

L'enseignement de la réadaptation au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

Depuis plus de cinq ans, un groupe de psychiatres du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal intéressé à la réadaptation psychiatrique des patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants s'est réuni pour déterminer les contours du suivi de **un à deux** ans, sa supervision et le stage de réadaptation obligatoire des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants imposé par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada pour les cohortes de résidents débutant en juillet 2008. Les exigences du Collège Royal **version** 2012 se trouvent en annexe ; elles sont plus élaborées dans le récent livre de l'Association des psychiatres du Canada « Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada » et le chapitre de Freeland, Labelle et Bhatla (également en annexe)¹. Ces psychiatres de l'Université d'Ottawa ont joué un rôle important dans la nouvelle définition des exigences du Collège Royal pour la réadaptation des personnes avec des troubles mentaux graves et persistants.

Le groupe académique de psychiatres s'est révélé être, selon des concepts plus récents, une **communauté de pratique académique de la réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal** qui pourrait servir de point de rassemblement pour l'ensemble des psychiatres du Département de psychiatrie et du RUIS de l'Université de Montréal quant à la réadaptation psychiatrique des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, à l'adoption de pratiques de réadaptation tôt dans le traitement des troubles mentaux en général, à l'amélioration et l'adoption des meilleures pratiques. On trouvera également en annexe le nom des psychiatres qui ont participé aux cours des cinq dernières années à la réflexion, de même que des résidents, devenus psychiatres. Les orientations contenues dans la présente fiche tentent de refléter celles retenues suite aux discussions tenues par le groupe de travail de réadaptation et par le sous-comité de programme élargi de résidence en psychiatrie de l'Université de Montréal, dirigé par Dre Christiane Bertelli.

¹ A. Freeland, A. Labelle et R. Bhatla. (2009) The treatment in rehabilitation of individuals with severe and persistent mental illness. IN J.S. Leverette, G.S. Hnatko, E. Persad. Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada : what educators and residents need to know. Canadian Psychiatric Association. ISBN 978-0-9699992-8-7 . Chapitre 14, pp. 211-225.

Les premiers objets d'attention de la communauté de pratique académique de réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal ont porté autour de la formation des résidents, et le groupe de travail de réadaptation est arrivé à la formule suivante :

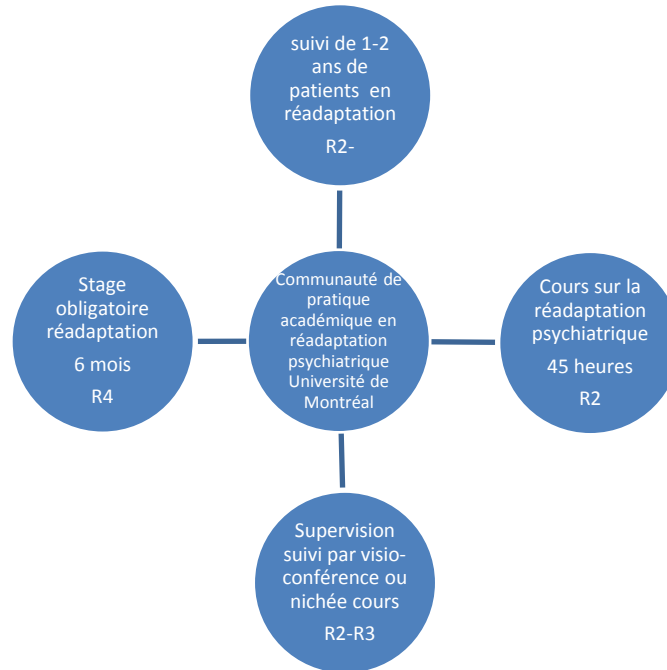


Figure 1: enseignement réadaptation psychiatrique U de Montréal

Avant d'élaborer les critères plus opérationnels de ces quatre activités, notons les principes suivants qui s'ajoutent à ceux qu'on trouve dans les documents du Collège Royal et de Freeland et al., et qui ont émergé des discussions, particulièrement en rapport avec le suivi de patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants :

- La réadaptation ne doit pas être limitée à celle des patients souffrant de troubles graves et persistants, mais dès le début du traitement, dans la psychose comme dans d'autres troubles mentaux.
- Le suivi de 1 à 2 ans de patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants en réadaptation doit permettre de saisir la psychique particulière, et le processus de réadaptation et de rétablissement de ces patients, que les stages brefs de quelques mois n'autorisent pas.
- La réadaptation se fait en équipes auxquelles les résidents doivent être exposés tant dans le stage de psychiatrie générale que dans leur stage obligatoire de réadaptation de personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants.

