

Institut universitaire en santé mentale Douglas
Étude de préféabilité

Addendum : Mise à jour, mai 2012
Document de consultation

Le 15 mai 2012

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
1. Chapitre 6 : La clientèle et les faits saillants cliniques du futur.....	2
a. Section 6.1 – La clientèle.....	2
• La desserte de l’Institut.....	2
• La démographie de sa desserte.....	2
• L’Épidémiologie de sa desserte.....	3
b. Section 6.2 – Les faits saillants cliniques du future.....	3
c. Section 6.3 – Tableau synthèse des lits.....	6
2. Chapitre 7 : Enseignement, une mission d’excellence.....	8
Évolution de l’offre de services depuis 2009.....	8
a. Enseignement.....	8
b. Formation en soutien à la première ligne.....	9
c. L’échange des connaissances : un changement de culture qui dépasse.....	11
les frontières des services de santé mentale	
d. Éducation du public et déstigmatisation des maladies mentales.....	11
• Éducation des patients : le savoir à la disposition des usagers.....	11
• Éducation du public.....	12
Besoins d’espace et Tableau récapitulatif.....	13
3. Chapitre 8 : Recherche.....	15
a. Croissance impressionnante.....	15
b. Réputation d’excellence.....	16
c. Installations de pointe.....	16
• Le Centre de neurophénotypage.....	16
• Le Centre d’imagerie cérébrale.....	17
• La Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada.....	17
Besoins d’espace et Tableau récapitulatif.....	18
Conclusion.....	21

INTRODUCTION

L'étude de pré faisabilité transmise à l'Agence des services de santé et des services sociaux de Montréal en mai 2009 et subséquemment au ministère de la Santé et des Services sociaux constituait notre justificatif pour la construction d'un nouvel institut universitaire en santé mentale. Elle était fondée sur nos prévisions des besoins cliniques et de l'ensemble des autres besoins liés à la mission universitaire : enseignement, recherche, transfert des connaissances et évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé.

Cette étude proposait un scénario d'avenir fondé sur les informations dont nous disposions alors. Toutefois, plusieurs éléments nouveaux sont venus influencer notre fonctionnement ou se dessinent dans notre environnement. Ces développements ont un impact important sur nos prévisions d'avenir et touchent tous les aspects de notre mission d'institut universitaire en santé mentale.

Le présent addendum constitue donc une mise à jour de nos besoins cliniques, d'enseignement et de recherche décrits aux sections 6, 7 et 8 de l'Étude de pré faisabilité de 2009.

1. CHAPITRE 6 : LA CLIENTÈLE ET LES FAITS SAILLANTS CLINIQUES DU FUTUR

(PAGES 21 À 26)

Les prévisions d'avenir de l'étude de pré faisabilité de 2009 quant à l'offre de services du Douglas tenait compte de différents éléments :

- les données probantes des impacts d'un environnement guérissant;
- l'implantation complète du Plan d'action en santé mentale – La force des liens; et
- différents changements organisationnels découlant de l'implantation du PASM.

Toutefois, tel que mentionné précédemment, différents éléments des dernières années justifient une révision de ces prévisions. La présente section clarifie les éléments de notre environnement et les développements récents qui influencent notre offre de services cliniques.

a. SECTION 6.1 – LA CLIENTÈLE

- **LA DESSERTE DE L'INSTITUT** (page 21)

La population de desserte de 2^e ligne du Douglas (prévisions pour 2012) se chiffre plutôt à 385 878 en tenant compte des indices de pondération (celui pour la région de Montréal et celui pour chacun des territoires de CSSS de notre desserte immédiate) tels que détaillés dans le tableau suivant :

Prévisions 2012 ¹				Pondération Montréal 1.184		Pondération CSSS		Total pondéré	
CSSS	Jeunes	Adultes	Total	Jeunes	Adultes	Jeunes	Adultes	Jeunes	Adultes
CSSS DLL	25 078	115 258	140 336	29 692	136 465	7,2%	8,0%	30 126	150 079
CSSS SOV	25 438	124 113	149 551	30 119	146 950	9,7%	8,8%	40 586	165 087
Total								70 712	315 166
GRAND TOTAL								385 878	

Il s'agit d'une augmentation de plus de 100 000 comparativement au nombre de 275 000 de l'étude de pré faisabilité de 2009.

- **LA DÉMOGRAPHIE DE SA DESSERTE** (page 22)

Différentes études démontrent que, en dépit du fait que l'incidence des maladies mentales semble demeurer plutôt stable dans le temps, l'utilisation des services a beaucoup augmenté.

¹ Projection de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1^{er} juillet, 2006 à 2031. Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009. Diffusion : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010.

En effet, la demande de services pour des raisons de santé mentale a augmenté de 65 % sur une période d'environ 10 ans (1990-1992 à 2001-2003)².

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

- **L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE SA DESSERTE** (page 22)

L'étude de 2009 fait référence à la croissance démographique et au vieillissement pour anticiper les besoins de la population. Tel que mentionné précédemment, il importe également de tenir compte de la croissance de la demande et de la complexité des besoins. L'ensemble de ces facteurs permet d'anticiper une importante augmentation de la demande de services de santé mentale.

Un élément significatif de l'augmentation et de la complexité de la demande a trait à la psychiatrie légale : à elles seules, les personnes sous la responsabilité du Tribunal administratif du Québec (TAQ) ont presque doublées au cours des dernières années et occupaient 34 des 277 lits en 2010-2011. Ces données nous permettent d'anticiper que nous aurons à assurer l'accès à un nombre de lits important en lien avec la forte augmentation de ces besoins.

b. SECTION 6.2 – LES FAITS SAILLANTS CLINIQUES DU FUTUR

(page 24)

Cette section est essentiellement un résumé des informations qui sont détaillées dans le document complémentaire découlant des groupes de travail pour chacun des programmes. Toutefois, les développements des dernières années, les nouvelles informations dont nous disposons et les demandes à prévoir pour l'avenir viennent modifier ou préciser plusieurs éléments de l'étude de préféabilité présentée en 2009.

