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

## Mise en garde

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

## Warning

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

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

# ÉTUDE DE CAS :
# FORMATION DES INTERVENANTS SCOLAIRES SUR LE TRAUMA COMPLEXE CHEZ LES PERSONNES ADOLESCENTES

Rapport de stage
présenté
comme exigence partielle
de la Maîtrise en psychoéducation

Par
Jessica Rhéaume

Mai 2025

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES ..... II
LISTE DES FIGURES ..... IV
LISTE DES TABLEAUX ..... V
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS ..... VI
RÉSUMÉ ..... VII
INTRODUCTION ..... 1
1. PROBLÉMATIQUE ..... 3
2. MILIEU DE STAGE ..... 5
3. CADRE DE RÉFÉRENCE ..... 7
3.1 Description ..... 7
3.1.1 Définition trauma complexe ..... 7
3.1.2 Prévalence ..... 8
3.1.3 Trouble de stress post-traumatique ..... 9
3.1.4 Diagnostic de trauma complexe ..... 10
3.1.5 Symptômes ..... 13
3.1.6 Stress ..... 14
3.1.7 Facteurs de risque ..... 15
3.1.8 Troubles concomitants ..... 15
3.2 Conséquences ..... 16
3.2.1 Cerveau ..... 16
3.2.2 Dissociation et évitement ..... 17
3.2.3 Problèmes relationnels et d'attachement ..... 18
3.2.4 Identité et concept de soi altérés ..... 19
3.2.5 Somatisation, physiologie et biologie ..... 20
3.2.6 Problèmes cognitifs et d'apprentissage ..... 20
3.2.7 Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie ..... 21
3.2.8 Compréhension du monde ..... 22
3.2.9 Comportements dysfonctionnels ..... 22
3.2.10 Mentalisation ..... 23
3.2.11 Répercussions et enchevêtrement ..... 24
3.3 Interventions ..... 25
3.3.1 Pratiques spécifiques aux traumas ..... 26
3.3.2 Pratiques sensibles aux traumas ..... 27

4. MÉTHODE ..... 32
4.1 Participants ..... 32
4.2 Éducateur — Animatrice ..... 34
4.3 Objectifs ..... 34
4.4 Programme ..... 35
4.5 Moyens de mise en interaction ..... 35
4.6 Système d'évaluation et de reconnaissance ..... 36
4.7 Systèmes de responsabilité ..... 37
4.8 Code et procédure ..... 38
4.9 Espace ..... 38
4.10 Temps ..... 39
5. RÉSULTATS ..... 40
5.1 Objectif 1 — Définition ..... 40
5.2 Objectif 2 — Conséquences ..... 41
5.3 Objectif 3 — Interventions sensibles aux traumas ..... 42
5.4 Sentiment de compétence ..... 43
6. DISCUSSION ..... 44
6.1 Analyse et interprétation des résultats ..... 44
6.1.1 Objectif 1 — Définition ..... 44
6.1.2 Objectif 2 — Conséquences ..... 45
6.1.3 Objectif 3 — Interventions sensibles aux traumas ..... 45
6.1.4 Objectifs de la formation — Sentiment de compétence ..... 46
6.2 Commentaires généraux sur la formation ..... 46
6.3 Limites ..... 47
6.4 Recommandations ..... 48
CONCLUSION ..... 49
ANNEXE A – FORMATION (POWERPOINT) ..... 50
ANNEXE B – VIGNETTE CLINIQUE ..... 62
ANNEXE C – MES DIFFÉRENTES ZONES VERSION POUR LES JEUNES ..... 64
ANNEXE D – MES DIFFÉRENTES ZONES VERSION POUR LES ADULTES ..... 66
ANNEXE E – QUESTIONNAIRE PRÉTEST ..... 68
ANNEXE F – QUESTIONNAIRE POST TEST ..... 69
ANNEXE G – GRILLE ÉVALUATION CONSÉQUENCES ..... 70
LISTE DE RÉFÉRENCES ..... 72

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 Enchevêtrement des répercussions.....25
Figure 2 Nombre d'années d'expérience dans le domaine psychosocial.....33
Figure 3 Nombre d'années au poste présentement occupé.....33
Figure 4 Fréquence d'exposition au concept de trauma complexe .....34
Figure 5 Compréhension du concept de trauma complexe grâce à la formation.....40
Figure 6 Nombre d'éléments de la définition de trauma complexe identifiés.....41
Figure 7 Nombre de personnes ayant identifié chacun des éléments de la définition .....41
Figure 8 Nombre de personnes ayant identifié chacune des conséquences.....42
Figure 9 Nombre de personnes ayant identifié des pratiques sensibles aux traumas .....43
Figure 10 Sentiment de compétence à intervenir en situation de trauma complexe.....43

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Les différences entre le TSPT et le trauma complexe ..... 12
Tableau 2 Répartition du temps de la formation ..... 39

## LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

APA : American Psychiatric Association

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes connexes

CSSRN : Centre de Services scolaire de Rouyn-Noranda

DTD : Developmental Trauma Disorder

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

OMS : Organisation mondiale de la Santé

SPARCS : *Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress*

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TDA : Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TES : Technicien(s) et technicienne(s) en éducation spécialisée

TF-CBT : *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*

TGC : Troubles graves du comportement

TOP : Trouble oppositionnel avec provocation

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

TSPT-C : Trouble de stress post-traumatique complexe

## RÉSUMÉ

Le trauma complexe résulte de l'exposition à des facteurs de stress graves, souvent répétés et perpétrés par des adultes censés être des sources de sécurité. La prévalence du trauma complexe est difficile à déterminer en raison de l'absence de diagnostic officiel, mais des statistiques montrent une fréquence élevée de l'exposition à des expériences traumatiques dans la population générale, surtout chez les adolescents et adolescentes. Le trauma complexe a des impacts significatifs sur les individus à tous les niveaux. Les jeunes ayant vécu des traumatismes peuvent présenter des comportements perturbateurs nécessitant des interventions adaptées. Sans une compréhension adéquate des impacts du traumatisme, certaines interventions peuvent aggraver la situation de ces jeunes, voire, les retraumatiser.

Ce rapport de stage vise à concevoir et offrir une formation sur le trauma complexe pour les techniciens et techniciennes en éducation spécialisée (TES) des deux écoles secondaires de Rouyn-Noranda. La formation vise à approfondir la compréhension du trauma complexe, de ses symptômes et de ses conséquences, tout en outillant les personnes intervenantes scolaires avec des pratiques sensibles aux traumas afin de mieux soutenir les élèves à risque. La formation comprend des sections sur la définition du trauma complexe, ses conséquences, les interventions spécifiques et sensibles aux traumas et les ressources disponibles pour poursuivre les apprentissages sur le sujet.

Les résultats obtenus à la suite de la formation montrent une amélioration de la compréhension du trauma complexe parmi les personnes participantes. Bien que tous les objectifs spécifiques n'aient pas été pleinement atteints, la majorité des TES ont su nommer au moins un élément central de la définition du trauma complexe et ont démontré une bonne compréhension des conséquences et des pratiques sensibles aux traumas. La formation a également eu un effet favorable sur la sensibilisation à ce sujet, augmentant le sentiment de compétence des participants et participantes dans l'intervention en situation de trauma complexe. Cependant, certaines limites ont été identifiées, notamment la formulation des questions du questionnaire et le suivi post-formation. Des recommandations pour de futurs projets ou interventions incluent une reformulation des questions et un accompagnement continu des TES.

Mots clés : trauma complexe; milieu scolaire; adolescence, formation

# INTRODUCTION

Le trauma est une réalité omniprésente qui touche un grand nombre d'individus à travers le monde. Selon Record-Lemon et Buchanan (2017), 76,1 % des Canadiens auraient vécu au moins un événement traumatique au cours de leur vie. Ces événements peuvent inclure des formes variées de violence, qu'elle soit conjugale ou familiale, des situations de négligence, ainsi que des agressions physiques ou sexuelles. Lorsque ces expériences traumatiques sont répétées et vécues dans un contexte relationnel censé offrir sécurité et stabilité, elles peuvent engendrer des conséquences importantes et durables sur le développement de la personne (référence).

Bien que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) soit un diagnostic connu, des chercheurs et chercheuses considèrent qu'il ne permet pas d'expliquer de manière exhaustive la complexité des effets d'une exposition prolongée au trauma. Cette réflexion a mené au concept de trauma complexe, qui se définit comme le résultat d'une exposition répétée à des stress majeurs, généralement durant l'enfance ou l'adolescence, souvent perpétrée par des figures censées assurer de la protection et du soutien (Lawson et Quin, 2013). Le trauma complexe peut entraîner des répercussions importantes sur plusieurs sphères du développement, notamment sur le fonctionnement cognitif, émotionnel et relationnel.

L'adolescence est une période critique où ces impacts peuvent être particulièrement visibles et préoccupants. Effectivement, cette étape du développement est marquée par des changements significatifs tant sur les plans cognitif, social, émotionnel que sexuel (Gagné et al., 2023 ; Lawson et Quin, 2013). Dans ce contexte, le milieu scolaire représente un environnement clé pour offrir du soutien aux jeunes ayant vécu un ou des traumas. Les membres du personnel des écoles ont un rôle crucial à jouer pour favoriser la résilience des élèves, d'où l'importance d'adopter des pratiques d'intervention adaptées aux réalités des jeunes ayant subi des traumatismes (Record-Lemon et Buchanan, 2017).

Le présent rapport de stage s'intéresse à l'impact du trauma complexe sur les adolescents et adolescentes et à l'importance d'intégrer des pratiques sensibles aux traumas dans le milieu scolaire. Il s'appuie sur un stage réalisé au sein de la classe Ress'Or, un milieu destiné aux jeunes présentant des difficultés comportementales et ayant souvent vécu des expériences de vie difficiles. L'objectif est de créer une formation à offrir aux intervenants et intervenantes scolaires afin de favoriser des interventions sensibles aux traumas. La formation portera notamment sur la compréhension du trauma complexe, ses conséquences sur les élèves et les stratégies d'intervention à privilégier en milieu scolaire.

Ce rapport de stage se structure en plusieurs sections à commencer par la description de la problématique expliquant la nécessité d'une approche tenant compte des réalités du trauma complexe. Ensuite, une courte présentation du cadre d'intervention de la classe Ress'Or sera proposée afin de mieux comprendre le contexte dans lequel le rapport de stage et la formation ont été générés. La section suivante, portant sur le cadre de référence, définira les concepts centraux tels que le trauma complexe en comparaison avec le TSPT, ses symptômes, ses facteurs de risque et les troubles concomitants qui lui sont fréquemment associés. Elle explorera également les conséquences du trauma complexe sur différentes dimensions du développement, notamment sur le cerveau, la cognition, l'attachement et la régulation émotionnelle.

Ensuite, une description détaillée des personnes participantes, des objectifs de l'intervention et des modalités de mise en œuvre sera présentée sous la forme de la structure d'ensemble de Gendreau afin de définir la méthode utilisée. Alors, les résultats seront rapportés exposant ainsi les observations recueillies et les effets de la formation à court terme, suivi d'une discussion. Cette dernière comportera une analyse critique des résultats permettant d'évaluer l'efficacité de la formation. Enfin, l'étude de cas se terminera par une réflexion sur les implications des résultats pour le milieu scolaire et sur l'importance d'une approche sensibles aux traumas vécus par les jeunes.

# 1. PROBLÉMATIQUE

Plusieurs personnes de la population générale vivent ou ont vécu des traumatismes au cours de leur enfance ou de leur adolescence. Une à deux personnes sur trois rapportent avoir vécu un événement potentiellement traumatisant durant ces périodes de développement (Grisé Bolduc, 2022). Dans certaines populations, comme les adolescents hébergés en centre de réadaptation, cette proportion peut augmenter jusqu'à 100 % (Grisé Bolduc, 2022).

Dans certains cas, ces traumatismes sont causés par une figure de soins, entraînant ainsi des conséquences durables sur le fonctionnement global de la personne, sur les plans affectif, relationnel et comportemental (Godbout et al., 2018). Durant l'adolescence, les jeunes traversent une phase de transformation majeure qui touche leur façon de penser, leurs relations sociales, leurs émotions et leur identité sexuelle (Gagné et al., 2023 ; Lawson et Quin, 2013). Les impacts des traumatismes peuvent être exacerbés à cet âge et se manifester par des difficultés de régulation émotionnelle, des comportements autodestructeurs, l'émergence de problèmes de santé mentale et des difficultés relationnelles, notamment en contexte de relations intimes (Gagné et al., 2023). C'est à ce moment que le concept de trauma complexe entre en considération. Effectivement, la chronicité d'un événement traumatique causé par une personne significative auprès d'un individu en développement s'avère être la définition d'un trauma complexe.

Dans le milieu scolaire, ces jeunes peuvent présenter des comportements perturbateurs ou de désorganisation qui nécessitent l'intervention des membres du personnel du milieu. Toutefois, ils ne sont pas tous nécessairement formés pour travailler avec une clientèle ayant vécu un trauma complexe. En l'absence d'une compréhension adéquate des impacts du traumatisme, certaines interventions, telles que l'usage de mesures disciplinaires ou de contentions, risquent d'aggraver la détresse des jeunes et de contribuer à les retraumatiser.

La formation des TES peut jouer un rôle clé dans l'adoption d'interventions mieux adaptées aux besoins des jeunes ayant vécu un trauma complexe. En effet, une formation spécifique leur permettrait de mieux comprendre les comportements des jeunes en difficulté, d'adopter une posture plus ouverte et d'intégrer des approches d'intervention favorisant la sécurité et la résilience (Cohen et Baron, 2021 ; Gagné et al., 2023). Par ailleurs, les recherches indiquent que ce type de formations a un impact durable sur les pratiques professionnelles, contribuant ainsi à une diminution de l'utilisation des mesures disciplinaires et à une meilleure prise en charge des jeunes (Gagné et al., 2023).

Dans ce contexte, cette étude de cas s’intéresse à la conception, à la mise en place et à l’évaluation d’une formation sur le trauma complexe destinée aux personnes intervenantes des deux écoles secondaires de Rouyn-Noranda. Cette formation vise à approfondir la compréhension de la problématique du trauma complexe en abordant les symptômes et les conséquences y étant associés. Elle a également pour objectif de renforcer les connaissances des personnes intervenantes du milieu scolaire quant aux pratiques sensibles au trauma, afin de les outiller dans le choix d’approches et d’interventions adaptées auprès des jeunes concernés. Ultimement, la formation cherche à favoriser un meilleur accompagnement de ces élèves en soutenant leur intégration et leur réussite scolaire.

## 2. MILIEU DE STAGE

Le milieu de stage est la classe Ress'Or du Centre de services scolaire de Rouyn-Noranda (CSSRN). Cette classe accueille des élèves des deux écoles secondaires de la région : l'école d'Iberville et La Source. Le mandat de la classe est d'offrir un lieu de répit temporaire aux élèves rencontrant des difficultés comportementales dans leur école d'origine. En réduisant les exigences académiques, cela permet aux deux éducatrices et à l'enseignante d'adaptation scolaire d'accompagner davantage les élèves dans leurs diverses difficultés. Seules les matières de base sont prévues à l'horaire en plus de certaines périodes d'exploration permettant d'aborder certains éléments des autres matières. L'horaire inclut également des périodes d'ateliers animées par les TES sur différents thèmes pertinents pour les adolescents et adolescentes de la classe comme la consommation, les émotions, la confiance en soi et bien plus encore.

À son arrivée à la classe Ress'Or, l'élève reçoit des objectifs déterminés par le psychoéducateur ou la psychoéducatrice et le ou la TES de son niveau scolaire. Il doit les atteindre pour pouvoir réintégrer son milieu scolaire d'origine. Ces objectifs varient selon les besoins et défis de l'élève, tant sur le plan comportemental que psychologique et en fonction des facteurs contribuant à ses difficultés dans son école d'origine. L'élève bénéficie d'un soutien personnalisé dans la classe Ress'Or pour l'aider à développer des compétences et à s'outiller afin de réussir. L'objectif principal de cette classe est d'accompagner tous les élèves afin qu'ils puissent atteindre leur plein potentiel, tant sur le plan académique que dans leur développement personnel et social.

Dans les écoles secondaires, le psychoéducateur ou la psychoéducatrice joue un rôle clé dans l'intervention auprès des élèves présentant des difficultés d'adaptation. Il ou elle travaille en collaboration avec l'équipe-école pour évaluer les besoins des élèves, proposer des stratégies d'intervention et accompagner le personnel scolaire dans la mise en place de pratiques adaptées. Le rôle de la psychoéducatrice de la classe Ress'Or est relativement similaire. Elle doit apporter des recommandations cliniques aux TES, assurer la gestion des dossiers, compléter des évaluations au besoin et coordonner l'arrivée et le départ de chacun des élèves. C'est également à elle de communiquer avec les partenaires externes impliqués dans les dossiers, tels que la protection de la jeunesse (PJ), les médecins, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les organismes communautaires.

La majorité des élèves accueillis dans cette classe sont des filles et des garçons âgés de 13 à 16 ans. Le nombre d'élèves en classe peut varier, mais il est généralement aux alentours de 12. La majorité des jeunes de la classe Ress'Or proviennent de milieux de vie difficiles. Certains vivent

dans des contextes socio-économiques défavorisés, tandis que d'autres sont suivis par la protection de la jeunesse depuis leur enfance. Ces jeunes ont souvent été exposés à des expériences traumatiques, ce qui influence directement leur fonctionnement scolaire et social. Leur présence dans la classe Ress'Or s'explique par leurs difficultés comportementales, qui sont souvent des conséquences ou même des symptômes des traumas vécus. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que certains jeunes souffrent d'un trauma complexe qui pourrait se manifester à travers leurs comportements. Effectivement, plusieurs ont été exposés à des traumas chroniques et les conséquences associées sont importantes.