- Le suivi de un à deux ans de 2 patients est une opportunité unique pour le résident d'adopter la perspective du patient dans sa trajectoire de traitements, de réadaptation, de réinsertion sociale et de rétablissement. On aimerait exposer le résident à un mode « observateur, nomade » avec le patient, de ses lieux de traitements, de son réseau de personnes aidantes, sa famille, son équipe traitante psychiatrique, ses ressources communautaires ou autres. En même temps, le résident ne peut échapper au mode de « médecin traitant », à son rôle de médecin et la participation aux traitements et à la réadaptation à l'intérieur d'équipes traitantes.
- Une supervision académique du suivi par le groupe de psychiatres et dans lequel les résidents à tour de rôle apportent un de leurs cas en suivi, permettrait une exposition de l'ensemble des résidents une très grande diversité de cas et de pratique sur une période de un à deux ans.
- Comme démonstration de leur apprentissage, comme outil d'évaluation, et retour sur l'enseignement, les résidents doivent écrire un essai de quelques pages sur au moins un des cas suivis, celui présenté lors de la supervision académique. On devrait y retrouver l'histoire de cas, l'articulation entre la perspective du patient sur son rétablissement et sur les interventions et celles prévues au plan d'interventions et offertes, avec des commentaires en rapport avec les théories et les meilleures pratiques de traitements et de réadaptation données lors du cours de réadaptation.
- Le fait de tenir la supervision par visioconférence ou de le nichier dans le cours obligatoire de réadaptation des R2, devrait limiter les déplacements des résidents et de leurs patrons superviseurs, et favoriser la participation des patrons et psychiatres de la communauté de pratique académique de réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal.

Opérationnalisation du suivi de un à deux ans de deux patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants et de sa supervision obligatoire

- Au moins trois à quatre patients sont identifiés rapidement par les R2 avec leur patron psychiatre de psychiatrie générale qui accepte avec l'équipe et les patients d'un tel suivi pendant leur année R2 ; ce nombre assurera qu'au moins un à deux patients pourront être suivis sur 1 an sous supervision, ce qui représente l'exigence minimale. Le suivi minimal d'un an débute comme R2, et peut se poursuivre comme R3. Le patron psychiatre demeure le psychiatre traitant responsable du patient et accepte de superviser le résident. Les tâches à l'égard du patient, avec l'équipe, sont entendues afin de permettre l'apprentissage du rôle de médecin traitant dans le traitement et la réadaptation de patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants.
- Les patients choisis doivent consentir à cette forme de suivi où ils prêtent leur expertise à la formation de résidents.

