				20			20	-14
Prog. Grand-Nord (Cris et Inuits)		6						6	12 ²						12	6
DI - Comorbidité psychiatrique					15			15				15			15	0
Pédopsychiatrie		11						11	12						12	1
Tr. de l'alimentation			6					6		6					6	0
Sous-total		102	34	60	49	30	2	277	113	40	60	35	16	2	266	-11
Total				277								266				

¹ Le nombre de patients sous la responsabilité de l'Institut Douglas et le nombre de lits au permis demeurent à 30. L'Institut prévoit conclure une entente avec un partenaire dans la communauté, à même son budget de fonctionnement, visant l'accès à 14 lits en hébergement de transition hors site pour la clientèle sur la liste d'attente régionale pour une place en CHSLD et en ressources intermédiaires pour personnes avec perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV).

² Le nombre de lits prévu (12) au Programme Grand-Nord (clientèle des Cris et du Nunavik) reflète les informations présentées dans la demande déposée à l'Agence et représente une correction par rapport au nombre de lits (8) indiqués dans l'Addendum de mai 2012.

Lexique :

UIB : Unité d'intervention brève

THAI : Troubles d'hyperactivité, d'anxiété et d'impulsivité

CD : courte durée

Réad. psychosoc: clientèle profil gérontopsychiatrique

USI : Unité de soins intensifs

Réad. intensive : réadaptation intensive

MD :moyenne durée

Lits méd. : Lits médicaux

4.5.3 Effectifs psychiatriques

Selon le Plan d'effectifs médicaux (PEM) 2012-2015, le PEM est de 29 pour adultes et de 8 en pédopsychiatrie. Par ailleurs, en utilisant un mode de calcul selon les équivalents temps plein (ETP), le nombre de psychiatres pour adultes à l'Institut Douglas en 2012 est de 22,5 ETP en comparaison à 34 ETP requis selon les normes proposées (voir les détails à l'annexe 5 – Effectifs psychiatriques).

Le manque d'effectifs psychiatriques à l'Institut Douglas est une préoccupation constante dont la gravité est reconnue tant par le MSSS que par l'Agence. Ce problème a d'ailleurs été soulevé dans la lettre du ministre lors de la désignation au titre d'institut universitaire en santé mentale en 2006 et réitéré dans la lettre confirmant la désignation en 2011. Ce manque d'effectifs, jumelé au manque de médecins généralistes dans une grande partie de notre territoire de desserte, fait en sorte qu'il est difficile d'implanter les soins partagés ou le système de psychiatres répondants au niveau requis, et d'assurer la couverture de régions éloignées comme les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik. Ce défi est d'autant plus important qu'il représente un facteur de succès dans l'atteinte de plusieurs orientations et objectifs stratégiques en santé mentale.

4.5.4 Enseignement

Les demandes liées à la formation et à l'enseignement ne cessent de croître, et l'Institut Douglas prévoit assumer davantage son rôle en la matière. Le tableau 13 donne la projection du nombre de résidents en médecine et d'étudiants et de stagiaires dans les domaines cliniques spécifiques. Une augmentation générale d'environ 40 % est prévue dans ces domaines en comparaison au nombre en 2011-2012.

Tableau 13 : Projection du nombre d'étudiants, de stagiaires et de résidents en médecine et en psychiatrie (excluant la recherche)

Profession	Nombre 2011-2012	Prévision 2020
Médecine (stage en psychiatrie)	48	60
Psychiatrie (résidents en psychiatrie)	25	30
Pharmacie	24	44
Pharmacie - assistance technique	14	36
Travail social	14	20
Psychoéducation	2	8
Éducation spécialisée	4	8
Criminologie	0	3
Psychologie	43	42
Ergothérapie	12	12
Nutrition clinique	16	12
Nutrition diététique		5
Autres (incluant les soins infirmiers)	170	228
TOTAL	372	508

De façon plus précise pour la formation en soins infirmiers, les prévisions, en comparaison au nombre de stagiaires en 2010-2011 et 2011-2012, sont présentées au tableau 14. L'Institut Douglas prévoit une croissance globale de 5 % par année, caractérisée par une diminution globale du nombre de stagiaires infirmiers provenant du collège et une augmentation provenant de la maîtrise et du baccalauréat (maintenant obligatoire) ainsi qu'une augmentation du nombre de stagiaires préposés aux bénéficiaires.

Tableau 14 : Nombre d'étudiants en soins infirmiers, incluant les PAB: Prévisions

Année	TOTAL	Croissance	Maîtrise	BACC	DEC	PAB
2010-2011	179		10	37	120	12
2011-2012	197	10 %	18	40	106	33
2012-2013	181	-8 %	23	53	69	36
2013-2014	190	5 %	24	56	72	38
2014-2015	200	5 %	25	58	76	40
2015-2016	210	5 %	27	61	80	42
2016-2017	220	5 %	28	64	84	44
2017-2018	231	5 %	29	68	88	46
2018-2019	243	5 %	31	71	92	48
2019-2020	255	5 %	32	75	97	51

Quant aux activités auprès des partenaires des 1^{re} et 2^e lignes et auprès des patients, de leurs familles et du grand public, les activités et programmes de formation décrits au chapitre 3 seront maintenus et évolueront dans le temps selon les besoins.

Les activités d'enseignement doivent bénéficier de l'utilisation des nouvelles technologies pour couvrir l'ensemble du territoire du RUIS McGill (63 % du territoire québécois), être adaptées pour un nombre croissant d'étudiants (salles de classes, auditorium, salles de rencontres, ateliers), permettre d'intégrer la formation dans les milieux cliniques (milieux-écoles, formations croisées) et faciliter l'échange et le partage des connaissances avec l'ensemble de nos partenaires, y compris les patients et leurs familles.

4.5.5 Recherche

La renommée dont jouit le Centre de recherche est un facteur d'attraction important et fait en sorte que de nombreux chercheurs de haut calibre en provenance d'autres provinces et pays souhaitent joindre notre Centre.

La réalisation de trois grands projets d'infrastructures, soit le Centre de neurophénotypage, le Centre d'imagerie cérébrale et l'agrandissement de la Banque de cerveaux, ont renforcé la capacité du Centre de recherche à engager des recherches de pointe en plus d'assurer l'excellence et un niveau élevé de compétitivité de ses chercheurs aussi bien au Québec qu'à l'étranger.

En plus de l'intégration de la recherche aux activités cliniques, trois priorités sont au cœur du développement prévu du Centre de recherche : la recherche translationnelle, la recherche en neurosciences et la recherche psychosociale (services, politiques et populations).

Recherche translationnelle

La proximité avec les patients et les cliniciens a toujours été un élément fondamental dans l'avancement des activités de recherche à l'Institut Douglas. Cette proximité permet de mieux comprendre les

problématiques cliniques vécues par la clientèle et ainsi faciliter la recherche translationnelle afin de proposer des solutions innovantes mieux adaptées et des traitements là où les services sont offerts. L'Institut Douglas prévoit renforcer les démarches visant à mieux intégrer la recherche et l'enseignement aux activités cliniques à partir de recherches thématiques qui intègrent les approches de recherche fondamentale et clinique, et qui peuvent bénéficier de l'apport des plateformes technologiques uniques qui sont disponibles au Centre de recherche.

