



# BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

## Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

## Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.



DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

LA PSYCHOÉDUCATION DANS UN CONTEXTE D'INTERVENTION TRAUMATIQUE  
CHEZ L'ADOLESCENT : ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX ET CONFLITS  
INTÉRIORISÉS.

RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3158)

PAR  
MATHIEU POIRIER

DÉCEMBRE 2021



DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

LA PSYCHOÉDUCATION DANS UN CONTEXTE D'INTERVENTION TRAUMATIQUE  
CHEZ L'ADOLESCENT : ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX ET CONFLITS  
INTÉRIORISÉS.

RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3158)

PAR

MATHIEU POIRIER

TRAVAIL DIRIGÉ PAR

KATIA QUINCHON, PH. D  
PROFESSEURE EN PSYCHOÉDUCATION

Accepté le :

## TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION .....	4
2. DÉVELOPPEMENT .....	9
<b>2.1 Le développement de l'identité chez l'adolescent</b> .....	<b>9</b>
<i>2.1.1 Les cognitions</i> .....	11
<i>2.1.2 Les comportements</i> .....	11
<i>2.1.3 Les affects</i> .....	12
<b>2.2 Entre conflit intériorisé et trauma - Une question de répétition. Perspective psychodynamique.</b> .....	<b>13</b>
<i>2.2.1 Le conflit intériorisé</i> .....	13
<i>2.2.2 Le trauma et la question de la répétition</i> .....	14
<b>2.3 L'intervention et l'évaluation</b> .....	<b>16</b>
<i>2.3.1 L'intervention psychoéducative</i> .....	16
<i>2.3.2 L'intervention en situation de trauma</i> .....	17
<b>2.4 Réflexion sur la problématique</b> .....	<b>22</b>
3. CONCLUSION .....	32
RÉFÉRENCES .....	35

## 1. INTRODUCTION

C'est durant la première année de vie et durant l'adolescence que se vit la plus rapide métamorphose de l'organisme (Cloutier et Drapeau, 2008). Considérant cette période de grandes transformations sur le plan cognitif, comportemental et affectif, des « [...] changements internes (puberté, maturation cérébrale) et externes (attentes sociales, opportunités et nouvelles sollicitations de l'environnement proche) sont observés chez les adolescents les obligeant à réorganiser ses modes de fonctionnements psychologiques et comportementaux » (Bariaud, 2012, p.6). Pour ce faire, il leur faut abandonner progressivement les modalités de l'enfance pour acquérir celles qui leur permettront d'entrer dans la vie adulte (Bariaud, 2012). Toutefois, durant ce processus identitaire se jouent des enjeux sur le plan des cognitions, des comportements, des émotions ainsi que des réactions physiologiques ou biologiques pouvant donner lieu à des difficultés et notamment à des comportements inadaptés (Douville et Bergeron, 2018). Ces derniers se manifestent notamment dans le milieu familial, scolaire ou social sous différentes formes : (a) conflits relationnels, (b) impulsivité, (c) comportements agressifs, (d) anxiété, (e) dépression, (f) idéation suicidaire, (g) vol, (h) bris d'objets, (i) opposition, (j) difficultés ou abandon scolaires, (k) manque d'initiatives et d'autonomie, (l) dépendance à l'alcool ou aux drogues ou aux jeux, (m) inhibition sociale et (n) isolement (Cloutier et Drapeau, 2008). Défini comme « le symptôme d'un dysfonctionnement interne lié à un conflit antérieur intériorisé » selon l'approche psychodynamique (Caron, 2002, p.228), le comportement problématique renvoie à la question de l'expérience traumatique comme facteur possible aux difficultés adaptatives (Côté, Leblanc, 2018). Or si la manifestation demeure observable, l'expérience traumatique, en elle-même, n'est souvent pas visible à l'œil humain et demande de tenir compte de plusieurs éléments pour la détecter ou pour permettre à la personne de la découvrir. En ce sens, l'adolescent qui présente des comportements inadaptés pourrait vivre ou avoir vécu une ou plusieurs expériences traumatiques. D'ailleurs, plusieurs centres spécialisés et des professionnels dans le domaine ont démontré le besoin de reconnaître dans l'histoire du jeune les expériences vécues qui pourraient avoir un impact sur ses comportements ou sur son adaptation actuels (Collin-Vézina et Milne, 2014). De fait, selon Baker et coll. (2006 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014), les multiples expériences traumatiques entraînent des perturbations émotionnelles et comportementales graves qui se manifestent par « [...] des déficits sur le plan de l'attachement, de la régulation des affects et du développement de compétences » (p.217). Pour illustrer la réalité de ce phénomène, Griffin

et ses collègues (2011 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014) ont mené « une étude avec plus de 14 000 enfants âgés entre 0-17 an en situation de placement, afin d'évaluer leurs expériences traumatiques, les symptômes liés au traumatisme, et la relation entre leurs expériences et leurs symptômes » (p.216). Les résultats ont démontré que 75% de ces jeunes avaient vécu un événement traumatisant et que plus d'un quart avaient des symptômes traumatiques de niveau clinique (Collin-Vézina et Milne, 2014, p.216). Dans une autre étude québécoise menée auprès de 53 adolescents et adolescentes de 14-17 ans provenant de six (6) unités de réadaptation en Centre Jeunesse, *plus de la moitié* rapportaient de 4 à 5 formes de traumatisme sur cinq, selon cette liste : (a) agression sexuelle, (b) négligence émotionnelle, (c) maltraitance physique, (d) violence psychologique et (e) négligence physique (Collin-Vézina et coll., 2011 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014). Cependant, une minorité parmi ceux-ci était prise en charge pour leurs expériences traumatiques, « [...] soit 83% étaient placés pour des problèmes de comportements et non des expériences de maltraitance » (Milne et Collin-Vézina, sous presse : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014, p.216).

Les comportements déviants et inadaptés qui ont mené au placement de certains jeunes en Centre de réadaptation et qui « [...] pourraient ainsi être interprétés comme des adaptations dysfonctionnelles liées à des expériences traumatiques et, par conséquent, être le reflet ou le symptôme d'enjeux plus profonds qui se doivent d'être investigués et traités » (Runtz et Brière, 1986; Singer et coll., 1995 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014, p.217). À la différence de la « [...] tendance contemporaine, accentuée par l'influence nord-américaine des diagnostics statistiques, [qui] tend à confondre le traumatisme avec l'événement lui-même, l'incluant dans la définition du syndrome de stress post-traumatique [...] » (Piret, 2011, p.3), Bokanowski (2015) considère que le traumatisme s'inscrit dans ce qui est manquant et non sur ce qui s'est passé réellement. La fonction de membrane pare-excitante, introduite par Freud, « [...] non seulement protège l'appareil psychique par leur amortissement des excitations en provenance de l'extérieur, mais permet aussi un travail psychique, un emmagasinement des quantités pulsionnelles » (Smolak et Brunet, 2017, p.104). Le trauma est ainsi compris comme une rupture de la barrière de défense due à un manque de préparation de l'appareil psychique : « [...] celui-ci n'arrivant pas à gérer un phénomène quantitativement trop important » (Smolak et Brunet, 2017, p.104), « [...] un trop-plein, un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité

de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis, 1967 : cité dans Smolak et Brunet, 2017, p.104).

Reprenant la notion de trauma introduit par Freud et « [...] la description des effets sur la psyché d'une quantité d'excitation sexuelle vécue trop prématurément par l'enfant » (Smolak et Brunet, 2017, p.106), Ferenczi adjoint à la position la notion du rôle de « [...] l'objet réel, notamment en soulignant les effets du déni ou de la disqualification de la souffrance traumatique de l'individu » (Smolak et Brunet, 2017, p.106). Dans *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant* (1925), l'auteur élabore une théorie complexe, « [...] qui conduit à considérer les effets, dans la réalité, des réponses précoces de l'objet, lesquelles deviennent aliénantes pour le sujet lorsqu'elles impliquent sa disqualification par l'objet » (Bokanowski, 2012, p.7). Ferenczi reformule par ses hypothèses le « [...] rapport de séduction lié au rôle que l'objet a pu jouer du fait de ses réponses inadéquates sur le psychisme du sujet » (Bokanowski, 2012, p.32).

« Après Freud, des auteurs, tels que Ferenczi (1932) en sont venus à affirmer une participation nécessaire de l'objet à l'origine du trauma. Balint (1969), par exemple, place l'objet traumatogène au centre de sa proposition [...] » (Hartke, 2005, p.2). Balint explique le rôle de l'objet dans une structure possible d'expérience traumatique chez le sujet : « l'adulte fait à l'enfant quelque chose de très excitant, menaçant ou douloureux, et l'adulte refuse à l'enfant la reconnaissance, la compréhension et le confort par rapport à ce qui s'est produit dans la phase précédente » (1969: cité dans Hartke, 2005, p.2). Comme l'exemple l'illustre, l'objet n'a pas assuré la protection du sujet en accomplissant adéquatement son rôle qui est de réduire ou de diminuer les excitations externes et donc de servir de pare-excitation. Par ailleurs, Winnicott (1965) souligne des concepts de trauma dans un cadre relationnel et affirme que cette expérience est un échec relatif à la dépendance (Hartke, 2005, p.2). Le trauma est ce qui « [...] rompt l'idéalisation d'un objet par la haine de l'individu, en réaction à l'échec de cet objet dans l'accomplissement de sa fonction » (Winnicott, 1965: cité dans Hartke, 2005, p.2).

Les manifestations traumatiques demeurent diverses ainsi que les besoins complexes à observer et à évaluer. Il est aussi notable de mentionner que cette expérience vécue n'aura pas le même effet sur chaque personne et n'occasionnera pas les mêmes impacts (Smolak et Brunet, 2017).