- Ce sont des patients souffrant de trouble mental grave et persistant
 - leurs diagnostics sont ceux de schizophrénie ou de maladie affective bipolaire avec manifestations psychotiques;
 - ils requièrent une intensité de suivi impliquant une équipe interdisciplinaire et idéalement un intervenant pivot de l'équipe désigné au suivi de la personne.
- Les patients sélectionnés et le patron émergent d'un même site où le résident fait sa psychiatrie générale comme R2 et le suivi se fera sur ce même site afin de concentrer le travail des résidents et limiter les déplacements.
- Le sous-comité de programme élargi a choisi au début 2010 de nicher le suivi en réadaptation à l'intérieur du volet des psychothérapies (entériné par la suite par le Collège Royal en 2012), pour lequel il y a un sous-comité de programmation ; en 2011, se créait le groupe de travail de réadaptation qui correspond à la communauté de pratique académique de réadaptation psychiatrique, sous la présidence de la directrice du programme de résidence en psychiatrie. Il était prévu que la supervision du suivi obligatoire de cas de réadaptation se fasse les mercredi après-midi pendant l'année R3. Après avoir jonglé avec l'idée d'un séminaire mensuel par visio-conférence pendant l'année R3, deux expériences ont eu lieu. Premièrement, deux séminaires de 3 heures ont été tenus en présence des nouveaux R2, avec présentation et supervision de cas présentés par leurs nouveaux collègues R3, en juillet et août 2011: ces présentations ont été un succès pour sensibiliser les R2 à débiter un suivi. Deuxièmement, les derniers R3 n'ayant pas présenté et leurs collègues R2 ont présenté des cas de suivi et ont été supervisés pendant une heure nichée dans un des cours du bloc obligatoire de cours de réadaptation pour les R2 entre janvier et avril 2012. Des enseignements ont été tirés de cette dernière expérience : i) les R2 avaient bien débuté le suivi suite au modèle donné lors des séminaires de juillet et août ; ii) souhaitaient compléter la supervision soit pendant une heure nichée dans leur cours obligatoire R2 ou de façon concentrée comme R3 en juillet et août devant leurs nouveaux collègues R2 pour leur tracer la voie ; iii) pour les R3, être libérés les mercredi après-midi le reste de l'année académique de toute supervision du suivi de cas de réadaptation. Ce dernier modèle devient le mode retenu de la supervision du suivi de réadaptation pour les R2 et R3.
- Il est rappelé que le Collège Royal demandait en 2009 24 à 48 heures de supervision directe de cas de réadaptation. Les résidents présents ont fait valoir à juste titre que leurs cas de suivi de réadaptation sont vus dans le cadre de stage de psychiatrie générale et qu'ils sont en supervision directe pour ces cas par leur patron de stage. Ce dernier doit d'ailleurs faire rapport dans l'appréciation de leur stage de psychiatrie générale, du volet de suivi obligatoire de réadaptation. On peut évaluer cette supervision à 12 heures par cas, mais il peut y avoir plus d'un cas concerné. Par ailleurs, la combinaison de supervision de cas par visio-conférence en juillet et août (4-6 heures), et celle nichée dans le bloc de cours obligatoire (jusqu'à huit heures) ajoutent 14 heures de supervision. À cela, il faut ajouter les 6 heures de rédaction de l'histoire de cas, sa révision suite à la supervision avec l'inclusion d'éléments théoriques de la réadaptation.

D'ensemble, on atteint certainement autour de 30 heures pour la supervision du suivi de un à deux cas de réadaptation.

La supervision du suivi de réadaptation de ces patients s'effectue des façons suivantes :

- Avec le psychiatre patron de psychiatrie générale responsable des patients en suivi. Les activités de suivi impliquent des discussions tant avec le psychiatre traitant patron superviseur que l'intervenant pivot que les membres de l'équipe concernant le traitement et la réadaptation du patient. Les résidents sont invités en rapport avec les patients à les rencontrer dans diverses situations où ils se retrouvent dans leurs traitements et réadaptation : milieu résidentiel supervisé ; en rencontre avec l'intervenant pivot ou à domicile ; rencontre avec la famille ; avec un organisme communautaire ; dans des activités d'accompagnement de réadaptation dans la communauté par l'intervenant pivot ; lors d'une réhospitalisation ; etc.
- La supervision académique formelle de cas est obligatoire.
- Elle est soit nichée dans un des cours du bloc de cours obligatoire de réadaptation R2 ou lors d'un des deux séminaires mensuels par visio-conférence de juillet et août comme R3 devant ses nouveaux collègues R2 et des patrons de la communauté de pratique présents.
- Lors de la supervision académique formelle, d'une durée d'environ une heure, sans compter le temps de préparation ou de lecture de l'histoire de cas, le résident a l'occasion de présenter un des cas qu'il aura suivi. Il doit :
 - transmettre à l'avance de sa présentation une histoire de cas,
 - et est invité pour chacun des cas d'amener le psychiatre patron à y participer à ce cours en personne ou au séminaire de juillet et août par visio-conférence
- Les résidents doivent produire dans les trois mois suivants la présentation au séminaire d'un de leur cas, le texte d'environ cinq pages par patient résumant l'histoire de cas, l'expérience de la psychique particulière du patient, les plans de réadaptation et la perception du patient de ce plan de traitement et de réadaptation, la vie spirituelle et existentielle, la trajectoire de rétablissement du patient et une discussion en rapport avec les textes de référence sur la réadaptation psychiatrique et autres textes pertinents pouvant éclairer la réflexion du résident, autour du cas, sur l'apprentissage accompli dans le traitement et la réadaptation des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants.
- La présence d'au moins deux psychiatres de la communauté de pratique académique de réadaptation doit être garantie à chaque supervision académique formelle.

