

8 et 9 juin 2023 - Montréal  
**Colloque en TGC**

**Cahier du participant**



**D3**

**La psychothérapie en contexte  
d'interdisciplinarité : un outil au  
service du plan de traitement pour  
la personne en situation de TGC**

**CISSS des Laurentides  
et SQETGC**

**SQETGC**

Service québécois d'expertise  
en troubles graves du comportement

**Québec** 



LE **CISS** DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

**SQE**  
**TGC**

## LA PSYCHOTHÉRAPIE EN CONTEXTE D'INTERDISCIPLINARITÉ : UN OUTIL AU SERVICE DU PLAN DE TRAITEMENT POUR LA PERSONNE EN SITUATION DE TGC

Mélissa Moscato, psychologue, CISS des Laurentides

Sophie Méthot, psychologue, CISS des Laurentides

Rebecca Beaulieu-Bergeron, psychologue et conseillère en TGC, SQETGC

Québec 

LE **CISS** DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

### Contexte de cet atelier

Propose de mettre en lumière les conditions favorisant le plein de potentiel de réadaptation autour d'une personne en situation de TGC. Dans les dernières années, les 2 premières conférencières ont ouvert une offre de service en psychothérapie dans leur établissement. Cette nouvelle offre de service a permis de réfléchir sur les différents rôles et le travail interdisciplinaire. Afin de maximiser l'effet d'une thérapie, les différents intervenants sont précieux au succès thérapeutique. La 3ème conférencière apportera une vision complémentaire, riche de ses expériences passées.

Québec 

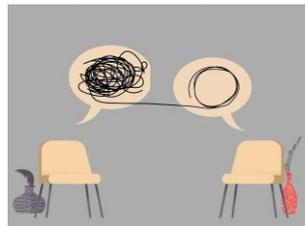
## Plan

- Ce qu'est la psychothérapie
- Le lien avec l'AIMM
- Ce que la littérature nous dit
- En quoi elle peut être utile à la personne autiste ou présentant une DI
- Adaptations nécessaires pour améliorer l'impact de la psychothérapie pour cette clientèle
- Limites à la psychothérapie pour cette clientèle
- Comment organiser le travail interdisciplinaire?
- Rôle de l'intervenant et celui des proches
- Comment conjuguer enjeux de confidentialité et besoin de généraliser les acquis?

## Qu'est-ce que la psychothérapie

- Traitement psychologique pour un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance/détresse psychologique
- **But:** favoriser des changements dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé

Site internet de l'Ordre des psychologues du Québec



## Ce que n'est pas la psychothérapie

- Une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils
- Rencontre d'accompagnement
- Intervention de soutien
- Intervention conjugale et familiale
- Éducation psychologique
- Réadaptation
- Suivi clinique
- Coaching
- Intervention de crise

Mais ces interventions  
demeurent  
thérapeutiques, et font  
partie de la  
psychothérapie!

Site internet de l'Ordre des psychologues du Québec

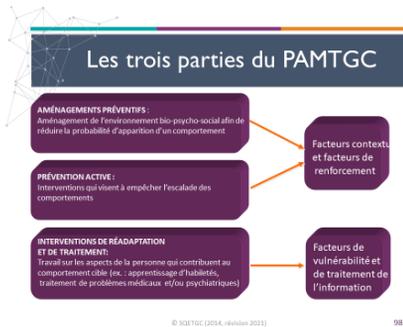
## Le lien avec le plan de traitement dans l'AIMM...

- Sans les interventions de réadaptation/traitement, on ne s'en sort jamais!
- Comment dire...C'EST ESSENTIEL!!!
- Moyen incontournable d'obtenir un changement de cpt durable
- Moyen incontournable de favoriser l'autodétermination /QV
- Moyen indispensable lorsque confronté à des situations de traumatismes, de problèmes de santé physique, de distorsions cognitives
- Plan d'action pour planifier nos interventions
- Permet de cibler nos indicateurs de succès (rend l'évaluation de l'efficacité des interventions plus facile)
- Permet la concertation vers un but commun / cohérence
- Est légalement prescrit par la Loi

