

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 <u>Depositum</u>, 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 <u>Depositum</u>, which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

L'APPORT DE LA PSYCHOÉDUCATION DANS L'INTERVENTION AUPRÈS DES TRAUMAS COMPLEXES CHEZ LES ADOLESCENTS ET SA CONTRIBUTION AUPRÈS DES PROCHES AIDANTS SELON LA DÉMARCHE CLINIQUE « TRAUMA-FOCUSED COGNITVE BEHAVIORAL THERAPY (TF-CBT) »

> RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3095)

> > PAR KIM BRETON

AOÛT 2024



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

L'APPORT DE LA PSYCHOÉDUCATION DANS L'INTERVENTION AUPRÈS DES TRAUMAS COMPLEXES CHEZ LES ADOLESCENTS ET SA CONTRIBUTION AUPRÈS DES PROCHES AIDANTS SELON LA DÉMARCHE CLINIQUE « TRAUMA-FOCUSED COGNITVE BEHAVIORAL THERAPY (TF-CBT) »

> RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3095)

PAR KIM BRETON

TRAVAIL DIRIGÉ PAR

KATIA QUINCHON, PH. D, PROFESSEUR, CHERCHEUR À L'ÉCOLE DE PSYCHOÉDUCATION

Accepté le :

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
PRÉSENTATION DE L'OBJET DE L'ESSAI	7
1 INTRODUCTION	8
2 PRÉSENTATION DES CAS COMPLEXES À L'ADOLESCENCE	10
2.1 Origine de la définition du trauma complexe	10
2.2 Le trauma complexe à l'adolescence	11
2.2.1 Les paramètres et les composantes d'un événement traumatique	12
2.2.2 Le trauma complexe et le développement à l'adolescence	13
2.3 Les répercussions biopsychosociales du traumas complexe à l'adolescence	14
2.3.1 Somatisation physique et biologique	15
2.3.2 Difficultés relationnelles et d'attachement	16
2.3.3 Difficultés cognitives	16
2.3.4 Difficultés de régulation émotionnelle	17
2.3.5 Difficultés comportementales	18
3 APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	20
3.1 Les concepts théoriques de l'approche cognitivo-comportementale	20
3.1.1 Le modèle comportemental	20
3.1.2 Le modèle cognitif	21
3.1.3 Le modèle émotionnel	21
3.2 L'approche cognitivo-comportementale	22
4 LE RÔLE DE LA PSYCHOÉDUCATION DANS L'INTERVENTION DES C	AS COMPLEXE23
4.1 Définition de la psychoéducation	23
4.2 L'intervention psychoéducative	23
4.3 L'interdisciplinarité dans l'intervention du trauma complexe chez l'adoles	cent24

4.4 Dépistage et évaluation des traumas complexes
4.4.1 Instruments de mesure
5 LES INTERVENTIONS PSYCHOÉDUCATIVES UTILISÉES DANS L'INTERVENTION DE
CAS COMPLEXES
5.1 Le traitement d'approche cognitivo-comportementale axé sur le trauma (TF-CBT)28
5.1.1 L'apport de la psychoéducation dans l'approche TF-CBT
5.2 La contribution des proches aidants dans le processus d'intervention psychoéducatif3
6 CONCLUSION
ANNEXE A – LES STYLES D'ATTACHEMENT
ANNEXE B – RÉPERTOIRE DES INSTRUMENTS DE MESURE SUGGÉRÉS POUR LES ENFANTS
ET LES ADOLESCENTS
ANNEXE C – MODÈLE D'ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE
LISTE DE RÉFÉRENCES

REMERCIEMENTS

À mes parents, Gérald et Carole, qui ont été, tout au long de mon parcours universitaire, mon point d'ancrage et de support inconditionnel. Ils ont su croire en moi et me soutenir dans mes divers accomplissements.

æ

À ma sœur, Marie-Pier, qui a été pour moi un exemple d'excellence académique et qui m'a soutenu dans mes projets universitaires et dans la correction de cet essai.

æ

À mon amoureux, Mathieu, qui a su m'épauler, m'encourager et me soutenir dans la réalisation de ma maîtrise en psychoéducation.

æ

À ma directrice de stage, Mme Katia Quinchon Ph.D, professeur, chercheur à l'école de psychoéducation de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), pour son temps et son accompagnement tout au long de la réalisation de mon rapport de stage.

Ų

À mes professeur(e)s et mes collègues de travail, qui ont contribué à forger mon identité de psychoéducatrice.

PRÉSENTATION DE L'OBJET DE L'ESSAI

Cet essai, rédigé de l'automne 2023 à l'été 2024, s'inscrit dans les exigences de la maîtrise en psychoéducation (profil stage) de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), sous la direction de Madame Katia Quinchon, Ph.D, professeure chercheure à l'école de psychoéducation. Cet essai porte sur les contributions de la psychoéducation dans l'Intervention auprès des traumas complexes chez les adolescents et la contribution des proches aidants dans la démarche clinique de type cognitivo-comportementale.

1 INTRODUCTION

Depuis les années 1990, la question de l'adéquation du trauma complexe chez les enfants et les adolescents suscite de plus en plus d'intérêt. En effet, la littérature met l'accent sur l'existence de cette réalité qui, depuis longtemps, a échappé aux divers professionnels. Décrit comme étant des expériences répétées et prolongées de maltraitance, de négligence ou d'instabilité relationnelle impliquant une figure de soins, le trauma complexe est donc une problématique préoccupante dans notre société actuelle (Courtois, 2008; Ford et Courtois, 2013; Gabowitz et al., 2008; Herman, 1992 ; Josse, 2019 ; Milot et al., 2018 ; Tarquinio et al., 2017). C'est d'ailleurs par le large éventail de conséquences que ces expériences négatives tendent à laisser des traces indélébiles affectant le développement de la personne tant au niveau émotionnel, social que cognitif chez les adolescents (Milot et al., 2018; Pratchett et Yehuda, 2014). En d'autres termes, ces difficultés au niveau biopsychosocial peuvent donc amener les adolescents à présenter des troubles de comportements, de la difficulté à établir et à maintenir des relations saines, une dysrégulation émotionnelle ainsi que des difficultés dans la construction de leur propre identité (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Cook et al., 2005; Grisé-Bolduc, 2022; Milot et al., 2018; Revet et al., 2020). Tous ces enjeux représentent donc des éléments essentiels à prendre en considération au cours des différentes interventions, puisque ces traumas complexes s'inscrivent directement au cœur des relations interpersonnelles significatives de l'individu (Cook et al., 2005; Milot et al., 2018). Il ne faut cependant pas oublier le fait qu'il peut parfois être difficile d'identifier et de prendre en charge le trauma complexe, car les adolescents peuvent être réticents à exprimer leurs sentiments ou encore à rechercher de l'aide (Dubé et al., 2018; Fonagy et Target, 2006). Cela démontre donc l'importance d'avoir des professionnels formés et compétents dans l'optique d'accompagner ces jeunes tout au long de ce processus de réadaptation.

L'intervention auprès des adolescents victimes de trauma complexe prend de l'importance au cœur de la profession et représente, désormais, un standard de pratique. De ce fait, les professionnels habilités à la gestion de ces traumas complexes mettent donc de l'avant la nécessité d'acquérir de nouvelles connaissances théoriques et pratiques afin de mieux intervenir auprès de leur clientèle et de leur entourage (Bonsack, *et al.*, 2015 ; Milot *et al.*, 2021). Par exemple, l'approche cognitivo-comportementale est reconnue comme étant une approche ayant fait ses preuves dans la démarche

d'intervention auprès des adolescents présentant un trauma complexe (Cohen et Mannarino, 2008; Mannarino *et al.*, 2012; Mannarino *et al.*, 2014; Milot *et al.*, 2018). En effet, il s'agit d'une approche d'intervention basée sur une conceptualisation théorique et rigoureuse qui s'insère dans un modèle biopsychosocial selon lequel les troubles d'ordres psychiatriques ont une origine à la fois biologique, psychologique et sociale (Cottraux, 2006; Prairie *et al.*, 2021; Turgeon et Parent, 2012). En ce sens, cette approche met en lumière l'existence d'une interrelation entre les pensées d'un individu, ses émotions ainsi que ses comportements et réactions physiologiques associés à un événement (Prairie *et al.*, 2021). L'intervention, par le biais de l'approche cognitivo-comportementale, englobe donc l'ensemble des moyens devant être mis de l'avant par le professionnel afin d'agir de manière optimale et permettre la résolution des problématiques engendrées par le trauma complexe.

Le trauma complexe à l'adolescence est une réalité complexe et nuancée qui nécessite une compréhension approfondie et une intervention spécialisée. Les impacts profonds sur le développement émotionnel, social et cognitif des jeunes rendent crucial l'accès à des soins appropriés et à un soutien continu. Cet essai portera donc sur l'apport de la psychoéducation dans l'intervention auprès des traumas complexes chez les adolescents ainsi que sur sa contribution auprès des proches aidants dans la démarche clinique « *Trauma-Focused Cognitve Behavioral Therapy* (TF-CBT) ».

2 PRÉSENTATION DES CAS COMPLEXES À L'ADOLESCENCE

2.1 Origine de la définition du trauma complexe

Dans les années 1980, le diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été inclus pour la première fois dans la troisième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (American Psychiatric Association [APA], 1980; Courtois, 2008). Historiquement, cette nomenclature diagnostique a été ajoutée afin de permettre la description des réactions émises par des soldats confrontés, pendant la guerre du Vietnam, à des situations lors desquelles leur intégrité a été grandement menacée, et ce, basé sur des observations et des conceptualisations des traumatismes de guerres (Courtois, 2008; Trimble, 2013). À cette époque, le diagnostic de TSPT englobait un ensemble de contextes tels qu'une exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences, sans toutefois préciser la nature de ces derniers. Comme il était noté par le passé, il n'est pas rare d'observer, encore aujourd'hui, que le TSPT s'accompagne de comorbidités reconnues comme des tableaux cliniques propres à la dépression, à l'anxiété, à la dissociation, aux comportements autodestructeurs, à la toxicomanie et plus encore (Courtois, 2008). Les critères diagnostiques propres au TSPT (ex., les reviviscences, les réactions dissociatives, l'hypervigilance, les réactions de sursauts exagérées, l'augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs, les difficultés de concentration, le retrait social, etc.) s'appliquent autant pour les adultes que pour les adolescents et les enfants âgés de plus de six ans (APA, 2013). Par la suite, dans la cinquième version du DSM, l'American Psychiatric Association (2013) a ajouté, à la définition générique, les contextes de violences sexuelles menaçant l'intégrité de la personne. Outre les problèmes psychologiques, le TSPT peut également entraîner des dysfonctionnements sociaux, personnels et professionnels chez l'individu (APA, 2013).

