



Institut universitaire en santé mentale Douglas

Plan clinique et académique

En vue du renouvellement des infrastructures

Table des matières

Table des matières	2
Préambule	4
1. Introduction	5
2. Présentation du document	7
3. Informations générales	8
3.1 Présentation de l’Institut universitaire en santé mentale Douglas	8
3.2 Fondements organisationnels	10
3.3 Programmes-clientèles	13
3.4 Portrait actuel de la clientèle	19
3.5 Évolution des demandes de services cliniques	23
3.6 Portrait et évolution des activités d’enseignement et de transfert des connaissances	26
3.6.1 Formation clinique et en recherche	26
3.6.2 Transfert des connaissances et soutien au réseau	28
3.6.3 Éducation du grand public	29
3.7 Portrait et évolution des activités de recherche	29
3.7.1 Thèmes de recherche	30
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	33
3.7.3 Plateformes technologiques	33
3.7.4 Services aux chercheurs	36
3.7.5 Évolution des activités de recherche	37
3.8 Évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé	38
4. Projet clinique	39
4.1 Les orientations nationales et les lois structurantes	39
4.2 Les orientations régionales	40
4.3 Les principes guidant le projet clinique	40
4.4 Les clientèles visées	41
4.5 Le portrait des services cliniques et des activités académiques	41
4.5.1 Services cliniques	42

4.5.2	Capacité d'hospitalisation	58
4.5.3	Effectifs psychiatriques	63
4.5.4	Enseignement	63
4.5.5	Recherche	65
4.6	Le portrait de l'offre de services des partenaires du territoire	67
4.7	Le réseautage, le partenariat, l'arrimage entre les 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes	68
4.8	Le bilan du continuum des services actuels (trajectoire de service)	75
4.8.1	Implantation du PASM	75
4.8.2	Continuum de service	76
4.9	Le continuum désiré	79
4.10	Les pratiques exemplaires	79
4.11	Les écarts entre les services actuels et le continuum désiré (offre de services, ressources humaines, effectifs médicaux, immobilisations, budget)	81
4.11.1	Offre de services	81
4.11.2	Ressources humaines	81
4.11.3	Effectifs médicaux	82
4.11.4	Immobilisations	82
4.11.5	Budget	82
4.12	La proposition de pistes d'amélioration avec indicateurs de résultat	84
	Annexe 1 – Lettre de monsieur Sylvain Périgny	86
	Annexe 2 – Organigramme de l'Institut Douglas	87
	Annexe 3 - Stagiaires	88
	Annexe 4 – Désignation à titre d'institut universitaire en santé mentale	90
	Annexe 5 – Effectifs psychiatriques	92

Préambule

La première version du Plan clinique et académique a été présentée à l'Agence de la santé et des services sociaux (Agence) en mars 2013. Depuis, des informations complémentaires ont été fournies à l'Agence dans le cadre de son analyse. À cet effet, deux documents ont été produits par l'Institut Douglas : « Informations complémentaires au Plan clinique et académique (9 août 2013) » et « Informations complémentaires à l'Avis de pertinence portant sur le Plan clinique et académique (23 septembre 2014) ». Ces informations sont venues répondre aux questions posées par l'Agence et permettent de préciser des éléments de l'offre de services. C'est sur l'ensemble des informations et documents fournis par l'Institut Douglas que l'Agence a produit un avis de pertinence favorable en décembre 2014.

Afin de faciliter la lecture et la compréhension de tous les éléments, le Plan clinique et académique a été révisé en janvier 2015 pour y incorporer les informations complémentaires déposées auprès de l'Agence en août 2013 et en septembre 2014. Les sections suivantes ont fait l'objet de révision majeure :

- Section 1 : Introduction (informations contenues au Dossier de présentation stratégique)
- Section 4.5.1 : Services cliniques
 - Services d'urgence et de l'Unité d'intervention brève
 - Clientèle adolescents - jeunes 14- 30 ans
 - Psychiatrie légale
 - Réadaptation intensive
 - Services à la clientèle des Cris et des Inuits
- Section 4.5.2 : Capacité d'hospitalisation
- Section 4.5.4 : Enseignement
- Section 4.7 : Le réseautage, le partenariat et l'arrimage entre la 1^e, 2^e, et 3^e ligne
- Section 4.8.2 : Continuum de service.

Lorsque pertinent, les données présentées dans ces sections ont été mises à jour (en date de 2013-2014) et visent uniquement à expliquer les tendances ou à témoigner des résultats atteints.

1. Introduction

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 renouvellement des infrastructures — qui représente ni plus ni moins la confirmation de la transformation de l'approche en santé mentale et l'environnement propice à cette approche.

Dans notre dossier de présentation stratégique, nous présentons de manière détaillée les facteurs qui ont amené l'Institut Douglas à réfléchir sur l'arrimage entre ses activités cliniques, de recherche et d'enseignement et l'environnement physique dans lequel ces activités ont lieu. Ces facteurs portent notamment sur :

- **L'évolution des pratiques cliniques et de l'approche en santé mentale.** Nos pratiques cliniques et notre approche à la prestation des soins sont aujourd'hui fondées sur la participation du patient dans son processus de soins et la préparation de son intégration dans la communauté, contrairement à l'approche d'isolement et d'hébergement à long terme qui caractérisait jadis le milieu psychiatrique. Ce changement de rôle de « l'hôpital psychiatrique » et d'approche aux soins requiert des installations physiques favorisant un environnement guérissant pour le patient et des infrastructures qui facilitent la réadaptation et la transition vers la communauté.

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

- **Le mandat d'institut universitaire.** Le nombre d'étudiants et de stagiaires à l'Institut Douglas ne cesse d'augmenter. En 2013-2014, l'Institut Douglas accueillait plus de 600 étudiants et stagiaires cliniques et en recherche en plus d'offrir plusieurs programmes de formation aux intervenants des établissements des 1^{re} et 2^e lignes ainsi que d'autres secteurs d'activités. Une projection pour l'année 2020 (section 2.4 de ce document) prévoit une moyenne annuelle de 470 étudiants et stagiaires auxquels s'ajoutent environ 200 stagiaires au Centre de recherche. Cependant, les installations sont déjà inadéquates et clairement insuffisantes pour accueillir ce grand nombre de futurs chercheurs et de professionnels de la santé :
 - toute transformation possible d'espaces pour accueillir le nombre actuel d'étudiants et de stagiaires a été effectuée. Cette atteinte de capacité d'accueil pour la formation limite significativement toute possibilité de croissance d'activités d'enseignement et de recherche qu'exigent notre rôle et notre mandat d'institut universitaire;
 - les infrastructures actuelles sont inadéquates en termes de capacité, dans plusieurs pavillons, pour l'installation des nouvelles technologies d'information et de communications courantes. Ceci constitue un frein à la pleine participation des étudiants dans leurs activités de formation à l'Institut Douglas et auprès des patients et de nos partenaires;
 - le manque d'espaces appropriés pour la formation clinique et la configuration problématique des unités de soins sont des obstacles à l'intégration de l'enseignement et de la recherche aux activités cliniques;
 - le manque de locaux pour les professeurs et les étudiants et des problèmes techniques d'intégration des nouvelles technologies pédagogiques (par exemple, des laboratoires de simulation) font en sorte que notre capacité d'accueil d'étudiants et de stagiaires est inférieure à la demande et aux besoins;
 - les évaluations produites par les stagiaires de l'Institut révèlent un inconfort à se déplacer dans un environnement qui n'est pas sécuritaire (tunnels, chambres à lits multiples);
 - les installations qui ne répondent pas aux normes actuelles présentent des risques importants pour les ressources de notre Centre de recherche en termes d'incendie (bâtiments ayant une structure en bois), d'accidents (emplacement provisoire d'appareils sophistiqués) ou de perte d'actifs (par exemple, le système de réfrigération précaire de la Banque de cerveaux).

Le projet de construction permettrait des installations et une configuration des espaces nécessaires pour répondre à plusieurs besoins cliniques et académiques et qui sauront soutenir le rôle d'institut universitaire. Les besoins aujourd'hui découlent :

- de la nature des services spécialisés en santé mentale offerts par l'Institut qui nécessitent une organisation plus efficace des unités de soins et des services ambulatoires ainsi qu'un environnement plus propice à la réadaptation et au retour des patients dans la communauté;
- de l'interaction entre la recherche et les activités cliniques au sein même des secteurs cliniques;
- de la réalisation d'activités d'enseignement et de transfert des connaissances dans un milieu plus propice (espaces et technologies d'information et de communications) pouvant accommoder la nature et le niveau d'activité prévue.

Les démarches d'analyse et d'approbation préconisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par l'Agence prévoient que le projet de renouvellement des infrastructures, 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).

2. Présentation du document

Ce document constitue la version finale du Plan clinique et académique de l'Institut Douglas. Il a été élaboré en tenant compte de la thématique d'un plan clinique définie par l'Agence (novembre 2012) et à laquelle ont été 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.
- **Informations complémentaires au Plan clinique et académique (9 août 2013);**
- **Informations complémentaires à l'Avis de pertinence portant sur le Plan clinique et académique (23 septembre 2014).**

Tous les documents cités ci-haut 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.

L'Institut Douglas fait partie d'un **pôle élargi en santé mentale** composé des pôles sud-ouest et ouest. Les CSSS Sud-Ouest–Verdun (CSSSSOV), Dorval-Lachine-LaSalle (CSSSDL) et Ouest-de-l'Île composent ce pôle.

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 CSSSSOV et celui du CSSSDL². 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;
- Pédopsychiatrie;
- Gérontopsychiatrie;
- 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 clientèle totalisant 8754 personnes, plus de 105 000 interventions directes dans les services ambulatoires

²Nous prévoyons que l'Institut Douglas maintienne ses mandats dans le cadre de l'actualisation du projet de loi no 10 et que l'organisation des services en santé mentale entre les établissements qui seront fusionnés respecterait les orientations du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et celui à venir.

(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'Institut universitaire en santé mentale de Montréal 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 (SIM) à l'échelle du Québec. L'équipe de suivi intensif dans le milieu 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 suicidés du Québec, un Centre d'imagerie cérébrale, un Centre de neurophénotypage et le Centre de recherche translationnelle sur les troubles de l'humeur et le suicide. 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 2015 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. Anthony³ 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. »

³Anthony, 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.

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.

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 ultraspecialisés 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 : Pédopsychiatrie et Gériopsychiatrie
- 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 pédopsychiatrie

Le Programme de pédopsychiatrie 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 pédopsychiatrie 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 pédopsychiatrie 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);

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 de l'accès et des partenariats/Direction des programmes cliniques 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 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.

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.⁴ 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 14-30 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 communication efficaces entre les équipes afin d'assurer la prise en charge des patients et le partage des connaissances.

⁴ À ne pas confondre avec le Programme de réadaptation psychosociale pour la clientèle adulte qui vise l'intégration sociale.

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.

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, obsessif-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 a fait partie 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 a constitué, en collaboration avec le Programme de la pédopsychiatrie et du PEPP, une équipe d'intervention précoce pour les troubles affectifs qui a 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 CSSDLLet et du CSSSOV. 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 gérontopsychiatrie 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 %
Gérontopsychiatrie	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 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 2009-2010 à 2013-2014.

Les deux principaux facteurs qui limitent notre capacité à accueillir des stagiaires sont l'espace ainsi que les ressources humaines nécessaires à la supervision des activités de stage. Or, en ce qui a trait à ce deuxième point, les perspectives d'avenir nous laissent croire que la croissance prévue du nombre de

superviseurs de stage disponibles à l'Institut Douglas en 2020 ne sera pas suffisante pour assurer l'accueil de tous les stagiaires tels que nous l'avions estimé lors de notre premier exercice d'évaluation. C'est pourquoi nous présentons dans la présente section une révision à la baisse de nos estimations quant au nombre total de stagiaires prévus à l'Institut Douglas en 2020.

En général, entre 2009-2010 et 2013-2014 nous constatons une augmentation du volume annuel de stagiaires :

- + 19,1 % du nombre global de stagiaires et + 31,2 % des jours de stage;
- + 30,5 % du nombre de médecins formés (3^e et 4^e années, résidents et *fellows*);
- + 95,0 % du nombre de stagiaires de niveau universitaire en soins infirmiers;
- + 30,3 % des stagiaires au doctorat dans des disciplines universitaires autres que la médecine et les soins infirmiers;
- le nombre de stagiaires non-universitaires est passé de 10 à 57 par année, essentiellement pour des stages en technique de pharmacie ou pour des préposés aux bénéficiaires.

Quant à la formation scientifique, 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, en psychologie et en tout autre domaine associé à la psychiatrie. Ces étudiants et stagiaires proviennent d'ici et d'ailleurs dans le monde.

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. Si on recrute en moyenne 3 chercheurs de plus par année et chaque chercheur embauche en moyenne 3 à 4 étudiants on prévoit qu'on aura en 2020, 72 étudiants de plus.

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. 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 les chaînes de télévision *Canal Savoir* et *Bell Local*.

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; RecoveryTalks; Psychospeak with Dr. Z; Soigner entre les lignes) 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).