Tiré de la formation AIMM - SQETGC

## Le lien avec l'AIMM...

- La psychothérapie devrait donc faire partie des stratégies d'un programme rigoureux visant à traiter les vulnérabilités au plan psychologique (troubles mentaux, mais aussi caractéristiques psychologiques et habiletés déficitaires)



## Caractéristiques de santé

	FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ • Caractéristiques cognitives • Déficits d'apprentissage	FACTEURS CONTEXTUELS • Situation sociale • Déficit de soutien	TRAIEMENT DE L'ENVIRONNEMENT • Intervention dans l'environnement	TCC/TC	FACTEURS DE RENFORCEMENT • Apprentissage • Renforcement
<b>COMPÉTENCES EXTERNES</b>	Environnement physique • Sécurité • Accessibilité • Confort				
	Environnement social • Soutien social				
	Environnement culturel • Valeurs • Normes				
<b>COMPÉTENCES INTERNES</b>	Capacités cognitives • Attention • Mémoire • Langage • Perception • Apprentissage				
	État émotionnel • Anxiété • Dépression • Stress				
	État physique • Santé • Maladies				
	État social • Isolement • Stigmatisation				
	État éducatif • Niveau d'éducation • Compétences				
	État professionnel • Niveau de formation • Expérience				
	État financier • Revenu • Épargne				
	État juridique • Statut • Droits				

Traiter les maladies ou en réduire l'impact

## Ce que la littérature nous dit...

Pour les personnes autistes ou présentant une DI, certaines **caractéristiques cognitives** doivent être prises en compte (Héroux, 2011)

- Lenteur ou retard de développement et moindre efficacité des processus de traitement de base de l'information
- Base de connaissance pauvre et mal organisée
- Difficultés de transfert et généralisation
- Plus grand risque de surcharge cognitive, d'être submergé par l'information
- Capacité limitée d'abstraction et tendance à raisonner presque exclusivement en fonction de leurs réalités concrètes

Mais aussi **caractéristiques non cognitives** :

- Faible motivation ou orientation spécifique de la motivation
- Faible estime de soi
- Certitude anticipée de l'échec et système adapté d'attribution des échecs
- Faiblesse du degré d'exigence
- Pauvreté des investissements
- Absence ou inadéquation du scénario de vie



## Ce que la littérature nous dit...

### Tendance à l'acquiescement... beaucoup plus probable lorsque :

- Incompréhension
- Ambiguïté de l'information
- La personne est incertaine de certains détails
- Ne connaît pas la réponse
- Degré de sévérité du handicap, compétences conversationnelles, facteurs de personnalité, désirabilité sociale, soumission, suggestibilité, désir de se conformer et certains aspects contextuels peuvent aussi être associés à cette tendance à dire accepter/dire oui

Héroux, Julien-Gauthier et Morin, 2011; Finlay et Lyons, 2002; Sigelman et al, 1982; Gudjonsson & Gunn, 1982.

## Ce que la littérature nous dit...

Butz et al. (2000) - analyse de 30 ans de littérature sur psychothérapie pour les personnes autistes ou présentant une DI

- Peu d'études rigoureuses, ce qui a contribué à la perception que cette clientèle ne pouvait pas bénéficier de psychothérapie
- Dénote enjeux importants de masquage diagnostique, menant à la non-reconnaissance de troubles mentaux chez cette clientèle
- Dénote la "dichotomisation" des services pour personnes autistes ou présentant une DI et ceux en santé mentale, générant barrières supplémentaires d'accès à la psychothérapie

## Ce que la littérature nous dit...

Selon Langdon (2020), risque très accru de problème de santé mentale chez les usagers, estimé jusqu'à 50%

- **Raisons:** facteurs sociaux (événements de vie, facteurs liés à la famille et au développement, SSE pauvre...), prédispositions génétiques ou vulnérabilités biologiques, etc.
- Malgré ce risque accru, la majorité des personnes autistes ou présentant une DI se sont vu refuser psychothérapie, associé à un dédain thérapeutique de longue date envers cette clientèle
- Reflet des attitudes sociétales plus larges, illustré par la conviction que les personnes autistes ou présentant une DI étaient incapables de bénéficier de thérapies psychologiques "par la parole"

