

Clinique Jean-Pierre Mottard

Programme des premiers épisodes Pavillon Albert-Prévost

2013

**Par Pierre Fortier avec la collaboration des membres de
l'équipe du programme des jeunes psychotiques**

Programme des premiers épisodes

Clinique externe de psychiatrie

Programme spécialisé

Premiers épisodes psychotiques et/ou
schizophrénie débutante

230 jeunes adultes (18 à 30 ans)

5 à 10 nouvelles demandes par mois

Multiethnique

Durée moyenne de traitement : ~3 à 5 ans

Pavillon Albert-Prévost



Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Critères d'inclusion et d'exclusion

Inclusion

- 18 à 30 ans
- Diagnostic principal de psychose
- Moins de 5 ans d'évolution

Exclusion

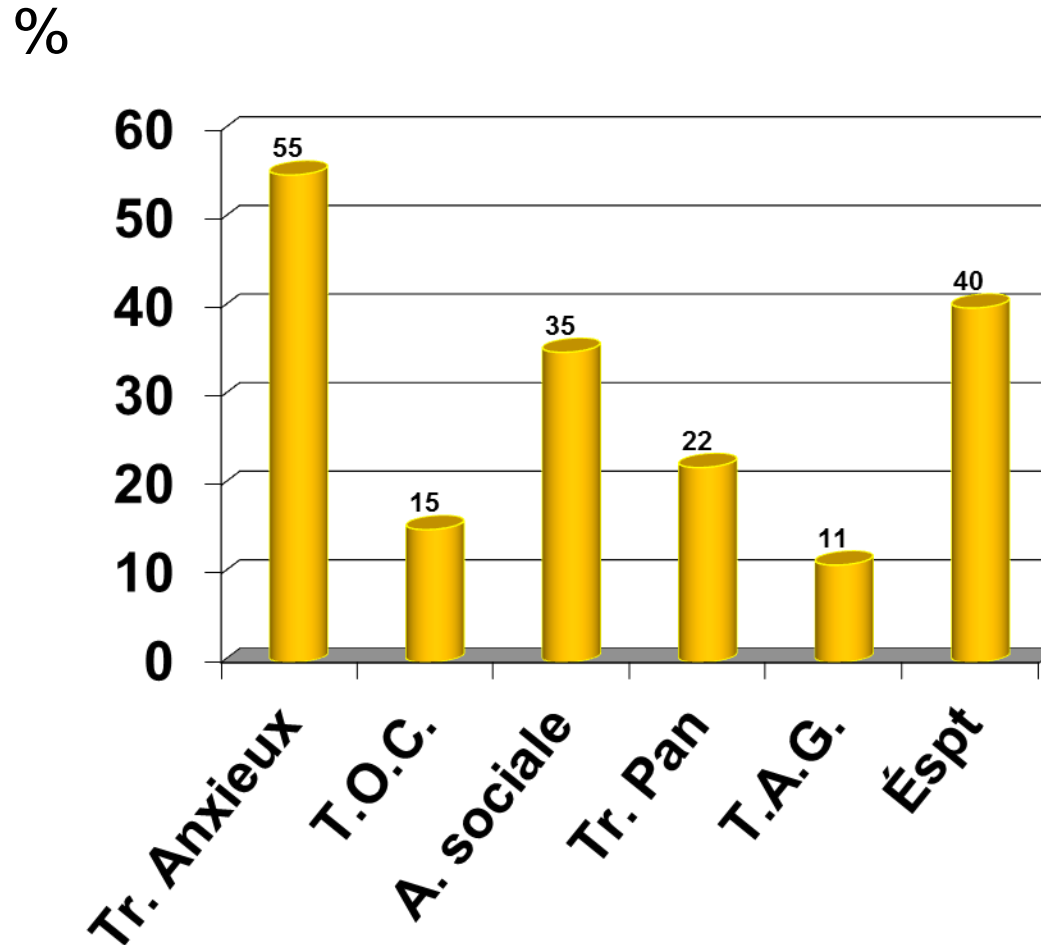
- Déficience intellectuelle/TED
- Diagnostic principal de maladie affective
- Trouble personnalité anti-sociale (sévère)

Provenance de la clientèle

- Territoires:
 - CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord
 - CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
 - CSSS Laval (Secteur Ouest)
- Portes d'entrée :
 - Références directes provenant de la première ligne
 - (CLSC, professionnels/école, ressources communautaires, médecins de famille, ...)
 - Module soins partagés
 - Urgence
 - Unités d'hospitalisation et hôpital de jour

Prioriser l'accessibilité (pas de liste d'attente)