Lors de discussions en équipe, les TES de la classe Ress'Or ainsi que quelques-unes de l'école La Source ont exprimé ne jamais avoir reçu de formation spécifique sur le trauma complexe, bien qu'elles aient quelques connaissances générales sur cette problématique. Elles perçoivent donc la nécessité d'être mieux formées à ce niveau afin d'améliorer leurs interventions auprès des élèves. Jusqu'à présent, aucune formation sur le trauma complexe n'avait été offerte au sein des deux écoles secondaires. Or, les jeunes de la classe Ress'Or proviennent notamment de ces établissements, ce qui justifie l'importance pour ces personnes intervenantes d'être mieux outillés afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Une telle formation leur permettrait de développer une meilleure compréhension des besoins des élèves tout en orientant leurs interventions vers des approches sensibles aux traumas.

# 3. CADRE DE RÉFÉRENCE

Afin de mieux comprendre les enjeux liés au trauma complexe, cette section présente un cadre de référence structuré autour de trois volets principaux, soit sa description, ses conséquences, ainsi que les types d'intervention recommandés.

## *3.1 Description*

### 3.1.1 Définition du trauma complexe

Lawson et Quin (2013) définissent le trauma complexe de la façon suivante :

> Le trauma complexe résulte de l'exposition à des facteurs de stress graves qui commencent le plus souvent dans l'enfance ou l'adolescence, se répètent au fil du temps et sont perpétrés au sein du système de soins ou par d'autres adultes qui sont généralement censés être la source de sécurité, de protection et de stabilité (p.498).

Plusieurs éléments importants doivent être soulevés dans cette définition, à commencer par les facteurs de stress graves. Ceux-ci peuvent être d'ordre émotionnel, physique ou sexuel, tels que la négligence, la violence familiale, la violence conjugale entre les parents ou la violence dans la communauté, les agressions sexuelles, la maltraitance, les catastrophes naturelles, les maladies graves ou encore le décès d'une personne significative (Cohen et Baron, 2021 ; Lawson et Quin, 2013 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017). Ces événements traumatiques sont chroniques chez les enfants ou les adolescents et adolescentes, ce qui accentue les conséquences qui y sont associées.

De plus, ces événements surviennent durant une période sensible du développement où ils dépassent la capacité de la victime à y faire face. Effectivement, jusqu'à l'âge adulte, la personne est toujours en développement et acquiert progressivement des stratégies d'adaptation. Un individu ayant vécu un événement traumatique durant l'enfance ou l'adolescence ne dispose pas encore de capacités d'adaptation suffisantes pour surmonter cette épreuve (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). En effet, l'adolescence est une période de changements majeurs dans toutes les sphères du développement, soit la sphère cognitive, sociale, émotionnelle ou sexuelle (Gagné et al., 2023 ; Lawson et Quin, 2013). Les adolescents et adolescentes acquièrent notamment la capacité de prendre du recul, de s'affirmer en tant qu'individus dans leurs relations avec les pairs et les adultes ainsi que de renforcer leurs habiletés d'adaptation (Lawson et Quin, 2013). Ils ne sont donc pas toujours en mesure d'appliquer des stratégies efficaces puisqu'ils sont encore en apprentissage.

Un autre élément central dans la définition du trauma complexe concerne le rôle de la figure de soins. En plus d'avoir des capacités d'adaptation encore limitées, l'individu doit composer avec le fait que l'auteur du traumatisme est une personne significative. Il peut s'agir d'un parent, d'un tuteur, d'un membre de la famille, d'une famille d'accueil ou encore d'une personne en position d'autorité, comme une enseignante ou un enseignant. Dans tous les cas, cet adulte occupe un rôle de protection auprès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adolescente. En effet, cela représente une « violation de l'attente universelle selon laquelle les jeunes doivent faire confiance aux adultes pour les protéger et répondre à leurs besoins » (Grisé Bolduc, 2022, p.17).

Les conséquences constituent également un aspect central du trauma complexe puisqu'elles sont multiples et durables. Elles dépassent largement les symptômes du TSPT, en plus d'affecter toutes les sphères du développement d'un enfant, d'un adolescent ou d'une adolescente, que ce soit la sphère émotionnelle, cognitive, comportementale et relationnelle (Grisé Bolduc, 2022 ; Matte-Landry et al., 2023). Ces conséquences s'influencent mutuellement, créant un cercle vicieux où chaque difficulté en alimente une autre. Cela explique pourquoi le profil des jeunes concernés peut varier considérablement d'un individu à l'autre. Les conséquences feront l'objet d'une description plus approfondie dans les prochaines sections.

Par ailleurs, il est essentiel de prendre en compte la double réalité induite par le trauma complexe. D'un côté, la victime fait face à une exposition prolongée et chronique à des situations traumatisantes. De l'autre, elle subit une multiplicité d'impacts négatifs découlant de cette exposition, lesquels ont des effets durables sur son fonctionnement (Grisé Bolduc, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Grisé Bolduc (2022) illustre cette réalité à l'aide de l'image d'un champ de mines représentant le quotidien de l'enfant. Chaque pas qu'il fait dans son développement est un risque sans qu'il sache si une mine explosera, c'est-à-dire si un événement traumatisant se produira. Il vit donc sous une menace constante. Ces jeunes cherchent à rester loyaux envers leur figure de soins ou la personne significative, ce qui les amène à survivre dans ces conditions malgré les actes commis (violence, agressions) ou omis (négligence, ignorance) (Grisé Bolduc, 2022).

### 3.1.2 Prévalence

Dans les études, il est difficile de répertorier la prévalence du trauma complexe puisqu'il ne fait pas encore l'objet d'un diagnostic officiel. En revanche, plusieurs statistiques témoignent de la fréquence des expériences traumatiques dans la population. Plus de 70 % des quelques 69 000 personnes provenant de 24 pays différents rapportent avoir subi un événement

traumatique et 30 % de ces mêmes personnes ont été exposées à au moins quatre événements traumatiques (Mahon, 2024). Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que ces victimes ont vécu des symptômes s'apparentant au trauma complexe. Au Canada, une personne sur trois rapporte avoir subi des sévices physiques, une agression sexuelle ou avoir été exposée à la violence conjugale avant l'âge de 18 ans (Matte-Landry et al., 2023). La prévalence augmente pour les populations vulnérables comme les adultes souffrant d'un trouble de santé mentale (près de 60 %), les enfants suivis par la protection de la jeunesse (71 % des jeunes placés en famille d'accueil ou 100 % pour les jeunes en centre de réadaptation) et les jeunes impliqués dans le système de justice (plus de 90 %) (Grisé Bolduc, 2022 ; Matte-Landry et al., 2023).

### 3.1.3 Trouble de stress post-traumatique

Il est essentiel de comprendre ce qu'est le trouble de stress post-traumatique (TSPT) afin de le distinguer du trauma complexe et de saisir les raisons ayant mené à l'émergence de ce nouveau concept. La première définition importante est celle du trauma, qui désigne « les dommages temporaires ou permanents causés par une situation de stress extrême » (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018, p.12).

Les chercheurs et chercheuses ont d'abord étudié les vétérans de guerre pour établir le diagnostic de TSPT qui est apparu dans la deuxième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-II). À l'époque, les effets traumatiques de la guerre étaient perçus comme temporaires s'atténuant avec le temps (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Après plusieurs décennies de recherche, la définition du TSPT s'est précisée.

Le TSPT survient après une exposition directe ou indirecte à un événement traumatique, tel qu'une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles. Cette exposition peut être vécue personnellement, observée, apprise par le biais d'un proche ou résultée d'une exposition répétée à des éléments traumatisants (ex. : premiers répondants) (American Psychiatric Association [APA], 2015). Les symptômes incluent des souvenirs intrusifs et envahissants, des cauchemars, des *flashbacks*, une détresse intense face à des rappels du traumatisme et des réactions physiologiques marquées (APA, 2015). L'évitement des pensées, souvenirs ou rappels externes liés à l'événement est fréquent. Des altérations cognitives et émotionnelles apparaissent, telles que des croyances négatives sur soi ou sur le monde, un état émotionnel négatif persistant, un sentiment de détachement des autres et une incapacité à ressentir des émotions positives (APA, 2015). L'éveil et la réactivité sont également perturbés, avec une irritabilité accrue, des comportements imprudents, une hypervigilance, des sursauts

exagérés, ainsi que des troubles de concentration et du sommeil. Pour qu'un diagnostic de TSPT soit posé, ces symptômes doivent persister pendant plus d'un mois, causer une détresse significative ou altérer le fonctionnement quotidien et ne pas être attribuables à la consommation de substances ou à une autre condition médicale (APA, 2015).

Milot, Collin-Vézina et Godbout (2018) critiquent la définition proposée par l'APA, la jugeant trop restrictive. En effet, elle ne rend pas compte de la diversité des événements potentiellement traumatisants ni de leurs effets négatifs, notamment ceux liés aux traumatismes interpersonnels (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). De plus, pour poser un diagnostic de TSPT, il est nécessaire d'identifier un événement traumatique précis, ce qui ne prend pas en compte l'aspect chronique de certains traumatismes. Il devient ainsi impossible d'évaluer le fonctionnement de la victime avant l'événement traumatique en comparaison à son fonctionnement après celui-ci. Une autre limite importante soulevée par Milot, Collin-Vézina et Godbout (2018) est que le diagnostic de TSPT a initialement été élaboré à partir d'évaluations menées chez les adultes, ce qui explique l'absence de référence aux traumatismes causés par les donneurs de soins durant l'enfance ou l'adolescence.

### 3.1.4 Diagnostic de trauma complexe

Plusieurs propositions de définitions du diagnostic du trauma complexe ont été effectuées au fil des années à commencer par celle de la psychiatre, Judith Herman. Elle a proposé sept critères diagnostiques servant à préciser le TSPT pour répondre à la complexité du trauma complexe, d'où sa proposition du TSPT-C signifiant le trouble de stress post-traumatique complexe (Grisé-Bolduc, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Pour obtenir ce diagnostic, la personne devait avoir été exposée à des traumas prolongés, avoir vécu un changement dans sa régulation des émotions, de sa conscience, de sa perception d'elle-même et de son agresseur, dans ses relations avec autrui ainsi que dans son système de croyances. Cette proposition n'a pas été retenue vu la grande diversité des profils cliniques en plus du manque d'appuis scientifiques (Grisé-Bolduc, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

C'est pour les mêmes raisons que la deuxième proposition d'un diagnostic de trauma complexe a été refusée. Le *Developmental Trauma Disorder* (DTD) inclue cinq grands critères, soit l'exposition durant l'enfance ou l'adolescence à des traumas multiples ou prolongés, des difficultés dans la régulation physiologique et affective, dans la régulation de l'attention et des comportements, dans les relations sociales, ainsi que des problèmes d'identité et des symptômes

traumatiques similaires à ceux du TSPT (Grisé Bolduc, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

En revanche, la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes connexes (CIM) a retenu la définition du TSPT-C en incluant les caractéristiques du DTD.

> Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongée ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants) (OMS, 2025, paragraphe 1).

Tous les critères du diagnostic du TSPT doivent être présents chez la personne en plus de certaines spécificités. La personne doit présenter des problèmes de régulation de l'affect, avoir l'impression d'être diminuée, vaincue ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ainsi que la présence de difficultés à entretenir et entrer en relation avec les autres (OMS, 2025). Tous ces symptômes entraînent des difficultés dans le quotidien de la personne, que ce soit sur le plan personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines essentiels (OMS, 2025).

Selon Grisé Bolduc (2022), poser un diagnostic peut aider à soutenir les jeunes et leur famille en mettant des mots sur leur vécu en plus de préciser les interventions à mettre en place. Ils évitent également d'avoir un cumul de diagnostics ou de symptômes difficilement classifiables (Grisé Bolduc, 2022). Le diagnostic apporte un sens à l'évaluation et aux interventions à préconiser, ajoutant ainsi une certaine reconnaissance des difficultés de la personne en situation de trauma complexe.

Voici un tableau inspiré par Grisé Bolduc (2022, p. 27 et 28) mettant en évidence des différences précédemment exposées entre le trauma complexe et le TSPT.

**Tableau 1**
**Les différences entre le TSPT et le trauma complexe**

| Trouble de stress post-traumatique (TSPT) | Trauma complexe |
|---|---|
| Fréquence des traumas | |
| • Exposition à un événement traumatique isolé<br>• Expositions à plusieurs événements traumatiques | • Traumas chroniques ou répétés |
| Nature des traumas | |
| Exposition à<br>• La mort ou une menace à la vie<br>• Une blessure grave<br>• Des violences sexuelles<br>• Le résultat de traumas interpersonnels et non interpersonnels | • Des traumas interpersonnels<br>• Au sein d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir<br>Peut inclure :<br>• Des perturbations dans les relations d'attachement<br>• Des agressions interpersonnelles<br>Sans impliquer nécessairement une menace à la vie ou à l'intégrité physique |
| Symptômes ou conséquences | |
| Quatre catégories de symptômes :<br>1. « Symptômes envahissants associés à l'événement traumatique : l'événement est "revécu" de diverses façons (p. ex. *flashback*, rêves ou souvenirs répétitifs provoquent un sentiment de détresse, réactions marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant le trauma) ;<br>2. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique (p. ex. éviter les pensées, les sentiments, les personnes, les endroits ou les activités qui réveillent des souvenirs liés au trauma et provoquent un sentiment de détresse) ;<br>3. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (p. ex. incapacité de se souvenir de l'événement traumatique, incapacité à éprouver des émotions positives, croyances négatives envers soi-même, blâme envers soi-même quant aux causes de l'événement traumatique, état émotionnel négatif, réduction de l'intérêt pour les activités, sentiment de détachement) ;<br>4. Altération marquée de l'éveil et de la réactivité (p. ex. irritabilité, accès de colère, hypervigilance, problèmes de concentration, réaction de sursaut exagérée, perturbation du sommeil). » | • Peuvent inclure les symptômes du TSPT, mais à plus grande intensité<br>• Affectent les individus dans différentes sphères de leur développement<br>Trois catégories de symptômes :<br>• Problèmes de régulation de l'affect ;<br>• Impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ;<br>• Difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres.<br>Neuf catégories de conséquences :<br>• Dissociation et évitement<br>• Somatisation<br>• Physiologie et biologie<br>• Compréhension du monde<br>• Problèmes relationnels et d'attachement<br>• Problèmes cognitifs et d'apprentissage<br>• Comportements dysfonctionnels<br>• Identité et concept de soi altéré<br>• Régulation émotionnelle<br>• Dysphorie et alexithymie<br>• Mentalisation |

Source : Godbout et al., 2018 ; Grisé Bolduc, 2022 et OMS, 2025

### 3.1.5 Symptômes

Selon la CIM (OMS, 2025), les symptômes du TSPT complexe incluent ceux du TSPT. À ces symptômes s'ajoutent trois manifestations caractéristiques : problèmes de l'affect, de l'estime de soi et des problèmes relationnels.

D'abord, la personne présente des difficultés marquées et persistantes dans la régulation de l'affect (OMS, 2025). Les difficultés affectives peuvent se manifester par de la tristesse, de la peur, de l'anxiété ou de la colère (Cohen et Mannarino, 2008). La personne peut faire preuve d'irritabilité s'observant par une forte réaction à des stimuli négatifs ou une faible réaction à des stimuli positifs (Cohen et Mannarino, 2008 ; Godbout et al., 2018). La régulation émotionnelle est difficile chez les jeunes victimes de différentes situations traumatiques. Les crises émotionnelles peuvent être fréquentes, car ils vivent des émotions intenses comme la peur, la honte et le désespoir, mais sans avoir les capacités pour les gérer (Godbout et al., 2018).

Le second symptôme se manifeste par un profond sentiment de diminution de soi, de défaite ou d'inutilité, souvent accompagné de honte, de culpabilité ou d'un sentiment d'échec en lien avec l'événement traumatique (OMS, 2025). Cohen et Mannarino (2008incluent cet aspect dans leur description des difficultés cognitives, qui peuvent prendre la forme de pensées erronées sur les causes du traumatisme, d'une attribution inadéquate des responsabilités (l'auto-accusation) ainsi que de sentiments de honte, de dévalorisation ou d'une perte de confiance en soi. Godbout et ses collègues (2018) confirment également la présence d'une perception négative de soi chez les personnes ayant vécu un trauma complexe, notamment à travers des croyances telles que se percevoir comme stupide, anormale ou mauvaise. L'identité et le concept de soi sont fragilisés en raison d'une faible estime de soi et d'une tendance marquée à la remise en question constante (Godbout et al., 2018). Ces difficultés cognitives sont considérées non seulement comme des symptômes présents chez les adolescents et adolescentes, mais aussi comme des conséquences des traumatismes vécus durant l'enfance.

