

LE RÉTABLISSEMENT :
DE LA COMMUNAUTÉ AU CERVEAU



DÉMARCHE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Nicole Germain, adjointe au directeur général, Hôpital Douglas
Jocelyne Lahoud, directrice administrative
du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

RÉDACTION ET TRADUCTION

Nicole Germain

CONCEPTION GRAPHIQUE ET INTERACTIVE / ILLUSTRATIONS

Bivouac Studio

PHOTOGRAPHIES

Bivouac Studio
Romualdo Barillaro

IMPRESSION

IB impression de beauce inc.


COORDINATION DE LA PUBLICATION

Direction générale

HÔPITAL DOUGLAS

- ✉ 6875, boulevard LaSalle
Montréal, Québec H4H 1R3
- ☎ (514) 761-6131, poste 2759
- 📄 (514) 762-3043
- @ direction.generale@douglas.mcgill.ca
- 🌐 www.douglas.qc.ca



Centre collaborateur OMS de
Montréal pour la recherche
et la formation en santé mentale 



AVANT-PROPOS

Au nom de l'Hôpital Douglas, du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et de la Fondation de l'Hôpital Douglas, des conseils d'administration, du personnel, des professionnels, des scientifiques, des patients et de toutes les personnes qui y oeuvrent, nous sommes fiers de présenter le Plan stratégique 2006-2010. Ce plan énonce les valeurs et les engagements de la communauté de l'Hôpital Douglas, clarifie sa vision et établit les grandes orientations qui guideront nos actions au cours des prochaines années.

Notre vision « Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau » est ambitieuse. Elle s'appuie sur un partenariat solide, tant à l'interne qu'avec les collaborateurs externes. Elle soutient une nouvelle philosophie de soins qui interpelle tous les intéressés à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de maladie mentale et à promouvoir leur autonomie et leur plein épanouissement. Elle exige également de lutter contre la stigmatisation – par l'amélioration des connaissances issues de la recherche et par des projets d'éducation publique – dans l'espoir que les personnes souffrant de troubles mentaux demanderont de l'aide plus rapidement, augmentant de ce fait le potentiel de recouvrer la santé. Elles pourront ainsi plus facilement retourner dans leur milieu de vie naturel et assumer un rôle productif dans la communauté.

Le Plan stratégique 2006-2010 clarifie les raisons qui motivent les changements annoncés, lesquels sont essentiels dans le contexte en bouleversement du réseau de la santé. Notons en particulier la réforme du système de santé, le Plan d'action en santé mentale (PASM) du ministère de la Santé et des Services sociaux, le rapport Kirby sur les stratégies nationales ainsi que les enjeux économiques, scientifiques et académiques. Finalement, le plan décrit les grandes orientations qui guideront ces changements. Elles sont :


- 1. Exiger l'excellence et l'intégration des activités cliniques, d'enseignement et de recherche :** Cette approche intégrative s'inscrit dans la philosophie d'organisation apprenante, d'interdisciplinarité et d'amélioration continue. Elle appelle à une synergie renouvelée.
- 2. Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale :** Cette orientation s'inscrit dans un effort de déstigmatisation et de partenariat au Québec, au Canada et même à l'échelle internationale, et s'appuie sur le leadership des membres de notre organisation.
- 3. Consolider la culture axée sur les résultats :** C'est miser sur l'excellence et consolider les efforts de rigueur pour atteindre les résultats visés dans un contexte de rationalisation des ressources.

Les défis qui nous attendent annoncent des choix difficiles, mais le calibre de nos ressources et nos valeurs d'excellence et d'innovation fondées sur l'engagement, la collaboration et l'éducation augurent bien pour l'avenir. Ces valeurs, une vision claire et le partenariat en toile de fond nous permettront de faire face à ces défis et de conjuguer toutes nos énergies pour améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec la maladie mentale.


Au nom des conseils d'administration des trois établissements, nous tenons à remercier Nicole Germain, adjointe au directeur général, et Jocelyne Lahoud, directrice administrative du Centre de recherche, pour avoir piloté ce projet de main de maître. Ce Plan stratégique est le fruit d'une vaste consultation et d'une collaboration soutenue entre l'Hôpital, le Centre de recherche et la Fondation. Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont participé à cet exercice essentiel pour l'avenir de la communauté de l'Hôpital Douglas.



Claudette Allard
Présidente du conseil d'administration
de l'Hôpital Douglas



Maurice Forget, C.M.
Président du conseil d'administration
du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas



Marie Giguère
Présidente du conseil d'administration
de la Fondation de l'Hôpital Douglas



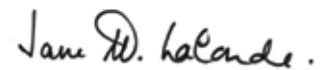
Jacques Hendlisz
Directeur général
de l'Hôpital Douglas



Rémi Quirion, Ph.D., FRSC, C.O.
Directeur scientifique
du Centre de recherche
de l'Hôpital Douglas



Jocelyne Lahoud, M.G.P.
Directrice administrative
du Centre de recherche
de l'Hôpital Douglas



Jane H. Lalonde
Présidente et chef de
l'exploitation de la Fondation de
l'Hôpital Douglas

The background is a textured, mottled orange color. Overlaid on this is a network of white dashed lines that intersect and cross each other. Many of these lines terminate in small white arrowheads, pointing in various directions across the page. The overall effect is that of a complex, abstract path or a network diagram.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
LE DOUGLAS EN BREF	
Un mot d’histoire – <i>Il faut savoir d’où l’on vient pour savoir où l’on va</i>	5
Contexte organisationnel	6
Le Douglas au quotidien	7
POURQUOI CHANGER? – Contexte, enjeux et défis	
Pour consolider le partenariat et s’arrimer à la réforme du système de santé et au Plan d’action en santé mentale 2005-2010 (PASM)	9
Pour améliorer la qualité de vie des personnes que nous servons	10
Pour améliorer l’organisation des services en réponse aux besoins de la clientèle	15
Pour créer un environnement de travail stimulant et sensible aux besoins des ressources humaines dans un contexte de changement	19
Pour optimiser l’alignement et l’intégration scientifique et académique	20
Pour améliorer l’utilisation des ressources	21
COMMENT CHANGER? – Le Plan stratégique 2006-2010	
Plan stratégique 2006-2010	24
Vision	26
Valeurs et engagements	27
Mission et mandat	28
Orientations et objectifs stratégiques	29
1. Exiger l’excellence et l’intégration des activités cliniques, d’enseignement et de recherche	30
2. Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale	31
3. Consolider la culture axée sur les résultats	32
ANNEXES	
Lexique	35
Processus de planification stratégique et remerciements	36
Résumé de l’atteinte des objectifs 2001-2005	41
Faits saillants des dernières années	45

INTRODUCTION

LE DOUGLAS EN BREF

POURQUOI CHANGER?

COMMENT CHANGER?

ANNEXES



.01 INTRODUCTION

VISION

Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau.

VALEURS

Le Douglas valorise l'**excellence** et l'**innovation** fondées sur l'**engagement**, la **collaboration** et l'**éducation**.

ENGAGEMENTS

Le Douglas s'engage à :

- ▶ Être une organisation apprenante qui inspire la fierté et un sentiment d'appartenance;
- ▶ Être passionné dans la recherche de l'excellence et de la qualité;
- ▶ Agir en fonction de l'atteinte des résultats en misant sur des données probantes;
- ▶ Inspirer l'émergence d'idées et l'innovation pour améliorer les soins et les services;
- ▶ Être un milieu interdisciplinaire qui stimule le partenariat et le partage des connaissances;
- ▶ Améliorer l'état de santé mentale des populations par le développement de projets à l'échelle internationale;
- ▶ Être engagé dans la lutte contre la marginalisation des personnes souffrant de maladie mentale.

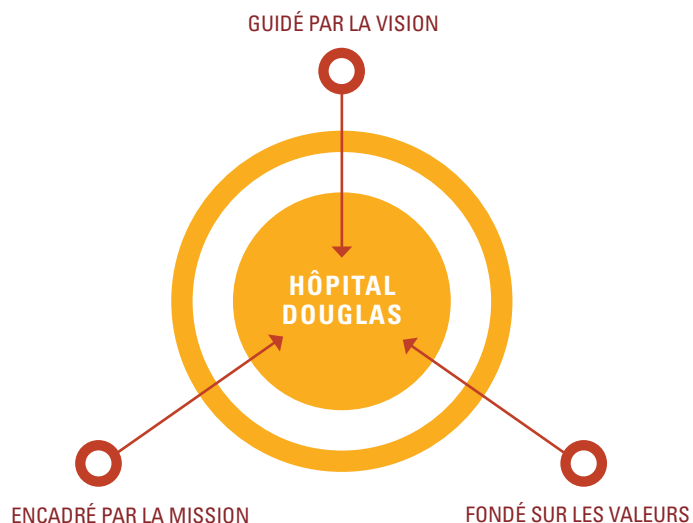
Pour la première fois de son histoire, l'Hôpital Douglas se dote d'un Plan stratégique intégré qui consolide les orientations des trois champs d'activités qui le compose, soit : l'Hôpital, le Centre de recherche et la Fondation. Une intégration d'autant plus importante que chacune des trois composantes qui constituent notre mandat relève d'un ministère différent :

- ▶ Soins et services : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- ▶ Recherche : ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation;
- ▶ Enseignement : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

L'Hôpital Douglas évolue donc dans un environnement complexe et en pleine turbulence structurelle. Une planification judicieuse et claire est donc essentielle dans ce contexte. Le Plan stratégique intégré 2006-2010 vient donc décrire la vision et les valeurs qui guideront nos décisions pour les prochaines années. Ce plan clarifie le contexte organisationnel et fait état des bouleversements dans l'environnement externe qui rendent nécessaires les changements qu'annonce le plan pour les quatre prochaines années. Il énonce, à un niveau stratégique, les orientations et les objectifs qui permettront d'atteindre notre vision : **Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau.** Cette vision interpelle toutes les composantes de la société, du système de santé ainsi que des milieux scientifiques et académiques et elle appelle à la collaboration de tous les acteurs.

À titre d'Institut universitaire en santé mentale, membre du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill), notre plan s'inscrit parfaitement dans les priorités identifiées par l'université dans son Livre blanc sur l'avenir de l'Université McGill. Le Centre collaborateur OMS¹ de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale, dont les bureaux sont situés à l'Hôpital Douglas, partage entièrement l'énoncé de mission, notre vision et nos valeurs ainsi que nos orientations et objectifs, et constitue un partenaire engagé de notre réussite.

Le Plan stratégique est le fruit d'une collaboration soutenue et d'une vaste consultation auprès de patients et de leur famille, de cliniciens, de chercheurs, de gestionnaires, de partenaires des secteurs de la santé, de l'enseignement et de la recherche, ainsi que des autorités régionales et ministérielles. C'est grâce à la participation de chacun d'entre eux que nous avons été en mesure de mieux cerner les enjeux dans notre environnement externe et d'évaluer les forces et les défis de notre environnement interne. Le plan s'inscrit donc dans la lignée du Plan d'action en santé mentale (PASM) et de la réforme du système de santé mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux.



Cette concertation nous a permis de clarifier notre rôle dans la hiérarchisation des services et de cibler notre vision et les orientations qu'elle sous-tend pour les quatre prochaines années. Le Plan stratégique guidera ainsi l'élaboration des plans d'action opérationnels qui seront établis sur une base annuelle et il nous permettra également d'identifier les priorités de développement, de réorganisation et d'allocation des ressources au cours de cette période.

Comme notre vision l'annonce, toutes nos actions ont pour but d'améliorer la santé mentale et la qualité de vie des personnes que nous servons et de la population.

Un gage de succès : une vision claire, des valeurs solides et un engagement inébranlable.

1 OMS : Organisation mondiale de la santé.

INTRODUCTION

LE DOUGLAS EN BREF

POURQUOI CHANGER?

COMMENT CHANGER?

ANNEXES



.02

LE DOUGLAS EN BREF

UN MOT D'HISTOIRE – IL FAUT SAVOIR D'OU L'ON VIENT POUR SAVOIR OU L'ON VA

Fondé en 1881 par Alfred Perry, le « Protestant Hospital for the Insane » devient, en 1965, l'Hôpital Douglas. Il est construit sur le site de 150 acres qu'il occupe toujours aujourd'hui. Le premier patient a été admis en juillet 1890 et depuis, l'Hôpital n'a cessé de se consacrer à mieux comprendre et traiter les maladies mentales.

Depuis sa fondation jusqu'à nos jours, l'Hôpital a dû constamment s'appuyer sur la communauté pour assurer son développement. N'étant pas dirigé par une communauté religieuse, comme c'est le cas de la plupart des hôpitaux francophones, il fallait donc compter davantage sur la générosité du public et sur le bénévolat, traditions qui se sont transmises jusqu'à nos jours et qui ont donné lieu à la création des Auxiliaires-bénévoles, en 1959, et de la Fondation de l'Hôpital Douglas, en 1971. Cette culture d'ouverture et de partenariat avec la communauté a d'ailleurs permis d'assurer le succès de différentes initiatives de réinsertion sociale.

Reconnu comme centre d'excellence, l'Hôpital s'est affilié à l'Université McGill en 1946. Ses programmes d'enseignement sont reconnus et accueillent de plus en plus d'étudiants de toutes les disciplines associées à la santé mentale. Innovateur, l'Hôpital a toujours été à l'avant-garde de la psychiatrie moderne. C'est le Douglas qui, en 1953, a introduit sur le continent le premier traitement médicamenteux des psychoses, lequel a engendré l'introduction d'approches de moins en moins restrictives et qui a permis d'amorcer la désinstitutionnalisation au milieu des années 60. C'est aussi à cette époque que l'Hôpital prend l'initiative de tenter de comprendre les mécanismes biologiques du cerveau pour expliquer, dans une certaine mesure, les causes des maladies mentales. Chef de file de la recherche sur les maladies mentales, le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas est officiellement créé en 1979 et jouit d'une renommée internationale croissante. Il devient centre collaborateur de l'OMS en 1982.

Voulant offrir des traitements à la fine pointe du progrès et les plus normalisants possible le Douglas a été le premier à mettre en place une clinique « post-cure » dans la communauté et une résidence « à mi-chemin » pour la réadaptation sociale des patients. Témoignant de l'importance qu'il accorde à la qualité

l'Hôpital Douglas est aussi, en 1967, le premier établissement psychiatrique du Canada à être accrédité par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Pour assurer le succès de ses objectifs de réinsertion et fort de ses liens avec la communauté, l'Hôpital a également investi dans la communauté en accordant des subventions de démarrage à différents organismes voués à la cause des malades mentaux. Ces organismes se sont développés et continuent encore de participer au succès de la réinsertion sociale des patients dans la communauté. Accompagnée d'une augmentation importante des services de consultation externe et de réadaptation, la clientèle hospitalisée ne cesse de diminuer depuis : alors qu'elle atteignait un sommet de plus de 1840 patients hospitalisés en 1966, il n'y en a plus maintenant que 254, tandis que la clientèle suivie en externe atteint 8944 patients. Ces réussites ne sauraient être possibles sans nos ressources humaines expertes, dévouées et engagées.

Le rythme des changements s'est accéléré dans le réseau de la santé au cours des dernières années. Le contexte économique difficile, le manque de ressources et l'augmentation de la demande exercent des pressions de plus en plus importantes sur l'Hôpital. En effet, au cours des dix dernières années, l'Hôpital a connu une augmentation de 47 % de son bassin de desserte, tout en subissant des coupures de l'ordre de dix millions de dollars, en plus d'investir un montant additionnel de quatre millions de dollars dans les services externes. Il s'agit d'une réorganisation de 20 % des ressources qui a été réussie en maintenant l'équilibre budgétaire. Cette réussite est d'autant plus significative qu'elle a été accompagnée de changements importants dans les ressources humaines, dans la foulée des départs massifs à la retraite de nombreux employés et des mutations et transferts que cela a engendrés.

Tous ces changements et un environnement externe turbulent ont entraîné une remise en question des modes d'organisation. Ainsi, en 1999, l'Hôpital a opté pour de nouvelles structures, et a enclenché plusieurs virages qui bouleversent les façons de faire. Parmi ces changements majeurs, citons le déploiement d'une gestion par programme et la mise en place d'une formule de cogestion aux différents niveaux hiérarchiques

pour soutenir la structure choisie. Le MSSS, reconnaissant notre leadership, nous désignait à titre d'Institut universitaire en santé mentale au printemps 2006.

L'histoire de l'Hôpital Douglas s'est façonnée à partir de valeurs qui mettent en lumière l'excellence dans les pratiques, l'innovation dans les programmes d'enseignement et la contribution importante de la recherche à l'avancement et au partage des connaissances en santé mentale. Elle démontre également l'importance de la participation des patients, de leurs proches et la contribution des intervenants et des partenaires dans la lutte aux problèmes de maladie mentale. Ces valeurs partagées forment le tissu même de l'Hôpital, la trame de fond de la culture organisationnelle. Elles guident les orientations et les actions.

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

La structure organisationnelle est le reflet de la stratégie adoptée pour mener à bien la vision et la mission. C'est aussi le moteur qui permet d'actualiser les valeurs et la philosophie de gestion. L'Hôpital a opté pour une **gestion par programme** (programmes-clientèles) qui met l'accent sur l'élaboration d'un ensemble de processus de soins visant l'atteinte de résultats identifiés et fondés sur cinq principes spécifiques :

- ▶ **L'orientation client** place le patient au centre de nos préoccupations. Chaque programme est centré sur un type de clientèle donné et non sur un acte thérapeutique.
- ▶ **L'orientation résultats** vise à définir clairement des indicateurs de résultats associés à la manifestation de conséquences souhaitables pour la clientèle traitée.
- ▶ La **décentralisation du pouvoir et des ressources** responsabilise les équipes et favorise l'autonomie de gestion et l'utilisation judicieuse des ressources disponibles pour atteindre les résultats visés.
- ▶ **L'interdisciplinarité** implique une reconnaissance explicite de la complémentarité des diverses expertises dans l'atteinte des résultats visés, car ce sont les équipes interdisciplinaires qui sont responsables des processus et des résultats qui en découlent. Ainsi, l'évaluation

de la performance doit tenir compte des résultats de l'équipe et non seulement du rendement individuel.

- ▶ **L'amélioration continue** sous-tend que les résultats obtenus constituent la base d'ajustements continus des pratiques déployées pour atteindre ces résultats, et que l'équipe recherche constamment de nouvelles normes d'excellence.

De son côté, le Centre de recherche a opté pour une structure par axes de recherche, organisée autour de problématiques spécifiques, qui vise à maximiser les synergies et la concertation dans l'atteinte des résultats de recherche ainsi que le potentiel de découvertes.