Depuis les années 90, plusieurs chercheurs, dont en l'occurrence Herman (1992), voient la nécessité de définir, avec davantage de précisions, les réactions particulières constatées chez certaines clientèles. En d'autres termes, plusieurs auteurs ont introduit la notion de trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent se reflétant par une double réalité qu'ils définissent comme étant : (1) « l'exposition chronique ou répétée à des traumas interpersonnels impliquant habituellement une figure de soins (ex., un parent, un membre de la famille élargie, un gardien,

une personne en autorité comme un enseignant ou un entraîneur, etc.) et (2) la complexité des conséquences résultant de cette exposition. » (Courtois, 2008; Ford et Courtois, 2013; Gabowitz et al., 2008; Josse, 2019; Milot et al., 2018; Tarquinio et al., 2017). En effet, les jeunes individus exposés à des traumatismes perpétrés par une figure d'attachement, et ce, au même moment que leur développement biopsychosocial fait en sorte que ces derniers développent diverses problématiques (Milot et al., 2018). L'anxiété, la dépression, les comportements à risque, l'altération dans les relations interpersonnelles ainsi que les préoccupations somatiques en sont des exemples (Courtois, 2008; Herman, 1992). Il est également rapporté que ces problématiques demeurent complexes dans la forme qu'elles peuvent prendre et varient selon l'âge de l'individu (Courtois, 2008). Toujours selon Herman (1992), le trauma complexe se définit comme étant le résultat d'une situation de victimisation chronique et prolongée vécue de façon intense et qui se distingue du TSPT par le caractère répétitif de la situation traumatique (Courtois, 2008; Revet et al., 2020; Tarquinio et al., 2017).

2.2 Le trauma complexe à l'adolescence

Les adolescents peuvent être victimes de situations vécues comme étant un trauma complexe. En effet, ces derniers peuvent être exposés, dès l'enfance, à des maltraitances physiques, psychologiques et sexuelles répétées et perpétrées par des proches (membre de la famille), une connaissance ou un étranger (Courtois, 2008; Ford et Courtois, 2013; Grisé-Bolduc, 2022; Herman, 1992; Josse, 2019; Milot et al., 2018; Tarquinio et al., 2017). Il est également fréquent que ces derniers soient exposés à plus d'une de ces formes de violence à la fois (Grisé-Bolduc, 2022; Josse, 2019; Milot et al., 2018). Considérant le fait que les adolescents s'inscrivent dans des relations significatives à des proches et qu'ils leur aient difficile d'esquiver cette relation, la possibilité de développer un trauma complexe reste réelle et d'autant plus probable dans des contextes de familles dysfonctionnelles (Courtois, 2008; Herman, 1992; Milot et al., 2021). En ce sens, l'événement traumatique est associé à la perception de l'individu relativement à la dangerosité d'un événement et aux réactions émotionnelles qui y sont associées. Ces dernières sont directement tributaires du développement de la personne et peuvent, parfois, apparaître de façon différée (Josse, 2019; Gabowitz et al., 2008). Dans cette perspective, le trauma complexe peut être engendré par des actes commis, c'est-à-dire des actes concrets et observables (ex., violences physiques, abus sexuels, menaces de violence ou d'abandon, violation des frontières et des

contextes de dénigrement, d'humiliation, de contrôle, d'isolement, etc.), ou des actes omis qui se traduisent, quant à eux, par des difficultés dans la réponse aux besoins physiologiques, psychologiques, affectifs et éducatifs du jeune (ex., abandon, négligence, indifférence, absence de soins lors de blessures ou de maladies, absence de soutien dans l'identification et la régulation des émotions, etc.) (Ford et Courtois, 2013). Le concept de trauma complexe permet donc de considérer la manière avec laquelle les adolescents interagissent avec les caractéristiques des autres systèmes (potentiel expérientiel) sur la base de leurs difficultés adaptatives, ayant souvent la conséquence néfaste d'accroître ces dernières (Milot et al., 2018). Les actes émis dans des contextes de vie considérés pathogènes sont sujets à stimuler une réaction traumatique complexe, en plus de contribuer au processus de mésadaptation de l'individu (Milot et al., 2018). Conséquemment, le trauma complexe engendre donc chez les adolescents des difficultés adaptatives persistantes sur les dimensions identitaire, relationnelle et émotionnelle (Milot et al., 2021). Cela s'explique par le fait que le développement des adolescents est en plein épanouissement et que ces événements à caractères traumatiques s'intègrent et teintent leur trajectoire développementale, laissant des traces mnésiques (ex., de faibles capacités de mentalisation, des représentations de soi et des autres qui sont négatives, un attachement insécurisant ou désorganisé, des difficultés d'ordre émotionnel, des retards au niveau de différents apprentissages, etc.) (Milot et al., 2021).

2.2.1 Les paramètres et les composantes d'un événement traumatique

L'événement traumatique peut être soit d'origine naturelle, soit d'origine humaine (Ford et Courtois, 2013; Grisé-Bolduc, 2022; Josse, 2019). Les traumatismes d'origine naturelle comprennent les catastrophes climatiques (ex., inondations, ouragans, etc.), géologiques (ex., séisme, tremblement de terrain, tsunami, etc.), ou biologiques (ex., pandémies comme la COVID-19 ou le SIDA, etc.) (Josse, 2019). Les traumatismes d'origine humaine, quant à eux, sont caractérisés par de la violence et des mauvais traitements, des accidents ainsi que la perte de personnes significatives (Courtois, 2008; Josse, 2019). En ce qui a trait aux violences et aux mauvais traitements, il s'avère possible de mentionner que les impacts se présentent selon six formes distinctes: les agressions sexuelles (1) qui comprennent l'inceste, les abus sexuels, le viol, l'esclavage sexuel et la prostitution forcée; la maltraitance physique (2) qui englobe les brutalités infligées telles que des sévices corporels (coups et blessures) administrés par l'usage de la force

physique ainsi que l'exploitation des enfants et des adolescents comme main-d'œuvre dans des ateliers clandestins ou comme enfants soldats (boucliers humains, détecteur de mines, etc.); la négligence grave (3) impliquant des manquements de la part de l'adulte envers le mineur sous sa responsabilité en lien avec les soins, l'alimentation, l'hygiène, l'affection, etc.; la violence psychologique exercée par les adultes ou par les pairs (4) tels que les humiliations, le rejet, le mépris, le harcèlement, les menaces, la soumission à des règles et à des rites rigides, etc.; les attitudes malsaines (5) qui comprennent la promiscuité sexuelle, l'exhibitionnisme ainsi que des conduites sexualisées et des traditions et pratiques dommageables (6) telles que les mutilations sexuelles (clitoridectomie, excision, etc.), les mariages forcés, les rites de passage marqués par de la brutalité, etc. (Ford et Courtois, 2013; Grisé-Bolduc, 2022; Josse, 2019).

Les pertes significatives sont, quant à elle, définies par l'abandon de l'enfant par ses parents, le décès tragique d'un proche, les ruptures de liens après une séparation conjugale, l'éloignement de la personne en raison d'une hospitalisation, etc. Il est également pertinent de soulever que les pertes de personnes signifiantes sont davantage dommageables chez les enfants et les adolescents puisqu'ils sont sensibles aux ruptures affectives. En ce sens, les relations que ces derniers créent avec des figures d'attachement constituent l'essence même permettant l'établissement d'un sentiment de sécurité et de confiance. Une séparation abrupte peut donc compromettre sérieusement leur développement psychosocial (Josse, 2019).

2.2.2 Le trauma complexe et le développement à l'adolescence

Les traumas interpersonnels vécus pendant l'enfance affectent le développement de l'individu notamment la construction de son identité ainsi que ses capacités à être en relation (Cook *et al.*, 2005; Milot *et al.*, 2018; Revet *et al.*, 2020). Ces impacts sont d'autant plus importants, puisque ces traumas complexes s'inscrivent au cœur de relations interpersonnelles significatives pour l'individu (Cook *et al.*, 2005; Milot *et al.*, 2018). En ce sens, la perception de la menace à l'intégrité physique et psychologique de la personne (expérience subjective), l'appréciation de la sévérité ainsi que la permanence des répercussions sur la qualité de la vie future du jeune dépendent de son développement cognitif (Josse, 2019) ainsi que de ses ressources personnelles au moment des événements (Germain et Chan, 2018; Revet *et al.*, 2020). Par ailleurs, il est précisé qu'en présence de trauma complexe, les individus investissent leurs ressources personnelles dans leur

survie plutôt que dans le développement de compétences fondamentales. Ainsi, les difficultés observées durant la petite enfance consistent davantage en des difficultés de sommeil, d'anxiété de séparation et d'irritabilité (Gabowitz et al., 2008; Revet et al., 2020). Chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes principaux comprennent: la peur, l'agressivité, les cauchemars, la somatisation, l'hyperactivité, les difficultés d'apprentissage, la régression comportementale et les symptômes du TSPT (Ford et Courtois, 2013; Gabowitz et al., 2008; Revet et al., 2020). À l'adolescence, Revet et al., (2020) mentionnent que les jeunes présenteront un portrait clinique similaire à celui de l'adulte en ce qui a trait aux cauchemars, à l'émoussement affectif, à l'évitement de tout ce qui pourrait rappeler le trauma complexe ainsi que de la symptomatologie anxio-dépressive. Il est également plus fréquent d'observer, chez les adolescents, des comportements à risque ou autodestructeurs, tels que la promiscuité sexuelle, l'abus de substances et la délinquance, en plus des symptômes dépressifs, de somatisation et de retrait (Gabowitz et al., 2008; Revet et al., 2020). Finalement les problématiques engendrées par les situations de trauma complexe perdurent dans le temps, de l'enfance jusqu'au terme de l'adolescence, et peuvent même, parfois, perdurer à l'âge adulte (Revet et al., 2020).

2.3 Les répercussions biopsychosociales du traumas complexe à l'adolescence

Le trauma complexe à l'adolescence se traduit donc par le développement de l'individu dans des conditions d'adversité familiale ou de traumas interpersonnels multiples et chroniques impliquant, couramment, une figure d'attachement (Milot et al., 2018; Pratchett et Yehuda, 2014). Milot et al., (2018, p.75), rapporte également dans leurs écrits que : « les traumas complexes sont ainsi liés à une constellation complexe de répercussions interreliées (figure 1), parfois difficile à départager et qui tendent à créer un cercle vicieux, puisque chacune augmente le risque de difficultés concomitantes chroniques ». En ce sens, plusieurs répercussions ayant un impact sur le fonctionnement de l'individu sont répertoriées dans la littérature (Allen et al., 2008; Blaustein et Kinniburgh, 2019; Cyr et al., 2010; Fonagy et Target, 2006; Milot et al., 2018; Pearlman et Courtois, 2005; Pratchett et Yehuda, 2014; Revet et al., 2020). La figure ci-dessous établit les répercussions selon les trois domaines biopsychosociaux.