Vieillessement 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 *expressions conditionnelles*) 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 coroner 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 transgénése 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.

Le Centre de recherche translationnelle sur les troubles de l'humeur et le suicide

Créé en 2014, ce centre unique combine plusieurs champs de recherche — clinique, neuroanatomique, moléculaire et cellulaire — dans le but de comprendre les mécanismes qui mènent à la dépression et au

suicide. Équipé d'instruments de pointe pour l'étude des tissus biologiques (histologie), l'imagerie cellulaire et tissulaire et la culture cellulaire de tissus cérébraux humains, le centre de recherche translationnelle pour les troubles de l'humeur et le suicide est le premier au Canada à se consacrer à ce champ d'étude.

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'UGDest 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 préféabilité 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* 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'UÉTMS du Douglas peut compter, à même l'Institut, sur une expertise de supervision en méthodes ÉTMS 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 ÉTMS et en évaluation de programme fait partie de l'UÉTMS et assure la mise en œuvre des activités UÉTMS. L'UÉTMS 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;
- gérontopsychiatrie;
- psychiatrie adulte;
- psychiatrie légale.

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, 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.

4.5.1 Services cliniques

L'organisation et la gestion des services cliniques continueront à s'articuler autour des huit programmes-clients définis à la section 3.3. Les services à la clientèle des Cris et des Inuits sont compris dans les huit programmes.

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.

Services d'urgence et de l'Unité d'intervention brève

L'Urgence à l'Institut Douglas dispose de 6 civières et l'Unité d'intervention brève (UIB) est dotée de 8 lits. L'UIB est intégrée aux espaces dévolus à l'Urgence, ce qui permet à la même équipe de couvrir les deux services en plus de faciliter le transfert de la clientèle, lorsque nécessaire.

Nous avons apporté beaucoup d'amélioration à l'Urgence et à l'UIB comme indiqué dans les paragraphes suivants et nous souhaitons maintenir le statu quo dans nos nouvelles installations.

Le nombre de civières à l'Urgence semble bien répondre aux besoins. Par le passé, les 8 lits de l'UIB répondaient difficilement à la demande, mais grâce aux efforts d'amélioration du flux des patients vers le retour à domicile, qui contribue à la baisse des jours présence à l'UIB en 2013-2014, nous pensons que les 8 lits pourront répondre aux besoins futurs.

Unité/Service	Année financière	Nb patients admis	Jours présence actifs	Jours présence lits dressés	Taux d'occupation
Intervention brève	2012-2013	1243	4 263	2920	143 %
	2013-2014	1168	3 401	2920	113 %

Plusieurs mesures ont été entreprises à travers l'Institut et également avec nos partenaires pour améliorer l'accès aux services. Nos démarches portaient du fait que toute amélioration de l'accès aux services devait commencer aux services d'urgence et à l'UIB. Ces démarches s'articulaient autour des projets suivants :

1. Projet Lean Six sigma ceinture noire : Révision des processus et des pratiques médicales à l'Urgence;
2. Projet Lean Six sigma ceinture verte : Réingénierie de la clinique externe des troubles psychotiques qui nous permet d'augmenter et d'améliorer nos interventions de réadaptation psychiatrique dans le milieu de vie des patients. Le tableau qui suit démontre les impacts positifs de cette initiative. On peut voir que la réingénierie a permis une réduction des réadmissions, ce qui allège la pression sur l'Urgence et une meilleure fluidité dans le cheminement de soins.

Nombre de réadmissions en réadaptation psychiatrique intensive				
Sous-service	Intervalle	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Unité de réadaptation et de gestion des comportements à risque Perry 2A	00-06 MOIS	20	15	7
	06-12 MOIS	2	4	1
Total Unité Perry 2A		22	19	8
Unité de réadaptation intensive CPC3	00-06 MOIS	41	28	22
	06-12 MOIS	11	8	5
Total Unité CPC3		52	36	27
Unité de réadaptation et de transition communautaire Levinschi	00-06 MOIS	12	18	16
	06-12 MOIS	7	16	5
Total Unité Levinschi		19	34	21

3. Consolidation et développement de partenariats internes et externes

Les tableaux qui suivent démontrent une amélioration de l'accès, qui se reflète à travers plusieurs indicateurs. En effet, nous pouvons constater que :

- Le pourcentage du nombre de congés à l'Urgence a augmenté en 2013-2014 par rapport à l'année précédente, ce qui permet d'améliorer l'accès à l'UIB et de respecter sa mission.
- Le nombre de transferts de l'UIB vers les unités de courte durée psychiatrique a diminué, améliorant ainsi l'accès à ces unités par la voie de transferts de patients en attente et hospitalisés ailleurs dans le réseau.

Bilan comparatif 2013-2014, 2012-2013 du flux des patients (Urgence, UIB et autres unités)

2013-2014

Urgence	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Nb de visites à l'Urgence	528	456	429	459	433	433	424	432	434	366	426	465	381	5 666
Nb de congés de l'Urgence (excluant les admissions)	342	297	299	300	296	303	305	284	289	264	312	341	283	3 915
%	65%	65%	70%	65%	68%	70%	72%	66%	67%	72%	73%	73%	74%	69%

UIB	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Nb de transferts de l'Urgence à l'UIB	171	150	122	143	123	122	108	132	127	91	98	111	86	1 584
Nb de transferts de l'UIB														
À courte durée	70	55	50	53	47	45	37	50	35	30	33	50	34	589

Unités (excluant UIB)	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Nb de transferts CD vers MD	5	6	13	5	14	7	9	8	8	4	9	4	3	95

* CD : Courte durée

* MD : Moyenne durée

2012-2013

Urgence	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Nb de visites à l'Urgence	475	348	398	418	403	417	391	423	409	329	368	392	330	5 101
Nb de congés de l'Urgence (excluant les admissions)	311	225	259	271	266	264	236	275	275	206	238	262	221	3 309
%	65%	65%	65%	65%	66%	63%	60%	65%	67%	63%	65%	67%	67%	65%

UIB	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Nb de transferts de l'Urgence à l'UIB	141	112	127	124	126	136	140	139	118	110	123	118	98	1 612
Nb de transferts de l'UIB														
À courte durée	60	47	66	45	55	63	61	55	52	38	49	54	45	690

Unités (excluant UIB)	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Nb de transferts CD vers MD	15	12	13	6	10	10	6	8	7	5	14	13	9	128

- Parallèlement, le nombre de transferts des unités de courte durée vers les unités de moyenne durée a également diminué, favorisant un meilleur accès aux unités de réadaptation intensive. Le tableau qui suit trace un bilan de l'accès aux lits de réadaptation psychiatrique intensive de l'Institut Douglas aux partenaires du RUIS McGill :

Bilan sur l'accès en réadaptation intensive pour les patients hospitalisés dans les CHSG du RUIS McGill

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Depuis nov.2013 Début projet d'optimisation
# de patients admis	3	2	10	11
Délai d'accès en réadaptation intensive (moyenne durée)	3.1mois	2.3 mois	1.9 mois	1.7 mois
Jours/patient remis aux CHSG			-	939
Cadence x patients/mois	0.25	0.16	0.8	1.2

L'approche et les services de l'Institut Douglas contribuent directement à une réduction importante des jours-présence d'hospitalisation et au désengorgement des unités de courte durée psychiatrique et des services d'urgences. Par exemple, de novembre 2013 à septembre 2014, la clientèle en provenance de nos partenaires a occupé des lits au Douglas pour un équivalent de 939 jours/présences, ce qui a permis à ces mêmes partenaires d'offrir des soins aigus à de nouveaux clients pour un nombre équivalent de jours-présence.

Nous offrons le traitement, l'orientation en ressources résidentielles ainsi que le suivi externe en collaboration avec nos partenaires. Les patients ne sont plus retournés aux centres hospitaliers.

Suite aux diverses actions et activités d'amélioration continue de l'accès, un cadre de référence a été développé contenant les principes qui régissent maintenant le fonctionnement efficace de l'UIB :

- I. Agir de façon précoce sur un plan de congé élaboré et actualisé avec une approche interdisciplinaire et en partenariat avec les proches/familles et les organismes communautaires :
 - a. participation active des proches au plan de traitement et précision de leur rôle auprès du patient lors de son congé;
 - b. liaison étroite avec les professionnels des cliniques externes de l'Institut Douglas et participation accrue de ces derniers au plan de congé;
 - c. communication assidue avec les services d'hébergement pour assurer une place pour le patient si on juge que nous pouvons éviter l'hospitalisation;
 - d. partenariat avec Ami Québec pour l'intégration d'un pair-aidant à l'équipe de soins afin de soutenir quotidiennement les familles durant et après la visite à l'Urgence;
 - e. partenariat avec l'Autre-Maison, dont les intervenants sont présents à l'Urgence trois fois semaine afin de collaborer à l'évaluation et à l'orientation des patients en situation de crise qui pourraient bénéficier de leurs services;
- II. Mise en place de nouveaux protocoles de traitement
 - a. pour les patients présentant des troubles de l'alimentation;
 - b. de sevrage de substances;
 - c. pour les tests sanguins à effectuer et les paramètres physiques à observer durant le séjour à l'Urgence;
- III. Standardisation des pratiques médicales à l'Urgence;
- IV. Révision des processus de l'Urgence dont celui du triage, d'évaluation et de liaison, dans un projet d'amélioration continue fondé sur la méthodologie Lean Six sigma;
- V. Accès amélioré au suivi post-urgence, professionnel et médical;
- VI. Redéploiement de professionnels d'autres services (psychologue, travailleur social) pour spécialiser l'évaluation et l'intervention durant et après le séjour à l'Urgence.

Ces actions concertées font en sorte que le patient demeure en évaluation et en traitement un peu plus longtemps à l'Urgence, mais elles engendrent les résultats positifs suivants :

- un plus grand nombre de congés à partir de l'Urgence;
- admissions appropriées à l'UIB, donc moins de patients qui y sont référés inutilement;
- une durée de séjour réduite à l'UIB;
- moins de patients transférés de l'Urgence ou de l'UIB vers les unités psychiatriques de soins aigus de moyenne durée;
- accès amélioré pour les patients des établissements montréalais du RUIS McGill à nos unités de réadaptation psychiatrique intensive (*voir section sur la réadaptation psychiatrique intensive*);
- réduction des réadmissions à l'UIB;
- un plus grand nombre de congés des unités internes.

Clientèle adolescents-jeunes adultes : Services 14 – 25 ans

Note : les services 14-25 peuvent s'étendre jusqu'à 30 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 25ans, 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. »

Une de nos grandes préoccupations et priorités est de mieux desservir les jeunes de 14 à 25 ans, en :

- a) facilitant l'accès à une intervention précoce, c'est-à-dire dès l'émergence des premiers signes ou symptômes de la maladie;
- b) évitant des ruptures entre les services pour jeunes et ceux pour adultes, et
- c) offrant des services qui répondent aux besoins propres à ce stade de la vie.⁵

⁵ Commissaire à la santé et au bien-être. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Québec, QC : Gouvernement du Québec; 2012:179 pages.

Ces préoccupations s'inscrivent dans le mouvement actuel en santé mentale qui met l'accent sur l'importance, dans une perspective préventive, d'intervenir le plus rapidement possible, de façon intensive et complète, en faisant appel à des approches novatrices, adaptées à la jeunesse et qui misent sur les collaborations intra et intersectorielles.

Les objectifs du modèle de prestation de soins que l'Institut Douglas a mis en place 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.

Les approches préconisées sont mises en œuvre à l'Institut Douglas depuis plus de 10 ans dans le cas des jeunes âgés de 14 à 30 ans aux prises avec un premier épisode psychotique par le service PEPP.

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.

Ce service qui contrairement à la plupart des programmes ou services en santé mentale n'est pas organisé en fonction de l'atteinte de l'âge de la majorité a entre autres pour caractéristiques (1) de permettre un accès rapide et simplifié à ses services; (2) d'offrir aux jeunes des services de prise en charge (*case management*) en fonction de leurs besoins et (3) de leur proposer une gamme d'interventions multidisciplinaires éprouvées (par ex. la psychoéducation, l'intervention familiale, l'approche cognitivo-comportementale) pour obtenir une rémission de l'épisode psychotique et soutenir la poursuite de leurs projets de vie. Le service mise sur une intervention limitée entre deux et cinq ans, tôt dans la trajectoire de la maladie.

Une des pierres d'assise du PEPP est son arrimage avec les autres programmes-clientèles de l'Institut ainsi que les partenariats qu'il a développés avec les organismes publics et communautaires du réseau. Dans l'ensemble, PEPP dispose d'un réseau de partenaires non seulement à l'interne, mais aussi à l'externe (milieux scolaires, médecins de famille, CSSS, centres hospitaliers, organismes de la communauté) afin de rejoindre les jeunes concernés, assurer le dépistage précoce en début de maladie et faciliter la transition à la fin de l'épisode de soins vers les services du réseau et de la communauté qui assureront le suivi.