L'évaluation du suivi obligatoire de réadaptation se fait

- par un rapport du résident des activités accomplies dans son portfolio ;

- par l'évaluation du suivi effectué par le psychiatre patron des cas choisis dans la fiche générale d'évaluation du stage du R2 ;
- par l'histoire de cas initiale au moment de la supervision et celle finale intégrant les commentaires et réflexions suite à la supervision.
- Ces histoires de cas sont déposées au StudiUM par la secrétaire du département de psychiatrie, et portent des noms de fichier permettant d'identifier le résident et le caractère initial ou final du document, avec la date. Les histoires de cas ne doivent pas contenir des identificateurs personnels du patient. Ces deux documents doivent être conservés par le résident comme preuve de complétion de son activité. Les documents déposés au StudiUM année après année pourront servir de modèle pour les nouveaux résidents, mais aussi de preuve pour la direction du programme de complétion du suivi de réadaptation et de supervision formelle.
- par la participation aux cours de réadaptation où des supervisions sont nichées et aux deux séminaires par visio-conférence de juillet et août comme R3 devant leurs nouveaux collègues R2

Responsabilités et soutiens académiques

Les supervisions nichées dans le bloc de cours ou dans les séminaires de juillet et août par visio-conférences servent également de supervision des superviseurs. Le groupe de travail des psychothérapies, présidé par Dre Francine Morin, va assurer une qualité dans la formation à la psychothérapie, et la supervision de superviseurs de psychothérapie. Au moins deux fois par année, la **communauté de pratique académique de la réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal** ou le groupe de travail de réadaptation se réuniront, généralement par visio-conférence, pour des échanges sur la supervision des superviseurs, sur le développement des habilités des résidents comme superviseurs de réadaptation et sur l'adéquation des choix des patients pour le suivi de deux ans en réadaptation. Le Dr Alain Lesage agit depuis le début comme représentant de la communauté de pratique académique de réadaptation psychiatrique pour le suivi auprès du groupe de travail des psychothérapies, celui des cours et celui du sous-comité de programme élargi de résidence. Depuis 2012, la responsabilité du bloc de cours obligatoire est celle des Dr Amal Abdel-Baki et Dr Luc Nicole. Avec la création du groupe de travail réadaptation en 2012, Dr Lesage agit toujours comme responsable sous la direction du Dre Christiane Bertelli.

La convocation du groupe de travail de réadaptation, l'organisation des visio-conférences pour la supervision de réadaptation et la gestion académique de la supervision du suivi de réadaptation sont assurés par l'assistante du Dre Bertelli, Mme Sonia Bellefleur, avec la collaboration du Dr Lesage.

Cours obligatoire sur la réadaptation psychiatrique

Ce cours s'est d'abord concentré au fil des années sur la réadaptation des personnes avec des troubles mentaux graves et persistants. Il bénéficie à partir de l'hiver 2012, de

l'extension en un bloc de 45 heures de cours, respectant la volonté que soient siglés ce cours de 45 heures du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, comme d'ailleurs l'ensemble des cours, séminaires offerts aux résidents en psychiatrie.