L'Institut Douglas et le Centre de recherche ont une longue histoire de succès en recherche translationnelle, comme le démontrent les activités du Groupe McGill d'études sur le suicide, du Programme des troubles de l'alimentation, du Programme PEPP, du Centre McGill d'études sur le vieillissement, et l'étude majeure MAVAN (*Maternal Adversity Vulnerability and Neurodevelopment*). Le développement de la recherche translationnelle pourrait se réaliser à partir de subventions importantes potentielles provenant du ministère des Finances et de l'Économie.

Recherche en neurosciences

La recherche en neurosciences ne peut être dissociée de la recherche translationnelle. Les activités de recherche de ce secteur sont cohérentes avec les activités cliniques de l'Institut (vieillesse; troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité, dont la dépression, le suicide et la toxicomanie; psychose). Les chercheurs de ce domaine sont déjà reconnus pour leurs expertises, notamment en recherche neurodéveloppementale, en développement de modèles animaux pour différentes maladies mentales et en études épigénétiques. Grâce aux plateformes technologiques en place, la recherche en neurosciences se voit devenir une force en optogénétique, en imagerie et en spectroscopie par résonance magnétique (chez les animaux) et en technologie des biocapteurs.

La recherche en neurosciences à l'Institut Douglas se doit de maintenir son niveau compétitif par le recrutement de chercheurs et le développement de ses infrastructures.

Recherche psychosociale

La recherche psychosociale est très développée à l'Institut Douglas et l'expertise des chercheurs est sollicitée par les décideurs, ici et ailleurs, pour des dossiers qui touchent des questions d'économie, de justice, d'épidémiologie et d'organisation de services en santé mentale. Associé au Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé et à l'Organisation panaméricaine de la santé de Montréal dirigé par le Dr Marc Laporta, ce secteur d'activité abrite des chercheurs de renommée internationale (Anne Crocker, Eric Latimer, Alain Brunet, Duncan Pedersen), dont les travaux de recherche influent sur l'accès et l'organisation des services en santé mentale au Québec et hors Québec.

La valorisation des connaissances auprès des intervenants cliniques, des décideurs et du grand public se déploie comme un volet complémentaire aux activités de recherche psychosociale. Par conséquent, l'Institut Douglas a regroupé ces activités pour mieux les coordonner et pour valoriser davantage les efforts de transfert des connaissances effectués par plusieurs des chercheurs et cliniciens de l'Institut. Dans ce contexte, Anne Crocker a été nommée directrice adjointe, Politique en santé mentale et transfert des connaissances. Elle a su développer de nouvelles approches permettant un transfert des connaissances plus efficace et plus rapide entraînant l'implantation de meilleures pratiques bénéfiques pour la clientèle et les professionnels de la santé de l'Institut. Les connaissances générées par le Centre de recherche et les cliniciens de l'Institut Douglas pourront ainsi être mieux diffusées et intégrées dans l'ensemble du réseau de la santé.

Intégration de la recherche aux activités cliniques

Les cliniciens de l'Institut Douglas, les chercheurs cliniciens et les chercheurs du Centre de recherche travaillent depuis longtemps en partenariat dans le but de promouvoir l'interdisciplinarité des activités de recherche et l'intégration de la recherche aux activités cliniques.

À titre d'exemple, le PEPP est un programme unique permettant d'une part de mener des recherches multidimensionnelles, multidisciplinaires et longitudinales sur les premiers épisodes psychotiques (PEP) et d'autre part d'intégrer les connaissances qui en découlent aux services cliniques. Depuis sa mise en place, le PEPP-Montréal est devenu un leader en recherche sur les PEP et en intervention précoce non seulement à l'intérieur du RUIS McGill, mais également à l'échelle provinciale et fédérale. Nous envisageons de poursuivre le développement du programme de recherche neurobiologique (y compris des études de neuro-imagerie et des études sur le stress, des facteurs cognitifs, l'autocritique et les symptômes négatifs) afin d'assurer une compréhension plus complète, voire moléculaire, des variations des résultats à long terme.

Deux autres nouvelles initiatives menées par des chercheurs de l'Institut Douglas témoignent de l'intérêt des chercheurs et des cliniciens à jumeler davantage la recherche au profit des services cliniques.

L'initiative de prévention de la maladie d'Alzheimer : John Breitner, détenteur d'une chaire de recherche du Canada et reconnu pour ses recherches cliniques et épidémiologiques sur la maladie d'Alzheimer, et Judes Poirier, aussi reconnu pour ses recherches sur le vieillissement, ont entrepris une initiative pour créer un Centre d'études sur la prévention de la maladie d'Alzheimer dont les objectifs portent sur la prévention et le traitement précoce de cette maladie. Ils ont déjà obtenu le soutien de plusieurs acteurs importants, dont l'Université McGill, et s'attardent à présenter une demande de subvention au ministère des Finances et de l'Économie pour la construction d'un bâtiment qui abritera des laboratoires de recherche clinique et de recherche sur les biomarqueurs.

La recherche translationnelle sur les troubles d'humeur et le suicide : le Groupe McGill d'études sur le suicide, sous la direction de Gustavo Turecki, a connu un essor phénoménal quant au nombre de chercheurs principaux (8), à l'approche multidisciplinaire de recherche et aux domaines de recherche visés (biologique, cognitif, clinique, comportemental, social). L'attention internationale générée par leurs études épigénétiques a placé ce Groupe dans une position de *leadership*. Un projet de développement de la recherche translationnelle sur les troubles d'humeur et le suicide a fait l'objet d'une demande de subvention de 9 M\$ auprès du ministère des Finances et de l'Économie. Ce financement permettra l'acquisition d'équipement ainsi que des rénovations à la Banque de cerveaux.

4.6 Le portrait de l'offre de services des partenaires du territoire

L'offre de services des partenaires du territoire desservi par l'Institut Douglas est définie par les missions et les mandats des établissements et des organismes communautaires concernés.

Les CSSS du bassin de desserte immédiat et élargi de l'Institut Douglas assurent les services de 1^{re} ligne, définis dans le cadre de l'implantation du PASM. Les CSSS qui ont un département de psychiatrie (par exemple, le CSSS de l'Ouest-de-l'Île) assurent aussi des services de 2^e ligne et de suivi intensif dans le milieu. Toutefois, l'Institut offre les services de 2^e ligne aux deux CSSS du bassin de desserte immédiat (SOV et DLL) puisque ces deux CSSS n'ont pas de département de psychiatrie.

Quant aux hôpitaux, ceux-ci assurent les services de 2^e ligne selon leur mission (adulte ou pédiatrique) ainsi que, pour certains, des mandats de pointe spécifiés par le RUIS McGill. Tel est le cas, par exemple, pour l'Hôpital général Juif qui a le mandat pour les troubles de la personnalité et pour la psychiatrie transculturelle, et le Centre universitaire de santé McGill qui a le mandat pour l'autisme et pour les maladies mentales et la toxicomanie.