Les adolescents ayant vécus une possible expérience traumatique sont confrontés à des difficultés à établir de bonnes relations de confiance, de bien gérer leurs émotions et à développer des

compétences qui pourtant sont essentielles pour s'adapter aux nouveaux enjeux développementaux (Baker et coll., 2006 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014). La puberté est considérée comme une transition permettant le passage de l'enfance au monde adulte. Cela inclut le développement sexuel, les différentes transformations physiques, biologiques et psychologiques. C'est donc à cette période que l'adolescent voit son corps changer ainsi que se développer et ressent de nouvelles pulsions qu'il tente de comprendre et de gérer. Ces modifications transitionnelles ont évidemment un impact sur sa perception et l'image qu'il a de lui-même (Côté, Le Blanc, 2018). Considérant celle-ci de grandes transformations, l'adolescent est obligé de réorganiser ses modes de fonctionnement et ses stratégies adaptatives. Pour ce faire, il lui faut abandonner progressivement ceux de l'enfance pour acquérir ceux qui lui permettront d'entrer dans la vie adulte (Bariaud, 2012). À ce moment, l'adolescent prend davantage de décisions, assume plus de responsabilités et expérimente davantage par essais et erreurs. Il n'a donc pas encore en sa possession toutes les stratégies adaptatives afin de faire face à ses défis et devra donc les construire (Bariaud, 2012).

Par ailleurs, différentes dimensions peuvent définir l'adolescent comme la période qui marque, sur le plan psychologique, le passage entre la dépendance enfantine et l'autonomie adulte. Selon plusieurs auteurs, l'adolescence est souvent située entre 12 ans et 18 ans. Il est nécessaire de mentionner que les expériences de début et de fin peuvent différer d'un adolescent à un autre (Cloutier et Drapeau, 2008). L'adolescence, se rapprochant de l'âge adulte, crée une urgence d'agir, car les adolescents doivent choisir leur avenir et développer suffisamment de compétences pour assumer les responsabilités futures. Cette pression provoque différentes problématiques, telles que des difficultés d'adaptation mentionnées précédemment. La notion d'adaptation est donc essentielle à comprendre et se décrit comme « un état physique, psychologique et social relativement exempt de difficultés majeures, permettant à une personne de fonctionner aussi efficacement que possible dans son environnement » (Tremblay, 2001 : cité dans Douville et Bergeron, 2018, p.17).

Pour accompagner et soutenir les adolescents dans leur parcours et dans leurs possibles difficultés, des intervenants, tels que le psychoéducateur, sont présents. Le psychoéducateur a le mandat :

d'évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de



favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement (Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec, 2014, p.12).

Le psychoéducateur peut rencontrer des difficultés à accompagner ces adolescents et à bien respecter son mandat dans un contexte d'intervention traumatique. Selon son expérience et sa formation reçue, il applique son savoir-faire, son savoir et son savoir-être à une problématique, le trauma, qui est peut-être moins connu de sa profession et où l'on retrouve peu d'outils cliniques. *Le National Child Trauma Stress Network (NCTSN)* explique un manque de services spécialisés pour traiter les traumas auprès de la clientèle jeunesse (Collin-Vézina et Milne, 2014). Par exemple, ces services permettraient « une évaluation globale et standardisée des questions liées au trauma, à la santé mentale et à la toxicomanie de tous les enfants en famille d'accueil » (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et la Child Welfare League of America, 2002 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014, p.219).

Néanmoins, pour détecter ces expériences, il est à propos que le psychoéducateur pense *trauma* (Côté et Le Blanc, 2018). Il serait donc pertinent que le psychoéducateur puisse repérer les situations traumatiques vécues ainsi que les conséquences développementales chez l'adolescent (Côté et Le Blanc, 2018). Le fait de s'attarder aux conflits psychiques intériorisés et aux possibles expériences traumatiques chez l'adolescent permet d'identifier des pistes différentes d'évaluation et d'intervention chez le psychoéducateur.

Le développement du savoir-être chez le psychoéducateur est une clé pour bien accompagner l'adolescent en difficulté d'adaptation à l'atteinte de ses objectifs, ainsi que pour s'approprier ses moyens et accentuer son engagement dans son cheminement de réadaptation (Gendreau, 2001; Leblanc, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). « Les objectifs de réadaptation peuvent difficilement être atteints en l'absence de la qualité de la relation psychoéducative » (Douville et Bergeron, 2015; Puskas et coll., 2012; Leblanc 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.106). Il importe donc d'établir et d'approfondir la relation psychoéducative en se basant sur : (a) l'intériorisation des attitudes professionnelles, (b) l'identification des attitudes contre-productives, ainsi que (c) d'agir en concordance avec les attitudes professionnelles (Leblanc, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). Il va sans dire que le psychoéducateur se réfère au savoir et au savoir-faire également.

Le présent essai vise à mettre en évidence le rôle du psychoéducateur dans un contexte d'interventions traumatiques afin d'accentuer son réflexe à déceler un trauma possible caché derrière des manifestations ou des comportements inadaptés chez l'adolescent.

## 2. DÉVELOPPEMENT

### 2.1 Le développement de l'identité chez l'adolescent

« Le principal auteur de la conception psychodynamique du développement humain est sans contredit Sigmund Freud (1856-1939), le père de la psychanalyse » (Cloutier et Drapeau, 2008, p.20). « La théorie freudienne du développement distingue deux processus de maturation interdépendants : (1) le développement du moi [...], (2) la progression sous cinq stades psychosexuels [...] » (Cloutier et Drapeau, 2008, p.21). L'un de ces stades correspond à la période de l'adolescence entre 12 ans et 18 ans; soit le stade génital. (Cloutier et Drapeau, 2018). Nommons également trois (3) auteurs qui ont permis de mieux comprendre certains concepts pertinents du développement de l'identité à l'adolescence: (a) l'apport d'Erikson et le stade de la crise d'identité, (b) Piaget et sa théorie du développement, ainsi que (c) Maslow et la pyramide des besoins.

Dans « son processus de croissance, l'enfant évolue au niveau de ses besoins physiques, psychiques et sociaux » (Caron, 2002, p.54); lesquels jouent aussi le rôle d'indicateur quant à leur capacité d'adaptation et au degré de satisfaction éprouvé (Limoges, 2017 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). Il est aussi à spécifier que l'adolescence n'est pas seulement une transition vers l'âge adulte, mais une période tout aussi cruciale et bien distincte (Cloutier et Drapeau, 2008).

Les différentes transformations cognitives, comportementales et affectives vécues à l'adolescence forcent les adolescents à développer progressivement leur identité et de nouveaux moyens pour répondre aux responsabilités de la vie adulte (Bariaud, 2012). « La société exige qu'entre 12 et 18 ans, l'individu passe d'un état social de dépendance enfantine à un état d'autonomie » (Cloutier et Drapeau, 2008, p.128).

Cloutier et Drapeau (2008) distinguent trois (3) formes d'autonomie : (1) émotionnelle, (2) comportementale et (3) idéologique. Plus précisément, « l'autonomie correspond, pour l'individu, à la capacité et au pouvoir de prendre lui-même les décisions qui le concernent et d'en assumer la

responsabilité » (Charbonneau, 1994 : cité dans Cloutier et Drapeau, 2008, p. 137). Bariaud (2012) explique que l'adolescent est amené à faire ses choix dans différents axes : (a) ses partenaires d'interaction et d'activités, (b) ses responsabilités, (c) sa réussite, (d) son identité personnelle, (e) ses choix d'orientation scolaire et professionnelle et (f) son ouverture au monde. Et, Havighurst (1972 : cité dans Cloutier et Drapeau, 2008) dresse une liste de tâches à développer chez l'adolescent pour assumer son nouveau rôle social:

(a) accéder à l'indépendance émotionnelle et comportementale face aux parents et aux adultes, (b) choisir un métier et s'y préparer, (c) s'assurer une indépendance économique, (d) se préparer à la vie conjugale et familiale, (e) développer les habiletés intellectuelles et les concepts nécessaires à l'acquisition des rôles civiques, (f) adopter un comportement social responsable, (g) élaborer un système de valeurs et de règles éthiques, (h) établir des relations nouvelles et plus adultes avec les pairs des deux sexes, (i) assumer un rôle social masculin ou féminin, (j) accepter son corps tel qu'il est et l'utiliser efficacement (p.128).

L'adolescence est ainsi un moment où se négocie la problématique du deuil et de la séparation. « Le processus de maturation implique le désinvestissement des objets d'amour infantiles. Et où doivent être abandonnés les anciens objets d'amour; les figures parentales » (Jemmet et Corcos, 2001 : cité dans Bertrand, 2004, p.5). Donc, il devra trouver de nouveaux *objets*. L'adolescence, « [...] c'est la difficulté d'assumer corrélativement un double processus : un processus d'identification et un processus de différenciation » (Bertrand, 2004, p.5). Cette prise de conscience refait généralement surface, selon Schwering (2011), lors des choix de l'adolescent : (a) étude, (b) travail, (c) partenaire, etc.

En psychodynamique, l'objet « [...] se définit comme une personne, un objet réel ou un objet fantasmatisé » (Laplanche et Pontalis, 1976: Puskas, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.306). « Cet objet réconfortant aide l'enfant à effectuer une transition entre une relation de dépendance et une relation plus autonome » (Puskas, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.306). Durant la prime enfance, le nourrisson a besoin de vivre un lien d'attachement privilégié avec une figure significative, en l'occurrence le parent qui protège et réconforte l'enfant qui est en situation de vulnérabilité (Tereno et coll., 2007). L'expérience de la sécurité est « [...] associée à une perception de la figure d'attachement comme disponible, et l'anxiété ou l'insécurité est associée à la perception d'une menace face à cette disponibilité » (Tereno et coll., 2007, p.153). Dans le cas où l'environnement répond aux besoins de sécurité (nourriture, habillement et espace d'intimité), tout en assurant des relations familiales stables

permet à l'enfant d'établir un lien d'attachement (Caron, 2002). Évoluant dans un contexte favorable, l'adolescent développe progressivement ses propres valeurs et pensées.

### ***2.1.1 Les cognitions***

Entre 12 et 18 ans, l'adolescent est en mesure de comprendre des situations plus complexes grâce au recours à l'abstraction. Confronté à des conflits moraux qui influent sa pensée et ses actions, il accroît également ses capacités d'analyses et de déductions (Cloutier et Drapeau, 2008). Son développement cognitif reste également influencé par : (a) la vie affective, (b) l'image de soi, (c) la personnalité sociale et (d) la pensée logique (Cloutier et Drapeau, 2008), mais aussi par la prise de décision et l'expérimentation (Bariaud, 2012).

