



Guide d'accueil du résident en psychiatrie au CHUM

Clairéline Ouellet-Plamondon, MD, MSc, FRCP(C)

Coordonnatrice locale à l'enseignement aux résidents, département de psychiatrie, CHUM

François Duclos-Trottier, MD, MSc

Assistant-résident-coordonnateur en psychiatrie, CHUM, 2017-2018

Anne-Sophie Huet, MD

Assistante-résident-coordonnatrice en psychiatrie, CHUM, 2018-2019

Agata Czyzowicz, MD

Assistante-résident-coordonnatrice en psychiatrie, CHUM, 2019-2020

TABLE DES MATIÈRES

DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DU CHUM	3
ACTIVITÉS ACADÉMIQUES.....	3
ACTIVITÉS DE GARDE.....	6
STAGE DE CONSULTATION-LIAISON.....	15
STAGE DE RÉADAPTATION – CLINIQUE JAP	18
STAGE EN PSYCHIATRIE DES TOXICOMANIES – UPT	25
STAGE OPTIONNEL EN NEUROMODULATION.....	33

DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DU CHUM

INTRODUCTION

Ce guide vise à permettre le développement d'un climat d'enseignement dynamique au sein de notre département et à valoriser l'acquisition des compétences au contact de cliniciens d'expérience tout en assurant la qualité des soins et le développement de l'autonomie du résident.

INFORMATIONS UTILES

Responsable de l'enseignement aux résidents : Dre Clairéline Ouellet-Plamondon

Agente administrative à l'enseignement :

Anne Provost : anne.provost.chum@ssss.gouv.qc.ca

(514) 890-8000, poste 25303

Aide-Résidente-coordonnatrice :

Agata Czyzowicz : agataczyzowicz@gmail.com

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

Calendrier

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h					
9h				Séminaire au miroir (aux 2 semaines, de 8h30 à 10h30)	
10h					
11h					
12h					
13h	LUNDI ACADÉMIQUE (FMC, Séminaire recherche, Club lecture, Séminaire d'éducation médicale)	Réunions administratives (Table des chefs ; Assemblée départementale ; Assemblée générale; réunion administrative)		Séminaire de psychothérapie (aux 2 semaines)	
14h					
15h					
16h					
17h					
18h					

Séminaire au miroir

Supervision : Dre Laurence Artaud

Le séminaire a lieu le jeudi matin de 8 h 30 à 10 h 30. La fréquence varie entre un par semaine à un par deux semaines, selon le nombre de résidents en stage.

La participation de cette activité est considérée obligatoire pour le programme de résidence en psychiatrie de l'Université de Montréal, et ce, jusqu'à complétion des deux STACER.

Confection de l'horaire du miroir

Sous la responsabilité de l'assistant-résident coordonnateur en début d'année.

Déroulement du séminaire

Entrevue de 50 minutes, 10 minutes de préparation, présentation de 20 minutes.

Il est de la responsabilité du résident ayant effectué l'entrevue du dernier miroir de trouver un patient acceptant de participer pour le miroir suivant et de l'amener au miroir le matin même.

Séminaire de psychothérapie (sera repris au printemps 2020)

Superviseurs : Gilbert Fournier et Jacques Gauthier

Horaire : un jeudi sur deux de 12 h à 13 h 30 au C11-6111, 11e étage, aile C.

Ce séminaire vise l'amélioration continue de la pratique de la psychothérapie en psychiatrie et fondée sur les résultats probants. De septembre à juin, les séances seront consacrées à la psychothérapie psychodynamique. Lors de cette période, nous utilisons les volumes :

« Psychodynamic Psychiatry » in Clinical Practice de Glen O. Gabbard, M.D., Fifth Edition 2014;

« Psychoanalytic Diagnosis » de Nancy McWilliams, Second Edition, 2011; « Psychothérapie psychodynamique / les concepts fondamentaux », Glen O. Gabbard, traduit de l'américain, 2010. D'autres textes pourront être utilisés selon la pertinence des thèmes abordés.

Pendant la période estivale, nous nous pencherons sur la pratique d'autres modalités de psychothérapie, telle que la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de soutien, la thérapie fondée sur la pleine conscience, etc. Ce sera l'occasion pour les psychiatres et les résidents de parfaire leurs compétences en psychothérapie et de faire l'exercice réflexif d'examiner sa propre pratique.

Compétences à développer lors du séminaire

1. Réviser les principales catégories diagnostiques en psychiatrie « DSM-V » dans une perspective psychodynamique, ou dans une autre modalité psychothérapeutique;
2. Réviser de façon critique les différentes théories psychodynamiques (ou autres théories psychothérapeutiques) toujours en fonction de leur application dans le travail clinique;
3. Évaluer comment cette perspective psychodynamique ou autre peut améliorer l'abord et le traitement des patients psychiatriques.

Population cible : Le séminaire s'adresse à tous les résidents intéressés et en stage au Nouveau CHUM (tant juniors que seniors). D'autres collègues psychiatres participent au séminaire et enrichissent nos discussions. Chaque rencontre impliquera la participation spécifique d'un résident.

Club de lecture

Supervision : Dre Laury Chamelian

Au sein du programme des « Lundis académiques » du département de psychiatrie du CHUM, le club de lecture a habituellement lieu le deuxième lundi de chaque mois de 12 h à 13 h.

La participation de cette activité est considérée obligatoire pour le programme de résidence en psychiatrie de l'Université de Montréal.

Confection de l'horaire

Sous la responsabilité de l'assistante-résidente coordonnatrice en début d'année.

À chaque 6 mois, tous les résidents en psychiatrie en stage pour au moins trois périodes doivent présenter. La priorité de la date de présentation est accordée aux résidents Sr selon le calendrier de leurs examens. Les résidents en stage de moins de 3 mois pourraient être amenés à présenter si des plages horaires sont disponibles. Les résidents pourraient être jumelés pour une présentation selon la disponibilité des plages horaires.

Choix d'articles

Il est demandé de transmettre l'article choisi à Dre Chamelian (loricham@yahoo.com) au moins 2 semaines avant la date de présentation pour son approbation. L'article choisi doit être conçu selon un devis quantitatif (telle une étude randomisée contrôlée ou une méta-analyse) ou un devis qualitatif avec une rigueur scientifique solide. Il doit avoir été publié dans un journal scientifique au cours des 2-3 dernières années. Les articles choisis devraient être pertinents au stage dans lequel est le résident.

Présentation

La durée estimée est de 40 à 45 minutes avec une période de 15 à 20 minutes pour les questions. Tenter de débiter la présentation à l'heure avec au plus 5 minutes de retard si Dre Chamelian est en retard. Le format de la présentation est standard avec support visuel suit le format de l'article, par exemple : introduction, méthodologie, résultats, discussion et conclusion.

Activités de recherche et de rayonnement

FMC

Pour plus d'information, si un résident désire présenter à l'activité de FMC, il peut faire valoir son intérêt au Dr Paul Lespérance ou Dre Jacynthe Rivest.

Bourses

Des bourses de rayonnement sont offertes par le Département de psychiatrie du CHUM pour subventionner les frais d'inscription ou de déplacement à des fins de présentation à un congrès scientifique d'un projet de recherche supervisé par un psychiatre du CHUM.

Les bourses sont de 750\$ maximum pour un congrès à l'extérieur du Québec et de 500\$ maximum pour un congrès québécois. Un résident peut appliquer une fois par année. Il doit en parler à son superviseur du CHUM qui devra soutenir cette demande de bourse. L'application nécessitera :

- Une lettre de motivation d'au plus une page
- Un CV à jour
- La candidature au congrès (résumé soumis, si disponible confirmation de l'acceptation de la communication et informations générales sur le congrès)

Vous pouvez contacter Mme Anne Provost, secrétaire à l'enseignement, pour plus d'informations.

Local du résident à l'aile C, 11^e étage

Local C11.6212 – salle 9 (corridor A, section mauve)

Ce local est à la disposition des résidents, selon un horaire établi par les cliniques et le mercredi pour les suivis de psychothérapie.

Vous devez réserver le local en envoyant un courriel à la secrétaire de l'enseignement (anne.provost.chum@ssss.gouv.qc.ca). Vous pouvez prendre connaissance des disponibilités du local via le Google Calendar pour lequel vous recevrez une invitation au début de votre stage. Nous vous encourageons à utiliser le local autant que possible pour que nous ne perdions pas son exclusivité. Si ce local est occupé, vous pouvez tenter de trouver un local libre parmi ceux du service où vous êtes en stage.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<i>8 h 30 à 12 h 30</i>	UPT	CL	LIBRE	UPT	CL (Psychiatrie médicale)
<i>12 h 30 à 17 h</i>	JAP	UPT ou JAP	Psychothérapie (avec patient)	JAP	

ACTIVITÉS DE GARDE

Équipe

Psychiatre

Lundi au vendredi : 8 h-16 h : Psychiatres de la psychiatrie médicale

Lundi au vendredi : 16 h-8 h : Liste de garde

Samedi, dimanche et journées fériées : 8 h-8 h : Liste de garde

Garde de pédopsychiatrie aux mêmes heures que la garde adulte : Liste de garde

Infirmière clinicienne de liaison en santé mentale

Lundi au vendredi : 8h-minuit et les fins de semaine : 10 h-18 h

Poste: 11373, Spectralink 33847

Travailleuse sociale

Lundi au vendredi à temps partiel : 8 h-16 h

Poste 22319, pagette 514 920-7925

Résident en psychiatrie

Même horaire que les patrons

Rôle du résident et du psychiatre

Un psychiatre de garde est disponible jusqu'à 20 h du lundi au vendredi et jusqu'à 18 h le samedi et le dimanche, afin d'évaluer un patient ayant eu une pré-évaluation de l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale et qui nécessite une évaluation du psychiatre.