## Ce que la littérature nous dit...

- Le fait même d'être une personne autiste ou présentant une DI peut être perçu de façon traumatique par la personne (Martorell et Tsakanikos, 2008)
- Risque accru d'expériences d'invalidation lié à histoires d'abus et d'institutionnalisation (ex., Lew et Matta, 2006)

## Ce que la littérature nous dit...

### Prérequis rapportés pour bénéficier de la psychothérapie:

- Certaines habiletés de médiation cognitive
- Discrimination entre les différents états émotionnels
- Habiletés de raisonnement verbal
- Et un atout... histoire de relations significatives, habileté à être en lien avec le thérapeute, habiletés à décrire ses symptômes, être motivé... puisqu'elles prédisent de meilleurs résultats thérapeutiques
- L'habileté à discriminer entre pensées, émotions et comportements, lorsqu'enseignée avant le début de la thérapie, améliore significativement les retombées de la psychothérapie

Langdon et al, 2020

## Ce que la littérature nous dit...

Safran et al (1993) suggèrent comme **critères préalables** (étude sur population non-autiste et ne présentant pas de DI):

- Accès aux pensées automatiques
- Acceptation de la responsabilité personnelle pour changer (actif plutôt que passif)
- Compatibilité avec le rationnel cognitif (relation entre pensées et émotions, tester les attentes, devoirs, etc.)
- Chronicité des problèmes
- Opérations de sécurité (valider s'il y a utilisation de processus de traitement de l'info sur un mode défensif visant à réduire l'anxiété, qui peuvent interférer au processus de thérapie à court terme)
- Capacité à maintenir son focus sur le problème pendant la thérapie

## Ce que la littérature nous dit...

**Psychothérapie conventionnelle implique diverses habiletés cognitives** (Flynn, 2012):

- Langage et communication
- Mémoire
- Raisonnement abstrait
- Littératie de base
- La simple tâche de se présenter au bon endroit/bon moment peut être un défi important!

Selon Taylor et al (2008):

- QI dans le registre limite ou DIL + psychothérapie avec intensité et individualisation = meilleure réponse au traitement

Dagnan et al. (2009):

- **Proposent tests préalables:** Picture Vocabulary Scale (langage réceptif), tâches de reconnaissance d'émotions avec images, test d'habiletés pour faire le lien entre événement et émotion, et une tâche pour faire le lien entre pensées et événements.

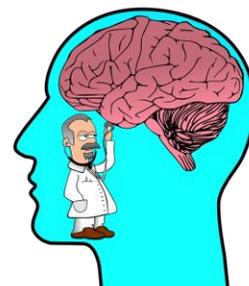
## Ce que la littérature nous dit...

- Études publiées sur l'efficacité de la psychothérapie auprès des personnes autistes ou présentant une DI = généralement des effets de traitement au moins modérés
- Enfants et adultes semblent bénéficier de la psychothérapie, et pour une variété de conditions, tant en thérapie individuelle que de groupe
- Les thérapies utilisant un modèle davantage comportemental, des interventions au plan cognitif, et interventions plus orientées sur l'affect, ont démontré un bon degré d'efficacité

Vereenooghe & Langdon, 2013; Prout et Browning, 2011.

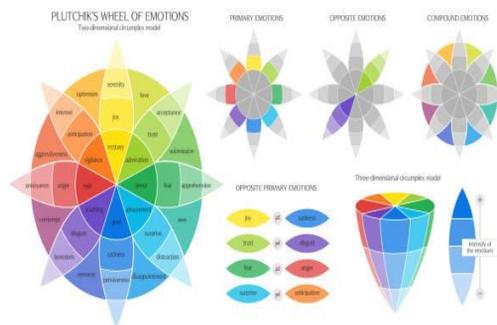
## Problématiques répondant généralement bien à la psychothérapie pour les personnes autistes ou présentant une DI (liste non exhaustive!)