Les services du PEPP sont essentiellement de nature ambulatoire. Lorsqu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, PEPP, qui ne dispose pas d'unité d'hospitalisation de courte durée spécifique, a accès à des lits de l'unité pour adolescents du Programme pédopsychiatrie dans le cas des jeunes de moins de 18 ans et, dans le cas de ceux âgés de plus de 18 ans, à des lits du Programme des troubles psychotiques. Durant l'hospitalisation, l'équipe externe PEPP est étroitement impliquée dans l'élaboration du plan de traitement et assure la continuité des services.

D'autres initiatives ont été mises en place à l'Institut Douglas pour combler certaines lacunes observées dans la prestation des services aux jeunes et ainsi assurer une continuité de services. Par exemple, les services externes pour troubles dépressifs et suicidaires pour adolescents et adultes ont été regroupés au sein du Programme de troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI) pour desservir les jeunes de 14 ans et plus, assurant ainsi une continuité de services pour les jeunes adultes. La clinique

des troubles bipolaires travaille actuellement à adapter son intervention psychoéducatrice pour mieux répondre aux besoins propres des jeunes de 14 -30 ans, tant au niveau de l'approche que du contenu. Les jeunes suivis pour un trouble de l'alimentation par l'équipe du Programme de pédopsychiatrie bénéficient de la collaboration entre cette équipe et celle du Programme des troubles de l'alimentation pour adultes. Ce dernier assure une prise en charge immédiate après l'âge de 18 ans.

Pour aller plus loin dans la transformation des services de l'Institut à l'égard des jeunes présentant des signes ou symptômes autres que d'ordre psychotique, la Direction générale a confié à la nouvelle Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) de l'établissement, le mandat de réaliser une synthèse des connaissances scientifiques sur les modèles d'organisation de services ciblant à la fois les adolescents et les jeunes adultes, en prenant le cas des jeunes avec un trouble bipolaire. Cette synthèse, complétée par des données contextuelles et expérientielles, permettra la formulation de recommandations sur les actions à entreprendre qui soient à la fois fondées, applicables et faisables. Le projet développé par l'UETMISM a été retenu en juillet 2014 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) dans le cadre de son Programme PSI-ETMI à la suite d'un jugement de pertinence par la Table de concertation de l'INESSS.

Nombre de lits pour les jeunes adultes

Actuellement, il n'y a pas d'unité exclusivement dédiée aux jeunes adultes. Ils sont admis dans les lits à travers l'ensemble des unités d'hospitalisation, et ce, selon le diagnostic.

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. Cette consolidation reflète une répartition des lits actuels et non un ajout de services ou de programme.

Nombre d'équivalent temps plein

Pour le moment, l'Institut Douglas n'a pas procédé à la réorganisation de son personnel afin qu'une équipe soit dédiée exclusivement à la clientèle 14-25 ans. Les équipes multidisciplinaires œuvrant au sein de l'unité de pédopsychiatrie sont dédiées à l'ensemble de la clientèle de cette unité. Toutefois, elles bénéficient de formations sur des approches et modes d'interventions plus spécifiques à la clientèle souffrant de troubles de l'alimentation, de premières psychoses et de troubles dépressifs et suicidaires. Par ailleurs, en externe, les jeunes patients seront suivis par les équipes existantes qui travaillent déjà avec cette population (PEPP, l'équipe du programme des troubles dépressifs et suicidaires adolescents). Rappelons aussi que nous désirons privilégier des soins dans la communauté pour cette clientèle.

Le nombre d'équivalent temps plein à l'unité de pédopsychiatrie (cf. la programmation des services de 2^e et 3^e ligne transmise à l'Agence en juillet 2014) est de :

- 20,0, ETP tous titres d'emploi confondus (administratifs et cliniques).
- 0,8, ETP psychiatre;
- 0,25, ETP omnipraticien.

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 faciliteront 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 (Projet +Prends Soins de Toi+ : Dre Andrée Daigneault et Dr Serge Beaulieu) 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.

Psychiatrie légale

L'augmentation fulgurante du nombre de personnes sous la responsabilité de la CETM s'est traduite à l'Institut Douglas, en 2013-2014, par l'occupation de 34 lits (repartis dans plusieurs unités) par cette clientèle. En date du 28 août 2014, 173 personnes sous mandat de la CETM étaient suivies à l'Institut Douglas (services internes et externes). L'Institut consolide actuellement les services autour d'une unité de 16 lits réservés à la clientèle ayant de risques élevés dans une unité fermée, puisque certains patients qui nécessitent une moins grande surveillance (gestion de risques) peuvent être hospitalisés dans les unités régulières lorsque leur état mental et leur niveau et type de risque le permet. Toutefois, avec l'assignation imminente d'un mandat de psychiatrie légale par l'Agence à l'Institut Douglas et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) (voir ci-dessous), l'Institut Douglas prévoit l'organisation des services hospitaliers autour de 20 lits additionnels dédiés aux personnes ayant un profil psychiatrie justice. (Tourigny, St-Germain, & Lanoue, 2014).

Le Plan clinique et académique de l'Institut Douglas tient compte de l'évolution dans le réseau des demandes et des besoins liés 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 (Crocker et al., accepted; Jansman-Hart, Seto, Crocker, Nicholls, & Côté, 2011). 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 (IPPM) 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 ultraspecialisés de l'IPPM et les services de psychiatrie générale auprès de personnes sous mandat de la CETM. Finalement, suite aux travaux interministériels en psychiatrie légale (Duhamel & Gervais, 2011) ainsi que ceux de l'Agence sur la hiérarchisation des services en psychiatrie légale à Montréal (Tourigny et al., 2014), une

réduction du nombre d'hôpitaux désignés à recevoir les personnes sous mandat de la CETM du Tribunal administratif du Québec est à prévoir dans un avenir rapproché.

L'Institut Douglas se voit jouer un rôle important auprès de cette clientèle, ce qui a été récemment validé (Tourigny et al., 2014). L'Institut Douglas possède des ressources et des expertises qui peuvent être mises à profit d'un développement de services psycho-légaux plus formels en soutien aux services de deuxième ligne et de l'IPPM. Sur le plan clinique, mentionnons l'équipe de l'unité de gestion des comportements à risque (Perry 2A) qui travaille déjà auprès de cette clientèle, les équipes de suivi intensif ainsi que les ressources résidentielles en collaboration avec nos intervenants. Ces équipes sont soutenues par une criminologue et deux avocats de l'Institut Douglas pour faciliter les liens avec la CETM, la Cour et les Services policiers. Sur les plans académique et scientifique, les programmes de l'Institut Douglas bénéficient de l'expertise d'Anne Crocker, chercheuse spécialisée en psychiatrie légale ainsi que de son équipe interdisciplinaire et interinstitutionnelle VISEV (vulnérabilités, intégration sociale et violence, FRQ-S : visev.ca) qui regroupe des chercheurs en santé mentale, DI-TED et justice et des partenaires de l'IPPM, l'IUSMM ainsi que du réseau CRDI-TED et SPVM. L'équipe a d'ailleurs obtenu les droits de traduction en français du DUNDRUM (outil de triage psycho-légal : (Kennedy, O'Neill, Flynn, & Gill, 2010; Perafan & Crocker, 2014), retenu dans les travaux sur la hiérarchisation de la psychiatrie légale pour soutenir les pratiques d'évaluation du niveau de sécurité nécessaire (Tourigny et al., 2014). Ceci permettra de poursuivre les activités scientifiques en santé mentale justice et de formation aux différents outils intégrés aux pratiques cliniques, ainsi que d'attirer des étudiants et stagiaires en criminologie, psychiatrie, psychologie, travail social, soins infirmiers et droit auprès de la clientèle psycho-légale.

L'Institut Douglas 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*) (Crocker et al., 2011);(Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Desmarais, 2009) 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 individuelles de la clientèle depuis maintenant huit ans. De plus, la formation est offerte à un nombre grandissant de partenaires (par ex. des équipes d'hébergement spécialisées en psychiatrie légale, l'IUSMM et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec). L'Institut Douglas est actuellement à planifier les formations au DASA (*Dynamic Appraisal of Situational Aggression*) (Dumais, Larue, Michaud, & Goulet, 2012; Ogloff & Daffern, 2006) par des équipes de l'IUSMM et la co-chercheuse de l'équipe VISEV. Ces outils accompagnent également les formations OMEGA qui sont offertes à l'ensemble des membres de l'Institut Douglas et à un large réseau de partenaires. Depuis l'an 2000, l'Institut Douglas a offert des formations OMEGA aux intervenants de plus de 80 organismes et organisations en santé et services sociaux.

Compte tenu de la nature des besoins dans ce domaine, l'Institut Douglas prévoit poursuivre le renforcement de ces services et mettra l'accent, lors de départs de personnel ou de réorganisation de services, sur l'embauche d'effectifs spécialisés requis, notamment des criminologues, des éducateurs et des psychologues spécialisés. Une psychiatre terminant actuellement son *fellowship* en psychiatrie légale à l'IPPM a d'ailleurs récemment été embauchée par l'Institut Douglas pour une entrée en fonction en 2015, afin de consolider les ressources et d'assurer un leadership psychiatrique auprès de cette clientèle complexe.

La continuité des soins est particulièrement importante auprès des personnes ayant des démêlés judiciaires. L'Institut Douglas est à développer un plan d'action pour la consolidation et le rehaussement de l'évaluation et la gestion des risques de violence et de criminalité pour les équipes de suivi intensif actuelles, comme le recommande le rapport Tourigny ([Tourigny et al., 2014](#)). De plus, la participation de l'Institut Douglas à une équipe mobile interdisciplinaire en ambulatoire pour la psychiatrie légale dans la région de Montréal, en collaboration avec l'IPPM et l'IUSMM est également prévue.

Il est clair que le flux des patients de psychiatrie légale est tributaire des places en ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale, voire en psychiatrie en général. En attendant une éventuelle augmentation du nombre de places en ressources d'hébergement, comme recommandé dans le rapport Tourigny ([Tourigny et al., 2014](#)), l'Institut Douglas continuera à offrir des formations aux outils d'évaluation et de gestion de risque (par ex. START) ainsi que d'interventions tactiques (par ex. OMEGA) et sur les processus judiciaires (par ex., formations croisées). Il poursuivra le soutien à ses partenaires de la communauté, en particulier aux équipes d'hébergement en fonction de leurs besoins de rehaussement des pratiques en collaboration avec l'IUSMM et de la consolidation des services actuels afin de s'adapter à la clientèle psycho-légale et d'assurer une continuité des soins, un langage commun et des milieux sécuritaires qui favorisent le rétablissement.

De plus, 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 la justice et la sécurité publique, en plus des secteurs de l'éducation, de l'emploi et de la santé. Des formations croisées 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 ex., 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. La nouvellement formée UÉTMI en santé mentale de l'Institut Douglas pourra également être mise à contribution dans des travaux régionaux en ce qui a trait à l'identification et l'évaluation des pratiques de pointe de psychiatrie légale en fonction des besoins de l'Institut.

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.

La réadaptation psychiatrique intensive est offerte sur trois unités de soins à l'Institut Douglas :

- L'unité de réadaptation et de transition communautaire Levinschi (communément appelée Levinschi);
- L'unité de réadaptation et de gestion des comportements à risque Perry 2A (communément appelée Perry2A);
- L'unité de réadaptation intensive psychiatrique CPC 3 (communément appelée CPC3)

La réadaptation intensive se poursuit dans un continuum de services avec les cliniques externes de l'Institut Douglas et en collaboration avec les équipes de logement, nos partenaires CSSS et les organismes communautaires.

Le nombre total de lits dédié à la réadaptation psychiatrique intensive est de 65 et nous souhaitons maintenir le statu quo dans nos nouvelles installations.

Motifs de la réadaptation psychiatrique intensive

L'objectif ultime des programmes de réadaptation psychiatrique intensive est bien sûr le rétablissement pour le patient, c'est-à-dire le retour à une vie satisfaisante en communauté, une intégration sociale avec des comportements mieux adaptés, une meilleure compréhension de la maladie, un plus grand contrôle des symptômes psychiatriques, une adhésion au traitement, une connaissance des ressources communautaires de son environnement et un hébergement stable et sécuritaire de son choix.

En complément aux services internes (en hospitalisation) décrits ci-après, le suivi externe est assuré par une équipe interdisciplinaire qui s'assure du maintien des acquis et des choix du patient et du développement d'autres habiletés favorisant l'inclusion sociale. La stabilité de nos patients dans leurs milieux de vie respectifs démontre l'efficacité de la réadaptation psychiatrique intensive et permet l'accès à un plus grand nombre de patients à cette approche.

La pharmacothérapie étant insuffisante au rétablissement de la personne qui présente des troubles de santé mentale sévères, des approches complémentaires efficaces et éprouvées, telle la réadaptation psychiatrique intensive, sont mises de l'avant.

Profil de la clientèle des unités de réadaptation psychiatrique intensive de l'Institut Douglas

- **Profil de la clientèle de l'Unité Levinschi (18 lits) :** Clientèle âgée entre 18 et 65 ans et présentant des troubles psychotiques et souvent un trouble de la personnalité. La moyenne d'âge de la clientèle du Levinschi se situe entre 25 et 30 ans.

