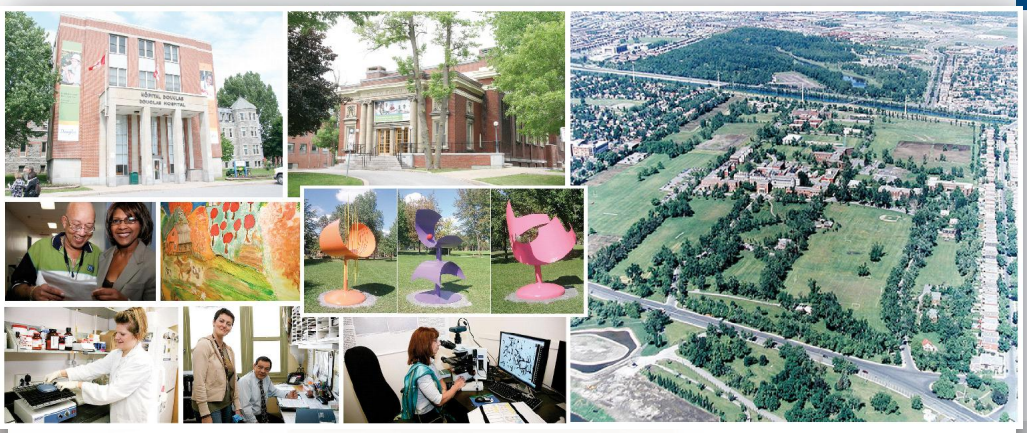
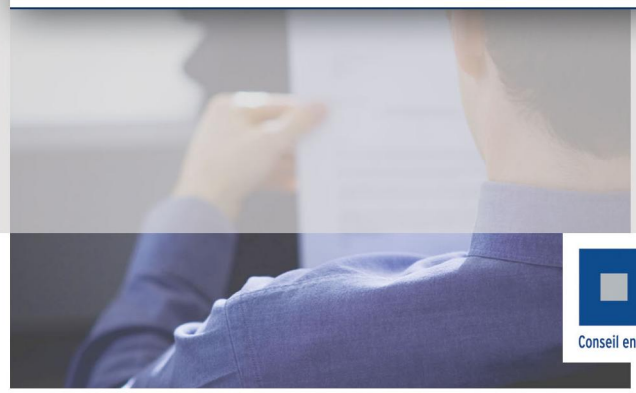


Institut universitaire en santé mentale Douglas

Étude de préfaisabilité

Réflexions des groupes de travail cliniques
Document complémentaire

28 mai 2009



CiM
Conseil en immobilisation & management inc.
CERTIFIÉ ISO 9001

08-1455

Fiche de révision/validation

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

Nº DE RÉVISION/ VALIDATION	DOCUMENT	DATE	PAR	REMARQUES
1.0	Réflexions des groupes de travail cliniques	2009-02-23	France Dumont	Extrait du document initial
2.0	Réflexions des groupes de travail cliniques	2009-03-10	France Dumont Ghislaine Hotte François Sarrasin	Document mis à jour
3.0	Réflexions des groupes de travail cliniques	2009-05-07	France Dumont Ghislaine Hotte Lucie Poitras François Sarrasin	Version finale
4.0	Réflexions des groupes de travail cliniques	2009-05-28	France Dumont Ghislaine Hotte Lucie Poitras François Sarrasin	Version finale avec intégration de modifications de l'Institut

Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont personnellement contribué à mener ces réflexions pour assurer la vision du futur de l'institut universitaire Douglas.

Table des matières

INTRODUCTION 1

1. **Programme de santé mentale pour adultes** 2
   - 1.1 Aperçu général du programme actuel 2
   - 1.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 3
   - 1.3 Évolution clientèle et projections 6
   - 1.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 7
   - 1.5 Tableau synthèse santé mentale pour adultes 9

2. **Programme troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité** 10
   - 2.1 Aperçu général du programme actuel 10
   - 2.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 10
   - 2.3 Évolution clientèle et projections 12
   - 2.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 13
   - 2.5 Tableau synthèse troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité 15

3. Programme de pédopsychiatrie 16
   - 3.1 Aperçu général du programme actuel 16
   - 3.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 16
   - 3.3 Évolution clientèle et projections 18
   - 3.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 19
   - 3.5 Tableau synthèse pédopsychiatrie 21

4. Programme troubles de l'alimentation 22
   - 4.1 Aperçu général du programme actuel 22
   - 4.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 22
   - 4.3 Évolution clientèle et projections 23
   - 4.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 24
   - 4.5 Tableau synthèse troubles de l'alimentation 25

5. **Programme de gérontopsychiatrie** 26
   - 5.1 Aperçu général du programme actuel 26
   - 5.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 26
   - 5.3 Évolution clientèle et projections 28
   - 5.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 29
   - 5.5 Tableau synthèse gérontopsychiatrie 32

6. **Programme troubles psychotiques** 33
   - 6.1 Aperçu général du programme actuel 33
   - 6.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 33

6.3 Évolution clientèle et projections 36
6.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 37
6.5 Tableau synthèse troubles psychotiques 39

7. Programme de déficience intellectuelle avec comorbidités psychiatriques 40
7.1 Aperçu général du programme actuel 40
7.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 40
7.3 Évolution clientèle et projections 41
7.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 43
7.5 Tableau synthèse DI avec comorbidités psychiatriques 44

8. Programme de rétablissement 45
8.1 Aperçu général du programme actuel 45
8.2 Tendances cliniques et enjeux du futur 46
8.3 Évolution clientèle et projections 47
8.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural 48
8.5 Tableau synthèse rétablissement 48
8.6 Partenaires communautaires 48

Annexe I Liste des participants par programme

INTRODUCTION

Le présent document vient compléter l'étude de préfaisabilité de l'Institut universitaire Douglas. Il regroupe les réflexions précieuses issues d'une démarche de consultation auprès des cliniciens et des gestionnaires de chacun des programmes clientèles.

Le but de la démarche a été de dresser un aperçu de chacun des programmes actuels, de réfléchir sur les nouvelles tendances cliniques et sur les enjeux du futur, de prévoir l'évolution de la clientèle, les projections ainsi que les impacts sur les ressources et l'environnement dans le futur. Une synthèse est présentée à la fin de chaque programme.

Il est tout de même clair que les services dispensés par les programmes s'inscrivent dans un continuum de soins et que les différentes activités y sont réalisées dans de nombreux bâtiments. Ce seul état de fait compromet l'actualisation de la vision du futur.

Vous trouverez dans ce document la réflexion des groupes de travail portant sur les programmes suivants :

- santé mentale adulte;
- troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité;
- pédopsychiatrie;
- troubles de l'alimentation;
- gérontopsychiatrie;
- troubles psychotiques;
- déficience intellectuelle avec comorbidités psychiatriques;
- programme de rétablissement;
- partenaires communautaires.

La liste des participants est jointe en annexe.

1. PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE POUR ADULTES

1.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme de santé mentale offre des services ambulatoires et d'hospitalisation : urgence, unité d'intervention brève (UIB), soins intensifs, module d'évaluation liaison (MEL), module d'intervention rapide (MIR), hôpital de jour, cliniques externes, et des services d'hospitalisation.

Les services d'urgence (six civières) et d'UIB (huit lits) accueillent les personnes aux prises avec un problème de santé mentale aigu pour lequel une intervention immédiate et structurée réduit la nécessité d'une hospitalisation prolongée.

Le MEL vise l'amélioration de l'accessibilité des services spécialisés et surspécialisés, la réduction du délai d'attente et l'optimisation de l'utilisation des ressources internes et externes de la clientèle.

Le MIR vise aussi à améliorer l'accès par une intervention rapide de durée limitée. La clientèle a d'abord été accueillie à l'urgence ou au MEL et présente un état de santé jugé précaire, mais insuffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation.

Les interventions de l'équipe sont rapides et à intervalles rapprochés. Le but est la stabilisation de la situation et l'évitement de l'hospitalisation.

Deux hôpitaux de jour offrent des activités thérapeutiques de groupe. Les interventions visent à prévenir ou raccourcir l'hospitalisation.

Les cliniques externes offrent des activités d'évaluation, de traitement, de soutien, et des thérapies de groupe. Plusieurs sites (cinq) permettent à la clientèle de recevoir les services à proximité de son domicile.

L'unité d'admission de courte durée (30 lits : 26 + quatre débordement) reçoit une clientèle pour laquelle une hospitalisation est requise et l'unité de soins intensifs (huit lits) accueille les patients nécessitant un environnement hautement structuré.

1.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

D'entrée de jeux, les cliniciens rencontrés mentionnent certains facteurs influençant les tendances cliniques.

- La démystification de la santé mentale dans la population :
  - meilleure connaissance;
  - augmentation de la médiatisation et accès à l'information (internet);
  - constat, par la population, que tant les femmes que les hommes sont visés.
- L'impact de la population d'immigrants logés dans l'ouest de l'île en fonction de la langue anglaise.
- L'augmentation des problèmes de santé multiples, tel les problèmes de santé mentale associés aux problèmes de toxicomanie, de dépendance, de problèmes physiques ou encore en lien avec les aspects juridiques.
- L'augmentation de la dépression dans la population globale, la faisant passer comme première cause de problèmes de santé à l'avenir (avant les maladies cardiaques).
- L'augmentation des premières psychoses hospitalisées.
- L'augmentation de la médicalisation comme traitement.
- Le développement du volet prévention.
- Le développement de l'expertise de pointe de l'Institut Douglas.
- L'impact de la désectorisation permettant au patient de choisir son lieu de traitement.

Ces facteurs d'influence ont des impacts sur les programmes de soins. Quelques changements sont prévus au niveau de l'accueil de la clientèle et dans tous les centres d'activité.

ACCUEIL

Globalement, des changements majeurs sont prévus pour faciliter l'accueil de la clientèle. Un transfert des intervenants vers les CSSS est en évolution afin d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne. Un filtre de pertinence pour le tri de la clientèle et un support aux médecins de famille de la communauté sont prévus.

Le rôle du psychiatre-répondant prend tout sens. Celui-ci supporte le médecin de famille, lequel poursuit le traitement avec son patient plutôt que de le transférer au psychiatre à l'Institut.

UNITÉ D'ADMISSION

L'unité d'admission de 26 lits est complètement transférée au programme troubles de l'humeur, de l'anxiété et d'impulsivité (THAI).

UNITÉ D'INTERVENTION BRÈVE

L'équipe de l'UIB a pour principe de retourner le patient le plus rapidement possible dans son milieu et a un rôle de filtre pour l'hospitalisation dans les différents programmes.

Le temps visé de séjour est de 96 heures. La modalité de soins pourrait changer au profit d'un modèle où le patient continue ses activités de la vie quotidienne (AVQ) en milieu hospitalier et prend lui-même sa médication moyennant un système de supervision approprié par le personnel soignant. Ceci lui permettrait de maintenir ses acquis et faciliterait le retour dans son milieu.

L'unité d'intervention brève est maintenue dans le futur avec le même nombre de lits (huit).

SOINS INTENSIFS

L'unité de soins intensifs vise à offrir des services à la clientèle nécessitant un environnement hautement sécuritaire. Clientèle potentiellement dangereuse pour elle-même ou pour les autres et clientèle avec problèmes subaigus nécessitant un environnement protégé.

La durée moyenne de séjour cible est de 15 jours. Elle est actuellement de 20 jours. L'unité de soins intensifs est maintenue dans le futur avec le même nombre de lits (huit).

MODULE D'ÉVALUATION LIAISON (MEL)

Au niveau du MEL, le travail va évoluer vers une augmentation des interventions auprès des intervenants de la première ligne plutôt qu'auprès de la clientèle directement. Depuis trois ans, le MEL traite plus de 1500 requêtes par année pour lesquelles 900 évaluations psychiatriques sont nécessaires. Les activités MEL vont diminuer de façon importante suite à la mise en place du guichet d'accès et du transfert des activités vers la première ligne, les CSSS et les cabinets privés. Il aura un rôle de priorisation, d'évaluation professionnelle, d'évaluation psychiatrique et d'orientation de traitement.

MODULE D'INTERVENTION RAPIDE (MIR)

Le développement du MIR depuis septembre 2007 a permis d'augmenter l'accessibilité de la clientèle aux services et de prévenir ou retarder une hospitalisation. La mise en place du MIR a un impact de réduction des clientèles aux cliniques externes.

CLINIQUES EXTERNES

Il y aura transfert complet des activités de cliniques externes du programme de santé mentale vers le programme THAI. Il pourrait également avoir un impact d'augmentation de la clientèle des cliniques externes du programme des troubles psychotiques.

HÔPITAL DE JOUR

À l'hôpital de jour, la modalité d'accueil à raison de cinq jours par semaine est révisée. En ce sens, les intervenants envisagent des présences de deux à cinq fois par semaine permettant au patient de venir chercher une expertise pointue sans compromettre son fonctionnement habituel global (travail). La diminution du séjour permettra d'augmenter l'accessibilité.

Les activités actuellement regroupées dans deux hôpitaux de jour seront scindées sous peu entre les programmes de santé mentale adultes et le programme THAI.

URGENCE ET PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

L'urgence est le reflet de la mise en place des autres alternatives dans le milieu. Si le milieu communautaire et la première ligne sont suffisamment développés, le nombre de visites à l'urgence va diminuer. Cette réalité pourrait prendre un certain temps à se concrétiser, notamment par les habitudes de la clientèle qui s'attend à une admission plutôt qu'un accompagnement dans son milieu.