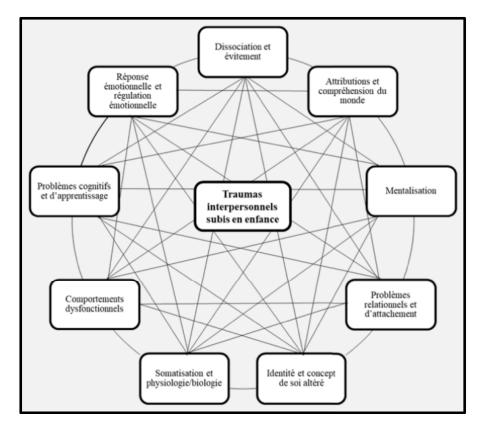


Figure 1 Enchevêtrement des répercussions

Milot, T., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (2018). Répercussions liées au tramas complexes. Dans Milot, T., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (dir.), *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir*. (p.58-90). PUQ.

2.3.1 Somatisation physique et biologique

Tel que rapporté par Milot et al., (2018, p.68) : « lorsqu'un adolescent est exposé à des traumas complexes, une série de réactions biologiques se met en place de façon automatique en réponse à la peur suscitée par les événements ». De ce fait, bien que ces réactions soient fondamentales pour la survie de l'homme, il n'en demeure pas moins que celles-ci laissent des traces indélébiles lors du développement de la personne affectant le système de réponse au stress (Milot et al., 2018; Pratchett et Yehuda, 2014). Dans cette perspective, deux trajectoires développementales sont répertoriées en fonction du dérèglement de la réponse au stress chez les jeunes ayant vécu des traumatismes complexes, soit un taux de cortisol anormalement élevé ou anormalement bas en comparaison à d'autres adolescents (Milot et al., 2018). Ces deux problématiques font en sorte que les adolescents n'ont donc plus accès à un système de réponse au stress concordant avec les situations qu'ils vivent, celui-ci étant soit hyperréactif, soit hyporéactif (Blaustein et Kinniburgh,

2019 ; Ford et Courtois, 2013 ; Grisé-Bolduc, 2022; Milot *et al.*, 2018). Ainsi, les adolescents présentant un trauma complexe peuvent donc avoir des réactions intenses et disproportionnées par rapport à une situation ou, à l'inverse, avoir une réaction détachée et inconsciente face aux dangers présents (Blaustein et Kinniburgh, 2019 ; Milot *et al.*, 2018).

2.3.2 Difficultés relationnelles et d'attachement

Compte tenu de ce qui précède, la capacité de l'adolescent à développer un style d'attachement sécurisant se retrouve compromise chez les jeunes qui ont grandi dans un environnement incohérent ou qui ont subi de mauvais traitements physiques et psychologiques par des personnes significatives (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Cyr et al., 2010; Grisé-Bolduc, 2022; Milot et al., 2018). En ce sens, Cyr et al., (2010) démontrent, par le biais d'une méta-analyse, que les adolescents victimes de maltraitance ont une prévalence plus élevée de développer un style d'attachement de type insécurisant, tels que désorganisé, ambivalent ou évitant (voir annexe A). Par ailleurs, selon Milot et al., (2018, p.66): « une des hypothèses les plus répandues pour expliquer les liens étroits entre les traumas complexes et l'attachement désorganisé est que les parents d'enfants traumatisés — en particulier ceux victimes de mauvais traitements intrafamiliaux — constituent à la fois une source de peur et de réconfort pour leurs enfants ». Les traumas complexes vécus par ces adolescents ont donc pour effets néfastes d'accroître leurs besoins de protection et de réassurance, tout en diminuant leur confiance envers autrui (Dubé et al., 2018; Milot et al., 2018). Conséquemment, ces adolescents sont donc plus réactifs aux possibilités de rejet, d'abandon ou de perte en raison de leurs insécurités personnelles (Milot et al., 2018; Pearlman et Courtois, 2005). Les difficultés au niveau relationnel résultent donc de la complexité du vécu émotionnel, puisque ces individus ont de la difficulté à anticiper les conséquences de leurs actes ou à considérer le point de vue des autres (Milot et al., 2018). Tout cela représente donc des éléments qui font en sorte qu'ils leur aient difficile d'entretenir des relations stables et satisfaisantes (Pearlman et Courtois, 2005).

2.3.3 Difficultés cognitives

Le concept de zone proximale de développement réfère à l'écart entre les diverses aptitudes et habiletés que l'enfant acquiert de façon autonome et celles qu'il acquiert grâce au soutien d'un adulte. De ce fait, l'absence de figures parentales soutenant le développement des compétences de

l'enfance à l'adolescence lors de cette zone proximale de développement limite les possibilités d'apprentissage de l'individu à des moments opportuns (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Milot et al., 2018). Par conséquent, le développement des fonctions cognitives et des processus d'apprentissage peut être affecté par les diverses répercussions des traumas complexes (Milot et al., 2018). En ce sens, les adolescents peuvent présenter des retards précoces au niveau de l'expression langagière et des difficultés d'attention et de concentration soutenues (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ces derniers peuvent également faire l'expérience de difficultés au niveau du fonctionnement exécutif, tels que la planification, l'organisation et la résolution de problèmes (Milot et al., 2018; Blaustein et Kinniburgh, 2019). Parallèlement, ces difficultés au niveau cognitif tendent à engendrer des problématiques en lien avec la mentalisation, une capacité réflexive permettant à l'individu de donner un sens à son expérience interne ainsi qu'au monde qui l'entoure (Allen et al., 2008). Il peut donc être ardu pour les jeunes ayant été exposés à des traumas complexes de faire la distinction entre la signification de leurs propres comportements et ceux des autres (Allen et al., 2008; Milot et al., 2018). Cela se reflète par le fait que les adolescents peuvent présenter une incapacité à reconnaître et à interpréter leurs propres états internes (Allen et al., 2008). Par ailleurs, la mésinterprétation des comportements d'autrui peut faire obstacle à la régulation appropriée des émotions (Allen et al., 2008; Fonagy et Target, 2006), tandis qu'une bonne capacité réflexive permet de mieux tolérer les émotions difficiles, sans les atténuer, ni les modifier ou s'en dissocier (Allen et al., 2008; Berthelot et al., 2013). À l'inverse, le phénomène de la dissociation agit comme mécanisme de gestion des émotions (Berthelot et al., 2013 ; Oathes et Ray, 2008). La dissociation fait référence à l'altération des souvenirs (ex., amnésie ou perte de mémoire) ou du sens des expériences vécues entraînant, ainsi, des interruptions dans l'histoire personnelle de la personne (Oathes et Ray, 2008). En d'autres termes, l'adolescent ayant un vécu traumatique peut se dissocier mentalement de son expérience négative par le biais de la déréalisation (ex., sentiment d'être détaché de son environnement) ou de la dépersonnalisation (ex., impression d'être devenu un observateur de son expérience) (Milot et al., 2018; Oathes et Ray, 2008).

2.3.4 Difficultés de régulation émotionnelle

Compte tenu de ce qui précède, les traumas complexes sont liés à des expériences de dysphorie et d'émotions négatives intenses (ex., peur, effroi, angoisse, désespoir, honte, etc.), qui surpassent

les habiletés de régulation émotionnelle de l'adolescent (Milot *et al.*, 2018). De ce fait, face aux émotions intenses générées par les traumatismes, il arrive que le jeune individu n'ait pas encore acquis ni développé les ressources cognitives nécessaires pour les affronter (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Milot *et al.*, 2018). D'autant plus que l'adolescent, exposé à divers traumatismes depuis son enfance, a été, par le fait même, aussi exposé à des modèles de régulation émotionnelle dysfonctionnels et problématiques (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Milot *et al.*, 2018). Par conséquent, ces expériences traumatisantes peuvent entraîner des perturbations de l'humeur, telles que la dépression ainsi que les troubles anxieux (Milot *et al.*, 2018). Messina *et al.*, (2014) précisent également que l'adolescent ayant grandi dans un contexte traumatique est à risque de présenter un déficit au niveau de la régulation émotionnelle. Plus exactement, l'adolescent est à risque de présenter de l'alexithymie, soit une difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions ou celles d'autrui (Messina *et al.*, 2014; Milot *et al.*, 2018).

2.3.5 Difficultés comportementales

Considérant le fait que les adolescents ayant été victimes de traumas répétés présentent des difficultés d'ordre cognitives et affectives, il s'avère possible de rapporter qu'ils sont également susceptibles d'adopter des comportements désorganisés et dysfonctionnels (Fonagy et Target, 2006; Milot et al., 2018). En effet, les adolescents victimes d'un trauma complexe présentent davantage de risques de présenter des comportements extériorisés ou intériorisés, et ce, en fonction de leurs réactions associées au traumatisme (Josse, 2019; Milot et al., 2018). Les troubles de comportements extériorisés réfèrent aux comportements de l'ordre de l'agir (Dubé et al., 2018; Forest, 2001). En d'autres termes, cela réfère aux faits que les adolescents extériorisent leur souffrance par le biais de comportements observables, tels que des conduites agressives (ex., violence physique et verbale), oppositionnelles (ex., mensonges, adoption d'une attitude négative, etc.) et délinquantes (ex., vol, fugue, consommation d'alcool et de drogues, etc.) (Dubé et al., 2018). Cet aspect peut donc se définir par le fait que les adolescents sont davantage portés à exprimer leur ressentiment par l'entremise de gestes impulsifs et spontanés, qui ne sont pas l'objet d'un processus réflexif, souvent dirigés vers autrui (Dubé et al., 2018; Fonagy et Target, 2006). Des études font également prévaloir que les comportements extériorisés sont dayantage présents chez les garçons que chez les jeunes filles (Mathijssen et al., 1999; Miller et al., 1993). Les troubles intériorisés, quant à eux, réfèrent aux comportements moins manifestes, tels que la dépression,

l'anxiété, les troubles psychosomatiques et le retrait social. Il s'agit de comportements possibles chez les jeunes qui présentent une grande détresse intérieure et un niveau de contrôle élevé (Forest, 2001). En ce sens, ces jeunes passent souvent inaperçus. En outre, des études ont également démontré que ces troubles sont plus communs chez les jeunes filles que chez les garçons (Fisher *et al.*, 1984; Kauffman, 1993). Cela dit, derrière le tableau de difficultés d'ordre comportementales associées au trauma complexe, il est important d'aller au-delà des comportements problématiques (externalisés ou internalisés) de l'adolescent afin de comprendre son vécu traumatique, et ce, tout en prenant en considération son âge développemental ainsi que ses capacités adaptatives (Milot *et al.*, 2018).

3 APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

3.1 Les concepts théoriques de l'approche cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est apparue dans les années 1960. Il s'agit d'une approche qui est issue et s'inscrit dans le développement des théories de l'apprentissage telles que le conditionnement classique (Pavlov et Watson), le conditionnement opérant (Skinner et Thorndike), l'apprentissage social (Banduras) ainsi que divers modèles cognitifs (Beck et Ellis) engendrés par l'étude du traitement de l'information (Cottraux, 2006; Makota *et al.*, 2022; Turgeon et Parent, 2012). La TCC considère les comportements inadaptés comme étant le résultat d'un apprentissage découlant d'expériences antérieures survenues dans des situations semblables, puis maintenues par les contingences de l'environnement (Bolton, 2005; Makota *et al.*, 2022). Cette approche cherche donc à remplacer un comportement inadapté grâce à un nouvel apprentissage dans le but d'avoir des comportements plus adaptés à la situation de la personne (Cottraux, 2006; Makota *et al.*, 2022; Mignot *et al.*, 2011). Par ailleurs, il s'agit d'une approche qui se catégorise parmi les plus efficaces dans l'intervention et le traitement des troubles de comportement et de délinquance (Lanctôt, 2010; Landenberger et Lipsey, 2005). En ce sens, cette approche a été définie avec les années selon trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel (Cottraux, 2006; Kendall, 2012; Makota *et al.*, 2022; Mignot *et al.*, 2011).