En ce qui concerne les développements des dernières années, les modifications portent sur les éléments suivants :

- **Transfert complet du programme Rétablissement dans la communauté** (page 23) : ce transfert n'aura pas lieu. Ce programme, dont le nom est dorénavant Programme d'hébergement et de réadaptation spécialisés, a maintenant, conjointement avec l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le mandat régional de la gestion des ressources non institutionnelles en santé mentale. Il s'agit d'une augmentation d'activités importante dans ce secteur.
- **Questionnement sur la pertinence de regrouper la clientèle ayant un comportement à haut risque de dangerosité** (page 24) : L'augmentation de la clientèle sous la responsabilité du TAQ, tel que mentionné précédemment, nous amène à recommander

²Plan stratégique 2011-2014, http://www.douglas.qc.ca/publications/207/file_fr/planstrategique_2011-2014_fr-1.pdf, p. 16.

l'ajout d'une unité de psychiatrie justice pour mieux consolider les soins et services autour de cette clientèle et assurer le niveau de sécurité requis, conformément aux exigences.

(page 25)

Quant aux autres éléments, la section 6.2 de l'étude de préfaisabilité de 2009 doit également être complétée par les informations suivantes qui justifient une révision des prévisions quant au nombre de lits. En dépit du fait que nous ayons 241 lits dressés, nous devons fonctionner à présent avec une capacité d'environ 277 lits (taux d'occupation de 115 %). Toutefois, avec la mise en place des meilleures pratiques cliniques, nous prévoyons assurer une offre hospitalière à 260 lits avec un taux d'occupation de 93 % (voir tableau à la section 6.3).

Les facteurs principaux qui expliquent le taux d'occupation actuel et qui sont à considérer dans nos nouvelles prévisions sont les suivants :

- **Augmentation de la demande de services** : La demande de services a augmenté de façon significative au cours des dernières années, appuyant les données mentionnées précédemment en ce sens. En effet :
 - Les visites à l'urgence ont augmenté de 11,8 %;
 - Les admissions ont augmenté de 11,4 %;
 - Le nombre de patients vus en interne et en externe a augmenté de 14 %;
 - Le taux d'occupation des lits a augmenté de 5 %.
- **Clientèle Crie et Inuit** : Le Douglas dessert maintenant les Territoires-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik. Ces deux mandats nécessitent l'ajout de lits et de services ambulatoires de deuxième ligne. L'ajout de 8 lits est nécessaire pour répondre aux besoins de cette clientèle additionnelle.
- **Psychiatrie justice** : L'augmentation fulgurante du nombre de patients sous la responsabilité du TAQ a fait en sorte que le nombre de lits utilisés pour la clientèle psychiatrie justice atteignait 34 en 2010-2011. Ce besoin est en croissance constante. Le Douglas est le deuxième établissement ayant le plus grand nombre de personnes sous le TAQ après l'Institut Pinel. Comme vous le verrez dans la section récapitulative sur les lits à la fin de la présente section, nous prévoyons une unité de 20 lits pour cette clientèle, quoique le nombre de lits utilisés actuellement excède 30. Selon notre expérience, les patients peuvent intégrer des unités régulières à mesure que leur situation s'améliore, d'où la demande pour une unité de 20 lits plutôt que 30 ou 35 lits. De plus, une unité de 30 ou 35 lits n'est pas à recommander pour ce type de clientèle à haut risque.
- **Premières psychoses** : Nous comptons présentement 6 lits dressés dédiés à la clientèle de première psychose. Toutefois, le succès de notre programme de dépistage précoce et d'intervention, et son déploiement à l'échelle du RUIS McGill à Montréal ont fait en sorte que l'hospitalisation a augmenté et que 10 à 12 lits sont occupés de façon régulière. Nous prévoyons 14 lits dans notre offre de services.

- **Solution à l’engorgement des unités et des urgences** : De nombreux lits de courte durée physique des CHU, CHA ou CHSGS de la région de Montréal sont utilisés pour des patients souffrant de maladies mentales et ceci engendre des engorgements importants. Ces blocages sont causés par deux facteurs principaux : 1) le manque d’accès à des interventions de réadaptation intensive pour la clientèle présentant des troubles graves et complexes; 2) le manque d’accès à des places en ressources résidentielles adaptées aux besoins.
 - **Réadaptation intensive** : Fort de son expertise, le Douglas veut maintenir son offre de service en réadaptation intensive, tout en augmentant les services de suivi intensif dans le milieu. Le maintien d’une offre de services en réadaptation intensive permettra d’offrir une alternative aux hôpitaux de la région de Montréal pour leur clientèle psychiatrique et ainsi aidera à libérer les lits de courte durée en santé physique des CHU, CHA et CHSGS utilisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les données démontrent que, d’une part, une grande majorité des longs séjours dans les urgences sont liés à la clientèle en santé mentale et que, d’autre part, les lits de courte durée physique utilisés pour la clientèle (longue durée) en santé mentale créent un blocage additionnel exacerbant davantage l’engorgement des urgences.

Notre solution est fondée sur notre expertise particulière et une capacité d’accueil suffisante. En effet, les cas graves et complexes nécessitent la gamme d’interventions spécialisées de réadaptation intensive que nous pouvons offrir. Ainsi, une personne qui occuperait un lit pendant plusieurs mois et même pendant des années dans un établissement de soins généraux ou spécialisés pourrait recevoir son congé à la suite d’un épisode de soins beaucoup plus court. Ainsi, un lit additionnel au Douglas peut permettre de libérer de 2 à 3 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 hôpitaux de soins généraux.

- **Ressources non institutionnelles** : Le Douglas, conjointement avec l’Hôpital Louis-H. Lafontaine, a maintenant le mandat de la gestion des ressources non institutionnelles en santé mentale pour la région de Montréal. La transformation prévue tient compte d’un rééquilibrage de places, selon les besoins des territoires, par un transfert de l’est vers l’ouest qui est très déficitaire à cet égard. Ce rééquilibrage, prévu sur une période de sept à huit ans, augmentera la capacité du réseau des ressources résidentielles dans l’ouest de Montréal d’environ 450 places. Il nous est donc permis d’anticiper une amélioration de l’accès à ces places pour l’ensemble des établissements concernés. Des lits psychiatriques ou en santé physique, qui sont occupés par la clientèle en attente de ressource résidentielle, seront ainsi libérés dans les CHU, CHA et CHSGS concernés et permettront d’améliorer l’accès général et la fluidité des services et, par conséquent, de désengorger les urgences.