Plusieurs organismes communautaires en santé mentale ont pignon sur rue dans le Sud-Ouest de Montréal et sont des partenaires de l'Institut Douglas en ce qui concerne l'offre de services à la clientèle. Ils fournissent des services aussi variés que l'intervention de crise, le soutien d'intensité variable, l'aide à l'emploi, la défense des droits, l'entraide et l'appui, le dépannage, le soutien aux familles et aux jeunes, etc. Ils forment la Table des organismes communautaires en santé mentale du Sud-Ouest.

Quant aux établissements du RUIS de Montréal, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine est responsable conjointement avec l'Institut Douglas de la gestion des ressources résidentielles en santé mentale à Montréal.

4.7 Le réseautage, le partenariat, l'arrimage entre les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes

L'implantation du PASM permet d'améliorer l'accès aux services et d'assurer la coordination et la fluidité dans la prestation des services de santé mentale entre les établissements de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes. Partageant cet objectif, le réseau formé par l'Institut Douglas et ses partenaires du Sud-Ouest de l'île de Montréal avait élaboré, en 2003, l'énoncé de mission commun suivant :

« Dans le respect de leurs orientations, politiques et approches respectives, le réseau reconnaît et met à contribution l'expertise et le domaine d'action propre à chacun de ses membres. La mission du réseau des partenaires en santé mentale est de mettre en place un programme interdisciplinaire et intersectoriel complémentaire et cohérent de services, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies ou des modes d'intervention pour assurer l'avancement des connaissances et des pratiques et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Le réseau assure de plus le respect des besoins particuliers des différentes clientèles ainsi que des droits, des responsabilités et des limites de chacun. »

Pour ce faire, ce réseau des partenaires vise à :

- favoriser la participation des usagers et de leurs proches;
- accorder une attention particulière aux clientèles les plus démunies ou prioritaire;
- favoriser la prestation des soins et des services dans la communauté ou dans le milieu de vie des personnes; et
- assurer l'émergence d'une relève forte en santé mentale.

Depuis, plusieurs démarches ont été entreprises ou sont en cours pour actualiser la mission de ce réseau et assurer le continuum de soins. Notons les suivantes :

- l'Institut Douglas a mis sur pied un Comité d'intégration des services en santé mentale qui regroupe des représentants des organismes suivants : les CSSS DLL et SOV, l'Agence, la Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles, le Projet Suivi Communautaire, le Centre de crise L'Autre

Maison et l'Institut Douglas. Ce comité chapeaute quatre comités de liaison et de coordination dans les programmes des services cliniques, ce qui permet au Comité d'intégration de se pencher sur les problématiques de façon plus pointue et plus approfondie avec chacun des partenaires concernés (voir aussi la section 4.8).

- l'Institut Douglas et le CSSS de l'Ouest-de-l'Île ont entrepris des démarches pour améliorer l'accès aux services en santé mentale pour la population du territoire de ce CSSS. À partir de l'identification des besoins prioritaires, les deux établissements prévoient définir une offre de services selon les mandats de chaque établissement et une organisation de services qui tient compte des ressources disponibles. Les démarches prévoient aussi un soutien spécifique en formation et en transfert des connaissances de la part de l'Institut Douglas.
- l'Institut Douglas, par son offre de services actuelle en réadaptation intensive et par son mandat de développement des ressources résidentielles dans le secteur ouest, prévoit travailler avec les hôpitaux montréalais du RUIS McGill pour améliorer l'accès aux services de 2^e ligne dans ces établissements. Les discussions sont en cours avec l'Agence dans le but de dégager le financement permettant de démarrer le développement des ressources résidentielles dans le secteur ouest.
- le plan de transformation et de développement des ressources résidentielles pour le secteur ouest que l'Institut Douglas a défini prévoit un travail de collaboration avec les CSSS de ce secteur afin d'identifier les opportunités visant à doter chaque territoire de places selon les besoins de la population et le nombre de places ciblé.
- la formation croisée pour le secteur du Sud-Ouest, mise en place en 2002, est une approche de plus en plus utilisée pour améliorer le fonctionnement des services en réseau, tant au sein du réseau de la santé qu'avec les partenaires d'autres secteurs comme l'éducation, les forces policières, les travailleurs de rue, et autres. La formation croisée vise une meilleure compréhension du rôle de chacun des partenaires pour assurer une continuité optimale des services. Plusieurs formations croisées ont eu lieu à l'Institut Douglas en 2011-2012, ce qui témoigne de l'ouverture du personnel envers des pratiques novatrices fondées sur la collaboration et le travail interdisciplinaire et intersectoriel. Les sessions de formation ont porté sur les sujets suivants : l'anxiété et la consommation chez les jeunes de 15 à 30 ans; les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie; les trajectoires judiciaires des personnes présentant un problème de santé mentale.

4.8 Le bilan du continuum des services actuels (trajectoire de service)

4.8.1 Implantation du PASM

À la suite de l'implantation du PASM et à l'actualisation des transferts de personnel et des patients des services externes de l'Institut Douglas vers les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne des CSSS, l'Institut et ses partenaires ont défini et mis en place des solutions en réponse à plusieurs obstacles imposés par les réalités du réseau.

Le premier obstacle, toujours d'actualité, est le manque de médecins généralistes pour prendre en charge la clientèle en santé mentale, surtout celle provenant de l'Institut Douglas. Cette pénurie est

particulièrement marquée dans le territoire du CSSS DLL. Pour l'Institut, l'impact principal concerne les patients qui sont hospitalisés ou suivis plus longtemps par des équipes dédiées à la 2^e ligne et, de ce fait, l'accès pour d'autres patients qui nécessitent des services spécialisés est réduit. Aussi, plusieurs patients sont transférés tout en conservant leur suivi psychiatrique à l'Institut Douglas.

Pour faire face à cette situation, l'Institut avait déployé des psychiatres consultants dans les CSSS. Cela a eu pour effet de reproduire le modèle classique de clinique externe en 1^{re} ligne, contraire à la philosophie du PASM, mais a eu comme résultat positif de permettre le transfert des clients vers les équipes de santé mentale des CSSS, sans quoi les transferts de personnel n'auraient pas pu être actualisés.

Un autre obstacle découle du délai d'implantation du système de psychiatres répondants qui a seulement vu le jour à la fin 2011 pour le CSSS DLL et en 2012 pour le CSSS SOV. Le système de psychiatres consultants établis en 1^{re} ligne a maintenant été aboli, et l'Institut a grandement amélioré la rapidité d'accès au service MEL (Module d'évaluation-liaison) (deux semaines) et au MIR (Module d'intervention rapide) (72 heures) de façon à répondre efficacement aux besoins des partenaires de la 1^{re} ligne.

Les guichets d'accès en 1^{re} ligne ont eux aussi tardé à se concrétiser vu l'absence de psychiatres répondants et du fait que les équipes en santé mentale en CSSS n'étaient complétées qu'à 60 % des effectifs. Ce problème est maintenant résolu et les psychiatres répondants sont activement impliqués à épauler les équipes respectives des guichets d'accès des deux CSSS du territoire de l'Institut Douglas.