Pour assurer la gestion clinique et de recherche, le Douglas a opté pour une approche en **cogestion**. La gestion d'un programme nécessite à la fois une maîtrise du processus thérapeutique/scientifique et une capacité à gérer de nombreuses ressources professionnelles et techniques qui contribueront à ce processus. Ces différents champs d'expertise sont rarement présents chez une seule personne. Ainsi, l'ensemble des responsabilités, rôles et tâches est partagé entre deux individus qui visent l'atteinte d'objectifs.

Finalement, le concept clé que sous-tend la philosophie de gestion à l'Hôpital Douglas et au Centre de recherche est celui d'une **organisation apprenante** qui se définit comme une organisation apte à résoudre systématiquement ses problèmes, à expérimenter de nouvelles approches, à apprendre de son histoire et de ses expériences passées, à apprendre des pratiques éprouvées et des expériences des autres et, finalement, à transmettre les connaissances rapidement et efficacement à travers l'organisation. Il s'agit ici de saisir l'opportunité qui se présente pour mettre en place des mécanismes qui permettent à l'organisation d'apprendre à apprendre.

Convaincus que la structure influence le comportement, nous avons par conséquent mis en place une structure qui est propice à la consolidation d'une organisation apprenante et qui permet de mieux accomplir notre mission et notre vision.

LE DOUGLAS AU QUOTIDIEN

À chaque jour au Douglas :

12	personnes se présentent à l'Urgence
233	patients occupent des lits
63	intervenants effectuent des visites à domicile chez nos patients
271	clients participent à nos activités de réadaptations
63	patients reçoivent des soins dans nos hôpitaux de jour
340	personnes sont vues dans nos cliniques externes
215	étudiants ou stagiaires apprennent de nos experts ou scientifiques
861	clients sont hébergés dans des ressources résidentielles affiliées à l'Hôpital
129	demandes d'expertise/consultation sont traitées par nos intervenants
778	personnes visitent notre site web
8214	courriels sont acheminés aux utilisateurs du réseau
45	personnes soumettent une demande d'emploi pour se joindre à nos effectifs
84	paiements sont faits à différents fournisseurs
300	tests de laboratoire sont traités
2500	médicaments sont distribués
685	repas sont préparés

INTRODUCTION

LE DOUGLAS EN BREF

POURQUOI CHANGER?

COMMENT CHANGER?

ANNEXES



.03 POURQUOI CHANGER? CONTEXTE, ENJEUX ET DÉFIS

1^{RE}, 2^E ET 3^E LIGNES :

1^{RE} LIGNE : universellement accessible, elle sert à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Elle est à la fois la porte d'entrée, un lieu de diagnostic, de traitement et de réadaptation pour toute la population. Elle satisfait à 70 % de la demande et sert de lieu intégrateur des soins offerts à un individu. Ces services sont offerts par les CSSS, les organismes communautaires, les médecins et autres intervenants en cabinet privé, etc.

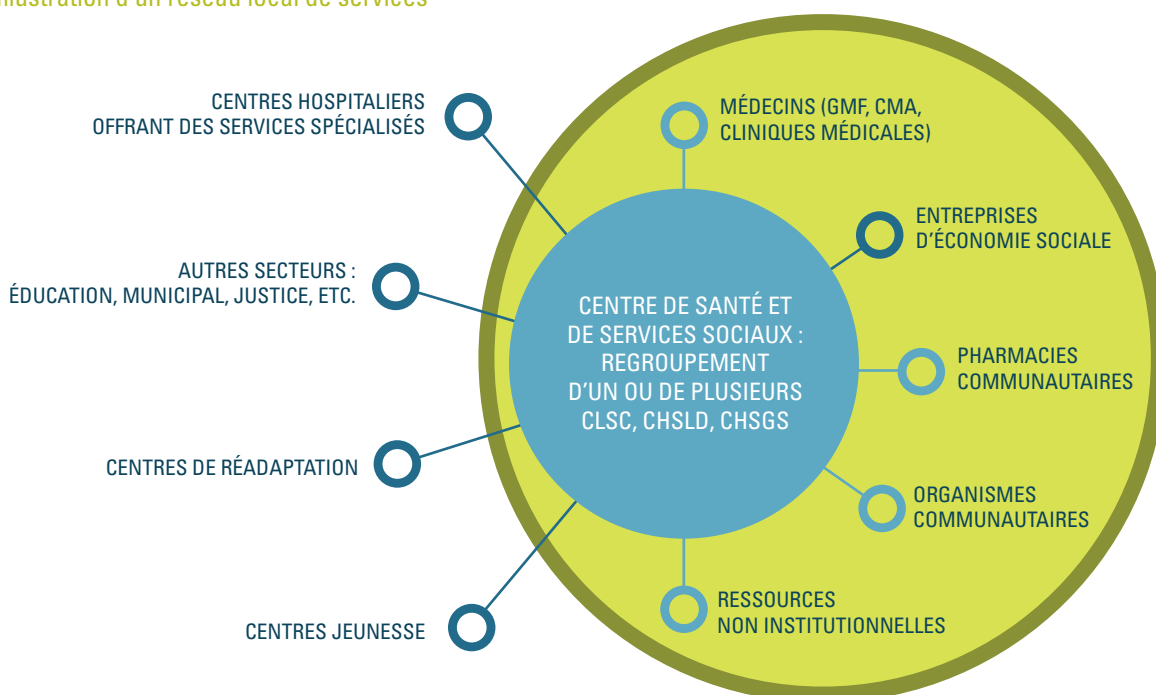
2^E LIGNE : soutient les services de 1^{re} ligne. Principalement sur référence, les services de 2^e ligne sont offerts par les CSSS, certains organismes communautaires et tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques. Les services de 2^e ligne sont : évaluation et traitement spécialisés, hospitalisation, suivi intensif et soutien spécialisé pour enfants et jeunes. Ils permettent de résoudre des problèmes complexes et répondent à 29 % de la demande.

3^E LIGNE : en soutien aux services de 1^{re} et de 2^e lignes, ces services sont offerts strictement sur référence. Ils s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte en 2^e ligne, ce qui représente environ 1 % de la demande. Ces services sont déterminés par le MSSS, identifiés par les RUIS et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires.

POUR CONSOLIDER LE PARTENARIAT ET S'ARRIMER À LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ ET AU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 (PASM)

En 2003, le gouvernement du Québec a instauré une nouvelle organisation des services de santé et des services sociaux fondée sur la **responsabilité populationnelle** et sur la **hiérarchisation des services**. Suivant ces principes, la sectorisation en santé mentale a été abolie et de nouveaux réseaux locaux ont été mis en place, chacun étant doté d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS). La figure 1 illustre l'organisation de ces réseaux et les interactions entre le CSSS et les autres éléments du réseau. Les CSSS ont une responsabilité collective envers la population de leur territoire et deviennent ainsi la porte d'entrée.

Figure 1 : Illustration d'un réseau local de services



La réforme prévoit également la mise en place de réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) responsables de la provision des services surspécialisés de 3^e ligne. L'Hôpital Douglas, à titre d'Institut universitaire en santé mentale affilié au RUIS McGill, n'est pas intégré à un CSSS, mais constitue un des partenaires qui gravitent autour de celui-ci.

► La **responsabilité populationnelle** : Contrairement au modèle conventionnel, qui est fondé sur la maladie et la réponse aux besoins qu'elle suscite, la responsabilité populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Cette approche accorde donc une plus grande importance aux déterminants de la santé et à la prévention. À cet égard, elle vise à

coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services. Enfin, elle suppose que les autorités régionales et locales ont une responsabilité vis-à-vis la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés, et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie.

► La **hiérarchisation des services** : Ce principe vise à garantir une meilleure complémentarité des services et à faciliter le cheminement du patient entre les services de 1^{re}, 2^e et de 3^e lignes : il s'agit de s'assurer que le bon service soit offert à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et par le bon dispensateur de services.

La santé mentale, une priorité

Avec le **Plan d'action en santé mentale 2005-2010** (PASM), le gouvernement affirme son intention de faire de la santé mentale une priorité et prend des engagements importants à cet égard. Le PASM définit comment les soins et les services de santé mentale doivent désormais s'organiser dans le contexte de la réforme. Les changements apportés à l'organisation des services permettront de mieux répondre aux besoins de ceux et celles, jeunes et moins jeunes, qui vivent avec un problème de santé mentale. Le PASM a été conçu afin de canaliser les énergies de l'ensemble des intervenants du secteur de la santé mentale, et de favoriser l'ouverture et l'accueil à l'égard des personnes atteintes.

Toutes les actions posées en santé mentale visent le rétablissement et l'appropriation du pouvoir sur soi. Le PASM répond à la nécessité d'adapter les services en fonction des besoins spécifiques de chacun. Il présente une vision qui inclut des éléments relatifs à la prévention et à la promotion de la santé. Le partenariat entre les différents intervenants dans le respect des approches et des valeurs de chacun est une clé du succès de l'ensemble des dimensions du PASM. En outre, le système de santé mentale est appuyé par des activités de recherche, de suivi, d'évaluation, de formation et d'information.

Cheminement dans le système hiérarchisé La figure 2 illustre le cheminement d'un enfant ou d'un adulte pour accéder aux services de santé mentale, à partir de la communauté. La collaboration et le partenariat sont la base du modèle.

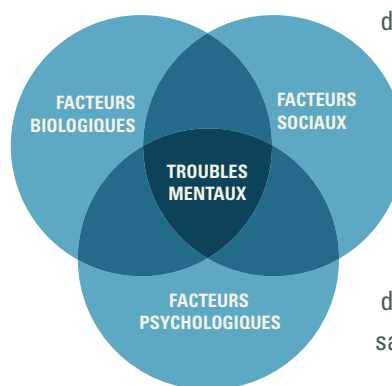
Soins partagés et partenariat 1^{re} et 2^e lignes : L'Hôpital Douglas est appelé à travailler en étroite collaboration avec le CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine et le CSSS Sud-Ouest-Verdun par le biais de son Programme de soins partagés. L'objectif est de fournir à la 1^{re} ligne le soutien nécessaire afin qu'elle puisse pleinement assumer son rôle, tout en assurant un lien continu avec les services de 2^e ligne que nous offrons. C'est notre capacité à travailler en équipe et à être à l'écoute des autres qui assurera le succès de cette transformation majeure.

Rôle des instituts universitaires en santé mentale et partenariat en 3^e ligne : Chacun des quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) est formé autour d'une des quatre facultés de

médecine du Québec. Il incombe à chaque RUIS d'offrir les services spécialisés aux régions qui lui sont attribuées. À titre de centre d'excellence reconnu au plan national, un institut universitaire en santé mentale, comme le Douglas, doit être en mesure de soutenir le développement des meilleures pratiques. Dans le contexte du PASM et du présent Plan stratégique, nous avons un rôle déterminant d'innovation dans le développement des pratiques. Les services innovateurs, les changements qui en découlent dans les pratiques professionnelles et l'intensification de l'interdisciplinarité orienteront quant à eux l'enseignement universitaire ainsi que le type et les milieux de stage. Pour ce qui est de la recherche, la masse critique de chercheurs et de cliniciens de haut niveau d'expertise qui caractérisent notre organisation favorisera le développement et le partage des connaissances à travers les activités de formation, d'enseignement et de recherche. La recherche, plus particulièrement la recherche évaluative, et le partage des connaissances issues de la recherche sont des éléments nécessaires à la réussite du PASM.

POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES QUE NOUS SERVONS

Les progrès scientifiques montrent que les troubles mentaux sont, comme les maladies physiques, le résultat d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Figure 3). Ils prouvent que la santé mentale et la santé physique sont fondamentalement associées : la dépression est, par exemple,

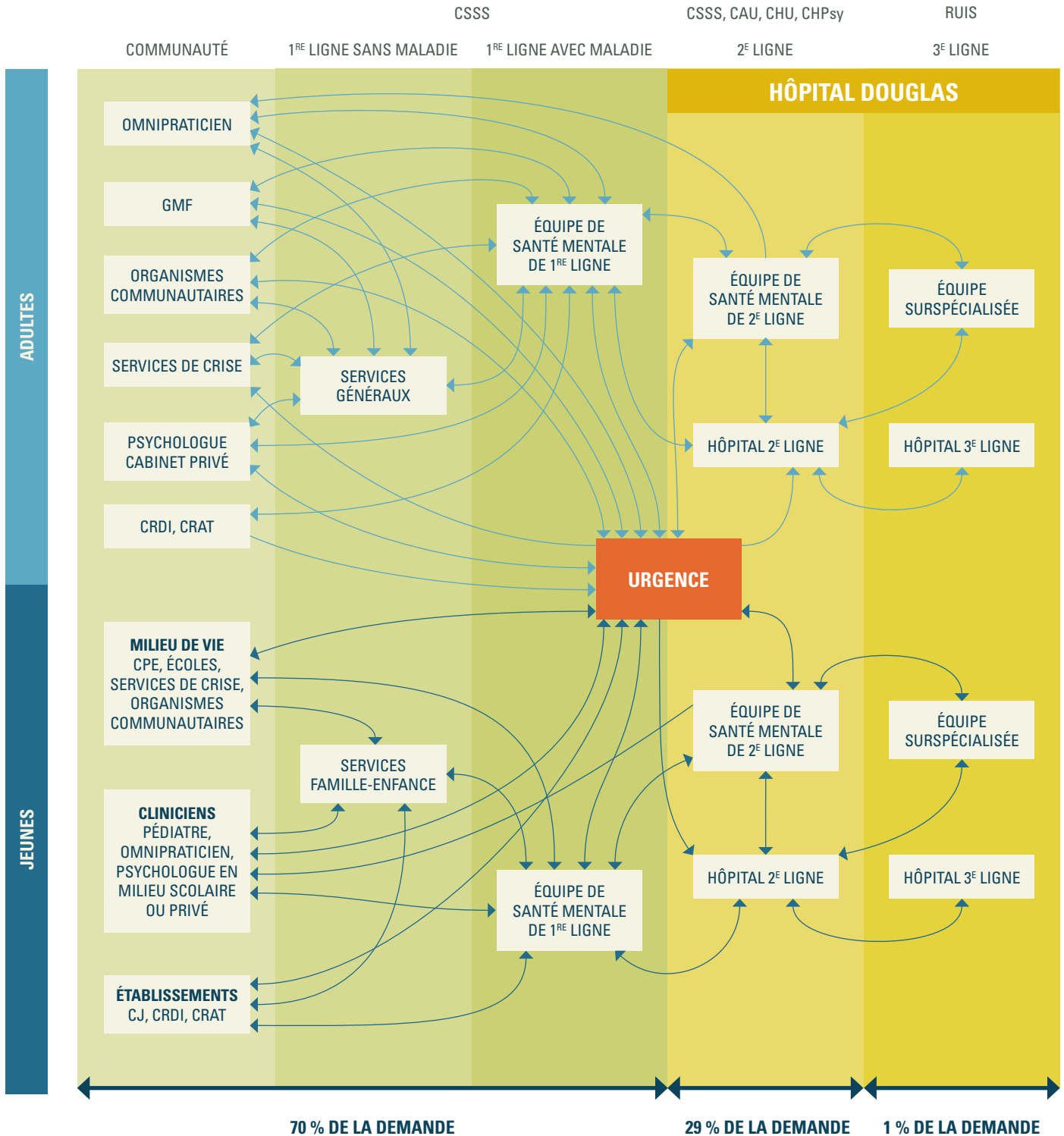


un facteur prédictif de l'apparition de problèmes cardiaques; les problèmes physiques graves déclenchent souvent des problèmes de dépression et le comportement sanitaire d'une personne dépend, dans une large mesure, de sa santé mentale.²

Figure 3 : Interaction des facteurs biopsychosociaux

2 Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

Figure 2 : Cheminement dans le système de santé mentale



CAU : Centre affilié universitaire
 CHPsy : Centre hospitalier de soins psychiatriques
 CHU : Centre hospitalier universitaire
 CJ : Centre jeunesse

CPE : Centre de petite enfance
 CRAT : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
 CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
 GMF : Groupe de médecine familiale

Prévalence des maladies mentales

Les estimés de prévalence des maladies mentales varient d'une étude à l'autre en fonction des types de maladies considérés ainsi que des facteurs méthodologiques, mais toutes rapportent des prévalences élevées. L'OMS³, par exemple, rapportait en 2001 que plus de 25 % de la population mondiale souffre un jour ou l'autre de problèmes de santé mentale. Une étude plus récente menée aux États-Unis par Kessler et al. (juin 2005)⁴, qui mesure les taux d'un grand nombre de troubles non psychotiques (troubles de l'anxiété et de l'humeur, contrôle de l'impulsivité, consommation d'alcool et de drogues), révèle une prévalence beaucoup plus élevée pour la population étudiée : 46,4 % à vie et 26,2 % pour une période de 12 mois. L'enquête sur la santé mentale des Montréalais (2003) menée par la Direction de la santé publique de Montréal, qui mesure la prévalence d'un nombre plus restreint de troubles que l'étude de Kessler et al., évalue pour sa part la prévalence des troubles mentaux chez les Montréalais à 29 % à vie et à au moins 11 % pour une période de 12 mois. Le PASM (2005-2010) se base sur un estimé de 15 % sur 12 mois.

Selon la *National Comorbidity Survey*, menée aux États-Unis au début des années 90, les maladies mentales considérées comme graves⁵ se retrouvent chez environ 2,6 % de la population.⁶ Le Plan d'action se base sur cet estimé en supposant qu'environ 2 à 3 % de la population a des troubles mentaux graves.

Outre les facteurs génétiques et les conditions dans lesquelles l'enfance s'est déroulée, différents facteurs influent sur la prévalence, l'apparition et l'évolution des troubles mentaux

dont la pauvreté et l'âge ainsi que le sexe dans le cas du suicide en particulier.

Pauvreté : Les personnes se percevant comme pauvres sont particulièrement susceptibles de présenter des troubles. La misère et les problèmes qu'elle sous-tend (chômage, faible niveau d'instruction, privations et itinérance) touchent une importante partie de notre société. D'après une analyse de 15 études⁷, le rapport médian de la prévalence globale entre les classes socioéconomiques inférieure et supérieure était de 2,1 pour 1 sur 12 mois et, de 1,4 pour 1 sur toute la durée de la vie (Kohn et al., 1998). Différentes études menées dans le monde (y compris en Amérique du Nord) donnent des résultats similaires⁸. Les itinérants souffrant de problèmes mentaux graves sont de plus en plus nombreux. Une enquête menée au Québec en 1999⁹ sur cette population révèle un taux de prévalence de 43,3 % sur 12 mois et de 61 % au cours de la vie pour les troubles de l'axe 1¹⁰ non liés à l'usage d'une substance.