À cette période, l'adolescent n'a donc pas encore en sa possession toutes les stratégies adaptatives pour faire face à ses défis et doit pour ce faire les construire (Bariaud, 2012). C'est aux vues d'une description détaillée du phénomène que les étapes et les concepts s'établissent. Sur le plan cognitif, Piaget décrit « le fonctionnement de l'intelligence comme une adaptation résultant d'un équilibre entre deux pôles fonctionnels (l'assimilation et l'accommodation) » (Piaget, 1970, p.708 : cité dans Cloutier et Drapeau, 2008, p.59). Selon l'auteur, le développement des structures de l'intelligence s'effectue progressivement sous quatre (4) stades (Cloutier et Drapeau, 2008). Ainsi, le stade de l'intelligence opératoire formelle correspond à celui traversé par l'adolescence (12 ans à l'âge adulte). Au cours de ce dernier, l'adolescent réorganise ses concepts. Le passage du stade concret à celui de l'abstraction lui permet d'accéder à l'hypothèse et à la déduction. Le développement de la pensée formelle selon Piaget, repose sur deux structures d'ensemble : [...] combinatoire ou le réseau de logique des propositions débouchant sur la capacité de combiner tous les cas possibles d'une situation ainsi que le groupe INRC ou l'identité, la négation, la réciprocité et la corrélativité (Cloutier et Drapeau, 2008).

### ***2.1.2 Les comportements***

La socialisation se définit comme :

le processus d'acquisition des comportements, des attitudes et des valeurs nécessaires à l'adaptation sociale de l'individu. Ce processus s'engage dès l'établissement des premières relations humaines et se poursuit jusqu'à ce qu'un équilibre adaptatif stable soit atteint, ce qui peut prendre toute la vie (Cloutier et Drapeau, 2008, p. 128).

L'adolescent vit des contextes de socialisation lui offrant l'occasion d'acquérir une certaine forme d'autonomie et d'indépendance. À l'adolescence, les interactions sociales sont importantes pour permettre le développement de son identité (Cloutier et Drapeau, 2008). Le développement social chez l'adolescent s'observe lors des relations familiales, amicales et lors de différents contextes sociaux (Cloutier et Drapeau, 2008). Il est aussi à noter que dans son désir d'explorer, de découvrir et de faire ses propres choix, peuvent aussi manifester des comportements à risque : (a) consommation de drogues et d'alcool, (b) comportements sexuels précoces, (c) absences en classe, (d) non-respect des règles, etc. (Cloutier et Drapeau, 2008). Ils peuvent également présenter des comportements plus sévères : (a) dépendance ou toxicomanie, (b) échecs ou abandon scolaire, (c) délinquance, (d) prostitution, (e) criminalité, (f) isolement social et dépression, (g) idéations suicidaires, (h) trouble alimentaire, etc. (Cloutier et Drapeau, 2008).

### ***2.1.3 Les affects***

À l'adolescence, toutes les relations se bousculent et prennent une importance particulière. Toutefois, il a encore besoin de sa famille pour le soutenir et l'accompagner lors d'enjeux et de difficultés dans cette transition (Lannegrand-Willems, 2012). À la présence de ses pairs s'ajoutent les relations d'amitié, la formation de groupe, l'influence, mais également le rejet et l'intimidation. L'amour est également important et se définit généralement lors des relations d'amitié ou dans un même groupe (Cloutier et Drapeau, 2008). Les approches théoriques de la psychanalyse distinguent l'expérience affective de l'enfance de celle de l'adolescence dans « la construction personnelle, aux pulsions en tant que moteur de l'adaptation et du changement, à l'inconscient en tant que dimension importante de la vie psychique » (Cloutier et Drapeau, 2008, p.20). Selon la théorie freudienne, le premier processus de maturation interdépendant consiste en le développement du Moi sous lequel l'adolescent apprend à maîtriser ses pulsions et à s'adapter à son environnement (Cloutier et Drapeau, 2008). La seconde est le développement psychosexuel en 5 stades; dont le stade génital de 12 à 18 ans. Elle se distingue par « une grande préoccupation à l'égard des moyens adultes de satisfaction sexuelle et par une croissance marquée des pulsions sexuelles » (Cloutier et Drapeau, 2008, p.21). Les compétences sociales tiennent : (a) aux ressources internes (l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, la cognition sociale, la capacité de résoudre des problèmes interpersonnels); (b) à l'équilibre entre la sociabilité et l'individualité (établissent des contacts sociaux tout en conservant leur individualité); (c) aux habiletés sociales avec les pairs et (d) à l'apparence sociale (Cloutier et Drapeau, 2008). Les agents

de socialisation augmentent et ouvrent à de nombreux modèles, consignes et valeurs. L'ouverture à l'univers télévisuel et numérique amène également un lot d'informations à gérer (Cloutier et Drapeau, 2008).

## **2.2 Entre conflit intériorisé et trauma - Une question de répétition. Perspective psychodynamique.**

### ***2.2.1 Le conflit intériorisé***

La psychanalyse est un modèle théorique qui ne se consacre pas exclusivement à la description des symptômes d'un individu, mais offre une explication aux processus psychiques et aux vécus subjectifs en cause dans l'organisation de ces symptômes (Caron, 2002). « Elle décrit les conflits inconscients, les processus énergétiques et les aléas des processus en cause dans les phénomènes traumatiques » (Caron, 2002, p.224). Elle permet de comprendre comment un individu peut réagir de façon saine à un vécu traumatique alors qu'un autre développera une souffrance et des symptômes incapacitants. « Au regard de cette approche, l'évolution structurale du psychisme d'un individu est placée au service de l'adaptation et son organisation psychique dépend de cette structure de développement » (Caron, 2002. p.113). Selon l'approche psychodynamique, le comportement humain est la manifestation d'une forme d'équilibre de la *psyché* de l'individu tandis que le comportement problématique est le symptôme d'un dysfonctionnement interne : *conflit antérieur intériorisé*. (Caron, 2002). « Le symptôme est donc la résultante de conflits et de compromis qu'une personne tente de faire afin de retrouver un équilibre dynamique dans ce jeu de force contraire » (Puskas, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.304).

Les vulnérabilités et les enjeux propres au développement à l'adolescence complexifient l'évaluation des besoins ainsi que l'analyse d'un éventuel conflit intériorisé antérieur. Les causes principales de ces enjeux se regrouperaient sous trois (3) axes : (1) biologique, (2) développementale et (3) sociogénèse (Tremblay, 2001: cité dans Douville et Bergeron, 2018).

Une meilleure compréhension du phénomène de conflit antérieur intériorisé et de la répétition dans le trauma permettent de mieux saisir l'objet des manifestations et des comportements inadaptés chez l'adolescent. L'appareil psychique de l'enfant n'étant pas développé à traiter et à gérer certaines situations provoque un conflit psychique ou une rupture de la *psyché* qui déclenche le trauma.

### ***2.2.2 Le trauma et la question de la répétition***

Freud définit le trauma comme l'effraction du pare-excitation suivie par un fonctionnement de répétition (Smolak et Brunet, 2018). Alors que Freud explique que le travail de répétition consiste à retourner au premier trauma, Guiter (2004) indique que la répétition est la conséquence du trauma. Sa fonction est de la maîtriser en « [...] l'intégrant à l'organisation symbolique, de la réduire, de l'annuler, mais en vain, elle n'arrive pas à remplir sa mission, sa tâche est sans cesse reconduite et finit par se perpétuer à l'infini, occupant toute la vie du sujet » (Guiter, 2004, p.177). Selon Roussillon (2005 : cité dans Smolak et Brunet, 2018), le caractère le plus traumatique d'une expérience de trauma est son irréprésentabilité, « [...] le fait qu'elle soit insignifiante, illogique et incompréhensible » (Smolak et Brunet, 2018, p. 111). Alors, la personne vit une impasse et souffre d'une perte. Cette perte le met dans une situation extrême le projetant dans la compulsion et la répétition (Roussillon, 2005, cité dans Smolak et Brunet, 2018). Roussillon précise que l'essence du problème du trauma « [...] réside dans la réactivation mortifère des vestiges internes hérités des circonstances extrêmes, dans cette compulsion de répétition, et dans ce retour de l'intérieur du traumatisme » (Smolak et Brunet, 2018, p.114).

Freud identifie deux théories liées au trauma. La première repose sur des faits réels d'expériences traumatiques vécues dans l'enfance (Smolak et Brunet, 2018). La deuxième reconnaît la notion du fantasme dans l'expérience traumatique comme un élément « [...] traumatisant et qu'il est nécessaire de tenir compte, à côté de la réalité pratique, d'une réalité psychique » (Freud, 1914 : cité dans Smolak et Brunet, 2018, p.104). Dans sa théorie, Freud parle également de concepts de l'avant-coup et l'après-coup. Chardonner (2007) les explique de :

« [...] la façon par laquelle le psychisme compose avec l'événement premier qui définit, dans ce cas, la nature traumatique de l'expérience et qui permet au refoulé de faire retour dans le préconscient et de se manifester sous forme de symptômes » (Smolak et Brunet, 2018, p.104).

« Si Freud a assis le concept de traumatisme, c'est néanmoins Ferenczi qui a approfondi la question de traumatisme » (Bokanowski, 2010, p. 22) et reformule sur le plan métapsychologique la théorie de la séduction par le rapport de séduction lié à l'objet (Bokanowski, 2010). Ferenczi qui décrit le trauma comme un choc, une commotion, qui fait éclater la personnalité (Dupont, 2000), indique que ce sont surtout le déni et la disqualification des affects du sujet qui signent le caractère traumatique d'un événement (Smolak et Brunet, 2017). « Cette réponse affective inadéquate ou cette absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse a comme effet :

1. de maintenir une souffrance psychique en relation à l'intériorisation d'un objet primaire « défaillant ».
2. de mutiler à jamais le moi du fait du traumatisme narcissique qu'elle opère, comme des clivages (pathologiques) qu'elle crée.
3. d'entraîner une sensation de détresse primaire (d'Hilflosigkeit) qui, la vie durant, se réactive à la moindre occasion » (Bokanowski, 2010, p. 25).