En ce qui a trait aux demandes de services depuis l'implantation du PASM, l'urgence de l'Institut Douglas a connu une augmentation soutenue de sa fréquentation depuis 2008-2009 alors que les références au MEL ont diminué à mesure que les guichets d'accès des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne commençaient à devenir fonctionnels. De plus, les unités de soins affichent un taux d'occupation global de 118 % alors que la DMS a diminué de près de 60 %, ce qui témoigne de l'augmentation significative de la demande de services en dépit du fait que l'implantation du PASM visait une 1^{re} ligne forte et une diminution du recours aux services de 2^e ligne.

4.8.2 Continuum de service

Aujourd'hui, il faut constater que la réponse efficace aux demandes de services ne découle pas seulement des efforts pour optimiser l'accès, la fluidité et la continuité des services à l'Institut Douglas : la solution doit être trouvée en réseau avec les partenaires. La bonne nouvelle est que l'Institut Douglas et ses partenaires ont une excellente feuille de route de collaboration et qu'ils travaillent pour créer un *leadership* clinique collectif comme en témoignent les différents comités de travail et les initiatives de concertation présentées ci-dessous.

Une de ces initiatives est la création d'un poste d'agent d'analyse de trajectoire des patients, partagé entre l'Institut et le CSSS SOV. Le travail effectué par cette personne permet d'identifier les synergies possibles entre les services cliniques respectifs, de mieux arrimer les services des deux institutions en fonction du degré d'intensité de soins requis, et d'identifier des trajectoires de service plus directes entre la 1^{re} ligne et les services de 2^e et de 3^e lignes pour les patients nécessitant de tels niveaux de service.

De plus, l'Institut et les CSSS de son territoire ont commencé à partager des services cliniques puisque l'ensemble des patients peut bénéficier de thérapies de groupe constituant une base importante dans le traitement d'une pathologie donnée. Par exemple, les patients atteints d'une maladie bipolaire peuvent recevoir une thérapie de psychoéducation en groupe sur la maladie bipolaire au CLSC, peu importe leur point principal de traitement, que ce soit l'Institut Douglas ou l'un des CLSC du territoire. L'inverse pourra également se produire. L'Institut compte donc ainsi améliorer davantage la rapidité d'accès à des thérapies de groupe de base pour tous les patients tout en évitant une duplication de services entre les établissements. Cette nouvelle approche est déjà grandement appréciée.

Depuis l'implantation du PASM, la Direction des activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement de l'Institut Douglas a entrepris plusieurs travaux et initiatives à l'interne qui ont influencé le continuum de services entre les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes : notons entre autres les travaux du comité d'intégration des services en santé mentale avec les partenaires qui a poursuivi ses travaux d'arrimage des services de 1^{re}, de 2^e et de 3^e lignes.

En effet, dans une volonté d'optimiser les processus de travail, ce comité s'est doté d'une structure qui permet de se pencher sur les problématiques de façon pointue et approfondie et selon les préoccupations latentes ou émergentes. Le comité d'intégration des partenaires chapeaute les quatre comités de liaison et de coordination⁴ suivants :

- le comité de liaison et de coordination du programme de la pédopsychiatrie;
- le comité de liaison et de coordination du programme des troubles psychotiques;
- le comité de liaison et de coordination du programme THAI;
- le comité de liaison et de coordination du programme de la gériopsychiatrie.

Parmi les thèmes abordés, plusieurs questions s'inscrivent dans la lignée des préoccupations de l'ensemble des partenaires, à titre d'exemple :

- la prévention des conduites suicidaires;
- le suivi des projets de recherche;
- le transfert des connaissances et la formation;
- le soutien d'intensité variable;
- les services d'urgence.

4.9 Le continuum désiré

Le continuum désiré serait défini par une trajectoire de services pour le patient où les différences entre les lignes de service seraient effacées.

Ainsi, même si les guichets d'accès des équipes de santé mentale des CSSS constituent le point d'entrée, la liaison avec la 2^e ligne doit être fluide et intégrée à la 1^{re} ligne au même titre que des agents de liaison de la 1^{re} ligne devraient « tirer » sur la clientèle qui se retrouve à l'urgence psychiatrique sans raison urgente. Cette liaison dynamique entre les niveaux de services et d'autres services du réseau inclurait aussi d'autres partenaires, par exemple les organismes communautaires et les hôpitaux du réseau McGill.

⁴ Le terme « comité passerelle » est utilisé à l'interne et avec les partenaires.

Plusieurs initiatives déjà en marche témoignent de la volonté de développer davantage cette dynamique. Une de ces initiatives, le projet de transformation de l'urgence, prévoit l'identification des profils d'utilisation de la clientèle et la création des continuums de service en lien avec la 1^{re} ligne et les groupes communautaires (Centre de Crise l'autre Maison, Projet Suivi Communautaire, proche aidant, organismes de toxicomanie, psychiatrie légale, hébergement et autres). L'Institut Douglas est à construire des trajectoires de services adaptés à ces profils en amont à l'urgence, espérant ainsi éviter l'hospitalisation et parfois même une visite à l'urgence. Le but est d'orienter la clientèle vers les services appropriés dans la communauté.

L'amélioration du continuum de services implique que l'offre de services nécessaire dans la communauté doit être consolidée afin de mieux répondre aux besoins des visiteurs de l'urgence et de la clientèle hospitalisée tant à l'Institut Douglas que dans d'autres établissements. Les secteurs d'activités qui offrent un bon potentiel d'amélioration sont le suivi intensif dans le milieu, le soutien d'intensité variable et les ressources résidentielles en santé mentale.

- Les données populationnelles et les indicateurs utilisés par le MSSS indiquent que le réseau local associé à l'Institut Douglas devrait avoir trois équipes de suivi intensif dans le milieu alors qu'il n'en compte que deux, le deuxième étant encore en processus d'implantation. De plus, le mandat de soutien d'intensité variable devra être clarifié dans le réseau pour assigner le porteur de cette responsabilité et pour savoir comment mieux la partager entre les partenaires. Il est essentiel que ces équipes de soutien d'intensité variable soient fonctionnelles : le bon fonctionnement des équipes de suivi intensif dans le milieu en dépend, tout comme la clientèle qui a recours à l'urgence faute d'un suivi approprié à leurs besoins.
- Une équipe de suivi intensif dans le milieu pour les clients des hôpitaux généraux du réseau McGill ayant besoin de séjourner dans les services de réadaptation intensive de l'Institut Douglas est nécessaire pour accomplir avec succès le cycle de rétablissement. Le retour posthospitalisation de ces clients dans des services externes des hôpitaux généraux n'est pas réaliste compte tenu de la nature du suivi dont ils ont besoin.
- Une étude récente sur l'utilisation de l'urgence de l'Institut Douglas démontre que même si le pourcentage de nouveaux patients augmente d'année en année, les données de 2011-12 indiquent que 61 % des visites et 55 % des patients étaient des patients connus. De plus, les patients connus sont plus nombreux à résider sur le territoire de l'Institut Douglas, à être des utilisateurs fréquents et à faire des visites jugées urgentes. Cela témoigne des problématiques liées à l'accès aux services de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable, au manque flagrant de ressources résidentielles en santé mentale dans le secteur ouest du réseau, dont l'hébergement spécialisé pour les clientèles présentant de multiples problèmes, et au besoin de recourir à l'hébergement privé avec une supervision insuffisante.