Enfin, la victime peut éprouver des difficultés importantes dans ses relations interpersonnelles, notamment en ce qui concerne l'établissement ou le maintien d'un sentiment de proximité avec les autres (OMS, 2025). Ce défi relationnel constitue le troisième symptôme caractéristique du TSPT complexe qui a un impact important sur le fonctionnement de la personne, que ce soit dans sa vie personnelle, familiale, sociale, scolaire, professionnelle ou dans d'autres domaines essentiels (OMS, 2025). Il est fréquent d'observer un évitement des rappels du traumatisme, qu'il s'agisse de personnes, de lieux, d'objets ou de situations. Des réactions telles que l'opposition,

l'anxiété de séparation ou la régression peuvent également se manifester (Cohen et Mannarino, 2008 ; Godbout et al., 2018). À l'adolescence, certains comportements problématiques spécifiques sont également courants, comme la consommation de substances, les comportements sexualisés, l'agressivité, les dynamiques d'intimidation, en tant que victime ou intimidateur, ou encore l'abus envers autrui (Cohen et Mannarino, 2008 ; Godbout et al., 2018). Chez les jeunes en milieu scolaire présentant des troubles graves du comportement (TGC), certains gestes peuvent être interprétés comme des manifestations d'un trauma sous-jacent (Maurer et al., 2023). D'autres indices peuvent également être révélateurs, notamment les troubles du sommeil, les cauchemars, la somatisation, l'hyperactivité, les difficultés d'apprentissage, la parentification, les comportements ritualisés, les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide (Godbout et al., 2018). Ces comportements peuvent s'apparenter aux symptômes du TSPT, voire à ceux de la dépression (Godbout et al., 2018).

#### 3.1.6 Stress

Il est important de définir la notion de stress pour mieux comprendre l'état d'une personne en situation de trauma complexe. « Le stress est la réaction normale de l'organisme en réponse aux pressions auxquelles il est soumis » (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Le corps envoie ainsi un signal au système qui se met en alerte afin que la personne puisse réagir, notamment en combattant ou en fuyant. Si ces deux réactions ne sont pas possibles, le système nerveux peut alors envoyer un signal de figer ou de se soumettre, surtout dans les situations provoquant un très grand stress (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

Les déclencheurs du stress peuvent être une perte de contrôle (C), de l'imprévisibilité (I), de la nouveauté (N) ou une menace à l'ego (É), d'où l'utilisation de l'acronyme CINÉ (Centre d'études sur le stress humain, 2019). Cette réaction vise à assurer la protection de l'individu et tend vers un éventuel retour à l'homéostasie, c'est-à-dire un retour à l'équilibre (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

Les travaux de la neuroscientifique Sonia Lupien permettent de mieux comprendre les mécanismes biologiques de cette réponse. Elle a notamment démontré que l'exposition chronique au stress modifie des régions cérébrales importantes telles que l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal, ce qui affecte la mémoire, l'apprentissage et la régulation des émotions (Lupien et al., 2009). Ces effets sont particulièrement pertinents dans le contexte du trauma complexe, où des expositions répétées à des situations stressantes peuvent entraîner des altérations durables du fonctionnement cérébral (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

### 3.1.7 Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés au trauma complexe sont multiples. Tout d'abord, les études ne montrent pas qu'un sexe est plus à risque que l'autre (Cohen et Mannarino, 2008 ; Hopchet et al., 2017 ; Record-Lemond et Buchanan, 2017). En revanche Hopchet et ses collègues (2017) ont ciblé une différence entre les hommes et les femmes quant au type d'événement vécu apportant des symptômes traumatiques. Pour les hommes, un viol, l'exposition au combat, la négligence ou les abus physiques durant l'enfance sont des événements augmentant le risque de présenter un trauma (Hopchet et al., 2017). Pour les femmes, les événements traumatiques plus fréquents sont la violence sexuelle, une agression physique, une menace avec arme ou de l'abus physique durant l'enfance (Hopchet et al., 2017).

La génétique est notamment un facteur de risque à prendre en compte. Effectivement, le patrimoine génétique peut influencer le type de réaction que peut avoir un enfant vis-à-vis un événement potentiellement traumatisant (Cohen et Mannarino, 2008). Les enfants étant pris en charge par la protection de la jeunesse sont également à risque de développer des traumas puisqu'ils sont susceptibles d'avoir vécu des abus physiques, sexuels et émotionnels, de la négligence, une exposition à la violence domestique et d'autres types de dysfonctionnement parental, et ce, de façon chronique (Collin-Vézina et Jackson, 2022 ; Matte-Landry et al., 2023). Les jeunes étant notamment impliqués dans le système de justice sont également à risque de développer des traumas (Matte-Landry et al., 2023).

Le milieu de vie est aussi un élément primordial en lien avec le risque de présenter un trauma complexe. Les jeunes qui se développent dans des conditions difficiles présentent un risque important quant au développement d'un trauma complexe, que ce soient l'exposition à la violence dans la communauté, un statut socio-économique défavorisé, le vécu d'expérience d'adversité durant l'enfance ou même la discrimination à tous les égards (Hopchet et al., 2017 ; Matte-Landry et al., 2023). Les parents ayant eux-mêmes vécu de la maltraitance durant leur enfance ou ayant un historique de problèmes de santé mentale ou d'abus de substances sont plus à risque d'en faire vivre à leurs propres enfants (Hopchet et al., 2017 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

### 3.1.8 Troubles concomitants

Souvent, les enfants victimes de trauma complexe vont avoir un cumul de diagnostics à leur actif (Grisé Bolduc, 2022, Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). La présence de plusieurs diagnostics complique le travail d'évaluation et d'intervention auprès de ces enfants, augmentant le risque d'adopter une approche fragmentée et de négliger l'hypothèse selon laquelle ses difficultés ont

comme origine un développement marqué par de multiples traumatismes. Ces diagnostics peuvent être entre autres le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA, TDAH), les troubles phobiques, le trouble réactionnel de l'attachement, la dépression, le trouble d'anxiété de séparation, le trouble lié à l'usage de substances ou les différents troubles d'apprentissage (Collin-Vézina et Jackson, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018 ; Roberge, 2012).

### *3.2 Conséquences*

Les répercussions associées au trauma complexe sont souvent difficiles à cerner, car elles englobent un large éventail d'impacts qui affectent diverses sphères du développement des jeunes (Godbout et al., 2018). Le portrait clinique va également grandement différer d'une personne à l'autre (Godbout et al., 2018 ; Grisé Bolduc, 2022). Chaque événement traumatique vécu chez la personne a un effet cumulatif, ce qui signifie que plus elle est exposée à ce genre d'expériences, plus les conséquences s'accumulent au niveau de la santé physique ou mentale (Mahon, 2024).

#### 3.2.1 Cerveau

Avant d'aller plus en profondeur dans l'identification des conséquences, il est important d'aborder le fonctionnement du cerveau et plus particulièrement celui d'un enfant ou d'un adolescent toujours en développement. En fait, le cerveau se développe du bas vers le haut, c'est-à-dire du cerveau de survie vers le cerveau réflexif. C'est dans le cortex préfrontal, aussi appelé le cerveau réflexif, que siègent nos fonctions exécutives soient la mémoire de travail, l'inhibition, la flexibilité mentale et la planification (Duval et al., 2017 ; Grisé Bolduc, 2022). C'est donc cette partie du cerveau qui traduit les perceptions, pensées et ressentiments de chaque individu. Pour se développer, il est important que l'environnement mette en place toutes les conditions et les stimulations nécessaires dont le sentiment de sécurité d'un réseau familial et social aimant, bienveillant et protecteur (Duval et al., 2017 ; Grisé Bolduc, 2022 ; Vallée, 2014). À long terme, c'est le développement du cortex préfrontal qui favorise l'ouverture, l'exploration et la découverte de son environnement (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

En ce qui concerne le cerveau de survie, il peut être considéré comme le système d'alarme du corps puisqu'il déclenche la production de l'hormone du stress : le cortisol (Grisé Bolduc, 2022). C'est à ce moment que le corps s'active en position de combat ou de fuite. Il peut même figer ou se soumettre dans le cas de stress plus intenses (Grisé Bolduc, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Le type de réaction choisi est hors du contrôle de la personne. Conformément à

ce qui a été décrit précédemment, les types de déclencheurs identifiés par le Centre d'études sur le stress humain (2019) comprennent la perte de contrôle (C), l'imprévisibilité (I), la nouveauté (N) et la menace à l'ego (É), résumés par l'acronyme CINÉ.

Les jeunes en situation de trauma complexe sont confrontés à de multiples déclencheurs du stress en lien avec chacun des événements traumatiques vécus. En revanche, plusieurs éléments de leur quotidien peuvent leur rappeler ces situations traumatiques et du même coup, déclencher une réaction. Selon Record-Lemond et Buchanan (2017), plusieurs facteurs d'une salle de classe peuvent déclencher des symptômes et des réactions liés à un traumatisme chez les élèves, notamment des images, des sons, des mots et des interactions. Ces réactions peuvent paraitre aux yeux des personnes observatrices comme étant exagérées ou extrêmes en comparaison avec la menace réelle (Maurer et al., 2023). Grisé Bolduc (2022) décrit dans son livre que le quotidien d'une personne ayant vécu des traumas s'illustre par un enfant qui marche dans un champ de mines où chaque pas risque de faire exploser tout ce qui l'entoure. Ces jeunes demeurent dans un état d'alerte continue, maintenant ainsi leur cerveau de survie en activité constante. Ces jeunes développent donc des connexions neuronales s'adaptant à leur environnement (Duval et al., 2017). L'environnement en question n'étant pas sécuritaire à leurs yeux, le cerveau réflexif n'est donc pas en mesure de se développer pleinement et de créer des processus d'apprentissage efficace (Duval et al., 2017 ; Grisé Bolduc, 2022).

### 3.2.2 Dissociation et évitement

Une des conséquences liées aux traumas complexes est l'évitement (Godbout et al., 2018 ; Gagné et al., 2023). Dans ces moments, les jeunes peuvent éviter certains lieux, personnes, situations, odeurs ou sons qui leur rappellent un événement traumatique vécu. Lorsque cette réaction devient récurrente, elle peut s'étendre au fonctionnement global de l'individu et se transformer en stratégie d'adaptation.

Un autre mécanisme d'adaptation fréquent chez les jeunes ayant vécu des traumas est la dissociation, soit l'incapacité du cerveau à intégrer certains aspects du fonctionnement psychologique comme la mémoire, la conscience ou la perception (Cohen et Baron, 2021 ; Godbout et al., 2018 ; Lawson et Quin, 2013). Bien que la dissociation puisse servir à se protéger d'émotions trop intenses, elle peut, avec le temps, devenir plus fréquente et marquée comme l'évitement (Godbout et al., 2018 ; Lawson et Quin, 2013). La dissociation peut se manifester de différentes façons, notamment par la déréalisation, soit l'impression de ne pas être dans la réalité,

ou par la dépersonnalisation, c'est-à-dire l'impression de vivre les événements comme s'ils arrivaient à quelqu'un d'autre (Godbout et al., 2018).

Chez les jeunes, certains signes peuvent indiquer un état dissociatif : un air rêveur, des difficultés de concentration, une perception altérée du temps, du somnambulisme, la présence de compagnons imaginaires ou encore des comportements régressifs (Godbout et al., 2018). Il est toutefois important de distinguer les compagnons imaginaires liés à un processus dissociatif du jeu imaginaire, qui fait naturellement partie du développement normal de l'enfant (Godbout et al., 2018). Avec le temps, le maintien de la dissociation peut favoriser l'apparition d'autres problèmes de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété, les troubles liés à l'usage de substances, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou le trouble du déficit de l'attention (TDA) (Gagné et al., 2023 ; Hopchet et al., 2017 ; Lawson et Quin, 2013 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017).

Le système de réponse au stress, c'est-à-dire l'activation continue du cerveau de survie, peut être altéré au fil des épisodes dissociatifs (Maurer et al., 2017). Cette dysrégulation peut se traduire par des comportements de passivité et de sous-activation. L'enfant peut également se couper de certaines parties de lui-même, perdant contact avec ses émotions, ses souvenirs ou son identité et présenter plusieurs états de conscience distincts, voire des personnalités multiples (Godbout et al., 2018).

### 3.2.3 Problèmes relationnels et d'attachement

Les jeunes ayant vécu des traumas présentent souvent un attachement insécurisant pouvant être ambivalent, évitant ou désorganisé (Godbout et al., 2018). Cela s'explique en partie par le fait que leurs parents sont à la fois une source de peur et de réconfort (Godbout et al., 2018). Ce schéma relationnel complique le développement des relations de confiance et d'intimité que ce soit à la maison, à l'école ou dans la communauté (Cohen et Baron 2021 ; Collin-Vézina et Jackson, 2022 ; Gagné et al., 2023 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017). Ils peuvent se sentir menacés, trahis et impuissants dans leurs relations, ce qui nuit à leur capacité à créer des liens basés sur la confiance et l'affection (Hopchet et al., 2017).

En tentant de gérer leur trauma, ils oscillent parfois entre l'isolement et des schémas relationnels inadaptés, se coupant des autres ou adoptant des comportements qui nuisent à leurs relations comme de rechercher activement de la réassurance (Collin-Vézina et Jackson, 2022 ; Godbout et al., 2018 ; Lawson et Quin, 2013 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017). L'abus sexuel en particulier est un des événements traumatiques le plus corrélés avec la présence de difficultés relationnelles

(Hopchet et al., 2017). Ces difficultés relationnelles peuvent perdurer tout au long de la vie de la personne victime (Lawson et Quin, 2013).

Les traumatismes vécus durant l'enfance perturbent le sentiment de sécurité dans les relations de soins générant des perceptions de menace, de trahison et d'impuissance (Collin-Vézina et Jackson, 2022). Pour faire le lien avec le fonctionnement du cerveau, il est essentiel de comprendre que pour qu'un enfant puisse s'ouvrir à l'exploration, il doit d'abord se sentir en sécurité, ce qui implique l'activation de son cerveau réflexif (Grisé Bolduc, 2022 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Cependant, dans un environnement traumatogène, l'enfant ne peut activer cette partie de son cerveau, car c'est celui de survie qui prend le dessus. Il n'est donc pas en mesure d'explorer ni de créer des liens sécurisants, ce qui compromet le développement de relations fondées sur la confiance, la proximité affective et l'attachement authentique (Collin-Vézina et Jackson, 2022). En conséquence, l'enfant ne va pas spontanément vers les autres et ne parvient pas à développer des schémas relationnels efficaces. En grandissant, il tend à maintenir les mêmes dynamiques relationnelles acquises dans l'enfance, ce qui peut mener à l'isolement ou au rejet (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

#### 3.2.4 Identité et concept de soi altérés

Les enfants ayant vécu un trauma peuvent éprouver une faible estime de soi, accompagnée de culpabilité, de honte et d'un sentiment de vide (Hopchet et al., 2017). Leur construction identitaire est souvent affectée, rendant difficile le développement d'un concept de soi cohérent (Godbout et al., 2018). Le concept de soi est la perception et la compréhension qu'une personne a d'elle-même, incluant son identité, ses compétences, ses valeurs et la façon dont elle se situe par rapport aux autres et au monde qui l'entoure (Godbout et al., 2018). Les victimes de traumas ont tendance à se percevoir comme endommagées ou impuissantes, ce qui alimente leur sentiment de confusion et leur manque de confiance en eux (Godbout et al., 2018). Ces défis identitaires peuvent persister tout au long de la vie (Godbout et al., 2018 ; Hopchet et al., 2017).

Étant dans un état constant d'hypervigilance, les jeunes ont peu d'occasions d'explorer qui ils sont réellement n'ayant pas un environnement sécurisant (Godbout et al., 2018). Le mode survie de leur cerveau étant en constante activation ne permet pas la possibilité de développer leur monde interne (Godbout et al., 2018 ; Grisé Bolduc, 2022). Or, le développement identitaire passe par un contact avec son expérience interne incluant la connaissance de soi, de ses réactions et de ses limites. Sans cette connexion, ils peuvent éprouver des difficultés à se comprendre eux-mêmes et à se construire une identité stable (Godbout et al., 2018 ; Gagné et al., 2023).

### 3.2.5 Somatisation, physiologie et biologie

Comme mentionné précédemment, une des conséquences biologiques des traumas complexes est l'altération du fonctionnement du cerveau, notamment le système de réponse au stress (Maurer et al., 2023). Ces modifications entraînent des niveaux anormaux de cortisol, l'hormone du stress, rendant certaines personnes hyperréactives, avec des réactions intenses et disproportionnées face au stress, tandis que d'autres semblent détachées et peu affectées, soit hyporéactives (Godbout et al., 2018 ; Maurer et al., 2023 ; Lawson et Quin, 2013). Avec le temps, la perception du danger de la personne ayant vécu des situations traumatiques peut se modifier l'amenant à voir des menaces plus grandes qu'elles ne le sont réellement (Cohen et Baron 2021 ; Herzog et al., 2017 ; Lawson et Quin, 2013).

Le stress chronique associé au trauma augmente également le risque de développer des maladies graves telles que les maladies cardiaques et le diabète (Kendall-Tackett et Klest, 2009). Ces individus sont aussi plus susceptibles de souffrir de troubles du sommeil, de détresse physique ou d'autres problèmes médicaux de façon généralisée (Bloom et Yanosy Sreedhar, 2008 ; Cohen et Baron 2021 ; Collin-Vézina et Jackson, Godbout et al., 2018 ; 2022). Lorsqu'un trauma survient durant l'enfance, il peut avoir des effets à long terme sur la santé, augmentant les risques de maladies chroniques du foie, des poumons et du cœur, ainsi que des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Bloom et Yanosy Sreedhar, 2008 ; Mahon, 2024).

### 3.2.6 Problèmes cognitifs et d'apprentissage

Les victimes de situations traumatiques présentent souvent des difficultés au niveau des fonctions exécutives en raison d'un cerveau de survie constamment activé (Grisé Bolduc, 2022). Que ce soit à l'école, à la maison ou ailleurs, elles peuvent avoir du mal à planifier, à utiliser leur mémoire de travail et à faire preuve de flexibilité cognitive. Autrement dit, elles peuvent avoir de la difficulté quant à l'utilisation de leur cerveau réflexif qui est le poste de commandement de ces fonctions exécutives (Cohen et Baron, 2021 ; Godbout et al., 2018 ; Grisé Bolduc, 2022).