- **Taux d’occupation** : Selon l’Institut canadien d’information en santé (ICIS), un taux

d'occupation de 85 % est souhaitable pour assurer un accès et une fluidité optimale d'utilisation des lits. Plus conservateur, nous avons utilisé un taux d'occupation de 93 % pour les besoins de détermination du nombre de lits nécessaire.

c. SECTION 6.3 – TABLEAU SYNTHÈSE DES LITS (PAGE 26)

Veillez remplacer la Section 6.3 de l'étude de faisabilité de 2009 par la suivante :

En résumé, les prévisions de l'étude de préfaçabilité de 2009 étaient fondées sur :

- l'implantation complète du Plan d'action en santé mentale 2005-2010;
- les réorganisations dans les différents programmes; et
- la réduction de la durée moyenne de séjour résultant d'un environnement guérissant.

Les prévisions mises à jour en 2012 tiennent compte de nouveaux facteurs dont les principaux sont les suivants :

- Croissance du Programme d'hébergement et de réadaptation spécialisés compte tenu du mandat régional du Douglas dans la gestion des ressources non institutionnelles : transformation et augmentation du nombre de places dans l'ouest de Montréal, conformément au PASM et aux cibles ministérielles et régionales. Cette augmentation de places aura un impact positif sur l'utilisation des lits et la fluidité des services dans les CHU, CHA et CHSGS de la région de Montréal et, par conséquent, sur l'engorgement des urgences;
- Augmentation de la demande de services et particulièrement du taux d'occupation des lits de 115 % (277 lits occupés par rapport à 241 lits dressés);
- Nouveau mandat lié à la clientèle Crie et Inuit;
- Psychiatrie justice : augmentation fulgurante des personnes sous la responsabilité du TAQ et 34 lits occupés en 2010-2011 pour des cas de psychiatrie justice. Nous prévoyons consolider les services à cette clientèle autour d'une unité de 20 lits puisque certains cas, moins graves, pourront être hospitalisés dans les unités régulières lorsque leur état le permet;
- Augmentation de la demande pour les cas de premières psychoses;
- Augmentation de la capacité d'accueil du Douglas en réadaptation intensive pour répondre aux besoins des CHU, CHA et CHSGS – solution à l'engorgement des urgences;
- Taux d'occupation de 93% pour permettre une meilleure utilisation des lits et une plus grande fluidité (ce facteur est inclus dans les prévisions 2012).

Le tableau qui suit illustre la répartition actuelle de l'utilisation des lits et celle que nous prévoyons maintenant en fonction des tendances récentes dans la demande de services et des éléments changeants dans notre environnement.

PROGRAMMES	Occupation réelle 2011-2012							Prévision ajustée 2012 incluant une provision pour un taux d'occupation de 93%							Variation
	CD	3e ligne	Réad. intensive	MD actif	LD transition	Lits méd.	Total	CD	3e ligne	Réad. intensive	MD actif	LD transition	Lits méd.	Total	
SMA	8						8	8						0	0
UIB	8						8	9						9	1
USI	8						8	9						9	1
THAI	30						30	30						30	0
Gérontopsychiatrie	23	18			30	2	73	24	20			16	2	62	-11
Troubles psychotiques	22		60				82	26		50				76	-6
Psychose PEPP		10					10		14					14	4
Cris et Innuits								8						8	8
DI avec co-morbidités psychiatriques				15			15				15			15	0
Pédo psychiatrie	11						11	12						12	1
Troubles de l'alimentation		6					6		6					6	0
Psychiatrie justice (TAQ)				34			34				20			20	-14
Sous-total	102	34	60	49	30	2	277	117	40	50	35	16	2	260	-17
Total			277							260					

Lexique

CD : Courte durée (< 3 mois)

DI : Déficience intellectuelle

LD : Longue durée (> 24 mois)

MD : Moyenne durée (> 3 mois < 24 mois)

PEPP : Prévention et intervention précoce des premières psychoses

SMA : Santé mentale adultes

TAQ : Tribunal administratif du Québec

THAI : Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité

UIB : Unité d'intervention brève

USI : Unité des soins intensifs

En dépit du fait que nous prévoyons une hausse de la demande, l'implantation des équipes de suivi intensif dans le milieu et des autres éléments du Plan d'action en santé mentale devraient permettre d'améliorer l'utilisation des lits de réadaptation intensive et ainsi améliorer notre capacité d'accueil et la fluidité des services non seulement dans notre établissement, mais également pour nos partenaires du réseau McGill.

2. CHAPITRE 7 : ENSEIGNEMENT, UNE MISSION D'EXCELLENCE

(PAGES 27 À 34)

Comme au chapitre précédent, plusieurs éléments des dernières années viennent confirmer la nécessité grandissante d'espaces adaptés et flexibles pour les besoins d'enseignement, de formation, et d'échange et d'application des connaissances.

La grande majorité de l'information contenue dans l'étude de pré faisabilité de 2009 demeure pertinente aujourd'hui, mais nécessite d'être mise à jour à la lumière des développements en lien avec les éléments suivants :

- Les progrès réalisés depuis la désignation à titre d'institut universitaire en santé mentale;
- Le Plan d'action en santé mentale – La force des liens qui identifie des priorités d'action liées à :
 - La déstigmatisation et l'éducation du public;
 - L'appui à la première ligne et le partage des connaissances avec nos partenaires;
- Le plan stratégique du MSSS et celui de l'Agence qui demandent la mise en place d'une structure de transfert des connaissances qui inclut l'approche de recherche translationnelle entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et les soins afin d'améliorer la prestation des services cliniques aux patients;
- L'émergence de nouvelles technologies permettant d'étendre notre champ d'action, de rejoindre un plus grand nombre de personnes, et de mieux adapter nos activités de formation et de transfert des connaissances aux besoins changeants.

ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICES DEPUIS 2009

a. ENSEIGNEMENT

Les efforts investis dans notre mission d'enseignement ont porté leurs fruits entraînant une forte augmentation du nombre d'étudiants et du nombre de jours de stage comme le démontrent les données suivantes qui comparent les résultats de 2008-2009 à 2010-2011:

- ↗ de 31 % du nombre global de stagiaires excluant le Centre de recherche;
- ↗ de 20 % du nombre de médecins formés (3^e et 4^e années, résidents et *fellows*);
- ↗ de 17 % des jours de stage en soins infirmiers dont 36 % au niveau du baccalauréat;
- ↗ de 25 % des jours de stage pour les autres disciplines universitaires en santé : il y a eu une ↘ de la formation au baccalauréat mais une ↗ de 37 % au niveau de la maîtrise et ↗ de 92 % au niveau du doctorat;
- ↗ de 27 % du nombre de stagiaires du Centre de recherche (*fellows*, post-doctorat et autres stagiaires, dont plusieurs de l'extérieur du pays).