3.1.1 Le modèle comportemental

La première vague, comportementale, tente de comprendre les comportements humains par le biais des comportements observables et mesurables (Makota *et al.*, 2022; Mignot *et al.*, 2011). En ce sens, la TCC cherche à modifier des séquences comportementales dysfonctionnelles afin de permettre une meilleure adaptation de la personne à son environnement par le biais de l'apprentissage de comportements alternatifs (Cottraux, 2020; Makota *et al.*, 2022). Cette première vague de la TCC démontre, selon les principes du conditionnement, qu'une personne peut apprendre à augmenter ou à diminuer un comportement, puisque ces derniers sont influencés par les conséquences qu'ils provoquent ainsi que par l'environnement (Makota *et al.*, 2022). En outre, il est prouvé par cette première vague que les personnes ont tendance à répéter des comportements ayant des conséquences bénéfiques ou permettant de soulager un état désagréable (Cottraux, 2020; Makota *et al.*, 2022).

3.1.2 Le modèle cognitif

La deuxième vague, cognitive, considère que les cognitions influencent les émotions ressenties par la personne et ses comportements (Makota *et al.*, 2022). Ainsi, ce modèle se définit par le fait que les processus mentaux (ex., pensée, perception, prise de décision, mémoire, etc.) d'une personne guident ses comportements (Mignot *et al.*, 2011). Les pensées sont donc perçues comme étant des interprétations ainsi que des perceptions de la réalité permettant à un individu de s'adapter à son environnement (Cottraux, 2020). En ce sens, une problématique résulte d'une distorsion cognitive (interprétation erronée des pensées) dans le traitement de l'information d'une situation (Cottraux, 2020; Makota *et al.*, 2022). La deuxième vague a donc pour objectif d'amener la personne à identifier ses pensées liées à son comportement problématique, de les questionner, de les interpréter et de les modifier (Makota *et al.*, 2022). Cette approche met donc l'accent sur le rôle des pensées automatiques et vise à restructurer les schémas cognitifs par l'utilisation de pensées alternatives permettant à la personne de mieux s'adapter à son environnement (Cottraux, 2020; Makota *et al.*, 2022).

3.1.3 Le modèle émotionnel

La troisième vague, émotionnelle, est plus intégrative (Makota *et al.*, 2022). Elle cherche à amener la personne à l'acceptation de sa condition en modifiant ses relations entre ses comportements, ses émotions et ses pensées (Makota *et al.*, 2022). De ce fait, bien que les émotions soient caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir, il n'en demeure pas moins que ces dernières correspondent à des modifications physiologiques de l'organisme en réponse à des stimuli environnementaux (Cottraux, 2020; Makota *et al.*, 2022). Selon Cottraux (2020, p.5), ce modèle permet donc de mettre de l'avant : « la transformation de l'émotion (phénomène physique) en affect (phénomène mental : plaisir, tristesse, anxiété, peur, dégoût, colère) dépend de l'interprétation de la situation, mais non de la situation elle-même. Ainsi, l'affect dépendrait de la cognition ». De ce fait, puisque la troisième vague intègre davantage l'impact des émotions sur les comportements et les pensées d'une personne, certains auteurs utilisent le terme « émotivo-cognitivo-comportementale » afin d'aborder cette approche (Mignot *et al.*, 2011).

3.2 L'approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale est une approche basée sur une conceptualisation théorique rigoureuse qui s'insère dans un modèle biopsychosocial, selon lequel les troubles d'ordres psychiatriques ont une origine à la fois biologique, psychologique et sociale (Cottraux, 2006; Prairie *et al.*, 2021; Turgeon et Parent, 2012). En ce sens, le comportement est donc perçu comme étant le résultat d'une interaction entre les particularités de l'individu et celles de son environnement (Cottraux, 2006). Autrement dit, il coexiste une interrelation entre les pensées d'un individu, ses émotions ainsi que ses comportements et réactions physiologiques associés à un événement (Prairie *et al.*, 2021), tel que démontré à la figure 2 (Maurer *et al.*, 2014). Dans cette perspective, chacun de ces éléments peut s'influencer de manière fonctionnelle ou dysfonctionnelle, et ce, selon un apprentissage qui peut être désappris (Prairie *et al.*, 2021).

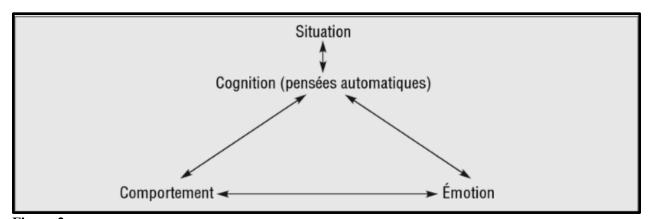


Figure 2 Triade cognitive de Aaron T. Beck

Source: Maurer, D., Thibaut, F., et Granger, B. (2014).

Compte tenu de ce qui précède, Kendall (2012) insiste également sur l'interaction entre les composantes cognitives, comportementales et émotives dans le développement des troubles d'adaptation et dans leur traitement. Cette approche est définie, plus précisément, par Cottraux (2006) comme étant l'utilisation d'une méthodologie expérimentale ayant pour but de comprendre et de modifier les problèmes d'adaptation chez les individus. Il s'agit donc d'une approche concrète et centrée sur le présent (*ici et maintenant*) visant la modification, chez un individu, de ses comportements actuels inadaptés (Turgeon et Parent, 2012).

4 LE RÔLE DE LA PSYCHOÉDUCATION DANS L'INTERVENTION DES CAS COMPLEXE

4.1 Définition de la psychoéducation

L'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) définit le champ d'exercice de la psychoéducation comme suit : « 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» (OPPO, 2014). L'approche psychoéducative s'inscrit donc sur un continuum dans lequel l'intervention du professionnel tend à reconnaître les capacités adaptatives de l'individu afin de lui permettre de mieux s'adapter à son environnement (Renou, 2005). Il s'agit donc d'une approche qui met l'emphase sur le processus de réflexion afin d'aider la personne à prendre conscience de la relation de causalité entre les résultats d'une action et les moyens utilisés pour y parvenir. En ce sens, la psychoéducation contribue à la reconstruction de l'identité, au développement des compétences adaptatives et à l'exploration des émotions générées par les difficultés d'adaptation. Tous ces aspects contribuent, ainsi, au processus permettant à la personne d'apporter des changements significatifs contribuant à son mieux-être (Bonsack et al., 2015; Renou, 2005). La psychoéducation se distingue également par le fait que le professionnel est soucieux d'établir un climat de confiance, tout en tenant compte des forces, des limites ainsi que des vulnérabilités de la personne dans l'optique de favoriser l'apprentissage et l'acquisition de nouvelles compétences (Renou, 2005; Renou 2014).

4.2 L'intervention psychoéducative

L'intervention psychoéducative, quant à elle, est définie par Gendreau (2001, p.15) comme étant : « une intervention spécialisée qui, en utilisant le milieu de vie d'un jeune aux prises avec des difficultés spécifiques d'adaptation, accompagne et soutient ce jeune dans sa démarche vers un meilleur équilibre face à lui-même et face à son entourage ». L'intervention psychoéducative considère donc les forces de la personne et celles de son entourage ainsi que leurs interactions afin d'établir des objectifs concrets ciblant les besoins de la personne en situation de déséquilibre (Renou, 2005). Pour ce faire, le psychoéducateur observe et analyse les personnes en interaction

avec leur environnement, propose des stratégies adaptatives correspondant aux besoins de la personne, offre du soutien à l'entourage et désamorce les situations de crise amenant à un déséquilibre dans la vie de l'individu. L'intervention psychoéducative se démarque donc par la capacité du professionnel à travailler à partir des forces adaptatives de la personne en difficulté afin de l'accompagner concrètement dans le développement de nouvelles compétences visant à retrouver un équilibre (Gendreau, 2001).

4.3 L'interdisciplinarité dans l'intervention du trauma complexe chez l'adolescent

Compte tenu de ce qui précède, l'intervention auprès des adolescents ayant un trauma complexe nécessite toutefois une interdisciplinarité afin de favoriser l'intégration des connaissances et des expertises de divers professionnels dans la résolution de cette problématique (Milot *et al.*, 2021). Il importe donc aux différents professionnels de bien connaître leurs champs d'expertise et de compétences dans le but de favoriser un travail commun vers le rétablissement de la personne en déséquilibre. En ce sens, le projet de loi 21 (PL21) offre une distinction claire entre les différentes professions œuvrant dans le secteur de la santé mentale afin de s'assurer de la rigueur et de l'intégrité du système professionnel (Office des professions du Québec, 2021).

D'une part, la psychoéducation, dans le cadre de l'intervention auprès des adolescents ayant un trauma complexe, peut être définie comme une intervention à la fois didactique et de mise en relations (Bonsack *et al.*, 2015). Il s'agit d'une intervention visant à enseigner aux jeunes ainsi qu'à leurs proches aidants les problématiques de santé mentale ainsi qu'à promouvoir les capacités adaptatives de la personne afin d'y faire face (Bonsack *et al.*, 2015; Dorrepaal *et al.*, 2012; Moller et Rice, 2006). D'autre part, l'intervention psychoéducative de type cognitivo-comportementale permet aux jeunes individus ayant un trauma complexe de diminuer leurs sentiments de culpabilité et de honte, en plus de leur permettre de mieux tolérer les affects douloureux puisqu'ils sont en mesure de mieux comprendre leur fonctionnement biopsychosocial (Dorrepaal *et al.*, 2012; Moller et Rice, 2006). L'objectif d'intervention visé par le psychoéducateur est donc d'aider les individus présentant des difficultés d'adaptation à atteindre un idéal au quotidien en mettant en place des stratégies personnalisées et spécifiques (Douville et Bergeron, 2018). En d'autres termes, le psychoéducateur est donc en mesure de prendre en considération les ressources de l'environnement ainsi que le stade développemental de la personne afin d'établir le meilleur plan

d'intervention possible (Douville et Bergeron, 2018; Gendreau, 2001; Office des professions du Québec, 2021). En parallèle, bien que la psychoéducation soit une partie intégrante de la première étape d'intervention, il n'en demeure pas moins qu'une intervention psychothérapeutique puisse être nécessaire afin de rétablir les affects et les cognitions de l'adolescent associés à la détresse provoquée par le trauma complexe (Milot, 2021). De ce fait, une référence à postériori vers un psychologue ou un psychothérapeute afin de travailler en interdisciplinarité auprès de l'adolescent peut être réalisée.