Une proportion variant entre 70 et 80 % des personnes hospitalisées au Levinschi a des problèmes concomitants de toxicomanie.

Ce programme de réadaptation psychiatrique intensive a une DMS⁶ d'environ 120 jours, sa clientèle ayant un potentiel de réadaptation élevé retournant quelquefois au travail, aux études, dans la communauté dans un logement autonome ou en RNI.

- **Profil de la clientèle de l'Unité Perry 2A (16 lits)** : Clientèle dont la moyenne d'âge se situe entre 30-40 ans présentant des troubles de santé mentale sévère, de toxicomanie, de la personnalité et presque tous sous ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) avec, au départ, un mandat de détention stricte. Ce programme de réadaptation psychiatrique intensive a une DMS d'environ 175 jours (65 jours si l'on ne compte pas les patients qui ne sont pas sous ordonnance de la CETM). Le portrait actuel montre que les patients qui ne peuvent recevoir leur congé, faute de ressources qui répondent à la complexité de leurs besoins, ont une DMS élevée, indicatif d'une situation problématique croissante associée au manque de ressources externes spécialisées.

Très peu de ressources en communauté, telles l'Entre-Toit ou la maison Agnès, peuvent offrir un milieu sécuritaire et adapté, doté d'un personnel qualifié en évaluation et gestion du risque de comportements agressifs, permettant de continuer la réadaptation dont l'objectif vise l'intégration à un milieu de vie plus autonome, en appartement, en RI ou en RNI.

- **Profil de la clientèle de l'Unité CPC3 (31 lits)** : Clientèle dont la moyenne d'âge varie entre 50-55 ans, ayant connu de multiples hospitalisations et présentant des troubles psychotiques chroniques, complexes et réfractaires. Ces individus ont souvent développé, de façon précoce, des pathologies ou des changements physiologiques reliés au vieillissement dû entre autres à de mauvaises habitudes de vie. Leur espérance de vie, soulignée dans les écrits, est de 10 à 20 ans inférieure à celle de la population générale pour la schizophrénie, 24 ans pour la toxicomanie et 7 à 11 ans pour la dépression récurrente. (*Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. 2014*). Ces personnes ayant eu plusieurs périodes de psychoses auront souvent des problèmes cognitifs liés à la mémoire, à l'attention, à la concentration et au traitement de l'information. Malgré la sévérité de la maladie, le traitement offert leur permet, avec succès, de retrouver une vie satisfaisante en ressources résidentielles.

Les interventions en réadaptation psychiatrique intensive, appuyées par des résultats probants, déployées à travers ces services

En recherche psychosociale, une intervention est qualifiée de fondée sur des résultats probants si celle-ci répond à un besoin de la clientèle, si elle est standardisée et si elle a fait l'objet d'études empiriques rigoureuses (Lecomte et Leclerc, 2012).

L'intervention familiale : Selon l'*American Psychiatric Association*, cette intervention s'avère parmi les plus efficaces pour diminuer le taux de rechutes des personnes vivant avec un trouble mental (cité dans Leclerc et Therrien, 2012). Les proches jouent un rôle majeur dans le processus de rétablissement et

⁶ DMS : Durée moyenne de séjour au congé. C'est la DMS que le patient a passée sur la dernière unité sur laquelle il était hospitalisé, cela peut ne pas comprendre la totalité de son séjour à l'hôpital.

l'impact des interventions ayant pour objectif de mieux les outiller dans leur rôle d'aidant naturel a été démontré dans plusieurs essais randomisés (*Dyck DG, Hendryx MS, Short RA, et al 2002, Leclerc et Therrien, 2012*). Grâce à cette intervention, les individus ayant vécu de multiples hospitalisations ont pu bénéficier d'effets positifs telles une meilleure observance au traitement pharmacologique, une diminution des symptômes psychiatriques et une baisse du niveau de stress. Pour la famille, les études démontrent une diminution significative du fardeau et de la détresse associés à leur vécu avec un proche affligé d'une maladie mentale sévère.

Les éléments clés des programmes de réadaptation intensive ayant des résultats probants sont l'éducation concernant la maladie, l'intervention de crise, le soutien émotionnel ainsi que l'entraînement aux stratégies d'adaptation face aux symptômes et aux problèmes associés (Leclerc et Therrien, 2012). Ces interventions sont offertes sous diverses formes : unifamiliale ou multifamiliale, en présence ou en l'absence de la personne vivant avec un trouble mental, selon son choix.

Deux groupes de familles (anglophone et francophone) regroupant 7 familles bénéficient présentement de cette approche à l'Unité Levinschi. Depuis le début de cette intervention, ce sont 20 familles qui en ont bénéficié. Nos professionnels ont été formés par l'équipe du Dr William R. McFarlane, une sommité en la matière.

L'approche cognitivo-comportementale : la plupart des individus qui vivent avec un trouble psychotique présentent des symptômes persistants malgré l'optimisation de la pharmacothérapie. Depuis plus de 20 ans, les études démontrent que l'intervention cognitivo-comportementale est efficace pour diminuer les symptômes psychotiques et la détresse, ainsi que pour améliorer le fonctionnement social global (pour une description, voir Lecomte T. et C. Leclerc, 2012). Offerte en groupe ou individuelle, cette approche a pour objectif de modifier les pensées et les croyances qui ne sont pas adaptées à la réalité à travers une éducation sur le lien entre les perceptions, les croyances et les réponses tant émotionnelles que comportementales associées.

Plusieurs de nos cliniciens ont été formés à cette approche par un module d'enseignement de l'Université McGill.

L'entraînement aux habiletés sociales (EHS) : l'EHS est constitué d'activités psycho-éducatives ciblant le développement et le maintien des habiletés et compétences sociales nécessaires aux personnes pour faciliter leur intégration dans la communauté (Wallace, C.J., 2012). L'EHS détaille, explique et répète les comportements souhaités et plus adaptés jusqu'à ce qu'ils deviennent automatiques. Il est surtout offert en groupe, par exemple les groupes de résolution de problèmes par le biais de jeux de rôle.

Nous offrons donc des programmes d'entraînement, entre autres aux habiletés suivantes : gestion de la médication, gestion des symptômes, gestion de la consommation de substances, loisirs et activités, résolution de problèmes interpersonnels, utilisation du transport en commun, gestion financière, réintégration sociale.

La thérapie de remédiation cognitive (TRC) : la TRC est maintenant considérée comme une intervention basée sur des résultats probants et maintes études soutiennent son efficacité (Cellard, C. & T. Wykes, 2012). Toutes les études démontrent une amélioration du fonctionnement cognitif et dans certains cas du fonctionnement social.

La TRC est offerte sous différentes modalités. À l'Institut Douglas, elle prend la forme d'un programme informatique permettant un apprentissage graduel et individualisé et vise l'amélioration de la mémoire, de l'attention, de la concentration et de la capacité de résolution de problèmes.

Les professionnels responsables de cette thérapie ont été formés par Dre Alice Medalia de *Columbia University New York*, reconnue internationalement.

L'approche intégrée des troubles concomitants : près de 50 % des individus présentant un problème de santé mentale présentent des troubles concomitants d'abus de substances (drogue, alcool). Les interventions liées à l'approche intégrée, telle que l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (cités dans Mueser, K, 2012), ont des effets significatifs pour réduire et même éliminer la consommation de substances dans une approche de réduction des méfaits. Le patient peu motivé est amené à s'investir dans un changement de comportement par le biais de l'EHS (*social skills training*) et par une approche cognitivo-comportementale pour mieux comprendre et éviter les facteurs associés à la consommation. Les impacts de cette approche sont : une meilleure participation aux traitements, une diminution de la consommation, une réduction des rechutes et des emprisonnements liés aux méfaits.

La Maison Claude Laramée, issue d'un partenariat entre la Mission Old Brewery et l'Institut Douglas, accueille des patients pouvant bénéficier d'une telle approche. Les individus, une fois hébergés, profitent alors d'un suivi externe exercé par nos équipes de suivi intensif (équipe ACT).

Nos professionnels ont été formés, entre autres, par Thomas G. Brown du Programme de recherche sur les addictions au Centre de recherche de l'Institut Douglas.

Programmes de soutien à l'emploi : ce programme, qui vise notamment l'emploi régulier, est offert lorsque le patient reçoit son congé et est suivi dans nos cliniques externes. Les individus qui satisfont les critères d'admissibilité bénéficient des services d'un conseiller en emploi spécialisé qui les accompagne dans leur réinsertion au travail en respectant leurs intérêts et sans que cela exige d'eux une préparation à l'emploi. Ce soutien est offert en intégration avec les services de suivi externe. Il s'agit aussi d'une approche bien soutenue par la documentation scientifique. (Drake R., Bond G., Becker D., 2012).

Services à la 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 difficiles. 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, caractérise le milieu.

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.

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 Douglas 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;
- 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 n'a pas d'unité réservée à ces clientèles. Toutefois, l'expertise acquise au fil des ans l'amène à prévoir des services axés sur les principes d'une unité de guérison (*healing unit*) et sur les valeurs culturelles, spirituelles et psychosociales de ces populations. Notre approche 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 utilise actuellement 6 lits en moyenne pour la clientèle des Cris et des Inuits, parmi les 266 lits d'hospitalisation occupés, pour répondre à leurs besoins cliniques. En ce qui concerne leurs besoins culturels et spirituels, nous prévoyons que nos services intégreraient des pratiques traditionnelles ainsi que des soins fondés sur les résultats probants 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. Les services profiteront également des 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 sont entourés d'une équipe interdisciplinaire complète incluant des pairs aidants des Cris et des Inuits pour compléter l'offre de services culturellement appropriée. L'accès à d'autres activités ou ressources répondant aux besoins culturels et spirituels de ces populations et des aliments typiques sont aussi prévus.

Les services constitueront un milieu idéal d'enseignement et de formation interdisciplinaire touchant les aspects culturels et spirituels des individus, et permettront de sensibiliser les étudiants et les professionnels aux besoins spécifiques des populations autochtones. En fait, ils agiront à titre de centre de référence et de partage des connaissances des meilleures pratiques en santé mentale pour les populations autochtones. Les activités de recherche seront intégrées aux activités cliniques.

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.

Le financement de 2 des 6 lits utilisés, en moyenne, est intégré au budget de fonctionnement de l'Institut Douglas. Un financement complémentaire, pour les 4 lits non financés, est requis. À cet effet, l'Institut Douglas croit qu'il faut revoir le financement des services à ces clientèles avec les organismes cri et du Nunavik et le MSSS, avec l'appui de l'Agence de Montréal. Des démarches en ce sens, qui par ailleurs ne sont pas liées au Plan clinique et académique, ont été entreprises avec l'accord de l'Agence depuis plus d'un an.

4.5.2 Capacité d'hospitalisation

Depuis 2006, le nombre de lits dressés à l'Institut Douglas est de 241. La répartition de ces lits ainsi que leur utilisation au cours des trois dernières années sont présentées au Tableau 12.

Tableau 12 : Répartition des lits dressés et utilisation moyenne réelle depuis 2011-2012

	Lits dressés	Utilisation réelle des lits (Nombre de lits dressés)						Total
		CD	Services de pointe	Réad. intensive	MD actif	Réad. psychosoc.	Lits médicaux	
Programme-clientèle								
Santé mentale pour adultes	16	17 (16)						17
Troubles affectifs (THAI)	26	33 (26)						33
Gérontopsychiatrie	72	23 (18)	18 (18)			31 (30)	3 (6)	75
Troubles psychotiques	91	23 (20)	10 (6)	70 (65)				103
Déficience intellectuelle et comorbidité	15				17 (15)			17
Pédopsychiatrie	15	15 (15)						15
Troubles de l'alimentation	6		6 (6)					6
Total	241	111 (95)	34 (30)	70 (65)	17 (15)	31 (30)	3 (6)	266 (241)

Notes :

- Les données entre parenthèses représentent le nombre de lits dressés.
- Le calcul de l'utilisation réelle des lits est basé sur la moyenne des trois dernières années du nombre de jours-présence, c'est-à-dire la période « pendant laquelle l'utilisateur admis occupe un lit ou qui lui est réservé à son nom lors d'absences » de moins de 15 jours (MSSS, 1985, révisé 2006, p. 3).

- THAI : Troubles de l'humeur, de l'anxiété et de l'impulsivité; CD = courte durée; Réad. intensive = Réadaptation intensive; MD = moyenne durée; Réad. psychosoc. = Réadaptation psychosociale.