L'urgence devrait recevoir les cas très complexes, dits « non gérables » par les autres services du continuum. Le nombre de civières devrait demeurer à six dans un premier temps et diminuer suite à la prise en charge de la clientèle de première ligne par les CSSS et la communauté. L'urgence, dans l'avenir, offre des services de deuxième plutôt que de première ligne.

L'urgence joue un rôle d'orientation de la clientèle vers les services mieux adaptés à leur situation dans la première ligne. Il devrait y avoir très peu de clientèle de première ligne à l'urgence. Les cliniciens parlent même de clientèle en ambulance seulement.

Les diagnostics à la hausse dans l'avenir sont les troubles de la personnalité, la dépression et les abus de substances.

SERVICES DE POINTE

Les services de pointe du programme de santé mentale adultes sont les soins intensifs, l'unité d'intervention brève, l'urgence, le MEL et le MIR.

ENSEIGNEMENT

L'enseignement prendra de plus en plus d'importance : formation d'autres intervenants dans la communauté, partage de formation avec d'autres hôpitaux, formations croisées avec une multitude de partenaires, élaboration de programmes de formation, personnalisation de la formation, formation à distance.

RECHERCHE

La proximité des chercheurs avec les programmes est essentielle. Il serait entre autres plus facile de développer des projets communs si les chercheurs et les cliniciens étaient proches les uns des autres. La transmission d'informations, les rencontres informelles, une intégration plus facile de la recherche et des aspects cliniques seraient ainsi favorisées.

1.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme de santé mentale adultes, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- Pratiquement la totalité des clients est âgée entre 25 et 64 ans, cette population devrait augmenter d'environ 5 % d'ici 2015.
- On observe aussi que 55 % des clients sont âgés de 35 à 54 ans, cette population est stable d'ici 2015.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Mouvement vers le programme THAI d'une partie des volumes.
- En courte durée, le programme conserve l'unité brève, les soins intensifs et transfère les autres volumes vers le programme THAI.
- En hôpital de jour, transfert de volume vers le programme THAI.

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

- Certaines études notent une augmentation de l'incidence par âge (surtout chez les personnes âgées) au niveau des troubles de la personnalité, des dépressions et des psychoses.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS SANTÉ MENTALE POUR ADULTES

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
Courte durée UIB SI)	636	332	-48 %
Hôpital de jour	225	100	-56 %
Cliniques externes (MA)	3 701	0	n.d.
Urgence 2006-2007	4 083	4 226	4 %
TOTAL du programme	8 646	4 658	-46 %
Nombre de lits CD – actuel :			42
Nombre CD –projeté 2015 :			16

* Données clientèle à partir des données de l'établissement.
** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.

EN RÉSUMÉ

- Transfert de volumes vers le programme THAI en courte durée, en hôpital de jour et cliniques externes.
- En courte durée, le programme conserve les huit lits de l'unité brève et les huit lits des soins intensifs.

1.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

URGENCE

Dans l'avenir, l'urgence devrait accueillir des patients de deuxième ligne à la suite de la mise en place d'alternatives dans le milieu. Il n'y aurait plus de clientèle ambulatoire. Dans cette optique, l'urgence sera un lieu de triage en deuxième ligne afin de déterminer l'endroit où référer le patient : à l'unité d'intervention brève, aux soins intensifs, sur une unité de soins ou autres services appropriés.

L'urgence devra être très près de l'unité de soins intensifs, sur le même étage afin de faciliter les transferts : le transport dans un ascenseur n'est en effet pas souhaitable en raison du type de patients. La proximité à l'unité d'admission est aussi de mise.

Des espaces pour les rencontres familiales, les ressources communautaires et autres partenaires du réseau devront être envisagés.

Par ailleurs, un débarcadère doit être planifié ainsi que des cases de stationnements non payantes utilisées temporairement par les accompagnateurs du patient le temps de le déposer à l'urgence.

UNITÉ D'INTERVENTION BRÈVE (UIB)

L'UIB devra se trouver tout près de l'urgence. Il demeure primordial de conserver le caractère distinct de ces deux services.

Les installations suivantes sont à prévoir :

- chambres simples;
- beaucoup de bureaux d'entrevue;
- salle de rencontre pour les familles;
- espaces de jour pour la clientèle, tels que salon, salle à manger, etc.;
- les évaluations systématisées seront disponibles électroniquement. Les patients font de l'auto-évaluation. Les infrastructures requises devront être prévues;
- des armoires à médicaments doivent être prévues dans les chambres des patients afin de permettre l'automédication, lorsqu'applicable.

SOINS INTENSIFS

L'aménagement devra considérer le développement et la gestion de clientèles à risques.

MODULE D'ÉVALUATION LIAISON (MEL)

Dans 10 ou 15 ans, les besoins en espace du MEL diminueront significativement conséquemment à la mise en place du guichet d'accès et du transfert des activités vers la première ligne, les CSSS et les cabinets privés.

HÔPITAL DE JOUR SANTÉ MENTALE ADULTES

L'hôpital de jour sera dans le voisinage de l'unité de soins, près des cliniques externes. Il aurait aussi avantage à être près du l'UIB car cela améliorerait la flexibilité. Par exemple, certains patients de l'UIB pourraient s'intégrer à des groupes de l'hôpital de jour.

ENSEIGNEMENT

L'Institut Douglas pourrait devenir un leader dans ce domaine en offrant des salles bien équipées, en nombre et de dimensions suffisants. Ceci constituerait un facteur attractif. Des activités en partenariat pourraient être réalisées.

EN RÉSUMÉ

- Continuité des soins, fluidité et facilité d'accès en regroupant les éléments d'un même programme. Par exemple, pour le programme de santé mentale adultes, regroupement de l'urgence, de l'UIB, des soins intensifs, de l'hôpital de jour, du MEL et du MIR.
- Intégration d'espaces pour la recherche et l'enseignement dans chacun des programmes.
- Concept « maison – voisinage - centre-ville », allant du milieu le plus fermé au milieu le plus ouvert vers les zones communes, de façon à préparer le patient à la réinsertion sociale et à participer à la diminution des durées de séjour.
- Enfin, on peut rappeler l'importance de prévoir des espaces qui assurent la sécurité des patients et du personnel soignant. Une bonne visibilité des locaux, des matériaux de construction et des finis résistants ainsi qu'un bon système de contrôle des accès entre les différentes zones sont des éléments essentiels dans la planification des locaux pour les services de santé mentale.

1.5 Tableau synthèse santé mentale pour adultes

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Unité d'admission Unité intervention brève Soins intensifs	26 lits 8 lits 8 lits	0 lit 8 lits 8 lits	Transfert dans le programme THAI.
Module évaluation/liaison Module évaluation rapide	1500 requêtes/ 900 éval.	↓ 50 % Maintien	Impact du guichet d'accès et du transfert d'activités en 1re ligne. Permet de ↓ volume aux cliniques externes.
Hôpitaux de jour	2	1	Transfert un hôpital de jour (THAI) : – ↓ séjour (5 à 3 jours); – ↓ accessibilité.
Cliniques externes	Oui	Non	Transfert complet au programme THAI. Impact de volume probable dans le programme Troubles psychotiques.
Urgence	6 civières	6 civières	↑ clientèle de 2e ligne. ↓ clientèle de 1re ligne.

2. PROGRAMME TROUBLES DE L'HUMEUR, D'ANXIÉTÉ ET D'IMPULSIVITÉ

2.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI) est reconnu pour ses activités surspécialisées pour la clientèle souffrant de troubles bipolaires, de la personnalité, d'anxiété, de dépression majeure et qui présente des risques suicidaires. La recherche et l'enseignement sont intégrés dans le programme. De plus, le programme offre de la formation et répond à des consultations auprès de ses partenaires.

Les activités du programme regroupent quatre cliniques externes décrites ci-dessous. Les deux premières ont accès à des lits d'hospitalisation du programme de santé mentale adultes au besoin.

Le programme de **troubles bipolaires** offre des services d'évaluation, de traitement, d'hospitalisation et de suivi à la clientèle adulte âgée de 18 à 65 ans. Des groupes de psychoéducation et des thérapies sont également offerts.

Le programme des **troubles dépressifs et suicidaires** vise la jeune clientèle en lien avec le programme de pédopsychiatrie et la clientèle adulte souffrant de dépression majeure. L'équipe offre des services d'évaluation, de traitement, d'hospitalisation, de suivi et de soutien aux familles.

La clinique des **troubles d'anxiété** se spécialise dans le traitement des troubles d'anxiété. Elle offre des services externes spécialisés individuellement ou en groupe. Elle soutient également les médecins de famille par des services de consultation.

La clinique des **troubles de la personnalité** accueille les personnes souffrant de troubles de la personnalité relativement graves. L'approche psychodynamique de groupe d'une durée de trois ans est utilisée.

2.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

Le programme THAI poursuit ses activités dans un continuum complet. Il accompagne les partenaires de la communauté et des CSSS par de la formation et rend accessibles ses experts par de la consultation aux intervenants.

COURTE DURÉE

Le programme intègre dans son programme la totalité de l'unité d'admission de courte durée de 26 lits, lesquels étaient sous le programme de santé mentale adultes. La philosophie de traitement en CH est de prévoir un début et une fin dès l'admission plutôt que de garder le patient pendant de longues périodes. Il y aura davantage d'outils d'évaluation, une planification du congé vers la communauté. La durée moyenne de séjour

en hospitalisation devrait diminuer d'environ quatre jours, soit de 20 jours à 15-16 jours. Le nombre de lits devrait diminuer à 19.

Cliniquement, la clientèle hospitalisée comprendra les cas réfractaires ou très complexes, les autres clients seront dirigés vers la première ligne. Les thérapies cognitives comportementales et psychoéducatives auront toujours leur place et l'entretien motivationnel va évoluer vers une prise en charge par le patient de sa situation.

Le volet de la clientèle en lien avec le tribunal administratif va demeurer. Il est difficile de dire si celui-ci va être potentiellement à la hausse en raison de la nouvelle nomenclature permettant au client du tribunal de décider à l'intérieur de 48 heures s'il désire une évaluation psychiatrique.

CLINIQUES EXTERNES

Le programme conserve les cliniques actuelles et reçoit toutes les cliniques externes du programme de santé mentale adultes. Certains volumes de ces cliniques pourraient se retrouver dans le programme des troubles psychotiques.

Les clientèles de la clinique externe de Verdun sont à rapatrier sur le site Douglas. Elles relèvent déjà du programme. La clientèle consulte pour troubles de la personnalité et de l'anxiété. Le rapatriement se fera au Pavillon Newman et est prévu en septembre 2009.

Le développement de la vision psychoéducative et de la psychoéducation pour les troubles de la personnalité sont en cours. L'objectif de ces thérapies est d'offrir une thérapie limitée dans le temps. Actuellement, la cible est à deux ans pour les troubles bipolaires et trois ans pour les troubles de la personnalité. Cette nouvelle mesure permettra une plus grande accessibilité et aura un impact sur les ressources qui auront plus de nouveaux cas dans un même espace-temps.

HÔPITAL DE JOUR

Le programme THAI n'avait pas d'hôpital de jour et le programme de santé mentale adultes en avait deux. Dans un futur proche, soit au printemps 2009, chacun des programmes aura un hôpital de jour.

ENSEIGNEMENT

Intégration de l'enseignement à la clinique et présence de stagiaires de différents milieux en vue de développer de nouvelles pratiques basées sur l'échange des connaissances.

RECHERCHE

Ce programme comprend un volet recherche développé et prendra de plus en plus de place dans ce programme.

- Recherche pour tous les services du programme. À titre d'exemple, recherche psychosociale pour les troubles de la personnalité.
- Laboratoires de recherche pour tous les services. À titre d'exemples, recherche auprès de la clientèle de troubles bipolaires et de troubles dépressifs.

L'intégration de la recherche à la clinique et une présence sur place sont des aspects essentiels à l'intégration des données probantes dans la clinique.

SERVICES DE POINTE

Les services de pointe comprennent :

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

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

2.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- Pratiquement la totalité des clients est âgée entre 20 et 64 ans, cette population devrait augmenter d'environ 5 % d'ici 2015.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Intégration d'activités de courte durée de santé mentale adultes.
- Augmentation de volume aux cliniques THAI.
- Intégration de volumes des cliniques externes de santé mentale adultes (50 % vers THAI et 50 % transfert partenaires).
- Création d'un hôpital de jour à partir d'une partie des activités de l'hôpital de jour en santé mentale adultes.

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

- Bien que ce soit souvent fragmentaire, certaines études apportent des résultats qui tendent à démontrer la croissance de l'incidence de la maladie par âge.
- Les variations de l'incidence par âge seraient surtout notées au niveau des troubles d'anxiété et des troubles de la personnalité.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS TROUBLES DE L'HUMEUR, D'ANXIÉTÉ ET D'IMPULSIVITÉ

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
◉ Courte durée (SMA)	0	196	n.d.
◉ Cliniques externes (THAI)	1 007	1 114	11 %
◉ Cliniques externes (SMA)	0	1 850	n.d.
◉ Hôpital de jour	0	87	n.d.
TOTAL du programme	1 007	3 247	222 %
Nombre de lits CD – actuel :			0
Nombre de lits CD – projeté 2015 :			19
* Données clientèle à partir des données de l'établissement. ** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.			