Le continuum désiré devrait mettre l'accent sur une liaison élargie à l'intérieur du réseau local et du RUIS McGill et assurer le développement de services dans la communauté, incluant les services de réadaptation et de retour au travail et aux études.

Il faut aussi mentionner que tout continuum de services innovateur devra se pencher sur le travail de prévention secondaire et indiquée, la détection et l'intervention précoces auprès des jeunes au début d'une maladie et la détection indiquée auprès de ceux qui risquent de développer une maladie mentale. L'arrimage des services spécialisés avec les familles, le milieu de l'éducation et les médecins généralistes est essentiel si le réseau veut innover pour le bien-être futur des jeunes.

4.10 Les pratiques exemplaires

L'Institut Douglas tient à souligner les éléments suivants qui témoignent de son *leadership* dans la prestation de services de qualité et le développement de pratiques exemplaires, et de son apport au réseau de la santé :

- Agrément Canada, lors de son évaluation en 2011, a décerné deux mentions de pratique exemplaire :
 - **École Mini-Psy (Mini-Psych School)** : les cours, donnés par des chercheurs et des professionnels de la santé mentale de l'Institut Douglas, sont filmés et diffusés au Canal Savoir, sur le Web (You Tube) et dans les médias sociaux.
 - **Transfert de connaissances sur les troubles de l'alimentation** : Programme de transfert des connaissances sur les troubles de l'alimentation doté d'un personnel spécialisé qui collabore à la promotion des soins partagés avec des partenaires de la collectivité.
- Le Conseil québécois d'agrément a octroyé à l'Institut Douglas en 2012 la certification « Milieu novateur » qui vise à reconnaître la culture de l'innovation au sein des organisations de santé au Québec.
- Les pratiques de pointe qui ont été reconnues par le MSSS lors de la désignation à titre d'institut universitaire en santé mentale :
 - Le Programme des troubles de l'alimentation;
 - Le Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP-Montréal);
 - Équipe ACT (*Active Community Treatment* ou suivi intensif dans le milieu) du programme des troubles graves et persistants (maintenant le Programme des troubles psychotiques);
 - Le programme de soutien à l'emploi IPS (*Individual Placement and Support*);
 - Le programme des troubles graves du comportement – pédopsychiatrie;
 - La clinique spécialisée des troubles de l'humeur.
- Les pratiques fondées sur les données probantes. Deux initiatives s'ajoutent aux différents efforts visant à favoriser le rétablissement des patients :
 - L'intégration de pairs et de proches aidants dans les services cliniques est amorcée notamment avec le projet « pair-aidant-famille » à l'urgence.
 - En partenariat avec l'organisme à but non lucratif *Action on Mental Illness* (AMI-Québec), l'Institut Douglas a également commencé l'intégration de « proches aidants à l'urgence ».
- Implantation du Programme de psychoéducation familiale (MFGT pour *Multi Family Group Therapy*)
 - L'implication des proches et du patient dans les décisions qui concernent le processus de soins favorise le rétablissement du patient. Pour susciter cette participation, l'Institut Douglas a implanté un programme de psychoéducation familiale qui mise sur les connaissances sur la maladie, la gestion des symptômes, l'intervention de crise, le

soutien émotionnel et la résolution de problèmes. Le groupe MFGT réunit patient, famille, proches et amis, et c'est le patient qui choisit les personnes qui l'accompagneront dans son cheminement. Les MFGT sont implantés depuis l'automne 2011 dans le Programme des troubles psychotiques, le Programme de pédopsychiatrie et le Programme des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité.

- Sur le plan de la recherche, quelques découvertes des chercheurs de l'Institut Douglas ont été traduites en pratiques de pointe. Soulignons la découverte par un chercheur au Centre de recherche, dans les années 90s, du gène ApoE4 qui est un indicateur du risque de développer la maladie d'Alzheimer. La technologie pouvant découvrir la présence de ce gène à partir d'un échantillon sanguin a été mise au point depuis et est utilisée dans le réseau de la santé.
- La Centre d'imagerie cérébrale, le Centre de neurophénotypage et la Banque de cerveaux sont trois exemples de plateforme de recherche ultramoderne d'envergure internationale qui confirment le *leadership* de l'Institut Douglas quant à sa capacité à mettre en place les ressources permettant de contribuer à l'avancement des connaissances en santé mentale.
- Mentionnons également que l'Institut Douglas s'est vu octroyé la norme « Entreprise en santé » pour l'implantation réussie des mesures associées à cette désignation.

4.11 Les écarts entre les services actuels et le continuum désiré (offre de services, ressources humaines, effectifs médicaux, immobilisations, budget)

4.11.1 Offre de services

La prise en charge de la clientèle par la 1^{re} ligne et l'accès à des services particuliers constituent les éléments critiques qui expliquent l'écart entre l'offre de services préconisée et le continuum désiré. Les raisons ont été notées à la section 4.9 et peuvent se résumer comme suit :

- un manque de médecins de famille pouvant assurer la prise en charge de la clientèle, notamment dans le territoire du CSSS DLL;
- des équipes de suivi intensif dans le milieu incomplètes dans les établissements partenaires de l'Institut Douglas;
- des services de soutien d'intensité variable inadéquats dans la communauté;
- un manque important de ressources résidentielles en santé mentale dans le secteur ouest de Montréal;
- un manque important de ressources résidentielles spécialisées pour la clientèle ayant des problématiques complexes, plus particulièrement pour la clientèle de psychiatrie itinérance.

Nous pouvons ajouter à cette liste un manque de ressources et de services pour la clientèle de psychiatrie légale, soit des lits d'hospitalisation, des ressources résidentielles⁵, et des équipes de suivi intensif dans le milieu dédiées à cette clientèle.

⁵ 90 % des ressources résidentielles pour cette clientèle sont situées dans le secteur est de Montréal. Une seule ressource vient d'ouvrir dans le secteur ouest.

4.11.2 Ressources humaines

Avec la consolidation de son offre de services de plus en plus orientée vers des services de 3^e ligne et des services axés sur les besoins d'une clientèle présentant une problématique complexe, l'Institut Douglas prévoit adapter le complément de ses ressources humaines afin d'assurer les connaissances, l'expertise et l'expérience requises. L'offre de services exigera l'embauche de personnel pouvant intervenir auprès de la clientèle en psychiatrie légale et en psychiatrie itinérance ainsi qu'auprès de la clientèle en ressources résidentielles.

Le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas prévoit intégrer davantage les activités d'enseignement et de recherche aux activités cliniques. Ainsi, les professionnels de l'Institut Douglas doivent contribuer de plus en plus aux activités d'enseignement et de recherche, au transfert des connaissances et aux évaluations des technologies et des modes d'intervention. Le processus de recrutement doit viser les personnes aptes à assumer ce rôle.