La notoriété du Douglas va au-delà du RUIS McGill, comme en témoigne la présence soutenue d'étudiants en provenance de toutes les universités québécoises. La reconnaissance des praticiens et professionnels du milieu de la santé mentale au Québec envers l'Institut est également un signe de sa grande renommée.

Plusieurs laboratoires et équipes de recherche accueillent des étudiants étrangers provenant de plusieurs pays incluant la France, les États-Unis, l'Allemagne, le Japon, la Chine, l'Inde, la Grande-Bretagne, le Mexique et le Brésil. Notre affiliation à l'Organisation mondiale de la santé joue un rôle de premier ordre à cet effet. Les étudiants hors Québec intègrent généralement des programmes de recherche qui contribuent à une formation de pointe de la relève. L'excellence et la réputation internationale dont bénéficie le Centre de recherche de l'Institut assurent un accès privilégié à différentes sphères de recherche, allant de la recherche fondamentale jusqu'à la recherche appliquée aux services.

Le Centre de recherche a aussi développé certains programmes et séances de formation qui ne sont généralement pas offerts par les universités, afin de parfaire la formation de nos jeunes étudiants-chercheurs et faciliter leurs démarches au sein du monde de la recherche. À titre d'exemple, le Centre organise des cours sur l'utilisation de divers outils technologiques et offre des sessions de formation pour guider les étudiants dans leurs demandes de bourses. De plus, des conférences scientifiques et des « Journal Club » sont organisés chaque semaine par les divisions et axes de recherche du Centre.

La mobilisation des étudiants représente un élément important dans l'échange des connaissances et la collaboration estudiantine. Les étudiants participent à l'organisation et la tenue d'événements académiques et sociaux tels que les conférences hebdomadaires en neurosciences, la journée annuelle de recherche, des levées de fonds pour notre Fondation et des activités de réseautage.

Toutefois, l'étalement de nos infrastructures sur le site du Douglas provoque un éparpillement de la clientèle étudiante dans de nombreux bâtiments. Cette disposition rend encore une fois difficiles la collaboration et une cohabitation favorable aux échanges des connaissances.

b. FORMATION EN SOUTIEN À LA PREMIÈRE LIGNE

Le Douglas a mis en place une plateforme d'échange et d'application des connaissances qui permet de créer des synergies entre les différents acteurs impliqués dans le 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 notre bassin de desserte immédiate que pour l'ensemble des régions du RUIS McGill.

Nous avons de plus procédé à la mise en place de programmes de formation générale (comme le Module d'accompagnement clinique ou MAC) 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 : formations sur place, téléformation et soutien post formation.

Ces programmes de formation permettent aux intervenants des CSSS d'avoir accès à différentes activités de formation, de soutien et d'accompagnement qui incluent :

- La consultation;
- La supervision clinique;
- L'évaluation clinique;
- Les soins partagés;
- Le suivi court terme pour les cas plus complexes;
- Des formations spécifiques pouvant prendre différentes formes :
 - Formations de groupes;
 - Formations individuelles;
 - Téléformation;
 - Soutien postformation.

Ces investissements en formation sont également très présents dans nos programmes de pointe. Citons les trois exemples suivants :

- Le Programme PEPP a standardisé l'approche clinique pour les premières psychoses dans l'ensemble du RUIS McGill et a en plus établi 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 du Douglas.
- Le Programme des troubles de l'alimentation a procédé à la formation de nombreuses équipes de CSSS sur les interventions en troubles de l'alimentation. Il réunit présentement, dans le cadre de téléformation, 16 CSSS des RUIS McGill et Montréal pour de telles activités de transfert de connaissances. Le programme de transfert des connaissances du Programme des troubles de l'alimentation a d'ailleurs été reconnu en tant que **pratique exemplaire** lors de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément tenue en avril 2011. Ce programme de formation est offert à tous les CSSS du Québec et il inclut :
 - Un atelier d'une journée sur la gestion des troubles de l'alimentation destiné aux cliniciens;
 - Deux ou trois ateliers intensifs d'une demi-journée, offerts à des membres du personnel sélectionnés pour jouer un rôle d'expert;
 - La possibilité pour les membres du personnel sélectionnés d'observer le programme de groupe et d'autres programmes offerts par le Programme des troubles de l'alimentation;
 - Une supervision de cas et une consultation en personne ou par téléphone.
- L'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) : le Douglas est un partenaire actif du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) et, à ce titre, contribue deux membres de son personnel à l'équipe du CNESM pour la formation d'équipes de SIM à l'échelle du Québec. De plus, l'équipe SIM du Douglas agit à titre de milieu-école pour le CNESM et permet ainsi aux différentes équipes en formation d'avoir accès à une formation terrain au sein d'une équipe aguerrie.

c. ÉCHANGE DES CONNAISSANCES : UN CHANGEMENT DE CULTURE QUI DÉPASSE LES FRONTIÈRES DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

On remarque que les activités d'apprentissage de l'Institut ont des retombés qui vont au-delà de l'intervention en santé mentale. D'autres programmes de formation mis en place par le Douglas visent un public 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 de ces programmes qui méritent une attention particulière est le Programme de formation croisée.

Ce programme 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. Ce programme offre différentes modalités de formation. Outre les conférences et les panels de discussion, le programme offre également des rotations positionnelles et des ateliers :

- **Rotations positionnelles** : Il s'agit pour les participants de passer une journée dans un service d'un autre établissement ou organisme communautaire. Par exemple, un intervenant du Centre de crise passe une journée à l'Urgence du Douglas ou un intervenant d'un CSSS passe une journée dans une clinique spécialisée. Au fil des ans, ces rotations ont permis à 154 intervenants de 22 ressources différentes (toxicomanie, santé mentale, santé publique, écoles, CSSS, hôpitaux généraux et autres) d'apprécier, sur le terrain, le quotidien de leurs partenaires.
- **Ateliers** : Ces ateliers, sous forme de discussions de cas, ont permis de rejoindre plus de 1300 participants de 142 ressources différentes provenant majoritairement de la région de Montréal, mais également de la Montérégie, de l'Outaouais, de l'Estrie, de Lanaudière, des Laurentides, et autres régions ainsi que des observateurs de pays étrangers.