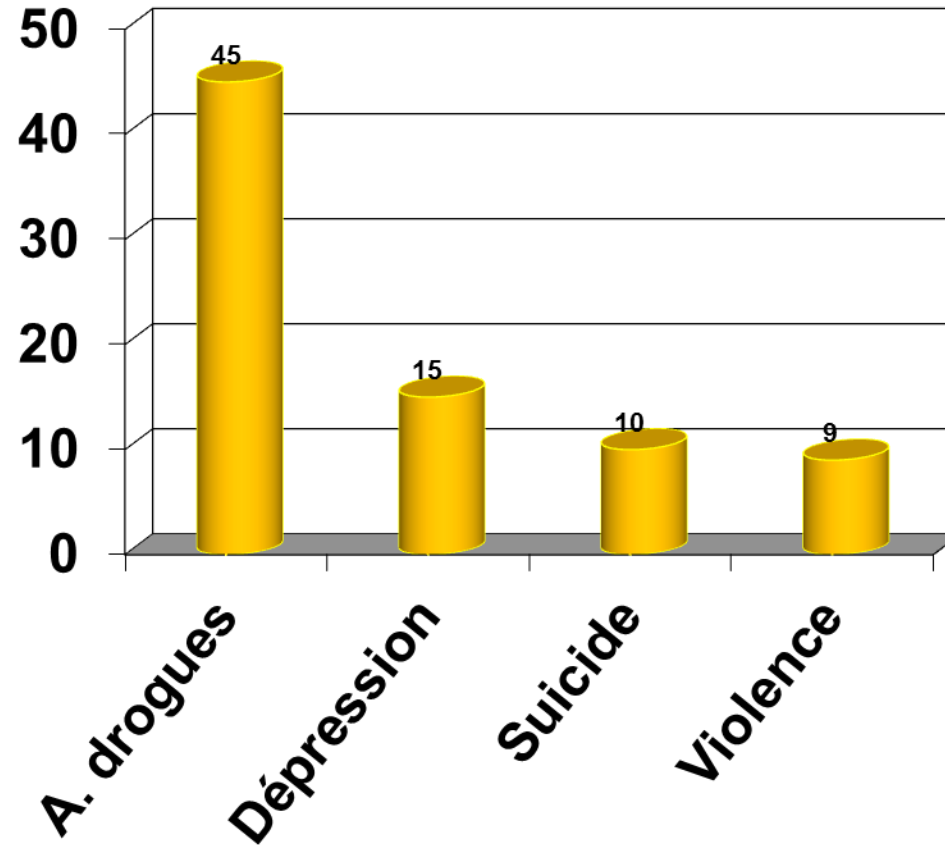
Comorbidité anxieuse



Pallanti et al.,2004; Emsley et al., 2001;Hafner,1998; Cassano,1998

Autres comorbidités

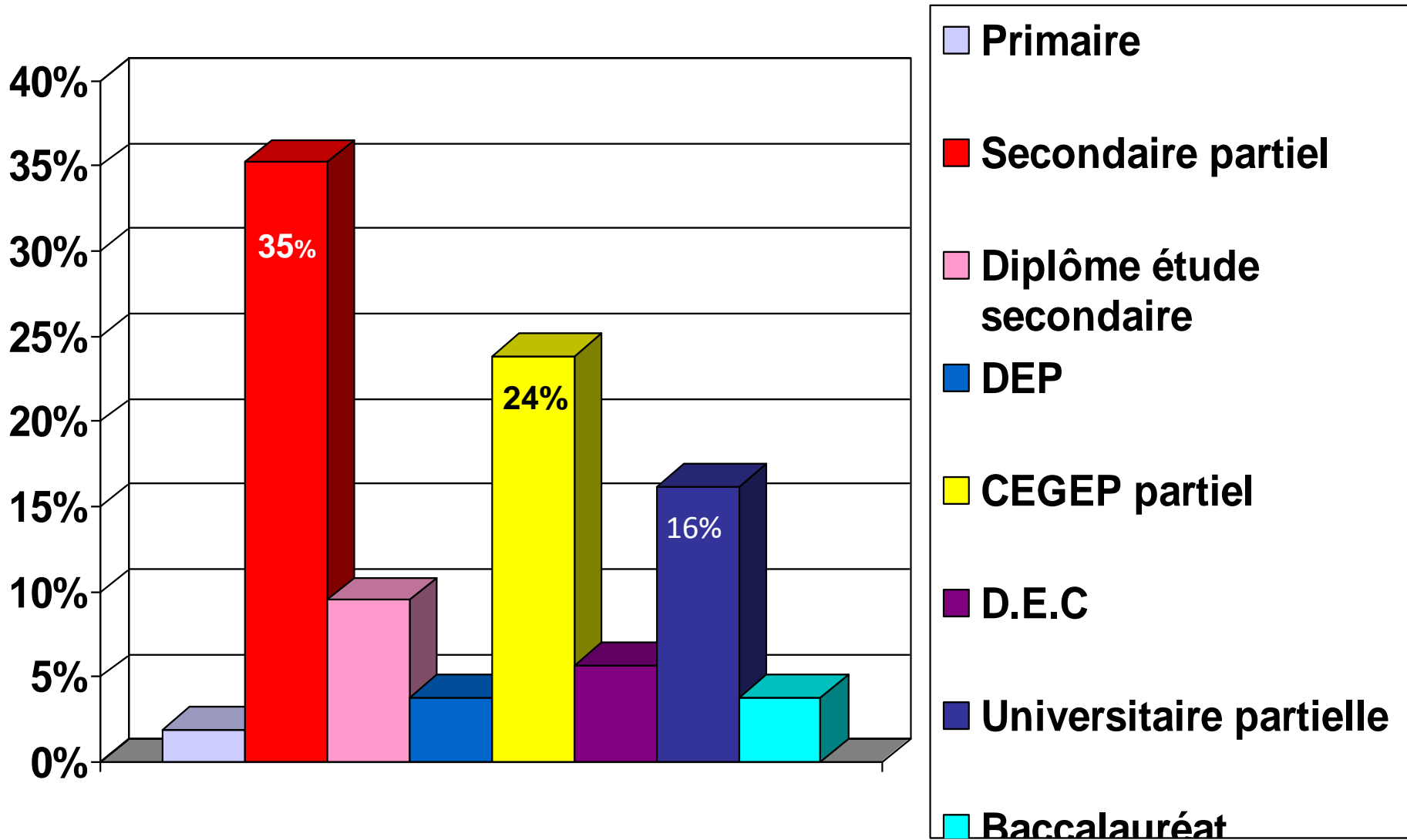
%



Pallanti et al.,2004; Emsley et al., 2001;Hafner,1998; Cassano,1998

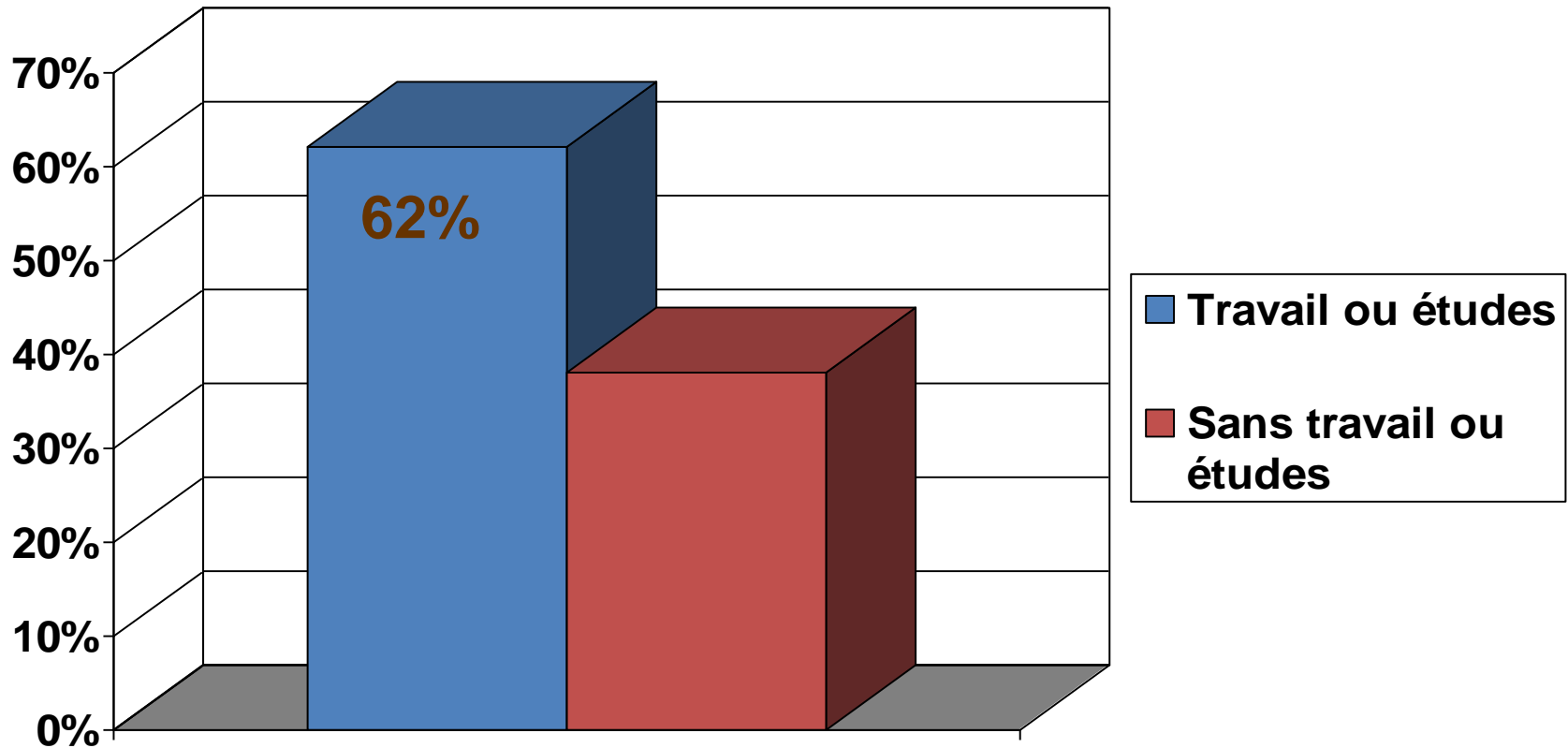
Niveau de scolarité

Programme des premiers épisodes



Activités productives

Programme des premiers épisodes



Programme premiers épisodes

Équipe

- Deux psychiatres
- Deux travailleurs sociaux
- Un ergothérapeute
- Un ergothérapeute/psychologue
- Une secrétaire

Rôles

Travailleurs sociaux

- Interventions auprès des familles
 - Éducation, accompagnement, soutien, résolution de conflits
- Informations sur les ressources communautaires, d'hébergements et les problèmes judiciaires
- Participation à des rencontres conjointes et aux bilans
- Support auprès des ressources d'hébergement et liaison avec l'équipe traitante
- Élaboration d'un plan d'intervention individualisé en coordination avec les ressources d'hébergements et l'équipe traitante
- Interventions directes auprès des patients (juridique, administratif, ...)
- Liaison avec l'urgence et les unités d'hospitalisation

Rôles

Ergothérapeutes

- Suivi individuel et de groupe (TCC: psychose, symptômes négatifs, troubles anxieux et affectifs, troubles cognitifs, abus de substances, troubles métaboliques et autres comorbidités)
- Plan d'intervention et de réadaptation individualisés
- Appréciation du fonctionnement cognitif
- Évaluation fonctionnelle
- Liaison (école, travail, L'arrimage, nutritionniste, etc.)
- Rencontres bilans
- Rencontres conjointes avec le psychiatre
- Enseignements, recherche

Rôles

Psychiatres

- Dépistage : conférences, psychiatre répondant, outils auprès de la première ligne
- Évaluation et diagnostic
- Traitement pharmacologique et psychologique (symptômes négatifs, positifs, affectifs, cognitifs, comorbidités, troubles métaboliques, ...)
- Psychoéducation patients et familles (collaboration ergothérapeutes et travailleurs sociaux)
- Approche motivationnelle pour intégration au programme de réadaptation de groupe
- Suivis conjoints avec les membres de l'équipe
- Liaison première ligne (soins de collaboration, transferts)
- Enseignement