4.11.3 Effectifs médicaux

Les écarts en effectifs psychiatriques pour la clientèle adulte et en gériopsychiatrie sont notés à la section 4.5.3 et représentent un manque de 12,5 ETP en date de 2011-2012.

4.11.4 Immobilisations

Le manque d'espaces et les problématiques d'infrastructures sont présentés de façon sommaire au Dossier de présentation stratégique et sont détaillés dans l'Étude de préféabilité – Rapport final (mai 2009). Les problèmes liés aux immobilisations touchent les activités cliniques, d'enseignement et de recherche :

- la cohabitation des patients rendue nécessaire par le manque d'espaces présente non seulement un risque pour la sécurité des patients, mais aussi pour l'efficacité des traitements et des interventions;
- le manque d'espaces et l'état vieillissant des infrastructures limitent non seulement la capacité d'intégration de nouveaux chercheurs, d'étudiants et de stagiaires, mais aussi le fonctionnement des activités actuelles;
- le manque d'espaces est à ce point critique que l'Institut Douglas doit envisager la location d'espaces ou la construction d'immeubles pour assurer un environnement sécuritaire aux patients et pour tout ajout d'activité d'enseignement et de recherche conforme à son mandat d'institut.

Les écarts en immobilisations ne se mesurent pas seulement en matière de fonctionnalité, de perte d'efficacité ou de superficie, qui est d'environ 12 000 m² selon les premières évaluations, mais ils se mesurent également en matière d'environnement propice à un centre académique de haut calibre et à un centre psychiatrique moderne dont l'approche en santé mentale est axée sur les meilleures pratiques et sur le rétablissement de la personne vivant avec un problème de santé mentale.

4.11.5 Budget

Le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas présente une consolidation des services cliniques de 3^e ligne et des mandats qui ont été octroyés depuis 2006-2007 (l'offre de services à la clientèle des Cris et des Inuits, et la cogestion des ressources résidentielles en santé mentale à Montréal).

L'ajout de lits nécessaire pour assurer l'offre de services à la clientèle des Cris et des Inuits requiert un ajustement budgétaire de 1,75 M\$; une demande à cet effet a été présentée à l'Agence en novembre 2012.

Quant au mandat de gestion des ressources résidentielles en santé mentale, l'implantation régionale du PASM prévoit la transformation des ressources ainsi que le transfert de places et de budget de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine vers l'Institut Douglas pour équilibrer le parc de ressources pour l'ensemble de la région. Plusieurs rencontres et discussions ont eu lieu entre l'Agence, l'Institut Douglas et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à ce sujet; l'Institut est en attente du financement pour amorcer la transformation et le développement de places requises pour le secteur ouest de Montréal.

Quant aux besoins immobiliers, le Dossier de présentation stratégique portant sur le projet du Nouvel Institut présente les besoins préliminaires du financement requis pour l'élaboration des études et des dossiers demandés par le MSSS et par Infrastructure Québec ainsi que pour la construction des nouvelles installations.

4.12 La proposition de pistes d'amélioration avec indicateurs de résultat

Les pistes d'amélioration identifiées pour que l'Institut Douglas puisse réaliser son Plan clinique et académique se résument ainsi :

Pour assurer le continuum de services désiré dans le bassin de desserte montréalais de l'Institut Douglas :

- un soutien par l'Agence et le MSSS aux CSSS pour assurer l'accès à des médecins de famille pouvant prendre en charge la clientèle en santé mentale en 1^{re} ligne;
- l'octroi de financement requis aux établissements concernés afin d'assurer la mise en place des équipes de suivi intensif dans le milieu;
- l'octroi de financement requis aux organismes communautaires concernés afin d'assurer le développement des services de crise et de soutien d'intensité variable;
- le transfert de ressources résidentielles et des budgets qui y sont associés de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à l'Institut Douglas afin d'assurer la transformation et le développement des ressources résidentielles dans le secteur ouest de Montréal.

Ces mesures devraient :

- réduire le recours à l'urgence, tant à l'Institut Douglas que dans d'autres hôpitaux;
- réduire le nombre de personnes hospitalisées;
- réduire la fréquence des visites à l'urgence et des hospitalisations de la clientèle en santé mentale connue par les CSSS et les hôpitaux;

- créer environ 450 places en ressources résidentielles dans le secteur ouest pour une période de sept à huit ans;
- augmenter l'accès à des places en ressources résidentielles en santé mentale et ainsi réduire le débordement de la clientèle dans des lits de courte durée psychiatrique et aider à désengorger les urgences.

Pour assurer la mission clinique et académique de l'Institut Douglas et son mandat à titre d'institut universitaire :

- l'octroi des postes de psychiatre selon les normes proposées;
- la reconfiguration de l'offre en lits d'hospitalisation telle que présentée à la section 4.5.2;
- l'octroi du financement requis pour l'offre de services à la clientèle des Cris et des Inuits;
- l'approbation du projet immobilier du Nouvel Institut.

Ces mesures assureront :

- le nombre de psychiatres requis pour la clientèle adulte et en gériopsychiatrie, soit 34 ETP;
- l'accès aux services pour la clientèle des Cris et des Inuits;
- des installations en superficie suffisante et selon les normes reconnues aujourd'hui dans le réseau de la santé et dans le milieu psychiatrique.

Annexe 1 – Lettre de monsieur Sylvain Périgny

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec

Direction générale de la coordination, du financement,
des immobilisations et du budget

Direction générale adjointe des investissements

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 novembre 2012

Madame Lynne McVey
Directrice générale
Institut universitaire en santé mentale Douglas
6875, boulevard Lasalle
Montréal (Québec) H4H 1R3

**Objet : Institut universitaire en santé mentale Douglas
Projet de renouvellement des infrastructures**

Madame la Directrice générale,

La présente fait suite à la correspondance que vous avez adressée en juillet dernier concernant une réorientation du projet en titre. Nous comprenons que le projet initial soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux a évolué de façon significative, notamment avec l'intégration du « Programme 14-25 » visant à offrir des services mieux adaptés aux jeunes de 14 à 25 ans et une augmentation substantielle de la portée des travaux en terme de superficies.

Considérant les modifications apportées au projet, il est nécessaire d'obtenir au préalable l'avis de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) eu égard à votre projet. Par conséquent, nous vous demandons de soumettre le projet révisé à l'Agence de Montréal, de manière à ce que cette dernière nous indique sa position par rapport à celui-ci et nous recommande, le cas échéant, les suites à y donner.