Leur attention est souvent dirigée vers les indices menaçants, signe d'hypervigilance, ce qui nuit à leur concentration et à leur capacité à filtrer l'information pertinente (Cohen et Baron, 2021). Cela se traduit par des problèmes d'organisation, une difficulté à respecter les échéances et à résoudre des problèmes complexes (Cohen et Baron, 2021 ; Godbout et al., 2018).

Les jeunes démontrent aussi un manque de jugement et des difficultés dans la prise de décision. Lors de tâches nécessitant de la réflexion et de la résolution de problèmes, ils sont moins

enthousiastes, se frustrent plus rapidement et montrent une flexibilité moindre (Godbout et al., 2018). De plus, les jeunes ayant vécu des abus physiques ou sexuels éprouvent des difficultés à se remémorer des souvenirs autobiographiques spécifiques, ce qui peut affecter leur perception d'eux-mêmes et du monde (Godbout et al., 2018).

Les traumatismes vécus durant l'enfance ont un impact durable sur le développement du cerveau, le fonctionnement cognitif et la réponse autonome (Herzog et al., 2017). Cet effet se traduit notamment par des troubles de l'apprentissage en raison des difficultés liées aux fonctions exécutives, comme la planification, la mémoire de travail et l'attention (Cohen et Baron 2021 ; Herzog et al., 2017 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017).

Ces enfants éprouvent souvent des problèmes d'attention, de gestion des tâches et de relations interpersonnelles, ce qui peut nuire à leur réussite scolaire (Cohen et Baron 2021). Sans un soutien adapté, ces défis augmentent leur risque d'échec scolaire et compliquent leur parcours éducatif (Cohen et Baron 2021).

Par ailleurs, les jeunes ayant vécu un trauma peuvent présenter diverses réactions post-traumatiques, comme des intrusions, de l'évitement, une suractivation, de l'hypervigilance ainsi que des cognitions et humeurs négatives (Herzog et al., 2017 ; Hopchet et al., 2017). Ces réactions peuvent nuire à leur comportement et à leur adaptation en milieu scolaire. En raison de ces défis, ces jeunes peuvent rencontrer des difficultés à réguler leurs émotions et leurs comportements, ce qui augmente leur risque de suspension scolaire (Hopchet et al., 2017).

#### 3.2.7 Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie

La dysphorie désigne un état émotionnel de malaise profond et persistant, caractérisé par des sentiments de tristesse, d'irritabilité, de frustration ou d'angoisse qui ne trouvent pas de soulagement facile (Godbout et al., 2018). Les enfants ayant vécu un trauma éprouvent souvent une dysphorie persistante, marquée par des émotions négatives intenses comme la honte, l'angoisse, en plus d'une suppression émotionnelle (Godbout et al., 2018 ; Hopchet et al., 2017). Ces émotions dépassent leurs capacités de régulation, ce qui peut entraîner des perturbations de l'humeur à long terme menant à une dépression ou à des troubles anxieux (Gagné et al., 2023 ; Godbout et al., 2018 ; Hopchet et al., 2017).

Cette détresse émotionnelle engendre une grande confusion et une invalidation de leur vécu pouvant déformer leur perception de la réalité (Lawson et Quin, 2013 ; Maurer et al., 2023). Cela interfère avec leur capacité à développer des compétences émotives essentielles, comme

l'identification et l'expression de leurs émotions (Godbout et al., 2018). Par exemple, un élève ayant vécu un trauma peut se sentir envahi par un sentiment de honte sans comprendre pourquoi lorsqu'il reçoit un commentaire neutre d'un enseignant. Il peut immédiatement interpréter cela comme une critique sévère et se refermer sur lui-même, étant incapable de gérer son émotion.

D'un autre côté, l'alexithymie désigne les difficultés à identifier, exprimer et comprendre ses propres émotions ainsi que celles des autres (Godbout et al., 2018). Cela peut persister jusqu'à l'âge adulte, impactant fortement la gestion émotionnelle des individus (Mahon, 2024). Les perturbations émotionnelles liées à l'alexithymie entraînent souvent des troubles de l'humeur comme la dépression et l'anxiété (Godbout et al., 2018).

#### 3.2.8 Compréhension du monde

La métaphore du champ de mine présentée plus tôt illustre de manière éloquente les répercussions d'un vécu traumatique sur la compréhension du monde. Une personne ayant traversé de tels événements peut percevoir que chaque geste risque de déclencher une explosion (Grisé Bolduc, 2022). Les victimes en viennent ainsi à percevoir le monde comme un lieu menaçant et imprévisible (Godbout et al., 2018). Les individus ayant vécu de telles expériences développent souvent une tendance à se priver de soutien externe, en raison d'une absence de confiance en la vie (Maurer et al., 2023). Les menaces vécues peuvent moduler leur perception du danger, suggérant qu'il est plus grand qu'il ne l'est en réalité (Maurer et al., 2023).

Puisque leur cerveau demeure en mode survie, ces personnes ont tendance à anticiper le pire et à éprouver un sentiment de désespoir, ce qui les empêche souvent de profiter pleinement des moments de bonheur (Godbout et al., 2018). En raison de ces distorsions cognitives, les individus éprouvent des difficultés tout au long de leur vie quant à la possibilité d'un avenir positif (Lawson et Quin, 2013).

Les traumatismes peuvent également dévaloriser toute tentative de planification ou d'action positive, en raison du sentiment d'impuissance ressenti (Godbout et al., 2018). En l'absence de ressources internes et externes pour faire face aux événements, ces personnes sont à risque de vivre des épisodes chroniques de stress traumatique, amplifiant leur souffrance et les empêchant de profiter d'un moment positif (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018).

#### 3.2.9 Comportements dysfonctionnels

Les traumatismes vécus, en particulier durant l'enfance, peuvent entraîner une variété de comportements autodestructeurs, comme l'automutilation, les idées suicidaires et les

comportements à risque (Gagné et al., 2023 ; Hopchet et al., 2017 ; Lawson et Quin, 2013). Les expériences négatives peuvent multiplier par deux à cinq fois le risque de tentative de suicide (Bloom et Yanosy Sreedhar, 2008). L'abus de substances (alcool, drogue ou tabac), les troubles alimentaires, la violence, ainsi que les comportements antisociaux sont également des réponses fréquentes aux traumatismes (Gagné et al., 2023 ; Hopchet et al., 2017 ; Lawson et Quin, 2013). Ces comportements peuvent être considérés comme des mécanismes de gestion de la souffrance, souvent liés à un cerveau en mode survie constamment activé, où l'hypervigilance et la recherche de soulagement immédiat prennent le dessus sur des stratégies adaptatives plus saines et efficaces (Godbout et al., 2018).

En outre, ces comportements peuvent être exacerbés par une tension interne intense, qui se manifeste sous forme de colère, d'agressivité et d'actes destructeurs (Lawson et Quin, 2013). La criminalité, les troubles de l'opposition et la réduction des possibilités d'emploi sont également des conséquences fréquentes liées à ces mécanismes d'adaptation dysfonctionnels (Collin-Vézina et Jackson, 2022 ; Godbout et al., 2018 ; Maurer et al., 2023). Ces comportements autodestructeurs ou antisociaux témoignent souvent d'une tentative de faire face à des traumatismes non résolus, exacerbés par un manque de ressources internes et environnementales (Godbout et al., 2018). La combinaison de tous ces éléments chez une personne s'avère particulièrement dangereuse et volatile à l'adolescence (Godbout et al., 2018).

#### 3.2.10 Mentalisation

Les victimes de traumatismes éprouvent souvent des difficultés à interpréter leur état interne ainsi que les comportements des autres (Godbout et al., 2018). Cela a un impact durable sur leur capacité à maintenir des relations interpersonnelles épanouies, car elles ont du mal à comprendre leurs propres émotions en plus de celles des autres (Berthelot et al., 2013). Ce phénomène est lié à la mentalisation, soit la capacité à se comprendre soi-même et à comprendre les relations avec les autres en termes d'états mentaux (Godbout et al., 2018). Les difficultés de mentalisation, comme l'incapacité à reconnaître et à interpréter ses propres états internes, peuvent entraver la régulation émotionnelle, et mener à des comportements dysfonctionnels et désorganisés chez la personne (Lawson et Quin, 2013).

Ces difficultés se manifestent souvent en raison d'une relation d'attachement non sécurisante où la maltraitance empêche le développement de cette capacité de réflexion (Godbout et al., 2018). Par exemple, un enfant ayant vécu de la maltraitance pourrait se sentir en colère sans comprendre pourquoi ou interpréter qu'un ami l'ignore et le rejette alors qu'il est simplement distrait. Cette

mauvaise interprétation de ses émotions et des actions des autres peut rendre difficile la gestion de ses relations interpersonnelles. En revanche, la conservation de la mentalisation constitue un excellent facteur de protection, permettant de mieux naviguer dans les relations et de réguler ses émotions de manière saine (Godbout et al., 2018).

Le développement de la mentalisation se fait dans une relation d'attachement sécurisante (Godbout et al., 2018). Dans les cas des personnes vivant des traumas complexes comme de la violence ou de la négligence, leur attachement est souvent désorganisé tel qu'expliqué précédemment. Les enfants et les adolescents vivant divers événements traumatiques ne sont pas toujours en mesure de faire preuve de mentalisation. Lorsque la figure de soins ou une personne significative dans la vie de l'enfant adopte des comportements de maltraitance physique, psychologique, verbale ou négligente, cela témoigne d'un manque de mentalisation de sa part. En effet, cela signifie qu'elle est incapable de reconnaître les besoins affectifs, les ressentis ou la vulnérabilité de l'enfant, ce qui nuit gravement au développement socioaffectif de ce dernier (Godbout et al., 2018).

#### 3.2.11 Répercussions et enchevêtrement

Godbout et ses collègues (2018) expliquent que chacune des catégories de conséquences précédemment définies s'enchevêtre l'une avec l'autre créant ainsi une interinfluence au sein de la vie de la personne traumatisée telle qu'illustrée dans la figure 1 :

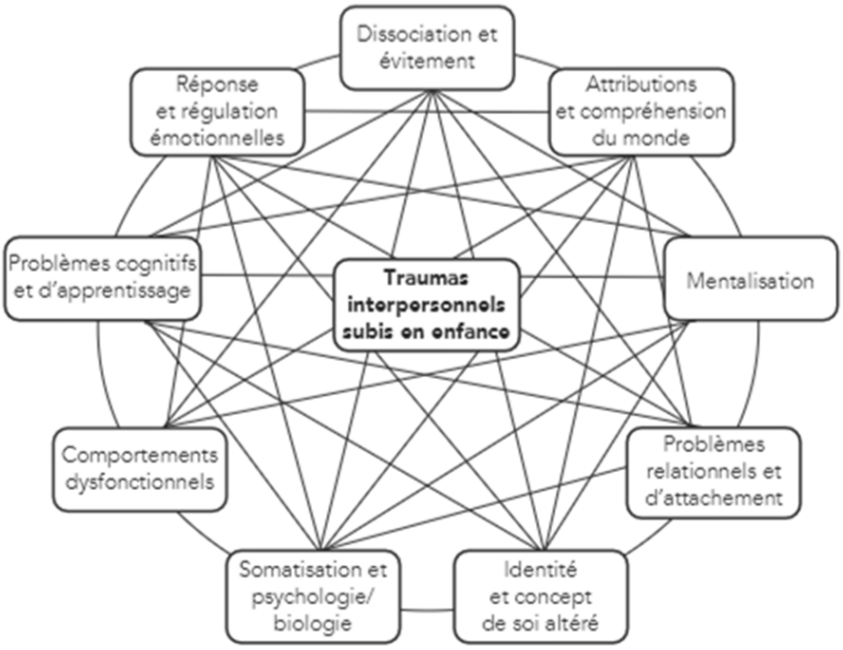



**Figure 1**
**Enchevêtrement des répercussions**
Source : Godbout et al., 2018, p.76

Ces difficultés peuvent ainsi créer un cercle vicieux difficile à briser. Cet enchevêtrement apporte également un portrait clinique particulièrement complexe et différent d'un individu à l'autre, ce qui complique l'intervention (Godbout et al., 2018).

### *3.3 Interventions*

Les symptômes et les conséquences vécues par les personnes ayant été exposées à des situations traumatiques chroniques varient grandement sur les plans physique, psychologique, émotionnel et relationnel. Il est donc difficile de proposer une intervention unique en contexte de trauma complexe, puisque les cibles d'intervention doivent être adaptées aux besoins spécifiques de chaque individu (Lawson et Quin, 2013). Il est recommandé de jumeler des interventions psychosociales et médicales comme la prise d'une médication afin de favoriser une réadaptation optimale pour l'individu (Courtois, 2008). Par ailleurs, il est possible de distinguer deux types de pratiques à privilégier dans l'intervention en contexte de traumas : les pratiques spécifiques aux traumas et celles sensibles aux traumas. Cette section a pour but de différencier ces deux approches d'intervention en situation de trauma complexe.

### 3.3.1 Pratiques spécifiques aux traumas

Les pratiques spécifiques aux traumas visent à traiter les séquelles découlant de l'exposition à des événements traumatiques (Milot, Lemieux et al., 2018). Elles permettent à la personne de prendre conscience de l'impact de ces événements sur son fonctionnement actuel, tout en favorisant le développement d'habiletés et de compétences essentielles à son processus de rétablissement et d'émancipation (Milot, Lemieux et al., 2018). Quand les interventions sont de l'ordre de la psychothérapie, les personnes professionnelles doivent être habiletés à le faire.

Les pratiques spécifiques aux traumas sont sensiblement récentes et peu validées, mais les résultats des études sont prometteurs (Courtois, 2008). Le traitement du trauma complexe est souvent organisé en phases thérapeutiques. Courtois (2008) propose un format en trois phases soit : la stabilisation (phase 1), le traitement du traumatisme (phase 2) et la réhabilitation (phase 3). La première phase est essentielle pour la continuité du traitement, car elle est la base de celui-ci. Elle constitue la création d'un cadre sécurisant au sein d'une relation de confiance ainsi qu'un accompagnement dans la régulation des émotions et l'acquisition de compétences pour combler les besoins de base (Courtois, 2008). La seconde phase implique un déconditionnement quant aux stratégies d'adaptation déjà acquises et ancrées chez la personne. Un travail sur la résolution et l'intégration du ou des traumatismes est également effectué auprès de la personne (Courtois, 2008). La dernière phase, la réhabilitation, comprend des interventions en lien avec le développement personnel et relationnel de l'individu afin d'améliorer sa vie quotidienne.

Selon Hopchet et ses collègues (2017), ces étapes sont des fondations vers un meilleur fonctionnement global de la personne. Bien que la littérature scientifique ne confirme pas la durée optimale d'un traitement, les observations cliniques suggèrent des thérapies à long terme, sur plusieurs années, avec une fréquence d'au moins une séance par semaine (Courtois, 2008).

Les approches préconisées dans le traitement de traumas, surtout pour les TSPT, sont celles s'appuyant sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Courtois, 2008). Plusieurs programmes existent selon cette approche et sont utilisés auprès de personnes victimes de trauma à commencer par le programme *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) (Cohen et al., 1996), soit la TCC axée sur les traumatismes [traduction libre]. Le TF-CBT propose une approche structurée qui vise à aider les enfants et adolescents ayant vécu des traumas en intégrant des techniques cognitivo-comportementales, des éléments de la psychoéducation et un travail en dyade avec les parents (Cohen et Mannarino, 2008). Il se déroule généralement en

plusieurs phases (stabilisation, exposition, intégration) pour réduire les symptômes post-traumatiques et favoriser la résilience. C'est un des traitements les mieux établis pour les enfants, les adolescents et les adolescentes ayant vécu des traumatismes (Cohen et Mannarino, 2008 ; Lawson et Quin, 2013).

Le programme SPARCS, *Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress,* soit la Psychothérapie structurée pour les adolescents confrontés au stress chronique [traduction libre] (DeRosa et Pelcovitz, 2008), est une intervention de groupe conçue pour les adolescents et adolescentes confrontés à un stress chronique, intégrant des stratégies de pleine conscience, de résolution de problèmes et de régulation émotionnelle, afin de renforcer leurs capacités d'adaptation dans un contexte sécurisant et interactif (Lawson et Quin, 2013). Ce programme n'est pas disponible en français, mais il a été adapté par quelques Centres Jeunesses de façon informelle (DeRosa et Pelcovitz, 2008). Par ailleurs, *Seeking Safety,* ou sa version francophone À la recherche de la sécurité (Najavits, 2002), est un autre programme initialement développé pour les adultes, qui s'avère applicable aux personnes adolescentes, visant à développer des stratégies d'adaptation tout en travaillant sur la sécurité dans le présent, sans exiger de revivre les souvenirs de situations traumatiques (Lawson et Quin, 2013). Le manuel offert par ce programme est disponible en français (Najavits, 2002). D'autres approches et programme peuvent également s'appliquer dans l'intervention en trauma complexe : CBITS (*Cognitive Behavioral Intervention for Traumatized Students*; Jaycox, Langley, et al., 2004), TARGET (*Trauma Affect Regulation : Guide for Education and Therapy*; Ford, 2006), TST (*Trauma Systems Treatment*; Saxe et al., 2007), STAIR (*Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation*; Cloitre et al., 2002) ou l'art thérapie (Lawson et Quin, 2013 ; Lévesque, 2022). Ces programmes ont été traduits de façon non officielle en français dans certains milieux. Il est important de prendre en compte que les personnes intervenantes doivent suivre des formations pour utiliser certains de ces programmes.