EN RÉSUMÉ

- Intégration d'une partie des activités du programme de santé mentale : courte durée et cliniques externes.
- Plus de services offerts : ajout d'un hôpital de jour.

2.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

COURTE DURÉE (19 LITS)

Tel que mentionné précédemment, l'unité de courte durée du programme de santé mentale sera transférée au programme THAI à l'hiver 2009.

L'unité de soins sera comme une unité d'admission. Elle devra être proche de l'hôpital de jour du programme et de l'urgence.

Plusieurs facteurs militent en faveur des chambres simples : respect de l'intimité et de l'identité du patient, respect de la confidentialité, intégration plus facile d'un espace pour la famille, diminution des risques de propagation des infections.

Il sera important de prévoir des espaces pour la famille et les proches sur l'unité de soins.

Il y aura moins de clientèle long terme, mais il en restera tout de même et, en ce sens, un milieu d'hébergement et des soins adaptés pour eux devra être prévu.

CLINIQUES EXTERNES

Les cliniques externes initiales du programme THAI, auxquelles s'ajoute une partie de celles du programme de santé mentale adultes, seront rapatriées et regroupées sur le site

de l'Institut afin de consolider la prestation de soins spécialisée et de favoriser l'intégration de la recherche et de l'enseignement.

Il faut prévoir suffisamment de salles de groupe, de salles avec miroirs d'observation, de laboratoires de recherche ainsi que des salles de luminothérapie et des salles multisensorielles (Snoezelen).

Pour les cliniques externes de la première ligne, il est souhaitable de prévoir, lorsque possible, les activités des différents services du programme à même des infrastructures desservant l'ensemble de la communauté locale. Ceci permet d'aider les gens à démystifier la maladie et les préjugés afin d'intégrer les patients psychiatriques dans leur milieu social naturel avec le soutien de la communauté.

Une mobilité des intervenants de la troisième ligne vers la première ligne est essentielle pour assurer le transfert de la connaissance générée par la recherche. Par ailleurs, l'expérience des intervenants dans la communauté doit aussi être transmise aux intervenants de deuxième et troisième lignes afin de mieux les sensibiliser aux défis vécus par les patients lors de leur réintégration sociale.

HÔPITAL DE JOUR (16 À 18 PLACES)

L'hôpital de jour sera dans le voisinage de l'unité de soins, près des cliniques externes afin de permettre le continuum de soins. D'une part, cette proximité permet aux intervenants de travailler de façon complémentaire et interactive pour mieux répondre aux besoins des clients. D'autre part, la proximité physique permet à des patients internes d'une unité de soins de participer à des activités du centre de jour, facilitant ainsi une transition progressive vers l'autonomie et la réintégration sociale adaptée à l'évolution individuelle de chacun des patients.

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Les locaux d'enseignement et de recherche doivent être intégrés à même les différentes activités du programme et prévus en nombre suffisant.

L'aménagement de ces locaux ainsi que de tous les locaux du programme doit permettre la flexibilité pour s'adapter à l'évolution continuelle des besoins du programme.

AUTRES BESOINS

Il est important de prévoir des espaces extérieurs sécurisés, accessibles par la clientèle du programme, notamment pour l'unité de soins de courte durée et l'hôpital de jour.

Par ailleurs, tous les locaux doivent pouvoir accueillir des postes informatiques. Des ordinateurs mobiles sont aussi à prévoir pour permettre la consultation des dossiers et des résultats électroniques et de favoriser l'intégration des données cliniques directement dans les systèmes informatiques.

2.5 Tableau synthèse troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Unité d'admission	0 lit	19 lits	Ajout unité d'admission en provenance du programme de Santé mentale adultes (SMA). Passage de 26 à 19 lits : – transferts + rapide communauté; – ↓ durée moyenne de séjour (20 à 16 jours).
Hôpital de jour	Non	Oui	Intégration nouveau service, ajout d'un hôpital de jour en provenance du progr. SMA.
Cliniques externes	Oui	Oui	Ajout des cliniques externes en provenance du progr. SMA.

3. PROGRAMME DE PÉDOPSYCHIATRIE

3.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme de pédopsychiatrie offre une gamme complète de services spécialisés bilingues aux enfants souffrant de problèmes psychiatriques suite à une référence médicale. Les activités du programme sont regroupées selon trois catégories d'âge : la petite enfance, les préadolescents et les adolescents. À cela s'ajoutent des services d'orthophonie, de thérapie par l'art et de thérapie par la musique.

Les services à la petite enfance (0-5 ans) incluent une clinique externe, une clinique parent-enfant et une clinique de diagnostic des troubles envahissants du développement. Les services aux préadolescents (6-12 ans) se composent de cliniques externes et du programme des troubles graves du comportement, qui incluent un hôpital de jour, une clinique externe et une clinique des troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Enfin, les services aux adolescents (13-17 ans) se composent d'une clinique externe, d'une clinique des troubles dépressifs ainsi que du programme d'intervention intensive qui regroupe une unité de soins de 15 lits, un hôpital de jour et une clinique externe.

Les professionnels des services aux adolescents offrent également des services de pointe aux adolescents dans le cadre du Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP) faisant partie du programme des troubles psychotiques.

3.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

De manière générale, la clientèle de pédopsychiatrie est accueillie dans des espaces éloignés des adultes. Le croisement des deux clientèles est néfaste pour les enfants qui sont effrayés lorsqu'ils voient les adultes et ont peur de devenir comme eux à l'âge adulte. Cet éloignement doit demeurer pour une meilleure portée thérapeutique et pour la sécurité des enfants.

Le programme de pédopsychiatrie offre majoritairement des services ambulatoires (95 %). Le cinq pour cent nécessitant une hospitalisation peut bénéficier d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. Ci-dessous, les principaux services offerts et la vision des cliniciens dans le futur.

COURTE DURÉE

L'unité d'admission accueille la clientèle adolescente ayant des problèmes psychiatriques sévères incluant la clientèle avec troubles de l'alimentation, psychose et dépression majeure lorsque le suivi en ambulatoire ne répond plus aux services requis par le client. Elle admet également la clientèle référée par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ, pour laquelle le séjour est imposé et la clientèle du réseau et du RUIS McGill. L'objectif en hospitalisation est la stabilisation et le retour dans la communauté le plus rapidement possible. Ceci devrait impacter les lits à la baisse et passer de 15 à 12 lits d'utilisation.

HÔPITAUX DE JOUR

Il y a deux hôpitaux de jour :

- un pour les préadolescents : troubles disruptifs sévères. Service existant depuis 1988 (25-28 places);
- un pour les adolescents : service débuté en 2004 (15-16 places).

Tous les cas sont très difficiles, sévères ou récalcitrants. Ces ressources demeurent dans le futur.

Il y a de plus en plus de références pour tous les troubles sévères. Ce service est essentiel pour la clientèle, car il permet le traitement sans retirer les jeunes de leur milieu familial. Une équipe multidisciplinaire est mise à profit, les perspectives de tous étant requises pour une meilleure évaluation et un meilleur traitement.

Actuellement, la clientèle est suivie pendant un an. L'objectif ciblé est de réduire cette durée à six mois. Cet objectif pourrait être compromis du fait qu'en même temps que l'on revoit le fonctionnement pour réduire le séjour, la clientèle accueillie nécessite des soins plus complexes (comorbidité).

CLINIQUES EXTERNES

Les cliniques externes offrent des services à tous les groupes : petite enfance, préadolescence, adolescence. Ce ne sont pas des cliniques distinctes. Ces cliniques servent aux évaluations rapides et à la stabilisation médicamenteuse. Il y a un grand taux de roulement. Les cliniciens ciblent 15 visites par patient dans l'avenir, la moyenne actuelle est plus élevée. La réduction du nombre de visites sera transitionnelle puisqu'elle dépend de la mise en place de services dans la communauté et en première ligne par les CSSS.

Les intervenants de l'Institut Douglas s'assureront de la formation des intervenants des CSSS selon les besoins.

En sus des cliniques externes pour tous âges, il y a trois cliniques surspécialisées :

- troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH);
- troubles envahissants du développement (TED);
- dépression.

Le rôle des cliniques surspécialisées est le diagnostic, la stabilisation et le retour dans la communauté.

La clinique de TDAH supporte à l'occasion de la clientèle adulte faute de ressources suffisantes dans le réseau. De plus, il est fréquent que les enfants avec un diagnostic de TDAH soient nés de parents ayant la même problématique. Une transition doit être planifiée pour la prise en charge de la clientèle à 18 ans.

Les cliniques surspécialisées bénéficient de liens étroits entre la clinique, l'enseignement et la recherche. De plus en plus, les intervenants développent une polyvalence de rôle et assument les trois. Ces cliniques demeurent dans le futur.

Globalement, la vision pour les cliniques externes régulières et les cliniques surspécialisées est à l'effet qu'il serait souhaitable que celles-ci soient localisées en un seul endroit, plutôt que dans les trois places différentes du modèle actuel.

ENSEIGNEMENT

Il y a beaucoup de formation. Les stagiaires sont de toutes les disciplines, soins infirmiers, services sociaux, psychologie, ergothérapie, internes et résidents, etc.

Les intervenants sont impliqués dans la formation des partenaires de la communauté (CSSS, écoles, Centres jeunesse Batshaw, CRDI, etc.).

RECHERCHE

La recherche évaluative est intégrée aux hôpitaux de jour, aux cliniques externes et aux cliniques surspécialisées. Il y a beaucoup d'étudiants.

SERVICES DE POINTE

Les services de pointe sont le TDAH, les troubles disruptifs et la dépression.

Il y a des liens étroits avec la recherche et les services adultes. À titre d'exemple, pour les premiers épisodes de psychose et les troubles de l'alimentation.

Des impacts sont attendus en fonction des évolutions technologiques tels la neuro-imagerie, les laboratoires et la génétique.

3.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme de pédopsychiatrie, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- D'ici 2015, on prévoit que le nombre de personnes âgées de moins de 18 ans devrait croître d'environ 2 % dans la sous-région et être stable ailleurs dans le grand territoire du RUIS McGill.
- On observe aussi qu'à l'intérieur de ce groupe d'âge, les populations de moins de 12 ans seraient en diminution et les 12-17 ans en croissance.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Changement dans les modes de prises en charge en cliniques externes, diminution du nombre de visites par usager.
- Impacts de la diminution de l'offre de services au CUSM au cours des dernières années, relativement stabilisée depuis.

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

§ Pas d'indicateurs de changement dans l'incidence mesurée par âge. Les taux de besoins par âge sont relativement stables, seuls les volumes démographiques et les profils d'âges changent.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS PÉDOPSYCHIATRIE

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
Courte durée	67	67	0 %
Cliniques externes	1283	1326	3 %
Hôpital de jour	102	102	0 %
TOTAL du programme	1452	1495	3 %
Nombre de lits CD – actuel :			15
Nombre de lits CD – projeté 2015 :			12

* Données clientèle à partir des données de l'établissement.
** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.

EN RÉSUMÉ

§ Variation de 3 % d'ici 2015.

§ Augmentation de la capacité de prise en charge aux cliniques externes.

3.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

Tel que mentionné précédemment, il est primordial de s'assurer qu'aucun croisement n'est possible entre la clientèle de pédopsychiatrie et la clientèle adulte des autres programmes de l'Institut.

Cela dit, une proximité aux services communs et au plateau technique est souhaitable – tels les laboratoires cliniques, l'imagerie médicale, le gymnase et les services alimentaires – afin de faciliter les déplacements de la clientèle et des employés. On pourrait ainsi envisager de rapprocher les installations du programme de pédopsychiatrie des autres services de l'hôpital à la condition de restreindre le lien physique à un accès étroitement contrôlé. Cet accès peut prendre la forme d'une porte vitrée, barrée, localisée à proximité d'un poste de contrôle. Ceci permettra aux responsables du programme de voir qui est de l'autre côté de la porte et de décider de lui empêcher ou de lui permettre l'accès. Il est important que cet accès soit localisé dans une zone où il n'y a pas de circulation de clientèle, autant adulte que pédopsychiatrique, éliminant les risques de croisement visuel de ces deux clientèles.

L'accès au gymnase et à la piscine est essentiel puisqu'il fait partie intégrante des activités thérapeutiques du programme. Des heures sont réservées à la clientèle pédopsychiatrique pour s'assurer qu'aucun croisement n'est possible avec la clientèle

adulte. La gestion des horaires doit être minutieusement planifiée et doit prévoir suffisamment de temps avant et après l'horaire prévu pour l'activité sportive afin de permettre la libération des vestiaires de tout adulte, incluant les employés de l'institut.

Actuellement, deux cours extérieures sécurisées sont disponibles, une pour les enfants et une pour les adolescents. Dans le futur, ces deux cours distinctes doivent être maintenues. La cour des enfants sera ainsi aménagée avec des jeux adaptés à leurs âges. Celle pour les adolescents aura des dimensions assez larges pour pouvoir courir, jouer au baseball, basketball, etc.

L'école est actuellement une entité physique distincte séparée des hôpitaux de jour et de l'unité de courte durée. Cette séparation est essentielle afin de permettre aux jeunes de se consacrer complètement à l'activité scolaire et de comprendre que le volet thérapeutique se passe à l'hôpital de jour et non à l'école.