Veuillez agréer, Madame la Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur général adjoint
des investissements,

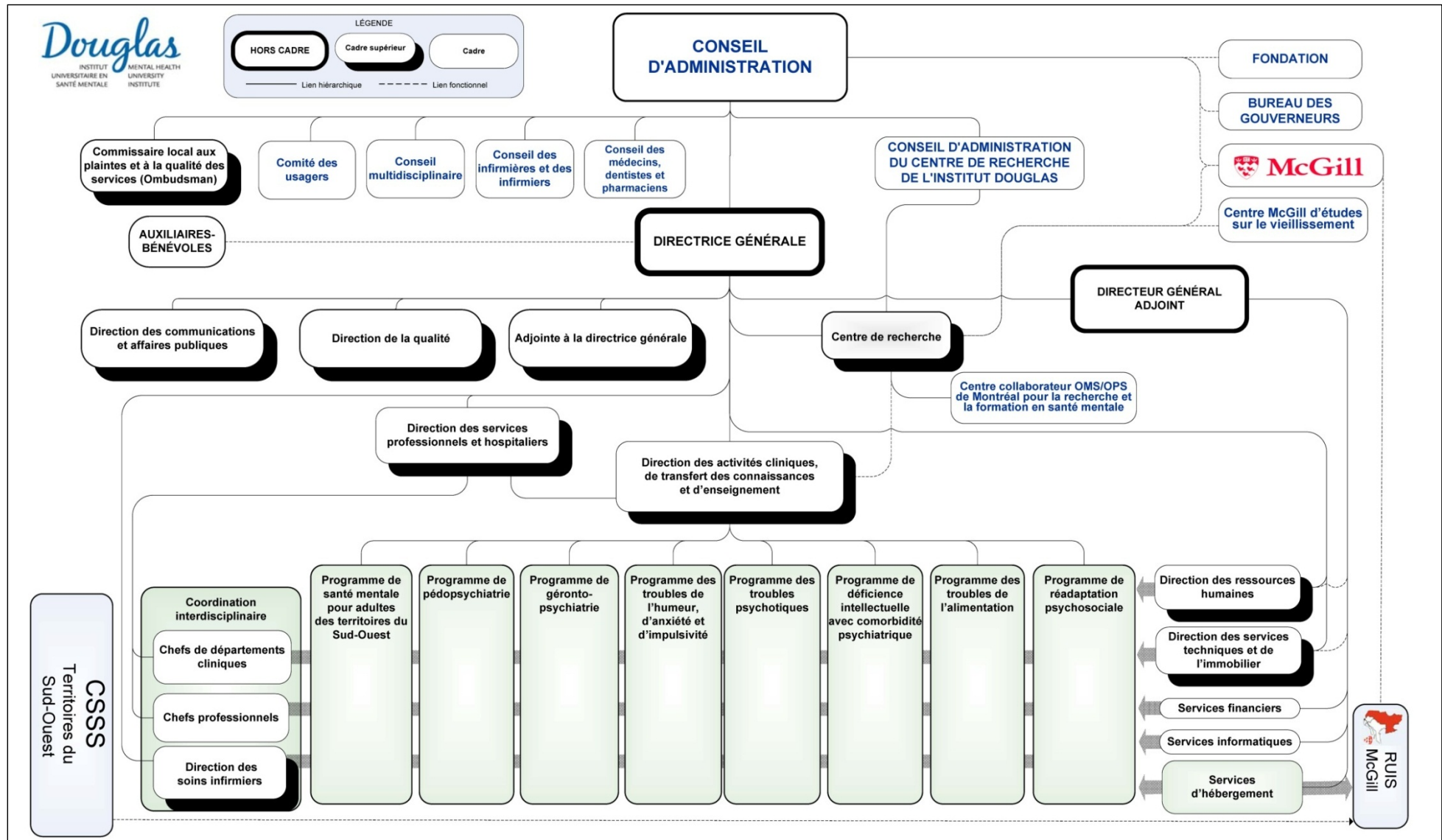

Sylvain Périgny

c. c. M. Hai Pham-Huy, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
M. Jean Rodrigue, ministère de la Santé et des Services sociaux

N/Réf : 12-FB-00831

Responsable du dossier : Simon Tremblay
1005, chemin Sainte-Foy, 7^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Téléphone : 418 266-5851
Courriel : simon.tremblay@msss.gouv.qc.ca

Annexe 2 – Organigramme de l'Institut Douglas



Annexe 3 - Stagiaires

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS
NOMBRE ANNUEL DE STAGIAIRES (excluant les stagiaires de recherche)

	2008-2009		2009-2010		2010-2011		2011-2012	
Médecine	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage
1 ^{re} et 2 ^e années de médecine	0	0	0	0	0	0	0	0
3 ^e et 4 ^e années de médecine	48	1920	43	1720	44	1760	43	1560
Résidents	10	1520	13	1520	25	2360	25	1840
<i>Fellows</i>	3	360	3	600	4	320	5	620
Stages de perfectionnement, évaluation CMQ	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL - Médecine	61	3800	59	3840	73	4440	73	4020
Soins infirmiers	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage
Infirmières auxiliaires	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmières (DEC)	95	1425	145	2055	120	1677	106	1390
Infirmières (Bacc., DEC-Bacc.)	21	631	25	507	37	861	40	773
Infirmières (maîtrise)	19	228	15	180	10	140	18	216
Infirmières (doctorat)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmières praticiennes	0	0	0	0	0	0	0	0
Total - Soins infirmiers	135	2284	185	2742	167	2678	164	2379

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

NOMBRE ANNUEL DE STAGIAIRES (excluant les stagiaires de recherche)

	2008-2009						2009-2010						2010-2011						2011-2012					
Autres disciplines de la santé universitaires (Baccalauréat, Maîtrise, Doctorat)	Nombre d'étudiants			Jours d stage			Nombre d'étudiants			Jours de stage			Nombre d'étudiants			Jours de stage			Nombre d'étudiants			Jours de stage		
	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D
Audiologie																			0	0	0	0	0	0
Ergothérapie	25	2		681	100		14	3		596	149		3	8		105	340		2	10	0	90	430	0
Orthophonie		1			10														0	2	0	0	28	0
Nutrition	9	5		147,5	147,5		14			291			8	1		150	20		15	0	0	279	0	0
Pharmacie	3		1						7			133	3		7	57		182	2	0	22	30	0	582
Pharmacie (doctorat professionnel)																			0	0	0	0	0	0
Physiothérapie																			0	0	0	0	0	0
Psychologie	6	3	22	540	273	1716	3	3	26	270	273	2028	3	3	33	270	273	2574	4	2	37	38	260	2787
Service social	16	2		907	121		10	1		723	32		22	5		711	260		14	0	0	779	0	0
Éducation spécialisée													2	1		89	40		0	0	0	0	0	0
Psychoéducation														2			80		1	1	0	44	36	0
Art thérapie														2			76		0	1	0	0	52	0
Musique thérapie													2	2		31	48		0	1	0	0	28	0
Récréologie													1			6			1	0	0	56	0	0
Psychomotricité													1			6			0	0	0	0	0	0
TOTAL - Autres disciplines de la santé universitaires	59	13	23	2276	651,5	1716	41	7	33	1880	454	2161	45	24	40	1425	1137	2756	39	17	59	1316	834	3369

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

NOMBRE ANNUEL DE STAGIAIRES (excluant les stagiaires de recherche)

	2008-2009		2009-2010		2010-2011		2011-2012	
Autres stagiaires non universitaires	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage	Nombre d'étudiants	Jours de stage
Assistant-pharmacien	3	45	2	28	16	240	14	182
Technique loisirs	3	23			1	6	0	0
Éducation spécialisée	8	238	8	396			4	426
Technique en diététique					1	25	1	14
Archives médicales					1	5	1	5
Autres disciplines de la santé (préposé aux bénéficiaires, technique de laboratoire, etc.)					12	108		
Autres disciplines (secrétariat, techniques informatiques, etc.)	2	22	2	30	9	192		
Total - Autres stagiaires non universitaires	16	328	12	454	40	596	20	627
TOTAL	307	11 055	337	11 531	389	13 032	372	12 545

Annexe 4 – Désignation à titre d'institut universitaire en santé mentale



Gouvernement du Québec
Ministre de la Santé et des Services sociaux



Québec, le 24 août 2011

Madame Claudette Allard
Présidente du conseil d'administration
Institut universitaire en santé mentale Douglas
6875, boulevard LaSalle
Verdun (Québec) H4H 1R3

Madame la Présidente,

J'ai le plaisir de renouveler la désignation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, sans cette fois y assortir de condition. Je félicite l'établissement pour le travail accompli comme en témoignent les rapports d'étape de 2008 et 2011 et pour avoir maintenu et développé son leadership en santé mentale même dans une période difficile.