Clinique des jeunes

Évaluation

~5 ans

Phase 1

Deux psychiatres

Suivi pharmacologique
Suivi psychologique

Deux TS

Interventions familiales

Phase 2

Résiduelle
Réadaptation

Ergo/psy

Suivi individuel
Approche TCC

Ergo

Suivi individuel
Approche TCC

Ressources
d'hébergement

Relation

AVQ

École

Travail

Ressources
communautaires

Phase 3

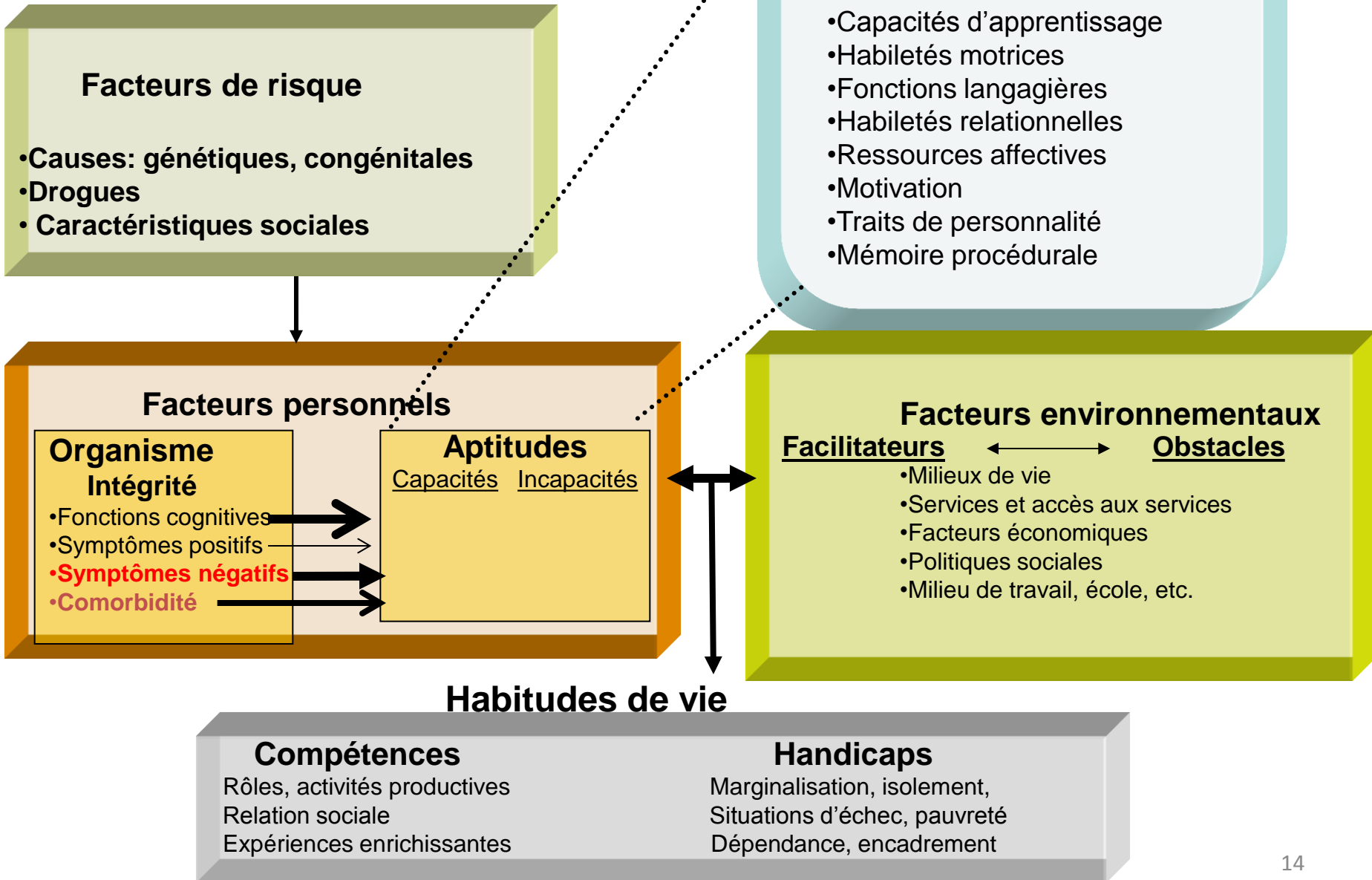
Maintien

Maintien des acquis
Prévention des rechutes

Transfert 1^e ligne
Transferts cliniques psychiatriques

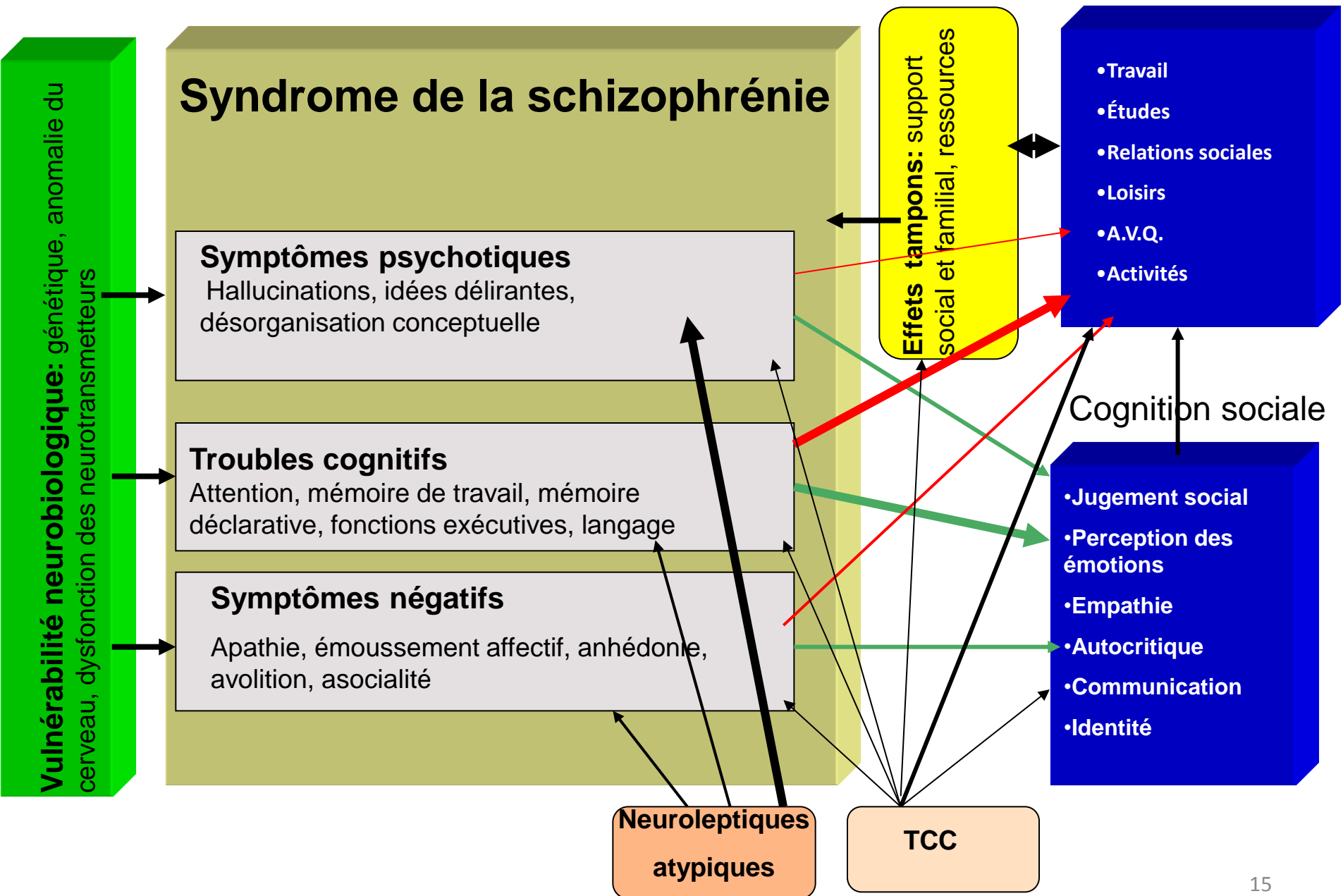
Processus de production du handicap

Fougeyrollas et coll. 1998



MODÈLE INTÉGRATIF (Goldberg, 2002)

Fonctionnement



Effets de la TCC vs thérapie de support-standard

Wykes, Steel, Everitt et Tarrrier, 2008. Schizophrenia Bulletin

Table 1. Number of Studies Providing Specific Outcomes (Numbers in Parenthesis are Those Studies That Specifically Targeted that Outcome)

	Positive Symptom	Negative Symptom	Functioning	Mood	Hopelessness	Social Anxiety	Total
Individual CBTp	27 (24)	19 (1)	12 (2)	12 (0)	3 (0)	0 (0)	27
Group CBTp	5 (4)	4 (1)	3 (0)	3 (0)	1 (0)	2 (2)	7
Total	32 (28)	23 (2)	15 (2)	15 (0)	4 (0)	2 (2)	34

Note: CBTp, cognitive behavior therapy for psychosis.

Méta analyse

Effets de la TCC vs thérapie de support-standard

Wykes, Steel, Everitt et Tarrrier, 2008. Schizophrenia Bulletin

Résultats	Mean Weighted Effect Size	95% Confidence Interval	Heterogeneity Test (<i>df</i>), Significance Level	No. of Studies	Sample Size
Target symptom	0.400	0.252, 0.548	74.1 (32), significant at the 5% level	33	1964
Positive symptoms	0.372	0.228, 0.516	61.7 (31), significant at the 5% level	32	1918
Negative symptoms	0.437	0.171, 0.704	118.1 (22), significant at the 5% level	23	1268
Functioning	0.378	0.154, 0.602	36.7 (14), significant at the 5% level	15	867
Mood	0.363	0.079, 0.647	52.7 (12) significant at the 5% level	15	953
Hopelessness	-0.190	-0.547, 0.166	10.0 (3), not significant	4	431
Social anxiety	0.353	n/a	n/a	2	61