- Émotions difficiles telles que la honte (important facteur prédisposant à la détresse psychologique - Clapton et al, 2017)
- Colère, agressivité (ex., Taylor et al, 2005)
- Anxiété, troubles anxieux, dépression (ex., Unwin et al., 2016; Tomic et al., 2011)
- Gestion du stress (ex., Robertson, 2011)
- Toxicomanie / consommation (ex., Lotte et al., 2021)
- Deuils (ex., Blackman, 2011)
- Acceptation / compréhension du diagnostic (Ex., Byrne & O'Mahony, 2020)
- Estime de soi (ex., Bouvet & Coulet, 2016)
- Troubles de personnalité et dysrégulation (ex., Lew et Matta, 2006)
- Traumas (ex., Lemmon & Mizes, 2002)
- Problèmes interpersonnels (ex. Byrne & O'Mahony, 2020)
- Troubles /difficultés au plan sexo (Ex., Rose et al.; 2002)
- Etc.



## Différentes approches utilisées

- **Orientation psychodynamique-analytique** (Freud)
  - Psychanalyse
  - Psychodynamique
- **Orientation existentielle-humaniste** (Rogers)
  - Analyse transactionnelle
  - Gestalt
  - Approche centrée sur la personne
- **Orientation cognitive-comportementale** (Skinner, Beck)
  - Thérapie d'exposition
  - Thérapie basée sur la pleine conscience
  - Thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT)
  - Thérapie comportementale dialectique (DBT)
  - Thérapie métacognitive
  - Activation comportementale
- **Orientation systémique-interactionnelle** (Bateson, Jackson, Haley, Milton Erickson)
  - Thérapie brève
  - Approche centrée sur la résolution de problème



## Certaines techniques utilisées



## Sur les adaptations nécessaires

Selon Unwin et al. (2016), il est **important (et plus efficace) de:**

- Impliquer les proches pour améliorer le maintien à long terme des effets et renforcer les stratégies apprises. *Mais considérer enjeux de confidentialité, caractère optionnel, volontariat de l'utilisateur*
- Privilégier une approche systémique pour inclure les intervenants, professionnels et la famille, ce qui peut améliorer la perception du personnel et des proches
- Proposer des « booster sessions » pour maintien des effets
- Importance de la relation thérapeutique = plus grand impact pour les personnes autistes ou présentant une DI que pour la population générale, à cause d'expériences sociales limitées
- Thérapie de groupe pourrait être plus appropriées pour les individus autistes ou présentant une DI qui vivent souvent isolement, discrimination, stigma ou ont peu d'opportunités pour développer des relations étroites
- Adresser la question du soutien social et des contacts comme parties intégrantes de la thérapie

## Sur les adaptations nécessaires

Whitehouse et al (2006) suggèrent les **adaptations suivantes**:

- Simplification des techniques (moins complexes, plus petits morceaux, sessions plus courtes)
- Modifier le langage (plus concret, simple, phrases plus courtes...)
- Utiliser davantage d'activités (devoirs, dessins...), et davantage de matériel (ex., jeux) tenant compte du niveau développemental
- Faire preuve de flexibilité (s'ajuster au niveau développemental)
- Adopter des limites claires et solides pour se prémunir contre les risque accrus de transfert/contretransfert et les risque d'attachement
- S'adresser aux aspects liés au handicap lui-même (ex., connaissance et deuil face diagnostic, supporter une vision personnelle positive, etc.)



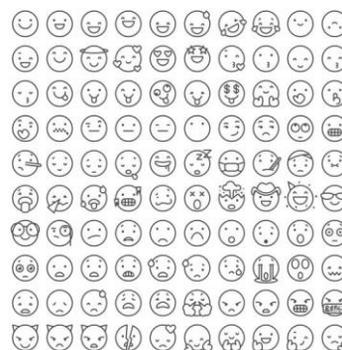
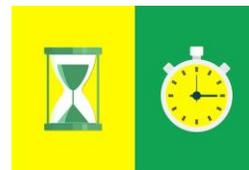
## Sur les adaptations nécessaires

Hurley et al. (1998)

- Pour plusieurs, adopter un style un peu plus directif, en illustrant clairement les objectifs de traitement, les progrès et en utilisant des soutiens visuels
- Toutefois... mention que les personnes autistes ou présentant une DI demeurent un groupe très hétérogène, et que les interventions doivent être réfléchies de façon personnalisée