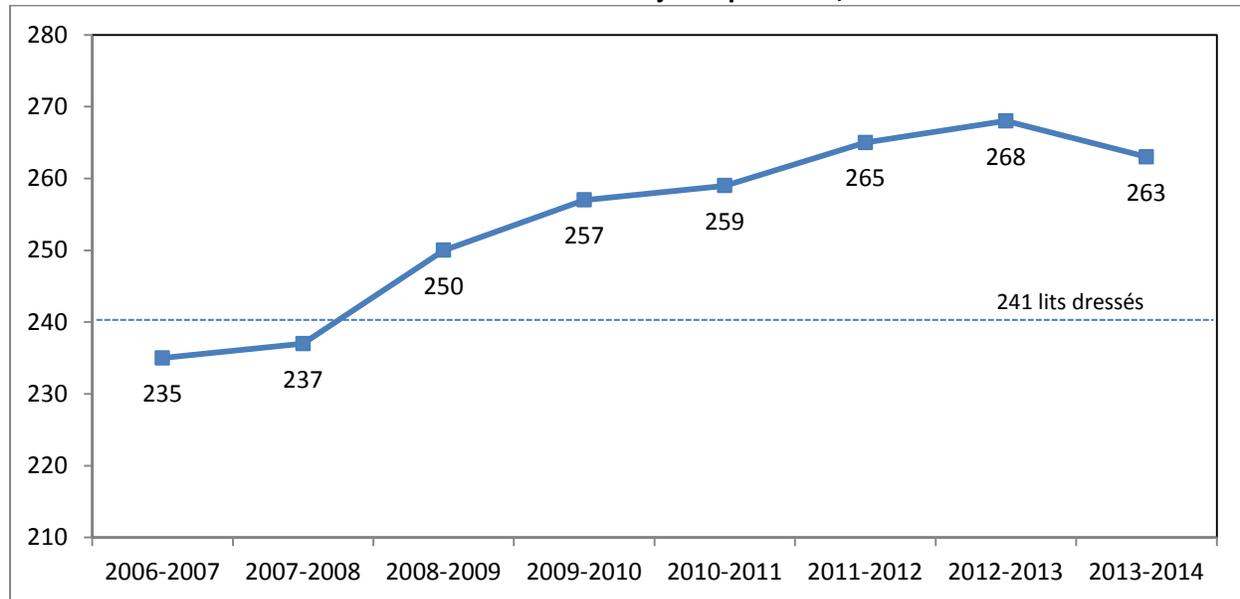
La majorité des lits dressés (226 sur 241 lits) sont réservés aux adultes et aux personnes âgées. Cette planification s'inscrit dans le cadre de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale ministériel 2005-2010, La Force des liens*. Le PASM estimait un besoin de 25 lits de traitement et soins actifs par tranche de 100 000 personnes âgées de 18 et plus, ainsi que 2 lits par même tranche de population pour les enfants et adolescents.

Par ailleurs, une part importante des lits de l'Institut dessert la population adulte des territoires des CSSS SOV et DLL. Dans sa planification de la phase I de l'implantation du PASM dans la région montréalaise, l'Agence avait prévu en 2006 une pondération de la population de la région en tenant compte de l'accroissement attendu à Montréal, comparé au reste du Québec, et de variations socio-démographiques à travers les territoires de la région prédisant la consommation de services de santé mentale. Sur cette base, l'Agence a reconnu à l'Institut Douglas un besoin de 95,3 lits pour desservir en deuxième ligne les adultes de ses territoires de desserte (soit 45,4 lits pour DLL et 49,9 lits pour SOV). Par ailleurs, elle a reconnu la nécessité de disposer de 15 lits de 2^e ligne pour desservir les jeunes de plusieurs territoires de la région.

La Figure 1 présente l'évolution de l'utilisation réelle de lits de 2006-2007 à 2013-2014. Depuis 2008-2009, l'Institut opère en surcapacité par rapport au nombre de lits dressés; pour l'année 2013-2014, cette surcapacité s'établissait à 9 %.

Figure 1

Nombre annuel de lits en activité selon le nombre de jours-présence, 2006-2007 à 2013-2014



L'utilisation actuelle et projetée de lits d'hospitalisation à l'Institut est étroitement liée aux mandats régionaux, provinciaux et universitaires attribués à l'établissement, ainsi qu'aux besoins de la population de ses différents territoires de desserte. À cet égard, mentionnons entre autres les contextes suivants :

1. **Démographique.** En 2006, année de publication du Plan d'action en santé mentale, la population du territoire de Dorval-Lasalle-Lachine s'établissait à 134 260 et celle du Sud-Ouest-Verdun à 139 655 (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011). Selon les projections faites par le ministère (MSSS, 2011) à l'aide des données du recensement de 2006, on peut prévoir, d'ici 2015, une augmentation de la population totale de ces territoires de 7,75 %; cette augmentation surpasse celle prévue pour l'ensemble de la région montréalaise. Une projection jusqu'en 2025 démontre une augmentation prévue de 12,8 %.

Tableau 13 : Population des réseaux locaux de services et de la région de Montréal, 2006 à 2025

Réseaux locaux de services	2006	2010	2015	2020	2025	Variation 2006-15 (%)	Variation 2006-25 (%)
Dorval- Lachine - LaSalle	134 260	138 771	142 505	145 831	149 076	6,1 %	11 %
Verdun - Côte St-Paul - St-Henri Pointe-St-Charles	139 655	146 948	152 650	156 721	159 988	9,31 %	14,56 %
Total	273 915	285 719	295 155	302 552	309 064	7,75 %	12,8 %
Région de Montréal	1 854 445	1 912 388	1 969 854	2 014 402	2 054 017	6,2 %	10,76 %

Soulignons par ailleurs que le secteur du Sud-Ouest de Montréal et, en particulier, le territoire Sud-Ouest-Verdun se présentent comme des territoires où une partie notable de la population est défavorisée. Ainsi, dans le cas de ce territoire, la proportion de la population appartenant au dernier quintile de l'indice de défavorisation matérielle est de 35 % comparée à 20 % pour l'ensemble de la population montréalaise (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014). Des études épidémiologiques ont démontré depuis longtemps que les personnes défavorisées économiquement le sont également au niveau de la santé.

2. **Épidémiologique.** Depuis l'estimation du nombre de lits calculée en 2006, nous disposons de données épidémiologiques psychiatriques précises concernant le secteur du Sud-Ouest de Montréal. Une vaste étude menée par des chercheurs de l'Institut Douglas montre l'importance et l'étendue des problématiques de santé mentale pour ce secteur comparé à l'ensemble de la province ou à l'échelle canadienne (voir Tableau 14). En effet, les taux de prévalence de la détresse psychologique (38 % vs 21 %) et de troubles de santé mentale (17 % vs 11 %) sont nettement plus élevés dans le Sud-Ouest de Montréal comparé au reste du Canada.

Il est important de noter que la prévalence des troubles psychotiques n'a pas été évaluée dans le cadre de cette étude compte tenu des taux de base populationnel faibles. Toutefois, au vu des tendances présentées au Tableau 14, nous pouvons faire l'hypothèse que cette prévalence est plus élevée par comparaison à celle d'autres secteurs ou régions.

Tableau 14 : Comparaison des caractéristiques de la population du sud-ouest de Montréal, du Québec et du Canada (période de référence : prévalence au cours des 12 mois précédents l'enquête).

	Sud-Ouest de Montréal ¹³	Québec ¹⁴	Canada (cité dans ¹⁴)
Détresse psychologique élevée	37,9 %		21 %
Tout trouble mental (ceux mesurés par l'Étude épidémiologique ESCC, qui exclut les troubles psychotiques)	16,7 %		11 %
Trouble de l'humeur (épisode de dépression majeure ou de manie)	9,5 %	5,2 %	
Troubles anxieux (trouble de la panique, phobie sociale et agoraphobie)	5,9 %	4,2 %	
Dépendance à l'alcool	4,1 %	1,8 %	
Dépendance aux drogues	3,2 %		

À l'Institut Douglas, comme dans les autres établissements spécialisés en psychiatrie, les troubles graves de santé mentale représentent une part importante des services d'hospitalisation. En 2009-2010, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (2012), les séjours à l'hôpital pour *troubles schizophréniques et psychotiques* représentaient la proportion la plus importante de jours d'hospitalisation dans les établissements de soins psychiatriques alors que les troubles de l'humeur étaient le diagnostic principal le plus courant dans les hôpitaux généraux. De plus, dans le cas des troubles psychotiques, les durées de séjour et les taux de réadmission sont, par comparaison aux autres troubles de santé mentale, plus élevés (ICIS, 2012).

3. **Clientèles émergentes.** Soulignons aussi que depuis 2006, l'Institut reçoit des nouvelles clientèles dans ses lits d'hospitalisation. À titre d'exemple, mentionnons les personnes sous la responsabilité de la CETM, de même que les personnes du Grand-Nord dans le cadre du Programme RUIS – McGill, dont l'Institut a le mandat.

Nombre de lits prévus et leur répartition

Les démarches d'optimisation entreprises par l'Institut Douglas permettent d'assurer une utilisation efficace des lits et de réduire le taux d'occupation, comme démontré dans les sections précédentes. Cependant, compte tenu de la projection démographique et des données épidémiologiques ci-dessus, l'Institut Douglas prévoit maintenir un nombre de lits équivalent à l'utilisation actuelle, soit 266, afin de répondre aux besoins actuels et futurs. Le tableau 15 présente le nombre de lits utilisés actuellement par programme ainsi que la répartition prévue. Cette répartition se fera, à même les ressources existantes et n'affecte pas le nombre total de lits.

Tableau 15 : Proposition de répartition des lits dans le cadre du Plan clinique et académique de l'Institut Douglas

Programme-clientèle	Lits utilisés actuellement	Répartition des lits proposée dans le cadre du Plan clinique et académique							
		CD	Service de pointe	Réad. intensive	MD actif	Réad. Psychosoc.	Lits médicaux	Total sans psychiatrie légale	Total avec psychiatrie légale*
Santé mentale pour adultes	17	17						17	17
Troubles affectifs (THAI)	33	30						30	30
Gérontopsychiatrie	75	24	16			30	2	72	72
Troubles psychotiques	103	20	10	61	16			107	107
Déficience intellectuelle et comorbidité	17				15			15	15
Pédopsychiatrie	15	15						15	15
Troubles de l'alimentation	6		10					10	10
Psychiatrie légale			20*						20
Total	266	106	36	61	31	30	2	266	286

THAI : Troubles de l'humeur, de l'anxiété et de l'impulsivité; CD = courte durée; Réad. intensive = Réadaptation intensive; MD = moyenne durée; Réad. psychosoc. = Réadaptation psychosociale.

Note : Les 6 lits pour les patients Cris et du Nunavik sont répartis à travers différentes unités.

*L'ajout de lits en psychiatrie légale ne se ferait que si un mandat de l'Agence devait être attribué à l'Institut.

Pour que le nombre de lits prévu puisse répondre aux besoins futurs de l'Institut, nous misons sur les initiatives suivantes :

- a. **Projets d'optimisation.** L'arrivée en 2012 d'un psychiatre à temps plein à la salle d'urgence et à l'Unité d'intervention brève a permis plusieurs changements de pratique; ces changements ont été suivis par une diminution du nombre d'admissions dans les unités de courte durée (tel que présenté dans la section sur l'Urgence et l'Unité d'intervention brève). L'Institut Douglas souhaite poursuivre des démarches d'optimisation des processus afin de diminuer davantage la pression sur l'hospitalisation de courte durée. Par ailleurs, la révision du processus d'admission en réadaptation intensive a permis d'améliorer de façon notable l'accès à nos lits d'hospitalisation.
- b. **Organisation des services pour les patients en attente d'hébergement.** À l'instar d'autres établissements hospitaliers (rapport Paquet), plusieurs de nos lits sont occupés par des patients en fin de soins actifs, situation bien connue de l'Agence. Nous espérons que des solutions à l'échelle du réseau (par ex., transfert des patients en attente d'hébergement et meilleur accès à des places en ressources intermédiaires et aux lits en CHSLD) permettront une utilisation optimale des lits de notre établissement.

Dans le cadre du nouvel environnement physique, l'Institut Douglas a jugé bon de réaménager le nombre de lits par programmes clientèle. Pour ce faire, nous avons déplacé 4 lits vers le Programme des troubles de l'alimentation en raison de la forte demande et notre incapacité à répondre à une importante liste d'attente. En contrepartie, grâce à des projets d'amélioration continue nous avons été en mesure de réduire le nombre de lits dans d'autres programmes clientèle. À titre d'exemple, le Programme des troubles affectifs (THAI), qui a utilisé 33 lits en 2013-2014 en utilisera 30 dans le futur.

Le nombre de lits prévu ne tient pas compte des ressources requises en lien avec un mandat en matière de psychiatrie légale. Dans l'éventualité où l'Agence attribuerait à l'Institut un tel mandat, l'ajout de lits à prévoir est de 20, pour un total de 286 lits.

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 16 donne la projection du nombre de résidents en médecine, d'étudiants et de stagiaires dans les domaines cliniques spécifiques. Entre 2013-2014 et 2020, une augmentation générale d'environ 18 % est prévue qui correspond à la hausse de 20 % vécue ces cinq dernières années.