À la fin de l'évaluation du patient, le psychiatre devrait juger si le patient :

- peut avoir congé;
- a besoin d'une prise en charge en externe CHUM (s'il remplit les critères du CHUM) ou du réseau;
- a besoin d'une hospitalisation CHUM (s'il remplit les critères du CHUM) ou du réseau.

Aucun patient ne peut demeurer à l'urgence pour observation.

Lorsqu'un patient en psychiatrie doit être transféré en psychiatrie dans un autre centre hospitalier, le transfert doit se faire d'urgence à l'urgence. Le département de psychiatrie reste responsable du patient jusqu'à son transfert.

Lorsque l'urgentologue demande une consultation en psychiatrie, le psychiatre de garde demeure le consultant pour les aspects psychiatriques et c'est l'urgentologue qui est le médecin traitant pour les problèmes de nature physique.

Au congé, il est considéré de bonnes pratiques que de remettre un dépliant « Vous quittez l'urgence après avoir rencontré l'équipe de psychiatrie » au patient pour l'informer des ressources accessibles.

Rôle de l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale

L'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale est responsable d'évaluer la condition des personnes présentant des problèmes de santé mentale à l'urgence pour qui les urgentologues ont besoin d'une évaluation spécialisée. Elle travaille en étroite collaboration avec les infirmières et les médecins de l'urgence. Elle collabore avec la travailleuse sociale dans le cadre de problématiques psychosociales. Elle peut aider l'équipe de l'urgence avec l'orientation du patient même si une

consultation en psychiatrie n'est pas demandée. Elle assure la liaison entre l'urgence générale, l'unité interne de psychiatrie, les ressources communautaires et les autres centres hospitaliers. Elle agit à titre de personne-ressource auprès de l'équipe soignante et médicale de l'urgence.

Évaluation/intervention

- Priorise l'ordre dans lequel elle doit évaluer (garde préventive, agitation, ordre de cours, comparution, etc.) les patients qui lui ont été référés suite à l'évaluation de l'infirmière du triage;
- Évalue la condition physique et mentale des patients en recueillant les données pertinentes auprès des différentes sources (patient/famille, dossiers, professionnels de la santé, ressources communautaires...);
- Identifie avec le patient les interventions les plus appropriées pour répondre à ses besoins;
- Collabore avec le médecin de l'urgence et l'équipe de soins afin de cibler les interventions les plus appropriées pour le patient (gestion des risques; suicidaire, d'auto-agressivité et d'hétéro-agressivité, procédures légales, consultation en psychiatrie, orienter vers des ressources communautaires, vers un autre professionnel);
- Intervient directement auprès des patients présentant une problématique de santé mentale particulière.

Orientation-liaison

- Informe le patient/famille du plan de traitement et du suivi clinique recommandé et le dirige vers les différents services de son milieu;
- Coordonne l'organisation, la planification et la liaison lors du congé pour le retour à domicile ou vers d'autres ressources (guichet d'accès, résidences, ressources communautaires, médecin de famille, CIUSSS, centres de crise) :
 - assure la liaison avec les partenaires externes, achemine les informations nécessaires à la continuité des soins dans le respect des politiques et procédures en vigueur;
 - demeure une personne-ressource pour les intervenants du guichet d'accès en santé mentale, dans les cas où ils ont besoin d'informations cliniques complémentaires.
- Identifie les usagers qui reviennent à répétition à la salle d'urgence et planifie une rencontre avec des partenaires ciblés afin d'établir un plan.

Critères pour les hospitalisations

Jeune adulte psychotique (JAP) – Premier épisode psychotique

Déjà connu du programme, ou :

- Pour tous les critères suivants, il doit être âgé de 18 à 30 ans et;
- Patient atteint d'une psychose affective ou non affective, comme diagnostic principal;
- Patient qui n'a jamais eu de traitement ou qui a eu un traitement d'une durée de moins d'une année;
- Sévérité clinique qui justifie une hospitalisation (ex. : patient agressif, suicidaire, hétéroagressif; désorganisé au point de ne plus être capable de subvenir à ses besoins de base de façon sécuritaire (se nourrir, se loger, se déplacer, etc.);
- Patient des secteurs Jeanne-Mance et Jean-Talon ou jeune sans domicile fixe (SDF) connu ou pas des organismes pour les jeunes de la rue.

Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT)

Le mandat de l'UPT se situe du côté de l'intervention dans les **périodes de crise** et d'**instabilité importante**, tant au niveau de la **consommation** que de la **santé mentale** et physique. Afin d'éviter que des substances ne se retrouvent en circulation sur l'unité, l'unité interne est une unité fermée sans sortie ni possibilité de visite de l'extérieur.

Critères d'admission à l'unité interne (18 ans et plus) :

- Trouble d'usage (TU) à une ou plusieurs substances, modéré à sévère, selon le DSM-5 et;
- Trouble psychiatrique (autre que le TU), incluant les troubles de personnalité, mais excluant le retard mental, qui nécessite une intervention psychiatrique spécialisée. Le diagnostic psychiatrique principal ne doit pas être un trouble neurocognitif majeur et;
- Instabilité importante, période de crise ou niveau de dangerosité nécessitant une hospitalisation et;
- Le trouble concomitant est suffisamment complexe pour justifier une hospitalisation sur une unité spécialisée
(ex.: sevrage chez le patient avec risque suicidaire/dangerosité, nécessité de préciser le diagnostic psychiatrique par exemple lors de psychoses toxiques à répétition, haut utilisateur des services, sevrage complexe, impasse dans son suivi actuel, excluant les autres services de 1^{er} et 2^e lignes) et;
- Le patient accepte l'hospitalisation et les règles de l'unité interne de l'UPT, dont impossibilité de fumer (mais thérapie de remplacement sous forme de gomme/timbre disponible) ou son niveau de dangerosité est suffisant pour le garder contre son gré.

Service de consultation-liaison

Dans des cas exceptionnels, un patient avec un suivi médical actif au CHUM, un suivi psychiatrique en clinique externe de CL et une comorbidité psychiatrique importante qui nécessite une hospitalisation, peut être hospitalisé dans nos lits. L'hospitalisation sera faite avec l'accord du Chef de service (Dre Suzanne Leclair) et le patient sera hospitalisé par un médecin traitant du service de consultation-liaison. L'hospitalisation sera organisée par l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale de concert avec l'assistante-infirmière de l'unité responsable entre 8 h-16 h du lundi au vendredi.

Critères pour les références en clinique externe

Patient inconnu de la clinique JAP

Le patient inconnu de la clinique JAP, mais qui remplit leurs critères et qui n'a pas besoin d'une hospitalisation, peut être référé à leur clinique externe, suite à une évaluation du psychiatre faite à l'urgence :

- Transmettre par télécopieur une demande de consultation à la clinique JAP;
- L'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale ou le psychiatre de garde pourront contacter la chef d'équipe de la clinique JAP, aussi responsable du triage, Marilyn Paquet (poste 10667), qui pourra vérifier si la référence correspond aux critères et établir un premier contact entre le patient et l'équipe de la clinique JAP. Par la suite, après discussion entre Marilyn Paquet et Dre Laurence Artaud, un rendez-vous sera donné au patient en externe pour une évaluation à la clinique JAP (l'évaluation psychiatrique est habituellement effectuée en externe en moins d'une semaine et une priorisation est faite selon la situation du patient et la situation clinique) où un psychiatre de la clinique JAP viendra évaluer le patient à l'urgence si cela est jugé pertinent;
- Si un doute persiste de la part du psychiatre de garde sur la pertinence de donner congé au patient ou si le psychiatre juge qu'il doit être vu par l'équipe de la clinique JAP avant de quitter l'urgence,

une demande de consultation plus urgente pourra être faite en discutant du cas, soit directement avec Marilyn Paquet ou Dre Laurence Artaud;

- Entre la demande de consultation et la date d'évaluation, Marilyn Paquet demeure la personne à contacter.

Patient inconnu de l'UPT

Le patient inconnu de l'UPT, mais qui remplit leurs critères, peut être référé à la clinique externe suite à une évaluation du psychiatre faite à l'urgence :

- Remplir le formulaire pour une demande de consultation et remettre la consultation du patient sur la feuille d'ordonnance médicale;
- Lorsque la consultation en externe se fait en semaine, l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale doit communiquer par téléphone avec une infirmière de l'UPT;
- Lorsqu'il s'agit de patients qui sont déjà suivis par une équipe de psychiatres de deuxième ligne provenant d'un autre hôpital, il est préférable que la demande de consultation pour le programme externe soit faite par cette équipe.
Le psychiatre de l'urgence du CHUM pourrait toutefois le suggérer à l'équipe traitante.

Patient inconnu de la psychiatrie médicale

Le patient inconnu de la psychiatrie médicale, mais qui remplit leurs critères (pathologie médicale, suivi actif au CHUM), peut être référé à la clinique externe suite à une évaluation du psychiatre faite à l'urgence.