Les locaux de l'hôpital de jour pour adolescents sont exigus et leur superficie doit être révisée à la hausse dans un nouvel aménagement futur. Des fonctions additionnelles sont également à prévoir pour répondre adéquatement aux besoins cliniques du programme. On peut nommer à titre d'exemple la salle de relaxation ou de répit qui doit être planifiée avec un mur vitré sur le corridor, une cuisine suffisamment grande pour accommoder de 10 à 15 personnes, des bureaux et salles de traitement pour les différents intervenants et pour les rencontres avec les patients et leurs familles ainsi que des locaux de stagiaires.

Au même titre, il faut prévoir des locaux spécialisés pour les cliniques externes en nombre et superficie suffisants telles les salles d'évaluation psychologiques avec miroir d'observation pour les enfants qui ont des déficits d'attention, les salles de jeu, les salles de thérapie familiale, les bureaux des intervenants, les locaux de stagiaires et d'enseignement ainsi que les locaux de recherche clinique.

Les locaux de thérapie par l'art, de thérapie par la musique, d'orthophonie et d'ergothérapie sont partagés par les différentes activités du programme de pédopsychiatrie et doivent avoir une localisation centrale.

On retrouve actuellement environ quatre à cinq salles d'observations dans le service. Ce nombre doit être augmenté à 10 salles dans le futur.

Enfin, il faut prévoir une salle de visioconférence pour des interactions avec les partenaires du réseau ainsi que pour les besoins d'enseignement et de recherche. Des salles multisensorielles (snoezelen) doivent également être planifiées.

Il est à noter qu'il n'y pas d'urgence pédopsychiatrique actuellement à l'hôpital Douglas et qu'on n'en prévoit pas pour le futur.

LIENS DE PROXIMITÉ ET LOCALISATION DES DIFFÉRENTS SERVICES

Les liens de proximités peuvent se résumer comme suit :

- les services communs et le plateau technique de l'Hôpital Douglas doivent être planifiés dans une localisation centrale entre les espaces des programmes dédiés à la clientèle adulte et ceux dédiés à pédopsychiatrie permettant ainsi de créer une barrière physique naturelle entre la clientèle pédopsychiatrique et la clientèle adulte. Un accès barré et contrôlé doit être prévu entre les locaux communs et les espaces du programme de pédopsychiatrie;
- les cliniques externes de pédopsychiatrie seront localisées le plus proche des services communs de l'hôpital créant ainsi une zone tampon et éloignant davantage les hôpitaux de jour, l'école et l'unité de soins de courte durée de la zone des programmes aux adultes;
- les deux hôpitaux de jour seront en lien direct avec les cliniques externes de pédopsychiatrie d'un côté et à proximité de l'école de l'autre côté;
- à proximité de l'hôpital de jour pour les adolescents, on retrouve l'unité de soins de courte durée et la cour extérieure pour les adolescents;
- à proximité de l'hôpital de jour pour les préadolescents, on retrouve la clinique externe de troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et la cour extérieure pour les préadolescents;
- la clinique externe de troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) doit par ailleurs être proche des autres clinques externes du programme de pédopsychiatrie.

3.5 Tableau synthèse pédopsychiatrie

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Unité de soins	15 lits	12 lits	Retour plus rapide dans la communauté.
Hôpitaux de jour	2	2	↑ accessibilité par réduction du séjour planifié (un an vers six mois).
Cliniques externes tous âges	Oui	Oui	Objectif de ↓ nombre visites/patient. Transfert 1re ligne permet de faire face à la démographie.
Cliniques externes surspécialisées	Oui	Oui	Poursuite des activités.

4. PROGRAMME TROUBLES DE L'ALIMENTATION

4.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme offre des services internes et externes aux personnes qui souffrent des troubles de l'alimentation. Il est le plus important au Québec à offrir des soins surspécialisés aux adultes souffrant des troubles du type anorexie nerveuse ou boulimie. Il est reconnu régionalement pour la qualité de ses services et de ses programmes d'enseignement, et au plan international pour ses activités de recherche.

Le programme est composé d'une unité d'hospitalisation (six lits), d'un hôpital de jour et d'une clinique externe. L'équipe offre des services de consultation à ses différents partenaires et agit comme centre d'expertise et d'information régional pour les troubles de l'alimentation.

Le programme intègre les soins cliniques, l'enseignement et la recherche, et est en lien avec l'axe de recherche sur les troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité.

4.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

La clientèle de ce programme est presque exclusivement ambulatoire (94 %) et à 6 % en hospitalisation. La clientèle est âgée de 18 ans et plus. Plus de 90 % d'entre eux ont moins de 45 ans.

COURTE DURÉE

Actuellement, il y a six lits de courte durée réservés exclusivement à la clientèle des troubles de l'alimentation. La durée moyenne de séjour est de 12 semaines d'hospitalisation. Le nombre de lits pourrait passer de six à quatre à moins que l'accessibilité à la clientèle dès 16 ans soit envisagée.

De plus, dans le futur il devrait y avoir des places d'hébergement à proximité pour les familles de région éloignée accompagnant un patient.

HÔPITAL DE JOUR

L'hôpital de jour offre des services à la clientèle anorexique ou boulimique nécessitant l'encadrement de l'équipe interdisciplinaire. Les intervenants travaillent avec le psychiatre sur place. Celui-ci est en lien avec les médecins traitants des clients. Les services de l'hôpital de jour sont sujets à une augmentation d'activité en raison de la démographie.

CLINIQUES EXTERNES

La clinique des troubles de l'alimentation existe depuis 1986. En 20 ans, les cliniciens observent une augmentation de la demande de services et cette demande est sans cesse croissante. Une liste d'attente est en place. Récemment, la liste d'attente est passée de 300 à 140 requêtes en développant les liens avec les partenaires. Le temps d'attente cible est de 60 jours.

Dans le futur, les intervenants souhaitent développer des cliniques satellites où des experts supportent les intervenants en région plutôt que de déplacer le client et le sortir de son milieu. Tout comme l'hôpital de jour, les cliniques externes font face à une croissance démographique.

ENSEIGNEMENT

Le programme intègre la clinique, l'enseignement et la recherche. L'enseignement permet de recevoir des étudiants hors RUIS.

Il y a beaucoup de formation. Les stagiaires sont de toutes les disciplines : soins infirmiers, services sociaux, nutritionnistes, psychologie, ergothérapie, internes et résidents, etc.

Les intervenants sont impliqués dans la formation des partenaires de plusieurs manières : table de concertation RUIS McGill (plusieurs fois par année), formation aux CSSS une fois par année, télésanté une fois par mois et autres formations sur demande.

RECHERCHE

La recherche a sa place dans le bâtiment. La vie du clinicien est colorée par la recherche. Ce programme a des ressources de « chercheurs cliniciens ».

La recherche est effectuée avec les partenaires internes, locaux et une plateforme internationale est en place.

4.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme troubles de l'alimentation, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- On note qu'environ 80 % de la clientèle du programme est âgée de 18 à 39 ans, dont 53 % a entre 20 et 29 ans.
- D'ici 2015, on prévoit une croissance d'environ 4 % dans ces deux groupes d'âge.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Les experts prévoient une croissance des volumes aux cliniques externes et en hôpital de jour, notamment en raison de l'augmentation des volumes en attente.
- En hospitalisation, on prévoit une relative stabilité.
- Globalement, on prévoit la consolidation du rayonnement extra territorial de l'établissement.

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

- Plusieurs études illustrent l'augmentation des volumes de personnes atteintes, peu traitent par contre de l'incidence par âge.
- Par contre, considérant le fait que les volumes augmentent chaque année plus rapidement que les volumes démographiques, on peut parler de croissance de l'incidence par âge.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS TROUBLES DE L'ALIMENTATION

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
Courte durée	27	24	-12 %
Cliniques externes	311	351	13 %
Hôpital de jour	67	74	10 %
TOTAL du programme	405	449	10 %
Nombre de lits CD – actuel :			6
Nombre de lits CD – projeté 2015 :			4

* Données clientèle à partir des données de l'établissement.
** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.

EN RÉSUMÉ

- Diminution des volumes en soins de courte durée. Ce volume pourrait être compensé par l'ajout de l'accessibilité à partir de 16 ans. À ce moment, il faudrait conserver six lits.
- Aux cliniques externes, on prévoit une croissance de 13 % et en hôpital de jour, une croissance de 10 %.

4.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

Les espaces des différentes activités du programme des troubles de l'alimentation doivent être regroupés. L'unité de soins de six lits doit rester une unité dédiée au programme, elle doit être localisée à proximité immédiate de l'hôpital de jour. Par ailleurs, la clinique externe doit être intégrée avec les locaux de l'hôpital de jour.

Il est important d'assurer la proximité aux services communs, tels le gymnase et la piscine, ainsi qu'au plateau technique, tels les laboratoires cliniques, afin de faciliter le déplacement de la clientèle et des intervenants. Une proximité est aussi souhaitable avec les locaux de la recherche clinique.

Actuellement, l'aménagement des espaces dans un duplex offre l'ambiance d'une maison familiale. Cette atmosphère accueillante qui permet de favoriser l'expérience d'un milieu de vie « normalisant » doit être maintenue dans tout développement futur.

Pour l'unité de soins, des chambres individuelles doivent être planifiées. Le poste doit être suffisamment grand pour accommoder un lavabo et un coin pharmacie. Il doit être au même niveau que les lits et être localisé de façon à assurer une bonne visibilité des patients pour faciliter la surveillance.

Actuellement, on retrouve trois cuisines desservant l'hôpital de jour et l'unité de soins. Les intervenants à l'aide des patients préparent les repas pour l'ensemble de la clientèle. Cette activité fait partie du programme thérapeutique et doit être maintenue.

Par ailleurs, il faut prévoir des locaux communs et de support en nombre suffisant pour les différentes activités du programme tels salon, salle à manger, salle familiale, salles de rencontre et d'observation, dépôts divers, bureaux, salle de réunion, salle multimédia, salle du personnel, locaux de stagiaires, etc.

Le service bénéficie actuellement d'un accès à des espaces extérieurs dédiés soit : deux patios, un espace *barbecue* et un jardin potager. Ces espaces doivent être maintenus dans le futur.

Enfin, il faut prévoir une salle d'activité pouvant accommoder 15 personnes à la fois pour des séances de yoga, de relaxation ou toute autre activité thérapeutique qui doit se faire à même les espaces du programme.

Il est à noter que le service utilise des technologies de détection de mouvement dans la chambre d'observation, attenante au poste avec un miroir unidirectionnel, afin de mieux s'assurer de la conformité des déplacements du patient avec le plan thérapeutique.

4.5 Tableau synthèse troubles de l'alimentation

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Unité de soins	6 lits	4 lits	Cas très sévères seulement. Développement du support aux médecins en région plutôt que transfert de clientèle à Montréal. Évaluation de la possibilité d'admettre la clientèle de 16 à 18 ans (pourrait requérir le maintien à six lits).
Hôpital de jour	1	1	↑ volume démographique.
Cliniques externes	Oui	Oui	↑ accessibilité par ↑ liens avec partenaires. ↓ liste attente. ↑ volume démographique.

5. PROGRAMME DE GÉRONTOPSYCHIATRIE

5.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme de gérontopsychiatrie offre des services spécialisés et ultraspécialisés à une population de 65 ans et plus qui présente un profil psychogériatrique.

Les services spécialisés de deuxième ligne regroupent des services internes et des services externes. Les services externes comprennent les services ambulatoires gériatriques (SAG) et le centre de transition (centre de jour). Les services internes incluent l'unité d'admission et de soins médicaux (24 lits de courte durée) ainsi que l'unité de réadaptation psychosociale (30 lits de longue durée).

Les services ultraspécialisés de troisième ligne regroupent également des services internes et des services externes. Les services externes comprennent la clinique de mémoire et le centre de jour Moe Levin. Les services internes de la troisième ligne comprennent une unité de moyenne durée de 18 lits pour une clientèle avec troubles cognitifs avec comorbidités psychiatriques.

Le programme a pour mandat l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes le plus longtemps possible. L'approche est interdisciplinaire. Le programme procède à des évaluations, du diagnostic et au traitement. Les services sont organisés selon une gamme variée de traitements adaptés aux besoins complexes de la clientèle.

5.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

D'une manière générale, le programme de gérontopsychiatrie souhaite améliorer le continuum pour sa clientèle. La notion de fluidité prend tout son sens dans le continuum de services tant à l'Institut qu'avec les établissements du réseau.

Le volet éducation, prévention, promotion de la santé prendra de l'ampleur. Les intervenants soulignent le besoin de formation du personnel de première ligne des CSSS afin de promouvoir leurs actions dès le début de l'identification d'un problème de santé mentale et favoriser le maintien de l'autonomie du patient dans la communauté. Le groupe rencontré mentionne qu'il est difficile d'intégrer dans la communauté, en centre de jour ou en hébergement, la clientèle avec troubles psychotiques et la clientèle avec troubles cognitifs ayant des troubles de comportement, mais que c'est davantage possible pour la clientèle avec troubles de l'humeur ou troubles anxieux.

Les tendances aux États-Unis et en Angleterre indiquent l'émergence de centres intégrant tous les aspects du continuum. Ceux-ci sont appelés « *Translational science centres* ». Ils réunissent en un même endroit les soins de courte durée, de soins intensifs, le volet tribunal, les technologies de laboratoire, d'imagerie, les outils électroniques cliniques ainsi que l'enseignement et la recherche. La recherche est un processus dynamique favorisant l'application clinique selon des données probantes. Cette vision est préconisée par les intervenants du programme de gérontopsychiatrie, qui ont jugé que cette approche permettait de mettre à contribution l'environnement physique dans la dispensation des soins et l'amélioration des résultats cliniques.