Tableau16 : Projection du nombre d'étudiants, de stagiaires et de résidents en médecine et en psychiatrie (excluant la recherche)

Profession	Année					Moyenne 5 dernières années	Prévision pour 2020
	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014		
Médecine (stages et fellows)	46	48	48	50	58	50.0	60
Psychiatrie (résidents)	13	25	25	18	19	20.0	30
Pharmacie	7	10	24	33	17	18.2	25
Pharmacie (tech.)	2	16	14	16	22	14.0	28
Soins infirmiers	185	167	164	146	183	169.0	191
Psychologie	32	39	43	59	34	41.4	42
Service social	11	27	14	21	9	16.4	15
Nutrition	14	9	15	15	12	13.0	16
Technique en diététique	0	1	1	1	0	0.6	1
Archives médicales	0	1	1	1	0	0.6	1
Orthophonie	0	0	2	5	4	2.2	3
Psychoéducation	0	2	2	8	0	2.4	7
Ergothérapie	17	11	12	15	5	12.0	12
Éducation spécialisée	8	3	4	5	6	5.2	6
Art thérapie	0	2	1	1	0	0.8	0
Musique thérapie	0	4	1	1	1	1.4	1
Récréologie	0	1	1	5	0	1.4	1
Psychomotricité	0	1	0	0	0	0.2	0
Technique en loisirs	0	1	0	0	0	0.2	0
Criminologie	0	0	0	0	0	0.0	1
Préposé aux bénéficiaires	0	12	33	36	29	22.0	30
TOTAL	335	380	405	436	399	391	470

Les impacts de la hausse anticipée de 18 % du nombre de stagiaires en 2020 sur les activités et les infrastructures d'enseignement sont facilement prévisibles. Par exemple, en ce qui concerne l'enseignement en médecine, on prévoit un besoin pour des salles de classe de plus grande taille et pour des locaux de stagiaires supplémentaires, comme l'exigent les universités. Actuellement, un certain nombre de résidents en médecine sont dans l'obligation de partager leur local. Or, une contrainte exige que chaque résident en psychiatrie ait son local attitré.

Des effets similaires sont à prévoir en ce qui a trait aux activités d'enseignement en pharmacie. La hausse importante du nombre de stagiaires prévue d'ici 2020 nécessitera l'accès à une salle de stagiaires de quinze personnes alors que la salle actuellement utilisée permet d'accueillir un maximum de cinq stagiaires. On note aussi l'absence d'une salle de classe pour les stagiaires en pharmacie (niveau universitaire) ainsi qu'une salle d'évaluation pour les enseignants qui supervisent les stagiaires de niveau collégial. Les impacts semblables sont à prévoir pour les principaux programmes d'enseignement de l'Institut, tels que celui de psychologie, de service social et de nutrition.

Pour la formation en soins infirmiers, les prévisions en comparaison au nombre de stagiaires de 2009-2010 à 2013-2014 sont présentées au tableau 17. L'Institut Douglas prévoit une croissance annuelle globale de 4 % de 2013-2014 à 2019-2020. Les effets de la croissance du nombre de stagiaires depuis 2009-2010 dans le programme d'enseignement des soins infirmiers se feront sentir de manière de plus en plus marquée par un manque d'espace sur les unités de soins où sont mobilisés les stagiaires. Il est souhaitable que chaque unité de soins soit équipée d'une salle de travail dédiée exclusivement aux stagiaires en soins infirmiers ainsi que d'un local pour permettre les rencontres de suivi des professeurs avec les stagiaires.

Tableau17 Nombre d'étudiants en soins infirmiers, incluant les PAB: Prévisions

Année	Total	Croissance	Maîtrise	BACC	DEC	PAB
2009-2010	185	-	15	25	145	0
2010-2011	179	-3.2%	10	37	120	12
2011-2012	197	10.1%	18	40	106	33
2012-2013	182	-7.6%	67	55	24	36
2013-2014	212	16.5%	14	64	105	29
2014-2015	213	0.7%	14	64	106	29
2015-2016	215	0.7%	14	65	106	29
2016-2017	217	0.7%	14	65	107	30
2017-2018	218	0.7%	14	66	108	30
2018-2019	220	0.7%	14	66	109	30
2019-2020	221	0.6%	15	67	109	30

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 du Plan clinique et académique 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 rejoindre 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'Économie⁷.

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.

⁷ Cette subvention a été obtenue en février 2014 et a permis la création du Centre de recherche translationnelle sur les troubles de l'humeur et le suicide.

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.

D'autres 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, par exemple.

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.

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'Institut universitaire en santé mentale de Montréal 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 :

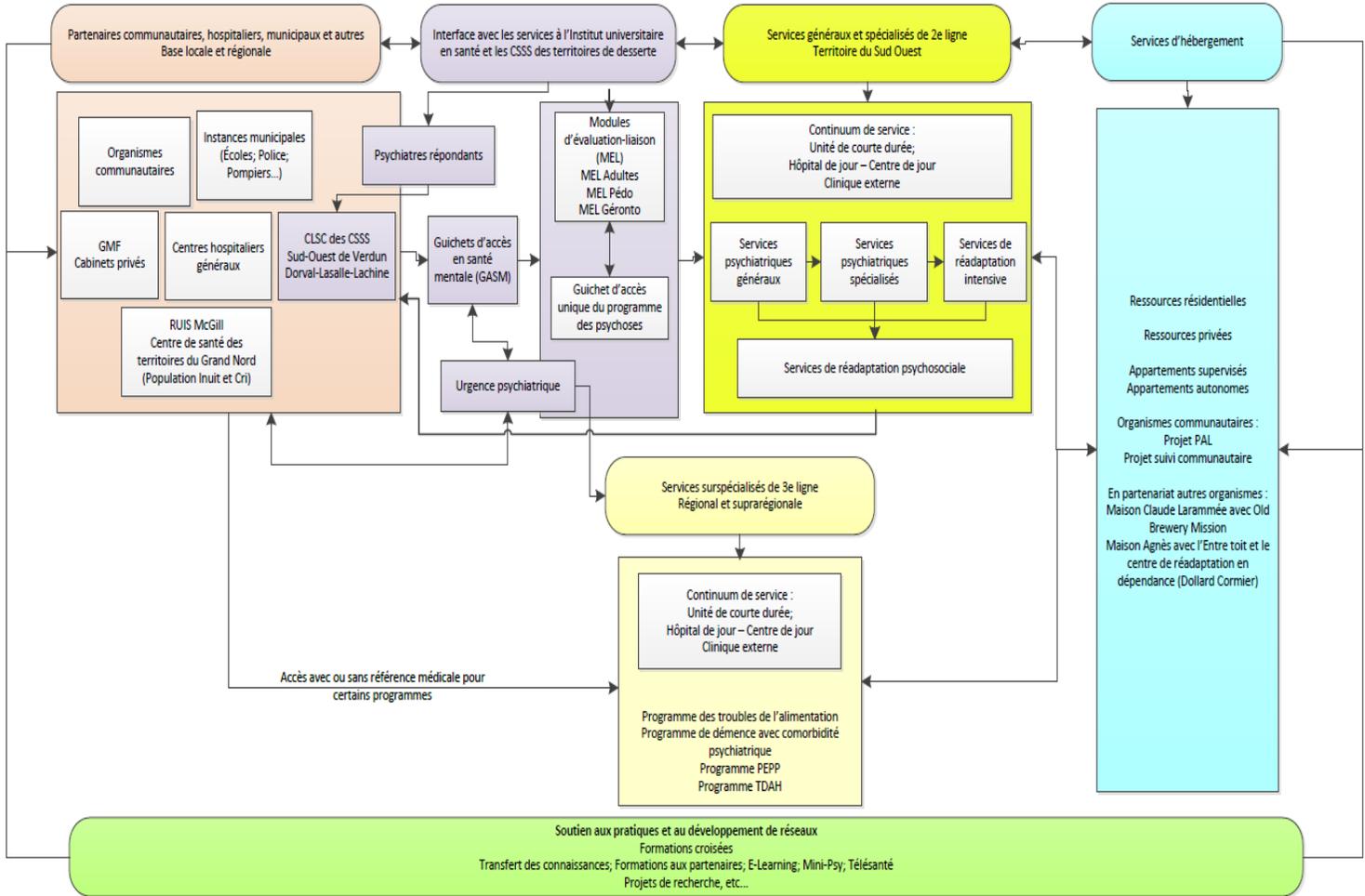
« Dans le respect de leurs orientations, politiques et approches respectives, le réseau reconnaît et met à contribution l'expertise et le domaine d'action propre à chacun de ses membres. La mission du réseau des partenaires en santé mentale est de mettre en place un programme interdisciplinaire et intersectoriel 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.

La figure suivante présente le modèle de partenariat de l'Institut Douglas.

MODÈLE D'ORGANISATION CLINIQUE DU CONTINUUM INTÉGRÉ DES SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE SUR LE TERRITOIRE DU SUD OUEST



Direction des programmes et services cliniques
Septembre 2014

L'Institut Douglas a réussi, à travers les années, à établir une remarquable alliance d'associations, de complémentarité et de continuité avec les partenaires du réseau et d'autres secteurs afin d'offrir aux patients la gamme de services, la plus adaptée, la plus personnalisée, la plus diversifiée et la plus complète possible avec les ressources mises à sa disposition. Ceci se reflète à travers l'ensemble de ses services. Cette alliance riche en expertises s'est renforcée davantage avec le déploiement du PASM qui a généré une multitude d'activités de collaboration.

En effet, plusieurs projets de collaboration témoignent de cette complémentarité. Nous en présentons ici quelques exemples qui impliquent nos partenaires du réseau, nos patients partenaires et leurs

familles et proches. L'Institut préconise également une approche intersectorielle, et de ce fait, a établi des partenariats avec les secteurs municipaux, de l'éducation et de la sécurité publique pour n'en nommer que quelques-uns.

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, prévoit travailler avec les hôpitaux montréalais du RUIS McGill pour améliorer l'accès aux services de 2^e ligne dans ces établissements.
- L'initiative de pair aidant aux familles et proches à l'Urgence en partenariat avec l'organisme communautaire AMI Québec

Cette initiative a pour mandat d'offrir les ressources et les informations pouvant aider les proches de la personne qui se présente aux services d'urgence psychiatrique de l'Institut Douglas pour recevoir des soins et des services.

Les services d'urgence à l'Institut Douglas incluent les 3 sous services suivants :

- L'Urgence,
- l'Unité d'Intervention Brève (UIB),
- le Module d'Intervention Rapide (MIR)

Le pair aidant relève à la fois de la chef clinico-administrative de l'Urgence de l'Institut Douglas et de la directrice de l'organisme AMI Québec. Les familles qui acceptent, sur une base volontaire, le soutien offert par le pair aidant aux familles, sont contactées et on leur fournit des informations au sujet des ressources et services.

Dès le 1^{er} appel téléphonique, les familles peuvent obtenir des services s'ils en sentent la nécessité. Les familles ont aussi la possibilité d'obtenir l'aide du pair-aidant aux familles dans les semaines qui suivent une visite à l'Urgence, s'ils le désirent. En fait, tout membre de l'entourage

qui communique avec le personnel des services d'urgence peut bénéficier de ce service même s'il ne se présente pas sur les lieux mêmes des services d'urgence :

Selon les besoins, le pair aidant s'assure d'accompagner les familles et proches afin de :

- leur offrir du soutien, briser l'isolement, éviter le burnout et l'épuisement;
- leur donner des outils concrets, afin d'améliorer la communication et d'augmenter leur capacité d'appuyer le rétablissement de leur proche;
- les informer au sujet du fonctionnement de l'Urgence, de l'UIB, des Soins intensifs et du MIR;
- leur donner des informations au sujet des troubles de santé mentale;
- leur donner des informations utiles quant à l'accès aux services en santé mentale;
- leur donner des informations concernant des préoccupations financières;
- leur donner des informations concernant les droits des usagers, la confidentialité, les requêtes pour évaluation psychiatrique, la notion de dangerosité, les gardes en établissement, le consentement au traitement, et toute autre information jugée pertinente.

Grâce à cette collaboration, les patients, familles et proches peuvent trouver une ressource dédiée exclusivement à leur offrir un soutien en termes d'information, d'orientation, et d'accompagnement, et ce, en toute confidentialité. Le pair aidant aux familles émet des recommandations au gestionnaire de l'Urgence en vue d'une amélioration continue de la qualité des services offerts aux patients.

- Développement d'un continuum de service entre le CSSS Sud-Ouest-Verdun (SOV) et les services externes du programme des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI) de l'Institut Douglas

Les démarches ont pour but de renforcer et d'aller plus loin dans la collaboration qui existe déjà entre le CSSS SOV et le programme THAI externe afin que les patients reçoivent les bons services, au bon moment, au bon endroit et pour les bonnes raisons.

Une intervenante de l'Institut Douglas partage son temps entre l'Institut et le CSSS SOV, ce qui permet de mieux comprendre la réalité de chacun des établissements et d'être plus efficace dans la circulation des dossiers en plus de permettre le transfert des connaissances et l'expérience dans les deux établissements.

Les démarches reposent essentiellement sur le partage de compétence entre les intervenants de l'Institut et les intervenants du CSSS SOV et visent à travailler sur la fluidité de la trajectoire du patient en plus d'améliorer la communication entre les deux établissements, et ce, dans le but de ne pas dupliquer les services offerts et d'utiliser plus efficacement l'expertise des intervenants.