- Transmettre par télécopieur toute demande de consultation à Maryse Roussy : 514 412-7415.

Patients nécessitant une hospitalisation dans les programmes de psychiatrie du CHUM et provenant d'autres hôpitaux

Patient connu

Du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h

Lorsqu'un patient **connu de nos programmes** (UPT, JAP, CL, Neuromodulation) provenant d'un autre centre hospitalier doit être transféré en psychiatrie au CHUM, le transfert se fait d'urgence à lit de psychiatrie (en général dans un lit de soins intensifs psychiatriques), sans passer par l'urgence du CHUM, et ce, avec l'accord du psychiatre responsable du programme visé sur l'unité hospitalière. Le transfert sera organisé par l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale, de concert avec l'assistante infirmière de l'unité responsable.

Après 16 h ou les fins de semaine

Lorsqu'un patient **connu de nos programmes** (UPT, JAP) provenant d'un autre centre hospitalier doit être transféré en psychiatrie au CHUM, le transfert se fait d'urgence à lit de psychiatrie (en général dans un lit de soins intensifs psychiatriques), sans passer par l'urgence du CHUM, et ce, avec l'accord du psychiatre de garde. Un patient transféré doit être admis avant 18h. Le psychiatre de garde doit faire une évaluation d'admission brève. Le transfert sera organisé par l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale, de concert avec l'assistante infirmière de l'unité responsable.

Patient inconnu

Du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h

Lorsqu'un patient provenant d'un autre centre hospitalier est **inconnu de nos programmes** et remplit les critères (UPT, JAP), mais requiert une hospitalisation, le transfert se fait d'urgence à lit de psychiatrie (en général dans un lit de soins intensifs psychiatriques), sans passer par l'urgence du CHUM, et ce, avec

l'accord du psychiatre responsable de l'unité hospitalière, le transfert sera organisé par l'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale, de concert avec l'assistante infirmière de l'unité responsable.

Après 16 h et les fins de semaine, le transfert des patients inconnus directement à nos lits n'est pas possible.

Gardes en établissement

Garde préventive, garde provisoire ou levée de garde

Les formulaires de garde préventive, garde provisoire et les levées de garde peuvent être transmis par télécopie au **514 412-7435** à l'attention de Priscilla Joannis.

Garde en établissement

Les quatre copies originales dûment remplies du formulaire doivent être transmises de façon urgente **par pneumatique au R1-302 (quai de chargement du pavillon R) avant 14h30** à Priscilla Joannis, en lui adressant une enveloppe scellée et **en l'appelant préalablement au 23688**, afin de l'informer qu'elle recevra cette enveloppe:

GARDE EN ÉTABLISSEMENT Priscilla Joannis, Pavillon **S05** – Bureau **418A** – Tél. **23688**

Si toutefois durant la soirée ou les fins de semaine un psychiatre demande une garde en établissement, il sera important de laisser un message au secrétariat de la psychiatrie médicale (poste 10653) pour que les psychiatres de la psychiatrie médicale puissent savoir qu'il y aura un 2^e examen à faire.

Autres informations pertinentes

- Code blanc – Agression :
SVP, appelez le 5555
- Transferts aux autres centres hospitaliers :

L'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale est responsable de coordonner le transfert vers le centre hospitalier d'appartenance. Il est entendu qu'il peut être nécessaire que le psychiatre de garde au CHUM discute du cas avec le psychiatre de ce centre hospitalier pour que le transfert soit accepté. Dans le cas où un transfert est refusé, le DSP du CHUM peut être appelé à intervenir auprès de son homologue de l'autre centre hospitalier, tout comme le chef de département.

Urgence Santé ne transférera pas les patients qui peuvent aller en taxi accompagné par un PAB. Les patients sous garde préventive et sous garde en établissement doivent se rendre en ambulance. Les patients volontaires devraient se rendre en taxi. Si la situation clinique exige une ambulance pour un patient volontaire, on pourra faire la demande.

Confection de la liste de garde

La confection est effectuée à chaque période et relève de la responsabilité du résident-coordonnateur. Il est attendu que le résident-coordonnateur obtienne les exemptions de ses collègues 1 mois à l'avance. La version finale sera transmise au département et aux résidents au moins une semaine avant sa mise en application, conformément à la convention collective.

Le nombre de gardes est déterminé par un système de pointage. Il est attendu que le résident se voit attribué un total de 4 unités de garde par période. Une garde sur semaine équivaut à une unité et une journée de fin de semaine équivaut à 2 unités.

De plus, le nombre de points attribué sera ajusté au prorata des semaines complètes de vacances ou de congrès prises durant cette période, soit :

- 0 semaine = 4 unités
- 1 semaine = 3 unités
- 2 semaines = 2 unités
- 3 semaines = 1 unité

Au CHUM, la couverture des journées de fin de semaine et des jours fériés est prioritaire sur les journées de semaine. Ceci en respectant le nombre total de points de gardes par période. Si un résident le désire, il peut demander de faire les deux journées d'une même fin de semaine pour ne pas avoir à travailler plus d'une fin de semaine par mois.

Pour la période des fêtes, les règles prévues à la convention collective s'appliquent, voir pour 23.06. (<http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/d3/b2/3-1-guide-interpretation-de-l-entente-2010-2015-vf-finale-modifiee.pdf>). Durant cette période, il est attendu à ce que tous les résidents effectuent au moins une garde une journée fériée ou une journée de fin de semaine entre le 24 décembre et le 2 janvier.

Déroulement de la garde

Pendant la semaine

Vous êtes attendus à 16h à l'aire de soins sécurisés pour le transfert de garde entre l'équipe de jour et l'équipe de soir. Vous pouvez contacter l'infirmier(e) de liaison à l'urgence pour un état de la situation (#33847).

Le début de la garde est à 16 h. Il est attendu que le résident reste sur place jusqu'à environ 20 h et réponde aux consultations dont la pré-évaluation infirmière a été complétée avant et avec un temps raisonnable pour le compléter avant 20 h. Il agit ensuite comme premier répondant aux appels pouvant provenir de l'étage ou de l'urgence jusqu'à 8h le lendemain matin. Il peut également être amené à effectuer des consultations sur les étages médicochirurgicaux si cela ne peut attendre au lendemain. Contactez votre superviseur en cas de doute.

Pendant la fin de semaine

Vous devriez recevoir un appel du psychiatre ou du résident de garde la veille pour transfert des informations pertinentes (patients à revoir et orientation prévue pour les patients à l'urgence).

Début de la garde à 8 h. Il est attendu que le résident reste sur place jusqu'à au moins 18 h et réponde aux consultations dont la pré-évaluation infirmière a été complétée avant 18 h. Il agit ensuite comme premier répondant aux appels pouvant provenir de l'étage ou de l'urgence jusqu'à 8 h le lendemain matin. Il peut également être amené à effectuer des consultations sur les étages médicochirurgicaux si cela ne peut attendre au lendemain. Contactez votre superviseur en cas de doute.

Autres informations pertinentes

- L'espace de la psychiatrie est au sein de l'aire sécurisée (suivre les indications au rez-de-chaussée).
- Bureau du psychiatre : C6
- Numéro de poste mobile de l'infirmière à l'urgence : 33847
- Numéro de poste fixe de l'infirmière à l'urgence : 11373
- Si vous avez besoin d'une intervention des agents de sécurité ou de leur présence lors d'une entrevue, composez le 8555 ou demande aux agents patrouillant dans les corridors

- Sur place, un agent de sécurité est posté devant le local d'entrevue. Des boutons paniques mobiles sont accessibles dans le tiroir de ce local. Nous vous demandons de le porter en tout temps lors de vos gardes pour faire en sorte que le code blanc soit déclenché si nécessaire le plus rapidement et le plus discrètement possible
- Si vous voyez en consultation un patient sur les étages médicaux durant la garde et que vous désirez qu'il soit revu par l'équipe de consultation-liaison durant les jours de semaine, vous devez prescrire dans les ordonnances de faire revoir lundi par le service de psychiatrie médicale et d'envoyer par télécopie la consultation au #7415.

Supervision sur la garde

Le résident de garde doit prendre contact avec le superviseur (par téléphone ou en personne) dès le début de sa garde. Il est attendu que le superviseur soit disponible en tout temps durant la garde et puisse se déplacer dans un délai raisonnable devant tout cas jugé complexe ou face à un débit élevé de consultations (plus de 4 nouveaux cas sur place).

Afin de faciliter l'introduction des résidents junior (R1 et R2), un jumelage avec un résident sénior ou le responsable à l'enseignement sera effectué pour la première période lorsque possible.

Se référer également au guide de supervision des médecins-résidents du NCHUM.

Cas de pédopsychiatrie

Le résident peut être appelé à voir des cas de pédopsychiatrie durant la garde. Si une consultation pour un patient de moins de 18 ans est demandée, le résident contacte le patron de garde en pédopsychiatrie pour l'aviser (se référer à la liste de garde).

S'il y a un débordement (souvent environ plus de 4 consultations en attendant), le résident avise le patron de garde en pédopsychiatrie qu'il ne sera pas disponible pour faire la consultation de pédopsychiatrie. Il peut proposer qu'une discussion ait lieu dans ce cas entre les deux patrons superviseurs de garde pour déterminer la priorité clinique.