Dans une vision holistique plus complète de la réadaptation qui ne vise pas seulement les personnes avec troubles mentaux graves et persistants. Les discussions de la communauté de pratique avaient proposé que le cours de 45 heures inclue les notions et thèmes suivants:

- la réadaptation touche l'ensemble des patients vus en milieux spécialisés, à travers différents groupes diagnostics, à différentes phases d'évolution qui ne représentent pas seulement un temps « post-traitements » de la part des services cliniques mais bien une activité constante où les psychiatres ont un rôle essentiel à jouer.
- montrer ainsi que la réadaptation débute en premier épisode de schizophrénie, en se concentrant particulièrement sur les traitements psychologiques et psychosociaux ;
- la pharmacothérapie en rapport aux personnes avec des troubles mentaux graves et persistants ;
- la réadaptation des personnes avec des troubles mentaux courants dans un contexte de santé mentale au travail, ce que le Dr S. Kennedy du groupe CANMAT appelle une attention non seulement aux symptômes mais également au fonctionnement social.
- les rôles et responsabilités des psychiatres ne seront pas les mêmes dans les différents contextes organisationnels et dans les différents troubles mentaux.

Le plan du nouveau bloc de cours tenu à l'hiver 2013 se trouve en annexe.

Stage obligatoire de réadaptation en R4

Un des objectifs placés par le Dr Paul Lespérance qui a précédé Dre Christiane Bertelli était que la formation en réadaptation, confinée auparavant au niveau des résidents 4 et 5, pour les patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants, s'étende sur toute la formation. Un second objectif est le respect de la vision que la réadaptation psychiatrique implique certes beaucoup les patients avec des troubles mentaux graves et persistants, mais dans toutes les étapes, dès le début des premiers épisodes de psychose par exemple, mais aussi dans les autres troubles mentaux comme la dépression. On doit constater que cela pourra se réaliser avec l'enseignement proposé débutant avec les cours obligatoires en R2, le suivi de un à deux ans de patients identifiés en psychiatrie générale en R2, la supervision du suivi dans le séminaire réseau de réadaptation comme R3 et le stage obligatoire de réadaptation de patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants en R4 ou R5.

Il y a eu un débat académique au début de l'année 2012 lorsque la priorité a voulu être donnée au stage en suivi intensif en équipe pour le stage de réadaptation. Ceci suivait des discussions précédentes que la Communauté de pratique académique de réadaptation avait tenu et qui laissait les portes ouvertes aux stages de réadaptation en milieu médico-légal;

en hôpital de jour, en cliniques de premier épisode psychotique, en gérontopsychiatrie et peut-être même en pédopsychiatrie.

L'évolution vers la position du Département de psychiatrie universitaire à donner priorité au suivi Intensif en équipe tient d'abord à la position qu'un psychiatre généraliste, ce que le Collège Royal demande de former, doit maintenant pourvoir opérer à l'intérieur d'une équipe de suivi intensif en équipe, au même titre qu'il doit savoir opérer dans une unité hospitalière, dans une urgence, en clinique externe, en équipe multidisciplinaire, en consultation auprès des médecins de famille et spécialistes. Des échos sont parvenus de différentes régions, où les chefs de département de psychiatrie doivent demander à leurs psychiatres d'opérer des équipes PACT que chaque région du Québec doit déployer (total de 70 équipes PACT planifiées pour tout le Québec) selon le Plan d'action en santé mentale et maintenant exigées par le MSSS de façon insistante auprès des agences régionales. On a même entendu que des recrutements de nouveaux psychiatres étaient autorisés à condition d'aller servir à l'intérieur d'équipe PACT dans le département de psychiatrie. Le centre d'excellence en santé mentale (CNESM) mis en place par la Direction de la santé mentale du MSSS en collaboration avec les deux instituts universitaires en santé mentale de Montréal, pour favoriser l'implantation et la qualité des équipes intensif au Québec note le manque de formation tant pour les psychiatres que pour les chefs de département de psychiatrie au travail, aux rôles des psychiatres dans les équipes PACT. Un regroupement d'une vingtaine de psychiatres faisant du PACT au Québec s'est développé avec l'aide du CNESM. Un des obstacles également noté par le regroupement est la rémunération, et des représentations ont été faites. Docteur Bertelli a appris que bientôt une majoration importante de la facturation sera assurée pour les psychiatres consacrant du temps dans leur département de psychiatrie auprès de l'équipe PACT. Si un psychiatre généraliste au Québec et au Canada doit avoir appris à travailler à l'intérieur d'une équipe PACT de la même façon qu'il a appris à travailler dans des unités hospitalières ou à l'urgence, il n'existe pas d'équivalent fonctionnel pour apprendre à travailler à l'intérieur d'une équipe PACT. Un des membres de la communauté de pratique et chef de département de psychiatrie, le docteur St-Laurent, signale la différence par rapport au cadre bien contrôlé de l'Hôpital de jour, le cadre du PACT avec des patients difficiles visités à domicile par une équipe multidisciplinaire, n'autorise pas le même type de contrôle, et de gestion des risques. Le PACT accueille en moyenne des patients plus malades, avec différentes comorbidités et implications judiciaires plus grandes et plus graves que la moyenne des patients en Hôpital de jour. Cette clientèle offre certainement la possibilité d'une exposition au traitement de la comorbidité avec les substances et une exposition aux aspects et représentations médico-légales. Des collègues de la communauté de pratique académique de réadaptation se sont désolés de limiter l'offre d'un stage prolongé en réadaptation auprès de la clientèle en milieu médico-légal, ou encore en clinique de première épisode où une présence constante et non à demi-temps des résidents est souhaitée. Un compromis possible s'offre en combinant par une entente entre deux établissements ou deux services, entre deux patrons, de développer une offre de stage sur une période de six mois, avec un demi temps en médico-légal ou en clinique de premier épisode ou en hôpital de jour et un demi temps obligatoire dans une équipe de suivi intensif en équipe.