Selon Ferenczi, le trauma s'inscrit « [...] dans une expérience avec l'objet, non pas au regard de ce qui a eu lieu, mais de ce qui n'a pas pu avoir lieu : une expérience douloureuse négativante » (Bokanowski, 2015, p.6). Dans l'éventualité que l'objet ne parvienne pas à reconnaître le malaise du sujet traumatisé, cela ne fera qu'ajouter à la souffrance du sujet (Smolak et Brunet, 2017). Winnicott poursuit également les propositions de Ferenczi sur la relation du trauma avec l'introduction de la question de la dépendance et de la temporalité (Bokanowski, 2015). Winnicott explique que le processus psychique d'un enfant se développe progressivement et débute par la dépendance du sujet envers l'objet (Bokanowski, 2015). Selon Winnicott (1965 : cité dans Bokanowski, 2015), le trauma consiste en « [...] l'effondrement dans l'aire de confiance à l'égard de l'environnement généralement prévisible » (p.7). C'est ce qui rompt l'idéalisation d'un objet par « [...] la haine de l'individu, en réaction à l'échec de cet objet dans l'accomplissement de sa fonction » (Winnicott, 1965 : cité dans Harke, 2000, p.2).

Pour Smolak et Brunet (2017), le phénomène du trauma est interprété comme « (...) une effraction de la membrane pare-excitante, une rupture de la barrière de défense, par un manque de préparation de l'appareil psychique, celui n'arrivant pas à lier et à transformer un phénomène quantitativement trop important » (p.104). Le trauma est donc un : « [...] afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis, 1967 : cité dans Smolak et Brunet, 2017, p.104). De son côté, Bokanowski (2015) mentionne que le trauma apparaît souvent lorsque l'enfant n'a pas le langage ou le vécu psychique suffisant pour contenir ces expériences traumatiques. Sàra. et César Botella (1989;1995 : cité dans Bokanowski, 2015) caractérisent le trauma comme « [...] un état qui, du coup, demeure à l'état perceptif non lié, excédant d'énergie, mais incapable de déclencher une névrose traumatique » (p.38). Ils émettent aussi l'hypothèse que « le fondement négatif de tout trauma infantile réside dans l'impossibilité de l'enfant de se représenter non-investi par l'objet, c'est-à-dire dans l'irreprésentable de sa propre absence dans le



regard de l'autre » (S. et C. Botella, 1989;1995 : cité dans Bokanowski, 2015, p.38). Donc, selon la perception de l'enfant, ce qui aurait dû arriver, ne s'est pas produit et résulte à un possible désinvestissement du sujet par l'objet (S. et C. Botella (1989;1995 : cité dans Bokanowski, 2015).

Roussillon (2002, 2005 : cité dans Smolak et Brunet 2017) identifie les conditions extrinsèques à la conjoncture traumatique par un « [...] processus de symbolisation ou d'appropriation de cette expérience ainsi que la mise en place de solutions à cette dernière» (p.111) qui, selon lui, dépendent de facteurs particuliers: (a) l'âge et le degré de structuration de l'appareil psychique; (b) les moyens de récupération et la plasticité de l'appareil psychique; (c) la durée de la situation; (d) l'intensité de la situation; (e) l'impréparation et (f) la vulnérabilité du sujet.

D'autres conditions sont également identifiées par Collin-Vézina (2018): (a) une expérience relationnelle; (b) répétée ou prolongée; (c) implique un tort direct ou un abus et (d) se présente durant des périodes vulnérables du développement (Collin-Vézina, 2018).

## **2.3 L'intervention et l'évaluation**

### ***2.3.1 L'intervention psychoéducative***

L'étape de l'adolescence incite à développer de nouvelles capacités et de nouvelles stratégies adaptatives pour affronter les enjeux de la période développementale. Dans l'éventualité où l'adolescent présente des difficultés à utiliser ses stratégies adaptatives, il peut demander de l'aide comme le milieu peut offrir un soutien.

Le rôle du psychoéducateur consiste à évaluer les difficultés et les capacités adaptatives de la personne en interaction avec son environnement et l'accompagner dans son milieu, afin de favoriser son adaptation optimale (Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (OPPQ), 2014). Ses approches sont : (a) cognitivo-comportementales, (b) psychodéveloppementales, (c) humanistes, (d) psychodynamiques et (e) écosystémiques (Douville et Bergeron, 2018). Différents concepts et notions tirés du modèle psychodynamique favorisent la compréhension du vécu et contribuent à l'intervention. Les principaux concepts psychodynamiques utilisés par le psychoéducateur sont : (a) la relation d'objet, (b) les fantasmes, (c) l'identité, (d) le monde symbolique, (e) la résistance, (f) le symptôme et la répétition, (g) la mentalisation, (h) le transfert et le contre-transfert, (i) les attitudes relationnelles et l'alliance

thérapeutique, ainsi que (j) les moyens de communication (Puskas, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020).

Bien qu'essentiel auprès de la clientèle en difficulté d'adaptation, la psychoéducation présente des défis et une réalité bien distincte. Apparue dans les années 1940-1950 au Québec, la profession s'est très longtemps consacrée à l'intervention auprès des adolescents en difficultés d'adaptation. La formation professionnelle en psychoéducation est unique au Québec. « Elle partage des points communs avec la psychologie, l'éducation et le service social, mais elle se distingue par sa tradition d'accompagnement, de « vivre avec », qui facilite sa compréhension de l'individu dans son interaction avec son environnement » (Douville et Bergeron, 2020 : cité, dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.143). Ainsi, le psychoéducateur accorde une importance à la maîtrise d'approches théoriques et d'outils standardisés ainsi qu'à l'utilisation de ses propres habiletés professionnelles socioaffectives afin de bien accompagner la personne dans sa recherche d'équilibre et son adaptation (Douville et Bergeron, 2020 : cité dans Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020).

### ***2.3.2 L'intervention en situation de trauma***

Le psychoéducateur peut jouer un rôle en contexte de trauma. L'intervention en situation d'expérience traumatique vécue chez l'adolescent demande à détecter les symptômes ou les manifestations et d'évaluer les besoins (selon des mesures) pour ensuite y intervenir selon le mandat du professionnel.

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et la Child Welfare League of America (AACAP/CWLA) ont publié, en janvier 2002, une déclaration de politique commune, *la Foster Care Mental Health Values Subcommittee*, nommant le besoin à l'évaluation globale et standardisée des questions liées au trauma, à la santé mentale et à la toxicomanie de tous les enfants en famille d'accueil (2002 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014). Cette déclaration fait suite au décret publié, « la *New Freedom Initiative* (NFI) du 18 juin 2001, pour identifier et éliminer les obstacles existants à la vie communautaire pour les personnes handicapées, y compris les enfants souffrant de troubles émotionnels graves » (AACAP/CWLA, 2002, sect. Préambule). Les actions de ce décret permettaient d'améliorer « [...] la conception, la prestation et les résultats des services de santé mentale et de toxicomanie fournis aux enfants en famille d'accueil et à leur famille » (AACAP/CWLA, 2002, sect. Préambule). Toutefois, pour détecter ces expériences traumatiques,

il est pertinent comme mentionner plus haut que le psychoéducateur pense *trauma* (Côté et Le Blanc, 2018). Cela signifie qu'il est crucial de repérer les situations traumatiques vécues ainsi que les conséquences développementales chez l'adolescent (Côté et Le Blanc, 2018). Pour ce faire, le psychoéducateur, tout au long de l'intervention, se doit de rester à l'affût de ce qu'a pu vivre l'adolescent « [...] en tant qu'enfant, en ayant en tête les étapes sensibles du développement global de l'enfant » (Côté et Le Blanc, 2018, p. 7). À cet effet, Côté et Le Blanc (2018) ont élaboré une liste d'événements potentiellement traumatiques:

1. « Maltraitance (abus sexuels, physiques et psychologiques, négligence des besoins physiques et psychologiques);
2. Dysfonction familiale (violence conjugale, problème de santé mentale ou incarcération du parent, suicide d'un membre de la famille);
3. Les oubliés (induit par le système hospitalier, de justice, de la protection de la jeunesse, policier ou induit par la délinquance ou par la dépendance et la prostitution);
4. Événements de la vie (accident, maladie nécessitant des soins invasifs, exposition à la violence dans la communauté, agression, intimidation, vol et menace, désastre naturel, guerre, déplacement forcé et séjour en camp de réfugiés ainsi que le décès d'une personne significative » (p.23).

Il est alors possible de s'interroger sur la présence d'un trauma en observant des atteintes au développement (Côté et Le Blanc, 2018). S'il s'agit d'enjeux développementaux, une attention doit être accordée au rôle parental (Fouillet, 2009).

### ***2.3.2.1 Détection et évaluation.***

*Le National Child Trauma Stress Network (NCTSN)* (2008 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014) recommande « [...] aux services de la protection de la jeunesse l'utilisation d'outils standardisés adaptés à l'âge de l'enfant et qui couvrent différentes facettes de son histoire et de son développement » (p.218). Il est d'usage, dans ces services, d'utiliser les outils psychométriques afin de repérer des éléments pertinents de l'histoire du jeune pour faciliter l'évaluation. Ces outils permettent de contextualiser les difficultés émotionnelles et comportementales (Collin-Vézina et Milne, 2014). Les treize (13) outils psychométriques retenus (Childhood trauma questionnaire, Trauma Symptom Checklist for Children, Child Welfare, etc.), par l'entremise du Centre de recherche sur l'enfance et la famille de l'Université McGill, sont

majoritairement remplis par le jeune en contexte de Centre Jeunesse (Collin-Vézina et Milne, 2014). Ces outils ont été retenus suite à « une revue systématique provenant de dizaines de revues réputées » et soumis à un comité (Collin-Vézina et Milne, 2014, p.220). D'après les propos de Collin-Vézina (2014) : « de nombreux chercheurs recommandent de favoriser les évaluations auto-rapportées pour mesurer les symptômes intériorisés, notamment les symptômes traumatiques » (p.221). Ces derniers recommandent également l'utilisation d'instruments complétés par les parents ou les enseignants afin de recueillir des informations sur les symptômes externalisés et d'autres difficultés possibles; dont en milieu scolaire (Grills et Ollendick, 2002; Weis et al., 2005; Nader, 2008 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014). Les treize (13) outils répertoriés actuellement auprès d'adolescents vivant ou ayant vécu une possible expérience traumatique ciblent trois principaux objectifs : « (a) les mesures ciblant les événements traumatiques; (b) les mesures de symptômes liés au traumatisme, dont les mesures comportementales; (c) les mesures qui incluent à la fois les événements traumatiques et les symptômes liés au traumatisme » (Collin-Vézina et Milne, 2014, p.221). Voici quelques exemples (Tableau 1) de questionnaires disponibles, tirés des treize (13) outils discutés précédemment, pour détecter le trauma chez des jeunes en centre de réadaptation (CR) selon les trois objectifs mentionnés précédemment :