## Exemples de nos adaptations

- Durée rencontres qui est loin d'être juste 50 minutes (on s'adapte!)
- Utilisation des soutiens visuels et du langage conceptuel SACCADE
- Pausés sensorielles, certains en salle Snoezelen, massages, etc.
- Davantage de structure (ex., avec time timer, sablier, horaire détaillé, structure semblable d'une rencontre à l'autre, etc.)
- Lieu adapté et parfois inusité pour exposition sociale /désensibilisation /traitement d'un TOC (ex: marche, café, salle de bain, insectarium, etc.), mais avec toujours une intention de traitement derrière
- Premières rencontres... on valide les connaissances au plan émotionnel (trop souvent, on prend pour acquis que maîtrisé)



## Limites/difficultés de la psychothérapie dans notre programme

- La difficulté reliée au double rôle psychologue consultant / psychothérapeute
  - Risque de biaiser le plan de traitement
  - Risque d'influencer notre jugement sur l'usager
  - Plus grand risque de contretransfert de l'équipe, parfois difficile à éviter

*\*\*Le psychologue doit se demander s'il porte préjudice à l'usager en participant aux rencontres de suivi/monitoring avec l'équipe, ou au contraire ça l'aide, même en ayant obtenu le consentement de celui-ci*

*\*\*Doit porter attention à sa neutralité et la décision d'y participer ou non revient au psychologue*

## Notre processus...



## Validation des critères/préalables

- Capable de s'exprimer verbalement, soutenir une conversation de 30 minutes, être en mesure de se déplacer à un point de service
- Niveau de fonctionnement intellectuel minimal se situant au niveau de la DIL
- Souhaite s'investir dans cette démarche. Sa volonté a été sondée, son consentement validé, ainsi que sa compréhension de l'objectif
- La personne est perçue comme « mûre » pour un tel suivi
- A été informée qu'il pourrait y avoir attente avant prise en charge
- La personne sera amenée à clarifier ses attentes avec le psychologue
- Le système entourant l'usager est disponible pour le soutenir dans l'atteinte de ses objectifs (intervenants, proches, personnel de la ressource, ...)
- L'implication de l'équipe est essentielle afin d'assurer les suivis nécessaires, la mise en pratique des acquis faits en rencontre, pour toute la durée de la psychothérapie. Le psychologue ne peut être le seul intervenant impliqué

\*\*Noter qu'une fois assigné au dossier à titre de psychothérapeute, ce professionnel ne peut plus être interpellé en soutien à l'équipe, afin d'éviter toute situation de double-rôle de sa part

\*\*Pour le moment, le service n'est pas offert en DP

### Planification

LE CISSS DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

#### Démarches préalables demandées

- La psychothérapie ne se limite pas aux personnes ayant un TGC et pourrait être offerte à des personnes ayant d'autres types de difficultés. Toutefois, étant donné la rareté des ressources psychologiques, il est important qu'un travail éducatif ou psychoéducatif ait été effectué avant d'arriver à une demande
- Documentation des tentatives d'interventions éducatives, psychoéducatives et thérapeutiques, impacts respectifs
- Si difficultés comportementales, avoir effectué une analyse fonctionnelle ou multimodale du comportement
- Pré-évaluation des connaissances au plan des émotions

\*\*Le cadre de la psychothérapie, les objectifs, et la fréquence des rencontres sont discutées conjointement avec l'utilisateur. Le suivi en psychothérapie doit toujours faire l'objet d'un objectif au PI, ou s'insérer dans les moyens associés à un objectif existant. S'il y a un plan d'action multimodal, le suivi s'inscrit dans le plan de traitement

Québec 

### Début de suivi

LE CISSS DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

- Information offerte et discutée sur ce que vise la psychothérapie, le cadre de la psychothérapie et nos approches
- Entente sur la durée des rencontres, leur fréquence, la durée de services et l'endroit où se déroulent les interventions, l'objectif de la psychothérapie
- Explication du droit à la confidentialité, secret professionnel et les situations où nous sommes obligées de nous soustraire de cette obligation
- Base volontaire, et qui nécessite une responsabilisation / mobilisation
- Retour sur le consentement, signature du formulaire de consentement et possibilité de mettre fin à ce consentement en tout temps
- Entente de suivi parfois mis en place pour certains types d'utilisateurs avec les engagements du psychologue et ceux de l'utilisateur, modalité d'annulation de rendez-vous, gestion des appels, gestion des urgences