ACCUEIL

Une seule porte d'entrée via l'équipe d'évaluation liaison. Cet accès doit augmenter son efficacité afin de fournir une réponse plus rapide.

PREMIÈRE LIGNE ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Les organismes communautaires et les services de première ligne offrent des services à la même clientèle, il y a parfois dédoublement d'activités. La communauté est capable de reprendre les clients stabilisés. Une meilleure orchestration du continuum de soins est à planifier.

À l'avenir, la prise en charge des problèmes de santé physique de la clientèle psychiatrique devrait être faite par les médecins généralistes de la communauté. Pour les soutenir, des consultations entre médecins généralistes, psychiatres et professionnels devront être mis en place.

DEUXIÈME LIGNE

Les cliniques de gérontopsychiatrie, de suivi résidentiel et l'hôpital de jour l'Étape se sont fusionnés en 2008 pour devenir les services ambulatoires gériatriques (SAG). Cette fusion a entraîné la fermeture de l'hôpital de jour ainsi qu'une révision de la programmation afin de mieux s'adapter à la clientèle 2^{ième} ligne et à une réduction du personnel. La deuxième ligne a pour objectif de poursuivre ses activités de centre de jour (centre de transition Soleil). Celles-ci subiront une révision afin d'en améliorer l'accessibilité et de promouvoir la transition de la clientèle de façon efficace vers les services de 1re ligne.

Les admissions en soins de courte durée pour un problème médical pour une clientèle stabilisée en santé mentale ne devraient plus se faire à l'Institut Douglas à partir du moment où les médecins de la communauté seraient en mesure d'assurer le suivi. La clientèle de santé mentale stable ayant un problème de santé physique devrait être admise dans les hôpitaux généraux. Les CSSS devraient être en mesure de recevoir cette clientèle. La clientèle âgée de 65 ans et plus nécessitant des soins psychiatriques est admise pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 40 jours. La cible en 2015 va diminuer de façon significative et devrait être en deçà de 15 jours. Le nombre de lits devrait passer de 24 à 21 dans le futur moyennant la mise en place des services dans la communauté.

Dans le futur, la clientèle âgée sera plus nombreuse et sera admise pour des problèmes plus sévères. L'environnement physique de courte durée devra comprendre des petits regroupements de lits.

Les 30 lits de réadaptation psychosociale (LD) sont occupés à 100 % et une grande partie de la clientèle est en attente de transfert en CHSLD. La fluidité du système et le transfert dans les ressources d'hébergement diversifiées devraient permettre de réduire significativement cette clientèle en attente. Le nombre de lits pourrait diminuer par attrition de 30 à 20 dans le futur.

TROISIÈME LIGNE

La clientèle nécessitant des soins ultraspécialisés en santé mentale a accès à des services internes et externes. Les services externes comprennent le centre de jour qui devrait rester avec 50 places et la clinique de la mémoire qui va subir une hausse en fonction de la démographie. L'unité de soins comprend 18 lits. Les problèmes de santé que l'on retrouve en troisième ligne sont axés sur les troubles cognitifs avec comorbidités psychiatriques. Dans le futur, le nombre de lits pourrait baisser autour de 12 lits si cette clientèle était admise dans les lits réguliers de soins de longue durée. Ce phénomène est envisageable étant donné qu'en vieillissant cette clientèle a des besoins similaires à la clientèle hébergée en longue durée.

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Les activités d'enseignement sont intégrées dans tous les services, et, pour ce qui est de la recherche, elle est omniprésente dans les services de troisième ligne et se déploiera dans les services de deuxième ligne.

Plusieurs membres du programme participent au transfert des connaissances des services du programme vers les autres programmes ou établissements.

SERVICES DE POINTE

La notoriété de l'équipe d'intervenants, des médecins en gérontopsychiatrie et des services offerts attire de la clientèle des régions hors RUIS.

Le développement technologique en imagerie (SCAN) pour préciser le diagnostic pourra soutenir les médecins de la communauté et du RUIS.

5.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme de gérontopsychiatrie, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- D'ici 2015, on prévoit une croissance importante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans la desserte de l'établissement.
- Dans la sous-région, on prévoit une croissance d'environ 16 %, dans l'ensemble du bassin de RUIS, une croissance d'environ 30 %.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Avec le vieillissement des populations, on anticipe un alourdissement graduel de nos clientèles, mais en même temps, on table sur l'amélioration de nos façons de faire (DMS).
- Impact de l'incidence sera surtout aux cliniques externes.
- Le facteur d'évolution des volumes : la démographie.
- En longue durée, diminution par attrition, par une augmentation de l'accès à l'hébergement dans le réseau.

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

§ Les profils d'incidence par âge sont relativement stables dans le temps. Toutefois, on observe quand même une faible croissance de l'incidence de la maladie mentale en âge plus élevé.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS GÉRONTOPSYCHIATRIE

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
◉ Courte durée	122	141	16 %
◉ Cliniques externes	1053	1360	29 %
◉ Centre de jour, hôpital de jour	189	231	22 %
◉ Longue durée	65	46	-30 %
TOTAL du programme	1429	1777	24 %
Nombre de lits CD – actuel/projeté 2015 :			24/21
Nombre de lits MD – actuel/projeté 2015 :			18/12
Nombre de lits LD – actuel/projeté 2015 :			30/20
* Données clientèle à partir des données de l'établissement. ** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.			

EN RÉSUMÉ

§ Le programme qui connaît la plus forte croissance d'ici 2015.

§ Les sous-programmes à plus fortes croissances : les services ambulatoires (cliniques externes et le centre de jour/hôpital de jour).

§ Globalement, des clientèles plus lourdes, à multiples pathologies dans bien des cas.

5.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

L'ENVIRONNEMENT GUÉRISSANT ET LA DÉSTIGMATISATION

Plusieurs études ont démontré que l'espace et les lieux où les pratiques médicales sont exercées influent considérablement sur le patient et la prestation de soins. Cette influence est d'autant plus prononcée dans un contexte de soins psychiatriques où l'on retrouve des besoins considérables quant à faire tomber les préjugés et changer les perceptions face à la maladie et aux processus de guérison.

Une architecture accueillante, adaptée, accessible à la nature et se rapprochant autant que possible d'un cadre de vie « normalisant » est ainsi indispensable pour la déstigmatisation de la maladie et la réintégration du patient dans la communauté.

La configuration des lieux doit permettre aux patients de s'orienter facilement afin d'offrir une expérience positive de l'environnement bâti et de favoriser le développement de l'autonomie (*empowerment*). Ceci est possible par une hiérarchisation claire des circulations principales et secondaires, une utilisation judicieuse des couleurs et des finis, une localisation stratégique des escaliers et ascenseurs, des guichets d'information, des postes d'accueil, etc. Par ailleurs, une fenestration généreuse, autant intérieure qu'extérieure, permet d'établir des repaires de base tels les bâtiments avoisinants, les cours et jardins, les halls d'entrée ou tout autre élément de référence spatial mais également de jouir des effets bénéfiques de la lumière.

LES LIENS DE PROXIMITÉ

Dans un souci de fluidité et de continuum de soins, il est important d'assurer une proximité physique entre les unités de soins, le centre de jour et les cliniques externes pour les deux continuums de soins du programme de gérontopsychiatrie. D'une part, cette proximité permet aux intervenants de travailler de façon complémentaire et interactive pour mieux répondre aux besoins des clients. D'autre part, la proximité physique permet à des patients internes d'une unité de soins de participer à des activités du centre de jour, facilitant ainsi une transition progressive vers l'autonomie et la réintégration sociale adaptée à l'évolution individuelle de chacun des patients.

Le service de gérontopsychiatrie doit être localisé au rez-de-chaussée, en lien direct avec des espaces extérieurs pour permettre l'accès à une clientèle âgée à mobilité réduite. Les locaux de recherche clinique doivent aussi être à proximité pour faciliter le déplacement de la clientèle.

Des salles thérapeutiques ainsi que des espaces d'évaluation, telles une cuisine et une salle de bains résidentielle, doivent être planifiées à proximité des unités de soins pour permettre d'observer l'évolution des capacités des patients quant à l'autonomie et la réintégration dans leurs milieux naturels.

Le plateau technique, tels la physiothérapie, l'imagerie médicale et les laboratoires cliniques, doit être facilement accessible des services de gérontopsychiatrie.

Enfin, l'entrée des services de gérontopsychiatrie doit être à proximité d'un débarcadère pour les véhicules de transport des personnes âgées. Une proximité de la rue est préconisée.

LES UNITÉS DE SOINS

Les unités de soins doivent être configurées avec des chambres simples afin d'assurer l'intimité et le calme au patient tout en prévoyant au moins une chambre d'isolation avec antichambre pour permettre d'isoler les patients en prise avec des risques de contamination.

Les dernières tendances préconisent un regroupement d'un maximum de six à huit chambres par aile et une distribution des locaux communs de façon à permettre une hiérarchisation d'accès selon l'heure, le jour et le type de clientèle par la création de zones sécurisées.

Le poste doit être planifié dans une localisation centrale afin de permettre une bonne supervision visuelle des ailes notamment pour l'observation de nuit. La configuration du poste doit se rapprocher d'un milieu de vie plutôt que de l'ancien aspect institutionnel tout en maintenant la sécurité du personnel et des patients.

Plusieurs outils peuvent améliorer la qualité et l'efficience des soins tout en réduisant le risque d'erreurs, tels que la prise de note électronique au chevet du patient, l'installation de cabinet de médicament intégré auprès du lit et l'instauration du système d'œil électronique qui valide à l'aide du bracelet du patient les médicaments prescrits avant de les administrer au patient. Le chariot de médicaments pourra accommoder un ordinateur mobile (portable) pour permettre la prise de note informatique de façon sécuritaire.

Outre les locaux de soutien, tels les salles de bains thérapeutiques, les utilités propres et souillées et les locaux d'entreposage, l'unité de soins doit inclure des locaux communs tels salons, salle à manger, salle familiale, salle de réunion et salle multifonctionnelle. À cela s'ajoutent des salles thérapeutiques et des salles d'observation ainsi qu'un local de repos pour les employés.

Par ailleurs, un à deux appartements sont à prévoir à proximité des unités de soins afin d'évaluer l'autonomie du patient et sa capacité de réintégrer un milieu plus « normalisant ». L'appartement aura une configuration similaire à un studio avec un lit, un salon et un coin cuisinette.

Un accès à des espaces extérieurs sécurisés est à prévoir. Il serait souhaitable de planifier une serre pour des activités de jardinage thérapeutiques durant les longs mois d'hiver.

Enfin, on peut noter l'utilisation de caméras dans les salles d'observation pour des visionnements ultérieurs, de l'enseignement et de la visioconférence.

LES CENTRES DE JOUR

Deux centres de jour desservent actuellement le programme de gérontopsychiatrie, soit : le centre de jour de troisième ligne Moe Levin et le centre de jour de transition Soleil de deuxième ligne.

Ces centres répondent adéquatement aux besoins du service. On y retrouve une ambiance résidentielle tout en offrant des lieux sécuritaires pour les clients et le personnel soignant.

En général, les principaux locaux à prévoir sont les suivants :

- accueil, attente/salon;
- deux locaux multifonctionnels de 15 personnes chacun;
- une cuisine/salle à manger;
- une salle d'entrevue;
- un laboratoire informatique;

- une salle de bain adaptée;
- un accès à un espace extérieur sécurisé et dédié à la clientèle du centre de jour;
- des locaux de soutien tels des bureaux, des salles de réunions, une salle de repos, des dépôts, etc., et du personnel.

Il serait souhaitable de prévoir une serre pour des activités de jardinage qui sera utilisée durant les longs mois d'hiver de notre climat nordique.

LES MAISONS DE TRANSITION ET LES MAISONS SPÉCIALISÉES

Dans un souci de réintégration sociale, il est primordial de créer et de maintenir des maisons de transition, à l'extérieur des murs de l'hôpital, qui font le pont entre l'unité de soins et le milieu d'habitat naturel. Les maisons de transition permettent d'offrir des lieux plus « normalisant » avec un petit nombre de patients et un environnement résidentiel, afin de mieux les préparer à assumer l'autonomie et à réintégrer la communauté.

Pour les patients plus à risque, il faut planifier des maisons spécialisées avec un soutien étroit d'une équipe de personnel spécialement formée pour répondre à leurs besoins spécifiques.

5.5 Tableau synthèse gérontopsychiatrie

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
2e ligne			
Unité de soins (CD)	24 lits	21 lits	CD : ↓ DMS de 50 à 40 jours à 15 jours et ↓ clientèle problème physique.
Réadaptation psychosociale (LD)	30 lits	20 lits	LD : ↓ par attrition.
Services ambulatoires gériatriques	Oui	Oui	↑ volume (démographie).
Centre de jour (de transition)	Oui	Oui	↑ volume (démographie).
3e ligne			
Unité de soins (MD)	18 lits	12 lits	MD : ↓ par transfert en SLD réguliers.
Clinique de mémoire	Oui	Oui	↑ volume (démographie).
Centre de jour Moe Levin	Oui	Oui	↑ volume (démographie).