Tableau 1

*Revue des outils pertinents pour mesurer le trauma chez des jeunes en CR*

<b>Types de mesures</b>	<b>Questionnaires</b>	<b>Description</b>
Événements traumatiques	Childhood Trauma Questionnaire-short form (CTQ-SF)	<b>Sous-échelles</b> : Mauvais traitements, violence psychologique, négligence physique, négligence émotionnelle, agression sexuelle

*(Le tableau se poursuit)*

Tableau 1 (*suite*)

Types de mesures	Questionnaires	Description
Symptômes traumatiques	Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	<b>Sous-échelles</b> : Anxiété, dépression, colère, stress post-traumatique, dissociation et préoccupations sexuelles
Événements et symptômes traumatiques	Child Welfare Trauma Referral Tool (CWT)	<b>Sous échelles</b> : six (6) sections : Expériences traumatiques, symptômes traumatiques actuels, problèmes d'attachement, comportements nécessitant une stabilisation immédiate, domaines de fonctionnement actuel, arbre décisionnel

*Note: (a) La clientèle visée: enfant et adolescent, (b) la qualification demandée pour la passation est: Professionnels dans le domaine de la santé mentale et maîtrise ou équivalent. Source : Collin et Milne, 2014.*

Ces questionnaires contiennent une échelle de minimisation et du déni. Le *Child Welfare Trauma Referral Tool* possède un arbre décisionnel qui contribue, suite aux résultats d'un questionnaire lié au trauma, à la prise de décision relative au traitement (Collin-Vézina et Milne, 2014). Ces outils peuvent servir à l'évaluation initiale de la situation globale d'un jeune et à « [...] identifier des domaines plus problématiques qui pourraient nécessiter une référence pour une évaluation spécialisée » (Nader, 2008 : cité dans Vézina et Milne, 2014, p.221). Dans ce sens, l'utilisation de ces outils ne devrait jamais remplacer « [...] une évaluation psychologique ou psychiatrique par un professionnel accrédité qui pourra établir un diagnostic plus précis » (Vézina et Milne, 2014, p.221).

Certains programmes liés au trauma chez les adolescents sont mis en place et peuvent faciliter la détection ainsi que l'évaluation des symptômes. Par exemple, le modèle peut viser l'application des routines prévisibles et rassurantes ainsi que l'ajustement selon le rythme et les capacités de la personne (Collin-Vézina, 2020). La relation thérapeutique est également un élément à considérer dans l'intervention en contexte traumatique. Collin-Vézina (2018) priorise la création des liens

dans de nouvelles relations bienveillantes et réparatrices. Dans ce sens, elle utilise la règle des quatre (4) R lors de la pratique axée sur le trauma :

(1) réaliser l'impact des traumatismes et l'importance d'offrir des opportunités de guérison, (2) reconnaître les signes et les symptômes des traumatismes chez les jeunes, (3) répondre aux besoins des jeunes en intégrant pleinement les connaissances sur les traumatismes et (4) résistez activement à réactiver de nouveaux traumatismes (Collin-Vézina, 2018, p.26).

### **2.3.2.2 Programmes et interventions**

Le modèle d'intervention *Attachment, Regulation, and Competency (A.R.C.)* propose une approche pour le traitement des séquelles des enfants et des adolescents ayant vécu une expérience traumatique et outille les intervenants qui les accompagnent (Collin-Vézina et Milne, 2014). *A.R.C.* est une méthode systémique et reconnue comme étant une pratique prometteuse par le National Child Traumatic Stress Network et le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA; U.S. Department of Health and Human Services) (Collin-Vézina, 2018). Ce modèle sensibilise les intervenants à la possibilité de traumatismes chez les adolescents en difficulté et vise à changer l'orientation des pratiques d'interventions : qu'est-ce qui ne va pas avec ce jeune? Qu'est-ce qui s'est passé dans la vie de ce jeune? Comment peut-on mieux l'aider? (Collin-Vézina, 2018). Le modèle a été conçu pour des enfants et des adolescents ayant vécu des expériences traumatiques et qui présentent des séquelles sur le plan affectif, social et comportemental (Collin-Vézina et Milne, 2014). Il cible trois champs d'intervention auprès de cette clientèle: (1) l'attachement, (2) la régulation des affects et (3) le développement des compétences (Collin-Vézina et Milne, 2014). Le concept de résilience et le respect du rythme de la personne dans sa recherche de sens à la suite d'une expérience traumatique sont également prioritaires dans cette méthode (Côté, Le Blanc, 2018).

« Des études récentes, dont celles d'Allen et Fonagy (2006), font des liens entre la mentalisation, l'attachement et la santé mentale » (Douville et Bergeron, 2018, p.43). Peter Fonagy et ses collègues ont appliqué le concept de mentalisation à la psychopathologie développementale dans le contexte des relations déficitaires d'attachement (Allen et Fonagy, 2006). Selon ces auteurs, la mentalisation est interprétée comme « [...] une compétence dynamique dont la performance est compromise : par exemple, dans le cadre d'affects intenses associés à des conflits d'attachement dans les relations » (Allen et Fonagy, 2006, p.14). « Plus récemment, conformément à ses origines développementales, la thérapie basée sur la mentalisation est appliquée aux familles et aux dyades

mère-enfant » (Allen et Fogany, 2006, p.14). Les interventions incluant la notion de mentalisation peuvent être considérées pour diminuer les comportements inadaptés présents auprès de la clientèle ciblée en psychoéducation « [...] (clientèle ayant souffert de polytraumatisme, dont la négligence et les abus) » (Douville et Bergeron, 2018, p.43). « La mentalisation est une forme d'activité mentale créatrice percevant et interprétant le comportement humain sur le plan des états mentaux découlant des sentiments, des désirs, des sensations, des croyances » (Bateman et Fonagy, 2012 : cité dans Douville et Bergeron, 2018, p.43). Cette notion permet de donner *un sens à l'expérience interne* et de mieux comprendre son environnement externe (Berthelot, Ensink et Normandin, 2013 : cité dans Douville et Bergeron, 2018). De plus, les interventions fondées sur la mentalisation tiennent compte de la relation entre l'enfant et le parent (potentiel expérientiel et potentiel adaptatif) (Douville et Bergeron, 2018). « La capacité d'adaptation accrue face aux difficultés, l'équilibre entre les besoins d'autonomie et d'affiliation, découle des expériences d'attachement répondant aux besoins de protection et d'exploration » (Allen, 2013 : cité dans Douville et Bergeron, 2018, p.43). Les abus, la négligence et l'inconstance dans les soins mettent en échec ce sentiment de sécurité et de protection nécessaire au développement de l'enfant (Douville et Bergeron, 2018). Plusieurs modèles d'interventions se basent sur la notion de mentalisation auprès « [...] des victimes de maltraitance durant l'enfance « notamment les enfants agressés sexuellement [...] » (Ensink et Normandin, 2011 : cité dans Douville et Bergeron 2018, p.43); d'autres sont mis en place auprès des jeunes en centre jeunesse [...] » (Domon-Archambault et Terradas, 2012 : cité dans Douville et Bergeron, 2018, p.43). Ces recherches mettent l'accent sur l'importance de créer un environnement adéquat et une relation de confiance (Douville et Bergeron, 2018). Capul et Lemay (1996 : cité dans Douville et Bergeron, 2018) précisent les éléments utiles dans la réadaptation :

- a) de l'écoute, b) d'une disponibilité attentive à ce qui est dit et ce qui est fait, c) d'un décodage des discours latents, d) de l'acceptation de la personne dans ses richesses et ses limites, e) de la capacité de croire (parfois contre toute logique apparente) à la capacité de changement chez l'autre, f) de la capacité de contenir, de recevoir l'autre en état de désorganisation momentanée, g) de reformuler ce qui est vécu en des termes assimilables (Douville et Bergeron, 2018, p.46)

## 2.4 Réflexion sur la problématique

*Le National Child Trauma Stress Network (NCTSN)* signale le grand besoin de services spécialisés pour le traitement du trauma chez les enfants et les adolescents (Collin-Vézina et Milne, 2014). À

cet effet, « le NCTSN recommande aux services de la protection de la jeunesse l'utilisation d'outils standardisés adaptés à l'âge de l'enfant et qui couvrent différentes facettes de son histoire et de son développement » (NCTSN, 2008 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014, p.218). Ces outils porteraient une attention particulière sur les événements traumatiques afin de mieux comprendre les problèmes émotionnels et comportementaux de l'adolescent (Taylor et Siegfried, 2005: cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014). De fait, « [...] des recherches ont permis de confirmer que les troubles émotionnels et les troubles comportementaux manifestés par les adolescents suivis par différents services sociaux pouvaient représenter des symptômes liés à un cumul d'expériences de vie traumatisantes rencontrées dès leur enfance » (Cook et coll. 2005 : cité dans Côté et Leblanc, 2018, p.11). Dans cette recommandation, l'utilisation de ces outils pourra « [...] être utilisée pour la prise de décision clinique et être discutée avec les membres de la famille, les tribunaux et les équipes multidisciplinaires » (Taylor & Siegfried, 2005 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014, p.219). *L'Academy of Child and Adolescent Psychiatry et la Child Welfare League of America* (2002: cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014) nomme le besoin à l'évaluation globale et standardisée des questions liées au trauma, à la santé mentale et à la toxicomanie de tous les enfants en famille d'accueil dans une déclaration de politique commune. Il serait pertinent de poursuivre des études scientifiques afin de démontrer l'importance d'instaurer une évaluation globale rigoureuse des événements traumatiques et de leurs effets (Walter, 2007 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014). Ces recherches constitueraient « [...] un champ d'expertise fondamental pour la mise en place de programmes d'intervention pertinents pour cette clientèle » (Collin-Vézina et Milne, 2014, p.7).

Dans cette visée, elles invitent le psychoéducateur à porter une importance à l'évaluation, en vertu du trauma potentiel caché derrière des comportements. Les différents intervenants ou professionnels présents dans les milieux d'interventions ont aussi besoin de connaître la notion de trauma pour permettre cette même évaluation rigoureuse. Côté et Le Blanc (2018) énumèrent certains avantages à comprendre ce concept:

1. Identifier le plus tôt possible les jeunes présentant des séquelles traumatiques affectant leur trajectoire développementale; et les différencier des autres jeunes pour qui les difficultés relationnelles et comportementales se sont présentées plus tard à l'adolescence.
2. Soutenir et encadrer les intervenants qui accompagnent ces jeunes vivant avec un possible trauma.