### 3.3.2 Pratiques sensibles aux traumas

Les pratiques sensibles aux traumas visent à éviter de retraumatiser les jeunes en créant un environnement sécurisant (Bloom, 2013 ; Milot, Lemieux et al., 2018). Elles s'appliquent à la population générale en modifiant la posture des personnes intervenantes (Milot, Lemieux et al., 2018). Cette approche considère les comportements comme des manifestations possibles d'expériences traumatiques, car il est important de rappeler que les traumas relationnels sont fréquents, touchant 30 % des individus de la population générale et encore plus fréquents chez les adolescents et adolescentes, atteignant 70 à 80 %, parfois même 100 % comme chez les

jeunes hébergés (Berger, 2015 ; Milot, Lemieux et al., 2018). À l'inverse des pratiques spécifiques aux traumas, les pratiques sensibles ne sont pas des méthodes thérapeutiques, mais un cadre organisationnel et relationnel à mettre en place auprès de l'ensemble de la population (Bloom, 2013). L'objectif est de créer des milieux de vie et d'intervention sécurisants pour tous, autant pour les usagers que les intervenants (Bloom, 2013 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017). Ainsi, toutes personnes côtoyant la possible victime de traumas doivent reconnaître les traumatismes passés, même s'ils ne sont pas nommés pour mieux adapter ses réponses et interventions et ainsi, réduire les pratiques punitives ou invalidantes dans les milieux scolaires, sociaux ou de soins de santé (Berger, 2015 ; Milot, Lemieux et al., 2018).

Comme le souligne Matte-Landry (2023), ces pratiques ne se limitent pas à des interventions ou techniques spécifiques. Elles constituent un ensemble d'approches systémiques et intersectorielles qui visent à influencer les pratiques cliniques ainsi que les politiques organisationnelles en tenant compte de la prévalence et de l'impact des traumas afin de mieux répondre aux besoins des personnes concernées (Matte-Landry et al., 2023 ; Record-Lemon et Buchanan, 2017). De plus, les approches sensibles aux traumas privilégient souvent l'éducation et l'autonomisation des élèves, des familles et du personnel scolaire, en favorisant la sécurité, le soutien et le bien-être de tous (Record-Lemon et Buchanan, 2017).

Présentement dans les systèmes de soin, il y a peu d'attention qui est portée au vécu traumatique des usagers en plus d'une importante méconnaissance des conséquences des traumas, en particulier pour le trauma complexe (Milot, Lemieux et al., 2018). Ces situations peuvent mener à ce que la personne soit retraumatisée. Alors, la personne ayant vécu des traumas a peu de chance de surmonter ses difficultés dans un environnement traumatisant (Milot, Lemieux et al., 2018). L'inadéquation entre les besoins des jeunes et les interventions proposées peut entraîner des répercussions à long terme sur leur adaptation psychosociale (Gagné et al., 2023). La mise en place des pratiques sensibles aux traumas démontre les bienfaits pour les jeunes ainsi que pour les personnes intervenantes réduisant aussi le recours aux mesures restrictives (Gagné et al., 2023 ; Matte-Landry et al., 2023).

Il y a trois dimensions à prendre en considération pour mettre en place des pratiques sensibles aux traumas : la personne ayant vécu des traumas, les personnes intervenantes et l'environnement. Pour la victime, il faut lui permettre de jouer un rôle actif dans son environnement afin de lui redonner le pouvoir (Berger et Quiros, 2014). Il est important d'inclure les voix et le vécu des jeunes ayant fait face à des événements traumatiques afin de les rapprocher des expériences

actuelles vécues (Maurer et al., 2023). Il faut toutefois faire attention quant à la prise de décision, car parfois cela devient un facteur de stress supplémentaire selon les compétences de la personne (Berger et Quiros, 2014). Les pairs peuvent également être un soutien pertinent pour les jeunes afin de les accompagner dans le quotidien et les pousser vers l'aide professionnelle (Mahon, 2024).

Au niveau de la personne intervenante, il est important de créer la relation thérapeutique auprès de la victime, car souvent, elles sont méfiantes envers l'aide qui leur est offerte (Hopchet et al., 2017). Il est donc primordial d'adopter une posture accueillante, empathique et absente de jugements (Hopchet et al., 2017). La personne aidée est en position vulnérable, ce qui fait en sorte que la relation peut réactiver des injustices vécues par la victime, d'où l'importance que la personne intervenante évite d'être en position de sauveur (Hopchet et al., 2017 ; Milot, Lemieux et al., 2018). Au contraire, elle doit être dans l'accompagnement à la compréhension des émotions vécues afin de soutenir les jeunes dans leur régulation (Maurer et al., 2023). Dans les interventions quotidiennes, les limites claires et appropriées doivent être maintenues en plus du respect de la confidentialité. La prévisibilité, la clarté et la cohérence des interventions auprès des victimes de traumas sont des clés des pratiques sensibles (Berger et Quiros, 2014). La personne intervenante doit aussi porter attention aux croyances et valeurs divergentes d'une culture à une autre, afin de bien choisir l'action à mettre en place tout en évitant de retraumatiser la victime. La formation et le développement continu du personnel sont primordiaux pour adapter l'intervention au fil des années selon les avancements scientifiques (Mahon, 2024).

Les pratiques sensibles aux traumatismes ne se limitent pas qu'aux personnes intervenantes et aux individus en ayant vécu. Elles s'étendent à l'ensemble des structures organisationnelles, notamment les milieux scolaires, de santé, de protection de la jeunesse ou encore de justice. Selon Mahon (2024), ces systèmes peuvent eux-mêmes provoquer un trauma supplémentaire à ceux déjà vécus par la victime lorsqu'ils recourent à des pratiques coercitives comme l'isolement, la contention ou le retrait d'un enfant de sa famille. C'est pourquoi plusieurs auteurs et autrices insistent sur la nécessité de mettre en place une approche organisationnelle universelle, applicable à toutes les personnes fréquentant ces lieux (Berger et Quiros, 2014 ; Mahon, 2024 ; Milot, Lemieux et al., 2018). Cette approche inclut la reconnaissance des traumatismes et l'adaptation des politiques internes pour éviter de retraumatiser l'individu (Mahon, 2024). Le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) propose six principes directeurs pour structurer des services sensibles aux traumas : la sécurité, la transparence et la confiance, le soutien par les pairs, la collaboration, l'autonomisation et la sensibilité aux

différences culturelles, de genre et d'histoire de vie (Milot, Lemieux et al., 2018). Ces principes sont fondamentaux dans la création d'environnements bienveillants et sécurisants pour les usagers comme pour le personnel (Berger et Quiros, 2014).

Dans les milieux scolaires, les pratiques sensibles aux traumas sont primordiales. Les écoles peuvent constituer des environnements de soutien déterminant pour les enfants, adolescents et adolescentes ayant vécu des traumas qui sont présents une majorité de leur temps dans ce milieu (Record-Lemon et Buchanan, 2017). Les facteurs de protection importants sont un climat scolaire positif et des liens significatifs avec le personnel de l'école. La formation continue permet non seulement d'augmenter les connaissances du personnel, mais également de renforcer leur engagement relationnel, leur compréhension de leur rôle et leur satisfaction face aux pratiques mises en œuvre, et ce, de façon continue (Record-Lemon et Buchanan, 2017 ; Mahon, 2024).

Les pratiques sensibles aux traumas ont été critiquées quant au manque de définitions claires ainsi que l'absence d'indicateurs précis de résultats, ce qui empêche une adoption généralisée dans l'ensemble des organisations (Maurer et al., 2023). Maurer et ses collègues (2023) proposent donc la vision dont les approches sensibles aux traumatismes reposent sur les « quatre R » : **R**éaliser l'impact global des traumas, **R**econnaître les signes et symptômes associés, **R**épondre de manière adaptée en intégrant ces connaissances dans les pratiques et les politiques et prévenir activement de **R**etraumatiser les victimes. De cette façon, les organisations sont en mesure d'appliquer la règle des quatre R pour implanter des pratiques sensibles aux traumas dans leur milieu.

Présentement dans les systèmes offrant des soins, les manifestations comportementales des usagers et usagères provenant des traumas vécus sont souvent incomprises et punies (**R**econnaître), démontrant la faible connaissance des traumas dans ce milieu ce qui augmente considérablement le risque de **R**etraumatiser les jeunes (Maurer et al., 2023). L'adolescence est aussi une période sensible du développement, ce qui rend les interventions d'autant plus cruciales (Maurer et al., 2023). Il est donc nécessaire de **R**econnaître les déclencheurs relationnels, historiques et culturels de l'activation du cerveau de survie, donc du système de réponse au stress, ainsi que la complexité des émotions (Maurer et al., 2023). Enfin, l'inclusion du vécu des jeunes dans l'élaboration des interventions permet de mieux **R**épondre à leurs besoins réels (Maurer et al., 2023).

Pour effectuer une restructuration, une organisation peut se baser sur le modèle du sanctuaire de Bloom (référence du modèle). Il repose sur une transformation en profondeur des structures,

politiques et pratiques organisationnelles afin d'assurer la sécurité physique, psychologique et morale des usagers et usagères ainsi que des personnes intervenantes (Milot, Lemieux et al., 2018). Il s'appuie sur quatre piliers, dont le premier regroupe sept engagements fondamentaux : la non-violence, l'intelligence émotionnelle, l'apprentissage social, la démocratie, la communication ouverte, la responsabilité sociale et la croissance personnelle (Milot, Lemieux et al., 2018). Les autres piliers concernent la compréhension des traumas, l'adoption d'un langage commun entre tous les acteurs, et le recours à des pratiques favorisant la guérison et la sécurité des enfants et des adolescents et adolescentes (Milot, Lemieux et al., 2018).

Par ailleurs, un exemple supplémentaire de mise en place de pratiques sensibles aux traumas est le projet HEARTS. Développé à l'Université de Californie à San Francisco, il vise à remplacer les réponses punitives aux comportements des élèves par une approche éducative centrée sur les traumas (Milot, Lemieux et al., 2018). Il encourage la création d'environnements scolaires sécurisants, la formation du personnel, l'accompagnement des élèves et la modification des politiques scolaires, tous des éléments importants précédemment énoncés. HEARTS propose des interventions pour tous comme des ateliers de gestion du stress (intervention de prévention universelle), pour certains groupes à risque comme du soutien clinique ciblé (intervention de prévention sélective) et pour les élèves traumatisés comme le développement d'habiletés de régulation et de l'identité (intervention de prévention indiquée), tout en incluant les parents, les enseignants et enseignantes et l'organisation elle-même. Ce modèle a démontré des impacts concrets, comme une réduction marquée des suspensions allant jusqu'à 89 % en cinq ans (Dorado et al., 2016, cité dans Milot, Lemieux et al., 2018).

# 4. MÉTHODE

La formation a été réalisée pour les TES des deux écoles secondaires afin de les sensibiliser sur le trauma complexe. Elle porte notamment sur la compréhension du trauma complexe, ses conséquences sur les élèves victimes et les stratégies d'intervention à privilégier en milieu scolaire. Afin d'assurer une planification complète, la structure d'ensemble de Gilles Gendreau a été utilisée (Gendreau, 2001). C'est un outil de planification qui permet d'organiser une intervention en tenant compte de l'ensemble des éléments qui influencent une situation éducative. Elle repose sur plusieurs composantes interreliées qui assurent une cohérence entre l'intention de départ et les actions menées sur le terrain. Ces différentes composantes seront présentées dans cette section.

## *4.1 Participants*

Les participants et participantes à la formation sont 12 TES des deux écoles secondaires du CSSRN, soit l'école d'Iberville et l'école de la Source. Neuf personnes ont fait la technique d'éducation spécialisée et l'une d'entre elles a également fait la technique de travail social. Deux personnes ont complété le baccalauréat en psychoéducation sans être membres de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Les cinq psychoéducateurs et psychoéducatrices des deux écoles secondaires ont également été invités à participer à la formation afin de pouvoir accompagner les TES dans leur milieu et assurer une certaine continuité des apprentissages. Seulement deux psychoéducatrices de l'école La Source ont pu être présentes. Les figures 2, 3 et 4 comprennent les réponses de 13 personnes. Une personne ne l'a pas complété pour des raisons inconnues puisque tout le monde avait reçu l'information. Elle a cependant rempli le second questionnaire.

Le niveau d'expérience des TES varie grandement, que ce soit en fonction de leur expérience au secondaire ou de leur parcours dans le domaine psychosocial de manière générale. Le nombre d'années d'expérience dans le domaine psychosocial est plus élevé étant majoritairement de 10 ans ou plus tel que présenté dans la figure 2.

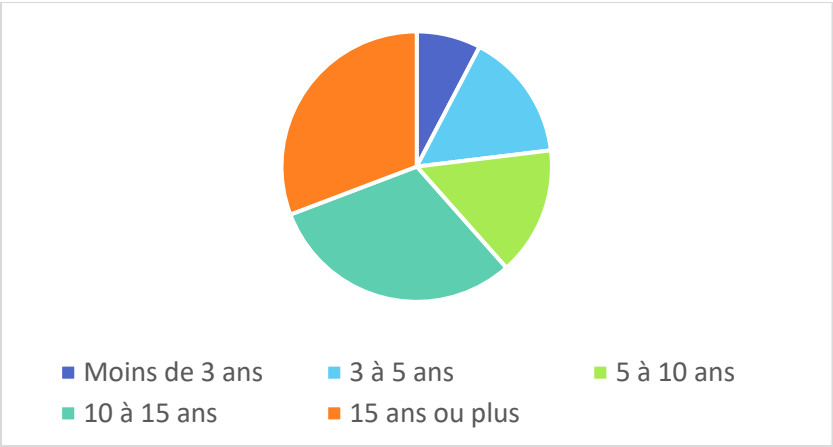



**Figure 2**
**Nombre d'années d'expérience dans le domaine psychosocial**

La majorité des personnes intervenantes présentes occupent leur poste actuel depuis moins de cinq ans. Certaines sont en poste, ce qui leur garantit de travailler au même endroit d'une année à l'autre. D'un autre côté, certaines TES ont signé des contrats, ce qui signifie qu'ils ou qu'elles peuvent changer d'emploi d'une année à l'autre en fonction des offres disponibles selon leur ancienneté. La figure 3 illustre la proportion des réponses rapportées en lien avec le nombre d'années dans leur poste actuel.

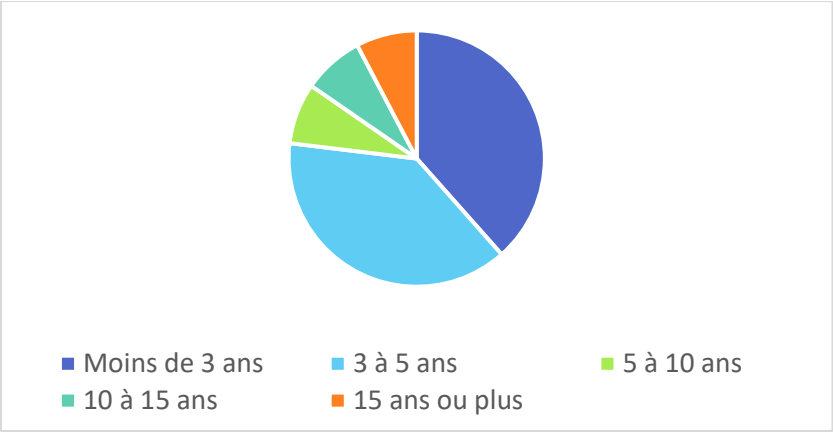



**Figure 3**
**Nombre d'années au poste présentement occupé**

Les TES offrent un accompagnement direct et quotidien aux élèves. Il est donc essentiel qu'elles comprennent le trauma complexe, ses conséquences sur le fonctionnement des jeunes, ainsi que les interventions adaptées à privilégier dans leur pratique. Aucune formation sur le trauma complexe n'avait été offerte aux TES du milieu jusqu'à maintenant. Les connaissances acquises proviennent donc de formations personnelles à chacun, ce qui explique que les niveaux de connaissance varient d'une personne à l'autre. Parmi les personnes participantes à la formation,

six d'entre elles avaient « souvent » entendu parler du trauma complexe tandis que cinq en avaient entendu parler quelques fois. Seulement deux personnes n'avaient jamais abordé ce sujet.

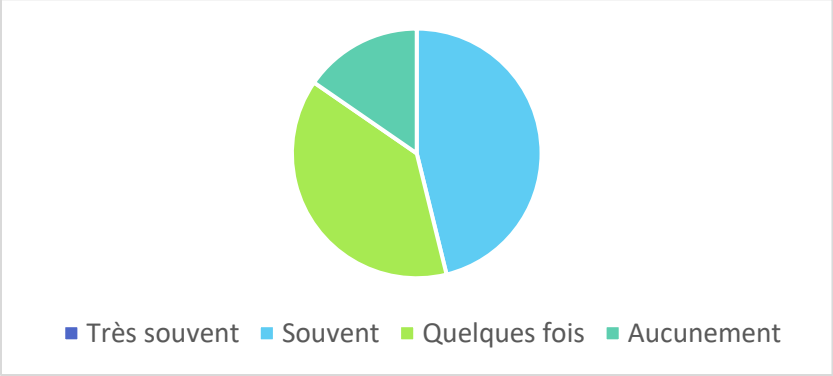



**Figure 4**
**Fréquence d'exposition au concept de trauma complexe**

*4.2 Éducateur — Animatrice*

Je suis l'animatrice de la formation sur le trauma complexe destinée aux personnes intervenantes des deux écoles secondaires de Rouyn-Noranda. Ayant de l'expérience de travail à la protection de la jeunesse, j'ai été introduite au concept de trauma complexe dans le cadre de rencontres d'équipe où nous avions brièvement abordé le sujet en proposant des outils d'informations et d'interventions. Mes recherches m'ont menée à créer une formation de trois heures, soutenue par une présentation PowerPoint. En tant qu'étudiante à la maîtrise en psychoéducation, je réalise ce projet dans le cadre de mon rapport de stage de fin de parcours, sous la direction de la professeure en psychoéducation, Sophie Higgins.