Méta analyse N=32

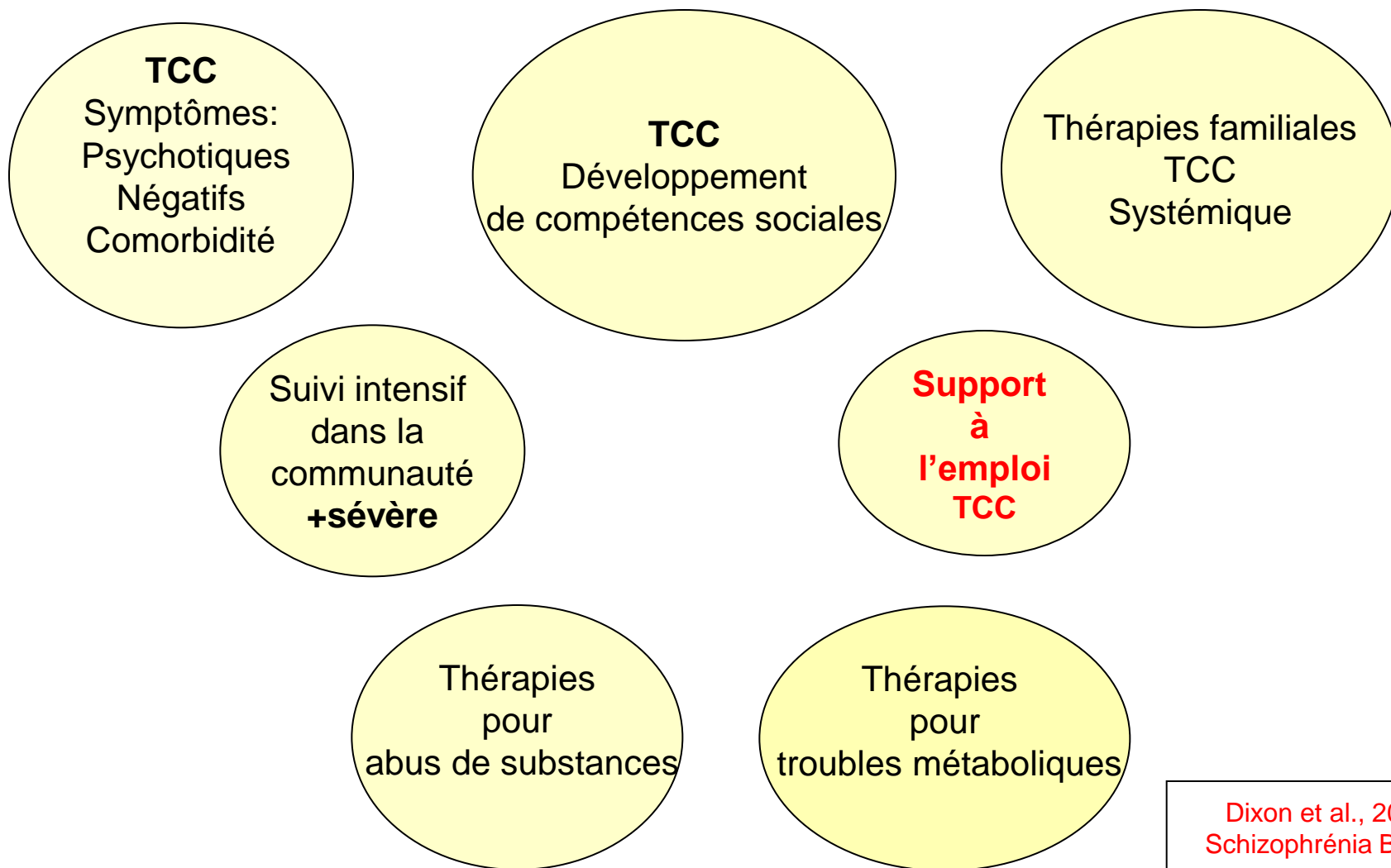
Méta analyse

Wykes, Steel, Everitt et Tarrrier, 2008. Schizophrenia Bulletin

- Effets **modérés** de la TCC sur plusieurs variables et problèmes associés
- Le nombre de séance et la durée du traitement mal définis
- Les stratégies les plus efficaces
- Grande variabilité au niveau de la pharmacothérapie
- Grande variabilité au niveau de la formation des thérapeutes
- Effets à long terme?

Groupe de Chercheurs Port 2009

Recommandations pour les thérapies démontrées efficaces pour le traitement de la schizophrénie



Dixon et al., 2009.
Schizophrénia Bulletin

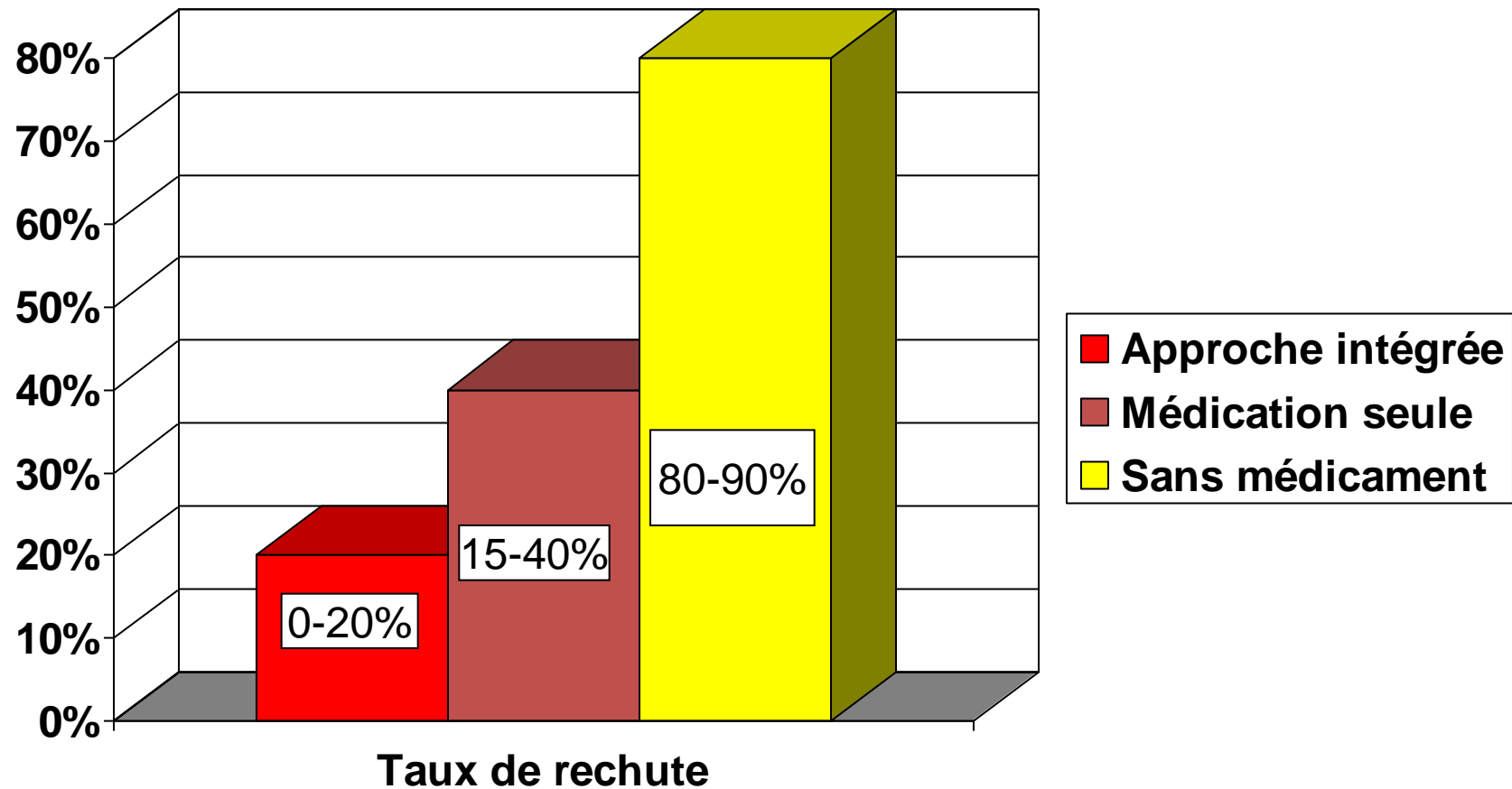
Groupe de chercheurs Port 2009

Thérapies émergentes mais pas encore recommandées

- Programme d'adhérence aux médicaments
- Rémédiation cognitive
- Traitements des patients à haut risque
- Interventions psychosociales dès l'apparition des premiers symptômes de psychose

Dixon et al., 2009.
Schizophrénia Bulletin

Taux de rechute après deux ans



Fédération Française de Psychiatrie 2008

Bonnes pratiques

Approche TCC de la psychose et schizophrénie et programmes des premiers épisodes

Birchwood, Max

Chadwick, Paul

Fowler, David

Garety, Phillippa

Kingdon, David

Kuipers, Elizabeth

TurKington Douglas

McGorry P.D. *The Early Psychosis Training pack, EPPIC Program.*

International Early Psychosis Association

Étapes du traitement

Kingdon et al.

Normalisation

- Vulnérabilité
- Rêve, fantasme, fièvre
- Expérience infantile
- Drogues
- Neuroleptiques

Engagement et alliance thérapeutique

Explication de l'expérience psychotique

Exploration des antécédents

- Avant la psychose
- Traumatismes antérieurs
- Évènements entourant l'apparition de la psychose
- Durée de la psychose non traitée

Traitement

- Thérapie cognitive
- Exposition

Traitement

- Anxiété, détresse et dépression

Traitement

- Techniques d'autocontrôle
- Testing de la réalité
- Retrait stratégique
- Thérapie cognitive