- Programme de formation croisée du Sud-Ouest de Montréal

La formation croisée est une approche de plus en plus utilisée pour améliorer le fonctionnement des services en réseau. Elle vise une meilleure compréhension du rôle de chacun des partenaires pour assurer ainsi une continuité des services plus optimale. Par exemple, le programme de formation croisée sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie consiste à

mettre sur pied et à évaluer une expérience de formation croisée pour des intervenants œuvrant auprès de personnes âgées de 15 et 30 ans, à risque ou aux prises avec une double problématique en santé mentale et en toxicomanie.

Les objectifs du programme sont :

- a) d'identifier les besoins de formation des intervenants œuvrant auprès de jeunes à risque ou atteints de troubles concomitants;
- b) de permettre à ces intervenants d'acquérir une meilleure connaissance du mode de fonctionnement de la clientèle et des interventions propres aux différentes ressources impliquées par des rotations de personnel (stages d'observation) et des sessions d'échanges.

Le programme de formation croisée comprend deux éléments fondamentaux :

1) Sessions d'échanges en ateliers

Lors de sessions d'échanges en ateliers, des participants provenant de différents secteurs sont invités à discuter de cas cliniques réels et à échanger entre eux sur les modalités à mettre en place en vue d'une prise en charge optimale du client. Pour chaque atelier, un modérateur veille au bon déroulement de la discussion alors qu'un rapporteur est chargé de noter les points principaux des échanges. Suite à la présentation d'une synthèse des discussions de l'ensemble des ateliers, un panel d'experts est appelé à réagir et à interagir avec l'auditoire. Ces sessions d'échanges permettent à chacun de connaître les ressources du territoire, de créer de nouveaux liens et de rapporter certaines de ces connaissances dans leur équipe respective.

Le bilan de ces ateliers d'échanges a permis de rejoindre 186 organismes entre 2007 et 2014 auxquels près de 3000 intervenants des divers secteurs ont participé au fil des ans.

2) Rotations de personnel

Les rotations de personnel prennent la forme de courts stages d'observation d'une journée ou parfois d'une demi-journée. Ces stages permettent à chacun des partenaires de se familiariser avec des personnes œuvrant dans une autre ressource, voire même dans un type de ressource tout à fait différent de celui où œuvre le stagiaire. Par exemple, une infirmière qui travaille dans une unité de psychiatrie à l'Institut Douglas peut passer une journée dans une ressource communautaire comme l'Autre Maison, ou encore dans une ressource en toxicomanie tel le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut Universitaire. Elle sera alors en mesure de mieux connaître les personnes qui y travaillent, leur mandat et leur façon d'intervenir auprès de la clientèle. D'une part, ceci facilitera les contacts le jour où elle aura besoin d'y référer un patient, et d'autre part cela lui permettra de mieux comprendre l'expérience d'un patient que cette ressource lui aura référé.

Le programme de formation croisée a été mis en place par Michel Perreault, Ph. D. et son équipe, en partenariat avec :

- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut Universitaire
- Centre Jeunesse de Montréal - Institut universitaire

- CRAN - Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
- CSSS Sud-Ouest Verdun
- Dianova Canada
- Direction de la santé publique - Montréal
- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- L'Autre Maison - Centre d'intervention de crise du Sud-Ouest
- Centre de réadaptation en dépendance Foster
- Service de police de la ville de Montréal (SPVM)

Source : <http://www.douglas.qc.ca/section/formation-croisee-118>

Autres activités et initiatives de partenariat favorisant l'implantation des meilleures pratiques

- **Projet Hickson-Entre-Toit-Agnès⁸** : Le programme de réadaptation psychosociale et le programme des psychoses de l'Institut Douglas, en collaboration avec le centre d'hébergement l'Entre-Toit et le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut Universitaire(anciennement l'Institut universitaire en dépendance Dollard-Cormier) ont mis sur pied un projet de création d'une ressource spécialisée de 18 lits pour une clientèle âgée entre 18 et 35 ans souffrant de troubles concomitants ainsi que des problèmes médico-légaux.

Ce projet novateur, basé sur les meilleures pratiques, amène, en plus d'une transformation structurelle, une intégration graduelle d'une nouvelle programmation clinique animée par un maillage d'intervenants de l'Entre-Toit et de l'unité de comportements à risque (Perry 2A).

- Le programme des troubles de l'alimentation (PTA) se distingue chaque année par son programme spécialisé de transfert des connaissances. En 2011, le Conseil Canadien d'agrément cite ce programme comme étant une pratique exemplaire et mentionne : *« Au cours des trois dernières années, le Programme des troubles de l'alimentation a développé un programme formel de transfert de connaissances. Ce programme fournit un personnel dédié dont le rôle consiste à aider à stimuler des arrangements de soins partagés avec les partenaires communautaires. Le format usuel des efforts pour l'enseignement inclut quelques-unes ou toutes les composantes suivantes :*
 - a) une journée complète d'ateliers sur la gestion des troubles alimentaires offerte aux cliniciens intéressés dans le domaine*
 - b) deux ou trois demi-journées d'ateliers intensifs offerts à du personnel sélectionné appelé à développer un rôle d'expert*
 - c) permettre au personnel sélectionné d'observer un groupe de thérapie et les autres modalités de traitement offerts par le PTA*
 - d) supervision et consultations face à face ou téléphonique ».*

⁸Agnès fait référence à l'emplacement de la ressource qui sera située sur la rue Agnès du quartier St-Henri.

- **L'implantation des groupes de thérapie multifamilles** : Les premiers groupes de soutien aux familles et proches ont débuté en 2011-2012. Plus de 20 familles ont bénéficié de cette approche. Les sessions sont organisées en français pour les familles francophones et en anglais pour les familles anglophones. Un agent de planification et de recherche a été désigné, depuis le début de l'implantation de cette pratique, pour en faire l'évaluation.
- **Groupe de soutien parents et enfants TDAH** : Groupe mis en place par William Harvey, Ph. D., au programme de pédopsychiatrie, invitant les parents à y participer, et ce, sur une base volontaire.

Le groupe de soutien a connu une grande popularité et plusieurs familles y ont participé. Ce groupe a pour objectif de favoriser les échanges entre les intervenants et les parents afin d'aider ceux-ci à recourir à des ressources d'adaptation personnelles et sociales durant le processus évolutif pour diminuer le stress dans la famille.

- **Le projet « *Douglas minds the body* »** : Ce projet a été mis en place conjointement par Ridha Joober, M.D., Ph. D. et William Harvey, Ph. D. Il a pour but de promouvoir la santé et le bien-être des patients et des employés.

À ce titre, plusieurs activités d'exercices physiques ont lieu et plusieurs initiatives sont entreprises pour promouvoir une hygiène de vie saine basée sur l'exercice physique et une alimentation saine. Parmi les activités organisées, on cite le Marathon dont le premier a eu lieu le 25 septembre 2011 à Montréal et auquel se sont enregistrées 99 personnes; 89 ont participé dont 22 patients; 22 familles, amis et proches et 45 employés.

En 2013-2014, le projet « *Douglas minds the body* » a permis la participation de plusieurs patients de l'Institut Douglas au Marathon organisé par la Ville de Lachine pour amasser des fonds pour lutter contre la maladie d'Alzheimer.

- **Les activités de promotion du bien-être physique des patients initiées par le PEPP⁹** : À ce titre, le PEPP a mis en place un protocole visant à contrôler les facteurs de risque du syndrome métabolique et a procédé à la réalisation d'un dépliant pour sensibiliser les patients aux facteurs de risque métabolique. Suite à cette initiative, il a été constaté une augmentation 40 % d'adhérence de nouveaux patients aux mesures de ce protocole.

Dans ce même contexte, un partenariat avec le YMCA Notre-Dame de- Grâce et le YMCA de Pointe Saint-Charles et le PEPP Douglas a été établi pour offrir des incitatifs forfaitaires, motivant les patients à fréquenter le YMCA et à y exercer une activité physique.

Ce ne sont là que quelques exemples impliquant les partenaires tant du réseau que ceux de la communauté régionale et suprarégionale. D'autres partenaires se joignent à l'effort collectif pour mettre le patient au cœur de nos actions :

- CRDI-TED avec le programme de déficience intellectuelle
- Old Brewery Mission et équipe de suivi intensif avec la Maison Claude-Laramée
- Projet suivi communautaire avec le Programme rétablissement et inclusion sociale

⁹PEPP : Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses

- L'Autre-Maison avec l'Urgence et les unités de courte durée adultes
- AQRP avec Centre Wellington pour un pair-aidant
- CSSS SOV et psychiatres répondants de l'Institut Douglas
- CSSS SOV et CSSS DLL avec le Programme des troubles psychotiques : fluidité du mouvement des patients entre la 1^{re} et la 2^e ligne
- Hôpitaux du RUIS McGill et la Direction de l'accès et du partenariat réseau avec l'optimisation de l'accès à la réadaptation intensive (Cf. section réadaptation psychiatrique intensive dans le présent document)
- La Maison du Père avec la Direction de l'accès et du partenariat réseau
- ANEB pour le programme des troubles de l'alimentation

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.

- La création d'une direction des partenariats et de l'accès réseau (qui vient d'être approuvé – 9 juillet 2013 – par le MSSS);
- La consolidation des activités au sein de l'établissement;
- L'amélioration de la trajectoire des patients tant à l'interne qu'avec d'autres établissements, notamment les CSSS et les hôpitaux de son bassin de desserte, et ce selon les mandats des établissements;
- Table des urgences psychiatriques.

De plus, la structure de prestation de services caractéristique de l'approche de l'Institut Douglas est basée sur une équipe interdisciplinaire, à laquelle sont associés des intervenants d'autres établissements et d'autres secteurs d'activités.

Direction des partenariats et de l'accès réseau

La création de la Direction des partenariats et de l'accès réseau, réalisée dans le cadre d'une transformation organisationnelle, émane d'une volonté de l'Institut Douglas d'optimiser l'accès et la fluidité des services dans une perspective de réseau intégré. Pour ce faire, l'Institut Douglas veut optimiser ses services en soutien à ses partenaires et, en particulier, à la 1^{re} ligne dans un esprit de continuum de soins. Cette direction inclut des services comme l'urgence, l'unité des soins intensifs, un Hôpital de jour, le module d'intervention rapide, le module d'évaluation-liaison et l'unité d'intervention brève.

Cette direction aura donc un rôle de premier plan à jouer dans l'articulation des services pour notre pôle élargi en plus d'un nouveau mandat, pour le RUIS McGill, qui consiste à coordonner un nouveau comité de coordination des urgences psychiatriques du territoire du RUIS-McGill dans un objectif d'optimisation et d'efficience du guichet d'accès élargi aux services psychiatriques du RUIS-McGill.

La consolidation des activités au sein de l'établissement

Les sections 4.5.1 et 4.5.2 du Plan clinique et académique présentent les orientations de l'Institut Douglas quant à ses programmes et à sa capacité d'hospitalisation en réponse à l'évolution du profil de sa clientèle, à l'évolution des pratiques cliniques et aux besoins du réseau. Ainsi, les programmes et la nature des services offerts, auxquels sont intégrées des activités de recherche, sont axés sur des problèmes complexes qui doivent être traités par un établissement ayant un mandat de 2^e et de 3^e ligne

en santé mentale. La répartition des lits est le reflet non seulement de la nouvelle organisation hospitalière requise pour mieux répondre à la prestation de services de façon efficace et sécuritaire, mais aussi de l'adaptation nécessaire pour répondre à la demande actuelle et future quant à la clientèle 14-25 ans, à la clientèle de psychiatrie légale, à la clientèle en réadaptation intensive et à la clientèle associée au mandat donné à l'Institut Douglas pour la population des territoires Cris et du Nunavik.

La consolidation des activités au sein de l'établissement a comme objectifs d'assurer l'accès aux services spécialisés, selon la hiérarchisation des services et en complémentarité à ceux offerts par des établissements ayant un mandat de 1^{re} ou 2^e ligne en santé mentale, et d'assurer la qualité des services par les pratiques cliniques découlant de l'application des connaissances développées dans les activités de recherche.

L'amélioration de la trajectoire des patients

Les démarches prévues et déjà entamées par l'Institut Douglas pour améliorer la trajectoire des patients confirment son objectif d'assurer un continuum de soins et services avec les établissements partenaires. Les démarches en cours portent sur l'accès aux services de réadaptation intensive, et il est prévu que des démarches semblables seront appliquées à d'autres programmes et services.

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 coordination¹⁰ 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 gérontopsychiatrie.

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.

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

¹⁰ Le terme « comité passerelle » est utilisé à l'interne et avec les partenaires.

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.

Table des urgences psychiatriques

Cette table à laquelle les infirmières de liaison participent assidûment permet de créer une communauté de pratique dont le but est de mieux servir la clientèle se présentant aux services d'urgence avec des problèmes psychiatriques.

Les liens créés entre nos infirmières de liaison de notre service d'urgence et celles des urgences des autres hôpitaux sont très solides et favorisent la consultation et le cheminement du patient à l'endroit propice pour recevoir ses soins.