Âge : L'étude de Kessler et al.¹¹ (juin 2005) révèle que la première apparition de troubles de santé mentale se produit avant l'âge de 14 ans, dans la moitié des cas, et avant l'âge de 24 ans, dans 75 % des cas. L'Enquête sur la santé mentale des Montréalais indique que les jeunes de 15 à 24 ans sont ceux qui montrent le plus haut taux de personnes se percevant en moyenne ou en mauvaise santé mentale alors qu'ils sont les moins susceptibles d'utiliser les ressources pour leurs problèmes.¹² Ce sont les personnes âgées de 30 à 39 ans qui montrent le plus haut taux

3 Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

4 Kessler, Ronald C, Ph.D.; Wai Tat Chiu, AM; Olga Demler, MA, MS; Ellen E. Walters, MS (2005) – *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, Arch Gen Psychiatry/Vol 62, June 2005, pp. 617-627.

5 Schizophrénie; troubles bipolaires; manifestations graves de dépression, de troubles obsessifs-compulsifs et de trouble panique; autisme.

6 Kessler RC, Berglund PA, Zhao S et al. (1996), *The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness* (SMI). In: Mental Health, United States, 1996, Manderscheid RW, Sonnenschein MA, eds. DHHS publication No. 96-3098. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; cité dans Torrey EF (2002), "Severe Psychiatric Disorders May Be Increasing", *Psychiatric Times*, Avril, XIX:4, <http://www.psychiatrictimes.com/p020401b.html>, Date d'accès : le 24 février 2006.

7 Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

8 OMS, Consortium international d'épidémiologie psychiatrique, 2000.

9 L'Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999, produit par l'Institut de la statistique du Québec.

10 Le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual – Revision 4) sert à classifier les troubles mentaux. Il comporte cinq axes : Axe I : troubles mentaux; Axe II : troubles de la personnalité et retard mental; Axe III : santé physique; Axe IV : stress psychosociaux et environnement; Axe V : fonctionnement global.

11 Kessler, Ronald C, Ph.D.; Patricia Berglund, MBA; Olga Demler, MA, MS; Robert Jin, MA; Kathleen R. Merikangas, PhD; Ellen E. Walters, MS (2005) – *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, Arch Gen Psychiatry/Vol 62, June 2005, pp. 593-602.

12 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2003) – Cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être – Statistique Canada.

de personnes ayant consulté pour des problèmes de santé mentale. Nous reviendrons plus loin sur l'impact du retard ou du défaut de demander de l'aide.

Sexe : À Montréal, comme au Canada, la prévalence des troubles mentaux est à peu près la même chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, les femmes souffrent davantage de troubles affectifs et anxieux alors que les hommes présentent plus de troubles liés à l'usage de substances, ce qui concorde aussi avec les données de l'OMS. Par contre, l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais révèle que les femmes ont beaucoup plus tendance à consulter (11,3 %) que les hommes (6,6 %), alors que le suicide est beaucoup plus répandu chez les hommes que chez les femmes, dans une proportion de 3,5 pour 1.

Gravité et comorbidité : Environ la moitié des individus qui présentent un trouble grave (schizophrénie, troubles bipolaires) ont aussi une toxicomanie.¹³ Non seulement la comorbidité est-elle liée à la gravité des problèmes, mais elle met souvent en péril la fidélité au traitement ainsi que ses résultats.

Retard ou défaut de demander de l'aide : Une étude publiée en juin 2005 par Wang et al.¹⁴ conclut que le défaut de faire une demande de traitement dès les premiers symptômes constitue un aspect envahissant des besoins non répondus pour des soins de santé mentale aux États-Unis. Cette étude ajoute que toute intervention visant à accélérer la demande initiale de traitement devrait réduire le fardeau et les risques reliés aux troubles de santé mentale non traités. Les auteurs ont évalué que les délais entre l'apparition des problèmes et la demande de traitement initiale varient de 6 à 8 ans pour les troubles de l'humeur et de 9 à 23 ans pour les troubles anxieux. Pour sa part, Statistique Canada¹⁵ révèle que seulement 32 % des

personnes qui ont dit avoir éprouvé des problèmes de santé mentale ou d'abus de substances ont consulté un professionnel de la santé alors que le PASM propose plutôt un taux de 50 %. Les données sur l'utilisation des services du Département de Santé publique de Montréal montrent que près de 15 % des Montréalais déclarent avoir consulté dans la dernière année. Selon l'évaluation des cliniciens, 13 % des Montréalais ont un problème de fonctionnement important et 7 % sont à risque. Au total, 18 % de la population nécessite une intervention clinique. Or, seulement la moitié a recours à des services, quelle que soit la nature du problème. Nous croyons que différents facteurs influent sur le retard ou sur le défaut de demander de l'aide le plus tôt possible suite à l'apparition des premiers symptômes dont, en particulier, le manque de connaissances de ce que sont les maladies mentales et, de façon encore plus pernicieuse, les préjugés qui persistent par rapport à ces maladies et aux personnes qui en souffrent.

Suicide : Montréal affiche le taux de suicide le plus faible parmi les 18 régions sociosanitaires du Québec (14,6 pour 100 000 de population), mais le plus élevé des régions urbaines du Canada. Le Québec a le plus haut taux de suicide au Canada (19,9 par 100 000 de population). La mortalité par suicide des Montréalais a augmenté au cours des dernières années. Alors qu'à peu près autant d'hommes que de femmes ont dit avoir eu des idées suicidaires, cette hausse des suicides touche principalement les hommes dont le taux est 3,5 fois plus élevé que celui des femmes. Ce sont les hommes de 20-24 ans et de 35-54 ans qui sont les plus touchés.

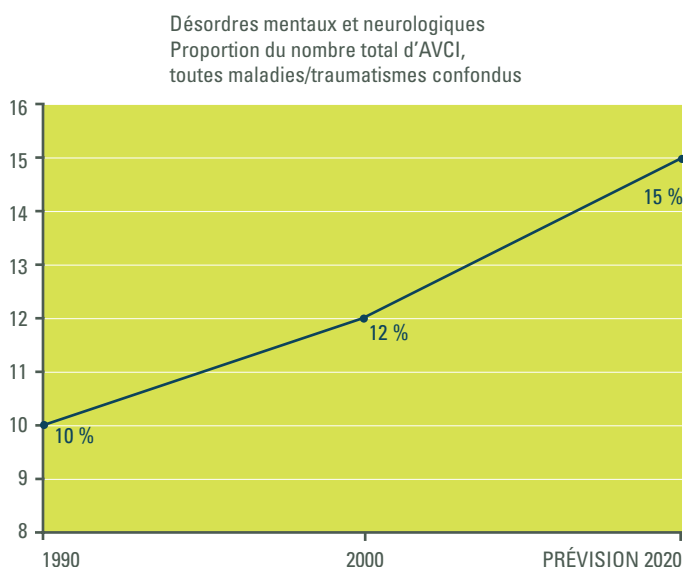
La variation importante entre les résultats des différentes études citées plus haut confirme toutefois un besoin important : mieux connaître notre clientèle et ses besoins. Il s'agit d'une priorité du PASM et une subvention d'équipe, qui devrait contribuer de façon importante à la réalisation de cet objectif, vient de nous être octroyée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada. Un objectif du présent Plan stratégique est consacré à cet aspect spécifique.

13 Regier, D., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study*. Journal of the American Medical Association, 1990. **264**: p. 2511-2518.

14 Wang, Philip S. MD, DrPH; Patricia Berglund, MBA; Mark Olfson, MD, MPH; Harold A. Pincus, MD; Kenneth B. Wells, MD, MPH; Ronald C. Kessler, PhD (2005)–*Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, Arch Gen Psychiatry/Vol 62, June 2005, pp. 603-613.

15 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2003) – Cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être – Statistique Canada.

Graphique 1 : Évolution du fardeau



Fardeau de la maladie mentale pour l'individu et ses proches

On mesure généralement le fardeau en termes d'incidence/prévalence et de mortalité.¹⁶ Quoique ces indices conviennent aux maladies aiguës, ils s'appliquent mal aux maladies chroniques et invalidantes dont font partie la plupart des maladies mentales. C'est la raison pour laquelle deux nouveaux indices sont utilisés pour évaluer le fardeau de ces troubles : les AVCI (année de vie corrigée de l'incapacité) et les AVI (année de vie vécue avec une incapacité).^{17 18}

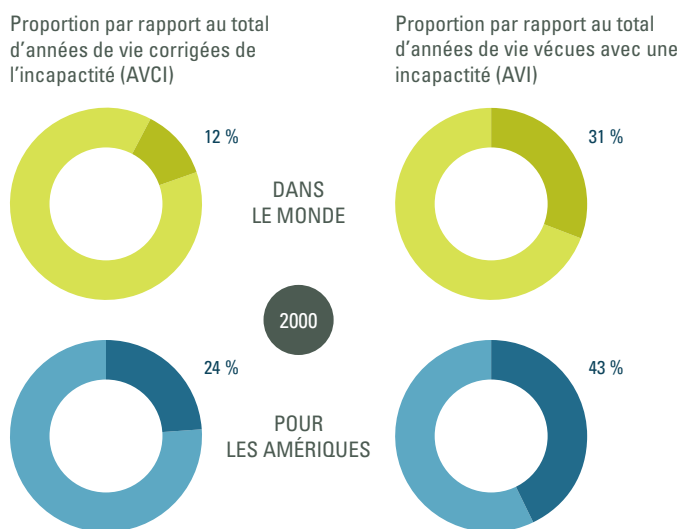
Le graphique 1 montre bien l'importance du fardeau des maladies mentales dans le monde. Selon une récente étude de Thornicroft

16 OMS – Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

17 Les AVCI calculées pour une maladie sont la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité (AVI) pour les cas incidents de la maladie en question. L'AVCI, unité qui mesure un écart, élargit la notion d'années potentielles de vie perdues par mortalité prématurée pour y inclure les années de vie en bonne santé perdues en raison d'un état de santé qui n'est pas optimal, que l'on désigne par le terme général d'incapacité.

18 Au sujet de l'élaboration des AVCI et des progrès dans le calcul de la charge de morbidité, voir Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.

Graphique 2 : Fardeau mesure en AVCI et AVI



et Tansella¹⁹, celui-ci est deux fois plus élevé que celui relié aux incapacités causées par le cancer, quel que soit le type, et plus élevé également que celles causées par les maladies cardiovasculaires. Le graphique 2 montre que ce fardeau est nettement plus élevé, en proportion, pour la région des Amériques. Selon l'OMS, 5 des 10 causes principales d'incapacité sont liées à des troubles mentaux.

Discrimination et préjugés

L'OMS²⁰ estime que, dans une famille sur quatre, une personne au moins est atteinte d'un trouble mental ou de comportement. Non seulement les familles touchées apportent une aide matérielle et un soutien affectif au malade, mais l'entourage subit ostracisme et discrimination. Le Rapport du Directeur général des Services de Santé des États-Unis sur la santé mentale²¹ définit comme suit l'impact de la stigmatisation : « Du fait de la stigmatisation, les gens doutent que les troubles mentaux soient de véritables maladies qui peuvent être traitées. Ils évitent de fréquenter et d'employer

19 Thornicroft, G. et Tansella, M. : Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?, 2003.

20 OMS – Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

21 Mental Health : A Report of the Surgeon General, 1999, United States Surgeon General, chap. 1, "Overarching Themes", "The Roots of Stigma" voir : http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sec1.html#roots_stigma (traduction de la citation).

des personnes atteintes d'un trouble mental, de travailler avec elles, de leur louer un logement ou même de vivre à proximité. En faisant obstacle au financement des soins, la stigmatisation limite la mobilisation des ressources et l'accès au traitement et aux services sociaux. L'impossibilité d'obtenir un traitement renforce les tendances destructrices à l'autodénigrement, à l'isolement et au désespoir. La stigmatisation prive tragiquement les gens de leur dignité et leur interdit une complète socialisation. »

Les préjugés et la discrimination sont des causes importantes du retard ou du défaut de demander de l'aide lors de l'apparition de symptômes. À ce fardeau s'ajoutent la charge émotionnelle de la maladie, le stress dû au comportement perturbé du malade, le dérèglement de la vie de famille et les entraves à la vie sociale. Il est clair que les troubles mentaux perturbent profondément la vie des personnes touchées et de leur famille. La qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux a fait l'objet de plusieurs études d'où il ressort que le préjudice est non seulement considérable, mais durable.²² On a de plus constaté que la qualité de vie reste médiocre, même après la guérison, sous l'effet de facteurs sociaux tels que les préjugés et la discrimination qui perdurent. Les préjugés sont parfois même de plus gros obstacles que la maladie elle-même. Il est donc crucial de s'attaquer sans tarder aux préjugés qui sont véhiculés dans la société.

POUR AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SERVICES EN RÉPONSE AUX BESOINS DE LA CLIENTÈLE

Le MSSS a fait un choix stratégique important qui conditionne l'ensemble des mesures du PASM et, en grande partie, du présent Plan stratégique. En effet, le développement prioritaire de services de 1^{re} ligne rapidement accessibles pour toute la population est à la base de ce plan. Ce choix devrait entraîner un désengorgement des services de 2^e ou de 3^e ligne pour toutes les personnes qui y ont recours. Les services de 2^e ligne font appel à une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de 1^{re} ligne et traiter les personnes qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat à ce niveau.

Le bassin de desserte de l'Hôpital pour les services de 2^e ligne est de plus de 260 000 habitants et couvre deux CSSS : le CSSS Sud-Ouest-Verdun (CSSS 3) et le CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine (CSSS 2) (voir les secteurs encadrés de bleu à la figure 5).

Figure 4 :
Territoires des RUIS

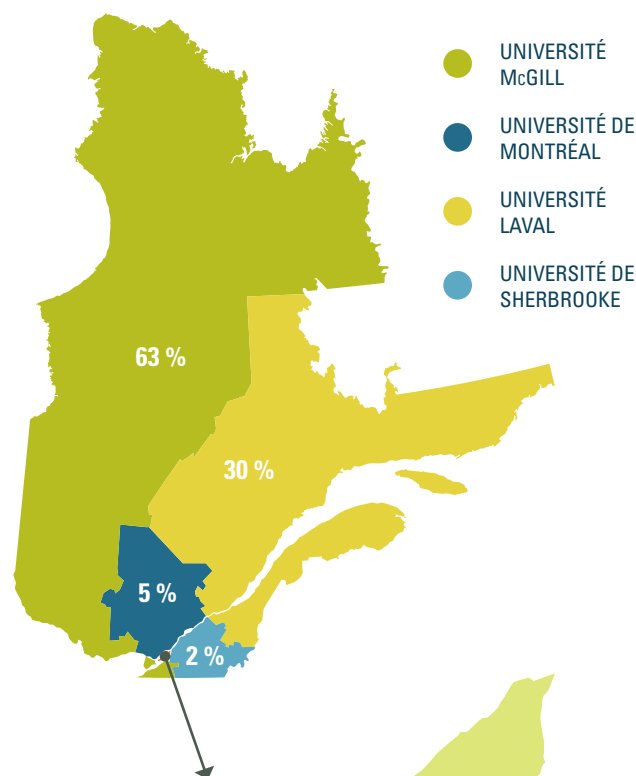
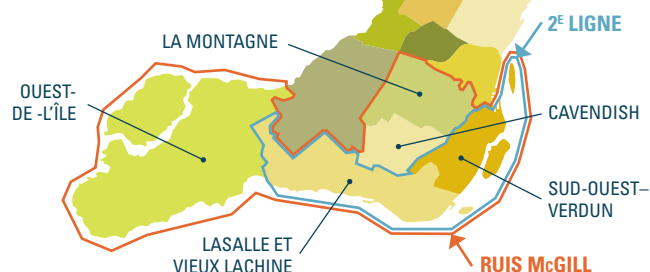
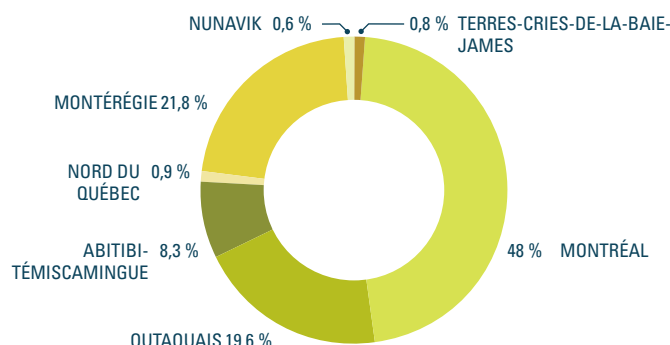


Figure 5 : Réseaux locaux sur l'Île de Montréal



Graphique 3 :
Composition de la population du RUIS McGill



22 UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 175: 426–432.

TABLEAU 1 : RÉSEAUX UNIVERSITAIRES DE SANTÉ INTÉGRÉS

TERRITOIRE	% superficie du Québec	% population du Québec	Population	Densité pop/km ²
RUIS U. McGill	63,23 %	22,76 %	1 647 200	1,73
RUIS U. Laval	30,02 %	23,43 %	1 695 910	3,75
RUIS U. de Montréal	5,15 %	40,35 %	2 920 080	37,62
RUIS U. de Sherbrooke	1,60 %	13,46 %	974 220	40,44
Québec	100,00 %	100,00 %	7 237 410	13,46

Tableau 1
Quelques données sur les quatre RUIS du Québec (ces données sont fondées sur le recensement de 1996)

TABLEAU 2

	POPULATION	PROPORTION PAR GROUPE D'ÂGE – 2005			VARIATION PRÉVUE DE LA POPULATION 2005-2010			
		Estimation 2005	0-17	18-64	65+	total	0-17	18-64
CSSS 2	135 108	18,63 %	64,83 %	16,54 %	2,30 %	-1,93 %	2,33 %	6,94 %
CSSS 3	137 214	18,51 %	67,71 %	13,78 %	4,13 %	2,18 %	4,49 %	5,00 %
Montréal	1 882 561	19,02 %	65,83 %	15,15 %	3,66 %	1,66 %	3,62 %	6,39 %
RUIS McGill	1 742 891	21,73 %	65,41 %	12,86 %	3,34 %	-3,64 %	3,77 %	12,92 %
Québec	7 566 409	20,31 %	65,89 %	13,80 %	2,24 %	-5,29 %	1,93 %	14,82 %

Tableau 2
Détails sur la population, la distribution par groupe d'âge et l'évolution prévue de 2005 à 2010²³

L'Hôpital a également un mandat de 3^e ligne à titre d'Institut universitaire en santé mentale membre du RUIS McGill. Pour les services de 3^e ligne, la population du RUIS McGill est de 1,7 M habitants (23 % de la population du Québec) et couvre 63 % du territoire québécois (section verte de la figure 4) incluant l'ouest de Montréal (section encerclée de rouge à la figure 5), et les régions de l'Outaouais, une partie de la Montérégie, l'Abitibi-Témiscamingue, le nord du Québec, les terres Cries de la Baie James et le Nunavik. Dans la région de Montréal, le RUIS McGill regroupe cinq des douze CSSS. Ceux-ci comptent près de 50 % de la population de Montréal. Le graphique 3 montre la composition de la population selon la région sociosanitaire desservie par le RUIS McGill.