*4.3 Objectifs*

L'objectif général de cette formation est de sensibiliser les TES sur le trauma complexe. De cet objectif découlent quatre objectifs plus spécifiques, dont trois s'appliquant davantage aux TES, à commencer par celui-ci : à la fin de la formation, 80 % des TES présentes définiront le trauma complexe en identifiant au moins trois aspects de sa définition dans le questionnaire final. Le deuxième objectif vise l'identification des conséquences : après la formation, 80 % des équipes de TES présentes identifieront deux conséquences du trauma complexe à partir d'une des vignettes cliniques lors du retour en grand groupe. Le troisième objectif porte sur l'identification par 80 % des TES d'au moins deux pratiques sensibles au trauma à intégrer dans leur milieu de pratique, inscrit encore une fois dans le questionnaire final. Enfin, un dernier objectif concerne plus précisément la formation en soi. À la fin de la formation, la moyenne sur 10 du sentiment de compétence des personnes participantes augmentera comparativement à la moyenne avant le

début de la formation. L'évaluation se fait dans la comparaison des réponses aux deux questionnaires.

### *4.4 Programme*

La formation comporte quatre grandes sections : la définition, les conséquences, les interventions et les ressources. La section sur la définition comprend à la fois l'explication du trauma complexe et de ses symptômes associés, les facteurs de risque et les troubles concomitants. Cette section inclut également une brève définition du stress et du trouble de stress post-traumatique (TSPT), afin de faciliter la compréhension du trauma complexe. La deuxième partie de la présentation, portant sur les conséquences, est présentée sous les neuf catégories identifiées par Godbout et ses collègues (2018) : dissociation et évitement, somatisation, physiologie et biologie, compréhension du monde, problèmes relationnels et d'attachement, problèmes cognitifs et d'apprentissage, comportements dysfonctionnels, identité et concept de soi altéré, régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie et mentalisation. Avant d'aborder ces différentes catégories, un aperçu du fonctionnement du cerveau en développement ayant vécu un trauma complexe est présenté. Ensuite, la section sur les interventions explique la différence entre les pratiques spécifiques et celles sensibles aux traumas. Quelques exemples de pratiques spécifiques sont donnés avant de passer aux pratiques sensibles aux traumas, puisque ces interventions étant applicable à la population générale pourront être immédiatement utilisées par les TES. La conclusion porte sur les différentes ressources pour poursuivre les apprentissages et rester informé sur le trauma complexe, ainsi que sur les organismes pouvant servir de référence pour les adolescents et adolescentes.

### *4.5 Moyens de mise en interaction*

Plusieurs moyens de mise en interaction sont prévus tout au long de la présentation, afin de favoriser la participation des TES. Tout d'abord, tous les éléments mentionnés dans le programme sont présentés sous forme de présentation PowerPoint, qui a été envoyée quelques jours avant la formation par courriel (Annexe A). Cela a permis aux TES de l'imprimer ou de la télécharger pour leurs prises de notes personnelles. Tous les autres documents nécessaires à la formation étaient également inclus dans cet envoi. Quelques copies des exercices étaient également disponibles sur place pour celles et ceux ayant oublié les leurs.

Ensuite, une vignette clinique fictive de Léa, 14 ans, a été présentée et utilisée tout au long de la formation (Annexe B). Dans un premier temps, les TES devaient, en équipe, effectuer la lecture de la vignette pour identifier les symptômes, les facteurs de risque et les troubles concomitants

présents dans la situation de Léa. Une seconde utilisation de la vignette permettait aux TES d'identifier les conséquences que présente Léa, qui pourraient être causées par la présence d'un trauma complexe. Enfin, la mise en situation présente des pratiques du milieu scolaire de Léa qui ne sont pas sensibles aux traumas. Lors du troisième exercice, les TES devaient les identifier et proposer des pratiques plus sensibles aux traumas. Les équipes de travail pour la vignette clinique étaient libres, puisque cela pouvait favoriser des échanges avec leurs collègues sur des cas réels qui s'appliquent à leur école et leur secteur ou des échanges de comparaison entre les deux milieux.

De plus, une vidéo a été présentée pour expliquer le fonctionnement du cerveau d'une manière plus imagée, afin de rendre le contenu plus concret et de changer le rythme de la formation (Les Arènes du Savoir, 2015). Cette vidéo pourra également servir d'outil d'intervention avec les élèves dans divers contextes, et pas seulement en lien avec le trauma complexe, afin que les TES puissent expliquer le fonctionnement du cerveau à leurs élèves en suivi.

Tout au long de la formation, des questions ont été posées afin de susciter la réflexion chez les participants et participantes. Ces questionnements visaient à encourager l'analyse de leurs pratiques actuelles et à faire des liens concrets avec les notions abordées. De plus, des moments de discussion ont été prévus pour permettre le partage d'expériences, la mise en commun d'observations terrain et la co-construction de pistes d'intervention. Le retour sur les exercices proposés servait également de levier pour approfondir la compréhension des concepts et favoriser l'intégration des apprentissages dans leur pratique quotidienne.

Enfin, les personnes intervenantes devaient compléter l'outil présenté portant sur l'identification des zones d'activation (Grisé Bolduc, 2022). Il s'agit d'un outil qu'ils pourront utiliser en intervention avec les élèves (Annexe C). L'exercice consistait à compléter leur propre schéma de zone d'activation, leur permettant de vivre l'intervention (Annexe D). Cela a également favorisé une courte introspection, permettant aux TES d'identifier leurs limites et leurs ressources.

### *4.6 Système d'évaluation et de reconnaissance*

Afin d'évaluer la compréhension des personnes participantes, un questionnaire électronique a été rempli de façon anonyme au début et un second à la fin de la formation (Annexe E et F). Le premier questionnaire a servi à connaître le parcours académique de chaque personne intervenante (par exemple : technique en éducation spécialisée, baccalauréat en psychoéducation, etc.), le nombre d'années passées dans le poste occupé, le nombre d'années d'expérience en intervention, la connaissance du trauma complexe, l'aisance à intervenir dans ce

type de contexte, ainsi que leurs attentes envers la formation. Il a permis d'évaluer leur niveau de connaissance et d'adapter certains contenus en fonction des besoins identifiés.

Le second questionnaire a permis de mesurer l'aisance à intervenir en contexte de trauma complexe après avoir suivi la formation, d'évaluer la capacité des TES à définir ce type de trauma dans leurs propres mots, de faire ressortir les pratiques sensibles aux traumas à mettre en place dans leur milieu, ainsi que de recueillir une brève appréciation de la formation, tant en ce qui concerne la réponse aux attentes que les commentaires généraux.

Afin de s'assurer que les TES comprenaient bien le concept de trauma complexe, trois aspects de la définition devaient être identifiés parmi les suivants : la présence de facteurs de stress graves, la période sensible du développement (enfance, adolescence), la chronicité des événements, les conséquences graves et la figure d'attachement ou de soin (parent, tuteur, responsable de l'enfant). Ces éléments pouvaient être formulés dans leurs propres mots. Pour l'évaluation des pratiques sensibles au trauma, deux pratiques parmi celles présentées devaient être identifiées dans le questionnaire. En ce qui concerne les conséquences du trauma complexe, chaque équipe devait en nommer deux à l'oral durant la formation, parmi les suivantes : le retrait ou la recherche de refuge, l'évitement des interactions, l'incapacité à comprendre ou répondre à des comportements amicaux ou bienveillants, les conflits et le rejet, l'automutilation ou l'hyperphagie. L'animatrice a coché, pour chaque équipe, les conséquences nommées sur une grille préalablement conçue (Annexe G).

### *4.7 Système de responsabilités*

La formatrice est responsable d'assurer le bon déroulement de la formation, en animant le contenu et en facilitant les échanges. Pour cela, la préparation et l'organisation du matériel devaient être effectuées au préalable, incluant le support visuel (PowerPoint) et les activités (vignette clinique, zone d'activation). Le matériel nécessaire devait être envoyé avant la formation, afin que les personnes participantes puissent le consulter et l'imprimer au besoin pour la prise de notes. Il était également important de faire preuve d'une gestion du temps efficace pour couvrir tous les sujets prévus tout en laissant de la place aux questions et discussions dans le temps limité. Il était important d'adapter l'approche et le contenu en fonction des besoins du groupe et du niveau de compréhension des personnes participantes.

Les TES ont également un rôle important dans la réussite de cette formation. Les personnes participantes devaient être présentes à l'heure convenue, tant à l'arrivée qu'au retour des pauses, et participer activement en posant des questions, en donnant des exemples et en répondant aux

questions durant les activités. Elles devaient apporter le matériel nécessaire pour leur prise de notes personnelles (ordinateur, papier, crayons, etc.). Le respect des consignes est important, notamment en s'assurant de respecter la confidentialité lors du partage d'exemples vécus. Finalement, elles devaient mettre en lien les apprentissages avec leur pratique professionnelle, en réfléchissant à des applications concrètes des concepts abordés.

### *4.8 Code et procédure*

Le fonctionnement a été présenté au début de la formation. Les attentes étaient que les personnes présentes lèvent la main en tout temps pour poser une question, travaillent en équipe de deux ou trois lors des moments appropriés et participent activement tout au long de la formation. Les personnes participantes étaient également encouragées à partager leurs expériences de manière concise et pertinente, en lien avec les concepts abordés, tout en demeurant respectueuses et bienveillantes.

D'ailleurs, dans les échanges, il a été rappelé qu'il était essentiel de respecter la confidentialité des exemples issus de faits vécus. Il a aussi été souligné que le respect du temps alloué, que ce soit pour l'heure d'arrivée, la pause ou les exercices était attendu de la part de tous. Il incombait également à la formatrice de respecter le temps prévu pour la présentation du contenu. Enfin, les téléphones cellulaires devaient être éteints, afin d'éviter tout dérangement pendant la formation, et leur utilisation était réservée exclusivement à la complétion des questionnaires ou en cas d'urgence.

### *4.9 Espace*

La formation s'est déroulée dans l'une des salles de conférence du CSSRN. Les tables ont été disposées en rangées de manière à ce que toutes les personnes présentes soient orientées vers l'écran de projection central, sur lequel était affichée la présentation PowerPoint. Cette disposition a permis à l'ensemble des personnes participantes de bien voir le contenu et d'interagir efficacement avec les supports visuels ainsi qu'avec l'animatrice. La présentation PowerPoint était contrastée afin d'assurer une visibilité optimale pour toutes les personnes présentes dans la salle.

Pour les exercices en équipe, les personnes étaient assises côte à côte, ce qui a évité les déplacements inutiles. Des espaces de circulation avaient également été prévus entre les rangées de tables afin de faciliter les déplacements et de favoriser la participation active lors des mises en situation ou des échanges en petits groupes.

*4.10 Temps*

La formation a duré environ trois heures incluant une pause et des périodes d'exercices. Une pause de 15 minutes avait été prévue à mi-parcours afin de soutenir l'attention des participants. Chaque exercice disposait de 10 à 15 minutes pour être complété, et un minuteur était affiché sur la projection PowerPoint afin de faciliter la gestion du temps. Le temps avait été réparti de la manière suivante :

**Tableau 2**
**Répartition du temps de la formation**

| Titres de section | Temps prévu |
|---|---|
| Introduction et définition | 25 minutes |
| Vignette clinique et retour | 25 à 30 minutes |
| Conséquences | 30 minutes |
| Vignette clinique et retour | 15 à 20 minutes |
| PAUSE | 15 minutes |
| Interventions | 25 minutes |
| Vignette clinique et retour | 15 à 20 minutes |
| Exercice et partage | 15 minutes |
| Ressources et questions | 10 minutes |

La formation s'est déroulée le 21 mars 2025, de 13 h à 16 h 30. Le temps supplémentaire prévu (30 minutes) avait servi à effectuer des ajustements en cas de retards ou de problèmes techniques, afin de prévenir un prolongement de la formation. Le temps avait été ajusté en tenant compte que certains points nécessitaient possiblement davantage d'explications ou d'exemples concrets pour favoriser la compréhension de tous.

Afin d'éviter une impression de longueur ou de fatigue, la formation alternait entre théorie, échanges et exercices pratiques, ce qui a favorisé la concentration et la participation des TES. La variété des formats proposés (discussions, mises en situation, travail en équipe) a contribué à rendre la formation plus engageante pour les personnes participantes.

# 5. RÉSULTATS

La formation visait à développer les connaissances et les capacités des TES au sujet du trauma complexe à travers trois objectifs : définir le trauma complexe, identifier ses conséquences et repérer des pratiques sensibles à intégrer en milieu de travail. Un quatrième objectif spécifique ciblait l'augmentation de la moyenne sur 10 du sentiment de compétence. Deux questionnaires ont été utilisés pour évaluer l'atteinte de ces objectifs, l'un avant la formation pour cerner les attentes des personnes participantes et leur sentiment de compétence de base, l'autre à la fin de la formation pour mesurer les acquis quant aux objectifs, l'aisance à intervenir en situation de trauma complexe et l'appréciation générale.

## *5.1 Objectif 1 — Définition*

Après la formation, 12 personnes intervenantes ont inscrit que la formation les avait « beaucoup » aidés à mieux comprendre le trauma complexe. Le graphique de la figure 5 illustre l'ensemble des réponses.

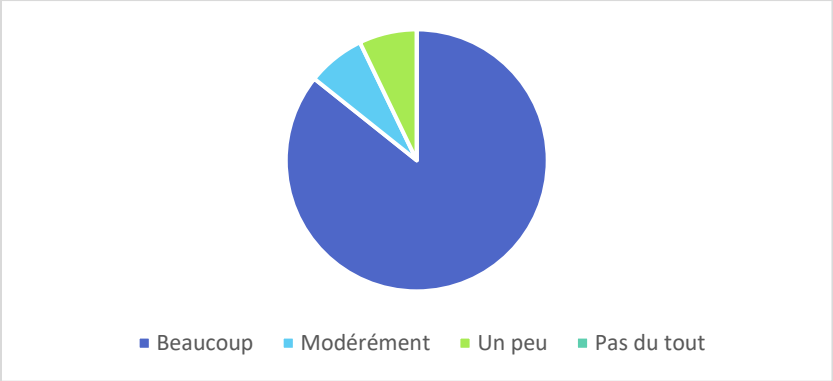



**Figure 5**
**Compréhension du concept de trauma complexe grâce à la formation**

À l'issue de la formation, 80 % des TES présentes devaient définir le trauma complexe en identifiant au moins trois aspects de sa définition. Pour vérifier la compréhension de la définition du trauma complexe, les TES devaient inclure dans leur réponse au moins trois éléments parmi les suivants : la présence de facteurs de stress graves, la période sensible du développement (enfance, adolescence), la chronicité des événements, les conséquences importantes et la figure d'attachement ou de soin (parent, tuteur, responsable de l'enfant). Ces aspects pouvaient être exprimés dans leurs propres mots dans le questionnaire. L'ensemble des personnes participantes a été en mesure d'identifier minimalement un élément de la définition parmi ceux cités plus haut. Selon les résultats, 43 % des personnes ont nommé trois éléments ou plus de la définition, ce qui

signifie que ce premier objectif n'a pas été atteint. La figure 6 représente le nombre de personnes ayant identifié un, deux ou trois éléments dans leur définition.

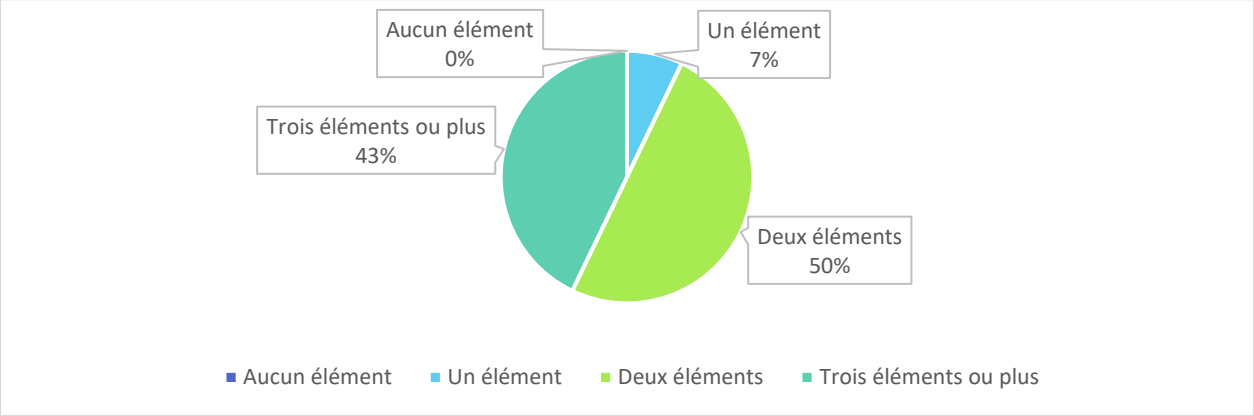



**Figure 6**
**Nombre d'éléments de la définition de trauma complexe identifiés**

Le prochain graphique (figure 7) illustre la fréquence dont chacun des aspects de la définition a été identifié dans les questionnaires. Les facteurs de stress grave, la chronicité et la figure de soin sont les éléments ayant été le plus fréquemment soulevés dans les réponses obtenues.