6. PROGRAMME TROUBLES PSYCHOTIQUES

6.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme des troubles psychotiques offre une gamme complète de services qui s'adressent aux adultes souffrant de psychose. Il regroupe une unité de traitement des psychoses (26 lits), un programme de réadaptation intensive, un programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP) et des services ambulatoires.

Le programme de réadaptation intensive est constitué d'une unité de comportement à risque (16 lits), une unité de réadaptation intensive (31 lits), une unité de transition communautaire Levinschi (18 lits), des services de réadaptation intensive dans la communauté et une équipe de réadaptation intensive dans le milieu. Fondé sur une approche de rétablissement, le programme vise à améliorer l'autonomie et la réintégration et le maintien des personnes dans leur milieu naturel.

Le programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP) comprend cinq lits dédiés d'hospitalisation sur l'unité d'admission, une clinique externe et de suivi communautaire et une clinique d'évaluation des jeunes à risque (CAYR-Montréal). Le programme intègre les services cliniques, l'enseignement et la recherche et a pour mission de susciter l'espoir d'un rétablissement complet pour les jeunes adultes souffrant de psychose. L'objectif principal est de fournir une évaluation rapide et un traitement précoce des troubles psychotiques aux jeunes adultes de 14 à 30 ans fondés sur un modèle de gestion de cas.

Par ailleurs, les services ambulatoires sont constitués d'une clinique externe et d'une équipe de suivi intensif dans la communauté (équipe ACT pour *Assertive Community Treatment*).

6.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

Le phénomène des psychoses est mieux connu et les patients/familles veulent des services. Outre l'impact démographique, on ne prévoit pas d'augmentation des troubles psychotiques. D'une manière générale, il faut augmenter l'efficience entre les services et la fluidité du continuum.

UNITÉS DE SOINS

Le programme comprendra encore des unités de soins de courte durée, de transition et de moyenne durée pour réadaptation intensive et comportements à risque.

Globalement, la clientèle hospitalisée a accès à de nouveaux médicaments jugés plus efficaces. Pour certains, une prise de sang hebdomadaire est requise afin d'ajuster le dosage. La durée moyenne de séjour optimale en courte durée est à 21 jours. Actuellement elle est à 38 jours. La formation et le développement des compétences des intervenants permettraient une prise de décision plus rapide et auraient une influence à la

baisse sur la durée de séjour. Le nombre de lits pour la clientèle de transition sera stable (18 lits), celui de la courte durée devrait passer de 26 à 20 lits.

L'utilisation de lits (16) par la clientèle référée par le tribunal pourrait être en augmentation. Des liens seront à développer avec la communauté ou avec les services correctionnels pour supporter cette clientèle hors unité. Actuellement, cette clientèle est un peu partout dans les différents programmes, mais surtout dans le programme des troubles psychotiques. Les intervenants rencontrés recommandent le regroupement de cette clientèle dans un endroit approprié et hautement sécurisé.

Environ 60 % de la clientèle de l'unité de réadaptation intensive est prise avec des problèmes de consommation de drogue. Un tiers de cette clientèle présente un délabrement comportemental. Un certain nombre de clients va demeurer, car il n'y a pas de guérison pour tout le monde. D'une certaine manière, la clientèle de moyenne durée va diminuer, voire même disparaitre. Les nouvelles pratiques (interventions précoces) et philosophies de soins permettant de préserver les acquis du patient ne devraient pratiquement plus conduire un patient vers un hébergement de longue durée. Le nombre de lits devrait passer de 31 à 21 dans le futur suivant la création de maisons de traitement et de transition dans la communauté.

Il faut reconnaitre que les services résidentiels actuels ne sont pas en mesure de recevoir ce type de clientèle. La création de ressources spécialisées pourrait accueillir une partie de cette clientèle. On retrouve actuellement deux maisons de traitement transitionnelles, ce qui est loin de répondre aux besoins.

Il est à noter qu'un plan de réseautage, incluant l'implication de la police et du système judiciaire, pourrait aider d'une façon significative à gérer les cas lourds.

L'équipe de soins possède une connaissance spécialisée quant à la gestion de risque, cette connaissance doit être transmise aux partenaires afin de permettre une transition fluide des patients.

CLINIQUES EXTERNES

Les cliniques externes combinent des activités de réadaptation intensive (séances individuelles ou de groupe, gestion du stress), le programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP) et le programme de transition communautaire.

La clientèle du PEPP est référée par les amis, l'école, le réseau familial. Peu d'entre eux passent par le module d'évaluation et liaison (MEL).

La clientèle de schizophrénie étant plus vulnérable à des problèmes d'ordre physique, de nouveaux modèles de santé bien-être dans la communauté devront être développés tout comme la possibilité pour cette clientèle d'accéder à des centres sportifs à moindre coût.

Des développements permettent l'amélioration des traitements : les médicaments, la thérapie cognitive behaviorale (TCB), la remédiatisation cognitive, l'entrevue motivationnelle et l'approche multifamiliale.

L'accessibilité aux services du programme IPS est souhaitable pour quelques clients du programme des troubles psychotiques.

Pour supporter l'amélioration du suivi de la clientèle, il faut augmenter la formation du personnel et leurs connaissances des services de leur programme. Il faut également travailler à réduire les fausses croyances.

L'augmentation du nombre de gestionnaires de cas permettrait de respecter un ratio de 1/20 alors qu'actuellement il est à1/30-35.

Dans l'avenir, la prise en charge des problèmes physiques de la clientèle psychotique devrait être faite par des médecins généralistes. Pour les supporter, des consultations entre médecins généralistes, psychiatres et professionnels devront être mises en place. La prise en charge de cette clientèle par la communauté contribuera à la réduction de l'achalandage actuel sur l'équipe de soins spécialisée, lui permettant de se concentrer sur sa mission première plutôt que d'administrer des soins physiques qui peuvent se faire ailleurs.

Il est nécessaire également d'augmenter les ressources intermédiaires et les organismes communautaires pour aider le patient chez lui à son domicile et consolider le réseau d'échange et d'entraide avec les intervenants spécialisés de l'hôpital.

Enfin, il faut augmenter le nombre de centres de crise. Les intervenants de ces centres pourront venir à l'urgence de l'hôpital afin d'évaluer le patient et de le ramener avec eux au besoin. Actuellement, il existe seulement un centre de crise à Verdun.

SERVICES À CRÉER

De nouveaux services sont à mettre sur pied :

- hôpital de jour avec horaire flexible afin de prévenir les hospitalisations et supporter les organismes communautaires aux prises avec de la clientèle avec troubles psychotiques. Les cliniciens estiment que 10 % de leur clientèle de clinique externe et d'hospitalisation pourrait bénéficier de ce service;
- maisons de traitement dans la communauté qui représentent des ressources d'hébergement où le patient peut demeurer plusieurs mois assurant un lien de transition avant la réintégration dans la communauté;
- équipe mobile de suivi pour la clientèle et la famille;
- résidences permanentes : plus de résidences doivent être développées où le patient peut rester tout le long de l'évolution de son intégration sans déménager à d'autres centres. Ces résidences doivent offrir plusieurs niveaux de service avec un loyer proportionnel aux besoins évolutifs du client.

SERVICES DE POINTE

Le programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP) est en place et demeure dans l'avenir. Il comprend un nombre restreint d'intervenants et de patients. Les résultats des interventions mieux adaptées laissent présager une réduction de la morbidité à long terme.

L'équipe de suivi intensif en milieu en équipe (SIME) permet d'accompagner la clientèle dans la communauté et prévient des réadmissions.

FORMATION ET ENSEIGNEMENT

La formation du personnel est un élément important à consolider. La participation à des colloques au niveau local et international doit être recommandée pour tous les employés et non seulement pour les médecins et les chercheurs.

Il faut aussi encourager le personnel à participer à des présentations pour faire connaître l'Institut et ses activités et inviter les maisons d'enseignement pour les impliquer dans les préoccupations de l'institut et développer des programmes communs.

Enfin, le personnel doit être mieux outillé et formé pour préparer des présentations efficaces et communicatives, faire de l'enseignement et aider à démystifier les préjugés.

6.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme troubles psychotiques, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- On observe que 85 % de la clientèle est âgée de 20 à 59 ans.
- D'ici 2015, on prévoit une croissance d'environ 4 % dans ce groupe d'âge.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Les experts prévoient une légère diminution des volumes en courte durée, avec la diminution de la DMS et le développement de services en hôpital de jour.
- Les clientèles de l'hôpital de jour proviendront de la courte durée et des cliniques externes.
- En longue durée, diminution des volumes par attrition.

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

- Certaines sources parlent d'augmentation de l'incidence par âge. Faible, mais présente.
- Cette incidence vient augmenter les volumes desservis surtout en cliniques externes et en hôpital de jour.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS TROUBLES PSYCHOTIQUES

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
Courte durée	237	202	-15 %
Cliniques externes	721	744	3 %
Longue durée	108	72	-33 %
Hôpital de jour	0	100	n.d.
TOTAL du programme	1066	1118	5 %
Nombre de lits CD – actuel/projeté 2015 :			26/20
Nombre de lits transition - actuel/projeté 2015 :			18/18
Nombre de lits réadaptation intensive - actuel/projeté 2015 :			31/21
Nombre de lits comportements à risques - actuel/projeté 2015 :			16/16

* Données clientèle à partir des données de l'établissement.
** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.

EN RÉSUMÉ

- Diminution des volumes en soins de courte durée et en réadaptation intensive.
- Des services en hôpital de jour.

6.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

Les unités de soins doivent être configurées avec des chambres individuelles. Les dernières tendances préconisent un regroupement d'un maximum de six à huit chambres par aile et une distribution de locaux communs de façon à permettre une hiérarchisation d'accès selon le type et la lourdeur de la clientèle par la création de zones sécurisées.

Le poste doit être planifié dans une localisation centrale afin de permettre une bonne supervision visuelle des ailes notamment pour l'observation de nuit. La configuration du poste doit se rapprocher d'un milieu de vie plutôt que de l'ancien aspect institutionnel tout en maintenant la sécurité du personnel et des patients.

Outre les locaux de soutien, tels les salles de bains thérapeutiques, les utilités propres et souillées et les locaux d'entreposage, l'unité de soins doit inclure des locaux communs tels salons, salle à manger, salle familiale, salle de réunion et salle multifonctionnelle. À cela s'ajoutent des salles thérapeutiques et des salles d'observation ainsi qu'un local de repos pour les employés.

L'accessibilité à des espaces extérieurs, la création de milieu de vie normalisant et l'intégration de la thérapie par l'art sont tous des moyens essentiels afin d'offrir des lieux

qui aident à la guérison. Par ailleurs, il est important d'assurer l'accès à des salles d'activités et de permettre à la clientèle, accompagnée par un éducateur, de sortir à de vrais centres sportifs afin de favoriser la réintégration sociale du patient et de développer la tolérance et la solidarité de la communauté.

Il est à noter que pour les patients à comportement à risque ou avec restriction légale, un accès direct à un espace extérieur sécurisé doit être assuré. Un minigymnase doit être prévu sur l'unité pour permettre aux patients de se défouler avec de l'exercice.

Des salles de multisensorielles (Snoezelen) doivent être aménagées. Ces salles comprennent une variété d'équipements pour reproduire des sons, lumières, images ou autres effets spéciaux pour des fins de traitement et d'évaluation de la clientèle. Enfin, des locaux de stagiaires doivent être prévus pour bien les accueillir et éventuellement les retenir dans l'Institut.

Les cliniques externes doivent avoir une salle d'attente accueillante, par exemple, l'installation d'une télévision avec vidéo permettra de présenter à la clientèle des programmes éducatifs préparés spécifiquement afin de les guider dans les saines habitudes de vie. Les vidéos serviront de distraction tout en ayant un impact éducatif aidant la guérison. Par ailleurs, un accès à un téléphone pour appeler un taxi doit être prévu à proximité de la porte d'entrée du service.

Il est important de prévoir, pour tous les services du programme, des matériaux de construction solides résistants aux chocs, des finis faciles d'entretien et de désinfection, notamment pour les salles de bains et les lavabos. Par ailleurs, afin d'assurer la sécurité des patients et du personnel, il faut adopter une approche sécuritaire pour fixer et protéger les accessoires et mobiliers tels les chaises, télévisions, rideaux, tableaux muraux, etc.

Par ailleurs, la sécurité des lieux peut être renforcée en limitant les accès et en prévoyant des postes de sécurité et de contrôle ainsi que des caméras placées à des endroits stratégiques.

Les nouvelles technologies de détection peuvent aussi être considérées lors de la planification des espaces afin de limiter l'infiltration d'armes, d'outils tranchants ou de la drogue.

Il est important de moderniser certains services dépassés de l'hôpital. À titre d'exemple, la caisse pour l'argent des patients devrait être remplacée par des guichets automatiques qui sont des outils plus « normalisant ».

Enfin, on peut noter le manque de ressources d'hébergement (maisons de traitement) pour les jeunes psychotiques de 18 ans et plus. Des centres d'hébergement doivent être développés en offrant des milieux « normalisant » qui ne sont pas possibles dans les unités de soins régulières. Ces centres d'hébergement comprendront des chambres individuelles, un accès à une cuisine, salon, salle à manger et offrir le soutien nécessaire à l'apprentissage des tâches de vie quotidienne, tels la cuisine, le magasinage et la gestion d'un budget personnalisé pour la réintégration sociale dans la communauté.