Outre la région de l'Abitibi-Témiscamingue, les autres régions qui composent le RUIS McGill sont celles à plus forte concentration anglophone. L'Hôpital Douglas est désigné en vertu de la Loi à titre d'établissement offrant des services en anglais. Comparativement à l'ensemble du Québec où 82 % de la population indique le français comme langue maternelle et où 95 % de la population indique connaître le français, pour la région de Montréal, la

connaissance du français baisse à 86 % et pour la région de Montréal desservie par le RUIS McGill, ce taux diminue encore à 80 % alors que seulement 44 % indique le français comme la première langue officielle parlée à la maison. (Institut de la statistique du Québec, 2001).

Le tableau 3 fournit quelques caractéristiques de la population desservie en 2^e ligne. Les données des deux CSSS sont comparées à Montréal et à l'ensemble du Québec et même, pour certaines données, aux autres grandes villes canadiennes. On peut constater le caractère nettement défavorisé du CSSS Sud-Ouest-Verdun (CSSS 3).

Les données du Département de Santé publique rendues publiques en 2002, nous informent de la prévalence de certains types de problèmes de santé mentale pour les différentes sous-régions de Montréal (tableau 4). La région du Sud-Ouest correspond au territoire desservi par l'Hôpital Douglas en 2^e ligne alors que les sous-régions de l'Ouest, du Sud-Ouest et une partie du Centre-Ouest composent le territoire desservi en 3^e ligne par le RUIS McGill pour ce qui est de Montréal.

²³ Site du ministère de la Santé et des Services sociaux – Statistiques et indicateurs – Estimation de population selon le territoire de réseau local de services (RLS), le sexe et l'année d'âge, au 1^{er} juillet, 2001 à 2026.

TABLEAU 3 : DONNÉES POPULATIONNELLES

	CSSS 2	CSSS 3	Montréal	Québec	Montréal comparée à Calgary, Ottawa, Vancouver, Winnipeg et Toronto
Données sociodémographiques					
Densité (habitants par Km ²)			3 767,5	5,7	3 ^e plus élevé
Immigrants	20,0 %	17,0 %	28,0 %		
Immigrants récents	3,0 %	5,0 %	6,0 %		
Familles monoparentales parmi les familles avec enfants	33,3 %	42,4 %	33,0 %	24,1 %	le plus haut
Données socioéconomiques					
Population de 20 ans et plus sans diplôme secondaire	29,7 %	32,8 %	26,5 %	22,0 %	2 ^e plus faible
Prestation de l'aide sociale	10,4 %	21,3 %	12,4 %	7,3 %	
Prestation de chômage	7,6 %	9,7 %	9,2 %	9,2 %	le plus élevé
Sous le seuil de faible revenu	23,3 %	36,0 %	28,7 %	23,4 %	le plus élevé
Revenu médian des ménages privés (*approximatif)	39 365 \$ *	31 708 \$ *	35 910 \$	40 468 \$	
Données sur les jeunes					
Victimisation chez les jeunes	2,1 %	4,1 %	2,1 %		
Externalisation chez les jeunes	1,5 %	2,4 %	1,4 %		
Grossesse à l'adolescence	2,9 %	4,3 %	2,8 %	2,0 %	
Délinquance juvénile	7,7 %	10,1 %	6,1 %	6,0 %	
Données sociosanitaires					
Stress intense (18 ans et plus)			30,6 %	30,1 %	le plus élevé (Canada : 26,1 %)
Consultation – professionnel santé mentale			9,0 %		4 ^e rang
Hospitalisations pour maladie mentale	4,05 %	4,95 %	5,14 %		
Taux de mortalité lié au suicide par 100 000	10,0	20,0	15,0	19,9	le plus élevé des grandes villes du Canada mais le plus bas des régions du Québec
Taux de mortalité évitable par 100 000	71,0	81,0	63,0		

TABLEAU 4 : PRÉVALENCE DE CERTAINS TYPES DE MALADIES

TYPES DE TROUBLES	Sous-régions de Montréal					
	Ouest	Nord	Sud-Ouest	Centre-Ouest	Centre-Est	Est
Troubles mentaux quelconques (n=4234)						
Au cours de la vie ¹	23,2 %	22,8 %	32,9 %	28,1 %	35,5 %	30,9 %
Au cours des 12 derniers mois	* 9,8 %	9,3 %	10,2 %	11,0 %	14,5 %	10,9 %
Troubles anxieux (n=4430)						
Au cours de la vie ¹	11,4 %	11,4 %	16,4 %	10,9 %	14,5 %	15,3 %
Au cours des 12 derniers mois	* 6,2 %	* 5,4 %	* 7,1 %	* 5,5 %	* 6,3 %	6,1 %
Troubles affectifs (n=4330)						
Au cours de la vie ¹	14,3 %	13,3 %	22,0 %	18,5 %	23,1 %	19,9 %
Au cours des 12 derniers mois	** 3,9 %	* 3,9 %	* 4,7 %	* 5,3 %	* 6,5 %	5,8 %
Troubles liés à l'usage de substances (n=4234)						
Au cours de la vie ¹	* 6,5 %	* 6,1 %	10,4 %	7,3 %	13,8 %	7,9 %
Au cours des 12 derniers mois	** 1,4 %	** 1,8 %	** 3,1 %	** 2,5 %	* 6,8 %	* 2,2 %
Comorbidité						
Au cours de la vie (n=1346)	37,6 %	37,5 %	46,8 %	31,0 %	39,5 %	38,3 %
Au cours des 12 derniers mois (n=533)	** 25,0 %	* 30,4 %	* 34,1 %	* 26,2 %	* 33,8 %	* 28,1 %

* Coefficient de variation entre 15 et 25; à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

¹ p < 0,001.



Organisation des services en fonction des besoins

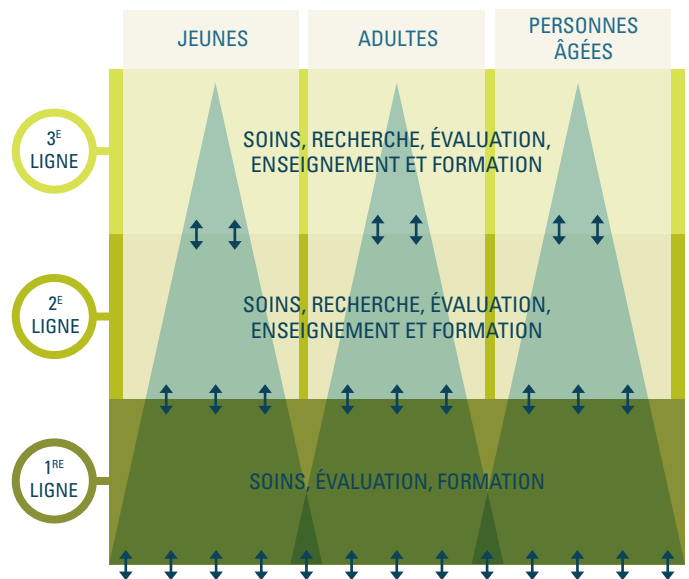
Pour répondre aux besoins de sa clientèle et de ses partenaires, l'Hôpital offre une gamme variée de services spécialisés et surspécialisés.

L'organisation clinique à l'Hôpital étant déjà fondée sur une division par groupe d'âge, elle s'aligne bien au PASM et s'adapte mieux aux besoins de la clientèle puisque les réseaux de partenaires et de collaborateurs sont différents d'un groupe d'âge à l'autre. Différents programmes cliniques spécialisés ou surspécialisés sont offerts pour chacun des groupes d'âge (figure 6).

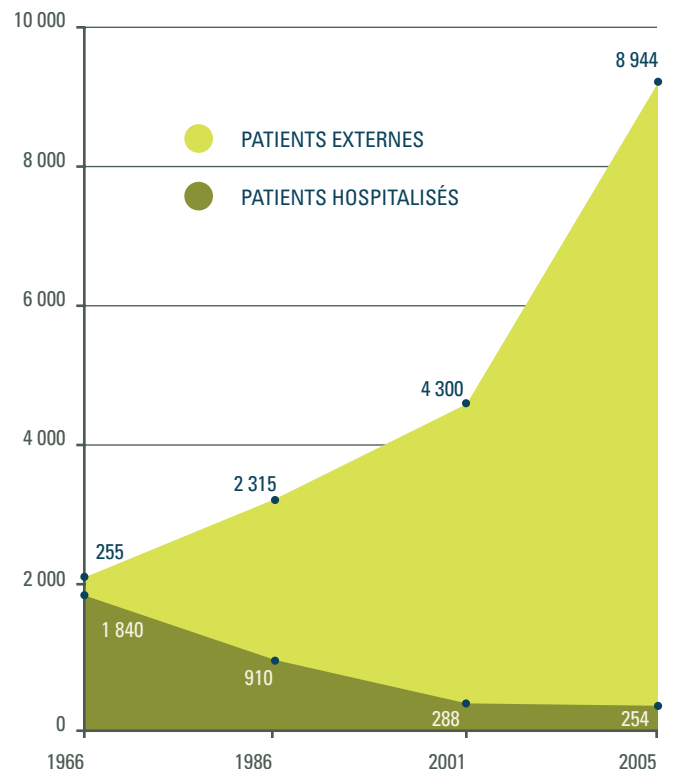
L'Hôpital a déjà mené avec succès un virage important vers les services ambulatoires comme le montre le graphique 4. Les changements mis en place au cours des dernières années sont en harmonie avec les orientations du PASM mais devront s'accroître au cours des prochaines années. En effet on assistera à un transfert vers les soins de 1^{re} ligne. On devrait aussi noter un virage d'orientation dans les soins de 2^e ligne de telle sorte qu'ils devraient être plus axés sur les soins partagés en appui à la 1^{re} ligne pour ainsi éviter ou réduire le plus possible les recours à la 2^e ligne. Finalement, comme nous l'avons déjà mentionné, c'est à titre d'Institut universitaire en santé mentale membre du RUIS McGill, que le virage le plus important devrait se situer par une hausse du niveau d'investissement dans les soins de 3^e ligne en appui à notre vision : **Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau.**

Le graphique 4 montre également de façon éloquent à quel point la prestation des services a évolué dans l'histoire et même au cours des dernières années alors que la clientèle de consultation externe a plus que doublé.

Figure 6 :
Organisation intrégré



Graphique 4 :
Progression de la clientèle externe et hospitalisée





POUR CRÉER UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL STIMULANT ET SENSIBLE AUX BESOINS DES RESSOURCES HUMAINES DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT

Dans la réforme du système de santé mise de l'avant par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, des efforts ont été consentis à la réorganisation du travail pour permettre, entre autres, une gestion des ressources humaines adaptée aux réalités actuelles, où la flexibilité, la mobilité et le travail multidisciplinaire sont valorisés. Le Plan stratégique, fondé sur le PASM et sur la réforme du système de santé, annonce un virage dans l'utilisation des ressources.

Comme on le sait, le réseau de la santé québécois, et même canadien, souffre d'une pénurie importante de professionnels de la santé. De plus, une récente étude nationale (Canada) de différents types d'environnement de travail indiquait que les professionnels de la santé sont ceux qui ont donné les notes les plus basses par rapport au climat de travail.

Ces défis sont d'autant plus significatifs que les ressources humaines constituent la seule technologie en santé mentale. Les changements organisationnels et ceux annoncés dans le PASM, les contraintes budgétaires et les exigences de performance sont autant de pressions qui s'accumulent et avec lesquelles il va falloir conjuguer. Il est donc important de miser sur les ressources humaines en améliorant notre réponse et notre gestion du changement ainsi que la qualité du climat de travail pour créer un environnement plus sain et propice à

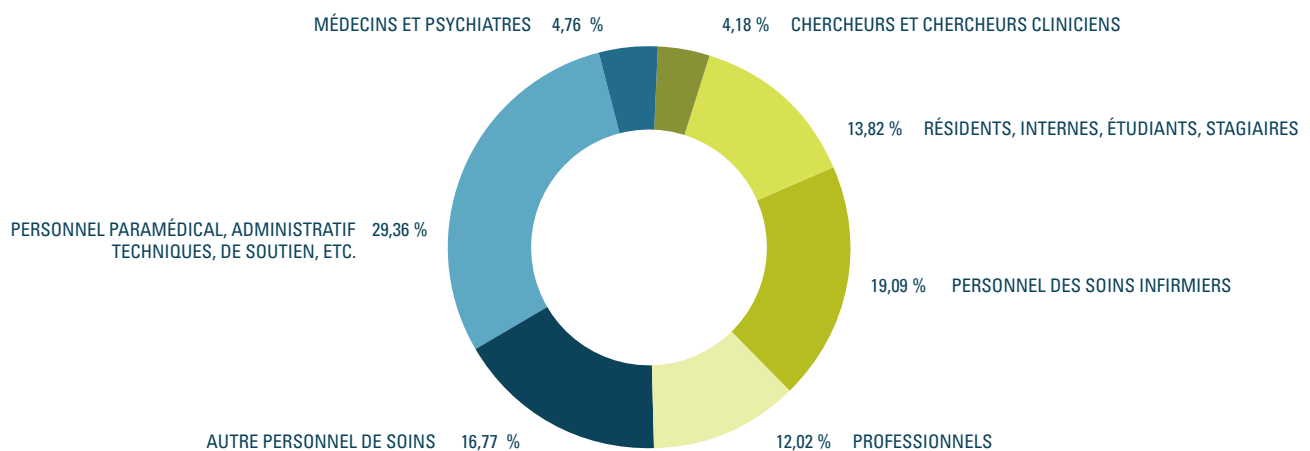
l'apprentissage, à l'innovation et à l'excellence. Nos engagements témoignent de cette volonté : « Être une organisation apprenante qui inspire la fierté et un sentiment d'appartenance » et « Être un milieu interdisciplinaire qui stimule le partenariat et le partage des connaissances ».

Des efforts importants ont déjà été entrepris en ce sens et nous avons pu constater une réduction significative de l'absentéisme et la consolidation d'un milieu de travail plus sécuritaire et plus agréable. Une étude sur le fonctionnement des équipes interdisciplinaires a été menée conjointement par les trois conseils consultatifs²⁴, une première au Québec, et les résultats de cette étude nous fournissent d'excellentes pistes pour améliorer le fonctionnement des équipes car ils révèlent clairement les facteurs qui influent le plus significativement sur le fonctionnement des équipes, à savoir : 1) Définition, compréhension et engagement envers les objectifs, et 2) Processus décisionnels partagés.

Ces efforts devront non seulement être maintenus, mais renouvelés pour accompagner nos ressources humaines dans le changement et créer un milieu stimulant et propice à l'atteinte de nos objectifs et de notre vision : **Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau.**

24 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens; Conseil des infirmières et des infirmiers; Conseil multidisciplinaire.

Graphique 5 : Distribution des ressources humaines



POUR OPTIMISER L'ALIGNEMENT ET L'INTÉGRATION SCIENTIFIQUE ET ACADÉMIQUE

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas s'est développé au cours des dernières années en consolidant les programmes de recherche innovateurs fondés sur les nouvelles approches scientifiques, cliniques et psychosociales dans les principaux champs de la santé mentale. Le Centre se distingue par la performance de son équipe de scientifiques qui a réussi, au cours des cinq dernières années, à doubler le nombre de subventions obtenues des organismes subventionnaires, à former plusieurs étudiants de différents niveaux universitaires et à produire des centaines d'articles et de chapitres de livres. Plusieurs projets d'infrastructure (Fonds canadien pour l'innovation (FCI), Programme d'appui au financement des infrastructures (PAFI), etc.) ont aussi été réalisés, permettant ainsi la mise en place de laboratoires de pointe correspondant aux besoins de nos chercheurs. Le Centre a d'ailleurs été qualifié de Centre modèle par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Des défis importants nous attendent dans les années à venir, soit de poursuivre le développement de nos recherches en santé mentale en nous rapprochant encore plus des besoins de la communauté pour, d'une part, mieux comprendre les facteurs familiaux, socioéconomiques et environnementaux qui influencent le fonctionnement du cerveau et l'apparition de maladies mentales et, d'autre part, contribuer à l'échange de connaissances avec les intervenants du milieu et la communauté.

Nos objectifs sont en concordance avec les priorités du Plan stratégique de l'Université McGill et du FRSQ qui priorisent, entre autres, l'approche multidisciplinaire, le rapprochement des activités de la communauté, le développement des neurosciences et leurs applications à la santé mentale.

Notre planification stratégique a pour objectif de consolider les liens avec le Centre collaborateur OMS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale, basé au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Au Canada, c'est l'un des trois centres collaborateurs en santé mentale du réseau de l'OMS. De concert avec d'autres membres de la collectivité mondiale de la santé mentale, le Centre préconise des politiques judicieuses de santé mentale pour aider, à l'échelle mondiale, les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques

CENTRE COLLABORATEUR OMS - valeur ajoutée :

SAVOIR que, en tant que centre collaborateur, notre établissement est reconnu comme centre d'excellence en santé mentale au niveau national et international.

EXERCER des activités de vigie relativement aux modèles et aux approches en lien avec les priorités de l'OMS.

APPRÉCIER à quel point notre participation au réseau des centres collaborateurs nous permet d'entretenir des échanges réguliers avec les sommités de la recherche et de l'action en santé mentale internationale.

BÉNÉFICIER des échanges liés à notre appartenance au réseau des centres collaborateurs pour enrichir nos propres connaissances et pratiques.

RÉALISER que par le truchement de l'aide technique que nous offrons à des pays en développement, y compris l'aide à la formulation de politiques en santé mentale, nous contribuons de façon tangible à l'amélioration de la santé mentale de leur population.

CONSTATER l'importance du niveau de transfert des connaissances à l'occasion de nos programmes de formation.

ou comportementaux. Le défi est d'augmenter la visibilité de nos secteurs d'excellence au niveau international, notamment par le biais de l'OMS, et d'impliquer un plus grand nombre de chercheurs et de personnes qualifiées dans des programmes du Centre collaborateur OMS.

L'enseignement et la formation constituent également des secteurs stratégiques d'activités tant à l'Hôpital qu'au Centre de recherche. En effet, il faut mentionner que 75 % des nouveaux professionnels recrutés à l'Hôpital le sont par le biais de nos programmes d'enseignement ou de stages. Il s'agit donc d'un investissement très productif non seulement à court terme, mais également à long terme, puisque le taux de rétention de ces recrues est très élevé. Les efforts investis en ce sens nous ont permis d'augmenter significativement le nombre d'étudiants, de stagiaires et de résidents tout en développant nos programmes de formation internes. Nous investissons donc non seulement dans la relève mais également dans nos ressources actuelles qui, comme nous l'avons vu, constituent notre force stratégique. Nous sommes aussi fiers des programmes de formation offerts au Centre de recherche à des étudiants de niveaux doctoral ou postdoctoral ainsi qu'à des étudiants de partout dans le monde grâce, entre autres, à notre affiliation à l'Université McGill et à l'OMS.