Le patron de garde en pédopsychiatrie pourrait également s'entendre avec le patron de garde en psychiatrie générale (par exemple vu qu'il serait déjà sur place) pour qu'il supervise la consultation à sa place. Les patrons doivent s'entendre entre eux et aviser le résident.

Changements de garde

Dans le cas d'un échange de garde entre 2 résidents d'un même niveau (junior à junior ou senior à senior), communiquez les informations de changement de garde aux trois personnes suivantes par courriel :

- L'agente responsable de la liste de garde (celine.carrier.chum@ssss.gouv.qc.ca)
- La secrétaire de l'enseignement (anne.provost.chum@ssss.gouv.qc.ca)
- L'ARC qui devra approuver ce changement.

Dans le cas d'un échange de garde entre 2 résidents de niveaux différents (Jr échangeant avec Sr) ou encore pour occuper une journée de garde n'étant actuellement pas couverte, il est nécessaire d'obtenir l'accord de patron qui se retrouvera de garde avec un résident Jr ou qui sera seul. Communiquez ensuite les informations de changement de garde aux trois personnes suivantes par courriel :

- L'agente responsable de la liste de garde (celine.carrier.chum@ssss.gouv.qc.ca)

- La secrétaire de l'enseignement (anne.provost.chum@ssss.gouv.qc.ca)
- L'ARC qui devra approuver ce changement.

STAGE DE CONSULTATION-LIAISON

INFORMATIONS PRATIQUES

Secrétariat du service de CL : Mme Maryse Roussy (10653)

Responsable du stage : Dre Jacynthe Rivest

Évaluation des compétences lors du stage :

- Se référer au document du programme de résidence en psychiatrie de l'UdeM appelé : « Compétences à développer lors du stage de CL » sur Studium. Des recommandations de lectures y sont également répertoriées.
- Une évaluation mi- stage aura lieu la semaine du XXXX
- Il est attendu du résident en stage qu'il développe ses compétences élaborées pour le stage obligatoire et qu'il pratique l'OPA sur l'évaluation du consentement au moins une fois pendant le stage (voir documents en annexe).
- Présentation scientifique au service de CL du CHUM : XXXX
 - Cas clinique – brièvement présenté
 - Brève revue de la littérature qui éclaire la prise de décision clinique dans ce cas
 - Supervision : Dre Jacynthe Rivest

Occasion propice à l'apprentissage à pratiquer lors du stage

L'évaluation du consentement éclairé est l'OPA attribué au stage de CL obligatoire par le programme de résidence en psychiatrie de l'UdeM : se référer au document appelé : « OPA – le consentement éclairé » sur Studium.

ACTIVITÉS CLINIQUES

Le stage offre de nombreuses situations cliniques qui constituent des occasions propices à l'apprentissage pour le rôle du psychiatre auprès des équipes médicales et du patient atteint de maladie physique.

- Consultations psychiatriques à l'externe (auprès de patients référés à notre clinique de psychiatrie médicale)
- Consultations psychiatriques à l'interne (auprès des patients hospitalisés) le reste du temps.
- Volumétrie habituelle : 5 à 6 nouveaux cas par semaine.

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

- Réunion académique du service de consultation-liaison (obligatoire)

Le mardi midi, de 11 h à 12 h, la résidente est invitée à se joindre à la réunion académique du service de consultation-liaison du CHUM qui est tenue à la salle C11-6111. Une présentation scientifique relatant un cas complexe rencontré pendant le stage ainsi qu'une brève revue de littérature devra être effectuée par le résident le XXXXX sous la supervision de XXXX.

- Lectures dirigées en psychiatrie médicale (obligatoire)

De 11 h à 12 h le mardi, dans le cadre des réunions académiques, nous proposons aux résidents en stage des lectures d'articles ou chapitres portant sur les principales raisons de consultation en psychiatrie médicale (voir articles et horaire ci-joints).

PSYCHIATRES SUPERVISEURS

Interne

- Gilbert Fournier (consultations sur les étages, gériatrie, psychothérapie)
- Jacques Gauthier (consultations sur les étages, hépatologie, gastro-entérologie, oncologie, transplantation, psychothérapie)
- Suzanne Leclair (consultations sur les étages, hépatologie, transplantation, néphrologie)
- Jacynthe Rivest (oncologie, soins palliatifs, transplantation)
- Laury Chamelian (neuropsychiatrie)
- Nicolas Bergeron (grands-brûlés, delirium complexe, FK)
- Alina Czarlinska (douleur)

Externe

- Mona Gupta (endocrinologie)
- Jacynthe Rivest (oncologie, soins palliatifs)
- Alina Czarlinska (douleur)
- Laury Chamelian (neurologie)
- Suzanne Leclair (transplantation)

HORAIRE HEBDOMADAIRE DU RÉSIDENT EN STAGE**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
INTERNE	<p>8 h-12 h CLINIQUE EXTERNE</p>	COURS ET PSYCHOTHÉRAPIE	<p>8 h-12 h CLINIQUE EXTERNE</p>	
	<p>11 h-12 h Séminaire de psychiatrie médicale</p>			
	INTERNE		INTERNE	INTERNE

**des modifications peuvent être apportées à cet horaire selon les besoins cliniques, les absences ou les autres opportunités de formation.

STAGE DE RÉADAPTATION – CLINIQUE JAP

INFORMATIONS PRATIQUES

Secrétariat JAP : 514 890-8242 (cell : 514 264-9669)

Responsable du stage : Dre Amal Abdel-Baki

Chef d'équipe clinique : Marilyn Paquet

Patrons superviseurs :

- Dre Amal Abdel-Baki
- Dre Clairéline Ouellet-Plamondon
- Dre Laurence Artaud
- Dr Emmanuel Stip

Description du stage :

La clinique JAP se spécialise dans la prévention, la détection et l'intervention précoces de la psychose chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans.

La clinique JAP offre donc un traitement intégré (biopsychosocial) dès les premiers signes de la psychose qu'elle soit affective ou non affective. Une intervention intensive dans le milieu de vie du patient est privilégiée. Lorsque nécessaire un séjour à l'hôpital aura lieu, mais se voudra le plus court possible.

L'équipe interdisciplinaire de la clinique propose une approche de collaboration avec le patient et avec ses proches. Les interventions ont d'abord pour objectif la stabilisation des symptômes et de la situation de vie du patient (hébergement, revenu, réseau social...) puis elles visent progressivement une plus grande autonomie et une réintégration du jeune dans un rôle social significatif. Pour ce faire, des activités intégrées dans la communauté et dans l'environnement social du patient sont privilégiées.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

EXPERTISE MÉDICALE

À la fin du stage le résident aura appris à :

- reconnaître les diverses manifestations cliniques de la psychose (symptômes positifs, négatifs, cognitifs, affectifs et désorganisation);
- perfectionner ses techniques d'entrevue auprès de jeunes adultes psychotiques;
- développer un raisonnement clinique menant à un diagnostic principal et à des diagnostics différentiels;
- identifier la comorbidité psychiatrique chez un patient psychotique (troubles anxieux, dépression, toxicomanie, troubles de la personnalité);
- évaluer l'impact de la psychose sur le fonctionnement général du patient (répercussions sur les activités de la vie quotidienne, les activités vocationnelles, les activités récréatives et sur le réseau social);
- comprendre les besoins des proches du patient psychotique et connaître les différentes approches d'intervention et les ressources d'aide disponibles;
- développer une compréhension cognitive et dynamique de l'expérience psychotique;
- être capable de reconnaître et d'évaluer la dangerosité chez un patient psychotique;

- connaître la loi et son application en lien avec la notion de consentement éclairé aux soins et les indications d'une requête en ordonnance de soins et les étapes de cette démarche;
- connaître la loi et son application concernant les gardes préventive, provisoire et en établissement;
- connaître la loi et son application concernant le suivi des patients reconnus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux et le rôle du psychiatre devant la commission d'examen pour les troubles mentaux du tribunal administratif du Québec;
- connaître les facteurs pouvant influencer le pronostic d'un jeune souffrant de psychose;
- connaître les différents stades d'évolution de la psychose (prodrome, phase aiguë, phase de maintien);
- connaître les divers types de services appropriés aux besoins spécifiques (centre de crise, urgence, hospitalisation, services ambulatoires, ressources communautaires);
- élaborer un plan d'intervention biopsychosocial et interdisciplinaire à travers la maîtrise de l'investigation de la psychose, de la psychopharmacologie spécifique aux troubles psychotiques, des approches psychothérapeutiques (thérapie cognitivo-comportementale) et des interventions sociales faisant partie d'un programme de réadaptation;
- faire une évaluation et un traitement intégré de la comorbidité psychose-abus de substances;
- évaluer et à traiter les patients présentant des symptômes psychotiques résistants;
- connaître les indications de traitement à la clozapine, l'ajustement posologique, le monitoring et les effets secondaires de cette molécule;
- connaître les tendances actuelles de la recherche sur les troubles psychotiques et plus spécifiquement sur ce qui a trait à l'intervention précoce auprès des jeunes adultes.