3. Éviter que des interventions aggravent l'état de la personne et ajoutent des blessures relationnelles.
4. Mettre en place les ressources et les services axés sur la résilience.

L'identification des expériences traumatiques peut se faire en observant les manifestations de l'adolescent (Côté et Le Blanc, 2018). Par ailleurs, il est possible de s'attarder au parcours développemental et relationnel pour comprendre ce qui a amené l'adolescent à adopter des comportements inadéquats ou à rencontrer des difficultés adaptatives significatives (Côté et Le Blanc, 2018). Est-ce, en quelque sorte, les enjeux développementaux qui sont la source de ces comportements ou ceux-ci pourraient provenir d'expériences traumatiques vécues dans l'enfance et qui se manifeste à l'adolescence (l'après-coup) ? Ces questions portent à élargir sur les champs d'investigation à explorer. D'une part, dans l'évaluation de l'histoire de l'adolescent, il est possible d'y percevoir une persistance des conflits intériorisés : c'est-à-dire que ces conflits perdurent malgré le travail fait sur les manifestations ou sur les comportements. D'autre part, l'attention est accordée à la souffrance associée au conflit intériorisé et à la répétition entendue comme autant de tentatives à un retour à l'équilibre psychique; tentatives souvent contrecarrées par les enjeux développementaux. La persistance de la souffrance dans le temps comme les échecs vécus à répétition sont, quant à eux, autant d'indices suggérant que le problème va au-delà d'un trouble adaptatif. Rappelons que la manifestation de comportements inadaptés est généralement l'expression d'un conflit intériorisé sur la base de défenses mises en place devant la présence du trauma (Caron, 2002), et que « les conflits internes et externes sont un déséquilibre auquel la personne tente de comprendre afin de retrouver un équilibre » (Douville et Bergeron, 2018, p.17). Cependant, Douville et Bergeron (2018) précisent que « [...] ce n'est pas l'événement qui cause le déséquilibre, mais l'influence qu'il a sur les différentes sphères (biologique, psychologique et sociale) » (p.17).

Tel que susmentionné, cette période comporte des enjeux développementaux qui peuvent nuire à ce rééquilibre. Elle demeure fragile parce que l'adolescent est rendu vulnérable par les effets de la puberté, ce qui entraîne une lutte intérieure et une possibilité d'influencer les liens avec son entourage; dont ses parents (Cloutier et Drapeau, 2008). L'adolescent quitte progressivement les liens relationnels ainsi que le support naturel de l'enfance avec ses parents et chemine vers plus d'autonomie. Il s'ouvre à l'influence des autres avec les risques que cela comporte; dont la possibilité que ses comportements soient modifiés (Vallerand, 2006). Dans le développement de

cette forme d'indépendance, il est amené à se questionner sur la solidité de ses acquis et de ses capacités. « Il n'apparaît pas étonnant dans ces conditions que les conduites addictives au sens large (toxicomanie, bien sûr, mais aussi anorexie/boulimie, achats pathologiques, kleptomanie, alcoolisme, tentatives de suicide à répétition...) deviennent un mode privilégié d'expression des difficultés des jeunes » (Jeammet, 2002, p.77). Ces comportements interrogent particulièrement les adultes en raison de la fragilité de la relation avec l'adolescent et de l'importance à préserver un bon lien. À cela s'ajoute la compréhension du processus d'individualisation et d'indépendance qui se manifeste par un manque de tolérance et la mise à l'épreuve de ce lien par l'adolescent, et ce malgré son besoin de le conserver. Les interventions auprès de l'adolescent consistent à lui rendre tolérable ce dont il a besoin. L'indifférence dans le besoin de l'autre peut augmenter la souffrance et les difficultés des adolescents jusqu'à manifester des troubles du comportement (Muratori, Milone, Viglione, Romagnoli et Palacio Espaca, 2001). Ils tentent d'affirmer leurs différences et de consolider leur identité, mais peuvent manifester des comportements dysfonctionnels ou d'opposition. La vraie demande du jeune est généralement transférée vers les parents par leur dysfonctionnement. « Ces difficultés de différenciation vont faire que l'enfant qui se différencie en s'opposant ne va pas pouvoir en même temps dire «je demande qu'on m'aide » puisque son opposition c'est ce qui lui permet d'échapper à l'emprise parentale » (Jeammet, 2002, p. 79).

Les besoins ne sont pas toujours clairement exprimés par l'adolescent et donc difficilement détectables par son environnement. Le psychoéducateur peut toutefois comprendre que la relation et le lien de confiance permettent de découvrir chez l'adolescent des besoins non répondus ou certaines formes d'insatisfaction. L'organisation d'un milieu transitionnel offrira à l'adolescent une possibilité d'échanges et de plaisirs partagés « [...] sans que ceux-ci soient sexualisés et excitants, c'est-à-dire sans que l'adolescent ait à prendre clairement conscience de ces plaisirs et surtout sans qu'il ait à se poser la question de leur provenance [...] » (Winnicott : cité dans Jeammet, 2002, p.78). Le but est de permettre à l'adolescent de restaurer un plaisir de fonctionnement plus général qui ne provoque pas ou peu de conflits avec l'objet. Le rôle de l'adulte (objet) est d'apporter à l'adolescent des limites supportables et sécurisantes pour répondre à ses besoins (Rolling et Ligier, 2015). Les exigences permettront de satisfaire certains de ses désirs et besoins, sans avoir à les admettre. « Or, celle-ci est toujours ressentie moins péniblement

que les contraintes intérieures liées aux besoins et désirs qui représentent la véritable passivité, la plus dangereuse pour l'intégrité du Moi » (Jeammet, 2002, p.78).

En effet, il s'avère plus aisé de déceler, chez l'adolescent, les manifestations d'un conflit psychique intériorisé ou d'un trauma antérieur qui refait surface durant cette période de vie lorsqu'une relation est établie et qu'un lien de confiance est créé. Les enjeux développementaux sont aussi à considérer, car ils peuvent s'interférer à une expérience traumatique. Le psychoéducateur doit tenir compte de ces deux éléments dans son mandat qui est orienté vers les capacités adaptatives (potentiel adaptatif) de l'adolescent et les facteurs de son environnement (processus expérientiel) ainsi que la relation entre les deux. Dans son cadre professionnel, il tient compte des actes qui lui sont réservés selon son ordre professionnel et des lois, dont celle de la loi 21, afin de bien comprendre également son rôle par rapport à d'autres professions. Sept activités lui ont été réservées selon l'Office des professions du Québec:

1. Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
2. Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne dans le cadre d'une décision du directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse;
3. Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;
4. Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
5. Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
6. Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de

retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins;

7. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

L'évaluation psychoéducative permet de « [...] recueillir des informations sur l'histoire du problème, sur ses manifestations, sur les perceptions que les membres de l'entourage ont de ce problème [...] » (Douville et Bergeron, 2018, p.75). Il est possible de retracer ces événements en se questionnant sur: Quand les difficultés ont-elles commencé? Le symptôme a-t-il changé de forme au cours des années? Comment a-t-il été interprété par l'entourage? « À travers ces questions, la genèse des difficultés d'une personne donnée est comprise et située dans sa trame développementale afin de contextualiser son apparition et de proposer des hypothèses de travail » (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.311). Cette recherche d'informations vise à mieux comprendre le monde intérieur de l'adolescent et ses mécanismes ainsi que ce qu'il tente de dire par ses comportements. Dans son évaluation, et tel que susmentionné, il repère les tentatives de retour à l'équilibre en observant les comportements de répétition et sa souffrance. Ces répétitions permettent de représenter un problème d'adaptation chez la personne. Voici des exemples de ces manifestations : (a) échecs répétés, (b) la personne s'autopunit, (c) la personne se sent prédestinée et victime à une fatalité douloureuse, (d) la personne fait les mêmes choix de partenaires, (e) la personne est à la recherche d'un emploi parfait, (f) la personne vit les mêmes conflits (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). Le psychoéducateur reflète ce comportement à l'adolescent et lui propose de nouveaux moyens efficaces afin de surmonter ses défis. De plus, l'utilisation du génogramme peut servir à déceler les histoires familiales et repérer les effets d'un traumatisme se transmettant de génération en génération. « L'accumulation d'événements quotidiennement répétés de soins inadéquats a comme conséquence des modifications durables au niveau du fonctionnement neuroendocrinien » (Douville et Bergeron, p.56).

Il est possible, dans cette même évaluation, de « [...] présumer que l'histoire de maltraitance augmente les risques que le jeune ait développé des séquelles traumatiques » (Côté et Le Blanc, 2018, p.6). Une attention est mise alors sur ce que le jeune a pu vivre dans son parcours développemental comme situations de stress toxique et comment il a été accompagné afin de réguler ce stress (Côté et Le Blanc, 2018). Ce stress peut entraîner des conséquences

développementales qui s'observent par : (a) les impacts sur la maturation cérébrale, (b) les indices d'hyper ou d'hypo sensibilité, (c) les atteintes sur l'attachement et (d) les déficits dans l'apprentissage de la régulation de ses émotions ainsi que ses comportements (Côté et Le Blanc, 2018). Le champ des cognitions du jeune est affecté et ne peut développer ses capacités d'apprentissage normalement. Les effets d'une expérience traumatique possible peuvent s'observer également par des indices verbaux ou non verbaux (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006). L'adolescent peut s'exprimer avec une certaine lenteur en raison de sa timidité et de l'incertitude (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006). Il peut aussi parler à la 3<sup>e</sup> personne ce qui rend son discours impersonnel et décousu (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006). D'autre part, il est possible pour l'intervenant de détecter des répétitions dans le propos et dans le type de réponses émises en situation particulière; en situation de stress par exemple. L'observation d'un manque de spontanéité et de créativité demeure un potentiel signe de trauma. Par exemple, l'adolescent pourrait rencontrer des difficultés à répondre à une question ou à compléter une histoire provenant d'une image (difficulté d'inférence). Le trauma peut aussi être observé grâce à des indicateurs non verbaux; il se traduit par des mouvements de pieds et de mains ainsi que dans l'expression faciale (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006). D'autres symptômes peuvent également être observés : « [...] rougeurs de la peau, moiteur des mains, tension dans les épaules, bouche sèche ou encore accélération du rythme cardiaque » (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006, p.44). Il peut aussi se révéler quand il y a incohérence entre les comportements et les émotions, entre les émotions exprimées et le discours par : « [...] le sarcasme, l'ambiguïté, un refoulement inconscient ou une incapacité à exprimer ses émotions réelles » (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006, p.44). Le professionnel peut alors avec empathie lui refléter l'incohérence. Le ton de la voix peut aussi constituer un indicateur non verbal de la difficulté rencontrée à exprimer les émotions et sentiments éprouvés : changement de débit, ton qui sonne faux, caractère théâtral ou distrait (Kennedy-Moore et Watson, 1999 : cité dans Séguin, Brunet et Leblanc, 2006).