POUR AMÉLIORER L'UTILISATION DES RESSOURCES

Les prochaines années vont donner lieu à des changements importants dans l'utilisation des ressources qu'impose la hiérarchisation des services. Ces changements impliquent un transfert de ressources financières ou humaines de 15 à 25 % de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne pour répondre à 70 % de la demande ainsi qu'une révision du mandat de 2^e ligne pour être en appui à la 1^{re} ligne et répondre à 29 % de la demande. Ils sous-tendent également une meilleure intégration des activités sanitaires, académiques et scientifiques en 3^e ligne, à titre d'Institut universitaire en santé mentale membre du RUIS McGill pour répondre à 1 % de la demande et pour être le moteur d'innovation et de partage des nouvelles connaissances et des nouvelles pratiques.

Ressources financières

Comme nous l'avons vu, les ressources humaines constituent notre ressource la plus importante et il n'est donc pas surprenant de constater que 72 % du budget y est consacré à l'Hôpital alors qu'au Centre de recherche cette proportion atteint 63 %.

Le graphique 7 (p.23) montre l'utilisation actuelle des fonds. Au terme de l'implantation du PASM et du Plan stratégique, cette distribution devrait être modifiée de façon significative. En effet, ces deux plans annoncent un virage important dans l'utilisation des ressources. D'une part, les ressources utilisées pour la 1^{re} ligne devraient être transférées ainsi qu'une partie des ressources résidentielles. D'autre part, les budgets de la recherche, de l'enseignement et de la formation devraient augmenter ainsi que ceux alloués aux programmes de 3^e ligne qui seront identifiés par le MSSS suite aux recommandations du RUIS McGill. Quant à la portion « autres » qui inclut tous les services paramédicaux, techniques, technologiques et de soutien clinique et administratif, elle devrait aussi être réduite, mais demeurer sensiblement la même en proportion du budget global.

C'est connu, le réseau de la santé souffre d'un manque de ressources important qu'il est impossible de combler par une augmentation de la participation des contribuables. S'ajoute à cette réalité le fait que la santé mentale représente un domaine où les préjugés sont considérables et, par le fait même, où il est plus difficile d'attirer des engagements philanthropiques. Ces défis ne ralentissent pas pour autant les efforts de la **Fondation de l'Hôpital Douglas** qui constitue un partenaire stratégique essentiel à l'atteinte de nos objectifs d'amélioration des soins et de progrès dans la recherche en santé mentale. Grâce à l'inspiration et à la générosité de nos donateurs, nous avons recueilli en 2004-2005 une somme de 2,1 millions de dollars pour l'Hôpital Douglas et la santé mentale. Outre les nombreux donateurs corporatifs ou individuels, la Fondation compte également sur l'appui des ressources humaines du Douglas dont la contribution a augmenté de façon marquée grâce à la Campagne Famille récemment mise en place.



Environnement physique

L'Hôpital Douglas célèbre en 2006 son 125^e anniversaire et 60 % de ses bâtiments ont été érigés avant 1940; notre infrastructure matérielle est vieille et nécessite entretien et réparations. Bon nombre des bâtiments doivent être rénovés ou reconstruits. La dispersion géographique constitue également un problème de taille à différents niveaux : elle entraîne des coûts plus élevés d'infrastructure (chauffage, entretien ménager, infrastructure technologique, etc.) et cause également des difficultés de communication entre les différents éléments de l'organisation. La structure organisationnelle décentralisée, jumelée à une importante dispersion géographique (figure 7) créent un sentiment d'isolement et cette situation nuit à l'émergence du sentiment d'appartenance recherché. Les soins modernes en santé mentale exigent des bâtiments et des équipements modernes.

Comme nous ne pouvons compter exclusivement sur le financement public ou sur celui des donateurs de la Fondation de l'Hôpital Douglas, qui font déjà beaucoup pour répondre aux besoins de l'Hôpital et de son Centre de recherche, nous envisageons d'utiliser une partie de nos terrains excédentaires pour recueillir une partie des fonds nécessaires à la construction d'un Institut universitaire de santé mentale moderne.

Cet objectif vise non seulement à améliorer l'environnement physique et à réduire les coûts de fonctionnement, mais surtout à améliorer les soins et les synergies essentielles à l'atteinte de l'excellence visée.

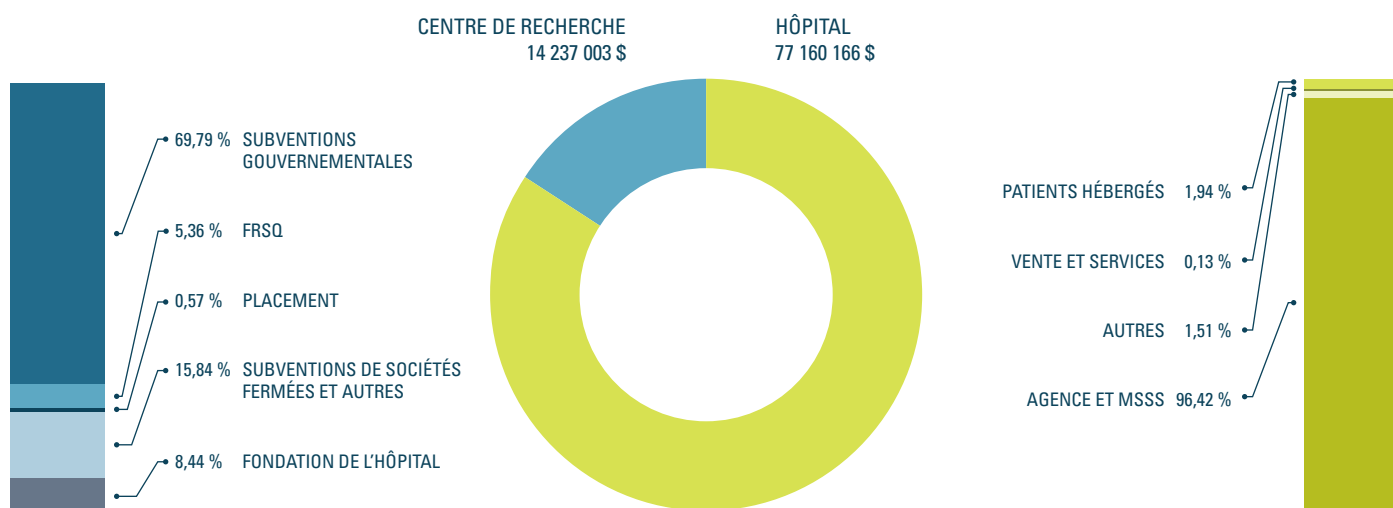
Ressources informationnelles et technologiques

Un des secteurs en émergence au Douglas depuis les dernières années est sans contredit celui de l'information et des technologies de communication. La dispersion géographique exige de mettre en place des systèmes qui permettent de mieux communiquer entre nous et avec nos partenaires. De plus, notre rôle d'Institut universitaire en santé mentale au sein du RUIS McGill nous appelle à jouer un rôle prépondérant dans la réponse aux besoins sur

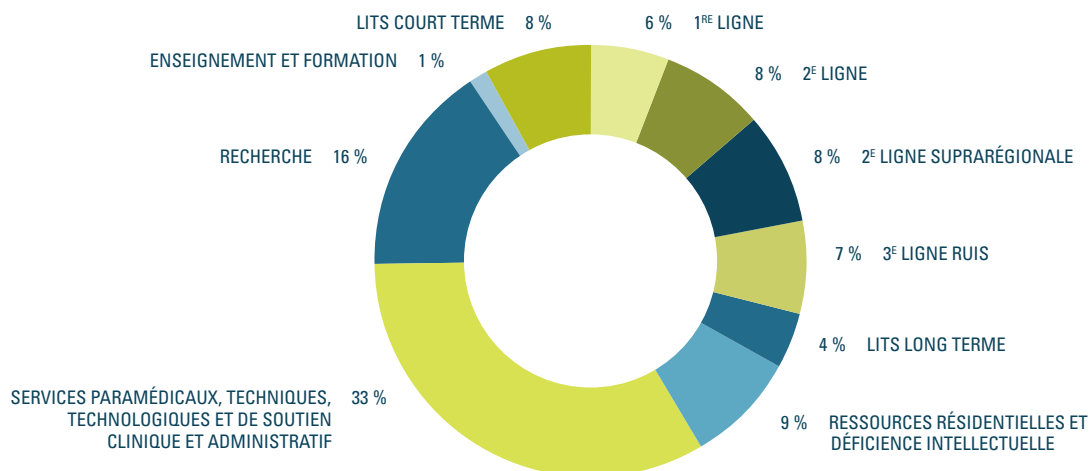
une superficie couvrant 63 % du territoire québécois. Nous participons déjà activement aux projets de Télésanté comme la téléconférence, la téléconsultation, la télémédecine et autres. Les technologies et l'échange d'information prennent donc une place dominante dans une vision de réseau intégré de services. De plus, nous sommes engagés à « Être passionné dans la recherche de l'excellence et de la qualité » et à « Agir en fonction de l'atteinte des résultats en misant sur des données probantes ». Ces engagements réclament également

des systèmes d'information qui répondent à nos attentes. Des tableaux de bord ont été élaborés en collaboration avec les intervenants concernés et de nombreuses mesures de performance ont été mises à la disposition du Conseil d'administration, des hauts dirigeants et des gestionnaires dans un souci d'amélioration de la qualité des services. Cette information sert à mieux planifier les priorités d'action et de développement dans un contexte de rareté et de rationalisation des ressources.

Graphique 6 :
Sources de financement – Budget 2004-2005



Graphique 7 :
Utilisation des budgets 2004-2005



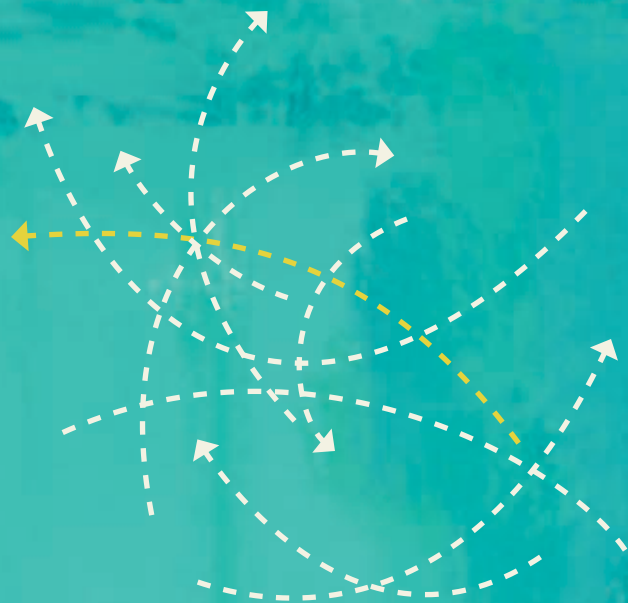
INTRODUCTION

LE DOUGLAS EN BREF

POURQUOI CHANGER?

COMMENT CHANGER?

ANNEXES



.03

COMMENT CHANGER?

LE PLAN STRATÉGIQUE 2006-2010

Comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, le Douglas évolue dans un contexte très complexe et en pleine mouvance. Ce contexte exige une planification judicieuse et claire qui permettra à chacun de nous de savoir où nous allons et pourquoi.

Le Plan stratégique 2006-2010 découle d'une vaste consultation très stimulante et enrichissante menée auprès des patients, des familles et des proches, des intervenants et de l'ensemble du personnel ainsi que de nos partenaires des réseaux socio-sanitaire, scientifique et académique à l'échelle locale, régionale et provinciale.

Le Plan servira à guider nos décisions pour les quatre prochaines années, à mieux canaliser nos énergies et à optimiser l'utilisation des ressources en fonction des orientations stratégiques retenues et des objectifs qui en découlent pour atteindre notre vision : « **Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau** ». Cette vision interpelle toutes les composantes de la société, du système de santé, ainsi que des milieux scientifiques et académiques et appelle à la collaboration de tous les acteurs.

Puisqu'il se situe au niveau stratégique, le Plan se limite à la définition des orientations et des objectifs stratégiques. L'Hôpital, la Fondation, le Centre de recherche ainsi que le Centre collaborateur OMS développeront respectivement leur plan d'action spécifique annuel d'implantation du Plan stratégique 2006-2010. Ces plans d'actions contiendront donc des cibles et des mesures plus précises en lien avec les objectifs.

Les objectifs stratégiques identifiés dans le présent plan sont des objectifs SMART :

- ▶ **Spécifique** : Doit être défini de façon précise.
- ▶ **Mesurable** : Afin de pouvoir vérifier si les objectifs sont atteints, ceux-ci doivent être mesurables.
- ▶ **Accepté/Aligné** : Les objectifs doivent être acceptés par les collaborateurs, l'équipe, l'organisation, les clients, etc., et doivent s'inscrire dans la vision et la mission.
- ▶ **Réaliste** : Il faut s'assurer de la faisabilité et du réalisme des objectifs. S'ils sont trop élevés ils seront

démotivants car impossibles à atteindre. S'ils ne le sont pas suffisamment, ils n'appellent pas à l'excellence.

- ▶ Défini dans le **Temps** : Une échéance doit être fixée pour l'atteinte des objectifs. Dans le cas présent, c'est le 31 mars 2010. Toutefois, les plans d'action annuels serviront à identifier et à prioriser, dans le temps, les objectifs des services, programmes et directions.

Ceci permettra de mesurer l'atteinte de nos objectifs de façon objective tout au long de la période couverte par le Plan stratégique.



VISION

LE RÉTABLISSMENT GRÂCE À L'INTÉGRATION DES SOINS, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE - DE LA COMMUNAUTÉ AU CERVEAU

Le rétablissement

L'approche du rétablissement a pris naissance aux États-Unis dans le cadre des mouvements des droits civiques et des mouvements des « clients-survivants ». Elle a été créée pour aider les gens atteints de graves problèmes de santé mentale à gérer leur propre maladie, à contribuer à la société et à vivre des vies productives, en dépit d'incapacités ou de symptômes permanents. Cette approche insiste sur les droits des individus à faire des choix et encourage la société à appuyer leurs objectifs. Les tenants de cette approche rappellent également qu'avec le soutien des médicaments actuels et de meilleures méthodes de traitement, le rétablissement est possible, un fait étayé par des études scientifiques.

En mettant l'accent sur les droits et les responsabilités, le rétablissement transforme tout autant la manière dont les gens se perçoivent que celle dont les services de santé mentale sont dispensés.

Essentiellement, le rétablissement est l'affaire de tous, de la communauté au cerveau.

L'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche

Nous croyons que c'est l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche ainsi que le partenariat avec les réseaux sociosanitaire, académique, scientifique et communautaire qui offrent les meilleurs possibilités de succès. C'est ensemble que nous pouvons atteindre nos objectifs.

Notre vision appelle à la collaboration et au partage des connaissances, car l'ensemble est porteur de meilleurs résultats que la somme des parties ne pourrait l'être.

De la communauté au cerveau

De la communauté au cerveau sous-tend que :



Les besoins de la communauté doivent guider les orientations en recherche;



la recherche doit mener à une meilleure connaissance des facteurs qui influencent la maladie mentale ainsi qu'à de nouveaux outils diagnostics ou à des traitements plus efficaces;



la réorganisation des soins et la recherche sur les meilleures pratiques doivent orienter la formation de la relève; et



le tout doit donner lieu à de meilleurs soins et à mieux informer la population pour éliminer l'ostracisme et les préjugés;



ainsi, les personnes atteintes de maladies mentales demanderont de l'aide plus rapidement et seront mieux accueillies dans leurs milieux;



le tout dans le but d'augmenter leurs chances de rétablissement et leur plein épanouissement.



VALEURS ET ENGAGEMENTS

Nos valeurs et engagements constituent également un gage de réussite. Ils sont le reflet d'une culture organisationnelle en émergence et témoignent de notre volonté de réaliser le virage qui nous attend en misant sur un environnement de travail stimulant et sensible aux besoins de notre clientèle et des ressources humaines.

Les valeurs et les engagements sont aussi des éléments importants du tissu organisationnel du fait qu'ils guident nos choix de recrutement. Ils permettent ainsi d'assurer un alignement étroit entre les candidats recrutés et la vision de l'établissement en plus d'optimiser la rétention et l'atteinte des objectifs.

VALEURS

Le Douglas valorise l'**excellence** et l'**innovation** fondées sur l'**engagement**, la **collaboration** et l'**éducation**.

- ▶ **Excellence** : Appliquer les meilleures pratiques avec rigueur.
- ▶ **Innovation** : Être un milieu stimulant et dynamique où l'on développe des nouvelles connaissances pour mieux comprendre et soigner.
- ▶ **Engagement** : Être déterminé pour réaliser notre mission.
- ▶ **Collaboration** : Travailler en équipe interdisciplinaire, tant avec nos partenaires internes que communautaires, universitaires ou internationaux.
- ▶ **Éducation** : Être une organisation apprenante qui valorise le capital humain et qui évolue grâce au partage des connaissances et à la formation continue.

ENGAGEMENTS

Le Douglas s'engage à :

- ▶ Être une organisation apprenante qui inspire la fierté et un sentiment d'appartenance;
- ▶ Être passionné dans la recherche de l'excellence et de la qualité;
- ▶ Agir en fonction de l'atteinte des résultats en misant sur des données probantes;
- ▶ Inspirer l'émergence d'idées et l'innovation pour améliorer les soins et les services;
- ▶ Être un milieu interdisciplinaire qui stimule le partenariat et le partage des connaissances;
- ▶ Améliorer l'état de santé mentale des populations par le développement de projets à l'échelle internationale;
- ▶ Être engagé dans la lutte contre la marginalisation des personnes souffrant de maladie mentale.



MISSION

Institut universitaire en santé mentale, le Douglas est affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la santé. Il est un chef de file international en soins, recherche et enseignement en santé mentale. Centre d'excellence, il :

- ▶ Offre des services d'excellence spécialisés et surspécialisés dans un contexte de continuum de soins avec ses partenaires de la première ligne;
- ▶ Mise sur la prévention et le rétablissement et contribue à la déstigmatisation de la maladie mentale;
- ▶ Contribue à l'avancement des connaissances et des pratiques par la recherche et l'enseignement de pointe.

Il se démarque par son caractère innovateur, multiculturel et bilingue. Soutenu par un engagement philanthropique, il est empreint d'humanisme et d'ouverture. Fondé par la communauté montréalaise, il est fier d'une tradition d'échanges et de collaboration avec de nombreux partenaires.