Ce programme non seulement grandit en popularité auprès de nos partenaires, mais il est maintenant devenu un standard de formation adopté par l'Association des Centres de réadaptation en dépendance.

De plus, le Douglas participe au développement du programme provincial de formation sur les troubles concomitants (2^e et 3^e lignes) ainsi qu'au développement d'initiatives semblables en France et au Brésil.

d. ÉDUCATION DU PUBLIC ET DÉSTIGMATISATION DES MALADIES MENTALES

- **ÉDUCATION DES PATIENTS : LE SAVOIR À LA DISPOSITION DES USAGERS**

Il nous apparaît évident qu'une meilleure communication entre développeurs et utilisateurs de connaissances est une prémisses essentielle à la co-construction des connaissances. Elle favorise une plus grande application des connaissances ainsi qu'une amélioration constante des projets de recherche en fonction des besoins et réalités des utilisateurs des connaissances.

Au Douglas, des initiatives ont été mises de l'avant afin d'intégrer les utilisateurs de services aux activités d'enseignement. Nous avons avantage à mettre à contribution les patients dans la formation des intervenants : ce sont les utilisateurs de services qui sont les mieux placés pour exposer leurs besoins. En ce sens, nous travaillons en collaboration avec les patients, les employés et la collectivité afin d'assurer que toutes les préoccupations sont abordées et que des solutions positives sont proposées et appliquées. Ceci permet d'évoluer de façon plus rapide et souple vers la mise en place des changements.

Les politiques, programmes et interventions en santé mentale basés sur des résultats de recherche sont plus susceptibles d'améliorer la qualité de l'offre de service et la diversité des options thérapeutiques et de ce fait améliorer l'état, les conditions et la qualité de vie des personnes vivant avec un problème de santé mentale et de leurs proches ainsi que leur intégration dans la collectivité. Les utilisateurs des résultats, que ce soient des personnes ayant un problème de santé mentale, des intervenants, les proches, cliniciens, administrateurs ou décideurs sont impliqués dans l'élaboration de programme.

Les nouvelles technologies de l'information et de communication sociale révolutionnent les méthodes et les modalités d'apprentissage. Ces technologies sont appelées à jouer un rôle essentiel dans chacune des activités d'enseignement destinées au public et facilitent l'accès des résultats de recherche à tous.

- **ÉDUCATION DU PUBLIC**

L'éducation du grand public est une préoccupation constante et un enjeu important pour le Douglas puisqu'elle permet de démystifier et déstigmatiser la maladie mentale.

Nos intervenants, chercheurs et étudiants sont impliqués dans des activités de transfert des connaissances ciblant le grand public. Par exemple, ils participent activement depuis plusieurs années à l'organisation et à la réalisation de nombreuses activités qui visent à sensibiliser les jeunes dans les écoles primaires et secondaires au fonctionnement du cerveau ainsi qu'à les informer sur les travaux de recherche en cours. Les étudiants du comité organisateur de la « Semaine cerveau en tête », un événement grand public qui s'adresse aux jeunes d'âge scolaire, ont remporté le Prix de mentorat « Synapse » des IRSC décerné par les Instituts de recherche en santé du Canada pour souligner l'importance des mentors dans la formation de la nouvelle génération de chercheurs en santé au Canada.

Aussi, plusieurs de nos stagiaires participent activement aux activités « portes ouvertes » du Douglas et de l'Université McGill de même qu'aux soirées d'éducation destinées au grand public. Ces activités très populaires aident à démystifier et déstigmatiser les maladies mentales.

Le Douglas est maintenant associé à Passeportsanté.net et fournit l'ensemble des informations reliées à la santé mentale publiées sur le site. De plus, les cours de l'école Mini-Psy, qui visent à vulgariser les concepts scientifiques pour le grand public, sont diffusés sur les réseaux sociaux You Tube, iTunes, U de l'Université McGill et sur la chaîne de télévision Canal Savoir. L'École Mini-Psy a d'ailleurs été reconnue en tant que

pratique exemplaire lors de la visite du Conseil canadien d'agrément tenue en avril 2011.

BESOINS D'ESPACE ET TABLEAU RÉCAPITULATIF

Les développements présentés dans cet addendum confirment le rôle de chef de file du Douglas dans l'avancement des connaissances générales en santé mentale et son rayonnement grandissant. Le champ d'influence du Douglas s'étend progressivement non seulement par le nombre accru d'étudiants et de stagiaires, mais aussi grâce à la gamme variée d'activités de partage des connaissances qu'offrent l'Institut et son Centre de recherche.

En dépit du fait que les nouvelles technologies permettent de rejoindre un public beaucoup plus large et éloigné, la consolidation des activités d'enseignement, de formation et de partage des connaissances du Douglas exige de revoir nos infrastructures pour permettre l'émergence d'un centre académique de haut niveau intégré et flexible.

Nos nouvelles infrastructures doivent favoriser l'utilisation des nouvelles technologies pour couvrir l'ensemble du territoire du RUIS McGill, 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.

Tableau récapitulatif - Enseignement

Certains éléments additionnels viennent s'ajouter au tableau récapitulatif inclus dans l'étude de préféabilité de 2009. Ces éléments sont en **bleu** dans le tableau qui suit :

<u>Problématiques liées aux infrastructures</u>	<u>Impact des nouvelles infrastructures</u>
<p>Capacité d'accueil d'étudiants limitée.</p> <p>Manque de locaux pour étudiants.</p> <p>Obstacle à l'intégration de l'enseignement au secteur clinique.</p> <p>Nouvelle technologie difficile à intégrer (manque de locaux).</p> <p>Absence de lieux permettant d'accueillir les partenaires communautaires.</p> <p>Capacité restreinte dans les salles de formation à distance.</p> <p>Absence de lieux pour la participation des patients et de leurs familles.</p> <p>Difficulté d'accès à un centre de formation.</p>	<p>Accueil de plus d'étudiants.</p> <p>Flexibilité dans l'utilisation des espaces.</p> <p>Plus d'espaces bureaux (professeurs et étudiants).</p> <p>Augmentation de l'espace pour les rencontres.</p> <p>Espace pour la formation clinique (sur les unités de soins).</p> <p>Établissement sans fil (efficacité, efficience, communication).</p> <p>Mobilité des employés (sans-fil).</p> <p>Meilleure collaboration avec les partenaires communautaires et le grand public.</p> <p>Possibilité d'organiser de plus grandes réunions, colloques.</p> <p>Meilleures conditions de formation (laboratoires de simulation).</p> <p>Capacité accrue de formation intégrée dans le milieu : milieux-écoles et formations croisées.</p> <p>Participation accrue des patients et de leurs familles :</p> <ul style="list-style-type: none">• au développement des programmes de formation;• aux activités de formation.