Hallucinations

Délires

Symptômes négatifs

Habitudes de vie

- Horaire occupationnel
- Habilités sociales
- Activation

Prévention de la rechute et maintien

Problèmes

- Problème décrit du point de vue du client
- Attention à l'estime de soi

Expériences

- Évènements significatifs
- Pensées automatiques
- Croyances erronées

Socratique

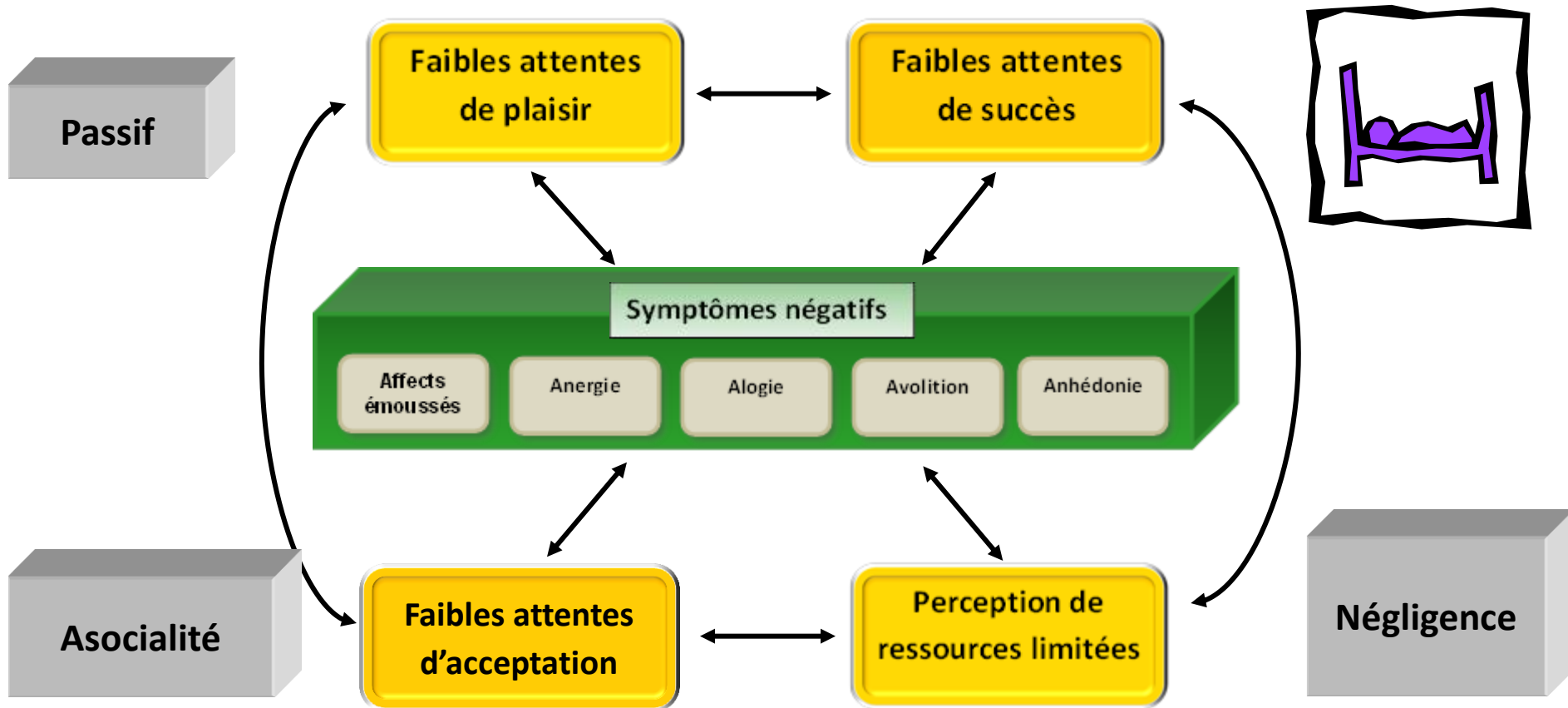
- Découvrir les croyances irrationnelles
- Thérapie cognitive

Stratégies

- Médication à long terme
- Stresseurs
- Premiers symptômes
- Quoi faire

Symptômes négatifs

Approche de Rector



Tiré de Rector, Beck & Stolar (2005)

Thérapie d'activation comportementale

Jacobson et Gortner, 2000

- Stratégies comportementales simples
 - Planification d'objectifs
 - Planification d'activités
 - Assignation de tâches graduées
 - Réduction du temps passé inactif

Buts

Réduire les contingences punitives
Augmenter les contingences de renforcement

Environnement

Programmes de groupe

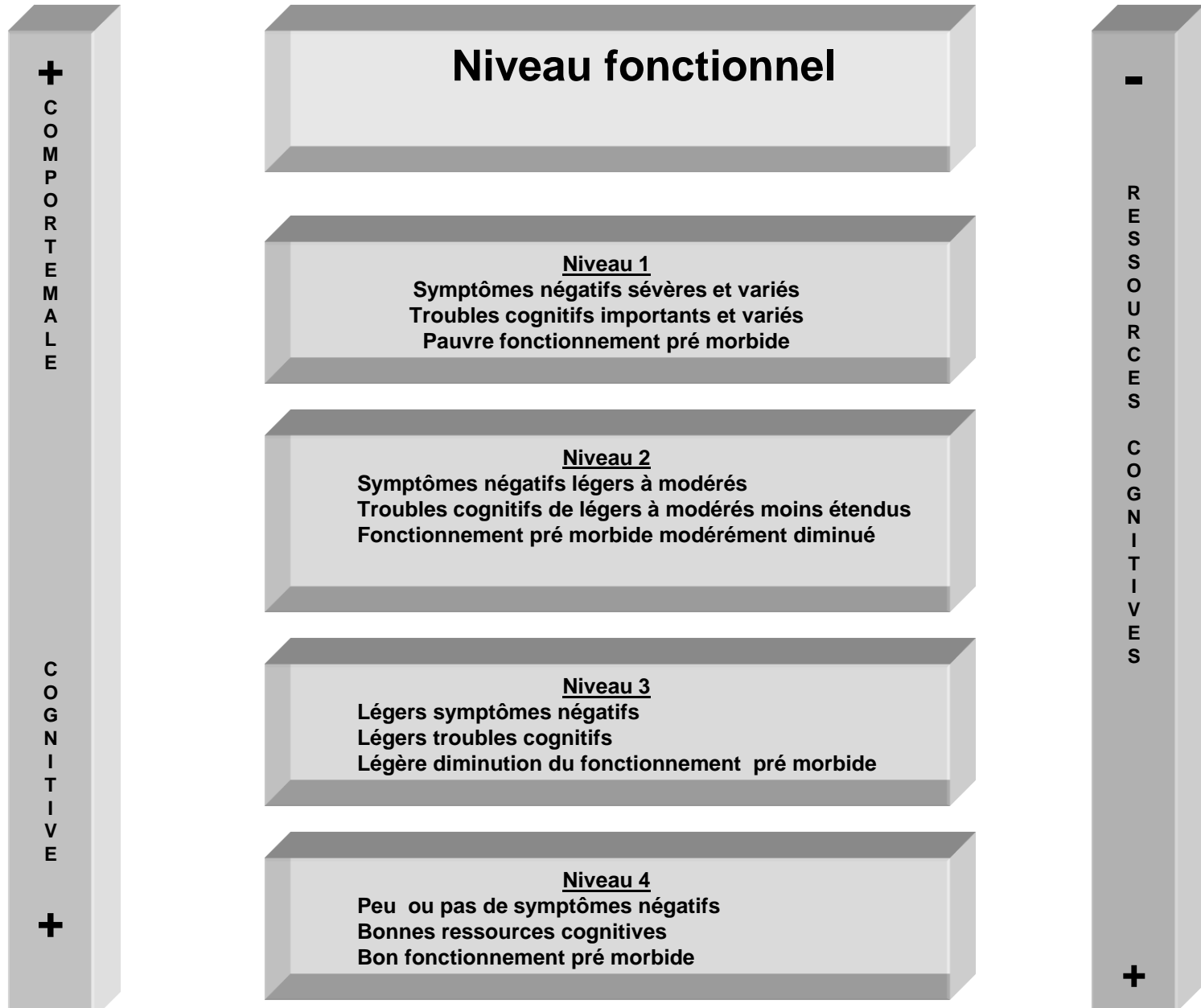
Développement de compétences sociales

- Integrated Psychological Therapy for Schizophrenics Patients (IPT). Brenner et al., 1999.
- Social Skills Training for Psychiatric Patients. New York: Permamon Press. Liberman, R.P., 1989.
 - Très standardisés
 - Ne tiennent pas compte de la comorbidité
 - Tiennent peu compte de l'hétérogénéité de la schizophrénie

Programme d'Intervention Individuelle et de Groupe Multimodal (PIIGM)

- Standardisé, souple et centré sur la personne

Quatre cohortes (8 à 9 clients) selon le niveau fonctionnel



Composition des groupes

- 8 à 9 participants
- **2 thérapeutes formés en TCC** nécessaires
- Patients de même niveau fonctionnel
- Quatre groupes fermés (semi-ouverts)
- 1 fois par semaine; 2 heures; pour 2 ans en moyenne
- Réévaluation de la participation tous les 4 mois
- **Rencontres individuelles complémentaires nécessaires**