MANDAT

À titre d'Institut universitaire en santé mentale, le Douglas a un triple mandat de **soigner**, de **découvrir** et d'**enseigner** dans un contexte de partage des connaissances :

Soigner

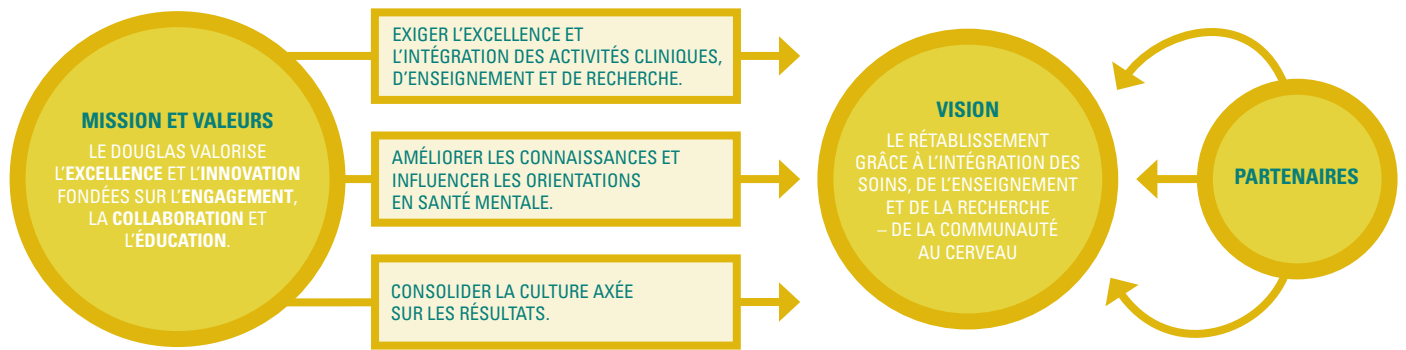
Nos équipes interdisciplinaires offrent des services à tous les groupes d'âge. Les services spécialisés et surspécialisés sont offerts à l'ensemble du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill ainsi qu'aux Centres de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun et de LaSalle et du Vieux Lachine.

Découvrir

Nos chercheurs sont voués à l'étude des traitements et des causes de la maladie mentale – qu'elles soient d'ordre génétique, environnemental, culturel, social ou psychologique. Nous contribuons à faire avancer les connaissances sur le fonctionnement du cerveau, l'organisation et la prestation des services, à développer des outils diagnostiques, de traitement et d'évaluation des technologies, et à identifier des méthodes de prévention.

Enseigner

Affilié à l'Université McGill et partenaire avec d'autres institutions d'enseignement, nous formons la relève et offrons un curriculum de pointe en santé mentale à toutes les disciplines professionnelles concernées. Nous contribuons également à l'avancement de meilleures pratiques en consolidant les programmes de formation offerts à nos partenaires et en soutien aux services de 1^{re} ligne.



ORIENTATIONS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Tel que mentionné précédemment, les besoins augmentent et changent, alors que les ressources ne suivent pas la même courbe. Le réseau dans lequel nous évoluons est complexe et en pleine effervescence. Il est donc important de bien concentrer nos efforts dans une vision claire et partagée.

Le PASM propose une nouvelle organisation des services dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources ainsi que les résultats. Pour sa part, l'Université McGill identifie également, dans son Livre blanc, des priorités précises de développement académique et scientifique pour l'avenir. Le Plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans cette vision et vient préciser le rôle qu'entend jouer le Douglas en tant que centre d'excellence et Institut universitaire en santé mentale membre du RUIS de l'Université McGill.

Le Plan stratégique 2006-2010 découle d'une large consultation et d'un processus exhaustif de validation. Le Douglas peut ainsi clairement énoncer ses orientations stratégiques pour les quatre prochaines années. Ces orientations viennent clarifier notre rôle d'institut en santé mentale et de centre d'excellence dans un réseau de services amélioré grâce à l'intégration de la recherche et de l'enseignement. Elles reposent sur notre expertise et sur la collaboration et le partenariat.

Nos orientations témoignent également de notre volonté d'atteindre notre vision :

Le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche – De la communauté au cerveau

et nous proposons donc de canaliser nos énergies sur trois orientations :

- 1. Exiger l'excellence et l'intégration des activités cliniques, d'enseignement et de recherche :** Cette approche intégrative s'inscrit dans la philosophie d'organisation apprenante, d'interdisciplinarité, d'amélioration continue et de recherche constante d'excellence. Elle appelle à une synergie renouvelée.
- 2. Améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale :** Cette orientation s'inscrit dans un effort de déstigmatisation et de partenariat, et s'appuie sur le leadership des membres de l'organisation. Améliorer les connaissances et les partager avec nos partenaires des réseaux sociosanitaire, scientifique et académique, les patients, leurs proches et avec le public devrait réduire progressivement les préjugés et l'ostracisme, et permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre dans un milieu plus accueillant. Ceci devrait les inciter à demander de l'aide plus rapidement, en plus de leur permettre de s'approprier un plus grand pouvoir sur leur vie et de s'épanouir pleinement dans la communauté.
- 3. Consolider la culture axée sur les résultats :** Il s'agit de miser sur l'excellence et de consolider les efforts de rigueur pour atteindre les résultats visés et assurer le développement de l'organisation dans un contexte de rationalisation des ressources.

Ces orientations et les objectifs stratégiques qui en découlent guideront nos décisions pour les prochaines années. Ils guideront nos décisions de développement, de réorganisation et d'allocation des ressources.

1. EXIGER L'EXCELLENCE ET L'INTÉGRATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Cette orientation vise à améliorer la qualité dans toutes nos sphères d'activités, dans une recherche continue d'excellence. Il s'agit, dans un premier temps, de s'assurer que nos services répondent aux besoins en suivant de près l'évolution de la clientèle et du réseau de la santé. Comme mentionné dans la section sur la prévalence des maladies mentales, les données disponibles sur la clientèle et ses besoins sont souvent conflictuelles et nécessitent d'être améliorées. C'est en réponse à ce besoin qu'une approche épidémiologique est préconisée dans nos objectifs.

L'excellence passe également par le recrutement et la rétention de personnes qualifiées et engagées dans notre triple mandat de soins, d'enseignement et de recherche. Les ressources humaines constituent le noyau stratégique de l'organisation. Un environnement de travail moderne, stimulant et sensible aux besoins est donc essentiel dans le contexte de changement qui nous attend. Il s'agit d'un facteur critique de succès du présent Plan stratégique. Nous voulons que le Douglas soit un milieu de prédilection pour travailler et apprendre ainsi qu'un environnement stimulant la collaboration et l'interdisciplinarité.

Cette orientation d'excellence est fondée sur l'application des meilleures pratiques à tous les niveaux de l'organisation ainsi que sur un rehaussement des exigences de performance des équipes en termes d'intégration du triple mandat, de publications, de qualité et de résultats.

Tel que mentionné plus haut, nos activités d'enseignement et de formation représentent une stratégie clé de recrutement et de rétention tant pour l'Hôpital que pour le Centre de recherche. C'est dans cette optique qu'un des objectifs rehausse les exigences reliées aux activités de formation et de stage. Cet objectif vise également à étendre le réseau des partenaires et le rayonnement du Douglas au niveau international par une hausse des activités de formation et de consultation, par le biais du Centre collaborateur OMS de Montréal qui est un partenaire clé dans l'atteinte de notre vision.

Un autre facteur critique de succès est le partenariat et la collaboration, et trois objectifs de cette orientation touchent à cet

aspect primordial. Un premier vise un rehaussement des activités de transferts des connaissances dans un contexte de synergie et d'intégration de notre triple mandat. Le deuxième s'inscrit dans les priorités identifiées par l'Université McGill et touche plus particulièrement au partenariat académique et scientifique en réponse à des besoins plus spécifiques et hautement spécialisés. Le troisième et dernier objectif, mais non le moindre, constitue un autre facteur critique de succès. En effet, l'appui inconditionnel de la Fondation, un partenaire stratégique clé de l'Hôpital et du Centre de recherche, est un gage de succès de notre Plan stratégique 2006-2010.

Voici donc les objectifs stratégiques découlant de notre orientation d'**exiger l'excellence et l'intégration des activités cliniques, d'enseignement et de recherche** :

- 1.a Fondé sur une approche épidémiologique, accroître de 50 % les indicateurs de besoins de la population pour mieux connaître la clientèle.
- 1.b Recruter et atteindre un taux de rétention de 85 % de candidats adhérant à l'intégration du triple mandat et démontrant des qualités d'excellence et d'innovation.
- 1.c S'assurer que 100 % des modèles de soins sont fondés sur les meilleures pratiques.
- 1.d Augmenter d'au moins 20 % le nombre des services intégrés en conformité avec notre triple mandat.
- 1.e Augmenter de 15 % le nombre de publications issues du Centre de recherche et de l'Hôpital dans des revues reconnues.
- 1.f Augmenter de 15 % le nombre d'étudiants et de stagiaires à l'Hôpital et au Centre de recherche dont ceux recrutés par le biais du Centre collaborateur OMS de Montréal.
- 1.g Augmenter de 25 % les activités reliées au transfert des connaissances visant l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche.
- 1.h Consolider les liens de partenariat avec l'Université McGill et les autres collaborateurs cliniques en augmentant de 20 % le recrutement de chercheurs appartenant à plus d'un département et en développant des projets de recherche communs.
- 1.i Élaborer un projet d'environnement physique qui reflète notre vision d'une institution de santé mentale moderne qui intègre soins, enseignement et recherche.
- 1.j Augmenter de 50 % les revenus de sources philanthropiques en appui aux objectifs stratégiques de l'organisation.

2. AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET INFLUENCER LES ORIENTATIONS EN SANTÉ MENTALE

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette orientation s'inscrit dans un effort de déstigmatisation et de partenariat. Elle s'appuie sur notre leadership éprouvé à titre d'Institut universitaire en santé mentale. Elle est fondée sur notre reconnaissance à titre de centre d'excellence et sur notre expertise afin de nous permettre d'influencer, et même de changer les perceptions du public par rapport à la maladie mentale et à ceux qui en souffrent. En effet, comme l'indique le Directeur général des Services de Santé des États-Unis, « On a de plus constaté que la qualité de vie reste médiocre, même après la guérison, sous l'effet de facteurs sociaux tels que les préjugés et la discrimination qui perdurent. Les préjugés sont parfois même de plus gros obstacles que la maladie elle-même. Il est donc crucial qu'un des aspects qu'il faut attaquer sans tarder sont les préjugés qui sont véhiculés dans la société. »²⁵

Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'OMS recommande que « Tous les pays devraient mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation du grand public portant sur la santé mentale. Le but essentiel est de réduire les obstacles au traitement et aux soins en informant le public de la fréquence des troubles mentaux, des possibilités de traitement, des chances de guérison et des droits des malades. Il faut aussi faire largement connaître les différentes options thérapeutiques et leurs avantages afin que la population, les professionnels, les médias, les décideurs et les politiciens agissent en parfaite connaissance de cause. (...) Bien planifiées, les campagnes de sensibilisation et d'éducation peuvent faire reculer la stigmatisation et la discrimination, inciter les malades à utiliser les services de santé mentale et réduire l'écart entre santé mentale et santé physique. »

Plus notre expertise est reconnue et notre rayonnement étendu, plus notre pouvoir d'influencer s'accroît. Cette orientation est en lien avec les priorités de développement de l'Université McGill et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), et vise

donc à consolider notre expertise en misant non seulement sur l'excellence mais sur l'innovation et les nouvelles découvertes, sur le partage des nouvelles connaissances tant au niveau local que national et international ainsi que sur les nouvelles technologies pour rendre ces connaissances accessibles au public le plus large possible. Le Douglas peut aussi compter sur un partenaire stratégique clé, le Centre collaborateur OMS de Montréal, qui s'inscrit pleinement dans cette orientation en s'engageant à contribuer au rayonnement international de l'Hôpital et de son Centre de recherche.

C'est donc dans cette perspective que nous proposons les objectifs suivants pour **améliorer les connaissances et influencer les orientations en santé mentale** :

- 2.a Augmenter de 25 % les activités de transfert de connaissances auprès de nos partenaires dans le but de consolider la première ligne.
- 2.b Augmenter d'au moins 25 % la visibilité des services cliniques spécialisés par le biais de publications dans des revues reconnues et de présentations dans le cadre de conférences nationales et internationales.
- 2.c Augmenter d'au moins 25 % nos activités cliniques, académiques ou de recherche qui génèrent les meilleures pratiques.
- 2.d Poursuivre le développement des programmes dans les quatre axes de recherche pour atteindre un nombre total de 45 chercheurs principaux.
- 2.e Augmenter d'au moins 25 % les projets de recherche multidisciplinaires visant l'intégration des besoins cliniques et l'échange de connaissances et d'expertise.
- 2.f Créer un programme d'éducation publique en santé mentale pour la population desservie par le RUIS McGill en utilisant les nouvelles technologies de communication dont l'Internet et la télésanté.
- 2.g Développer un site web de référence en santé mentale en collaboration avec le RUIS McGill et les différents partenaires.
- 2.h Augmenter de 15 % la participation active des membres de l'organisation aux comités décideurs des différents paliers gouvernementaux.
- 2.i Augmenter de 25 % la notoriété de l'Hôpital Douglas et les demandes d'expertise des médias.

²⁵ Mental Health : A Report of the Surgeon General, 1999, United States Surgeon General, chap. 1, "Overarching Themes", "The Roots of Stigma" voir : http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sec1.html#roots_stigma (traduction de la citation).

3. CONSOLIDER LA CULTURE AXÉE SUR LES RÉSULTATS

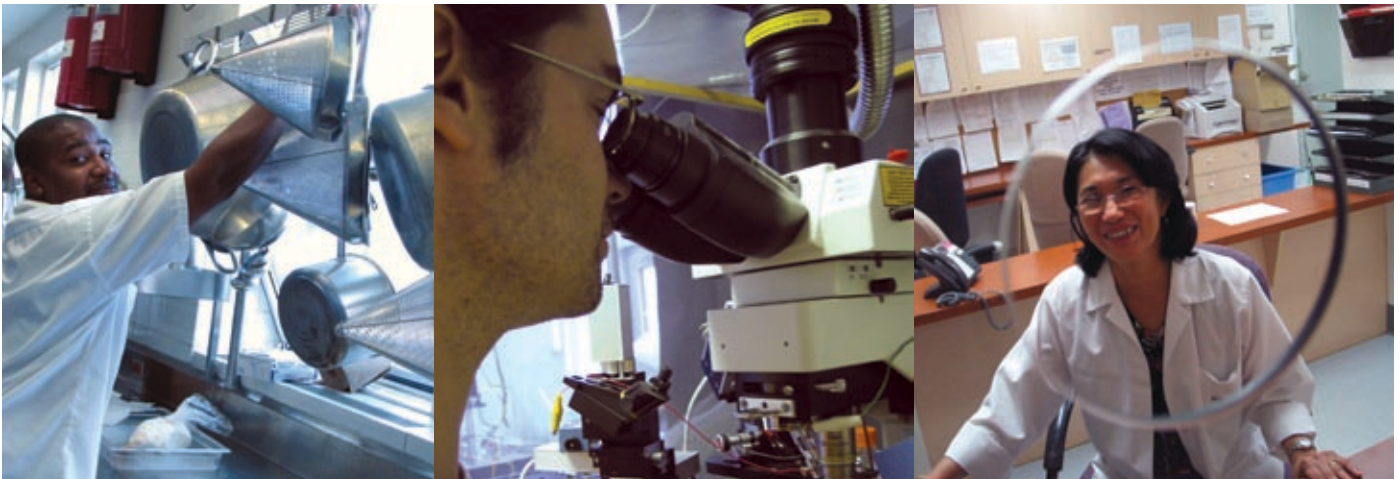
Les besoins augmentent et changent dans un contexte de ressources limitées. Il est donc essentiel de miser sur l'excellence en s'appuyant sur des processus rigoureux qui nous permettront d'atteindre les buts visés et le développement de l'organisation dans un contexte de rationalisation des ressources tout en respectant les normes de qualité les plus élevées dont celles établies par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

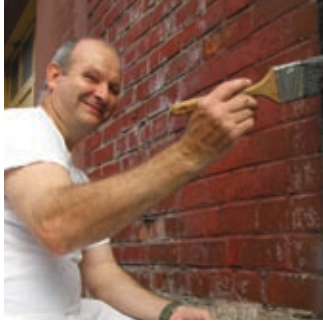
Le PASM propose une nouvelle organisation des services dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources ainsi que les résultats et annonce également un transfert de ressources vers la 1^{re} ligne. Il est donc vital de bien évaluer nos activités pour réaligner rapidement toutes nos ressources dans l'atteinte de nos objectifs et de notre vision.

Cette orientation est en appui aux deux premières orientations et permettra d'en mesurer l'atteinte. Elle vise à rehausser le niveau de performance et d'efficacité, à guider nos décisions dans l'allocation et l'utilisation des ressources ainsi que dans l'identification des priorités de développement. Elle permettra de mieux canaliser nos énergies dans le processus de réorganisation et de changement qui s'annonce.

Les objectifs stratégiques qui visent à **consolider la culture axée sur les résultats** sont :

- 3.a Développer un indicateur de résultat pour chacun des objectifs fixés, que ce soit au niveau des plans d'action ou de tout autre projet proposé, pour s'assurer de la cohérence entre les objectifs recherchés, les actions prises et les résultats.
- 3.b S'assurer que l'évaluation de la performance individuelle inclut des critères mesurables d'atteinte des objectifs convenus.
- 3.c Bonifier les indicateurs de performance des équipes et des services en y introduisant des mesures
 - ▶ de satisfaction de la clientèle,
 - ▶ de résultat,
 - ▶ du climat de travail,
 - ▶ d'intégration du travail interdisciplinaire,
 - ▶ d'intégration du triple mandat.
- 3.d Promouvoir un environnement sécuritaire en introduisant des mesures de gestion des risques aux indicateurs de performance des équipes et des services.
- 3.e S'assurer que tous les projets ayant un impact important sur les façons de faire d'un grand nombre de personnes comptent une approche de soutien et d'accompagnement dans la gestion du changement.
- 3.f Revoir le plan d'organisation en fonction du Plan stratégique et du besoin de clarifier la gestion par processus.

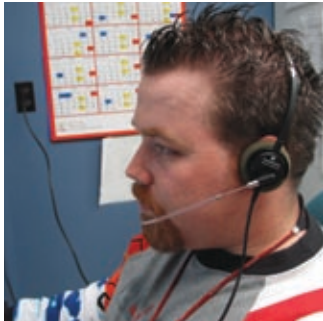




CLARENS THÉRIAULT

Peintre

La planification ça implique tout le monde, autant les employés que les gestionnaires. Avec une bonne planification et une bonne organisation c'est plus facile pour tout le monde de savoir où on va et ce qu'on a à faire. C'est la qualité, les services, le respect.