COMMUNICATION

À la fin du stage le résident sera capable de :

- établir une relation de collaboration avec le patient, ses proches et les différents intervenants impliqués;
- obtenir l'information collatérale auprès des proches tout en respectant les enjeux de confidentialité avec le patient;
- communiquer clairement et de façon empathique les impressions diagnostiques et le plan de traitement au patient et à ses proches;
- s'ajuster au niveau de langage de ses interlocuteurs;
- faire une écoute efficace permettant de synthétiser l'information provenant de diverses sources (le patient, les proches, les autres professionnels de l'équipe, les intervenants des ressources);
- transmettre clairement l'information pour qu'elle soit reçue aussi bien verbalement que par écrit auprès du patient, la famille, de partenaires divers (ex. organismes communautaires), des collègues médecins ou autres intervenants en santé, la cour, etc.
- résoudre des problèmes de communication.

COLLABORATION

À la fin du stage le résident sera capable de :

- participer efficacement aux activités de l'équipe interdisciplinaire;
- reconnaître les rôles, les expertises et les responsabilités des autres membres de l'équipe JAP, notamment le rôle de l'intervenant pivot;
- travailler en collaboration avec les familles et les ressources communautaires dans le but d'offrir des soins optimaux;
- travailler dans un cadre légal lors des ordonnances d'évaluation psychiatrique, des évaluations pour garde en établissement, des requêtes pour ordonnance de soins à la Cour et des audiences au tribunal administratif du Québec;
- participer au développement professionnel continu au sein du service et selon les besoins de l'équipe.

GESTION

À la fin du stage le résident sera capable de :

- organiser son temps en fonction des demandes de service au patient et des exigences académiques;
- établir des priorités en fonction des demandes de consultation provenant de l'urgence ou de références extérieures, des suivis à l'interne et à la clinique externe et des urgences relatives de chaque cas;
- recommander des soins optimaux au patient en fonction des ressources existantes;
- connaître les divers enjeux liés au leadership médical nécessaire à la gestion d'une équipe interdisciplinaire.

PROMOTION DE LA SANTÉ

À la fin du stage le résident sera capable de :

- identifier les populations à risque de développer un trouble psychotique;
- faire de la prévention primaire, secondaire et tertiaire auprès des patients, des proches et de l'équipe;
- comprendre l'importance de la prévention des rechutes psychotiques et d'intervenir auprès du patient et ses proches pour l'appliquer.

ÉRUDITION

À la fin du stage le résident sera capable de :

- faire preuve d'une démarche scientifique rigoureuse par rapport aux défis rencontrés à la clinique et de démontrer des habiletés à résoudre ses questionnements par des recherches bibliographiques ciblées et utiles;
- participer au journal club de la clinique et de présenter un cas complexe;
- présenter, si possible, un sujet de son choix en lien avec la psychose débutante chez les jeunes lors des réunions scientifiques de la clinique;
- s'initier, si possible et selon son intérêt, à la recherche en participant à un projet de recherche clinique déjà en cours ou en initiant un projet dont il pourra être responsable et pourra poursuivre sous notre supervision après son stage si nécessaire.

PROFESSIONNALISME

À la fin du stage le résident aura :

- fait preuve d'intégrité, d'honnêteté, d'empathie et de respect dans les diverses facettes de son travail clinique;
- démontré un engagement envers les patients et la profession par la pratique respectueuse de l'éthique, le respect des lois et des obligations professionnelles;
- fait preuve d'autonomie, de sens des responsabilités ainsi que de souplesse et d'intégrité dans les relations avec les patients, les professionnels et les médecins rencontrés;
- su chercher l'aide et les conseils nécessaires lors de situations qui dépassent ses capacités et aura utilisé la rétroaction et les suggestions reçues lors des supervisions.

ACTIVITÉS DU STAGE

- Évaluation hebdomadaire au miroir d'un nouveau cas référé à la clinique JAP sous supervision directe;
- Évaluation à l'urgence des patients (nouveaux ou déjà connus) se présentant au service d'urgence psychiatrique;
- Hospitalisation des patients (nouveaux ou déjà connus) ayant besoin d'hospitalisation;
- Suivi intensif (au quotidien si besoin) de patients en phase aiguë traités en clinique externe;

- Suivi d'intensité variable d'une cohorte de patients en clinique externe;
- Participation au rôle de psychiatre consultant/répondant auprès de l'équipe des jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs;
- Suivi de jeunes de la rue souffrant de troubles psychotiques et de toxicomanies comorbides sévères.

Selon l'intérêt du résident :

- Participation à l'EQIIP SOL (Équipe intervention intensive de proximité) pour les jeunes de la rue souffrant de troubles mentaux sévères et de toxicomanie;
- Participation à la supervision d'externes;
- Participation à des thérapies psychosociales de groupe, dont le groupe psychoéducatif pour les parents/proches, groupe de TCC, groupe pour la toxicomanie comorbide;
- Participation à un projet de recherche;
- Exposition à des activités médico-administratives;
- Supervision d'une psychothérapie cognitivo-comportementale pour la psychose;
- Visite d'organismes communautaires impliqués auprès des patients de la Clinique JAP;
- Participation à des présentations scientifiques ou auprès d'organismes communautaires ou encore dans le cadre de l'Association québécoise des programmes pour premier épisode psychotique (p. ex. journée de sensibilisation grand public).

Activités récurrentes :

- Séminaire de réadaptation psychiatrique auprès des jeunes atteints de troubles psychotiques lundi matin 9 h à 10 h;
- Réunion équipe JAP mardi 9 h à 12 h;
- Réunion EQIIP SOL mercredi 9 h à 10 h (si le résident n'a pas de cours);
- Analyse et discussion de cas complexes JAP (une fois par 2 mois environ; *dates prédéterminées - à vérifier en début de stage*);
- Participation et présentation au club de lecture JAP (une présentation à partir d'un cas ou situation d'intérêt en lien avec l'intervention précoce en psychose) une présentation par résident en stage, *date à fixer au début du stage*).

Les thèmes des séminaires hebdomadaires de réadaptation :

Les thèmes peuvent être choisis par les résidents avec le patron responsable selon les sujets de l'heure au niveau de ce qui se passe en clinique et selon les domaines d'intérêts ou de l'expertise particulière de chaque patron. L'horaire décrivant quel superviseur sera responsable d'animer quel séminaire sera déterminé en début de stage.

D'autres thèmes pourront être ajoutés au besoin une fois ces thèmes couverts ou si jugés plus pertinents :

- Composantes essentielles des programmes PEP, la philosophie de l'intervention précoce, le pourquoi, objectifs principaux;
- Présentations cliniques diverses des PEP;
- Les états mentaux à ultra haut risque;
- Investigations bio-neuro-psychologiques lors d'une première présentation d'un PEP (imagerie, labo, neuropsych, etc.);
- La pharmacothx -principes chez les PEP; considérer la mauvaise observance vs la résistance;
- Démarche clinique face à la résistance au traitement;
- Les effets secondaires principaux, les mécanismes sous-jacents et leur prise en charge;
- L'alliance thérapeutique et l'engagement dans le traitement;
- Formulation de synthèse, compréhension psychodynamique ou selon modèle cognitivo-comportemental intégrant les facteurs de risque, etc.;
- Retour au travail et études, principes, trajectoire, accommodements, invalidité, etc.;
- Enjeux diagnostiques et différentes approches thérapeutiques des PEP avec toxicomanie

- comorbide
- Enjeux, diagnostiques et approches thérapeutiques des PEP avec trouble de la personnalité;
- Troubles cognitifs en schizophrénie et chez les PEP-corrélats neurobiologie, impact fonctionnel et traitement;
- Cognition sociale et jugement, implications fonctionnelles;
- Aspects légaux et éthiques de la pratique de réadaptation auprès des PEP; gestion de la dangerosité;
- Implications des familles, réaction familiale, et interventions (PEP en général, mais aussi PEP avec toxico, etc.);
- Symptômes négatifs vs dépression : symptômes et prise en charge;
- Maladie bipolaire psychotique. Enjeux et prise en charge;
- Réadaptation en hébergement, organismes communautaires vs réseau;
- Enjeux transculturels et psychose.

Accueil

Au cours de la première semaine de stage (au plus tard la 2^e semaine), chaque résident est rencontré par la responsable du stage afin de discuter de ses objectifs personnels pour le stage en tenant compte de son expérience personnelle précédente et des objectifs généraux du stage de réadaptation. L'atteinte de ces objectifs sera discutée à la mi-stage également afin de s'assurer que les activités proposées durant le stage permettent l'atteinte de ces objectifs.

Superviseurs

Au début du stage, le résident recevra un horaire stipulant avec quels superviseurs les résidents, *fellow* et les externes sont jumelés pour chaque jour du stage. Pour un stage de 5-6 mois, le résident sera habituellement jumelé à 2 principaux superviseurs, chacun pour la moitié du stage environ. Lors d'absence de leur superviseur, il est possible que le résident soit jumelé à un autre patron.

Si un externe est associé au même patron que le résident, ce dernier sera impliqué dans la supervision de l'externe sur le principe de la pyramide d'enseignement.