Déjà à l'intérieur du réseau hospitalier universitaire de Montréal peuvent être identifiés les patrons et lieux suivants offrant un stage dans une équipe de suivi intensif en équipe:

- Docteure Catherine Saint-Aubin, psychiatre à l'Hôpital du Sacré-Cœur, œuvre sur une équipe PACT. Elle signale que cela n'implique pas un engagement à temps plein mais plutôt à temps partiel.
- Docteur Daniel Saint-Laurent de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont est heureux de confirmer l'annonce récente du ministre de la santé que son établissement et le CSSS, sont dotés d'une équipe PACT complète. Il se réjouit de l'ouverture du stage de réadaptation sur une période de six mois, car il pourrait nichier l'exposition à demi temps à une équipe PACT, et une exposition à demi temps à l'Hôpital de jour avec les patients avec troubles mentaux graves et persistants.
- Docteur Olivier Farmer avec l'équipe PACT concentré avec les itinérants avec troubles mentaux graves au CHUM.
- Docteur Pierre Léouffre et docteur Marie-Ève Coton à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, maintenant Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
- Les stages obligatoires pourraient se doubler du stage obligatoire en région. La région de la Mauricie-Bois-Francs, site d'un campus de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, est la mieux dotée en équipes PACT au Québec- il devrait être possible d'identifier un psychiatre affilié au département de psychiatrie universitaire et pouvant offrir un tel stage.
- Dr Joël Desrosiers à l'hôpital LeGardeur a offert un stage dans son équipe PACT dans le passé.

Position 2013 de la direction de programme de résidence au département de psychiatrie universitaire :

- Le stage obligatoire de réadaptation sera d'une durée **de trois à six mois**. Si la priorité va aux stages dans une équipe de suivi intensif en équipe, à demi-temps au moins, le département demeure ouvert à d'autres stages faisant valoir une composante majeure de réadaptation, sans suivi intensif en équipe.
- Les psychiatres désirant offrir des stages de réadaptation, sont invités à présenter des fiches de stage adaptées à la formule de stage obligatoire adoptée par le département de psychiatrie. La fiche doit décrire les objectifs selon CANMED.

Évaluation, recherche et fellowship

- Les activités de réadaptation psychiatrique dans le réseau de l'Université de Montréal font l'objet de recherche en particulier dans certains sites. La réadaptation doit faire l'objet de réflexion dans tous les sites, de chacun des psychiatres participant à la communauté de pratique académique en réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal. Ces psychiatres, comme les résidents, sont invités à inscrire une évaluation de leurs activités de réadaptation, voire de participer ou à développer des projets de

recherche. Il faut identifier parmi les résidents ceux et celles qui voudraient se consacrer de façon plus importante au niveau de la réadaptation des personnes souffrant de troubles mentaux graves et résistants, et les inviter à y associer une formation de recherche clinique et évaluative. Il faut que ces psychiatres deviennent pour leurs collègues de psychiatrie générale une référence pour offrir à tous les patients les meilleures pratiques de traitements et de réadaptation possibles quelque soit l'endroit où ils sont traités dans le réseau de milieux spécialisés en psychiatrie du réseau de l'Université de Montréal.