4.4 Dépistage et évaluation des traumas complexes

Il est important pour le professionnel de bien réaliser l'évaluation des traumatismes complexes en raison de leurs retentissements potentiellement nuisibles sur le fonctionnement biopsychosocial de l'adolescent (Milot et al., 2018; Taylor et Siegfried, 2005). Lorsque cette évaluation est bien réalisée, la compréhension des traumas complexes subis durant l'adolescence présente plusieurs avantages. En effet, elle permet de contextualiser les problèmes émotionnels et comportementaux présents, de relever les moments associés aux événements traumatiques vécus, de discerner l'élément déclencheur en plus d'identifier la séquence comportementale de l'adolescent (Nader, 2008; Taylor et Siegfried, 2005). Par ailleurs, l'évaluation permet non seulement d'identifier les facteurs pouvant contribuer à une augmentation des risques de victimisation ainsi que de problèmes de santé mentale à long terme, mais également de soutenir la prise de décision clinique du professionnel (Nader, 2008; Taylor et Siegfried, 2005). En ce sens, les outils de mesure choisis par le professionnel pour réaliser l'évaluation du trauma complexe devraient prendre en considération le vécu des jeunes pour comprendre entièrement leurs trajectoires développementales. Ainsi, l'historique du trauma complexe est pris en considération et aucun élément n'est négligé ni surestimé dans l'élaboration des causes des difficultés de l'adolescent (Milot et al., 2018; Putnam et al., 2014).

Compte tenu de ce qui précède, le dépistage ainsi que l'évaluation d'un trauma complexe sont des étapes fondamentales dans la planification des interventions ainsi que dans la réponse aux besoins des adolescents. Il s'avère donc nécessaire que les résultats des outils utilisés soient interprétés avec discernement (Kisiel *et al.*, 2014; Milot *et al.*, 2018). Par ailleurs, les instruments de mesure se doivent d'être interprétés comme étant des indicateurs du fonctionnement actuel de l'adolescent,

plutôt qu'un prédicteur des enjeux potentiels, et ce, malgré les changements qui peuvent se produire à l'adolescence (Archer, 2005 ; Milot et al., 2018). Il est donc primordial de souligner l'importance de la formation des intervenants chargés des dépistages et des évaluations, puisque ces modalités d'intervention reposent sur les compétences cliniques des professionnels (Kisiel et al., 2014; Milot et al., 2018). En ce sens, ces intervenants sont en mesure d'assurer l'accompagnement des jeunes de façon bienveillante dans le dévoilement de leur vécu traumatique (Milot et al., 2018). Par exemple, les intervenants sont en mesure de développer une approche et un lien de confiance auprès des individus leur permettant ainsi de poser des questions impliquant un sentiment de vulnérabilité (ex., questions liées aux abus de nature sexuelle) ce qui fait en sorte que les adolescents ne se sentent pas stigmatisés (Milot et al., 2018). De plus, il est important pour l'intervenant d'adopter une attitude empathique permettant l'ouverture au vécu d'autrui (Kisiel et al., 2014; Milot et al., 2018). Pour ce faire, il s'avère essentiel d'observer les forces et la capacité de résilience de l'adolescent afin de permettre au psychoéducateur de soulever les capacités adaptatives de l'individu, et ainsi, de diminuer son sentiment d'incapacité personnelle, et ce, tout au long du dépistage et de l'évaluation (Milot et al., 2018). Dans cette perspective, Kisiel et al., (2014) recommandent que seul le professionnel possédant les connaissances théoriques et pratiques appropriées au cas complexe chez un adolescent joue un rôle actif dans la conduite d'une évaluation. Cette recommandation a également pour but d'assurer un processus rigoureux et méthodique permettant aux adolescents d'aborder leurs expériences pour la première fois et de briser le silence sur leur vécu traumatique, tout en minimisant les répercussions négatives (Kisiel et al., 2014; Milot et al., 2018).

4.4.1 Instruments de mesure

En ce qui concerne les instruments de mesure, une étude menée par Hamby et Finkelhor (2000) a démontré que les questionnaires autoadministrés permettent d'obtenir des données précises en lien avec le trauma complexe vécu par l'adolescent. En effet, cette étude a permis de constater que les jeunes sont perçus comme étant des sources fiables quant à leurs expériences vécues ainsi que leurs réactions post-traumatiques (Hamby et Finkelhor, 2000; Nader, 2008). Dans cette perspective, plusieurs chercheurs recommandent donc de privilégier l'utilisation de questionnaires autorapportés lors de cas de symptômes internalisés et de prioriser l'utilisation de questionnaires remplis par le proche aidant principal ou l'enseignant pour corroborer l'information concernant

les problèmes externalisés (ex., conduites agressives, opposition, etc.) ou les difficultés scolaires (Kisiel et al., 2014; Milot et al., 2018; Nader, 2008; Weis et al., 2005). De cette façon, la triangulation des résultats, bien qu'elle exige plus de rigueur et de temps, permet d'augmenter la fiabilité des résultats obtenus afin de mieux cibler les besoins de cette clientèle vulnérable (Milot et al., 2018; Nader, 2008). L'annexe B, présente donc un répertoire des instruments de mesure suggérés pour les enfants et les adolescents tirés des recherches de Collin-Vézina et Milne (2014) pouvant être utilisé par des professionnels ayant une maîtrise (ou un équivalent) ou ayant une formation précise en santé mentale. Parallèlement aux outils d'évaluation présentés, certains auteurs recommandent que le choix des instruments de mesure tienne davantage compte de l'âge développemental plutôt que l'âge chronologique de l'adolescent (Collin-Vézina et Milne, 2014; Hamby et Finkelhor, 2000; Amaya-Jackson et al., 2000). En outre, selon Collin-Vézina et Milne (2014) : « la sélection devra être basée sur une réflexion quant à l'objet d'intérêt, c'est-à-dire les événements traumatiques, les symptômes traumatiques ou ces deux construits simultanément ». Plusieurs de ces instruments s'accompagnent également de versions pour parent, enseignant ou dispensateur de soins permettant de trianguler les résultats obtenus (Milot et al., 2018). Il va sans dire également que le choix des instruments de mesure dépend des problématiques vécues par l'adolescent (Milot et al., 2018). En ce sens, les instruments de mesure peuvent varier d'un adolescent à un autre, et ce, en fonction de leurs besoins identifiés (Hébert et Daignault, 2015; Milot et al., 2018). Pour ces raisons, l'évaluation auprès des adolescents vise à distinguer les réactions associées à l'âge développemental de celles associées à leur traumatisme (Milot et al., 2018).

5 LES INTERVENTIONS PSYCHOÉDUCATIVES UTILISÉES DANS L'INTERVENTION DES CAS COMPLEXES

5.1 Le traitement d'approche cognitivo-comportementale axé sur le trauma (TF-CBT¹)

La thérapie d'approche cognitivo-comportementale axée sur le trauma complexe (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) est un modèle d'intervention, permettant d'intervenir directement sur les besoins identifiés des jeunes victimes de trauma (Cohen et Mannarino, 2008; Mannarino et al., 2012; Mannarino et al., 2014; Milot et al., 2018). Il s'agit d'une approche standardisée et structurée qui a fait ses preuves depuis une trentaine d'années afin d'aider les enfants et les adolescents à se relever après un événement à caractère traumatique (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy [TF-CBT], 2024). Cette approche, développée par trois psychologues, Anthony Mannarino, Judith Cohen et Esther Deblinger, a fait l'objet, à ce jour, de 25 essais contrôlés et randomisés qui ont été menés aux États-Unis, en Europe et en Afrique. Ces études ont permis de démontrer que la TF-CBT permet d'améliorer les symptômes et les réponses aux traumatismes des jeunes (TF-CBT, 2024). Il s'agit d'un modèle d'intervention à court terme (8 à 25 séances) qui améliore efficacement les symptômes associés aux traumas, en plus d'atténuer les problématiques d'ordre affectif, cognitif et comportemental (Kendall, 2012; TF-CBT, 2024). De plus, cette approche permet de soutenir et d'accompagner les proches aidants (parents, membre de la famille, famille d'accueil, etc.) dans leurs compétences parentales ainsi que dans leurs stratégies de communication et les interactions de soutien auprès du jeune souffrant de traumatisme (Cohen et Mannarino, 2008; Hébert et Daignault, 2015; TF-CBT, 2024). En ce sens, le tableau 1 présente les différentes composantes de la TF-CBT. Celles-ci se résument par l'acronyme en anglais PRACTICE (Cohen et Mannarino, 2008; Mannarino et al., 2012; Mannarino et al., 2014). Ces diverses composantes visent donc à diminuer les comportements d'évitement associés au trauma chez l'adolescent, par le biais de l'acquisition d'habiletés et de stratégies de régulation des émotions (ex., reconnaître et exprimer ses émotions, comprendre l'influence des pensées sur ses émotions, etc.), d'exercices de restructuration cognitive ainsi que d'éducation sur les réactions possibles des jeunes victimes de trauma (Hébert et Daignault, 2015; Le Blanc Élie et Raîche, 2021; Mannarino et al., 2012). Parallèlement, cette approche vise également à ce que les proches

¹ Trauma focused cognitve behavioral therapy

aidants développent les habiletés parentales appropriées afin qu'ils deviennent des acteurs clés dans la réadaptation de l'adolescent et qu'ils l'accompagnent dans la généralisation de ses acquis (Le Blanc Élie et Raîche, 2021). L'approche TF-CBT est donc un modèle flexible comprenant des séances d'intervention individuelles auprès des enfants et des proches aidants ainsi que des séances communes (Cohen et Mannarino, 2008).

Tableau 1 Composantes de la TF-CBT

Composantes de la 11-CD1		
Psychoeducation and parentig skills	Psychoéducation relative aux réactions associées au trauma, vie	
	familiale saine et pratiques parentales.	
Relaxation skills	Habiletés de relaxation enseignées (parent et enfant).	
Affective modulation skills	Développement d'habiletés de reconnaissance, d'expression et	
	de gestion des émotions.	
Cognitive coping	Développement d'habiletés de reconnaissances et de	
	restructuration des pensées; habiletés visant une meilleure	
	compréhension des liens entre les pensées, les émotions et les	
	comportements associés au trauma.	
Trauma narrative	Exposition graduée aux souvenirs du trauma et narration de la	
	situation traumatisante.	
In-Vivo mastery of trauma reminders	Désensibilisation relative aux souvenirs liés au trauma et	
	maîtrise des émotions liées au trauma.	
Conjoint parent-child sessions	Sessions dyadiques permettant à l'enfant et au parent de	
	s'exercer à appliquer les habiletés apprises et favorisant une	
	discussion sur le trauma vécu.	
Enhancing personal safety and	Éducation et élaboration de stratégies d'adaptation et	
optimal development	d'affirmation de soi ainsi que des habiletés de protection de soi	
	afin de promouvoir la sécurité et le développement optimal de	
	l'enfant.	