En effet, j'ai pris note de la pénurie de psychiatres qui affecte votre établissement et je souhaite qu'une solution juste et équitable soit trouvée à ce problème avec votre collaboration, celle de l'Université McGill, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Je m'attends à ce que l'Institut universitaire en santé mentale Douglas :

- s'associe aux autres instituts de santé mentale du Québec pour élaborer et proposer de nouvelles façons d'organiser et de prodiguer les soins en santé mentale;
- poursuive la collaboration avec l'Agence et le MSSS dans le but de corriger progressivement la pénurie de psychiatres qui sévit actuellement et explorer les pistes suggérées lors de la rencontre du 7 janvier 2011;
- consolide dans l'établissement la fonction de psychiatre répondant;
- poursuive le développement de la formation destinée aux équipes de première ligne;
- poursuive la réduction des délais d'attente pour une prise en charge.

... 2

Québec
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-7171
Télécopieur : 418 266-7197

Montréal
2021, avenue Union, bureau 10.051
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-3700
Télécopieur : 514 873-7488

2

Un rapport annuel devra être produit sur la situation des effectifs médicaux et sur les délais d'attente. Un rapport bisannuel devra être produit sur les activités des psychiatres répondants de l'Institut universitaire de santé mentale Douglas et sur les activités de formation destinées aux équipes de première ligne en santé mentale. Ces rapports devront être acheminés à la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du MSSS.

Je félicite et remercie l'Institut universitaire en santé mentale Douglas pour ses réalisations et c'est avec intérêt que j'en suivrai l'évolution.

Veillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,


Yves Bolduc

N/Réf. : 11-MS-03491

Annexe 5 – Effectifs psychiatriques

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

PÉDOPSYCHIATRIE

Activités cliniques	Individus requis (ETP)	Informations complémentaires
Cliniques externes générales	2	Cliniques externes préadolescents et adolescents
Cliniques externes spécialisées	3	Autisme, dépression, TDAH, troubles de personnalité, petite enfance
Centres ou hôpitaux de jour	2	Hôpital de jour préadolescents et adolescents
Unités d'admission pour adolescents	1,0	15 lits
Consultation-liaison dans les CLSC et les cliniques médicales	2	Psychiatres répondants pour CSSS Dorval-Lachine-LaSalle (1 ETP) et CSSS Sud-Ouest-Verdun (1 ETP) Norme selon PASM 2005-2010 : 0,4 ETP par 20,000 jeunes.
Consultation en Centres jeunesse	0,5	
Nombre total requis quotidiennement	10,5	
+ 10 % pour recherche/rayonnement	1,05	
+ 10 % pour enseignement	1,05	
TOTAL	12,6	ETP ACTUEL = 7,9 PEM 2013-2015 = 10

PSYCHIATRIE ADULTE ET GÉRONTOPSYCHIATRIE

Activités cliniques	Individus requis (ETP)	Informations complémentaires
Cliniques externes générales	4,0	Suivi externe pour troubles sévères et persistants (0,5 ETP),; Services de réadaptation intensive dans la communauté (0,5 ETP); Suivi intensif et variable en gérontopsychiatrie (1 ETP); Équipe de santé mentale (adultes et gérontopsychiatrie) 2 ^e ligne spécialisée (2 ETP)
Cliniques externes spécialisées	6,5	Troubles de l'alimentation (clinique externe; hôpital de Jour-15 places) : 0,8 ETP Premier épisode psychotique : 0,8 ETP Suivi communautaire intensif : 0,5 ETP Clinique de la mémoire : 0,8 ETP Programme des troubles bipolaires : 1,5 ETP Programme des troubles affectifs ou réfractaires : 1,5 ETP Programme des troubles de l'anxiété : 0,8 ETP Programme des troubles de la personnalité : 0,8 ETP
Centres ou hôpitaux de jour	1,0	46 places
Unités d'admission de soins aigus spécialisés	5,2	Programme de premier épisode psychotique (PEPP) : 6 lits Troubles de l'alimentation : 6 lits Démence avec comorbidité psychiatrique : 18 lits Unités (2) de courte durée : 52 lits Unité de courte durée en gérontopsychiatrie : 18 lits Unité médicale : 6 lits Unité de soins intensifs : 8 lits TOTAL : 114 (Norme proposée 1 ETP par 20 lits)
Unités de réadaptation	0,5	Unité de transition communautaire -18 lits
Unités de soins prolongés spécialisés	2,0	Unité de réadaptation psychosociale en gérontopsychiatrie-30 lits; Unité de réadaptation intensive-30 lits; Unité de gestion des risques-15 lits; Unité de déficience intellectuelle avec comorbidité psychiatrique-15 lits TOTAL : 90 (Norme proposée 1 ETP par 45 lits)
Urgence (jour)	1,0	
Consultation-liaison dans les CLSC et les cliniques médicales	6,0	Psychiatres-répondants pour le CSSS Dorval-Lachine-LaSalle (3 ETP) et le CSSS Sud-Ouest-Verdun (3 ETP) Norme selon PASM 2005-2010; 1,6 ETP par 80,000 adultes.
Nombre total requis quotidiennement	27,0	
+ 10 % pour la recherche et le rayonnement	2,70	
+ 10 % pour l'enseignement	2,70	
Nombre total requis quotidiennement	32,40	

ADMINISTRATIF

Activités	Individus requis (ETP)	Informations complémentaires
Médico-hospitalier	1,2	Chef de département, chef de service, membre de différents comités et autres
Administration académique	0,4	Directeur de département, de programme et autres
Nombre total requis quotidiennement	1,6	

TOTAL (ADULTES ET GÉRONTOPSYCHIATRIE + ADMINISTRATION)

	34 ETP	ETP ACTUEL = 22,5 PEM 2012-2015 = 29
--	---------------	---

TOTAL DES EFFECTIFS PSYCHIATRIQUES

Pédopsychiatrie	12,6 ETP	ETP ACTUEL = 7,9 PEM 2013-2015 = 10
Adultes et gérontopsychiatrie	32,4 ETP	ETP ACTUEL = 22,5 PEM 2012-2015 = 29
Administration	1,6 ETP	