TÂCHES ET RESPONSABILITÉS

- Les résidents auront l'opportunité de faire les évaluations hebdomadaires des nouveaux cas sous supervision directe par les patrons auxquels ils sont jumelés. Également, le suivi des nouveaux patients évalués en externe est assuré par le résident qui en fait l'évaluation.
- Les résidents se partagent les nouvelles évaluations, de même que les suivis de patients hospitalisés (que ce soit de nouvelles admissions ou des patients ré-hospitalisés), selon les patrons auxquels ils sont associés, à moins d'exception (i.e. résident avec une charge de travail trop grande ou dont la cohorte est suffisamment grande).
- Lorsqu'un patient hospitalisé est libéré, le suivi est assuré par le résident qui en avait pris la charge durant l'hospitalisation à moins qu'il en soit entendu autrement avec le patron superviseur du résident.
- Le suivi des patients hospitalisés devrait être quotidien (ou quasi quotidien), et nous visons les plus courts séjours possibles. Le suivi des patients en externe en début d'évolution peut nécessiter une à deux rencontres par semaine dans les premières semaines et diminuer graduellement (quoiqu'intensif).
- Le résident est responsable des patients dont il a la charge et doit veiller à ce que le suivi de ceux-ci soit assuré durant son absence. Il a également la responsabilité de s'assurer que le traitement multidisciplinaire, pour ses patients, est adéquat (selon le modèle bio-psycho-social) et donc de

superviser l'équipe dans cette optique (entre autres durant les réunions d'équipe multidisciplinaire), les rencontres conjointes avec leur intervenant.

- Le résident prend en charge ses patients à titre de médecin de l'équipe interdisciplinaire des équipes PEP. Cette prise en charge se fait de façon collaborative et intégrée avec l'intervenant pivot qui est la personne "ressource" pour le patient. Le rôle du médecin est d'assumer le leadership du traitement biopsychosocial notamment en procédant à l'évaluation psychiatrique et en collaborant à l'évaluation psychosociale, en prescrivant le traitement pharmacologique et en s'assurant d'évaluer les besoins en termes psychothérapeutiques du patient et de réadaptation. Il doit s'assurer d'impliquer le patient et sa famille de manière collaborative dans leurs soins. Il peut soit offrir la psychothérapie ou encore s'assurer que le patient ait accès aux traitements psychosociaux requis par son état. Le rôle de l'intervenant pivot est de coordonner ou d'offrir les soins psychosociaux au patient et à ses proches
- Les résidents ont la responsabilité d'organiser leur propre horaire en tenant compte des multiples activités dans le contexte du stage. Il est de leur responsabilité d'organiser leurs rendez-vous avec leurs patients et si nécessaire de contacter les superviseurs en dehors des supervisions structurées. La gestion du reste de leur horaire leur appartient, mais ils peuvent bénéficier d'aide des patrons respectifs pour les aider à organiser leur temps.
- Le résident doit être disponible pour participer aux tournées à l'interne prévues avec leur patron auquel il est associé (au moins deux plages horaires pouvant inclure interne et externe) et pour les supervisions par discussion, supervision directe, observation – ces supervisions peuvent être incluses dans les 2 plages horaires mentionnées précédemment ou pas).
- Le résident doit s'assurer de donner une rétroaction à son patron et au responsable du stage si sa charge de travail dépasse ses capacités pour maintenir un équilibre de vie sain et une bonne santé. Le cas échéant des ajustements seront proposés par le patron et le responsable du stage. De la même façon, il doit s'assurer de demander une supervision s'il a des interrogations cliniques sur ses patients entre les supervisions prévues.
- Chaque résident aura au moins un patient présentant une problématique résistante ou complexe à réviser. Durant son stage, il fera une présentation de cas. Il y aura présentation des cas cliniques complexes, à laquelle il intégrera une réflexion basée sur la littérature (un ou des articles).
- Chaque résident sera invité à suivre au moins un patient (ou plus s'il le désire) avec un modèle de psychothérapie cognitivo-comportementale pour la psychose au cours de son stage.
- Participation (comme cothérapeute ou comme observateur) à au moins une séance d'intervention de groupe (p. ex. psychoéducation, poids santé, comorbidité, psychose, abus de substance, etc). Si le résident le désire, il pourrait être cothérapeute d'une thérapie de groupe (p. ex. TCC pour la psychose, TCC pour anxiété sociale chez les psychotiques, etc), ou mettre sur pied un nouveau groupe de thérapie en collaboration avec les professionnels paramédicaux JAP sous la supervision des psychiatres.
- Les clubs de lecture ou présentation de cas complexes ont lieu une fois par mois (ou 2 mois) pour les résidents et les patrons. Les dyades présenteront un article ou cas complexe à tour de rôle. Les présentations peuvent couvrir des sujets diversifiés ayant un lien de près ou de loin avec les psychoses chez les jeunes adultes. Les sujets peuvent être la pharmacothérapie, la psychothérapie, l'évolution de la maladie, le diagnostic, les comorbidités, etc.
- Les patrons sont très disponibles en dehors des supervisions fixes prévues. Vous pouvez les contacter par message texte, téléphone, courriel ou en les rejoignant à leur bureau.

- Le résident doit remplir le *logbook* JAP afin de s'assurer qu'il bénéficie de l'exposition à toutes les situations cliniques prévues et qu'il ne soit pas surchargé. Ce *logbook* lui servira avec ses superviseurs à réévaluer que sa cohorte de patients réponde bien aux objectifs du stage et dans le cas où certains suivis devraient être délaissés (selon la charge de travail), il permettra d'analyser quels patients n'ont plus à être suivis par lui.

Le résident doit s'assurer de se sentir en sécurité en tout temps dans son travail. Il doit prendre les mesures nécessaires pour pratiquer dans un contexte sécuritaire. P. ex., en cas où il doit voir un patient pour lequel il craint un potentiel dangereux, il doit s'assurer de le voir avec le patron superviseur ou un intervenant ou encore des gardiens de sécurité. Il doit en aviser le chef d'équipe ou d'autres responsables à la clinique pour prévoir être assisté (par des professionnels en santé mentale et des gardiens de sécurité au cas où la situation devient inquiétante). Il doit choisir un local d'entrevue sécuritaire (p. ex. 2 portes dont une avec vitre) et en aviser les responsables de la sécurité à la clinique.

STAGE EN PSYCHIATRIE DES TOXICOMANIES – UPT

INFORMATIONS PRATIQUES

Responsable du stage: Dr Simon Dubreucq

Patrons :

- Dr Simon Dubreucq
- Dre Annie Trépanier
- Dre Clairéline Ouellet-Plamondon
- Dr Didier Jutras-Aswad

UPT interne : 11^e étage Pavillon D, tél. : 514 890-8316 (hors du CHUM) poste 8316 (du CHUM)

UPT externe : 11^e étage pavillon C, tél. : 514 890-8000 poste 26489

PRÉAMBULE

La comorbidité entre la toxicomanie, incluant les diagnostics d'abus et de dépendance maintenant réunis sous le terme trouble de l'usage d'une substance ou TU dans le DMS 5), et d'autres troubles de santé mentale a fait l'objet de nombreuses études dans les dernières années. La présence de maladie mentale double le risque de souffrir d'alcoolisme et le risque est triplé lorsqu'il s'agit de drogues illégales. Les consommateurs de drogues auraient quant à eux trois à quatre fois plus de chances de développer un problème de santé mentale. Les patients ayant un « trouble concomitant » ont plus souvent des comportements antisociaux et les problèmes légaux qui les accompagnent. De plus, le risque de suicide chez ces personnes est plus élevé et l'adhésion aux traitements est limitée.

Les principales barrières quant au traitement des comorbidités, à tout le moins au Québec, semblent historiquement s'être situées davantage du côté de la stratégie de coordination des soins plutôt que dans la nature même des interventions. Alors que les approches de traitement traditionnelles des patients présentant un trouble concomitant privilégient une démarche séquentielle ou parallèle, le traitement intégré des deux problématiques semble s'avérer plus efficace. Malgré l'abondance des ressources disponibles pour traiter chacune de ces affections isolément, il y avait jusqu'à récemment à Montréal un manque alarmant de programmes offrant des modalités de traitement intégré. Profitant à la fois d'une expertise en psychiatrie et en traitement de la toxicomanie, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) s'est employé à mettre en œuvre un tel programme pour répondre aux besoins multiples d'une population vulnérable à maints égards.