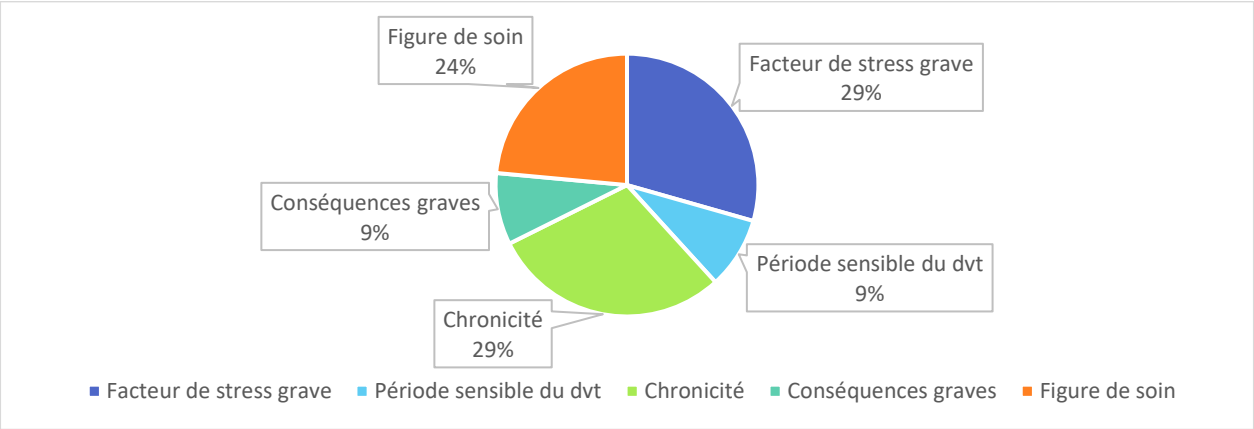



**Figure 7**
**Nombre de personnes ayant identifié chacun des éléments de la définition**

### *5.2 Objectif 2 — Conséquences*

Le deuxième objectif concerne l'identification des conséquences. À l'issue de la formation, 80 % des équipes de TES présentes devaient avoir identifié deux conséquences du trauma complexe à partir d'une vignette clinique. Pour ce faire, après avoir complété l'exercice sur la vignette clinique, chaque équipe devait en nommer deux parmi les suivantes : le retrait, la recherche d'un

refuge, le rejet, l'évitement des interactions, l'incapacité à comprendre ou répondre à des comportements amicaux ou bienveillants, les conflits, l'automutilation ou l'hyperphagie.

Chacune des six équipes présentes a été en mesure de nommer minimalement deux conséquences ou plus, ce qui montre l'atteinte de l'objectif ciblé. Les conséquences les plus fréquemment nommées étaient le retrait, les conflits, l'automutilation et l'hyperphagie. Chacune des conséquences a été mentionnée à au moins une reprise après un deuxième questionnement auprès des équipes. L'incapacité à comprendre ou répondre à des comportements amicaux ou bienveillants n'avait pas été nommée initialement comme le montre la figure 8.

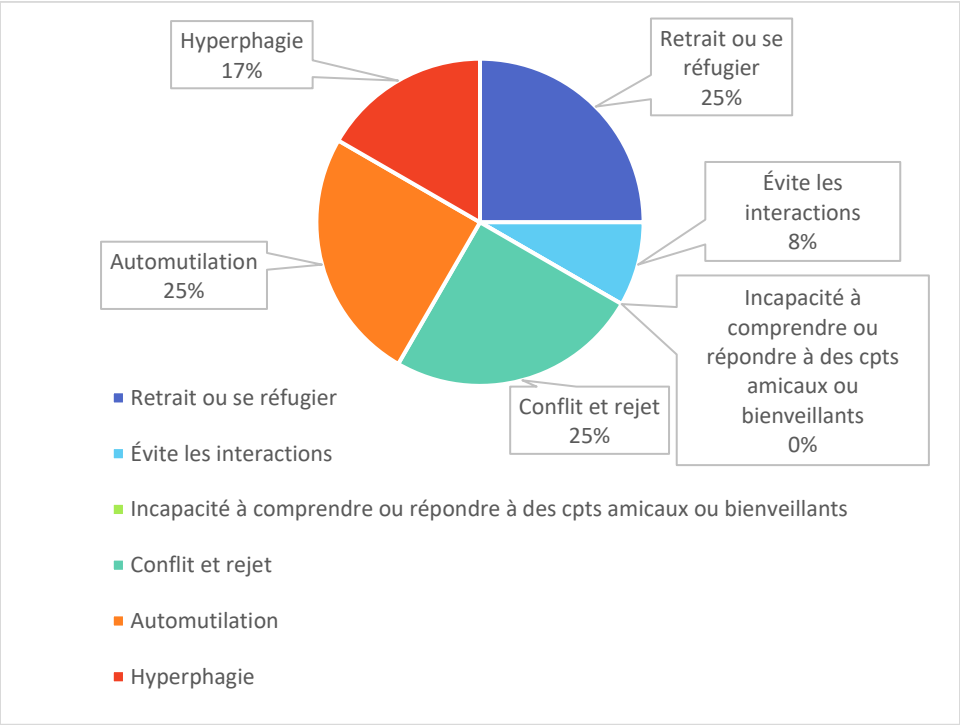



**Figure 8**
**Nombre de personnes ayant identifié chacune des conséquences**

### *5.3 Objectif 3 — Interventions sensibles aux traumas*

Le troisième objectif concerne l'identification, par 80 % des TES, d'au moins deux pratiques sensibles au trauma à intégrer dans leur milieu de travail. Dans le cadre de l'évaluation des pratiques sensibles au trauma, chaque personne participante devait identifier dans le second questionnaire deux pratiques parmi celles présentées durant la formation.

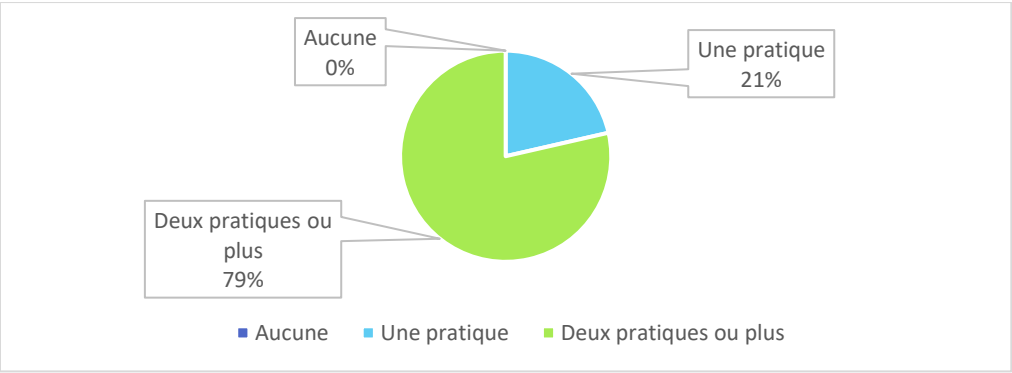



**Figure 9**
**Nombre de personnes ayant identifié des pratiques sensibles aux traumas**

Selon les résultats, présentés dans le graphique de la figure 9, 79 % des personnes participantes ont été en mesure d'identifier minimalement deux pratiques sensibles aux traumas, tandis que 21 % n'en ont nommé qu'une. L'objectif n'est donc pas atteint, malgré qu'il soit tout près de l'être.

### *5.4 Sentiment de compétence*

L'objectif concernant le sentiment de compétence ciblait l'augmentation de la moyenne sur 10 entre celle obtenue au premier questionnaire et celle du second. Le sentiment de compétence des 13 personnes intervenantes ayant répondu se trouvait initialement à une moyenne de 5,8 sur 10, où 0 signifiait qu'elles n'étaient aucunement à l'aise et 10 qu'elles l'étaient amplement. Le second questionnaire a été rempli par 14 personnes. Leur sentiment de compétence se trouvait désormais en moyenne à 8,3 sur 10. La figure 10 détaille les différentes réponses recueillies aux deux questionnaires.

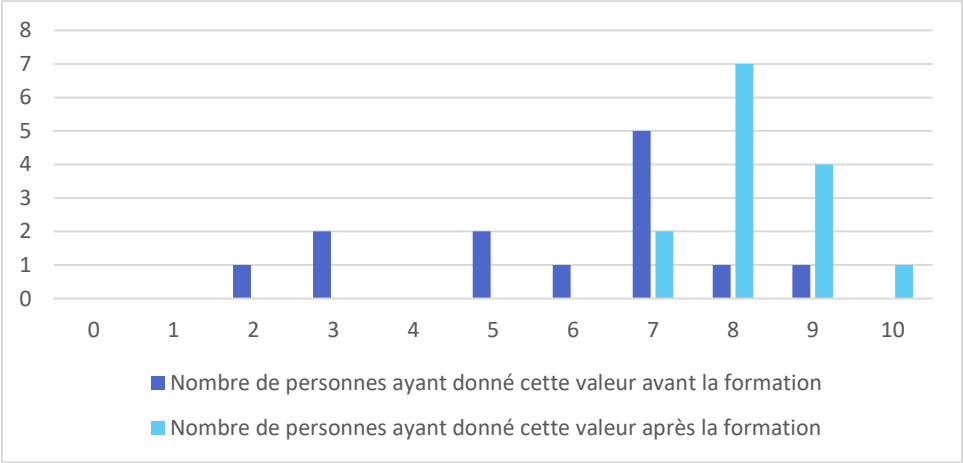



**Figure 10**
**Sentiment de compétence à intervenir en situation de trauma complexe**

# 6. DISCUSSION

La présente discussion expose une analyse et une interprétation des résultats obtenus à la suite de la formation offerte aux TES portant sur le trauma complexe. L'analyse est structurée autour de l'objectif général de la formation et des quatre objectifs spécifiques qui en découle portant respectivement sur la définition du trauma complexe, l'identification de ses conséquences, la reconnaissance de pratiques sensibles aux traumas ainsi que l'augmentation du sentiment de compétence. Par la suite, les commentaires généraux sur la formation seront abordés, suivis des limites de l'intervention et de recommandations en lien avec les résultats obtenus.

## *6.1 Analyse et interprétation des résultats*

### 6.1.1 Objectif 1 — Définition

Tout d'abord, à l'issue de la formation, 80 % des TES présentes devaient être capables de définir le trauma complexe en identifiant au moins trois de ses aspects (objectif 1). Cet objectif n'a pas été atteint puisque selon les résultats, 43 % des personnes ont nommé trois éléments ou plus de la définition. Ce résultat est possiblement causé par la formulation de la question qui ne mentionnait pas le nombre d'éléments à inclure dans la réponse : « Donne-moi la définition du trauma complexe dans tes mots ». De plus, le questionnaire a été rempli à la fin de la formation, vers 16 h, alors que les intervenants allaient quitter immédiatement après la complétion. Cela dit, les personnes présentes ont pu remplir le questionnaire rapidement, sans prendre le temps d'inclure tous les éléments. Parmi chacune des réponses, minimalement un des éléments de la définition s'y trouvait. Cela signifie une compréhension minimale du concept de trauma complexe.

Les éléments de la définition à identifier devaient se trouver parmi les cinq suivants : la présence de facteurs de stress graves, la période sensible du développement (enfance, adolescence), les conséquences graves, la chronicité des événements et la figure d'attachement ou de soin (parent, tuteur, responsable de l'enfant). Ils sont tous importants pour bien comprendre le trauma complexe, ce qui fait que d'identifier moins de trois de ces cinq éléments montre une certaine incompréhension du trauma complexe. La figure de soin, la chronicité et les facteurs de stress graves sont les trois éléments qui ont été le plus rapportés dans les réponses.

En revanche, la majorité des personnes intervenantes (12) mentionne avoir « beaucoup » développé leurs connaissances sur le trauma complexe. Alors, bien que cet objectif n'ait pas été atteint, il n'en demeure pas moins qu'elles ont perçu avoir fait plusieurs apprentissages quant aux traumas complexes au cours de la formation.

### 6.1.2 Objectif 2 — Conséquences

Le deuxième objectif portait sur l'identification des conséquences du trauma complexe. À l'issue de la formation, 80 % des équipes de TES devaient être en mesure d'en reconnaître au moins deux à partir d'une vignette clinique. Pour évaluer l'atteinte de cet objectif, chaque équipe devait nommer à l'oral deux conséquences se trouvant dans la vignette clinique parmi les suivantes : le retrait ou la recherche de refuge, l'évitement des interactions, l'incapacité à comprendre ou répondre à des comportements amicaux ou bienveillants, les conflits et le rejet, l'automutilation ou l'hyperphagie. L'objectif a été atteint à 100 % puisque les six équipes ont été en mesure d'en nommer deux ou plus, ce qui témoigne d'une bonne compréhension des manifestations possibles du trauma complexe chez les jeunes. Ces résultats peuvent également montrer que l'analyse clinique de la vignette faite par les personnes intervenantes était juste et en lien avec la théorie expliquée au préalable.

Les conséquences les plus fréquemment nommées étaient le retrait, les conflits, l'automutilation et l'hyperphagie. Cela peut se traduire par une meilleure reconnaissance des comportements plus visibles ou plus souvent rencontrés dans leur école respective. À l'inverse, les conséquences plus subtiles, comme l'évitement des interactions ou la difficulté à répondre à des comportements bienveillants, ont été moins souvent nommées par les équipes, ce qui pourrait indiquer des éléments à approfondir dans une future formation. L'ensemble du groupe a été en mesure de mentionner minimalement à une reprise chacune des conséquences de la vignette après un second questionnement, ce qui témoigne tout de même d'une bonne compréhension générale des conséquences potentielles du trauma complexe.

### 6.1.3 Objectif 3 — Interventions sensibles aux traumas

Le troisième objectif concernant le projet visait à amener au moins 80 % des TES à reconnaître deux pratiques d'intervention sensibles aux traumas applicables dans leur contexte professionnel. Dans le second questionnaire, chaque personne participante devait identifier deux pratiques parmi celles présentées durant la formation. Au total, 79 % de ces personnes (11) ont nommé deux pratiques sensibles aux traumas ou plus, ce qui fait en sorte que l'objectif n'est pas atteint malgré qu'il soit près du 80 % visé initialement. Ce résultat indique malgré tout que la majorité d'entre elles ont été en mesure de reconnaître au moins deux pratiques sensibles aux traumas. Cela témoigne d'une bonne compréhension des interventions sensibles aux traumas transmises durant la formation. Bien que l'objectif n'ait pas été entièrement atteint à 80 % tel que visé, l'écart demeure minime, ce qui suggère une intégration relativement significative. Il est possible que

certaines personnes participantes auraient eu besoin de plus de temps ou d'exemples concrets pour assimiler les pratiques proposées, ce qui peut expliquer le 21 % (3) ayant identifié une seule pratique sensible aux traumas. Cela pourrait aussi refléter une compréhension inégale de ce concept, qui peut sembler abstrait sans l'avoir réellement expérimenté.

#### 6.1.4 Objectif de la formation — Sentiment de compétence

L'objectif principal de cette formation consistait à accroître la sensibilisation des TES vis-à-vis le trauma complexe. Plus précisément, l'objectif de la formation était d'augmenter la moyenne du sentiment de compétence évalué sur une échelle de 1 à 10 entre les réponses obtenues aux deux questionnaires, soit avant et après la formation. Cet objectif a été atteint puisque la moyenne du sentiment de compétence est passée de 5,8 à 8,3 sur 10, en plus des commentaires positifs sur la formation. Certaines personnes avaient initialement mentionné avoir entendu très peu parler du trauma complexe, voire aucunement. La formation a donc pu favoriser leur sentiment de compétence en intervention en situation de trauma complexe.

### *6.2 Commentaires généraux sur la formation*

En ce qui concerne les attentes liées à la formation, les commentaires sont présentés sous forme de verbatim. Les participants sont identifiés par «pré» pour le premier questionnaire et par «post» pour le second en plus du numéro correspondant à l'ordre d'envoi des réponses. L'anonymat des réponses fait en sorte que les personnes ayant répondu ne correspondent pas nécessairement au même numéro dans les résultats des deux questionnaires.

Parmi les personnes participantes, neuf d'entre elles ont indiqué vouloir approfondir leurs connaissances sur le concept de trauma complexe, dont une pour qui le sujet était complètement nouveau. Une autre personne a mentionné vouloir « rafraîchir [ses] connaissances puisque [sa] dernière formation sur le trauma complexe remonte à quelques années » (pré5). Trois participants ont précisé souhaiter obtenir des outils concrets pour intervenir en contexte de trauma complexe. Enfin, une personne a indiqué ne pas avoir d'attentes particulières.

Selon les commentaires nommés à la fin de la formation, le contenu proposé répondait à leurs besoins et était pertinent par rapport à la réalité des élèves de leur milieu. Les attentes des 14 participants présents ont été comblées selon les réponses fournies dans le second questionnaire. Les informations transmises ont été perçues comme un bon rappel des notions importantes et les documents remis serviront d'outils de référence ou d'aide-mémoire. Les ressources partagées pour approfondir les apprentissages ont également été appréciées.