- La mise en place d'une nouvelle programmation académique et d'un suivi d'un nouveau genre, doit être évaluée et représente aussi diverses opportunités de recherche sur les processus d'enseignement, de supervision, de position thérapeutique. Des données pourraient être accumulées pour soutenir cette évaluation et offrir du matériel pour des recherches sur les processus nommés plus haut. Un tel devis est employé pour l'étude longitudinale du processus de construction de la consultation transculturelle par l'équipe de psychiatres et chercheurs sous la direction du Dr Laurence Kirmayer à l'Hôpital Juif de Montréal.
- Un fellowship peut être envisagé, soutenu par l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal ou d'autres établissements engagés de la communauté de pratique académique de la réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal.

Préparé par Alain Lesage

Le 25 juillet 2013

Depuis la fiche originale du 5 août 2010, révisée le 23 juin 2012

Annexes :

- Liste des médecins ayant participé au cours des quatre dernières années aux travaux du module de réadaptation des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants pour les résidents en psychiatrie du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal...vers une communauté de pratique académique de réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal
- Les exigences du Collège Royal version 2009
- A. Freeland, A. Labelle et R. Bhatla. (2009) The treatment in rehabilitation of individuals with severe and persistent mental illness. IN J.S. Leverette, G.S. Hnatko, E. Persad. Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada : what educators and residents need to know. Canadian Psychiatric Association. ISBN 978-0-9699992-8-7 . Chapitre 14, pp. 211-225.
- Horaire de la 2ième année, 2013, cours de réadaptation pour les R2 (responsables- Dr Amal Abdel-Baki et Dr Luc Nicole)

Annexe

Liste des médecins ayant participé au cours des deux dernières années aux travaux du module de réadaptation des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants pour les résidents en psychiatrie du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal...vers une communauté de pratique académique de réadaptation psychiatrique à l'Université de Montréal

1. Dre Amal Abdel Baki (CHUM)
2. Dre Christiane Bertelli (Directrice programme résidence, département de psychiatrie, U de M)
3. Docteure Éva-Flore Bui-Xuan (Résidente, département de psychiatrie, U de M)
4. Dr Guy Blouin (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)
5. Dr Daniel Bordeleau (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
6. Dr Jocelyne Brault (Institut Philippe-Pinel de Montréal;)
7. Dr Gilles Chagnon Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
8. Dr Prometheas Constantinides (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
9. Dr Marie-Ève Cotton (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
10. Dr Luigi De Benedictis (Résident, département de psychiatrie, U de M)
11. Dr Guillaume Chaloult (Résident, département de psychiatrie, U de M)
12. Dr Joël Desrosiers (Hôpital Legardeur)
13. Dr Jean-Luc Dubreucq (Institut Philippe-Pinel de Montréal)
14. Dr Simon Dubreucq (Résident, département de psychiatrie, U de M)
15. Dr Alexandre Dumais (Résident, département de psychiatrie, U de M)
16. Dr Olivier Farmer (CHUM)
17. Dr Pierre Lalonde (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
18. Dr Pierre Léouffre (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
19. Dr Alain Lesage (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
20. Dr Frédéric Millaud (Institut Philippe-Pinel de Montréal)
21. Dr Raymond Morissette (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
22. Dr Luc Nicole (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)
23. Dre Marie-Carmen Plante (CHUM)
24. Dre France Proulx (Institut Philippe-Pinel de Montréal)
25. Dre Chantal Sansfaçon (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)
26. Docteure Catherine Saint-Aubin (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)
27. Dr Daniel St-Laurent (Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
28. Dr Emmanuel Stip (Chef département de psychiatrie, U de M)
29. Dr Constantin Tranulis (Institut universitaire en santé mentale de Montréal)