Dans son évaluation, le psychoéducateur considère l'ensemble des données recueillies aux vues de l'analyse des capacités adaptatives et des facteurs environnementaux (PAD-PEX). Voici une brève description du processus du plan d'intervention psychoéducatif (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.182):

1. Repérer les personnes autour du jeune en difficulté d'adaptation qui sont en interaction avec celui-ci.

2. Énumérer les services actuels et passés.
3. Chercher, par ses observations et celles de la personne, ce qui va bien et moins bien ainsi que relève les comportements qui présentent de la constance, de la persistance, une fréquence significative et de l'intensité.
4. Analyser les fonctions du comportement et en fait des hypothèses
5. Déterminer le niveau d'accompagnement requis et le niveau de motivation ainsi que de collaboration du jeune.
6. Considérer les hypothèses pour relever les besoins de la personne non satisfaits et détermine les besoins visés ainsi que formule l'intention où amener la personne en difficulté à travers des objectifs généraux.
7. Rechercher le type d'apprentissage à proposer (cognitif, affectif et comportemental) et détermine les circonstances dans lesquelles elles se feront. Il se réfère à la structure d'ensemble afin de préciser les interactions structurelles et relationnelles à mettre en place.

Le psychoéducateur doit intégrer la notion de trauma dans sa démarche avec l'adolescent. Dans le cas où l'adolescent présenterait un retard scolaire, des échecs répétitifs, des comportements inadéquats ou des problèmes relationnels et que les interventions mises en place ne fonctionnent pas, il convient d'entrevoir la possibilité d'un trauma. D'autres éléments, comme le retard de maturité affective et d'autonomie ainsi que les « patterns » inadéquats peuvent révéler la présence d'un trauma. L'hypothèse du trauma doit être retenue lorsque les symptômes présentés accompagnent les difficultés comportementales rencontrées par les adolescents.

L'objectif du psychoéducateur consiste à comprendre les besoins de l'adolescent afin d'ajuster ses interventions et de déterminer le milieu ou les ressources appropriés (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). Dans le cas où le professionnel détecterait une possibilité d'expérience traumatique à la suite d'une évaluation, il doit référer l'adolescent à une ressource habileté, tel qu'un psychologue, un médecin ou un psychiatre. Les résultats des évaluations du psychologue « [...] permettent de soutenir et d'orienter le diagnostic médical ainsi que le suivi thérapeutique. Il entreprend avec certains jeunes une thérapie individuelle ou familiale » (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.424). Une fois le diagnostic émis, le psychoéducateur établit en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, s'il y a lieu, un plan d'intervention visant à répondre aux besoins dans l'objectif d'un retour à l'équilibre par la résorption des conflits intériorisés. Il convient de rappeler que « l'intervention psychoéducative consiste précisément à favoriser des interactions

appropriées entre le jeune et son milieu, à lui permettre de retrouver un équilibre dynamique entre ses capacités et son environnement » (Gendreau et coll., 2001, p.16). Ce type d'intervention est influencé par différentes approches, dont la psychanalyse. Les concepts utilisés dans cette approche sont : (a) la relation d'objet, (b) les fantasmes, (c) l'identité, (d) le monde symbolique, (e) la résistance, (f) le symptôme et la répétition, (g) la mentalisation, (h) le transfert et le contre-transfert, (i) les attitudes relationnelles et l'alliance thérapeutique ainsi que (j) les moyens de communication (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). L'attention portée au climat relationnel et à un savoir-être adéquat peut favoriser le rétablissement de l'adolescent en difficulté (Côté, Le Blanc, 2018). L'intervenant se doit de demeurer sensible à la souffrance de la personne, par son écoute et son empathie. « L'empathie consiste à partager la souffrance émotionnelle sans perdre de vue la perception et les habiletés d'adaptation (ou coping) » (Rusk, 1971 : cité dans Séguin, Brunet et Leblanc, 2006, p.37). Certains éléments peuvent favoriser l'alliance thérapeutique avec l'adolescent: « [...] (a) la transmission efficace d'un sentiment d'empathie, (b) l'aptitude à mettre en place un climat propice à la sécurité, (c) la faculté de paraître authentique et naturel, (d) la capacité d'afficher une compétence rassurante, (e) l'évaluation de l'alliance » (Shea, 2005 : Séguin, Brunet et Leblanc, 2006, p.39). Penser trauma signifie aussi de prendre les précautions requises pour prévenir ou réduire les atteintes au trauma existant (Côté et Le Blanc, 2018). Une attention est également portée à la prévention de nouvelles situations traumatiques. Voici quelques repères possibles selon Côté et Le Blanc (2018) :

1. Reconnaître le schéma de réponse au stress et en tenir compte dans l'interaction : fuir, combattre ou figer. Si la personne fuit, c'est qu'elle sent le danger et n'a pas accès aux fonctions de raisonnement, de logique ou de mémoire pour identifier différemment la situation. Le psychoéducateur tient compte de cette réponse et tente de rassurer la personne afin de pouvoir échanger avec elle. Il reste attentif à ses propres réactions face au stress et peut rendre certaines situations plus prévisibles : début, durée, fin.
2. Installer un climat de sécurité, le restaurer lorsqu'il est malmené. Le psychoéducateur peut instaurer une routine et des rituels pour l'adolescent afin d'instaurer des expériences répétées d'interactions caractérisées par le respect et la bienveillance. Il peut être instauré à la maison, en entrevue et en contexte de réadaptation. Il planifie ses interventions et évalue les contextes de centration ainsi que les risques pour prévenir les réactions possibles.

3. Apprivoiser la régulation des émotions. L'intervenant observe les moments où l'adolescent manifeste des réactions excessives, inhibées ou désordonnées afin d'identifier les déclencheurs d'inconfort ou de désorganisation. L'adolescent s'exprime sur ses propres réactions au stress. Par la suite, ils trouvent des moyens d'apaisement et des contextes de réflexion lors des moments calmes. Il peut favoriser l'expression par différentes formes d'arts et d'activités afin de trouver un « [...] exutoire potentiel pour ces émotions parfois si peu mentalisables » (Côté et Le Blanc, 2018, p.14).
4. Fournir de multiples occasions de développer des compétences : l'adolescent n'utilisera plus nécessairement le même chemin d'apprentissage qui lui permettait de développer ses fonctions exécutives. « D'où, l'importance de fournir des opportunités variées de développement des compétences, auprès d'adultes sensibles, capables de jouer le rôle de modèle » (Côté et Le Blanc, 2018, p.15). Ces nouvelles expériences lui permettront de gagner en confiance sur sa capacité d'apprendre vers une possibilité de résilience. L'adulte modélise et exprime à haute voix le processus de résolution de problèmes et de communication. Il lui permet d'être plus calme, de prendre un recul, de bien identifier le problème, d'énumérer des moyens possibles et d'en choisir un (Côté et Le Blanc, 2018).

Les effets de l'intervention et de l'accompagnement psychoéducatif s'observent notamment à travers « [...] la découverte de soi, dans ses interactions relationnelles et structurelles des événements ainsi que dans sa capacité à faire des choix et à généraliser ses expériences [...] » (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020, p.313). L'intervention peut prendre la forme d'activités récréatives: sport, chanson, jeu, etc. Le psychoéducateur occupe un rôle de « porteur d'espoir »; il « [...] augmente la capacité d'agir de l'enfant, le laisse moins impuissant face aux relations et à son monde intérieur » (Collin-Vézina, 2018, p.52). Côté et Le Blanc (2018) recommandent l'établissement d'un climat sécurisant et de confiance, la priorisation de la régulation des émotions de la personne et la mise en place d'occasions propices au développement des compétences chez l'adolescent. Afin de faciliter l'application de ces dernières recommandations et pour supporter l'intervenant en contexte de trauma, le programme ARC (Attachement, Régulation et Compétences) a été retenu dans le cadre de l'essai, en vertu de ses applications psychoéducatives et étant une pratique prometteuse par le National Child Trauma Stress Network (NCTSN) et le Substance Abuse and Mental Health Services Administration.



L'utilisation d'un programme est une pratique courante en psychoéducation et dans les milieux d'intervention auprès de cette clientèle; dont le centre jeunesse. Ce modèle met en évidence :

1. L'attachement : la gestion des affects des donneurs de soin, l'ajustement empathique et la syntonie (qui s'accorde sur la même longueur d'onde).
2. La régulation : l'identification et la modulation.
3. Les compétences : le fonctionnement exécutif, le développement de soi et de l'identité ainsi que les liens relationnels.

Valorisant l'expertise ainsi que la créativité des intervenants, le programme prête une attention particulière à l'évaluation de la condition de l'adolescent, ainsi qu'à ses parents ou son tuteur, et insiste sur la détection des besoins derrière les comportements : « [...] Quelle est la fonction du comportement? Quels sont les déclencheurs qui amènent une réaction de danger? Qu'est-ce qui empêche ou amène l'enfant à retrouver un état de régulation émotionnelle? » (Collin-Vézina, 2018, p.45). Il met de l'avant l'utilisation des stratégies d'engagement et d'éducation ainsi que des stratégies psychoéducatives, collaboratives et d'empowerment, des routines et des rythmes adaptés (Collin-Vézina, 2018). Il préconise des routines prévisibles et rassurantes à travers des moments clés de sa vie (l'heure du coucher, etc.). Collin-Vézina (2018) explique que la régulation émotionnelle s'expérimente dans la relation avec les autres.