Québec 

### Fin de suivi / pause



- Atteinte des objectifs
- Lorsque le psychologue évalue qu'il ne peut plus aider / usager ne semble plus bénéficier de la psychothérapie proposée
- Non-conformité aux règles établies
- L'usager décide de mettre un terme de sa propre initiative
- Référence à un autre professionnel en relation d'aide estimé plus approprié
- "Pauses" de suivi, permettent de mettre en application certains acquis, d'éviter la dépendance envers le psychologue, de responsabilisation de l'usager et l'équipe, de respecter certains enjeux de contexte, etc.
- Souvent, on vise diminution de la fréquence des rencontres vers la fin de suivi
- Souvent, rencontres "au besoin" pour une période d'environ 3 mois suivant la dernière rencontre

## Psychothérapie et interdisciplinarité

### Ce qui maximise le potentiel du succès thérapeutique:

- Lorsque la psychothérapie s'inscrit dans un service complémentaire aux interventions de l'équipe
- Lorsque le psychologue prend le temps d'expliquer la psychothérapie et les règles entourant celle-ci et répond aux questions, inquiétudes, enjeux, et y revient aussi souvent que nécessaire
- Lorsque le psychologue communique son plan de traitement avec l'accord de l'usager (pour que l'équipe sache où on s'en va et qu'on soit cohérent). *Ex: si on travaille la responsabilisation, que ce soit le client directement qui nous appelle pour annuler plutôt que la ressource*
- Lorsque l'usager accepte que l'intervenant se joigne à la rencontre où à la fin. Que celui-ci décide de ce qui sera dit et qu'il le fasse par lui-même. Faire un résumé aide au niveau de la mémoire. Ce bout de rencontre avec l'intervenant aide à la cohérence et à la généralisation des moyens

## Rôle de l'intervenant, et celui des proches

### Facilitateurs de succès:

- L'importance du message envoyé par ceux-ci à l'utilisateur: Ex: Aller travailler en psychothérapie, pas juste aller jaser. Avoir une attitude d'ouverture envers la psychothérapie
- Nous informer des répercussions ou de l'indisponibilité du client suite à nos rencontres. L'importance de le savoir rapidement pour réajuster!
- Nous faire un partage d'information, mais ne pas s'attendre à un retour de notre part en comprenant les règles de confidentialité. Ex: "Je veux t'aviser de... avant ta prochaine rencontre avec l'utilisateur"
- Faire confiance au thérapeute pour les ajustements, adaptations nécessaires et plan thérapeutique pour chaque utilisateur
- Assurer la logistique autour des rencontres: déplacement, rappels des rencontres et des trucs à apporter, etc.

### Ce qui peut nuire au succès:

- Nous demander si l'utilisateur nous a parlé de telle ou telle chose. Ex: "Dans ta rencontre, est-ce qu'elle t'a parlé de sa méga crise d'il y a 2 jours?"
- Oublier que c'est une décision à 2 entre le client et le thérapeute de ce qui sera traité, malgré les autres priorités que l'équipe pourrait voir
- S'attendre à des résultats rapides et faciles avec la psychothérapie

## Au sujet de la confidentialité

- Les personnes autistes ou présentant une DI vivent leur vie dans des systèmes sociaux peu usuels (ex., RI), qui sont affectés par leurs comportements, et ces systèmes affectent en retour leurs comportements. Pour plusieurs, ce processus réciproque joue un rôle important dans l'apparition et le maintien de problèmes comportementaux et émotionnels (Flynn, 2012)
- De façon non surprenante, une des plus importantes modifications à la psychothérapie implique de trouver des façons d'inclure les autres personnes significatives dans le processus de traitement



## Secret professionnel



**Rappel** : Il n'est pas permis de communiquer une information confidentielle reçue d'un bénéficiaire, d'un patient ou d'un client sans son consentement

La loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité:

*" Un professionnel ou un organisme public ou privé **peut** communiquer un renseignement protégé par le **secret professionnel** ou la confidentialité **en vue de prévenir** un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un **motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable** et que la nature de la menace inspire un **sentiment d'urgence**. »* Publications Québec. I-6.3.