Source: Cohen, Mannarino et Deblinger (2016).

Ces divers modules rendent donc possible le travail au niveau des compétences sur le plan affectif, cognitif, biologique et comportemental (Cohen et Mannarino, 2008; Mannarino *et al.*, 2012). En effet, une à une, ces composantes permettent à l'adolescent de revenir sur les événements qui composent son vécu traumatique, et ce, de façon graduelle (Hébert et Daignault, 2015; Le Blanc Élie et Raîche, 2021). Par ailleurs, un des aspects propres à l'approche cognitivo-comportementale dans la TF-CBT demeure l'accent mis sur la psychoéducation afin de valider le vécu et les réactions de l'adolescent (Hébert et Daignault, 2015). Par exemple, l'approche débute par de l'enseignement et de la psychoéducation au niveau de la problématique du trauma complexe (ex., qu'est-ce que le trauma complexe, quels sont les comportements associés à cette problématique, etc.), pour ensuite l'aborder de façon plus personnelle par le biais de la narration du trauma et de

la restructuration cognitive (Hébert et Daignault, 2015). Conséquemment, il est donc à noter que certaines des composantes de ce modèle, telles que la narration du trauma, sont réservées aux professionnels détenant un permis de psychothérapie, délivré par l'Ordre des psychologues du Québec (Le Blanc Élie et Raîche, 2021). Dans le même ordre d'idées, cette approche est dispensée par les personnes ayant une maîtrise dans un domaine se rapportant à la santé mentale et ayant suivi la formation sur la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur les traumatismes, offerte par le programme national de certification des thérapeutes (TF-CBT, 2024).

La démarche évaluative de la TF-CBT, basée sur les instruments de mesure correspondant aux besoins ciblés de l'adolescent, rend donc possible l'identification du niveau d'adaptation de ce dernier. En ce sens, la psychoéducation permet de prendre en considération le trauma complexe de l'adolescent, les facteurs de maintien de ses difficultés et les facteurs de protection de son environnement (Mannarino *et al.*, 2014). Ensemble, ces éléments contribuent à la compréhension des processus d'apprentissages et de conditionnement des difficultés de la personne et à l'atteinte des objectifs d'intervention en vue de changements positifs (Cohen et Mannarino, 2008; Mannarino *et al.*, 2014; Milot *et al.*, 2018).

5.1.1 L'apport de la psychoéducation dans l'approche TF-CBT

L'interdisciplinarité dans l'approche TF-CBT permet d'intervenir sur l'ensemble des composantes biopsychosociales d'un trauma complexe chez un adolescent, en plus d'aider ses proches aidants à bien comprendre cette problématique (Cohen et Mannarino, 2008). En ce sens, la psychoéducation est, quant à elle, mise de l'avant dans ce modèle d'intervention par l'éducation sur les différentes problématiques et l'accompagnement des individus dans le développement de nouvelles stratégies adaptatives (Cohen et Mannarino, 2008; Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, 2024). La psychoéducation permet l'identification de la fonction des comportements, des pensées ainsi que des émotions qui seront ciblés dans l'intervention visant à rétablir l'équilibre de l'adolescent (Kendall, 2012). Par ailleurs, étant donnée la complexité de la problématique, la conduite d'un processus d'évaluation et d'intervention en psychoéducation permet, lors de la première composante de l'approche TF-CBT, d'obtenir une vision d'ensemble de la trajectoire développementale de l'adolescent et de ses proches aidants (voir annexe C) (OPPQ, 2014). Celle-ci englobe l'identification de la situation problématique comprenant les

facteurs de risques et de protection (ex., facteurs individuels, familiaux et sociétaux), l'analyse du fonctionnement adaptatif de l'adolescent (ex., manifestations comportementales, le potentiel adaptatif et expérientiel, etc.), ainsi que le jugement clinique du professionnel (OPPQ, 2014). La psychoéducation continue, par la suite, lors des deux composantes suivantes, en fournissant des informations sur les impacts associés au traumatisme ainsi que les diverses problématiques auxquelles l'adolescent et ses proches aidants sont confrontés (ex., conduites agressives, oppositionnelles et délinquantes, la dépression, l'anxiété, etc.). De plus, la psychoéducation permet d'accompagner et de soutenir les proches aidants entourant l'adolescent qui sont impliqués au cours du processus d'intervention, notamment sur la base des inquiétudes et des questionnements concernant le pronostic de cette problématique (Cohen et Mannarino, 2008). La notion de psychoéducation accompagne donc l'adolescent et ses proches aidants tout au long de l'approche TF-CBT dans le but de s'assurer auprès de tous de leur compréhension de la réalité du trauma complexe ainsi que de la symptomatologie l'accompagnant (Cohen et Mannarino, 2008; Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, 2024).

5.2 La contribution des proches aidants dans le processus d'intervention psychoéducatif

Lorsque les adolescents sont impliqués dans un processus d'intervention psychoéducatif, il est important de porter une attention particulière à la perception que ces derniers ont des individus qui gravitent autour d'eux (Grisé-Bolduc, 2022). Par exemple, la psychologue Évelyne Josse (2019, p.22) relève dans son ouvrage que : « Dans l'univers des enfants, les adultes sont protecteurs, résistants, courageux et invincibles. Les voir angoissés et démunis face aux situations traversées peut avoir des effets délétères sur leur sentiment de sécurité ». Ce sentiment d'insécurité chez les proches aidants peut, en effet, perdurer ou s'intensifier durant l'adolescence chez les jeunes victimes de trauma complexe (Grisé-Bolduc, 2022). En ce sens, la contribution des proches aidants dans le processus d'intervention psychoéducatif auprès de l'adolescent s'avère primordiale afin d'identifier le besoin réel de ces derniers (Grisé-Bolduc, 2022; Milot et al., 2018). Toutefois, il est cependant à noter que les proches aidants (parents, membre de la famille, famille d'accueil, etc.) portent davantage attention aux comportements problématiques qu'à leurs causes sousjacentes (Grisé-Bolduc, 2022). C'est-à-dire que ces derniers vont mettre l'accent sur les conduites de types agressives, oppositionnelles ou délinquantes, plutôt que sur le besoin (ex., soutien, sécurité, accompagnement, etc.) ou l'émotion qui se cache derrière le comportement de

l'adolescent (Grisé-Bolduc, 2022 ; Milot et al., 2018). Ce faisant, cela influence les réactions (ex., émotives, cognitives, comportementales, interprétatives, etc.) que les proches aidants ont envers les comportements de l'adolescent, le qualifiant de manipulateur, menteur, contrôlant, exigeant, demandant ou excessif (Grisé-Bolduc, 2022). Un élément menant à des luttes de pouvoir entre l'adolescent et son proche aidant, puisque ce dernier intervient sur le comportement, ce qui crée une escalade dans les comportements de l'adolescent (Grisé-Bolduc, 2022; Milot et al., 2018). Dans l'optique de diminuer ces luttes de pouvoir, il est donc primordial pour les proches aidants d'offrir à l'adolescent un environnement prévisible et cohérent dans lequel il se sentira en sécurité. Cela aura donc pour effet de diminuer le sentiment d'insécurité chez l'adolescent et contribuera ainsi à la réceptivité de l'adolescent dans les interventions visant à réduire les symptômes engendrés par le trauma complexe (Grisé-Bolduc, 2022). En ce sens, le psychoéducateur accompagne les proches aidants dans l'éducation et la modification de ses techniques d'intervention auprès de l'adolescent, en plus de soutenir ses compétences parentales (ex., résolution de problème, habiletés de communication, gestion des émotions, etc.). À cet effet, Marie-Éve Grisé-Bolduc (2022), psychoéducatrice, a établi cinq piliers permettant de soutenir les proches aidant dans les interventions à préconiser à l'émission de mécanismes de survie manifestés par les jeunes victimes de trauma complexe. Le premier pilier en l'occurrence, prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre normalise le fait qu'il peut être difficile de vivre au quotidien avec un adolescent ayant vécu des traumas et recommande de mettre son bien-être de l'avant. En d'autres mots, il est important de rappeler aux proches aidants (parents, membre de la famille, famille d'accueil, etc.) qu'ils doivent prendre soin d'eux et qu'il demeure nécessaire de prendre conscience de leurs propres capacités de régulation émotionnelle afin, non seulement, d'être des modèles pour l'adolescent, mais également afin d'être en mesure de demander un support professionnel au besoin (Cohen et Mannarino, 2008; Grisé-Bolduc, 2022). Le deuxième pilier nommé par l'auteure, coréguler ou « être » plutôt que « faire », favorise les interactions offrant une proximité rassurante et apaisante. Cette disposition encourage l'accueil des émotions ainsi que des réactions de l'adolescent, et ce, malgré le fait que ces dernières puissent parfois sembler excessives ou même s'exprimer sans raison apparente. Ce pilier met l'accent sur l'importance de l'adoption d'une attitude bienveillante et compréhensive chez les proches aidants à l'égard de l'adolescent, leur permettant ainsi de mieux cibler le besoin derrière le comportement problématique (Grisé-Bolduc, 2022; Siegel et Bryson, 2011). Le troisième pilier qui voit à favoriser la connexion avec les jeunes, permets quant à lui d'établir une meilleure communication entre les aidants naturels et l'adolescent afin d'obtenir une réponse plus efficace au besoin ciblé. Ce faisant, cela permet à l'adolescent en déséquilibre (ex., dérégulation émotionnelle) de se calmer, puisque les proches aidants sont en mesure de lui refléter ou d'identifier calmement ce qu'il vit (Grisé-Bolduc, 2022; Milot et al., 2018). Pour ce qui est du quatrième pilier, accompagner les jeunes dans la reconnaissance de leurs émotions, ce dernier met en lumière le rôle que les adultes ont à jouer auprès de cette clientèle dans l'identification du vécu et de la croissance émotionnelle à favoriser à l'adolescence. Une fois cette étape franchie, l'adolescent est donc en mesure de mieux réguler ses propres émotions tout au long du processus d'intervention (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Grisé-Bolduc, 2022). Enfin, le cinquième pilier qui consiste à encourager l'utilisation de stratégies de régulation, permet à l'adolescent de mieux accepter les sentiments qui l'habitent, que ces derniers soient positifs ou négatifs, pour ensuite être en mesure d'y faire face au quotidien (Grisé-Bolduc, 2022). Il est donc important pour le psychoéducateur de prendre en considération les besoins de l'adolescent, mais également ceux des proches aidants (parents, membre de la famille, famille d'accueil, etc.) afin de s'assurer d'effectuer des interventions efficaces (Cohen et Mannarino, 2008; Grisé-Bolduc, 2022).