6.5 Tableau synthèse troubles psychotiques

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Courte durée Unité de soins (CD)	26 lits	20 lits	↓ DMS de 38 à 21 jours.
Moyenne durée Unité de transition communautaire Réadaptation intensive Comportements à risque	 18 lits 31 lits 16 lits	 18 lits 21 lits 16 lits	 Maintien des lits. ↓ clientèle vers hôp. de jour. Regroupement clientèles.
Hôpital de jour	Non	Oui	Nouveau service, prévention hospitalisation, support à la communauté (manque de résidences permanentes).
Cliniques externes	Oui	Oui	Services comparables dans le temps.

7. PROGRAMME DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE AVEC COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

7.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme de déficience intellectuelle avec comorbidités psychiatriques offre des services internes et externes aux personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques graves et persistants accompagnés de déficience intellectuelle modérée ou grave. Ces services sont offerts sur référence en provenance du réseau de la déficience intellectuelle.

Le programme est composé d'une unité de soins (15 lits), d'un atelier de réadaptation Phœnix (30 personnes par jour, cinq jours par semaine) et d'une clinique de suivi résidentiel et de consultation. L'unité de soins offre des services de traitement à court terme pour des patients admis. L'atelier de réadaptation Phoenix permet aux patients internes et externes de participer à des activités thérapeutiques de jour. Enfin, l'équipe de suivi résidentiel et de consultation est responsable des patients dans la communauté ou dans les ressources résidentielles. L'équipe offre également des services de consultation à ses différents partenaires.

7.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

Le programme de DI avec comorbidités psychiatriques partage sa clientèle avec les centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

Globalement, la clientèle en DI/autisme ne devrait pas subir d'augmentation de volume. Seul l'effet démographique aura un impact.

ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité demeure le noyau dur pour cette clientèle. Le temps d'attente dans la communauté pour accéder aux services est aux environs de deux ans. La clientèle admise est référée par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle.

Actuellement, il y a six maisons dans la communauté pour DI/autisme et il y a des achats de places dans trois autres maisons. Ce modèle est à poursuivre, deux à trois maisons additionnelles seront à prévoir.

LONGUE DURÉE (15 LITS)

Le programme DI inclut des services tertiaires pour une clientèle extrêmement difficile. Les deux types de clientèles admises sont les DI et la clientèle avec troubles de comportement.

L'expertise pour les problèmes comportementaux est essentielle et requiert un plan d'intervention très détaillé. En ce sens, il y a de rares admissions de soins de courte durée, et celles-ci vont se poursuivre dans l'avenir.

La clientèle de soins de longue durée comprend des patients extrêmement difficiles (tertiaires) ayant besoin d'un environnement spécifique. Cette clientèle représente un petit nombre. La prise en charge par la communauté est pratiquement impossible et organiser un environnement adapté aux besoins requis serait plus coûteux à domicile qu'en établissement.

En fin de vie, les troubles psychiatriques sont de moins en moins importants et la clientèle pourrait être transférée sur une unité de soins de longue durée régulière. Le nombre de lits pourrait passer de 15 à 10.

CLINIQUES EXTERNES

Les services de cliniques externes permettent de suivre la clientèle du domicile. Ces clientèles sont davantage à risque de développer des problèmes de démence, de perte d'autonomie et de troubles du comportement.

La clientèle DI est admise directement sur l'unité de soins dès que le psychiatre accepte l'admission. Elle passe par l'urgence de manière exceptionnelle ou encore pour les formalités d'admission.

Dans l'avenir, la prise en charge des problèmes physiques de la clientèle DI devrait être faite, lorsque possible, par des médecins généralistes de la communauté. Une formation adéquate et une mise en place d'un réseau de communication entre médecins généralistes, psychiatres et professionnels spécialisés permettront aux patients l'accès aux services offerts par la communauté ou par les CSSS. La prise en charge de cette clientèle par les partenaires contribuera à la réduction de l'achalandage actuel au centre de jour permettant à l'équipe de soins spécialisée de se concentrer sur sa mission première.

7.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme de déficience intellectuelle avec comorbidités psychiatriques, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- Environ 90 % de la clientèle du programme est âgée de 30 à 64 ans.
- En termes démographiques, ce groupe d'âge sera croissant d'ici 2015. Toutefois, c'est essentiellement chez les 45-64 ans que se fera la croissance, les 30-44 ans seront relativement stables.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Liste d'attente aux services résidentiels, on prévoit donc un ajustement à la hausse sur les activités en ateliers.
- Pour le reste, la croissance est essentiellement démographique, à savoir : augmentation et vieillissement de la population.
- En longue durée, diminution des volumes par attrition

L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE

- Somme toute, peu d'information disponible. Quelques études pointues, mais peu d'information sur l'évolution de l'incidence et la prévalence de la maladie par âge.
- Les études les plus pointues viennent confirmer ce que nos experts ont souligné en séance de travail.

LES ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS DÉFICIENCE INTELLECTUELLE AVEC COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
Ateliers	27	33	21 %
Cliniques externes	42	44	4 %
Longue durée	15	10	-35 %
TOTAL du programme	85	86	1 %
Nombre de lits ML-LD – actuel :			15
Nombre de lits ML-LD – projeté :			10
* Données clientèle à partir des données de l'établissement. ** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.			

EN RÉSUMÉ

- Au global, selon la démographie, sensiblement le même nombre de clients.
- Diminution de lits par augmentation liens avec première ligne.
- L'évolution des volumes est surtout fonction de la démographie et du vieillissement de la population, l'incidence par âge étant relativement stable.

7.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

Le programme de DI est en lutte continuelle contre la stigmatisation de la maladie. Il est ainsi important d'éviter les anciennes approches où l'on isolait la clientèle DI des regards étrangers. La visibilité de la clientèle et la participation de la famille, des amis ainsi que du personnel de l'hôpital à des *barbecues* ou à des fêtes spéciales devraient être orchestrées et encouragées. L'interaction et le contact humain permettent de démystifier la maladie et de faire évoluer les perceptions tout en créant un environnement d'intégration et d'entraide. Par ailleurs, la configuration des services devrait permettre l'accès à des espaces extérieurs sécurisés et à des activités récréatives afin d'offrir à la clientèle DI un environnement humanisé stimulant comme toute autre clientèle de l'hôpital.

L'unité de soins doit être configurée avec des chambres individuelles. Les dernières tendances préconisent un regroupement d'un maximum de six à huit chambres par aile et une distribution de locaux communs de façon à permettre une hiérarchisation d'accès selon le type et la lourdeur de la clientèle par la création de zones sécurisées.

Il est important de prévoir des matériaux de construction solides résistants aux chocs, des finis faciles d'entretien et de désinfection, notamment pour les salles de bains et les lavabos. Par ailleurs, afin d'assurer la sécurité des patients et du personnel, il faut adopter une approche sécuritaire pour fixer et protéger les accessoires et mobiliers tels les chaises, télévisions, rideaux, tableaux muraux, etc.

L'accessibilité à des espaces extérieurs, la création de milieu de vie « normalisant » et l'intégration de la thérapie par des œuvres d'art sont tous des moyens essentiels afin d'offrir des lieux qui aident à la guérison. Par ailleurs, il est important d'assurer l'accès à des salles d'activités et de permettre à la clientèle, accompagnée par un éducateur, de sortir à de vrais centres sportifs afin de favoriser la réintégration sociale du patient et de développer la tolérance et la solidarité de la communauté.

Pour la clientèle de réadaptation Phoenix, il est important de prévoir des locaux dédiés à de nouvelles activités, telle la menuiserie, pour varier les services offerts aux patients selon la capacité de chacun et aller même jusqu'à leur intégration dans de vraies entreprises telles IGA.

Deux à trois maisons de transition doivent être créées, à proximité de l'hôpital, afin de préconiser l'apprentissage de l'autonomie de la clientèle (p. ex. : comment se laver, comment s'habiller) et de lui permettre dans un deuxième temps d'intégrer leur milieu social ou les maisons d'accueil.

7.5 Tableau synthèse DI avec comorbidités psychiatriques

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Unité de soins	15 lits	10 lits	Prise en charge par les CSSS lors de problèmes exclusivement physiques et par le CRDI lors de problèmes exclusivement DI.
Atelier de réadaptation	Oui	Oui	Augmentation (démographie).
Cliniques externes	Oui	Oui	Stable.
Maisons dans la communauté	Oui	Oui	Ajout de trois maisons.

8. PROGRAMME DE RÉTABLISSEMENT

8.1 Aperçu général du programme actuel

Le programme de rétablissement est entièrement ambulatoire et comprend plusieurs types d'activités. Il s'agit du suivi clinique résidentiel, des ateliers de travail, de réadaptation, du soutien à l'emploi

(IPS : *individual placement support*) ainsi que la gestion des ressources non institutionnelles. La clientèle est âgée de 18 et plus et souffre de troubles mentaux graves et persistants.

Les intervenants du suivi résidentiel assurent le suivi des patients hébergés dans les ressources gérées par le service d'hébergement de l'Institut Douglas. Les ressources résidentielles sont des ressources de type familial (résidence d'accueil), des ressources intermédiaires (foyers de groupe, appartements supervisés ou ressources de type maison de chambres) et tout autre type de ressources selon l'article 108 de la Loi sur la santé et les services sociaux. Il y a des contrats de service avec des maisons dans la communauté.

Le rôle du centre de réadaptation est de promouvoir la réinsertion dans la communauté (que ce soit scolaire, de travail ou sociale) par la tenue d'activités et l'accompagnement adapté.

Le service de soutien à l'emploi consiste à aider la clientèle à trouver un emploi.

Le mandat des établissements gestionnaires des RI-RTF est vaste et comprend entre autres de :

- recourir aux services d'une RI aux fins de la réalisation de sa mission;
- recourir aux services d'une RTF aux fins de placement;
- recruter et évaluer les RI-RTF en vue de leur reconnaissance par l'Agence;
- élaborer les modalités d'accès, des critères d'admission dans les ressources;
- signer et gérer les contrats types;
- assumer la gestion informatique des RI-RTF à l'aide du SI-RTF, système intégré de gestion.

Le programme de rétablissement a hébergé près de 900 patients en 2007-2008.

8.2 Tendances cliniques et enjeux du futur

Le programme de rétablissement n'a pas d'unité de soins et, comme mentionné précédemment, il dessert une clientèle externe exclusivement.

Ce programme de rétablissement pourrait être complètement transféré dans la communauté. Celle-ci doit s'approprier le rétablissement, planifier les services de première et de deuxième lignes et recommander les soins aigus, lorsque requis.

Le maintien de la clientèle dans la communauté lui permet de préserver, voire même développer son autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD). Il assure une meilleure qualité de vie de la personne. Il permet également aux ressources de première ligne et aux organismes communautaires de connaître la clientèle, de supporter la famille et de prévenir les situations de crise.

Dans le futur, les activités pourraient être regroupées dans un centre où le client de santé mentale viendrait chercher les services.

Ce centre serait ouvert à la clientèle du RUIS, intégrerait la recherche, l'enseignement et offrirait des services de pairs aidants.

Les cliniciens ont des avis divergents quant au rattachement ou non de ce centre avec l'Institut Douglas.

En ce sens, le nom même de l'Institut est remis en question. À titre d'exemples, la clientèle hésite à prendre l'autobus, car c'est indiqué « Hôpital Douglas » sur le devant, ou encore, la clientèle référée des autres hôpitaux pour une consultation sur place hésite à venir à l'Institut Douglas. Il y a un effet sur le patient qui se perçoit plus malade juste à l'idée de venir consulter un intervenant à l'Institut Douglas. Il se dit : « Je suis vraiment au bout du chemin ».

Pour les intervenants du programme rétablissement, il y a un service manquant entre la deuxième ligne et la communauté, il s'agit de la « résidence spécialisée » afin de permettre aux gens présentant des problèmes complexes d'intégrer la communauté graduellement. Elle pourrait être située dans le voisinage « *neighborhood* ».

8.3 Évolution clientèle et projections

Pour le programme de rétablissement, voici l'évolution de la clientèle et la projection pour 2015.

SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE

- Quatre-vingts pour cent de la clientèle du programme est âgée
- de 30 à 64 ans.
- La population de ce groupe d'âge sera croissante d'ici 2015.
- C'est surtout le groupe des 45-64 ans qui sera croissant, celui des 30-44 ans sera relativement stable.

LES AVIS DES GROUPES DE TRAVAIL

- Transfert vers les partenaires et le communautaire.
- Le programme disparait d'ici 2015.

L'incidence et la prévalence de la maladie

- Les activités associées à ce programme sont souvent offertes en première ligne, par des établissements tels que les partenaires CSSS et les organismes communautaires.

ÉPISODES DE SOINS – RÉSULTATS RÉTABLISSEMENT

	2007-2008*	Proj. 2015**	Var. en %
Ateliers	525	0	- %
Cliniques externes	495	0	- %
Centre de jour	130	0	- %
TOTAL du programme	1150	0	- %

* Données clientèle à partir des données de l'établissement.
** Arrimage démographie, avis des groupes de travail et prévalence de la maladie.

EN RÉSUMÉ

- Disparition du programme.
- Transferts vers les partenaires du réseau et la communauté.
- Le Douglas maintiendra ses fonctions de recherche, soutien et enseignement pour ce programme.