Comme l'indique l'étude de pré faisabilité de 2009, le Centre de recherche a connu une progression fulgurante depuis ses débuts en 1982. Le rythme de son développement continue d'accélérer, et ce, tout particulièrement au cours des dernières années. Le présent Addendum rend compte des développements et réalisations du Centre de recherche depuis l'étude de pré faisabilité de 2009.

Le Centre de recherche de l'Institut Douglas est le plus important en santé mentale au Québec au niveau du nombre de chercheurs et des subventions octroyées. Il est aussi l'un des deux plus importants centres de recherche en santé mentale au pays avec le *Centre for Addiction and Mental Health of Toronto* (CAMH). Le Centre est reconnu comme un « centre modèle » par le Fonds de la recherche du Québec - Santé (FRQS) et l'un des partenaires les plus dynamiques du réseau québécois en santé mentale. Notre Centre de recherche est affilié à l'Université McGill, et il a été le premier centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au Canada.

a. CROISSANCE IMPRESSIONNANTE

Les quatre dernières années ont été des plus stimulantes et enrichissantes pour notre Centre. Nos équipes de recherche sont multidisciplinaires et comptent maintenant 54 chercheurs principaux (dont 11 recrutés au cours des quatre dernières années : ↗ 26 %) et 233 *fellows* et étudiants de 2^e et 3^e cycles (↗ 27 %) dont les percées résultent en une moyenne de plus de 200 publications scientifiques par année. Sept (7) chercheurs principaux sont titulaires de chaires de recherche du Canada dont quatre (4) qui ont été accordées au cours des quatre dernières années (↗ 133 %) à des experts provenant des États-Unis, de la France et de la Belgique. Le Centre accueille également la Chaire Boeckh de recherche en schizophrénie, établie en 1997.

La réalisation de trois grands projets d'infrastructure (voir aux pages suivantes), soit le Centre de neurophénotypage, le Centre d'imagerie cérébrale et l'agrandissement de la Banque de cerveaux ont renforcé la capacité de notre Centre à engager des recherches de pointe en plus d'assurer l'excellence et un niveau élevé de compétitivité de nos chercheurs aussi bien au Québec qu'à l'étranger.

Les recherches de haut niveau permettent des avancées cruciales dans le domaine de la santé mentale. L'ajout de nouveaux espaces consacrés à la recherche permettrait aux chercheurs de l'Institut d'intensifier la cadence de leurs travaux au grand bénéfice de nombreux patients et intervenants. Les découvertes qui émergent du Centre de recherche, que ce soit la recherche en neurosciences, la recherche clinique ou la recherche psychosociale, permettent de mieux comprendre la structure et le fonctionnement du cerveau affecté par la maladie mentale. Les découvertes générées ici permettent d'identifier la pathophysiologie des maladies mentales et d'œuvrer au dépistage précoce des maladies ainsi qu'à l'optimisation des traitements proposés.

b. RÉPUTATION D'EXCELLENCE

Les réalisations de nos chercheurs et leur renommée nous permettent d'être confiants quant à l'avenir de notre Centre et à l'impact de nos recherches sur le traitement et la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale.

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 à la hauteur de 65 %. En ce qui concerne les subventions de recherche, dans le cadre du concours récent des IRSC, nous avons réalisé un taux de succès de 30 % (plus de 5 M \$) alors que la moyenne nationale se chiffrait à 16 %, et dans le cas du réseau McGill, à 20 %. De plus, lors de la dernière évaluation du FRQS, deux des quatre axes ont obtenu la note « excellente » et les deux autres ont reçu la mention « exceptionnelle ».

En 2011, le budget total du Centre de recherche atteignait 20,4 M \$, comparativement à 15,9 M \$ en 2008, soit une augmentation de 28 % en trois ans. Les fonds de recherche de notre Centre représentent 70 % de l'ensemble des subventions du département de psychiatrie de McGill.

Nos chercheurs et étudiants connaissent de nombreux succès dans leur domaine respectif :

- Leur présence croissante dans les comités avisés auprès de décideurs en santé est un gage de l'impact de nos recherches et du rayonnement de nos chercheurs;
- Plusieurs chercheurs de l'Institut ont décroché de nombreux prix et reconnaissances incluant le Prix du Québec, l'Ordre du Canada et l'Ordre du Québec. Dans les médias grand public, nombreux ont été nommés scientifiques de l'année de Radio-Canada et Personnalité de la Presse;
- Depuis sa fondation, notre Centre de recherche bénéficie d'une réputation internationale grandissante. Citons, par exemple, le fait que trois des chercheurs canadiens en neurosciences les plus cités au monde sont au Douglas (Meaney, Giros, Quirion);
- Aussi, plusieurs de nos chercheurs sont membres de comités organisateurs de conférences internationales prestigieuses.

c. INSTALLATIONS DE POINTE

Trois développements d'infrastructure des dernières années, totalisant des investissements de plus de 30 M \$ de partenaires publics et privés, méritent une attention particulière :

- Le Centre de neurophénotypage;
- Le Centre d'imagerie cérébrale;
- La Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada.

- **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 du Douglas, construit

en 2008, se démarque des autres centres par la place qu'il fait à la santé mentale et parce qu'il met l'accent sur l'interaction des gènes avec l'environnement.

Le Centre fournit à la communauté scientifique du Québec et du Canada l'expertise nécessaire pour tous les aspects liés à l'analyse comportementale. Elle offre entre autres :

- Un choix de tests les plus appropriés aux hypothèses à tester
- La conception et l'exécution de tests comportementaux
- L'analyse statistique et l'interprétation des données
- La préparation d'un rapport en format prêt pour publication

Le Centre héberge plus d'animaux qu'avant (rats et souris), et ce dans un environnement qui reproduit les conditions naturelles. Cet environnement enrichi permet de combiner des périodes en cage et d'autres en liberté. Les laboratoires ultramodernes permettent aussi aux chercheurs de mener leurs recherches dans des conditions optimales.