6 CONCLUSION

Le présent essai vise à mettre de l'avant l'apport de la psychoéducation dans l'intervention auprès des traumas complexes chez les adolescents et sa contribution auprès des proches aidants dans la démarche clinique de type cognitivo-comportementale. Cette démarche, basée sur une conceptualisation théorique et rigoureuse, s'inscrit dans le modèle biopsychosocial, lequel aborde les troubles d'ordres psychiatriques selon une perspective biologique, psychologique et sociale rejoignant le modèle psychoéducatif dans ses fondements (Cottraux, 2006; Prairie *et al.*, 2021; Turgeon et Parent, 2012). En ce sens, nous avons pu présenter finalement la place occupée par l'approche psychoéducative dans le modèle TF-CBT en vue d'intervenir auprès des adolescents souffrant d'un trauma complexe et d'accompagner leurs aidants naturels dans la démarche. Toutefois, il s'avère important de réitérer que l'intervention psychoéducative ne se substitue pas aux psychothérapies visant à travailler les enjeux émotionnels et psychologiques associés au trauma complexe. La psychothérapie est un acte réservé par le projet de loi 21 (PL21) défini comme étant :

Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé (Gouvernement du Québec, 2021).

Un travail en collaboration avec les autres professionnels est à privilégier auprès d'un trauma complexe, tel que démontré par l'approche TF-CBT (Cohen et Mannarino, 2008; Milot, 2021). L'intervention auprès d'un adolescent victime de trauma complexe exige un travail méticuleux, puisqu'il s'agit d'une situation de trauma chronique et prolongée vécue de façon intense et qui se distingue du TSPT par le caractère répétitif de la situation traumatique (Courtois, 2008; Hermann, 1992; Revet *et al.*, 2020; Tarquinio *et al.*, 2017).

Notons que les trajectoires développementales des adolescents victimes de trauma complexe n'empruntent pas un chemin uniforme. Elles sont tissées de fils complexes de résiliences, de vulnérabilités et de potentiels adaptatifs uniques à chacun. Par ailleurs, selon Milot *et al.*, (2018) : « Ces travaux [recherches et écrits sur le thème du trauma] nous rappellent à tous, collectivement,

que chacun porte son histoire, mais que certaines histoires sont plus difficiles à porter que d'autre ». Malheureusement, le manque de connaissances à l'endroit de la réalité du trauma complexe peut amener les psychoéducateurs à passer outre le caractère complexe de la problématique, ne ciblant que les troubles de comportements chez les adolescents en souffrances. Ainsi, une meilleure compréhension de cette problématique des psychoéducateurs permettra aux adolescents victimes de trauma complexe d'avoir accès à des services spécialisés et à des intervenants prêts à accueillir leur vécu.

ANNEXE A - LES STYLES D'ATTACHEMENT

John Bowlby, fondateur de la théorie de l'attachement, relie l'attachement au besoin d'affection et de proximité d'un enfant avec une ou des figures d'attachement adultes afin d'obtenir un réconfort. Ce faisant, cela permet à l'enfant de retrouver un sentiment de bien-être et de quiétude en lien avec les dangers potentiels de l'environnement (Bowlby, 1989; Dugravier et Barbey-Mintz, 2015). Le tableau 2 démontre donc les différents styles d'attachement d'un enfant en lien avec les réponses à ses besoins offerts par son proche aidant (Tarabulsy et Larose, 2000).

Tableau 2
Formes d'attachement

Type	Réponse de l'adulte	Réaction de l'enfant	Réflexion de l'enfant
d'attachement			
Sécurisant	Réponse adéquate,	Manifeste clairement qu'il a	« Oui, je sais qu'il va me donner
	prévisible, constante et	besoin d'aide. Se tourne vers	un coup de main. » Le lien de
	chaleureuse.	l'adulte pour qu'il lui réponde.	confiance s'établit.
Insécurisant-	Réponse parfois	Essaie de gérer la situation par	« Oui, mais c'est plus simple
Évitant	intrusive ou rejetante.	lui-même, développe trop vite	quand je m'en occupe. Les
	Les pleurs de l'enfant	une forme d'autonomie.	interactions avec l'adulte quand
	peuvent être perçus		j'ai besoin d'aide augmente la
	comme une menace.		tension et le stress. Mieux vaut
			éviter. »
Insécurisant-	Réponse imprévisible.	Manifeste sa détresse de	« Oui, mais je dois le surveiller, ce
Ambivalent		manière exagérée parce qu'il	n'est pas toujours certain qu'il va
		n'est pas certain qu'il aura une	venir me répondre. »
		réponse.	_
Insécurisant-	Réponse abusive,	Ne sait pas comment agir	« Non, je suis tout seul. La réponse
Désorganisé	négligente, violente ou	lorsqu'il se sent en détresse.	de l'adulte est imprévisible, peut-
	très contrôlante.	Peut se mettre à pleurer, mais	être même dangereuse. »
		en s'éloignant de l'adulte.	

Source: Tarabulsy et Larose, (2000).

ANNEXE B – RÉPERTOIRE DES INSTRUMENTS DE MESURE SUGGÉRÉS POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les événements traumatiques

Description
-
Type de mesure : Autorapportée Nombre d'items : 28 Clientèle visée : Adolescents de 12 ans et plus Sous-échelles : Mauvais traitements, violence psychologique, négligence physique, négligence émotionnelle, agression sexuelle Catégorie de réponses : Cinq points allant de jamais vrai à très souvent vrai Échelle de temps : Expériences passées Échelle de minimisation et de déni : Oui Temps alloué : 5 minutes Distributeur : Pearson (www.pearsonassessment.com) Frais : Oui Qualifications : Maîtrise ou équivalent
Type de mesure: (1) Entrevue structurée et (2) Autorapportée Nombre d'items: (1) 6 items et des questions de suivi pour les détails concernant chaque expérience traumatique; (2) 24 items Clientèle visée: De 8 à 18 ans Sous-échelles: Blessures, hospitalisations, violence dans la famille, violence dans la communauté, désastres naturels, accidents, agression physique, agression sexuelle Catégorie de réponses: (1) 4 choix, soit oui, non, incertain, refuse de répondre; (2) Oui, non, refuse de répondre Échelle de temps: Expériences passées et 12 derniers mois Échelle de minimisation et de déni: Non Temps alloué: 30 minutes Distributeur: Directement accessible en ligne www.ptsd.va.gov/professional/ pages/assessments/assessment-pdf/ TESI-C.pdf, une permission d'utilisation doit être adressée à ncptsd@ncptsd.org Frais: Non Qualifications: Professionnels dans le domaine de la santé mentale
Type de mesure : Entrevue structurée Nombre d'items : 50, dont 24 spécifiques aux agressions sexuelles Clientèle visée : De 0 à 17 ans (sur la base de réponses données par le parent si nécessaire) Sous-échelles : Fréquence des événements traumatiques, sévérité, relation avec l'agresseur sexuel, sentiment de stigmatisation, conflits moraux et religieux Catégorie de réponses : 2 choix, soit oui, non ; ou échelle de fréquence Échelle de temps : Expériences passées Échelle de minimisation et de déni : Non Temps alloué : Non spécifié Distributeur : Accessible en contactant l'auteur : Kenneth.Fletcher@umassmed.edu Frais : Non

Les symptômes traumatiques

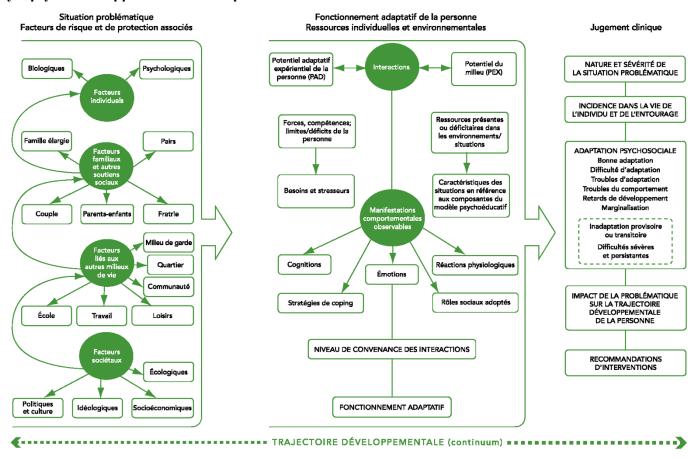
Questionnaires	Description
Child Behavior Checklist for Children (CBCL) and YSR (Youth Self-Report) (Achenbach, 1991)	Type de mesure : Autorapportée ou rapportée par un adulte significatif pour l'enfant Nombre d'items : 112 Clientèle visée : De 11 à 18 ans Sous échelles : Anxieux/déprimé, retiré/ déprimé, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes d'attention, comportements déviants, comportements agressifs Catégorie de réponses : Trois choix, soit pas vrai, souvent vrai ou très vrai Échelle de temps : Les 6 derniers mois Échelle de minimisation et de déni : Non Temps alloué : 10 minutes Distributeur : ASEBA www.aseba.org/ordering/howtoorder.html Frais : Oui Qualifications : Maîtrise ou équivalent

Les événements et les symptômes traumatiques

Les événements et les symptômes traumatiques		
Questionnaires	Description	
Child and Adolescent Needs	Type de mesure : Grille clinique	
and Strengths	Nombre d'items : 100	
(CANS) (Lyons et al., 1999;	Clientèle visée : De 0 à 18 ans	
2008)	Sous-échelles : Expériences traumatiques, symptômes traumatiques, forces de l'enfant,	
	domaines de fonctionnement, acculturation, besoins émotifs et comportementaux de l'enfant, comportements à risque de l'enfant, besoins vécus dans la petite enfance, besoins liés au	
	logement autonome, besoins et forces des parents ou substituts	
	Catégorie de réponses : Variable	
	Échelle de temps : Expériences passées/	
	Symptômes vécus dans le dernier mois	
	Échelle de minimisation et de déni : Non	
	Temps alloué: Variable	
	Distributeur: Praed Foundation: www.praedfoundation.org. Aussi accessible en contactant	
	l'auteur : jlyons@uottawa.ca	
	Frais: Non	
	Qualifications : Clinicien formé avec un diplôme de premier cycle ; expertise en santé	
Child Wolfe or Torror	mentale requise pour les sections portant sur les troubles mentaux.	
Child Welfare Trauma	Type de mesure : Grille clinique	
Referral Tool (CWT) (Taylor	Nombre d'items : 100	
et al., 2006)	Clientèle visée : De 0 à 18 ans	
	Sous échelles : 6 sections : Expériences traumatiques, symptômes traumatiques actuels,	
	problèmes d'attachement, comportements nécessitant une stabilisation immédiate, domaines	
	de fonctionnement actuel, arbre décisionnel	
	Catégorie de réponses : Oui, non, soupçonné, inconnu	
	Échelle de temps : Expériences passées/ symptômes vécus actuellement (non spécifié)	
	Échelle de minimisation et de déni : Non	
	Temps alloué : Variable	
	Distributeur : Directement accessible en ligne	
	www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/CWT3_SHO_Referral.pdf	
	Frais: Aucun	
	Qualifications : Clinicien formé avec un diplôme de premier cycle	

ANNEXE C - MODÈLE D'ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE

Tableau 3 Modèle d'analyse psychodéveloppemental de l'adaptation



Source : OPPQ, (2014).