C'est par concertation des infirmières de liaison qu'une décision est prise quant au lieu de prestation des soins pour un patient, connu de nos services, visitant une urgence d'un autre hôpital et nécessitant un séjour prolongé en milieu hospitalier. Il en est de même si nous recevons un patient dont le suivi est effectué par une clinique d'un autre hôpital, bien que certains patients préfèrent être traités et suivis à l'Institut Douglas. Pour des situations plus complexes, la participation du médecin est sollicitée et plusieurs paramètres sont vérifiés avant le transfert, tels que tests sanguins, évaluation médicale et diagnostic. Un soutien de l'équipe de l'Institut Douglas envers l'hôpital prenant en charge le patient est offert en tout temps.

Notons que l'Institut Douglas observe la politique mise en place par l'Agence pour les patients sans domicile fixe.

En partenariat, nous avons créé des corridors de services avec les hôpitaux des CSSS de notre secteur, soit l'Hôpital LaSalle et l'Hôpital de Verdun, pour des patients visitant l'Urgence de l'Institut Douglas qui présentent des problèmes médicaux ou d'intoxication aux substances. Par ailleurs, nous avons convenu avec ces partenaires que des patients présentant des idées suicidaires et visitant leurs urgences respectives seraient obligatoirement rencontrés par une travailleuse sociale, permettant ainsi de maximiser la prestation de services dans les urgences d'origine et d'éviter des transferts à l'Institut Douglas.

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.

Plusieurs initiatives déjà en marche ou complétées témoignent de la volonté de développer davantage cette dynamique. Une de ces initiatives est le projet de transformation de l'urgence. Après avoir identifié des profils d'utilisation de la clientèle, l'Institut Douglas a construit des trajectoires de services adaptés à ces profils en amont à l'urgence, évitant ainsi 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.

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 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.

Le Centre d'imagerie cérébrale, le Centre de neurophénotypage, la Banque de cerveaux et le Centre de recherche translationnelle sur les troubles de l'humeur et le suicide sont quatre

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.

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 résidentielles¹¹, et des équipes de suivi intensif dans le milieu pour cette clientèle.

Les orientations et les démarches régionales adoptées depuis 2013-2014 sur plusieurs de ces points, notamment les services de soutien d'intensité variable, le suivi intensif et les ressources résidentielles, aideront à assurer le continuum de service préconisé.

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.

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.

¹¹ 90 % des ressources résidentielles pour cette clientèle sont situées dans le secteur est de Montréal.

4.11.3 Effectifs médicaux

Les écarts en effectifs psychiatriques pour la clientèle adulte et en gérontopsychiatrie 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 pré faisabilité – 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. 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. Le projet immobilier viendra corriger les problèmes liés aux infrastructures et assurera les espaces propices aux mandats cliniques et académiques de l'Institut Douglas.

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).

Le nombre de lits nécessaire pour assurer l'offre de services à la clientèle des Cris et des Inuits requiert un ajustement budgétaire de 1,2 M\$. Des démarches sont en cours avec les instances de ces régions afin d'assurer le financement nécessaire.

Quant aux besoins immobiliers, le Dossier de présentation stratégique portant sur le projet du Nouvel Institut (renouvellement des infrastructures) 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.

Nous présentons ci-après un tableau récapitulatif qui présente les écarts entre la situation actuelle ou les services actuels et le continuum désiré.

Besoins	Éléments critiques	Situation attendue
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.	La trajectoire des services doit être fluide et assurer un continuum entre les services de 1 ^{re} ligne et les services spécialisés. L'offre de services nécessaire dans la communauté doit être améliorée et consolidée. Le continuum désiré mettra l'accent aussi sur une liaison élargie à l'intérieur du réseau local et du RUIS McGill par la mise en place de modalités facilitant l'évaluation des besoins de la clientèle et l'accès aux services.
Médecins de famille	Un manque de médecins de famille pouvant assurer la prise en charge de la clientèle, notamment dans le territoire du CSSS Dorval-Lachine-Lasalle. Ceci empêche le transfert des patients vers des services offerts en 1 ^{re} ligne.	Le soutien de l'Agence pour faciliter le recrutement de médecins est souhaité. Nous prévoyons aussi soutenir les équipes médicales existantes dans la prise en charge de la clientèle (consultations; sessions de formation, autres) pour que plus de patients soient transférés vers les services de 1 ^{re} ligne.
Ressources humaines	L'offre de services de l'Institut Douglas sera 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. 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 visera les personnes aptes à assumer ce rôle.
Effectifs médicaux	Les écarts en effectifs psychiatriques pour la clientèle adulte et en gérontopsychiatrie représentent un manque de 12,5 ETP en date de 2011-2012.	Le soutien de l'Agence est souhaité afin d'assurer que l'Institut Douglas ait les effectifs psychiatriques nécessaires à l'actualisation de ses mandats.
Immobilisations	Un aperçu de la situation des immobilisations est présenté à la section 2 de ce document. 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 pré faisabilité – Rapport final (mai 2009). Les problèmes liés aux immobilisations touchent les activités cliniques, d'enseignement et de recherche.	Le projet d'immobilisation visant le renouvellement des infrastructures fournira à l'Institut Douglas l'environnement nécessaire, en superficie et en configuration, à la prestation des services selon l'approche préconisée en santé mentale et à l'actualisation attendue de ses mandats d'enseignement et de recherche.

Besoins	Éléments critiques	Situation attendue
Budget		
<ul style="list-style-type: none"> Projet immobilier – Renouvellements des infrastructures 	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 m ² 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.	Le Dossier de présentation stratégique portant sur le projet du Nouvel Institut (renouvellement des infrastructures) présente les besoins préliminaires du financement requis pour l'élaboration des études et des dossiers demandés par le MSSS et par Infrastructure Québec (2,4 M\$, dollars 2012) ainsi que pour la construction des nouvelles installations (412 M\$, dollars 2012).

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

Les pistes d'amélioration identifiées pour que l'Institut Douglas puisse actualiser 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;
- la mise en place, auprès des organismes communautaires et des CSSS des services de crise et de soutien d'intensité variable;
- le développement ou la transformation des ressources résidentielles en santé mentale selon les orientations régionales;

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 des places en ressources résidentielles dans le secteur ouest et centre-ouest;
- 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'approbation du projet immobilier de renouvellement des infrastructures.

Ces mesures assureront :

- le nombre de psychiatres requis pour la clientèle adulte et en gérontopsychiatrie, soit 34 ETP;
- 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



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,

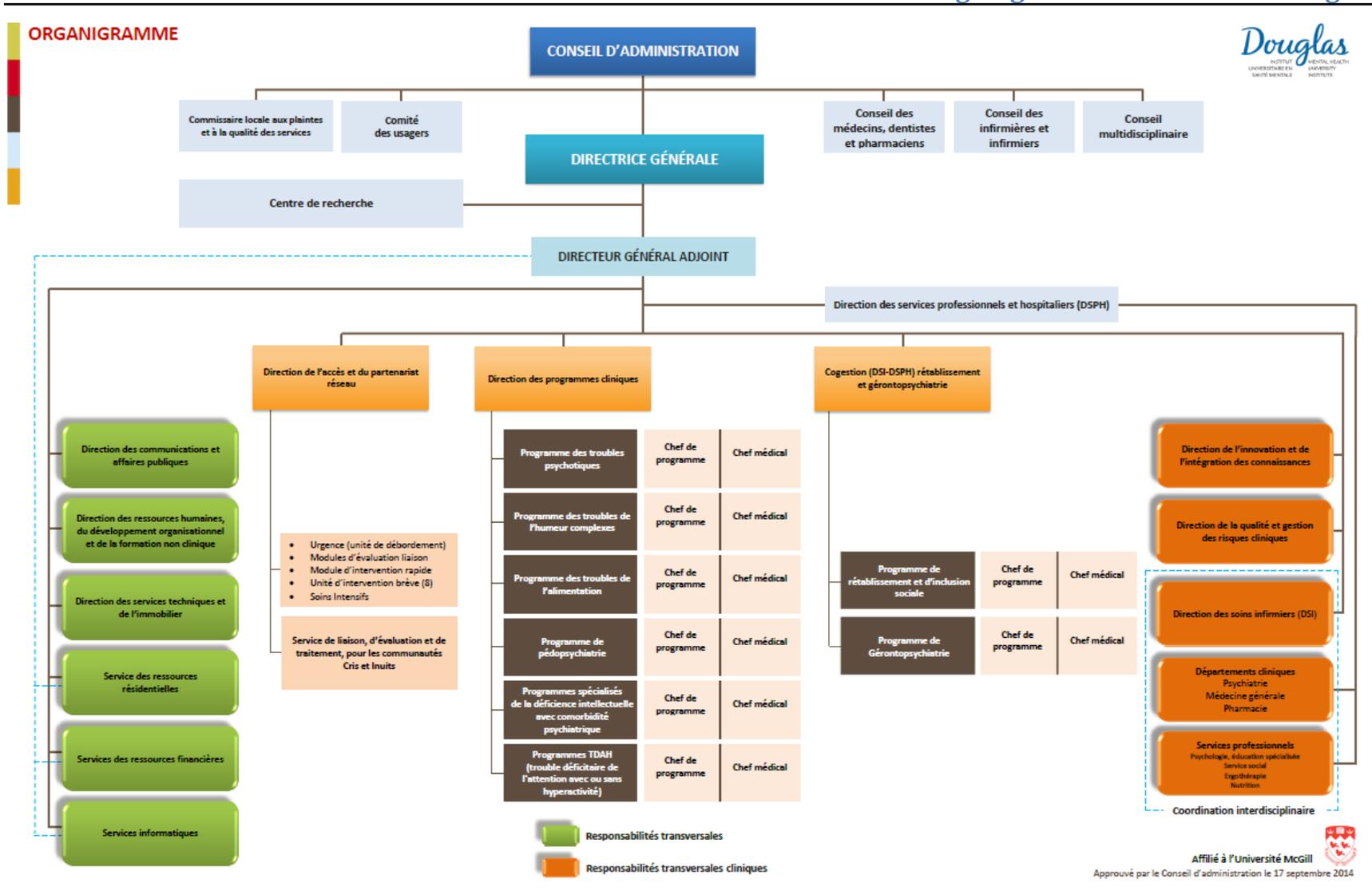
Sylvain Périgny

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

VOLUME ANNUEL DE STAGIAIRES (excluant les stagiaires de recherche)

Médicine	2009-2010		2010-2011		2011-2012		2012-2013		2013-2014		
	Nombre d'étudiants	Jours stages									
1 ^{re} et 2 ^e années de médecine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 ^e et 4 ^e années de médecine	43	1720	44	1760	43	1560	48	1560	54	1663	
Présidents	13	1620	25	2360	25	1840	18	1396	19	2000	
Fellows	3	600	4	320	5	620	2	230	4	680	
Stages de perfectionnement, évaluation CMQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL médecine	59	3840	73	4440	73	4020	68	3186	77	4343	
Soins infirmiers	Nombre d'étudiants	Jours stages									
Infirmières auxiliaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Infirmières (DEC)	145	2055	120	1677	106	1390	67	837	105	1370	
Infirmières (Bacc, DEC Bacc.)	25	507	37	861	40	773	55	941	64	1247	
Infirmières (maîtrise)	15	180	10	140	18	216	24	449	14	224	
Infirmières (doctorat)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Infirmières praticiennes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total soins infirmiers	185	2742	167	2678	164	2379	146	2227	183	2841	
Autres disciplines de la santé universitaires (Baccalauréat, Maîtrise, Doctorat)	Nombre d'étudiants	Jours stages									
Audiologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ergothérapie	14	3	0	536	149	0	3	8	0	105	340
Orthophonie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Nutrition	14	0	0	291	0	0	8	1	0	150	20
Pharmacie	0	0	7	0	0	133	3	0	7	57	0
Pharmacie (doctorat professionnel)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Physiothérapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychologie	3	3	26	270	273	2028	3	3	33	270	273
Service social	10	1	0	723	32	0	22	5	0	711	260
Education spécialisée	0	0	0	0	0	0	2	1	0	89	40
Psychoéducation	0	0	0	0	0	0	0	2	0	80	0
Art thérapie	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	76
Musique thérapie	0	0	0	0	0	0	2	2	0	31	48
Récréologie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0
Psychomotricité	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0
TOTAL autres disciplines de la santé universitaires	41	7	33	1880	454	2161	45	24	40	1425	1137
Autres stagiaires non-universitaires	Nombre d'étudiants	Jours stages									
Assitant-pharmaciaien	2	28	16	240	14	182	16	240	22	318	
Technique loisirs	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	
Education spécialisée	8	396	0	0	4	426	5	168,5	6	2275	
Technique en diététique	0	0	1	25	1	14	1	38	0	0	
Archives médicales	0	0	1	5	1	5	1	5	0	0	
Autres disciplines de la santé (préposé aux bénéficiaires, technique de laboratoire, etc.)	0	0	12	108	33	297	36	324	29	261	
Total autres stagiaires non-universitaires	10	424	31	437	53	1756,5	59	3685,5	57	2855	
TOTAL DES STAGIAIRES	335	11501	380	13253	405	13674,5	436	14595,5	399	15098	

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						
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	