Objectifs

Programme de thérapie de groupe

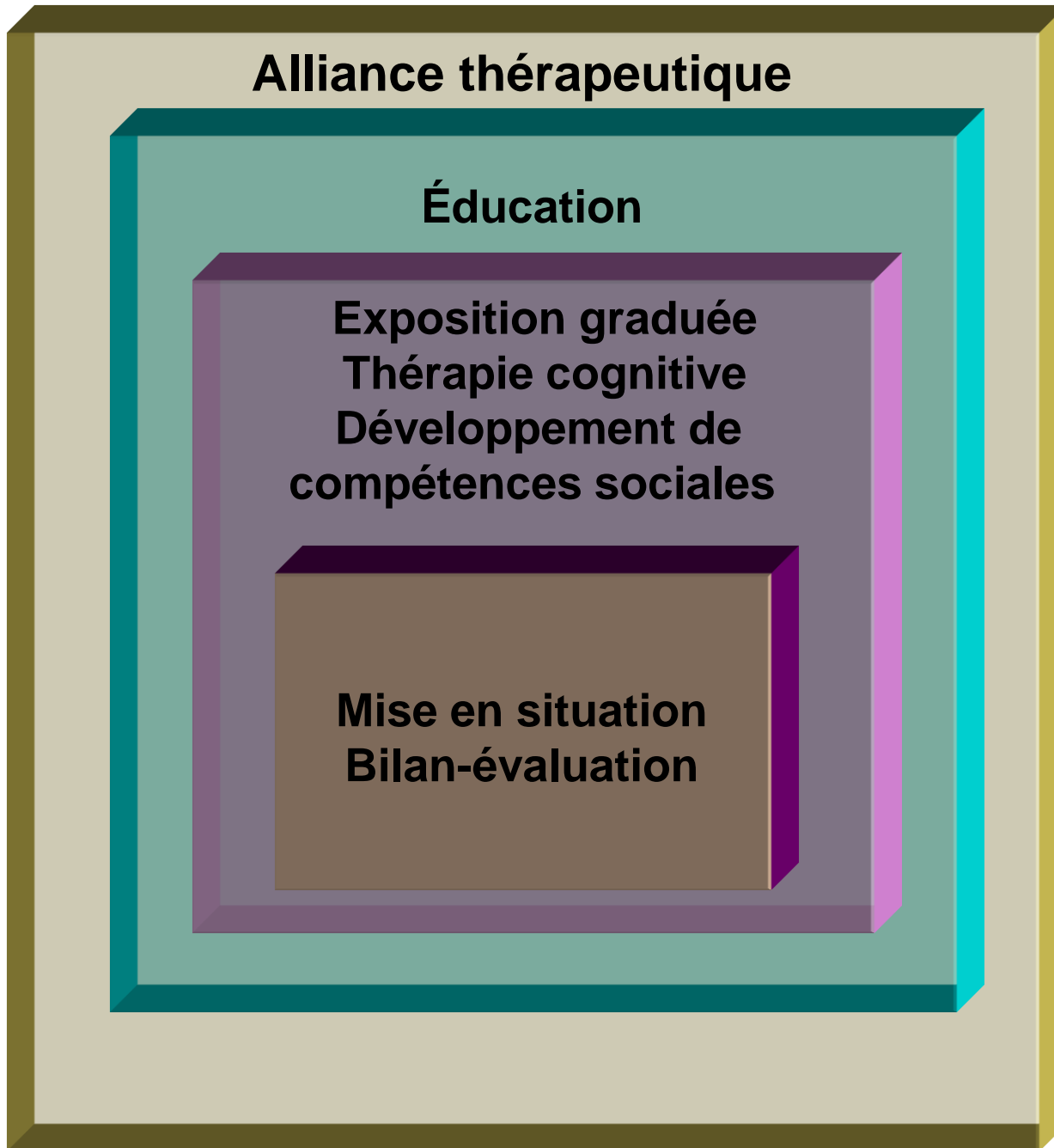
- Acquérir des connaissances sur la maladie et ses conséquences sur différents aspects de la vie
- Modifier progressivement les croyances dysfonctionnelles et les remplacer par d'autres plus réalistes et adaptatives
- Acquérir des habiletés de communication et de conversation
- Réduire l'anxiété sociale
- Acquérir des compétences sociales

Objectifs

Programme de thérapie de groupe

- Apprendre à résoudre des problèmes dans des contextes d'interaction sociale
- Offrir du support par les pairs et instaurer l'espoir
- Réduire la comorbidité
- Développer ou élargir le réseau social des participants
- Favoriser l'intégration et le maintien dans des activités productives (travail, étude, loisir etc.)

**Organisation hiérarchique des stratégies
d'interventions**



**Contenu du programme d'interventions
groupales**

Adhérence thérapeutique

- Approche motivationnelle
- Persévérance
- Faire connaissance

Éducation

- Schizophrénie : symptômes positifs et négatifs, fonctions cognitives
- Drogues
- Médication
- Anxiété
- Relations interpersonnelles
- Travail et études
- Dépression
- Troubles métaboliques
- Compétences, capacités, vulnérabilités

Exposition à l'anxiété sociale et thérapie cognitive

- Attention soutenue aux regards des autres
- Jugement social et méfiance

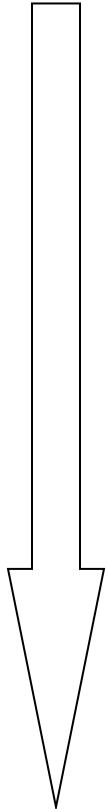
Compétences sociales et thérapie cognitive

- Habiletés de communication et de conversation
- Affirmation de soi
- Expression de sentiments
- Habiletés relationnelles
- Stratégies de « coping »

Mise en situation

- Domaines de vie
- Relations interpersonnelles

Temps



Stratégies	Int.	Min.
Retour sur la semaine	CT	15
Présentation du thème •feuille thématique	T	10
Questions •réponses aux questions	T	10
Développement •désigner un observateur •répondre verbalement •développer sa pensée •questions de l' observateur •répétitions pour chacun •réponses du thérapeute (T) •court résumé du co-thérapeute (CT)	T CT	30
Pause		15
Développement (suite) •Idem pour l'autre question	T CT	30
Socialisation spontanée	T CT	10

Stratégies	Int	Min.
Retour sur la semaine	CT	15
Résumé de la semaine passée •tableau devant le groupe	T	10
Questions •réponse aux 2 autres questions	T	10
Développement •désigner un observateur •répondre verbalement •développer sa pensée •questions de l' observateur •répétitions pour chacun •réponses du thérapeute •court résumé du co-thérapeute	T CT	25
Pause		15
Développement (suite) •Idem pour l'autre question	T CT	25
Solutions •solutions écrites au tableau •résumé des solutions	T CT	25 34

Exposition devant le groupe (Séances 4 à 12)

Déroulement	Temps
<p>1. Retour sur la semaine (thérapeute) Un volontaire se retire du groupe, sélectionne un des problèmes écrits sur la feuille et prépare l'entrevue avec l'aide du co-thérapeute</p>	15 min.
<p>2. Entrevue semi-structurée devant le groupe, avec le co-thérapeute - membres du groupe informés qu'ils doivent mémoriser les thèmes de l'entrevue</p>	15 min.
<p>3. Bref retour sur la prestation du client (thérapeute)</p>	5 min.
<p>4. Rappel du contenu de l'entretien par les membres du groupe (thérapeute)</p>	10 min.
<p>5. Pause (résumé écrit au tableau par le thérapeute)</p>	15min
<p>6. Présentation orale du résumé au tableau par le thérapeute</p>	5 min.
<p>7. Expression des points de vue des clients en lien avec le problème (thérapeute)</p>	25 min.
<p>8. Solutions au problème formulées par l'ensemble des participants - écrites au tableau par le co-thérapeute</p>	20 min.
<p>9. Résumé des solutions (co-thérapeute) et choix des plus appropriées pour le participant</p> <p style="text-align: right; color: #e91e63;">Devoir en individuel</p>	10 min.

Problématique

Exemple d'un cheminement clinique

Jeanne

Histoire de la maladie actuelle

- À 10 ans, période dépressive (suivie par un omnipraticien)
- Adolescente, présente des comportements d'automutilation (se couper les doigts et les mains avec des ciseaux)
- 2009, amenée à l'urgence du PAP par sa sœur qui a remarqué du sang sur un doigt (tentative de suicide). Congé avec un antidépresseur et suivie par un psychologue pendant 6 mois. Cesse sa médication après un mois; insatisfaite de la psychothérapie
- 2010, hospitalisée 4 jours au PAP pour dépression majeure avec éléments psychotiques et trouble panique (Zypreza 5 mg et Paxil 20 mg). Cesse sa médication
- 2011, hospitalisée 3 mois au PAP pour dépression psychotique avec TAG (**Abilify 15 mg et Wellbutrin 150 mg**)
- Avril 2011, référée en externe du PAP où elle est toujours suivie. Réside dans un foyer de groupe

Hallucinations

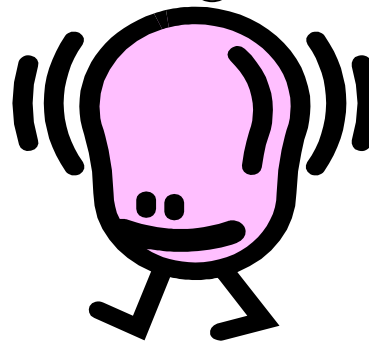
"J'entends des voix d'enfants et des pleurs de femmes."

Délires

"Un étudiant de ma classe me surveille et m'envoie des messages haineux via internet."

"Mes voisins m'espionnent. Ma famille est en danger. Je pourrais être violée."

Symptômes psychotiques résiduels

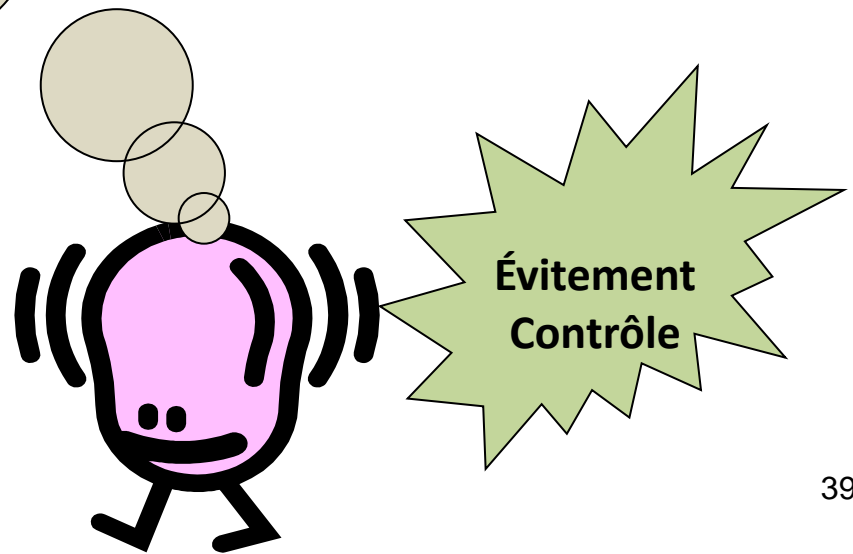


Anxiété
Colère, détresse
Évitement

"Je dois vivre ailleurs."