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Allen, J. G., Fonagy, P., et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub. ISBN 1585628360, 9781585628360
- Amaya-Jackson, L., Socolar, R. R. S., Hunter, W., Runyan, D. K., et Colindres, R. (2000). Directly questioning children and adolescents about maltreatment: A review of survey measures used. Journal of Interpersonal Violence, 15(7), 725–759. https://doi.org/10.1177/08862600001500
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Archer, R. P. (2005). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. (3rd ed.), New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Inc. ISBN 9781410612847
- Berthelot, N., Ensink, K., et Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2(1), 9-15. https://doi.org/10.3917/cnmi.131.0009
- Blaustein, M. E., et Kinniburgh, K. M. (2019). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. Second Edition.* Guilford Publications. ISBN 146253709X, 9781462537099
- Bolton, D. (2005). Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: some theoretical and developmental issues. *Cognitive behaviour therapy for children and families*, 9-24.
- Bowlby, J. (1989). La théorie de l'attachement. Psychopathologie du bébé, 1989, 165-1970.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., et Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 173, No. 1, pp. 79-84). Elsevier Masson. https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001
- Cohen, J. A., et Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, *13*(4), 158-162. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Press. ISBN 1462504825, 9781462504824
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., et Deblinger, E. (2016). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Publications. ISBN 1462528422, 9781462528424

- Collin-Vézina, D., et Milne, L. (2014). Adolescents en centre de réadaptation: évaluation du trauma. *Criminologie*, 47(1), 213-245. https://doi.org/10.7202/1024014ar
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric annals*, *35*(5), 390-398. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05
- Cottraux, J. (2006). Les thérapies comportementales et cognitives. Médecine, 10(6), 451-5.
- Cottraux, J. (2020). Les psychothérapies cognitives et comportementales. Elsevier Health Sciences. ISBN 2294767985, 9782294767982
- Courtois, C.A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 86–100. https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., et Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, *22*(1), 87-108. doi:10.1017/S0954579409990289
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Van Balkom, A. J., Veltman, D. J., Hoogendoorn, A. W., et Draijer, N. (2012). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(4), 217-225. https://doi.org/10.1159/000335044
- Douville, L. et Bergeron, G. (2018). L'évaluation psychoéducative : L'analyse du potentiel adaptatif de la personne (2e éd). Laval : Presses de l'université Laval. ISBN 2763735509, 9782763735504
- Dubé, G., M. Terradas, M., et Domon-Archambault, V. (2018). Empathie, mentalisation et traumas complexes: quels liens avec les comportements extériorisés des enfants en protection de l'enfance? *Enfance*, 2, 343-372. https://doi.org/10.3917/enf2.182.0343
- Dugravier, R., et Barbey-Mintz, A. S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy*, 66(2), 14-22. https://doi.org/10.3917/ep.066.0014
- Fischer, M., Rolf, J. E., Hasazi, J. E., et Cummings, L. (1984). Follow-up of a preschool epidemiological sample: Cross-age continuities and predictions of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior. *Child development*, 55 (1), 137-150. https://doi.org/10.2307/1129840
- Fonagy, P., et Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self-pathology. *Journal of personality disorders*, 20(6), 544-576. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544

- Ford, J. D., et Courtois, C. A. (Eds.). (2013). Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models. Guilford Press. ISBN 1462509495, 9781462509492
- Forest, M. E. (2001). La perception du style parental chez les adolescents présentant des troubles de comportement [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. https://depot-e.ugtr.ca/id/eprint/2777/1/000680547.pdf
- Gabowitz, D., Zucker, M., et Cook, A. (2008). Neuropsychological assessment in clinical evaluation of children and adolescents with complex trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 163-178. https://doi.org/10.1080/19361520802003822
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, Canada: Béliveau éditeur. ISBN 2-890-92290-1
- Germain, V. et Chan, A. (2018). Après le choc surmonter un événement bouleversant ou traumatisant. Éditions midi trente. ISBN 978-2-924804-10-0
- Gouvernement du Québec. (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. L'Office des professions du Québec. Québec. ISBN 978-2-550-88407-1.
- Grisé-Bolduc, M-E. (2022). 10 questions sur... le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent. Éditions midi trente. ISBN 9782925213161
- Hamby, S. L., et Finkelhor, D. (2000). The victimization of children: Recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(7), 829-840. https://doi.org/10.1097/00004583-200007000-00011
- Hébert, M., et Daignault, I. V. (2015). Enjeux liés à l'intervention auprès des enfants d'âge préscolaire victimes d'agression sexuelle: une étude pilote de l'approche TF-CBT au Québec. *Sexologies*, 24(1), 41-48. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.002
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, *5*(3), 377-391. https://doi.org/10.1002/jts.2490050305
- Josse, E. (2019). Le traumatisme psychique chez l'enfant: Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. De Boeck Supérieur. ISBN 2807307833, 9782807307834
- Kauffman, J. M. (1997). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. Merrill/Prentice Hall, One Lake Street, Upper Saddle River, NJ 07458. ISBN 0-13-515974-1
- Kendall, P.C. (2012). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-behavioral Procedures, 4e ed.*, New York, Guilford Press. ISBN 1609186427, 9781609186425

- Kisiel, C., Conradi, L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., et Briggs, E. C. (2014). Assessing the effects of trauma in children and adolescents in practice settings. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *23*(2), 223-242. https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.007
- Lanctôt, N. (2010). Les effets d'un programme cognitif-comportemental appliqué à des adolescentes hébergées en centre jeunesse. *Criminologie*, 43(2), 303–328. https://doi.org/10.7202/1001779ar
- Landenberger, N. A., et Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive—behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of experimental criminology*, *I*(4), 451-476. https://doi.org/10.1007/s11292-005-3541-7
- Le Blanc Élie, M. et Raîche, M. (2021). Quand les technologies de l'information et des communications (TIC) et la violence sexuelle se rencontrent : Portrait des meilleures pratiques en matière de lutte contre la cyberviolence sexuelle. La pratique en mouvement : L'évolution des technologies de l'information et des communications et la pratique des psychoéducateurs et psychoéducatrices. Numéro 21, 22-25.
- Makota, V. B., Tremey, A., Morel, F., Villepoux, A., Cabe, J., Peyron, E., et Brousse, G. (2022). Approche cognitive et comportementale. *FFA Fédération Française*, 55. https://www.addictologie.org/wp-content/uploads/2022/08/FFA-Guide_psychotherapies-2022_05.pdf#page=55
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., et Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child maltreatment*, *17*(3), 231-241. https://doi.org/10.1177/1077559512451787
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., et Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: Considering core components and treatment effectiveness*, 165-185.
- Mathijssen, J. J., Koot, H. M., et Verhulst, F. C. (1999). Predicting change in problem behavior from child and family characteristics and stress in referred children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 11(2), 305-320. https://doi.org/10.1017/S0954579499002072
- Maurer, D., Thibaut, F., et Granger, B. (2014). Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Les fondements des psychothérapies: Des origines aux neurosciences, 229. ISBN 210072195X, 9782100721955
- Messina, A., Beadle, J. N., et Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of psychopathology*, 20, 38-49.

- Mignot, J., Vande Vonder, L., et Haelewyck 1, M. C. (2011). Intervention précoce et approche cognitivo-comportementale. *Contraste*, (1), 271-296. https://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-271.htm
- Miller, N. B., Cowan, P. A., Cowan, C. P., Hetherington, E. M., et Clingempeel, W. G. (1993). Externalizing in preschoolers and early adolescents: A cross-study replication of a family model. *Developmental psychology*, 29(1), 3.
- Milot, T., Bruneau-Bhérer, R., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (2021). Le trauma complexe: un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 69-90. https://doi.org/10.7202/1081256ar
- Milot, T., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir*. PUQ. ISBN 2760549844, 9782760549845
- Moller, M. D., et Rice, M. J. (2006). The BE SMART trauma reframing psychoeducation program. *Archives of psychiatric nursing*, 20(1), 21-31. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.08.007
- Nader, K. (2008). Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context. New York, NY: Routledge Taylor Francis Group. ISBN 9780203940808
- Oathes, D. J., et Ray, W. J. (2008). Dissociative tendencies and facilitated emotional processing. *Emotion*, 8(5), 653-661. https://doi.org/10.1037/a0013442
- Office des professions du Québec. (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Québec. ISBN: 978-2-550-88407-1
- Ordre des psychoéducateur et psychoéducatrices du Québec. (2014). L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation Lignes directrice. Montréal. ISBN 978-2-9814596-1-9
- Pearlman, L. A., et Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 449-459. https://doi.org/10.1002/jts.20052
- Prairie, C., Caron, G., Turcotte, J., Ngo, T-L., et Goulet, J., (2021). Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble du stress post-traumatique 1^{er} édition. Tccmontreal. ISBN 978-2-924935-18-7
- Pratchett, L. C., et Yehuda, R. (2014). Developmental trauma from a biophysical perspective. In *Helping Children Cope with Trauma* (pp. 3-18). Routledge. ISBN 9781315857756

- Putnam, F. W., Liss, M. B., et Landsverk, J. (2014). Ethical issues in maltreatment research with children and adolescents. In *Ethical issues in mental health research with children and adolescents* (pp. 113-132). Routledge. ISBN 9781315821016
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation: une conception une méthode*. Québec. Béliveau éditeur. ISBN 2-89092-346-0
- Renou, M. (2014). L'identité professionnelle des psychoéducateurs Une analyse, une conception, une histoire. Québec. Béliveau éditeur. https://doi.org/10.7202/1039280ar
- Revet, A., Raynaud, J. P., Lapeyre-Mestre, M., Olliac, B., et Bui, E. (2020). Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent: Donnés actuelles et perspectives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(7), 384-393. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.07.007
- Siegel, D. J., et Bryson, T. P. (2011). *The whole-brain child: 12 revolutionary strategies to nurture your child's developing mind.* Delacorte Press. ISBN 0553807919, 9780553807912
- Tarabulsy, G. M., et Larose, S. (2000). Attachement et développement: Le rôle des premières relations dans le développement humain (Vol. 7). PUQ. ISBN 276051661X, 9782760516618
- Tarquinio, C., Houllé, W. A., et Tarquinio, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe: émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, *26*(2), 79-86. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.007
- Taylor, N., et Siegfried, C. B. (2005). Helping children in the child welfare system heal from trauma: A systems integration approach. National Child Traumatic Stress Network.
- Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. (2024). Evidence-based treatment for children and adolescents impacted by trauma and their parents or caregivers. https://tfcbt.org/about/
- Trimble, M. R. (2013). Post-traumatic stress disorder: History of a concept. In *Trauma and its wake* (pp. 5-14). Routledge. ISBN 9780203776209
- Turgeon, L., et Parent, S. (2012). L'intervention cognitivocomportementale auprès des enfants et des adolescents. *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents: Troubles intériorisés. Tome 1, 1,* 87.
- Weis, R., Wilson, N. L., et Whitemarsh, S. M. (2005). Evaluation of a voluntary, military-style residential treatment program for adolescents with academic and conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*(4), 692-705. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3404_11