Les recommandations priorisent la rigueur professionnelle dans l'évaluation et l'intervention des besoins afin de s'assurer que l'adolescent a les bons outils ainsi que le bon soutien pour retrouver son équilibre ou son potentiel optimal. Pour cela, il est recommandé d'intervenir au-delà des comportements et des symptômes observables.

### 3. CONCLUSION

Cet essai tente de refléter certains enjeux de l'intervention psychoéducative qui peuvent influencer l'évaluation des besoins de l'adolescent. Dans certaines situations, les conflits intériorisés de l'adolescent peuvent persister malgré le travail fait sur les manifestations. La détection se fera de manière plus spécifique ou plus rigoureuse sur la source des manifestations à l'aide d'outils cliniques; l'objectif étant de mieux comprendre les besoins de l'adolescent dans un contexte traumatique et en lien avec les enjeux développementaux de cette période. Le psychoéducateur tente de le faire malgré le peu d'outils, tel qu'avancé par le *National Child Trauma Stress Network*

(*NCTSN*), et suivant la publication d'une déclaration de politique commune nommant le besoin à l'évaluation globale et standardisée des questions liées par exemple au trauma (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et la Child Welfare League of America, 2002 : cité dans Collin-Vézina et Milne, 2014).

En contexte d'évaluation de trauma, il est recommandé aux intervenants d'utiliser les questionnaires et les outils psychométriques spécifiques au trauma, tout en appliquant ses propres outils liés à sa profession. Cette recommandation permet « [...] de porter un regard objectif (plutôt que réactif) sur le fonctionnement » de l'adolescent (Collin-Vézina, 2018, p.34). Donc, le psychoéducateur peut utiliser les outils psychométriques proposés par le *NCTSN*, cité dans Collin-Vézina et Milne (2014), pour faciliter la détection des événements et des symptômes traumatiques, dont *The Child and Adolescent Needs and Strengths* et le *Child Welfare Trauma Referral Tool*. Il peut aussi se servir du *Child Welfare Trauma Referral Tool* qui possède un arbre décisionnel et qui aidera, suite aux résultats d'un questionnaire lié au trauma, à la décision du traitement possible (Collin-Vézina et Milne, 2014). Collin-Vézina (2018) reconnaît cependant certains risques à l'utilisation d'outils de détection s'ils sont utilisés sans discernement : [...] (a) risque de re-traumatisation si les adultes ne sont pas formés pour bien recevoir le dévoilement, (b) risque d'ouvrir des boîtes de Pandore et ne pas avoir d'aide à offrir, (c) risque de confusion liée à la confidentialité et (d) risque de stigmatisation » (p.34). Il est essentiel de rappeler que les outils ne remplacent pas l'évaluation diagnostique établie par un professionnel accrédité. Le psychoéducateur se doit de recommander l'adolescent à un psychologue, un médecin ou un psychiatre s'il détecte ou évalue la présence d'événement ou de symptômes traumatiques. Il poursuivra son accompagnement à la suite de l'émission d'un diagnostic ou à un traitement proposé et collaborera dans une équipe interdisciplinaire pour répondre aux besoins de l'adolescent. Dans le cas où le diagnostic est posé, il conviendra des objectifs avec l'adolescent et sa famille afin de répondre aux besoins. Parmi les différents programmes existants, le programme *ARC* (Attachement, Régulation et compétences) s'impose comme un outil prometteur pour intervenir en contexte de trauma auprès des adolescents. Ce programme, ainsi que différentes recherches susmentionnées, priorisent la création d'un lien relationnel significatif avec l'adolescent. Favorisant le retour à un plaisir global et le développement de nouvelles stratégies, la création du lien relationnel lui permet la diminution des manifestations liées à ses conflits intériorisés et conséquemment progressivement un retour à l'équilibre. Rappelons que les

manifestations observables, de l'ordre de la répétition, sont : (a) échecs répétés, (b) la personne s'autopunit, (c) la personne se sent prédestinée et victime à une fatalité douloureuse, (d) la personne fait les mêmes choix de partenaires, (e) la personne est à la recherche d'un emploi parfait, (f) la personne vit les mêmes conflits (Maïano, Coutu, Aimé et Lafantaisie, 2020). La persistance de la souffrance accompagnant les comportements liés aux conflits intériorisés, ainsi que dans la répétition de tentatives visant le retour à l'équilibre peut désigner une expérience traumatique antérieure. Ces deux éléments constituent les principaux indicateurs dans l'évaluation de la situation et des besoins de l'adolescent, parfois difficilement détectables, et dans le choix des stratégies d'intervention. Or, il est justifié d'offrir à l'adolescent la présence de relations de confiance dans son parcours développemental afin de « [...] constituer, en situation difficile, une base de sécurité pour un travail psychologique réussi, ainsi que pour la bonne résolution des expériences de perte ou de trauma » (Tereno et al., 2007, p.170).

## RÉFÉRENCES

- American Academy of child and adolescent psychiatry. (2021). *AACAP/CWLA Sous-comité des valeurs de santé mentale en famille d'accueil* (Page Web). Consulté le 30 novembre 2021 à [https://www.aacap.org/AACAP/Policy\\_Statements/2002/AACAP\\_CWLA\\_Foster\\_Care\\_Mental\\_Health\\_Values\\_Subcommittee.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2002/AACAP_CWLA_Foster_Care_Mental_Health_Values_Subcommittee.aspx)
- Allen, J. G., Fogany, P. (dir.) (2006). *The Handbook of Mentalization-Based Treatment*, Chichester, UK: John Wiley.
- Bariaud, F. (2012). Introduction : l'essor de la psychologie de l'adolescence. *Revue enfance*, 3(3), 251-266.
- Bertrand, M. (2004). Dépression et dépendance à l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 68(4), 1087-1095.
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Revue psychologie clinique et projective* (Périodique en ligne), 1(16). Consulté le 23 avril 2018 à <https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2010-1-page-9.htm>
- Bokanowski, T. (2015). *Sillages critiques : Le concept de traumatisme en psychanalyse* (Site Web). Consulté le 23 avril 2018 à <https://journals.openedition.org/sillagescritiques/4153>
- Caron, M. (2002). *Le professionnel en intervention: Un tuteur sur le parcours des jeunes en difficulté*. Montréal : Édition Sciences et Culture.
- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique : Les fondements existentiels-humaniste de la relation d'aide* (Volume 1). Montréal : Gaétan Morin éditeur ltée.
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Les éditions de la Chenelière inc.
- Collin-Vézina, D. et Milne, L. (2014). Adolescents en centre de réadaptation : évaluation du trauma. *Criminologie*, 47(1), 213-245.
- Collin-Vézina, D. (2018, juin). *Le modèle ARC pour intervenir sur les traumas complexes*. Présentation dans le cadre de l'école d'été de la Fondation du Dr Julien, Gatineau, Canada.
- Côté, C. et Le Blanc, A. (2018). *Pratique intégrant la notion de trauma auprès des adolescents : trousse de soutien*. Montréal : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal.
- Douville, L. et Bergeron, G. (2018). *L'évaluation psychoéducative : L'analyse du potentiel adaptatif de la personne* (2<sup>e</sup> éd). Laval : Presses de l'université Laval.
- Dupont, J. (2000). La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure. *Revue Filigrane* (Périodique en ligne), 9(1). Consulté le 23 avril 2018 à [https://spip.telug.ca/filigrane/squelettes/docs/vol9\\_no1\\_printemps/3c\\_DUPONT.pdf](https://spip.telug.ca/filigrane/squelettes/docs/vol9_no1_printemps/3c_DUPONT.pdf)
- Gendreau et coll. (2001). *Jeunes en difficulté et interventions psychoéducatives*. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Guiter, B. (2004). Trauma originaire et répétition : Le rite sacré. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (42)1, 173-184.

- Hartke, R. (2005). La situation traumatique fondamentale dans la relation analytique. *Revue française de psychanalyse*, (69)4, 1225-1245.
- Houde, R. (1999). *Le temps de la vie : Le développement psychosocial de l'adulte* (3<sup>e</sup> éd.). Boucherville : Gaétan Morin éditeur ltée.
- Jeammet, P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Revue Psychothérapies* (Périodique en ligne), 22(2). Consulté le 3 septembre 2021 à <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2002-2-page-77.htm>
- Lannegrand-Willems, L. (2012). Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels? *Revue Enfance*, (3)3, 313-327.
- Larose, S. et Houle, A.-A. (2017, octobre). Motivations, défis et projections de la relève en psychoéducation. *La pratique en mouvement*, 14, 13-15.
- Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafantaisie, V. (Dir.). (2020). *L'ABC de la psychoéducation*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Muratori, F., Milone, A., Viglione, V., Romagnoli G. et Palacio Espaca, F. (2001). Les troubles de la conduite à l'adolescence : violence, agressivité et identification. *Presses Universitaires de France : La psychiatrie de l'enfant*, (44)2, 415 à 446.
- Office des professions du Québec. *Le projet de loi 21 : Psychoéducateur* (Site Web). Consulté le 9 septembre 2021 à [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/PL\\_21/OP\\_Dep\\_Psychoeeducateurs\\_Final.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/PL_21/OP_Dep_Psychoeeducateurs_Final.pdf)
- Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Montréal : Auteur.
- Piaget, J. (1970). Piaget's Theory. Dans P.H. Mussen (Dir.), *Carmichael's Manual of Child Psychology* (vol.1, 3e éd., p.703-732). New-York: Wiley.
- Piret, B. (2011). *Approche psychanalytique du traumatisme : de l'irruption du Réel à l'errance psychique* (Site Web). Consulté le 8 juin 2018 à <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article297>
- Rolling, J. et Ligier, F. (2015). L'adolescent suicidaire et la société actuelle, réflexions psychopathologiques et prévention suicidaire. *Revue Cliniques*, (10)2, 122-138.
- Schwering, K.-L. (2011). L'idéal en quête d'identité: Idéalisation et désidéalisation de l'enfant à l'adulte. *Revue cahiers de psychologie clinique*, (36)1, 35-59.
- Séguin, M., Brunet, A., Leblanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Les éditions de la Chenelière inc.
- Smolak, D. et Brunet, L. (2017). Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. *Revue québécoise de psychologie*, (38)3, 99-124.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. et Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Revue Devenir*, (19)2, 151-188.
- Vallerand, R.J. (Dir.). (2006). *Les fondements de la psychologie sociale* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.