**A peur de ne pas réussir.
A peur de rester seule.
Anticipe des catastrophes et
des évènements négatifs pour
elle et ses proches.
Tolère mal l'incertitude.**

**TAG
Anxiété**



“J’ai tellement besoin des intervenants du foyer. Ils se dévouent pour moi”.

Je ne pourrais pas me passer d’eux.

Je suis incapable de résoudre des problèmes.”

Dépendance
↓
Anxiété ↑

**Évitement
Promiscuité**

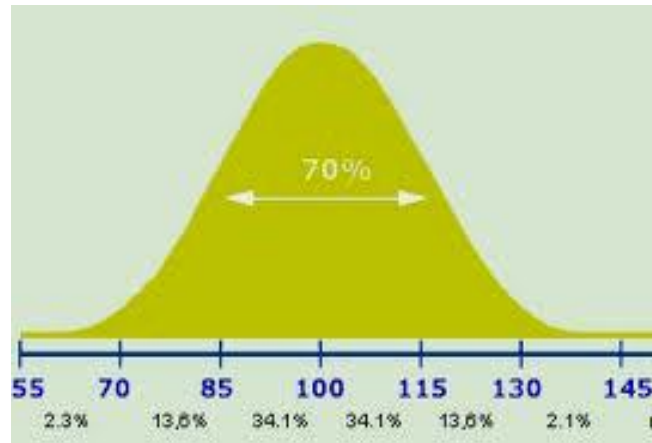


Processus cognitifs

Intelligence normale

Bonnes capacités attentionnelles
et mnésiques

Rigidité
globale



Aucune
lenteur

Bonnes capacités de
planification et
organisation

Peu d'initiative

Langage
articulé et
non alogique

Bonnes capacités
d'abstraction et
métacognition

Interactions sociales

Personne

Relationnel

- Méfiance liée aux idées délirantes résiduelles
- Recherche l'approbation avant de décider
- Demande souvent à rencontrer les intervenants
- Peur des séparations
- Relation symbiotique avec une résidante TPB
- Tendance à se laisser exploiter par son amie
- Tolère mal la solitude et participe à des activités qu'avec d'autres
- Communique facilement

Affectivité

- Anxiété et dysphorie par épisode
- Irritable par moment
- Plaisir et joie lorsque détendue

Autres personnes

Processus cognitifs

Cognitions sociales

Comportements
Compétences

Expériences affectives



**Activités
Situations**

Relations familiales

- Séparation difficile avec ses parents
- Appelle souvent pour vérifier que tout va bien
- Se sent obligée d'aider sa mère récemment opérée pour un tunnel carpien (limites fonctionnelles partielles et temporaires)
- Aide son frère qui souffre d'une dépression
- Visite régulièrement la famille de sa sœur
- Bonne entente avec les membres de sa famille



Activités de la vie quotidienne

- **Capable d'exécuter l'ensemble des activités de la vie quotidienne et domestique**
 - Se présente très bien
 - Difficulté à refuser des tâches qu'elle ne veut pas faire
 - Difficulté à se déplacer seule le soir
 - Prend peu d'initiative et évite les responsabilités

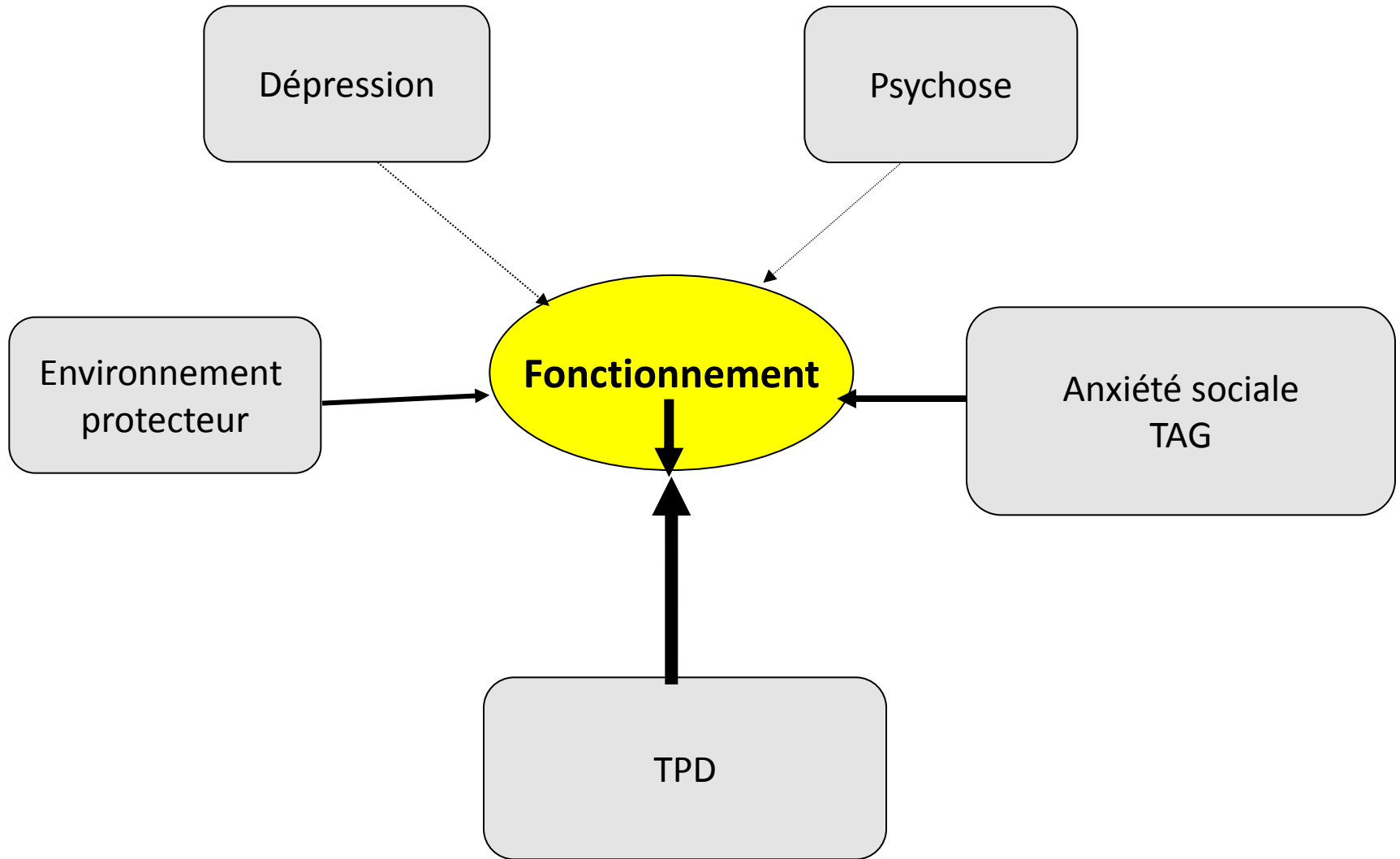
Loisirs et intérêts

- Écoute beaucoup de musique, joue du piano, va à des concerts avec son frère
- Aime peindre et écrire
- Aime les rencontres sociales
- Aime prendre soin de sa personne, magasiner (vêtements, etc.)

Études et travail

- Souhaite un retour à l'université en 2013
 - Temps plein!
 - Inquiétudes quant au financement
 - Demande d'un projet à réussir
 - Financement par le Ministère de l'Éducation
- Démarches de recherche d'emploi à temps partiel
 - Hésitante dans ses démarches avec l'Arrimage
 - Ne répond pas à leurs appels
 - Se montre difficile
 - Peur de ne pas réussir
- Peur d'être débordée