HORAIRE DES ACTIVITÉS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<i>AM</i>	Interne/externe	Interne/externe	Interne/ext.	Interne/ext.	Interne/ext.
<i>Midi</i>	Lundi académique (FMC, JC) Salle C11-6114 ou autre Séminaire recherche au CRCHUM			Séminaire de lecture 11 ^e pavillon D.	
<i>PM</i>	Interne/externe	14 h : Réunion d'équipe interne	Interne/ext.	Interne/ext.	Réunion d'équipe externe 13 h 30 : Salle C11.6114

- Selon l'horaire, des semaines à l'interne et à l'externe sont prévues. Il est attendu que selon la charge de travail à l'externe, le résident soit appelé à participer aux activités à l'interne et vice versa.
- Les résidents seniors se voient attribuer en moyenne 3 nouveaux cas par semaine lorsqu'en externe (lundi PM, jeudi AM et un autre moment dans la semaine) qu'ils révisent avec le psychiatre présent à l'externe à moins d'avis contraire. Les RV de suivi pour les patients en clinique externe peuvent être placés à la plage horaire qui convient au résident. Le résident est invité à se joindre au psychiatre en clinique externe lorsque celui-ci a des cas de suivi. Il est toutefois attendu que le résident mentionne au psychiatre de l'externe qu'il n'est pas disponible pour participer aux RV de suivi lorsqu'il doit compléter des rapports d'évaluation.
- Les notes de suivi et rapports d'évaluation en externe sont faits dans O-Word (formation en ligne). Il est attendu que les rapports suite à une nouvelle évaluation soient idéalement complétés dans la semaine suivant l'évaluation et au maximum en dedans de 2 semaines. Le résident sauvegardera son rapport en brouillon et avisera le psychiatre attiré à cette évaluation que son rapport est complété. Après vérification/corrections du psychiatre, le résident pourra finaliser la note.
- Lors de RV de suivi, le résident finalise directement sa note de suivi en inscrivant que le cas a été révisé/discuté avec tel patron.
- Il est attendu que chaque résident garde une liste à jour des patients (facile à créer dans OACIS) en externe où il est impliqué dans le suivi. À la fin de son stage, le résident s'assure qu'un RV/transfert d'informations a été fait avec le psychiatre qui continuera le suivi à la fin de leur stage.
- Pour des modifications à l'horaire de la clinique externe, veuillez vous adresser à Mélanie Ricard (poste 26489).
- Les articles du séminaire sont transmis chaque semaine par l'agente administrative du service de médecine des toxicomanies, Saïda Abakhour saida.abakhour.chum@ssss.gouv.qc.ca Il est suggéré de lui envoyer un courriel en début de stage avec la date de début et de fin de stage pour s'assurer que vous soyez sur la liste d'envoi/qu'elle vous en retire.

Séminaire de médecine et psychiatrie des toxicomanies

Jeudi 12 h, salle D11-5059 (à moins d'avis contraire)

Objectif

1. Encadrer la lecture sur les sujets les plus pertinents relatifs à la toxicomanie et la psychiatrie des toxicomanies,
2. Permettre la discussion de cas cliniques plus complexes ou présentant des défis sur les plans diagnostique ou thérapeutique ou relationnel.

Méthodes d'enseignement

1. Lecture dirigée : un texte avec discussion lors du séminaire
2. Discussion de cas cliniques

Horaire des rencontres et thèmes

1. Neurobiologie de la toxicomanie
2. Psychologie de la toxicomanie
3. Rechute alcool
4. Psychose et toxicomanie
5. Sevrage alcool
6. Troubles affectifs et toxicomanie
7. Trouble psychotique induite
8. Cannabis
9. Opiacés
10. Cessation tabagique
11. GHB
12. Kétamine

Autres documents d'intérêt :

- www.ruis.umontreal.ca/CECTC : Le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) offre différents services aux membres du réseau en troubles concomitants. Dans la section du télémentorat ECHO, vous retrouverez plusieurs documents d'intérêt (cliquer sur documentation disponible);
- Certaines lignes directrices vous seront acheminées en début de stage (ligne directrice ROH de l'APA, opioïde du CRISM, schizophrénie et tr d'usage CPA, tr. Affectif et TU CanMat, INESSS sur l'organisation des soins);
- OPA sur l'entretien motivationnel;
- *American Psychiatric Association Guideline, Treatment of Patients with Substance Use Disorders*, disponible au <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1675010>
- Lalonde P. et Pinard G.F., *Psychiatrie Clinique : Approche bio-psycho-sociale*, 4^e édition. La Chenelière, Montréal, 2016
- Galanter M, Kleber D, editors *Textbook of substance abuse treatment*. 5^e édition, Washington (DC) : American Psychiatric Publishing, Inc. 2015
- Cours Dr Dubreucq/Dr Aswad (toxicomanie)
- Cours Dr Chanut (entretien motivationnel)

OBJECTIFS DU STAGE

Buts

À la fin de son stage, le résident :

Gère de façon flexible les problèmes, primaires ou secondaires, liés aux substances dans la pratique de la psychiatrie tout en respectant les données probantes et en adoptant un optimisme approprié en regard de l'évolution de ces troubles.

Compétences générales

En tant qu'expert médical, le résident :

- Connait les tendances issues de la recherche en ce qui concerne les troubles concomitants au niveau du diagnostic de l'étiologie, du traitement, de l'évolution du consensus et des composantes d'un système organisé pour ce type de clientèle;
- Connait les ressources dans le réseau communautaire public et privé pour le patient et ses proches (groupes d'entraide, AA, Al-Anon, Centres de crise, Centres de traitement de la toxicomanie);
- Connait les moyens à utiliser pour assurer la sécurité de son patient, de ses proches, de lui-même et de son équipe;
- Fait une évaluation diagnostique en tenant compte à la fois des besoins immédiats et des objectifs thérapeutiques à plus long terme;
- Construit une alliance thérapeutique avec le patient et son entourage dans un cadre sécuritaire;
- Favorise l'émergence et le maintien de la motivation au changement du patient et de son entourage en :
 - établissant des objectifs réalisables selon leurs aptitudes et leur motivation;
 - validant leur expérience subjective et leurs stratégies adaptatives;
 - mettant en évidence leurs forces et compétences dans la mise en place du traitement.
- Met en œuvre un plan de traitement administratif, biologique et psychosocial impliquant de manière efficiente les autres professionnels, l'entourage et les ressources du réseau;
- Utilise la pharmacothérapie de façon appropriée chez cette clientèle;
- Prévient les situations de crise et de régression avec risque d'escalade sous forme de comportements auto et hétéro-agressifs;
- Utilise de manière constructive les outils de dépistage et les instruments de mesure validés;
- Identifie les enjeux de transfert et de contre-transfert suscités par cette clientèle et contient ses réactions émotives de manière thérapeutique;
- Accepte et s'intéresse aux différents points de vue sur une problématique complexe;
- Identifie et confronte ses propres attitudes et croyances face à la toxicomanie et aux patients dits « réfractaires » ou « difficiles »;
- Maintient un optimisme raisonnable quant au potentiel de rétablissement de ces patients.

En tant que communicateur, le résident :

1. Communique son empathie et son respect de manière verbale et non verbale;
2. Favorise les échanges interactifs lors des rencontres familiales, de groupe et en équipe;
3. S'ajuste au niveau de langage de ses interlocuteurs;
4. Transmet des informations de façon à ce qu'elles soient reçues aussi bien verbalement que par écrit;
5. Résout des problèmes de communication dans un climat émotionnel chargé.

En tant que collaborateur, le résident :

1. Participe au fonctionnement des équipes multidisciplinaires

2. Participe à la dispensation de soins en équipe, par exemple lors de la co-animation de groupes thérapeutiques;
3. Exerce un leadership médical approprié à son rôle et son niveau de responsabilité;
4. Prévient les conflits dans le respect des professionnels impliqués;
5. Développe une vision partagée des besoins d'un patient et de ses proches à partir de l'évaluation de chaque professionnel impliqué.

En tant que gestionnaire, le résident :

1. Utilise de manière efficiente les composantes du système au moment approprié;
2. Utilise les compétences spécifiques des membres d'une équipe interdisciplinaire;
3. Gère efficacement son temps en établissant ses priorités et favorise une bonne gestion du temps des membres de l'équipe;
4. Participe à des rencontres interdisciplinaires de planification de la programmation clinique pour la clientèle de troubles concomitants et contribue à l'intégration de ces changements.

En tant que promoteur de la santé, le résident :

- Reconnaît les habitudes et les contextes de vie liés aux dépendances pouvant avoir un effet sur la santé (par exemple : conduite avec facultés affaiblies, partage de matériel d'injection, nutrition) et favorise la réduction des méfaits et l'adoption d'un mode de vie sain;
- S'emploie à déstigmatiser cette clientèle, auprès des familles et des intervenants des réseaux de la santé et de réadaptation pour les dépendances;
- Réfléchit de manière critique aux obstacles sociaux freinant le rétablissement et la réinsertion de cette clientèle et promouvoit les changements susceptibles d'améliorer cette situation.

En tant qu'érudit, le résident :

- Facilite l'apprentissage de tiers quant à la psychiatrie des toxicomanies :
 - participe à l'enseignement aux externes et aux résidents juniors;
 - transmet judicieusement son savoir aux patients et à leur famille;
 - contribue à la diffusion des meilleures pratiques concernant les troubles concomitants auprès d'autres professionnels de la santé et d'intervenants dans la communauté.
- Assure son développement professionnel continu de façon réflexive :
 - développe un regard critique sur les données probantes quant aux interventions cliniques pour la toxicomanie et les troubles concomitants;
 - détermine ses propres besoins de formation concernant la psychiatrie des toxicomanies.

En tant que professionnel, le résident :

1. S'engage de façon authentique en évitant les pièges du surinvestissement et du sous-investissement;
2. Soutient ses collègues et les autres professionnels à faire de même;
3. Admet ses limites personnelles et professionnelles et cherche du support auprès des membres de l'équipe et de collègues, au besoin;
4. Prend une saine distance entre les enjeux présentés par la clientèle et ses propres habitudes de vie ou celles de son entourage pour garder une implication appropriée dans les soins aux patients.

Objectif personnel de mon stage à l'UPT :

Un moment de discussion des objectifs personnels sera prévu dans les premières semaines de stage.