8.4 Impacts sommaires sur les ressources et l'environnement architectural

Le programme de rétablissement dessert une clientèle exclusivement externe et ne nécessite aucune infrastructure physique à l'intérieur de l'hôpital. Ceci est aussi vrai pour les bureaux des intervenants qui peuvent être planifiés autant dans l'hôpital que dans un site externe.

Il est souhaitable de prévoir lorsque possible les activités des différents services du programme de rétablissement à même des infrastructures desservant l'ensemble de la communauté locale. Ceci permet d'aider les gens à démystifier la maladie et faire tomber la gêne et les préjugés afin d'intégrer les patients psychiatriques dans leur milieu social naturel avec le soutien de leur communauté.

Enfin, il est important que les instances ministérielles se coordonnent afin de soutenir le développement immobilier de logements adaptés et abordables qui sont essentiels pour la réintégration dans la communauté de la clientèle de santé mentale en rétablissement.

8.5 Tableau synthèse rétablissement

DESCRIPTION	ACTUEL	FUTUR	COMMENTAIRE
Suivi clinique résidentiel	Oui	Non	Transfert complet de toutes les activités vers les partenaires et la communauté.
Atelier de travail, de réadaptation et de soutien à l'emploi	Oui	Non	
Gestion des ressources non institutionnelles	Oui	Non	

8.6 Partenaires communautaires

Les commentaires des partenaires communautaires ont été recueillis de deux manières, d'abord par une rencontre les regroupant et ensuite par un entretien téléphonique auprès du centre de crise afin d'obtenir leur point de vue. Les intervenants de ce dernier étant régulièrement présents à l'Institut, notamment à l'urgence.

Les commentaires supportant la compréhension de la vision du futur par les partenaires communautaires sont présentés ci-dessous. Ils sont de trois ordres : le projet, les espaces et les rôles.

LE PROJET

L'étude de préfaisabilité de l'Institut de santé mentale Douglas a été présentée en groupe dès le début. Des représentants des organismes communautaires étaient présents.

D'entrée de jeu, les partenaires communautaires mentionnent qu'ils sont déjà sollicités pour la réalisation du plan d'action en santé mentale. Leur vision de l'avenir est que les activités vers le communautaire, la première ligne des CSSS va être en augmentation. La désinstitutionalisation va se poursuivre. La clientèle sera de plus en plus supportée dans son milieu de vie et le nombre de jours d'hospitalisation sera à la baisse.

Le projet facilitant l'intégration réelle de tous les intervenants est très bien vu des partenaires communautaires et démontre une intention de collaboration dans un continuum.

LES ESPACES

D'entrée de jeu, les intervenants déplorent le manque d'espace lorsqu'ils sont sur place. Il n'y a pas d'endroit prévu pour des rencontres avec les patients ou les familles avec comme impact un bris de confidentialité.

Parfois, entre deux rencontres, les intervenants ont du temps d'attente et ne peuvent faire des appels, prendre leurs messages ou encore dîner sur place. Un espace pour plusieurs partenaires communautaires pourrait très bien convenir.

Selon l'évolution technologique, le besoin d'avoir accès au dossier patient électronique ou à certaines sections faciliterait le suivi auprès de la clientèle.

Le centre de crise devrait avoir un espace dédié à proximité de l'urgence. Ce service est souvent sollicité.

Certains commentaires concernant les espaces pour les patients ont été émis :

- les patients devraient avoir des chambres privées. La cohabitation en chambres semi-privées compromet la quiétude de la clientèle. Certains n'arrivent pas à dormir parce qu'ils ont peur de l'autre ou encore parce que l'un des deux veut de la lumière et l'autre n'en veut pas;
- les espaces alloués à l'urgence sont décrits ainsi : « ça fait pitié »;
- les salles de bains, toilettes et douches devraient être privées;
- il y a un manque de logements supervisés, il pourrait y en avoir 10 à 15 fois plus. Cette ressource en gère actuellement 12. La transition vers des logements supervisés est appréciée par les patients qui se prennent en charge moyennant une ou deux visites par semaine;
- les patients aimeraient avoir la possibilité d'accéder à l'internet.

D'un point de vue promotion des services, les intervenants aimeraient avoir un espace centralisé où ils peuvent laisser leurs brochures ou dépliants à l'Institut même.

Globalement, les intervenants communautaires conviennent que les espaces actuels de l'Institut n'obtiennent pas une bonne cote de la clientèle. Certains patients se privent d'aller consulter pour ne pas avoir à aller dans un endroit aussi peu attrayant ou même d'y être vu. L'endroit devrait comporter un caractère anonyme, ne catégorisant pas la

clientèle, cela devrait être propre et beau. Des accès à des jardins intérieurs et à des zones communes à tous réduirait l'effet de stigmatisation à laquelle est confrontée la clientèle psychiatrique. En deux mots, tel que mentionné par les partenaires, l'environnement devrait être normalisant et convivial.

En dernier lieu, au sujet des espaces, il a été émis par une personne, qu'un des bâtiments qui ne serait plus utilisé pourrait laisser place à un musée sur l'évolution de la psychiatrie à travers les temps. La population pourrait visiter ce centre historique et mieux comprendre l'évolution. Ce thème n'a pas été discuté en groupe.

LES RÔLES

Les intervenants reconnaissent l'importance du communautaire dans le continuum. Pour faciliter, les échanges, ils apprécieraient avoir davantage de liens avec les intervenants de l'Institut. Ce pourrait être de la formation mutuelle. Il y a une méconnaissance dans les rôles de chacun. Le rapport de collaboration doit être amélioré. À titre d'exemple, les intervenants communautaires aimeraient être invités lorsqu'il y a des rencontres interdisciplinaires concernant un patient sous leur supervision et surtout, afin de mieux planifier le congé, ceci afin d'arrimer la transition. De plus, la famille pourrait avoir une plus grande place dans les discussions. Après tout, ce sont eux qui sont aux prises avec la réalité quotidienne et font office de réseau de soutien.

Un manque de connaissance du fonctionnement du patient dans la communauté pourrait amener les intervenants de l'hôpital à surprotéger le patient qui est capable de se prendre en charge sur plusieurs plans.

Les intervenants communautaires seront toujours aussi présents dans la communauté et augmenteront leur présence auprès de la clientèle à l'Institut, auprès des services cliniques et poursuivront leurs activités avec la recherche.

ANNEXE I – Liste des participants par groupe

GROUPE 1 - SANTÉ MENTALE POUR ADULTE ET PROGRAMME THAI

Nom	Titre	Département
Andrée Roy	Chef de programme Chef clinico-administrative	Programme santé mentale pour adulte Programme THAI Clinique externe
Benoît Maréchal	Chef clinico-administratif	Unité d'admission
Carlos Dias	Chef clinico-administratif	Module d'évaluation liaison Hôpitaux de jour
Danièle Choinière	Chef clinico-administrative	Unité des soins intensifs Urgence
Dr Hani Iskandar	Chef médical	Unité des soins intensifs Urgence
Marie-Andrée Proulx	Assitante infirmière-chef	Urgence
Michel Perreault	Chercheur	Direction des activités cliniques, de transfert de connaissances et d'enseignement
Nancy Poirier	Psychologue	Programme troubles bipolaires Programme THAI

GROUPE 2 - PÉDOPSYCHIATRIE ET TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nom	Titre	Département
Christiane Jolicoeur	Ergothérapeute	Programme troubles de l'alimentation
Dorita Shemie	Travailleuse sociale	Programme troubles de l'alimentation
Dr Howard Steiger (représenté par Miriam Yaffe)	Chef de programme et Chef médical	Programme troubles de l'alimentation
Dr Jean-François Bélair	Chef médical	Programme d'intervention intensive, pédopsychiatrie
Marie-José Ouellet	Psychologue	Programme de pédopsychiatrie Programme troubles de l'alimentation
Miriam Yaffe	Travailleuse sociale	Programme troubles de l'alimentation
Dr Natalie Grizenko	Chef médicale	Programme de pédopsychiatrie Programme des troubles graves de comportement
Tiffany Johnston	Infirmière bachelière	Hôpital de jour
Yvonne Hindle	Chef de programme et chef médicale Chef clinico-administrative	Programme de pédopsychiatrie Services ado (13-17 ans) Programme d'intervention intensive, pédopsychiatrie

GROUPE 3 - GÉRONTOPSYCHIATRIE ET PROGRAMME DE RÉTABLISSEMENT

Nom	Titre	Département
Amine Saadi	Chef clinico-administratif par intérim	Unité de réadaptation intensive
Bartholomew Crago	Chef clinico-administratif	Services d'hébergement spécialisé et surspécialisé
Dolly Dastoor	Chef clinico-administrative	Programme démence avec comorbidité psychiatrique - Centre Moe Levin
Johanne Dubé	Chef de programme et chef clinico-administrative	Programme de gérontopsychiatrie
Luc Valiquette (en remplacement de la Dr Rajah)		
Lynn Hewitt	Chef de programme Chef clinico-administrative	Programme de rétablissement Ressources résidentielles
Maritza Obando Paredes	Chef clinico-administrative	Unité de réadaptation psychosociale
Nathalie Roberge	Ergothérapeute	Admission
Patrizia J. Kaouk	Ergothérapeute	Centre Wellington
Sheilagh Cahill	Travailleuse sociale, équipes résidentielles	Programme de rétablissement
Trudy Crook	Agent de relations humaines	Ressources résidentielles
Dr Vasavan Nair	Psychiatre et chef médical	Programme démence avec comorbidité psychiatrique - Centre Moe Levin
Victoire Massamba	Infirmière	Programme de gérontopsychiatrie

GROUPE 4 - TROUBLES PSYCHOTIQUES ET DI AVEC COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE

Nom	Titre	Département
Carlos Venegas	Chef clinico-administratif	Programme de réadaptation intensive Programme des troubles psychotiques
Christian Larrivée	Chef de service	Clinique externe DI
Dr David Bloom	Chef médical	Programme des troubles psychotiques Programme DI avec comorbidité psychiatrique
Dawn Robitalle	Éducateur	Programme DI avec comorbidité psychiatrique
Deborah Nasheim	Chef de programme	Programme DI avec comorbidité psychiatrique
Evangeline Smith	Chef clinico-administrative	PEPP-Montréal et Services ambulatoires Programme des troubles psychotiques
Ina Winkelman	Chef clinico-administrative par intérim	Unité de traitement des psychoses Programme THAI
Michel Laverdure	Chef de programme	Programme des troubles psychotiques
Noël Parise	Infirmier	Unité d'admission DI
Robert Quartz		

GROUPE 5 - ENSEIGNEMENT

Nom	Titre	Département
Axel Van Leeuw	Chef de service	Service informatique
Carole Nadeau	Coordonnatrice	Bureau de coordination de l'enseignement et de la formation
Charles-Édouard Carrier	Chef de service Responsable	Plateaux techniques et diagnostics spécialisés Service de télésanté
Claudine Allard	Conseillère en soins infirmiers	Enseignement et développement de la pratique professionnelle
Gilbert Groleau	Chef de secteur	Technologies de l'information
Hélène Laberge	Chef de service Chef professionnelle	Service des archives, d'accueil et d'admission Service des activités thérapeutiques et de physiothérapie Ergothérapie
Hélène Racine	Directrice	Soins infirmiers
Jesney François	Conseiller en soins infirmiers	Direction des soins infirmiers
Dr Joanne Joly	Directrice	Affaires académiques
Johanne Roy	Conseillère clinique en soins spécialisés	Direction des soins infirmiers
Marie-Gabrielle Ayoub	Conseillère-cadre en communications interactives	
Martine Abra	Agente de planification, programmation et recherche	Centre diagnostic
Pedro Villagran	Conseiller, amélioration continue de la qualité et gestion des risques	Direction de la Qualité
Suzie Grégoire	Chef de service	Bureau de coordination de projets

GROUPE 6 - RECHERCHE

Nom	Titre	Département
Anne Crocker	Chercheuse Professeure adjointe	Institut Douglas Département de psychiatrie, Université McGill
D[r] Ashok Malla	Directeur Chef médical Professeur	Division de recherche clinique PEPP-Montréal Programme des troubles psychotiques Département de psychiatrie, Université McGill
Dominique Walker	Directrice Co-directrice Professuer agrégée	Division de recherche en neurosciences Axe THAI Centre d'études sur le stress humain Départements de psychiatrie et d'anatomie et biologie cellulaire
D[r] Gustavo Turecki	Directeur Chef médical Professeur agrégé	Groupe McGill d'étude sur le suicie Programme des troubles dépressifs et suicidaires Départements de psychiatrie, de génétique humaine, et de neurologie et neurochirurgie
Jens Pruessner	Directeur	Vieillissement et maladie d'Alzheimer
Jocelyne Lahoud	Directrice administrative	Centre de recherche
Michael Meaney	Directeur associé à la recherche	Conseil d'administration
Rémi Quirion	Directeur scientifique	Centre de recherche
D[r] Ridha Joober	Directeur	Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux
D[r] Serge Beaulieu	Chef médical	Programme THAI Programme des troubles bipolaires
Suzanne King	Directrice	Recherche psychosociale

Conseil en immobilisation & management inc.
CERTIFIÉ ISO 9001

Montréal
440, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1700, Montréal (Québec) H2Z 1V7
T 514 393-4563 **F** 514 393-4598

Québec
2960, boul. Laurier, bureau 208, Québec (Québec) G1V 4S1
T 418 657-4547 **F** 418 657-4761

Courriel : conseillers@cim-conseil.qc.ca
Internet : www.cim-conseil.qc.ca