## La levée du secret professionnel: Précisions

- **Risque sérieux de mort ou de blessure dont la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence** : Ce sentiment d'urgence peut se rapporter à un moment quelconque dans l'avenir. Selon la gravité et la clarté de la menace, il ne sera pas toujours nécessaire qu'un délai précis soit fixé. (Cour suprême du Canada dans Smith C. Jones, paragraphe 84 du jugement).
- **Blessure graves** : Toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable.
- **Personne ou un groupe de personnes identifiables** : Il n'est pas nécessaire que les personnes en danger soient clairement identifiées (ex. travailleuses du sexe, enfants, femmes, etc.).

## Loi concernant le secret professionnel

### Exemples de lois où cette disposition est prévue :

- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (Chapitre A-2.1)
- Le Code des professions (Chapitre C-26)
- La loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001)
- Loi sur la protection sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1)
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

## À VOUS LA PAROLE!

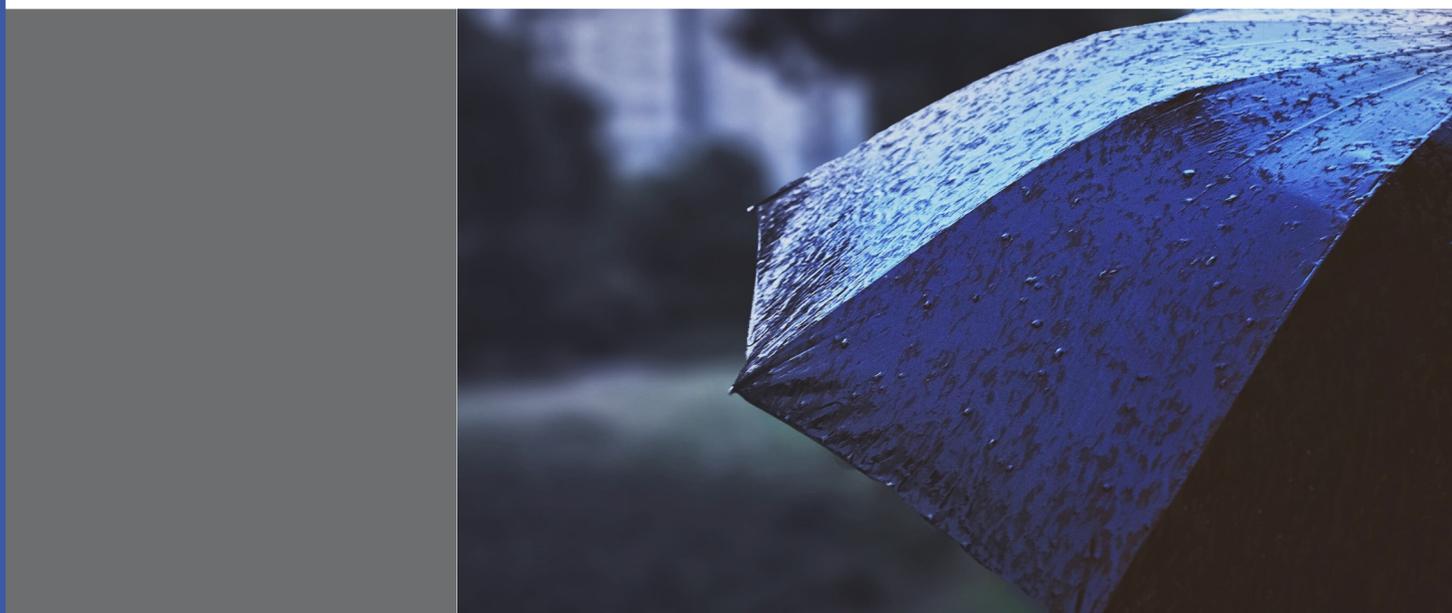
Questions des participants



# Colloque en TGC 2023

## Braver l'adversité

[www.sqetgc.org/colloque2023](http://www.sqetgc.org/colloque2023)



**SQETGC | CIUSSS MCQ**  
2021, avenue Union, Bureau 870  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2090 - [www.sqetgc.org](http://www.sqetgc.org)

# SQETGC

Service québécois d'expertise  
en troubles graves du comportement

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec*

Québec 