- **Le Centre d'imagerie cérébrale**

Le Centre d'imagerie cérébrale (CIC) de l'Institut Douglas, construit en 2011 (lancement officiel en mai 2012), offre aux chercheurs une plateforme d'analyse de données d'imagerie cérébrale, issues de la neuro-imagerie fonctionnelle et structurale. Il héberge aussi :

- des unités de recherche en optogénétique et électrophysiologie chez les petits animaux;
- des unités de recherche en stimulation magnétique transcrânienne, en études cliniques et en électrophysiologie cérébrale chez les humains.

Les chercheurs y étudient principalement :

- La pathophysiologie de plusieurs maladies mentales, dont la schizophrénie, la dépression, le trouble de stress post-traumatique et le trouble du déficit de l'attention;
- Les fonctions cognitives chez des sujets sains telles que la gestion des émotions, la navigation spatiale, la mémoire et la réaction au stress.

L'Institut Douglas devient ainsi le deuxième établissement psychiatrique au Canada à posséder son propre Centre d'imagerie cérébrale, habituellement réservé aux hôpitaux généraux. Il est le seul centre au pays doté à la fois de la technologie d'imagerie pour les humains et pour les petits animaux.

Cette technologie permet d'identifier des 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 fondés sur l'observation des patients et leur autoévaluation. Grâce aux mesures précises maintenant rendues possibles avec notre plateforme d'imagerie par résonance magnétique, les chercheurs peuvent mieux prédire l'évolution de la maladie pour chaque individu et ainsi ajuster les traitements en conséquence.

- **La Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada**

La Banque de cerveaux a reçu récemment un appui sans précédent de 2 M \$ de Bell Canada pour l'expansion, la rénovation et le développement de ses activités de recrutement et de

recherche. Cet appui financier, dans le cadre de l'Initiative en santé mentale *Bell Cause pour la cause*, est l'un des plus importants dons corporatifs octroyés au Québec à un institut universitaire en santé mentale. Cette banque de cerveaux, unique au Canada et parmi l'une des seules de ce genre au monde, porte maintenant le nom de Banque de cerveaux Douglas-Bell Canada.

La Banque de cerveaux compte près de 3 000 spécimens. Créée en 1980, elle est la plus ancienne banque de cerveaux au Canada et l'une des deux plus importantes réserves de cerveaux autopsiés. Elle reçoit et fournit des tissus cérébraux de façon régulière, ce qui fait d'elle la seule banque de cerveaux en activité au Canada. La Banque fournit à la communauté scientifique internationale des échantillons cérébraux dont la qualité et la préservation sont reconnues dans le milieu de la recherche.

L'étude des tissus cérébraux est essentielle pour comprendre les troubles mentaux ou neurologiques. 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 la maladie d'Alzheimer, la dépression et la schizophrénie, entre autres. Ainsi, la Banque de cerveau fait avancer les connaissances scientifiques afin de traiter, guérir et prévenir les maladies et les troubles du cerveau.

De plus, avec l'appui du Bureau du coroner du Québec, la Banque de cerveaux Douglas – Bell Canada soutient le Groupe McGill d'études sur le suicide (GMES) qui étudie 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'élucider les facteurs de risque et ainsi d'élaborer des programmes d'intervention et de prévention destinés à aider les personnes qui souffrent de détresse et présentant un risque suicidaire.

Ces développements nous laissent croire que les prochaines années seront profitables à la croissance de notre Centre de recherche comme véritable centre d'innovation se positionnant à l'avant-garde mondiale de la recherche en santé mentale.

BESOINS D'ESPACE ET TABLEAU RÉCAPITULATIF

Les besoins exprimés dans l'étude de préféabilité de 2009 se confirment et sont de plus en plus pressants compte tenu des développements récents.

La renommée dont jouit le Centre de recherche de l'Institut Douglas est un facteur d'attraction important, comme en témoignent les données présentées aux pages précédentes, et fait en sorte que de nombreux chercheurs de haut calibre en provenance d'autres provinces et pays souhaiteraient rejoindre notre Centre. Cependant, le manque d'espace et l'état vieillissant des infrastructures limitent la capacité d'intégration de nouveaux chercheurs dont pourrait bénéficier le Centre de recherche si les infrastructures étaient modernes et plus spacieuses. De plus, la vétusté, la disposition et la conception physique de nos bâtiments ne permettent pas d'intégrer les nouvelles technologies nécessaires à la recherche.

Les besoins en espaces ne sont pas luxueux : chaque chercheur développe son groupe de recherche en recrutant un ou deux assistants et de trois à quatre étudiants. Chaque chercheur et chaque assistant requièrent un bureau et tous les étudiants travaillent dans des espaces

pouvant accueillir quatre personnes. S'ajoutent à ceci des espaces de laboratoire dans le cas de la recherche fondamentale, ou des salles d'entrevues dans le cas de la recherche psychosociale. Il nous apparaît donc évident qu'avec l'augmentation du nombre de chercheurs, les besoins en espaces augmentent.

Aussi, il est de plus en plus important de s'assurer que la configuration des espaces permette de mieux intégrer la recherche et l'enseignement aux activités cliniques. La proximité avec les patients et les cliniciens a toujours été un élément fondamental dans l'avancement de nos recherches. Cette proximité permet de mieux comprendre les problématiques cliniques vécues par la clientèle et ainsi de faciliter la recherche translationnelle afin de proposer des solutions innovantes mieux adaptées et des traitements là où les services sont offerts.

De la même façon, la valorisation des connaissances auprès des intervenants cliniques, des décideurs et du grand public se déploie comme un volet complémentaire à nos activités de recherche tel que nous l'avons vu dans la section sur l'enseignement (chapitre 7). Par conséquent, nous avons décidé de regrouper ces activités pour mieux les coordonner et de valoriser davantage les efforts de transfert des connaissances effectués par plusieurs de nos chercheurs et cliniciens. Dans ce contexte, la Dre Anne Crocker a récemment 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 résultant en de meilleures pratiques bénéfiques pour notre clientèle et les professionnels de la santé. Les connaissances générées par notre Centre de recherche et les cliniciens de l'Institut pourront ainsi être mieux diffusées et intégrées dans l'ensemble du réseau de la santé.