Effets sur le fonctionnement



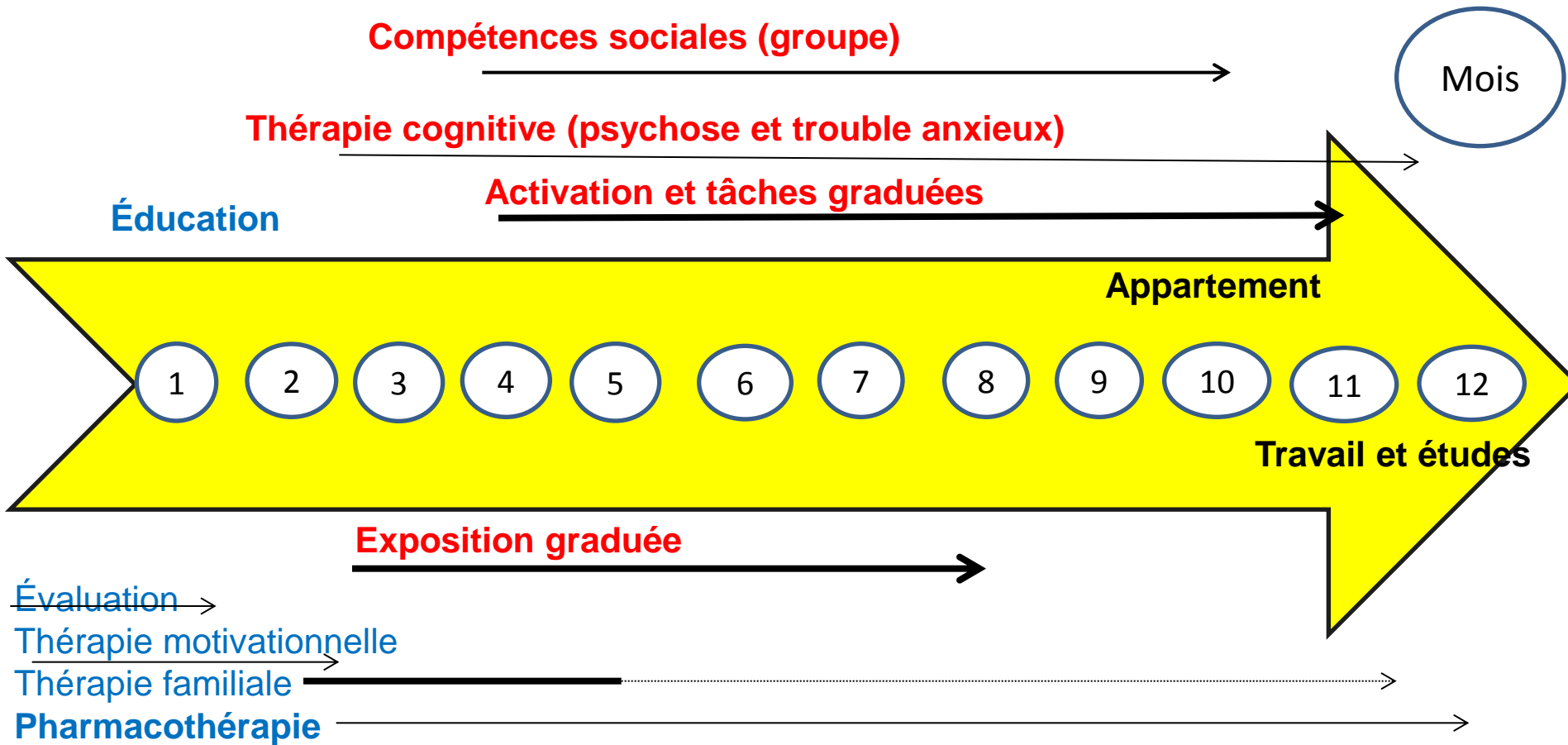
Cadre thérapeutique

- 1 rencontre par semaine avec le thérapeute désigné
- 1 rencontre de groupe par semaine
- Thérapie familiale par une travailleuse sociale ~ au 3 semaines
- 1 rencontre avec le psychiatre 1 fois par mois ou au besoin
- 1 rencontre bilan aux 3mois ~
- Foyer de groupe pour une courte période
- Problème d'harmonisation du plan d'intervention avec la ressource

Leviers thérapeutiques

- **Utilisation de ses traits de dépendance**
- **Sa peur des rechutes**
 - Psychose et dépression
- **Son désir d'être plus autonome**
 - Ambivalence
- **Son désir de s'actualiser dans des activités productives**
 - Travail et école
 - Développer ses compétences
- **Le développement de ses relations amicales et amoureuses**

Fenêtre thérapeutique d'une année



Recherches

Revue dotées de comités de pairs

- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2013). Patterns of daily time use of young adults with or without first-episode psychosis. *Occupational Therapy in Mental Health*. 9(3), 232-245.
- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2013). Transitions to adulthood in first-episode psychosis: a comparative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 162-169.
- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2013). Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders: a qualitative comparative study. *Community Mental Health Journal*, 49(5), 515-527.

Recherches

Revue dotée de comités de pairs

- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2009). Perception of community functioning in young adults with recent-onset psychosis: implications for practice. British Journal of Occupational Therapy. 72(10), 424-433.
- Rouleau, S., Saint-Jean, M., Stip, E. & **Fortier, P.** (2009). The impact of a pre-vocational program on cognition, symptoms and work Re-integration in schizophrenia. Occupational Therapy In Mental Health, 25(01).

Recherches (publications)

Revue dotées de comités de pairs

- Goulet, C., Rousseau, J. & **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2008). Factors influencing occupational competence in schizophrenia: Client and therapist perspectives. Occupational Therapy in Mental Health, 24 (1), 5-30.
- Goulet, C., Rousseau, J. & **Fortier, P.** (2007). Recension des écrits sur la perception des intervenants et des clients à l'égard de l'approche client en psychiatrie. La revue canadienne d'ergothérapie. 74(3), 172-182.
- **Fortier, P.**, Mottard, J.P., Trudel, G. & Even, S. (2003). Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in comparison group of young adults. Schizophrenia Bulletin, 29 (3), 559-572.
- **Fortier, P.**, Mottard, J.-P. & Piché, L. (2000). The influence of schizophrenia and neuroleptics on sexuality: A review. Sexuality and disability, 30, (4), 66-77.

Recherches

Revue dotée de comités de pairs

- **Fortier, P., Mottard, J.P. (2005).** Approche cognitivo-comportementale de groupe dans la prise en charge précoce de jeunes schizophrènes. In Dépistage et traitement précoces des troubles psychotiques. Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences, III (1) 55-68.

Résumés publiés

- **Fortier, P.** Données probantes et pratiques réflexives : Conference : 50e anniversaire du service d'ergothérapie du Pavillon Albert-Prévost de Montréal. Montréal, oct. 2011.
- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. Academic performance and participation of young adults with psychosis. 2011 CAOT. Conference : Occupation under the living skies. Saskatoon, June 15-19 2011.
- **Fortier, P.** Réadaptation/Rémédiation; réalités et perspectives d'avenir : Conférence: La psychose dans tous ses états. Montréal, 30 sept-1 oct. 2010.

Résumés publiés

- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders: a comparative qualitative study Early psychoses. A Lifetime Perspective International Early Psychosis Association. Amsterdam, nov. 2010.
- **Fortier, P.** (2009, Juin). Approche cognitivo-comportementale et neuroscience. 43^e congrès, Association des médecins et psychiatres du Québec. Conférence : Approche cognitivo-comportementale et neuroscience. Malbaie, Québec.
- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2008, June). Perception of the home environment in first episode psychosis. 2008 CAOT. Conference: Exploring the frontiers of occupation. Whitehorse, Yukon.

Résumés publiés

- Roy, L., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.P. (2007, July). Disability situations after a first episode of psychosis. 2007 CAOT Conference: Leading the way to healthy occupation. St John's. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Conference Program Supplement*, 1, (74), 1, Abstract S1, p. 50.
- Touré, M., **Fortier, P.**, Dutil, É. & Bottari, C. (2006, June). Un outil à connaître pour les schizophrènes : Profil des AVQ. 2006 CAOT Conference: Evidence and occupation: Building the future. Montréal.
- Goulet, C., Rousseau, J., **Fortier, P.** & Mottard, J.-P. (2006, June). Environmental Factors Influencing Occupational Competence in Schizophrenia: *Client Perspective*. 2006 CAOT Conference: Evidence and occupation: Building the future. Montréal.

Résumés publiés

- Goulet, C., Rousseau, J., **Fortier, P.**, & Mottard, J.-P. (2006, June). Personal Factors Influencing Occupational Competence in Schizophrenia: Client Perspective. 2006 *CAOT Conference*:
- Rouleau, S., Saint-Jean, M., Stip, E. & **Fortier, P.** (2005). The impact of pre-vocational rehabilitation on cognition and work reintegration in schizophrenia. Poster session présenté *au Congrès de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, Vancouver*.
- **Fortier, P.**, Mottard, J.P. & Trudel, G. (2004, September). *Sexuality-related characteristics in young adults treated with novel neuroleptics*. Poster session presented in the 4th International Conference on Early Psychosis Translating the Evidence, Vancouver.
- **Fortier, P.**, Mottard, J.P., Trudel, G. (2002, September). Comparative study of sexuality in young adults. Poster session presented in the World Congress of Psychiatry, Copenhagen.

Colloques PAP

- Membre du comité organisateur du colloque « **La psychose dans tous ses états**. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2010.
- Membre du comité organisateur de colloques : **Réadaptation ou réhabilitation des personnes schizophrènes** .Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2006.
- Membre du comité organisateur de colloques: **Premiers épisodes psychotiques**. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2001.

Enseignements universitaires

Pierre Fortier

- Depuis 2008
 - Psy - 9233 Approche cognitivo-comportementale dans le traitement de la psychose et de la schizophrénie. Université du Québec à Montréal; Département de psychologie.
- Depuis 2006
 - Ert - 6083A Séminaire thématique en ergothérapie: Approche cognitivo-comportementale. Université de Montréal; Programme d'ergothérapie

Enseignement universitaire

D^{re} Sansfaçon

Supervision d'externes intégrés à l'équipe

Supervision de résidents intégrés à l'équipe

Cours UdeM: Psychopharmacologie (antipsychotiques) R1

Formation dans divers départements de psychiatrie

Programme d'Intervention Individuelle et de Groupe Multimodal (PIIGM)

- 2003-2004 - Hôpital de Chicoutimi
- 2005-2006 - Centre hospitalier régional De Lanaudière
- 2006- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- 2006- Hôpital du Sacré-Cœur (centre de psychothérapie)
- 2007- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- 2007-2008 – Centre hospitalier Pierre-Janet
- 2008-2009 - Hôpital Charles-Lemoyne
- 2010- Hôpital Montfort
- 2011 - Le Centre Hospitalier Restigouche Campbellton

Formateur et superviseur clinique en interventions pour une clientèle présentant des troubles sévères et persistants

- 2012 à 2014 - CSSS Jeanne-Mance; CLSC des Faubourgs
 - Équipe de première ligne en santé mentale
- 2006 à 2009 - CSSS Ahuntsic de Montréal
- Équipes de première et deuxième ligne en santé mentale
- 2006 à 2009 - CSSS Haut-Richelieu-Rouville
- Équipes de première et deuxième ligne en santé mentale
- 2004 à 2010 - CSSS Jardins-Roussillon
- Équipe de deuxième ligne en santé mentale de St-Constant