VINCENT-OLIVIER ST-GELAIS

Technicien en informatique

Pour moi, la planification stratégique, c'est une ligne directrice qui nous permet d'atteindre notre destination. Ça me met en confiance envers l'organisation.



CHRISTELLE SACHOT

Stagiaire en recherche

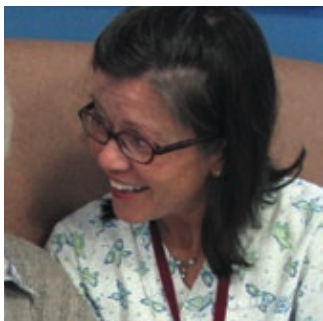
Du neurone au patient, du chercheur à l'infirmière, de Montréal à l'échelle internationale, l'Hôpital Douglas, endroit privilégié et unique par sa multidisciplinarité et son pluriculturalisme, occupe une position idéale avec son nouveau Plan stratégique pour faire avancer les connaissances en santé mentale sous toutes leurs formes.



JACQUES ST-HILAIRE

Technicien en horticulture

Le fait que le Plan stratégique vise le rétablissement est tout à fait en lien avec la réadaptation. Ça concorde avec notre raison d'être qui est d'amener les gens à être de plus en plus autonome.



LOUISE LAFLAMME

Infirmière

La conférence à laquelle j'ai assisté la semaine passée sur le Plan stratégique 2006-2010 de l'Institut Douglas m'a permis d'entrevoir la vision du mandat que s'est donné l'Hôpital pour assurer la continuité des soins en psychiatrie pour une société qui en a de plus en plus besoin.

INTRODUCTION

LE DOUGLAS EN BREF

POURQUOI CHANGER?

COMMENT CHANGER?

ANNEXES

.05
ANNEXES



LEXIQUE

AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
AVI	Année de vie vécue avec une incapacité
CAU	Centre affilié universitaire
CHPsy	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CPE	Centre de petite enfance
CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FCI	Fonds canadien pour l'innovation
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAFI	Programme d'appui au financement des infrastructures
PASM	Plan d'action en santé mentale
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Le Comité de planification stratégique

Le présent Plan stratégique est le fruit d'un travail intense de plusieurs mois mené par un Comité de planification stratégique. Ce comité était composé des personnes suivantes représentant à la fois les conseils d'administration de l'Hôpital, du Centre de recherche et de la Fondation ainsi que des membres de la haute direction de l'Hôpital et du Centre de recherche :

Claudette Allard	Présidente du Comité de planification stratégique et présidente du Conseil d'administration
Jacques Hendlisz	Directeur général
Martha Bishop	Représentant le Comité des bénéficiaires, Hôpital Douglas
Danielle Corbeil	Représentant le Conseil des infirmières et infirmiers, Hôpital Douglas
Michel Dalton	Directeur des Ressources financières, Hôpital Douglas
Josianne Gauthier	Conseillère en Développement organisationnel, Hôpital Douglas
Nicole Germain	Adjointe au directeur général, Hôpital Douglas, et chargée de projet
Michelle Gilbert	Directrice des Ressources humaines, Hôpital Douglas
Jacques Hurtubise, Ph.D.	Membre du Conseil d'administration de l'Hôpital Douglas, représentant de l'Université McGill
Mimi Israël, M.D.	Chef du Département de psychiatrie, codirectrice des Activités cliniques et codirectrice de l'Enseignement et de la Formation, Hôpital Douglas
Robyne Kershaw-Bellemare	Directrice des Soins infirmiers, codirectrice des Activités cliniques et codirectrice de l'Enseignement et de la Formation, Hôpital Douglas (jusqu'en avril 2006)
Jocelyne Lahoud	Directrice administrative du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et chargée de projet
Jane H. Lalonde	Présidente et chef de l'exploitation de la Fondation de l'Hôpital Douglas
Stéphanie Lassonde	Responsable des communications et des affaires publiques
Eric Latimer, Ph.D.	Directeur de l'axe de recherche Services, politiques et santé des populations, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Ashok Malla, M.D.	Directeur, Division de recherche clinique, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Paul Marcotte	Membre du Conseil d'administration du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas représentant le public
Michael Meaney, Ph.D.	Directeur scientifique adjoint du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Rémi Quirion, Ph.D.	Directeur scientifique du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Joseph Rochford, Ph.D.	Coordonnateur du Bureau de coordination de l'enseignement et de la formation, Hôpital Douglas et Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Ronald Sehn	Directeur des Services techniques, Hôpital Douglas
Dorita Shemie	Représentant le Conseil multidisciplinaire, Hôpital Douglas
Jacques Tremblay, M.D.	Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Hôpital Douglas
Jean-Bernard Trudeau, M.D.	Directeur des Services professionnels et hospitaliers et codirecteur des Activités cliniques, Hôpital Douglas
Claire-Dominique Walker, Ph.D.	Directrice de la Division de recherche en neurosciences, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Groupe de travail

Le groupe de travail a joué un rôle consultatif déterminant auprès des responsables du projet dans l'identification des priorités. Piloté par Nicole Germain et Jocelyne Lahoud, il regroupait Josianne Gauthier, Mimi Israël, M.D., Robyne Kershaw-Bellemare, Jane H. Lalonde, Stéphanie Lassonde et Dorita Shemie. Ce groupe a permis d'identifier des valeurs, de préciser nos engagements et de proposer une vision, une mission des orientations et des objectifs stratégiques qui ont ensuite été proposés dans le cadre d'une tournée de validation très stimulante et productive.

Consultation

Outre le Comité de planification stratégique et le groupe de travail, un grand nombre de représentants de l'Hôpital, du Centre de recherche et de leurs partenaires ont également été associés étroitement à l'exercice de planification stratégique, que ce soit pour établir le diagnostic, dégager les grandes orientations et les stratégies principales, et finalement valider la démarche et les différents constats contenus dans le plan. Le Comité de planification stratégique tient à remercier les personnes suivantes qui ont participé à la démarche menant au Plan stratégique 2006-2010.

Consultation externe

Samuel Benaroya, M.D.	Doyen associé, Faculté de médecine, Université McGill et responsable des affaires interhospitalières, Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill)
Guy Bibeau	Chef de l'administration des programmes, CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine
Michael Bond, M.D.	Chef du Département de psychiatrie, Hôpital général Juif de Montréal
Hélène Bourque	Directrice administrative, Centre de recherche de l'Hôpital Robert-Giffard
Marc Boutin	Projet suivi communautaire
Madeleine Breton	Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux
Rita Cavalière	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
Lucie Côté	Impact et présidente du Comité des partenaires en santé mentale du Sud-Ouest (COPASM)
André Delorme, M.D.	Directeur de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Desrochers	Responsable du projet de télésanté, Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill)
Lianne D'orsomiens	Portage
Eric Fombonne, M.D.	Chef adjoint du Département de psychiatrie – pédopsychiatrie, Centre universitaire de santé McGill (Hôpital de Montréal pour Enfants)
Danielle Fortin, M.D.	Médecin, CSSS du Sud-Ouest—Verdun
Pierre Gagnon	Directeur général, Centre hospitalier Pierre-Janet
Diane Gauthier	Adjointe au directeur général, Hôpital Louis-H. Lafontaine
Richard Gilbert, Capitaine	Armée du Salut
Fiona Key, M.D.	Chef clinique de la pédopsychiatrie, Centre universitaire de santé McGill (Hôpital de Montréal pour Enfants)

Suzanne Lamarre, M.D.	Chef du Département de psychiatrie, Hôpital St. Mary's
Gilles Lanteigne	Visiteur du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé
Michel Lemay	Directeur général associé, CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine
André Lemieux	Directeur général, Hôpital Louis-H. Lafontaine
Danielle McCann	Directrice générale, CSSS du Sud-Ouest—Verdun
Angela Murphey	Projet PAL
Joel Paris, M.D.	Chef du Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
Paul Perreault	Directeur général, CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine
Pierre Pinard	Responsable de la santé mentale, CSSS du Sud-Ouest—Verdun
David Poirier	L'Entreitoit
Kathleen Primard	Programme de santé mentale, CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine
Serge Routhier	Adjoint au directeur général, Hôpital Robert-Giffard
Hélène Roy	Visiteur du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé
Valérie St-Pierre, Capitaine	Armée du Salut
Warren Steiner, M.D.	Chef adjoint du Département de psychiatrie – psychiatrie adulte, Centre universitaire de santé McGill
Louis-Paul Thauvette	CSSS du Sud-Ouest—Verdun
Afruditi Vahaviolos	Portage



Consultation interne

Les consultations internes ont eu lieu en deux phases, la première pour établir le diagnostic organisationnel et la deuxième, pour valider les propositions du groupe de travail. Voici la liste des personnes consultées au cours de ces deux phases de consultation.

Claudette Allard	Natalie Grizenko, M.D.	James McDonald
Jean-Claude Armand, M.D.	Gaston P. Harnois, M.D.	Michael Meaney, Ph.D.
Sylvain Bernier	Jacques Hendlisz	Marc Pineault
Martha Bishop	Lynn Hewitt	Susan Potter Lee
David M. Bloom, M.D.	Jacques Hurtubise, Ph.D.	Jens C. Pruessner, Ph.D.
Colette Boucher	Hani Iskandar, M.D.	Rémi Quirion, Ph.D.
Francine Y. Bourassa	Mimi Israël, M.D.	Joseph Rochford, Ph.D.
Jacqueline Burck	Lydia Ivanus	Willine Rozefort, M.D.
Yves Careau	Robyne Kershaw-Bellemare	Ronald Sehn
Sheilagh Cahill	Hélène Laberge	Dorita Shemie
Denis Claveau, M.D.	Philippe Lageix, M.D.	Joan Simand
Danielle Corbeil	Jane H. Lalonde	Daniel Sirois
Bartholemew Crago	Martine Lalinec, M.D.	Howard Steiger, Ph.D.
Michel Dalton	Marc-Paul Lasnier	Nathalie Trastour
René Desautels, M.D.	Stéphanie Lassonde	Jacques Tremblay, M.D.
Johanne Dubé	Eric Latimer, Ph.D.	Jean-Bernard Trudeau, M.D.
Amparo Garcia	Gérard Lebel	Marielle Turcotte
Josianne Gauthier	Ashok Malla, M.D.	Claire-Dominique Walker, Ph.D.
Michelle Gilbert	Elaine Mancina	Camillo Zacchia, Ph.D.
Francine Giroux	Paul Marcotte	
Rachel Green, Ph.D.	Carlos R. Martinez	

Groupes de discussion

Ressources humaines :

- ▶ **Groupes de discussion généraux :** 43 personnes provenant de tous les secteurs de l'Hôpital (chacune des divisions et un groupe général) ont participé à cinq rencontres de discussion dans le but d'enrichir la démarche de planification stratégique de l'Hôpital.
- ▶ **Groupes de discussion spécifiques :** De plus, trois groupes de discussion ont eu lieu sur des sujets spécifiques, à savoir : 1° la recherche, 2° la qualité et 3° l'enseignement, la formation et le développement organisationnel.

Clients : Quatre groupes de discussion ont également été menés auprès de patients ou de membres de leur famille. Un total de 28 personnes représentant divers secteurs de l'Hôpital ont participé à ces groupes de discussion dont les principaux sujets portaient sur leur appréciation des services reçus, leur perception de la recherche et les préjugés entourant la maladie mentale.

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont participé à la réalisation de ce projet. Nous tenons à souligner particulièrement la participation de Dr André Delorme, directeur de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux, pour avoir accepté de faire une présentation sur les grandes lignes du PASM, ainsi que M. Alain Rondeau, professeur et directeur du Centre d'études en transformation des organisations (CETO) de HEC Montréal, pour avoir accepté d'agir à titre de modérateur de la journée de réflexion du comité de planification stratégique. Il faut également souligner la contribution de M. Jacques Charuest et de M. Jean-Pierre Charest pour l'organisation et la conduite des groupes de discussion d'employés.

Nos plus sincères remerciements vont à M. Michel Perreault et à son équipe pour l'organisation, la coordination et la réalisation des groupes de discussion de clients (patients et famille). Nous tenons aussi à remercier d'autres collaborateurs qui ont assuré le succès de ces groupes de discussion : Mme Louise Beauvais, inf. M.Sc. inf., conseillère clinicienne en soins spécialisés, qui a animé deux groupes de discussion (pédopsychiatrie et gérontopsychiatrie); Mme Suzanne Gareau-Forget, secrétaire à la direction des soins infirmiers, et Mme Chito Ferrer, inf. B.Sc., pour leur rôle de traductrice et d'observatrice lors des discussions; toute l'équipe d'intervenants du Centre Wellington

pour sa collaboration et particulièrement Mme Nicole Lahaie, agente de planification et de programme, pour sa participation au plan de la discussion, au recrutement des participants et à la co-animation de la rencontre; Mme Louise Beauchesne, chef clinico-administratif au programme adultes, Mme Esther Thibeault, adjointe au Comité des bénéficiaires, et Mme Francine Y. Bourassa, ombudsman de l'Hôpital, pour leur participation à un des groupes de discussion; et Mme Julie Vadeboncoeur, coordonnatrice de recherche à la Division des services pour adultes, qui a rédigé le rapport de consultation du groupe de l'hôpital de jour de la gérontopsychiatrie.

Nous tenons également à souligner l'apport de M. Eric Latimer et de Mme Ritz Kakuma pour leur participation au processus de collecte des données populationnelles, sociodémographiques et épidémiologiques et leur analyse de ces données à la lumière des plus récentes découvertes épidémiologiques dans le domaine de la santé mentale.

Finalement, nous tenons à remercier Mme Stéphanie Courtois pour avoir su coordonner brillamment l'organisation des nombreuses activités ou réunions nécessaires tout au long du processus de planification stratégique ainsi que toutes les personnes qui ont participé généreusement à l'édition des textes français et anglais.

Photographies :

- p.19 Camillo Zacchia, Ph.D., chef professionnel – Psychologie
Joan Simand, chef professionnel – Services sociaux
Hélène Laberge, chef professionnel – Ergothérapie
- p.27 Andrew Gregory Reid, étudiant en médecine
Hani Iskandar, M.D., chef médical, Unité des soins intensifs
- p.28 Marc Pineault, coordonnateur de la gestion de la qualité et des risques
Louise Beauvais, conseillère clinicienne en soins spécialisés
Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des Soins infirmiers (jusqu'en avril 2006)
- p.32 Stefin Noel, centrale de la liste de rappel
Jean-Guy Chabot, chercheur, Division de neuroscience
Lillian Diaz, infirmière, Centre Moe Levin

- p.38 Photo de gauche :
Candelaria Conti, infirmière, Centre de recherche
Xing Dai, stagiaire de recherche, Centre d'avance de la recherche clinique

Photo du centre :
Pierre Bernhardt, coordonnateur clinique, Groupe McGill d'études sur le suicide

Photo de droite :
Marc Pelletier, stagiaire de recherche, Division de neuroscience
Amélie Achim, assistante de recherche, Division de recherche psychosociale

RÉSUMÉ DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2001-2005

Le Plan stratégique 2001-2005 identifiait quatre objectifs stratégiques et quatre objectifs opérationnels. Voici un résumé des réalisations qui découlent de chacun des objectifs du Plan.

1. Poursuivre l'amélioration de l'excellence clinique

Des progrès significatifs ont été réalisés dans le cadre de ce premier objectif touchant l'excellence clinique. Une évaluation de tous les services cliniques a eu lieu en utilisant divers indicateurs de productivité, d'accessibilité, d'intensité et de disponibilité. Les résultats de cette étude ont permis de cibler différentes actions en vue d'améliorer la qualité des services. Ils nous permettent de plus de vérifier l'efficacité et l'efficacités des services de façon régulière.

Parmi les progrès qui ont permis d'améliorer l'excellence clinique, notons particulièrement la création de PEPP-Montréal pour le traitement précoce des premières psychoses; du Centre Moe Levin pour le traitement de la démence associée à un trouble psychiatrique; du programme IPS (pour *Individual Placement and Support*) pour le placement individualisé et le soutien à l'emploi; et de la clinique TDA/H pour les jeunes aux prises avec un déficit d'attention avec ou sans hyperactivité. Le Service de l'urgence a également été amélioré par la stabilisation de sa main-d'œuvre médicale et par différentes activités de maillage avec les partenaires internes et externes.

Des projets d'évaluation de la satisfaction des patients ont été intégrés à chacune des divisions et des efforts sont présentement en cours pour mieux arrimer ces projets entre eux. Le Comité CESAS (comité pour un environnement sans abus de substances psychoactives) a aussi été créé pour la mise en place de méthodes d'intervention particulières pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles concomitants. De plus, en collaboration avec le Centre de recherche, un traitement bref des troubles liés à la toxicomanie a été implanté.

L'amélioration des services de 2^e ligne se poursuit par la création du module d'évaluation-liaison. Ce module a permis de réduire considérablement les délais d'attente pour une évaluation. Des liens avec les ressources de référence ont été développés et des projets de soins partagés sont en cours avec deux secteurs

du bassin de desserte de l'Hôpital. Des efforts doivent toutefois être investis pour solidifier les services de base en fonction des meilleures pratiques.

Des activités ont été implantées pour améliorer l'articulation entre les différents services et le cheminement des patients dans le système. Notons en particulier l'implantation de l'équipe tactique pour la gestion des lits. Cette équipe coordonne l'utilisation des lits pour assurer la fluidité entre l'Urgence et les unités d'admission, et le désengorgement des services. Le comité de coordination des activités cliniques, à son tour, agit à titre de comité de gestion pour l'ensemble des activités cliniques. Un autre comité a également été mis en place pour assurer l'intégration des services dans la division adulte suite à la fusion des deux divisions pour adultes précédentes.

La Division de pédopsychiatrie et la Division de gérontopsychiatrie ont procédé à une réorganisation de leurs services et les deux divisions pour adultes ont été fusionnées en une seule entité. D'autres projets de réorganisation sont encore à venir dans le sillage du PASM.

D'autres activités d'excellence et de qualité des services qui ont été implantées touchent les activités suivantes :

- ▶ Ressources résidentielles : Ce service a été réorganisé, de nouvelles normes de qualité ont été établies et un programme d'évaluation de toutes les ressources résidentielles est en cours;
- ▶ Code blanc : une équipe de code blanc a été mise en place pour assurer une réponse rapide et experte dans les cas d'agressions;
- ▶ Coordonneurs de soir, de nuit et de fins de semaine : en plus de permettre d'évaluer la gestion de la qualité ces postes permettent d'être informés rapidement des situations à risques/complexes, d'établir un plan d'action préventif pour chacun des événements pour lesquels ils doivent intervenir. De par leur présence sur les lieux et leur pouvoir d'action systémique, les coordonneurs assurent une gestion rapide des situations de risques, évitant ainsi des événements potentiellement sentinelles.
- ▶ Réorganisation du plateau technique : cette réorganisation a permis d'améliorer les synergies entre les différents outils diagnostics.