Bien que la recherche occupe actuellement plus de 12 300 m² d'espace brut dans l'Institut, nous avons dû accommoder l'expansion rapide des divers groupes de recherche, l'ajout de nouvelles plateformes et l'accroissement du nombre de stagiaires de recherche en utilisant des espaces disponibles dans plusieurs bâtiments sur notre terrain. Toutefois, la dispersion des activités et l'éparpillement des équipes font obstacle à l'échange des connaissances, à l'esprit de collégialité profitable à l'avancement de la recherche et à l'intégration de la recherche et de l'enseignement aux activités cliniques.

De plus, la majorité des édifices de l'Institut Douglas date de plus de 75 ans et ils n'ont pas été construits en fonction des besoins actuels en recherche et en soins cliniques. La pression sur les espaces actuels de recherche et les besoins en installations plus adéquates sont donc des soucis constants pour toute notre équipe de chercheurs, de cliniciens et de gestionnaires.

Compte tenu du niveau d'activités du Centre et des impacts de ses recherches, l'agrandissement du Centre est nécessaire et contribuerait à un meilleur déploiement des activités de recherche et la mise en valeur de l'expertise de nos équipes. Cela renforcera le rayonnement international du Québec comme chef de file mondial dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale.

Tableau récapitulatif - Recherche

Certains éléments additionnels viennent s'ajouter au tableau récapitulatif inclus dans l'étude de préféabilité de 2009. Ces éléments sont en bleu dans le tableau qui suit :

<u>Problématiques liées aux infrastructures actuelles</u>	<u>Impacts des nouvelles infrastructures</u>
<p>Structure de bois de plusieurs pavillons (risque de feu).</p> <p>Espace saturé – impossibilité d'accueillir de nouveaux chercheurs et étudiants.</p> <p>Emplacement d'appareils inadéquat (potentiellement dangereux).</p> <p>Manque de locaux pour étudiants (Perte de temps et de productivité).</p> <p>Obstacle à l'intégration de la recherche au secteur clinique.</p> <p>Obstacle au partage et aux échanges entre chercheurs, cliniciens, patients, familles et étudiants.</p> <p>Système de réfrigération précaire (Banque de cerveaux).</p> <p>Achat en double d'équipement (impossibilité de regrouper les gens).</p> <p>Nouvelle technologie difficile à intégrer (manque de locaux).</p> <p>Intégration difficile de nouveaux chercheurs.</p> <p>Beaucoup d'argent investi en rénovation et maintenance.</p>	<p>Création d'espaces sécuritaires.</p> <p>Accueil de plus de chercheurs.</p> <p>Flexibilité dans l'utilisation des laboratoires.</p> <p>Espace adéquat et sécuritaire pour appareils fragiles.</p> <p>Plus d'espace bureaux (chercheurs et étudiants).</p> <p>Espaces de salles d'entrevue</p> <p>Environnement adéquat pour les nouvelles plateformes technologiques (centre d'imagerie, neurophénotypage, banque de cerveaux).</p> <p>Augmentation de l'espace pour les rencontres du personnel.</p> <p>Espace pour intégrer la recherche clinique dans les services cliniques.</p> <p>Accueil de plus d'étudiants.</p> <p>Établissement sans fil (efficacité, efficience, communication).</p>

CONCLUSION

Comme le démontrent les progrès réalisés au cours des dernières années, le Douglas assume pleinement son rôle d'institut universitaire en santé mentale. Nos programmes de pointe sont bien établis et contribuent au développement, à l'échange et à l'application des nouvelles connaissances dans l'ensemble du réseau et même au-delà de nos frontières.

La croissance du Centre de recherche et le nombre grandissant de chercheurs principaux et de stagiaires de toutes disciplines témoignent du pôle d'attraction qu'est maintenant l'Institut Douglas.

Ces succès ont été réalisés en dépit de nos infrastructures désuètes; ceci témoigne de l'engagement de l'ensemble de la communauté du Douglas envers l'excellence et l'amélioration continue de la qualité et de la performance, et ce, sur tous les plans.

C'est d'ailleurs dans cette perspective que nous avons mis en place, en 2010, un Centre d'analyse et d'optimisation des processus (CAOP) dont l'expertise est utilisée dans différents projets d'optimisation en soutien aux gestionnaires et cliniciens de l'établissement. L'expertise du CAOP est dorénavant mise à contribution dans tout projet de construction important, comme c'est le cas de la rénovation prochaine de notre Urgence, l'objectif étant de s'assurer que les aménagements physiques répondent aux processus optimisés.

L'espace utilisable dont nous disposons est de plus en plus restreint, voire saturé, en dépit des solutions d'adaptation que nous mettons de l'avant pour accommoder la croissance de l'Institut. Toutefois, ces solutions à la pièce sont très coûteuses non seulement en coûts de rénovation, mais également en perte d'efficacité compte tenu de l'éparpillement. Tel que mentionné dans l'étude de préféabilité de 2009, la facture liée à l'entretien des espaces inutilisables, la mise à jour des systèmes fonctionnels vétustes et le temps perdu en déplacements s'élèverait à plus de 185 M \$, et ce, sans même pouvoir répondre aux normes en vigueur.

Nous proposons un environnement moderne, guérissant, fondé sur les données probantes en design dans le milieu de la santé mentale. Les nouveaux concepts en design remportent beaucoup de succès et nombreux sont ceux qui suivent l'exemple. Plusieurs états des États-Unis, provinces du Canada ainsi que de nombreux pays d'Europe reconstruisent ou rénovent leurs établissements de santé mentale en respectant ces concepts. Plus près de chez nous, le *Centre for Addiction and Mental Health* de Toronto et le *Royal Ottawa Hospital* sont également passés à l'action. Tous s'entendent sur les effets bénéfiques de l'environnement sur le rétablissement et le comportement des patients et le bien-être du personnel.

Notre environnement nous rappelle constamment l'asile, la stigmatisation et la ségrégation dont nous voulons nous défaire pour laisser place au rétablissement et à l'espoir.

Notre projet démontre clairement que de continuer à offrir nos services, de faire de la recherche et d'enseigner dans nos installations actuelles n'est pas une option viable à long terme.

L'Institut Douglas est convaincu que ce projet est financièrement avantageux puisqu'il permet

non seulement d'éliminer les pertes, mais il profitera également à l'ensemble de nos partenaires du réseau de la santé grâce à une capacité accrue et à une fluidité améliorée.

Fondé sur les principes d'environnement guérissant et les valeurs du rétablissement, ce projet constitue un avancement pour la santé mentale au Québec et permettra d'améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.