MANDAT CLINIQUE DE L'UPT

Le CHUM a développé une unité de psychiatrie des toxicomanies, un service de traitement intégré de 3^e ligne voué aux patients qui souffrent de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. Ce service de pointe et unique au Québec et s'adresse particulièrement à la clientèle dont la comorbidité psychiatrique, médicale et de toxicomanie est un obstacle à l'obtention de soins adéquats dans les structures de traitement existantes. Ce programme propose une expertise spécialisée en partenariat novateur avec les membres de l'équipe du Service de médecine des toxicomanies (SMT) du CHUM. Ce programme offre un continuum complet de soins (voir tableau 1) qui inclut les urgences médicales et psychiatriques du CHUM, les lits d'hospitalisation en psychiatrie des toxicomanies et une clinique externe. En complément, les psychiatres de l'unité offrent des services de consultation et de soins partagés de type consultation – liaison aux patients hospitalisés à l'unité de médecine des toxicomanies et aux équipes médicales et psychiatriques du CHUM, de même qu'auprès de certains partenaires du réseau.

À titre de service de 3^e ligne, le mandat de l'UPT se situe du côté de l'intervention dans les périodes de crise et d'instabilité importante tant au niveau de la consommation que de la santé mentale et physique. Elle vise à permettre la stabilisation des patients (des pathologies psychiatriques, médicales, addictives) en vue de l'orientation vers les ressources habituelles de traitement et de réadaptation en 1^{re} et 2^e lignes. Elle offre des services sous forme d'épisodes de soins définis dans le temps avec la collaboration continue des équipes référentes. L'UPT n'assure pas de services de réadaptation à long terme bien qu'elle puisse épauler les équipes traitantes à cet effet dans des situations cliniques complexes et particulières.

Tableau 1: Continuum des services cliniques offerts à l'Unité de psychiatrie des toxicomanies

Modalités d'intervention	Rôles et services cliniques offerts
Urgences	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des situations de crise et des complications aigües de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale fait en collaboration avec les infirmières de liaison Orientation vers les ressources appropriées de traitement
Unité interne	<ul style="list-style-type: none"> Stabilisation de la condition psychiatrique et de la problématique de consommation de façon intégrée Traitement des sevrages complexes Précision du diagnostic et du plan de traitement en milieu protégé Orientation vers les ressources de traitement appropriées
Clinique externe	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation, suivi et traitement intégrés des problèmes de santé mentale et de toxicomanie Thérapies individuelles et de groupe, prise en charge globale, suivi médical et psychiatrique Collaboration et coordination avec les autres ressources de traitement dans le réseau
Service de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation, précision du diagnostic et recommandations thérapeutiques pour les collaborateurs intrahospitaliers et du réseau

Critères d'admission

Rappel : Le mandat de l'UPT se situe du côté de l'intervention dans les périodes de crise et d'instabilité importante tant au niveau de la consommation que de la santé mentale.

1. Trouble d'usage (TU) à une ou plusieurs substances, modéré à sévère, selon le DSM-5;
2. Trouble psychiatrique (autre que le TU), incluant les troubles de personnalité, mais excluant le retard mental, qui nécessite une intervention psychiatrique spécialisée. Le diagnostic psychiatrique principal ne doit pas être un trouble neurocognitif majeur;
3. Instabilité importante, période de crise ou niveau de dangerosité nécessitant un suivi externe serré (1 fois semaine) / une hospitalisation;
4. Le trouble concomitant est suffisamment complexe pour justifier l'implication d'une équipe spécialisée (ex : sevrage chez patient avec risque suicidaire/dangerosité, nécessité de préciser le diagnostic psychiatrique par exemple lors de psychose toxique à répétition, haut utilisateur de service, sevrage complexe, impasse dans son suivi actuel, exclus des autres services de 1^{re} et 2^e lignes...);
5. Pour une hospitalisation, le patient accepte l'hospitalisation et les règles de l'unité interne de l'UPT, dont impossibilité de fumer (mais thérapie de remplacement sous forme de gomme/timbre disponible) ou son niveau de dangerosité est suffisant pour le garder contre son gré.

Lorsque le patient est référé par une équipe, il doit y avoir engagement par l'équipe référente de reprendre le suivi ou l'hospitalisation pendant ou après le séjour à l'unité interne de l'UPT (i.e. patient stabilisé sur le plan psychiatrique et comportemental) et de rester disponible au besoin durant l'épisode de soin, tant pour les aspects cliniques qu'administratifs et médicolégales.

Intégration des soins avec le Service de médecine des toxicomanies

Les populations de patients présentant des TU ont des prévalences de divers problèmes psychiatriques qui excèdent largement ceux qu'on voit dans la population générale. À l'inverse, les populations psychiatriques ont des prévalences plus élevées de TU. Le Service de médecine des toxicomanies (SMT) a développé une approche intégrée pour répondre aux besoins de ces patients qui requièrent simultanément de l'attention médicale pour des problèmes de toxicomanie, pour les complications pouvant y être associées et pour le suivi de maladies chroniques comme l'hépatite C.

Le service de médecine des toxicomanies assure le suivi médical des patients admis sur l'unité, et peut être consulté pour les patients en clinique externe. Leur rôle se situe tant sur le plan de l'expertise dans la gestion des sevrages complexes, les soins d'excellence de dépistage et de prévention spécifiques pour cette population, que le traitement des complications médicales de la toxicomanie et des troubles psychiatriques.

Collaborateurs :

- Les spécialités médicales (hépatologie, gynécologie-obstétrique, microbiologie, médecine interne, etc.) et psychiatriques (service de consultation – liaison, neuropsychiatrie, neuromodulation) sont consultées par l'équipe traitante selon les besoins du patient;
- La clinique externe de l'UPT peut assurer, après le séjour à l'unité interne, le suivi des patients qui correspondent aux critères décrits ici-bas;
- Les patients peuvent être référés vers les ressources psychiatriques ou de traitement de la toxicomanie en 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne selon l'évaluation de l'équipe traitante.

Équipes référentes :

- Service de médecine des toxicomanies
- Services psychiatriques de 2^e ligne du RUIS de l'Université de Montréal
- Ressources de traitement de la toxicomanie de 2^e ligne

- Équipes médicales du CHUM
- Partenaire du réseau avec entente de service spécifique (p. ex. CRAN/Relais-Méthadone)
- Équipe de recherche du CRCHUM (pour les patients sous protocole de recherche nécessitant une hospitalisation à l'UPT)

Partenaires :

- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (anciennement Centre Dollar-Cormier) <http://dependancemontreal.ca/>
- Centre de réadaptation en dépendance Foster <http://www.crdfooster.org/>
- Portage <http://www.portage.ca/accueil>
- Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) et Relais méthadone <http://www.cran.qc.ca/>

Réseau psychiatrie centre-ville

CHUM

1. SIM - Suivi intensif de milieu
Situé au CLSC des Faubourgs - 66, rue Sainte-Catherine Est
Responsable : Claude Tourville – 514 527-9565 poste 3417
Numéro général, autres professionnels : 514 527-7835
Télécopieur : 514 527-7839
2. PRISM - Projet de réaffiliation en itinérance et santé mentale
 - a. Hommes : Situé à OBM – Pavillon Webster – 6440 rue Clark
Responsable : Benoit Lesage, t.s. 514 609-8582 ou par courriel Lotus
 - b. Femmes : Situé à OBM – Pavillon Patricia Mackensie - 1301 boul. Maisonneuve Est
Responsable : Nathalie Ménard, t.s. 514 246-1345 ou par courriel Lotus
3. SII - Suivi intensif itinérance
Situé à OBM – Pavillon Webster – 6440 rue Clark
Responsable : Patrick Girard – Cellulaire: 514 216-5660
Numéro général, autres professionnels : 514 789-1401
Télécopieur : 514 788-1611
4. Clinique externe des troubles psychotiques
Numéro général : #26297
Télécopieur : 514 412-7827
5. UHRESS – Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
Numéro général : #24720
Télécopieur : 514 412-7545

Hors CHUM

1. SIV – Soutien d'intensité variable
Personnes ayant un trouble psychotique, vivant en appartement autonome, ayant des difficultés légères à modérées sur le plan de l'autonomie. Suivi individuel 1 à 3 fois par semaine, intervenant pivot, accompagnement dans diverses démarches. Aucun psychiatre ou de médecin attiré à ce service.
Situé dans les CLSC, selon le secteur de la personne.
Démarche de référence selon le CLSC. Télécopieur ou DSIS.
2. Diogène
Suivi et accompagnement dans le milieu et dans les démarches judiciaires par un intervenant assigné pour les personnes marginalisées : santé mentale, toxicomanie, itinérance. Demande de service volontaire de la personne.
Numéro général : 514 874-1214
3. Le FIL
Soutien et accompagnement dans le milieu pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale vivant sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance, CSSS Cœur de l'île ou CSSS Saint-Michel Sud.
Numéro général : 514 525-0504
Télécopieur : 514 525-9123
4. CYPRES
Accompagnement et suivi individuel dans le milieu pour les personnes ayant un trouble de santé mentale et vivant dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve.
Numéro général : 514 252-0444
Télécopieur : 514 252-5444

STAGE OPTIONNEL EN NEUROMODULATION

INFORMATIONS PRATIQUES

Responsable du stage: Dr Paul Lespérance paul.lesperance@umontreal.ca

Stage personnalisé selon les besoins et intérêts du résident. Dans ce contexte, le résident doit contacter Dr Lespérance 2 à 3 mois préalablement au stage afin de bâtir son horaire de stage.