2. Obtenir le statut d'Institut universitaire : consolider les éléments d'excellence scientifique et académique

À l'invitation du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Hôpital soumettait en octobre 2003 sa candidature au titre d'institut universitaire en santé mentale, une visite subséquente du comité d'experts chargé d'étudier notre candidature a eu lieu en septembre 2004 et un complément d'information a été transmis en octobre 2004. Nous sommes toujours en attente de cette désignation.

Dans le contexte de l'obtention du statut universitaire, l'Hôpital visait trois volets spécifiques dont l'excellence de l'enseignement, l'excellence de la recherche et l'intégration de ces deux aspects aux activités cliniques.

La décision quant aux désignations des instituts en santé mentale a été retardée à plusieurs reprises depuis la première échéance de mars 2004. Le Douglas a finalement été désigné à titre d'Institut universitaire en santé mentale au printemps 2006.

2.1 Excellence de l'enseignement

Conformément aux objectifs du Plan stratégique, nous avons mis en place la Direction de l'enseignement et de la formation et le Bureau de coordination de l'enseignement et de la formation qui ont permis d'améliorer la coordination de l'ensemble des activités de formation. Des efforts doivent toutefois être investis pour mieux arrimer ces activités aux objectifs de l'établissement et susciter la concertation des différents acteurs tant à l'Hôpital qu'au Centre de recherche.

L'Hôpital a également mis en place un projet d'apprentissage en ligne visant à optimiser la formation du personnel par l'utilisation de l'Internet et de l'intranet. Ceci permet aux intéressés de participer à des activités de formation, peu importe où ils se trouvent ou l'heure qu'il est. Ces réalisations ont également amené une meilleure articulation des liens avec nos partenaires, tant pour l'organisation que pour la participation à différentes activités d'enseignement et de formation.

2.2 Excellence de la recherche

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas est reconnu comme «**centre modèle**» par le Fonds de recherche en santé du Québec

(FRSQ). Il est le plus important centre de recherche en santé mentale au Québec. Le plus performant au Canada, il reçoit le plus grand nombre de subventions par comités de pairs. Depuis le dernier Plan stratégique, et à la demande du FRSQ, le nombre d'axes de recherche a été réduit de sept à quatre : Schizophrénie et troubles neurodéveloppementaux; Troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité; Vieillesse et maladie d'Alzheimer; et Services, politiques et santé des populations. Des ajustements sont toutefois nécessaires pour mieux harmoniser certains des nouveaux axes de recherche et pour améliorer les synergies entre les axes et les divisions dans un contexte de développement rapide et important au Centre de recherche.

Le CRHD se distingue par la qualité de ses chercheurs, leur performance scientifique et leur rôle dans la formation d'étudiants de 2^e, 3^e cycles et au niveau postdoctoral, par le niveau d'intégration de la recherche aux activités cliniques et d'enseignement.

2.3 Intégration de la recherche et de l'enseignement aux activités cliniques

Le troisième volet touchant à l'intégration de la recherche et de l'enseignement a également connu des progrès significatifs. Notons particulièrement la mise en place du Centre d'avancement de la recherche clinique (CARC), du Bureau de coordination de l'enseignement et de la formation (BCEF) et de l'axe de recherche Services, politiques et santé des populations (SPSP) du Centre de recherche.

L'atteinte de cet objectif passe également par nos efforts de recrutement. L'Hôpital ne recrute plus maintenant que des professionnels engagés dans cette triple mission. Le calibre des professionnels recrutés et du personnel en général s'est grandement amélioré comme, par exemple, le nombre de M.D./Ph.D., de résidents, d'infirmières bachelières, et autres. Ceci constitue un attrait pour d'autres cliniciens ou chercheurs chevronnés et crée un *momentum* qui fait que le calibre s'améliore sans cesse. Ces recrues s'intègrent aux programmes en place, ou même en développent de nouveaux donnant ainsi lieu à une plus grande intégration.

Nos programmes cliniques de 3^e ligne sont considérés comme modèles dans leur champ respectif. Chacune de ces équipes applique les pratiques de pointe, contribue à l'avancement et à l'application des nouvelles connaissances, assure l'émergence

d'une relève de qualité, et contribue au partage des connaissances entre les intervenants de l'Hôpital et de leur réseau respectif de partenaires. Nous devons toutefois pousser les efforts pour améliorer cette intégration dans les autres services dits de 2^e ligne où l'intégration est parfois inégale. Des incitatifs d'intégration doivent être développés et les indicateurs de performance des services devront tenir compte des objectifs d'intégration.

3. Accentuer la synergie entre les objectifs de la Fondation, de l'Hôpital et du Centre de recherche

Des progrès ont été réalisés dans l'atteinte de cet objectif. Des rencontres régulières ont eu lieu entre les dirigeants des trois entités et l'Hôpital et le Centre de recherche ont participé à l'élaboration des objectifs touchant la campagne de financement majeure devant avoir lieu en 2006, année du 125^e anniversaire de l'Hôpital. Le nouveau logo de l'Hôpital est le fruit d'une collaboration entre l'Hôpital, le Centre de recherche et la Fondation. Un premier rapport annuel intégré a été publié en 2002-2003, montrant le maillage étroit entre l'Hôpital, le Centre de recherche et la Fondation qui permet la réalisation de nos objectifs d'excellence. Également significatif est le fait que le présent Plan stratégique rallie les trois entités dans l'atteinte d'objectifs communs. Des changements récents à la présidence du Centre de recherche et de la Fondation ainsi qu'à la direction de la Fondation devraient également apporter un renouveau dans les efforts de synergie recherchée. Il est toutefois nécessaire de maximiser la participation de la Fondation aux différents comités de l'Hôpital où sa présence serait utile. Il est aussi nécessaire d'améliorer les activités de communication interne pour corriger certaines perceptions et mieux communiquer les contributions vitales de la Fondation.

4. Réorienter l'image externe de l'Hôpital

Tel que prévu au Plan stratégique 2001-2005, le logo a été revu pour donner une image corporative plus contemporaine et en harmonie avec les valeurs de l'Hôpital. Le nom de l'Hôpital pourrait toutefois être revu maintenant que nous avons été désigné à titre d'Institut universitaire en santé mentale.

Également dans le contexte de rayonnement externe, un plan de communication a été élaboré et mis en application. Divers membres de l'organisation participent à des comités ou à des tables

de concertation aux niveaux provincial, régional et local : Table des chefs de départements de psychiatrie de l'Île de Montréal, RUIS McGill, Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), différents comités ministériels, Instituts canadiens de recherche en santé, etc. Des stratégies spécifiques ont été élaborées en fonction des différents publics ciblés, le site web a été réalisé et des approches particulières avec les médias ont été développées spécifiquement. Les communications externes ont donc connu des progrès importants qui sont démontrés par la présence positive de l'Hôpital dans les différents médias et par le fait que les journalistes utilisent de plus en plus l'Hôpital à titre de centre de référence en santé mentale. Ces efforts doivent être maintenus et même renforcés pour continuer d'améliorer les perceptions par rapport à la maladie mentale et la reconnaissance de l'Hôpital Douglas en tant que centre d'excellence et de chef de file.

5. Consolider les éléments clés du Plan d'organisation

Le Plan d'organisation a été revu en 2003, confirmant le modèle de gestion clinique fondé sur la cogestion et l'approche clinique centrée sur le patient et les concepts d'organisation apprenante et d'interdisciplinarité introduits lors du plan d'organisation précédent. La décentralisation de la prise de décision a également été réalisée par la décentralisation plus poussée des budgets. Des tentatives visant à clarifier le rôle des chefs professionnels ont été faites en ce qui a trait au recrutement, à l'évaluation de l'acte et de la qualité, et à la formation et à l'enseignement, mais il reste encore des efforts à faire pour donner sa pleine signification à ce rôle important.

Le sondage sur le climat organisationnel a mis en lumière différents questionnements quant à la cogestion à certains niveaux de l'organisation et une étude est présentement menée pour en améliorer le fonctionnement.

6. Consolider et arrimer les objectifs des ressources humaines, financières et techniques en fonction des objectifs stratégiques

Dans le cadre du dernier plan d'organisation approuvé en 2003, les Services techniques et les Ressources financières ont été divisés en deux directorats distincts.

La Direction des ressources financières a finalisé l'implantation du nouveau système financier et les budgets ont été décentralisés conformément au plan d'organisation, permettant ainsi d'améliorer nos systèmes d'information. De nombreuses améliorations ont été apportées aux rapports financiers qui répondent ainsi mieux aux besoins de gestion et qui sont maintenant transmis en version électronique aux gestionnaires dans des délais beaucoup plus courts.

La Direction des services techniques a revu le plan directeur immobilier en fonction du Plan stratégique et son implantation progresse bien. Un nouveau système de production et de distribution alimentaire a été implanté, permettant d'améliorer la qualité et la rentabilité de cette activité hôtelière. Un programme d'évaluation de la satisfaction concernant la propreté a été mis en place par le Service de l'entretien ménager qui permet d'évaluer l'ensemble des installations de l'Hôpital à tous les trimestres. La direction a également mis en place un programme d'inspection des lieux dans le but d'établir des normes de qualité uniformes à travers l'établissement. Une équipe multidisciplinaire (équipe composée de représentants des Services techniques et du Comité des bénéficiaires ainsi que de cliniciens) visite tous les secteurs d'activités à intervalles réguliers. Ceci permet d'identifier et de documenter des déficiences physiques et de planifier les priorités futures. Les inspections sont en sus de la surveillance continue des gestionnaires des Services techniques et des demandes de réparation habituelles de la clientèle. Un autre programme d'amélioration continue de la qualité est le programme d'entretien préventif. Des mesures ont été mises en place afin d'assurer le suivi de l'entretien préventif et correctif effectué. De ce fait, nous sommes en mesure de planifier nos besoins quant au fonctionnement des installations matérielles. La Direction des services techniques a également procédé à l'élaboration du Manuel des procédures d'urgence et l'ensemble du personnel de l'Hôpital a été formé pour sa mise en application.

La direction des Ressources humaines a procédé au sondage sur le climat organisationnel ainsi qu'à une étude de son propre fonctionnement qui ont donné lieu à des actions concrètes pour améliorer la qualité des services. Le Plan de développement des ressources humaines a été adopté. La direction a créé un Service de développement organisationnel chargé d'implanter différentes activités touchant le développement du personnel d'encadrement, du personnel de soutien et administratif, et la gestion du changement, etc. La direction a également investi des

efforts considérables dans l'implantation des changements qui découlent de la réforme du système de santé et, en particulier, des unités de négociations dans le réseau de la santé.

7. Consolider les relations avec les partenaires

Une gamme variée de réseaux de partenaires s'articule autour des différentes clientèles, selon leurs besoins particuliers (jeunes et enfants, personnes âgées, personnes présentant une déficience intellectuelle, etc.), et aussi autour des différentes composantes de l'institution, qu'il s'agisse du réseau des hôpitaux affiliés à l'Université McGill, du réseau du COPASM (Comité des partenaires en santé mentale du Sud-Ouest), du réseau scientifique, etc. Ces nombreux partenaires, témoignant de leur engagement, ont appuyé notre candidature au titre d'institut universitaire en santé mentale.

Nous avons développé des liens avec les principaux hôpitaux psychiatriques du Québec et ceux de la région de Montréal. Nous nous sommes regroupés et avons établi des ententes de collaboration.

L'Hôpital doit maintenir et même améliorer ses efforts de partenariat, particulièrement dans le contexte de la réforme du système de santé et du PASM, dans le but de mettre en place un réseau de services bien intégré, fondé sur le partage des connaissances et de l'information.

8. Poursuivre l'amélioration des communications et consolider les mécanismes de communication et d'information de gestion

Un plan de communication interne a été développé et mis en application avec des résultats très réussis. Notons en particulier le *douglas.comm*, le *douglas.express* et le site intranet ainsi que les différentes tournées d'information dont celle touchant le Plan d'action en santé mentale, la réforme du système de santé et la restructuration des services aux adultes. Des efforts doivent encore être investis pour améliorer les communications hiérarchiques qui continuent de représenter un grand défi.

En ce qui a trait à l'information de gestion, des tableaux de bord ont été élaborés en collaboration avec les intervenants concernés et de nombreuses mesures de performance ont été mises à la

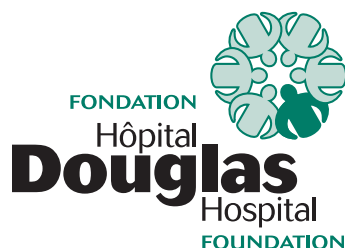
disposition du Conseil d'administration, des hauts dirigeants et des gestionnaires dans un souci d'amélioration de la qualité des services. Ces outils sont en constante évolution.

FAITS SAILLANTS DES DERNIÈRES ANNÉES

De nombreux faits marquants ont jalonné les récentes années de l'Hôpital et du Centre de recherche. Certains d'entre eux, plus stratégiques, méritent une attention particulière.

Logo

L'Hôpital a décidé de revoir son logo conformément à l'objectif 3 du Plan stratégique 2001-2005. Le but était de bâtir la notoriété de l'Hôpital Douglas et de ses champs d'intervention : soins, recherche et enseignement; changer les perceptions négatives; et contribuer à démystifier les maladies mentales. Suite à une vaste consultation, le logo était choisi et il était également convenu d'utiliser différentes couleurs pour chacune des trois entités. Voici les logos :



Le design évoque le réseau, le partenariat, le partage des connaissances, le patient entouré d'une équipe de soins, l'Hôpital entouré de tous ses partenaires, la recherche et l'enseignement au service du patient, etc. On retient donc l'importance du travail d'équipe à l'Hôpital et en santé mentale. Pour les scientifiques et les chercheurs, le symbole rappelle aussi une forme stylisée d'une coupe du cerveau, celui-ci étant l'outil le plus précieux dans leurs travaux de recherche sur les maladies mentales.

Ce nouveau logo est donc à l'image de la mission tripartite de l'Hôpital Douglas soit : les soins, l'enseignement et la recherche en santé mentale. Il est également plus contemporain et en harmonie avec notre image plus progressiste, chaleureuse et invitante.

Agrément

Deux visites d'agrément ont eu lieu depuis le dernier exercice de planification stratégique. En avril 2002, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) a visité l'Hôpital et a remis un agrément de trois ans avec demande de produire un rapport d'amélioration, en juin 2003, portant sur certains points. Ces demandes d'amélioration visent en particulier l'interdisciplinarité et sa mise en oeuvre dans les plans d'intervention, l'élaboration d'indicateurs pour l'amélioration et la mesure des résultats. Un plan d'action auquel ont contribué de nombreuses équipes de soins et de gestion a été élaboré à la suite de ces recommandations et a permis de mettre en place les mesures correctives nécessaires. Une autre visite a eu lieu du 18 au 21 avril 2005 et nous avons obtenu un agrément de trois ans avec demande de produire un rapport de progrès en juin 2006 sur certains points particuliers. De plus, cette dernière visite a permis de valider certains des constats dégagés lors de l'exercice de consultation qui a eu lieu dans le cadre du présent exercice de planification stratégique.

Visite du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)

Le Plan de développement 2003-2007 du Centre de recherche a été présenté au Fonds de recherche en santé du Québec, comme cela se fait à tous les quatre ans. Dans le cadre du processus d'approbation, le Centre a reçu la visite du groupe d'experts qui a procédé à une évaluation. Ces derniers ont accordé une note globale excellente au Centre; ils ont reconnu la qualité des recherches entreprises, ont souligné les compétences et

le leadership de son directeur scientifique, Rémi Quirion, Ph.D., et ont mentionné le soutien qu'apporte l'Hôpital Douglas aux activités de son Centre de recherche.

Sondage sur le climat organisationnel

À la fin de l'année 2002, l'Hôpital Douglas mandatait la firme Léger Marketing pour faire un sondage sur le climat organisationnel. Au début de l'année 2003, 1246 questionnaires ont été transmis aux membres du personnel, sur lesquels 623 ont été complétés (50 % de taux de réponse). Le rapport diagnostic a été déposé à l'été 2003 et l'Hôpital a ensuite débuté un processus de consultation à grande échelle pour établir un plan d'action global qui s'attaquerait aux lacunes identifiées par le sondage. Ces lacunes se regroupaient sous quatre grandes catégories, à savoir :

- ▶ Communication et partenariat entre la direction et les employés
- ▶ Charge de travail et stress
- ▶ Milieu de travail sécuritaire
- ▶ Harcèlement et discrimination

En janvier 2004, le Conseil d'administration a approuvé le plan d'action s'étendant sur trois ans dans le but d'améliorer le climat organisationnel. Ce plan d'action comprenait 68 actions à prendre entre 2004 et 2006. La grande majorité des actions prévues au plan d'action ont été complétées et la prochaine étape consistera maintenant à développer un outil qui nous permettra d'évaluer régulièrement le climat de travail. Cet outil devrait être développé en 2007.



CLIENT • COLLABORATION • COMPÉTENCE • CLIMAT(E)

Les 4C de la qualité

Dans un effort de faire vivre la qualité dans chacune de nos actions, l'Hôpital a mis en place un programme de qualité communément appelé « 4C ». Ce programme est conforme aux quatre dimensions de la qualité du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAES).

Que signifient les 4 C et quel est le lien avec les quatre dimensions de la qualité du CCAES ?

Qualité des services **C**lients – RÉPONSE AUX BESOINS

L'organisme anticipe l'évolution du milieu ainsi que des besoins et des attentes des clients (potentiels) ou de la population, et y répond.

Qualité des **C**ollaborations internes et externes – APPROCHE CLIENT / COMMUNAUTÉ

L'organisme renforce ses liens avec ses clients ou la communauté. Pour ce faire, l'organisme encourage le partenariat et la participation de la communauté à ses activités.

Qualité des **C**ompétences organisationnelles et professionnelles – COMPÉTENCE DU MILIEU

L'organisme offre en tout temps ses services de la meilleure façon qui soit, étant donné l'état actuel et évolutif des connaissances. L'organisme atteint le résultat visé pour les clients ou la communauté en utilisant les ressources de façon efficiente.

Qualité du **C**limat organisationnel – MILIEU DE TRAVAIL

L'organisme offre une atmosphère de travail favorisant l'excellence du rendement, l'entière participation, la croissance organisationnelle, professionnelle ou personnelle, la santé, le bien-être et la satisfaction.

En résumé, ce programme favorise les échanges en matière de qualité. Il est en outre utilisé lors de la détermination des objectifs annuels et constitue la base du processus d'appréciation de la contribution. Il permet d'être au courant des forces et des points à améliorer, dans un but de développement.