Les commentaires recueillis dans la section du second questionnaire prévue à cet effet soulignaient la pertinence du sujet, qui « n'est pas encore assez abordé » (post6) selon une personne participante. Le visuel a été qualifié à plusieurs reprises de beau et clair. Concernant la vignette clinique, une personne a suggéré qu'il serait pertinent, pour bonifier la formation, de « consacrer moins de temps aux conséquences et aux interventions dans la vignette » (post2). Celle-ci a tout de même permis à plusieurs personnes participantes de contextualiser les apprentissages faits durant la formation. L'animation a été soulignée pour son dynamisme et sa clarté dans les explications. L'outil visant à identifier les zones d'activation a particulièrement été apprécié, une personne ayant mentionné : « Je vais sûrement m'en servir » (post9).

### *6.3 Limites*

Le projet peut présenter quelques limites à différents niveaux, à commencer par les questionnaires à compléter. Effectivement, une reformulation de certaines questions pourrait être effectuée comme pour la question de l'ancienneté. Certains questionnements ont été émis durant la formation, puisque plusieurs des personnes présentes sont engagées sur contrat, ce qui signifie qu'elles ne peuvent pas calculer le nombre d'années d'expérience à un poste. La question aurait pu être formulée de la façon suivante : Depuis combien d'années travailles-tu dans une école secondaire ? Cela aurait permis de voir l'expérience des personnes présentes au niveau de la clientèle adolescente dans le milieu scolaire. Une seconde question qui aurait pu être reformulée est celle portant sur la définition. En effet, certaines personnes ont répondu rapidement au questionnaire afin de pouvoir quitter plus tôt, ce qui a pu entraîner des réponses incomplètes et nuire à l'atteinte du premier objectif. La question aurait pu être formulée ainsi : « Donne-moi la définition du trauma complexe dans tes mots avec minimalement trois concepts centraux à celle-ci. »

Une autre limite concerne le suivi post-formation. Les psychoéducateurs et psychoéducatrices des deux écoles secondaires, étant majoritairement absents lors de la formation, ne pourront pas accompagner les TES dans l'application concrète des apprentissages réalisés. Or, ce rôle d'accompagnement leur revient déjà dans leur milieu respectif et leur implication aurait constitué un soutien précieux quant à l'intégration et l'application de ces nouvelles connaissances. De plus, étant elle-même en fin de stage, la formatrice n'a pas pu assurer un accompagnement continu ni favoriser la mise en pratique et la généralisation des concepts théoriques abordés avec les TES.

### *6.4 Recommandations*

La première recommandation concerne la passation du questionnaire post-formation. Il aurait été judicieux de prévoir un moment spécifique, avant la fin officielle de la formation, pour permettre aux personnes participantes de le remplir sans précipitation. Cela aurait pu améliorer la qualité des réponses. Il aurait également été pertinent de prévoir un temps pour faire un retour sur les réponses envoyées. Cela aurait permis de laisser plus de temps à la réflexion, en plus de s'assurer de la compréhension de tous. Les éléments moins bien compris auraient pu être révisés brièvement. Les personnes participantes auraient donc pu remplir le questionnaire sans précipitation.

Les recommandations suivantes s'appliquent pour les milieux scolaires visés par le projet, soit les deux écoles secondaires du CSSRN. La seconde recommandation vise l'offre de formations complémentaires portant sur les traumas complexes. Comme il s'agit d'un sujet encore émergent dans le domaine psychosocial, il est essentiel de développer et maintenir à jour les connaissances des personnes intervenantes afin de prévenir le risque de retraumatiser les jeunes. Il serait également pertinent d'intégrer une formation de base sur ce thème dans les cursus de formation des TES ainsi que des psychoéducateurs et psychoéducatrices. La formation a malgré tout offert des recommandations et des outils pour poursuivre l'apprentissage et approfondir les connaissances. Une autre façon de renforcer leurs acquis, en plus d'intégrer les éléments de la formation au milieu de pratique, serait de prévoir des communautés de pratique pour l'étude des cas plus complexes. Durant ces moments, les personnes intervenantes pourraient réutiliser le contenu abordé pendant la formation pour trouver des pistes d'intervention sensibles aux traumas complexes. L'ajout d'un psychoéducateur ou d'une psychoéducatrice à cette communauté de pratique permettrait d'approfondir l'analyse clinique et l'évaluation de la situation complexe.

Enfin, une recommandation importante concerne la formation des directions d'établissement, tant au sein des écoles que des centres de services scolaire. Comme plusieurs chercheurs et chercheuses l'ont démontré, la mise en place d'une approche sensible aux traumas s'installe aussi par les ajustements des politiques, des protocoles et de l'environnement. En étant formées et sensibilisées, les directions seront davantage outillées pour prendre des décisions tenant compte des expériences traumatiques que vivent potentiellement plusieurs élèves. À long terme, il pourrait également être pertinent de former tous les membres du personnel des écoles, afin de généraliser les pratiques sensibles aux traumas à l'ensemble du milieu scolaire de la région.

# CONCLUSION

Ce rapport de stage a permis d'explorer la thématique du trauma complexe chez les jeunes. En s'appuyant sur les travaux de plusieurs chercheurs et chercheuses, le cadre théorique a permis de comprendre le trauma complexe dans son ensemble, soit sa définition, sa prévalence, ses manifestations, ses répercussions ainsi que les approches d'intervention reconnues. Ces informations ont été pertinentes pour la conception de la formation destinée aux TES.

La formation développée visait à sensibiliser les TES au trauma complexe, un enjeu encore peu intégré dans les milieux de pratique comme le milieu scolaire, malgré sa prévalence et ses répercussions importantes sur le développement des jeunes. À travers le contenu présenté, quatre objectifs spécifiques ont été ciblés pour les personnes participant à la formation, soit la compréhension du trauma complexe, l'identification de ses conséquences, l'adoption de pratiques d'intervention sensibles aux traumas ainsi que l'augmentation du sentiment de compétence.

Les résultats obtenus témoignent globalement d'un effet positif de la formation, tant au niveau des connaissances que du sentiment de compétence chez les personnes participantes. Toutefois, certaines limites identifiées, comme l'absence d'un suivi à la suite de la formation, soulèvent l'importance de prévoir des suivis et un soutien organisationnel pour maximiser ses retombées à long terme, comme il est recommandé dans les écrits scientifiques. À la lumière des limites émises, plusieurs recommandations ont été formulées, notamment en ce qui concerne la passation des questionnaires, la formation continue et la formation des directions et autres membres du personnel sur le trauma complexe. Pour favoriser la mise en place de pratiques sensibles aux traumas, il est essentiel d'adopter un changement systémique où chacun est impliqué dans le processus.

En somme, ce rapport de stage illustre la pertinence d'outiller les personnes intervenantes afin qu'elles puissent mieux comprendre les jeunes ayant vécu des traumas complexes et intervenir auprès d'eux de manière à éviter de les retraumatiser.

## ANNEXE A – FORMATION (POWERPOINT)

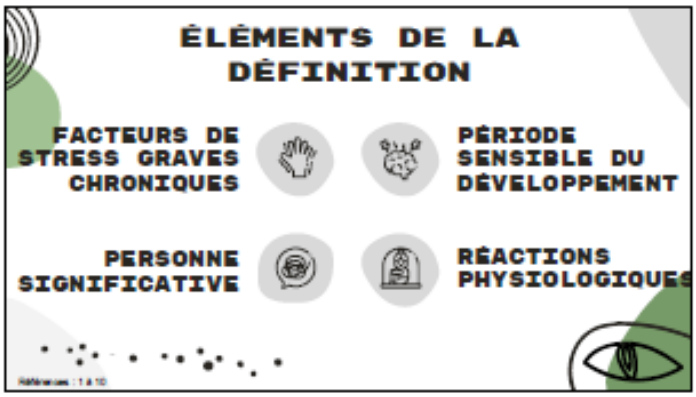
1

2

3

4

5




6

## LE STRESS

«Le stress est la réaction normale de l'organisme en réponse aux pressions auxquelles il est soumis. Cette réaction favorise, dans la mesure du possible, l'adoption d'une réponse adaptée aux circonstances, compte tenu des ressources dont dispose une personne. » [3]

7

## LE STRESS

**C**ONTRÔLE

**I**MPRÉVISIBILITÉ

**N**OUVEAUTÉ

**É**GO MENACÉ

Références : 3 et 11

8

## TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

| EXPOSITION AU TRAUMATISME | SYMPTÔMES ENVAHISSANTS | ÉVITEMENT |
|---|---|---|
| Directement ou indirectement exposé | Des souvenirs intrusifs, des rêves dérangeants, des flashbacks ou des réactions dissociatives | Les pensées, souvenirs ou situations (lieux ou conversations) liés au traumatisme |
| **ALTÉRATIONS** | **RÉACTION DE SUR-ÉVEIL** | **DURÉE ET IMPACT** |
| Cognitives ou émotionnelles | Irritable, agressif, impulsif, ou très vigilant | Plus d'un mois et causer une souffrance importante ou difficultés quotidiennes |

**Exclusion d'autres causes :** Les symptômes ne doivent pas être dus à des substances ou à d'autres problèmes médicaux.

9

Selon vous, qu'est-ce qui différencie cette définition du TSPT à celle du trauma complexe?

10

## LE DIAGNOSTIC DU TRAUMA COMPLEXE?

Il n'existe pas de diagnostic dans le DSM 5.

- Des propositions ont été effectuées
- Manque de clarté dans le portrait clinique
- Retenue dans le CIM 11 : TSPT-C

11

## DOUBLE RÉALITÉ

**EXPOSITION** — **COMPLEXITÉ**

Chronique ou répétée à des traumas interpersonnels impliquant habituellement une figure de soin.

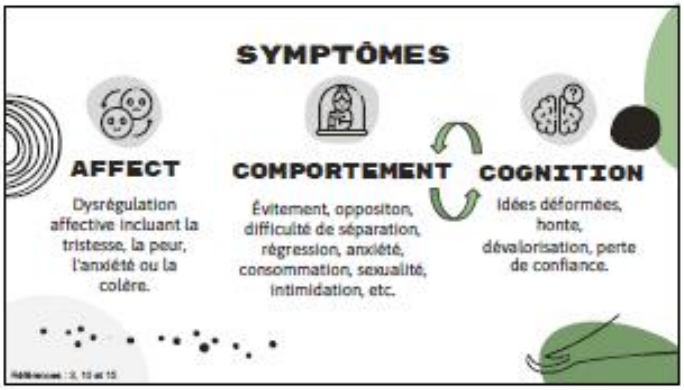
Des impacts négatifs de cette exposition ainsi que leurs effets durables sur le fonctionnement

Références : 3 et 13

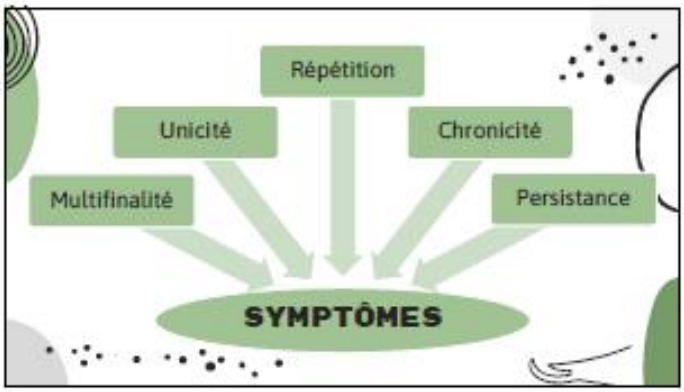
12

13

14

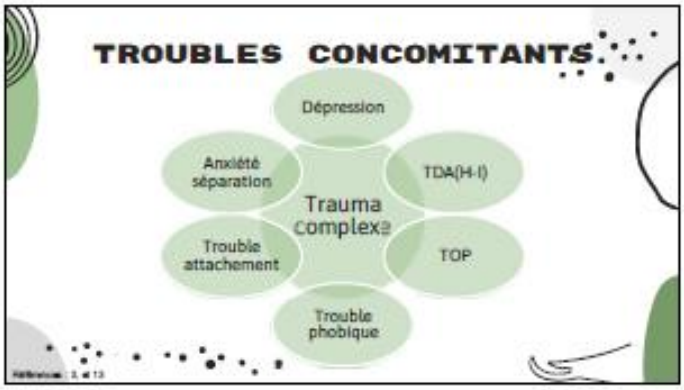



15

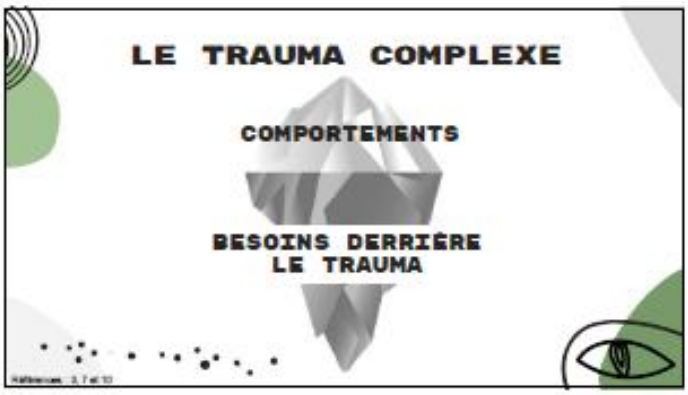



16

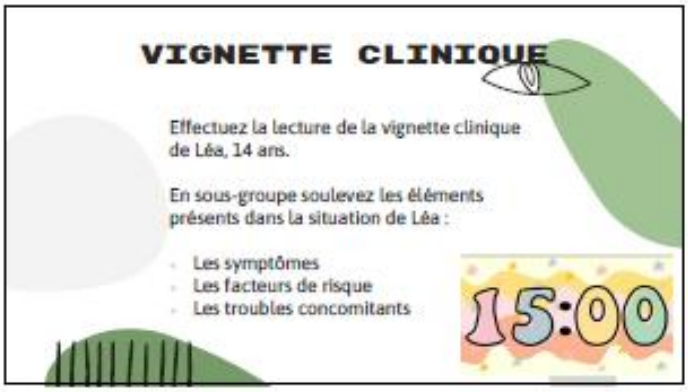
17




18




19

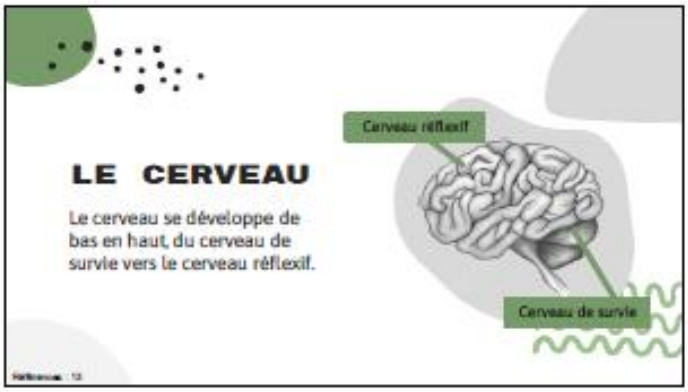



20

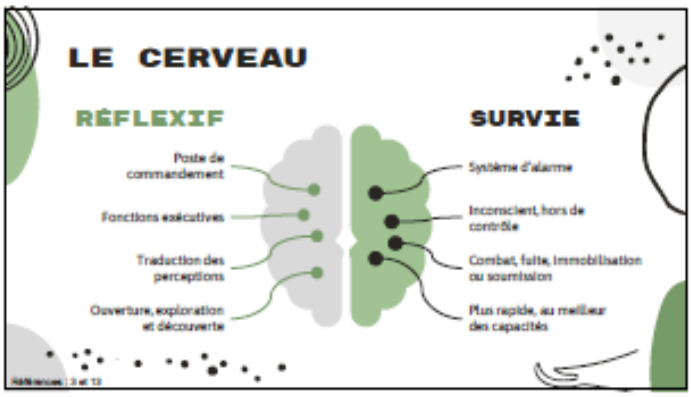
21

22

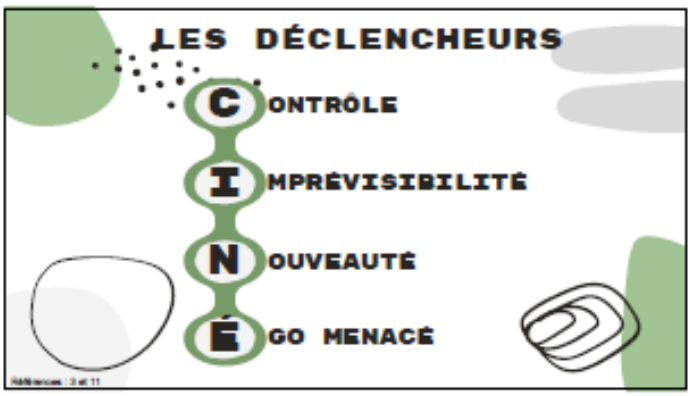
23



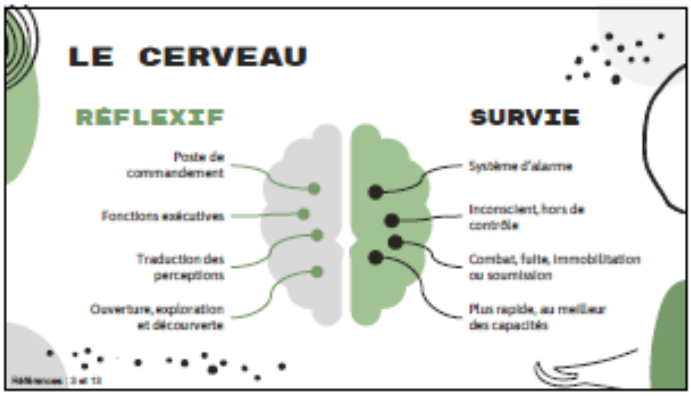

24



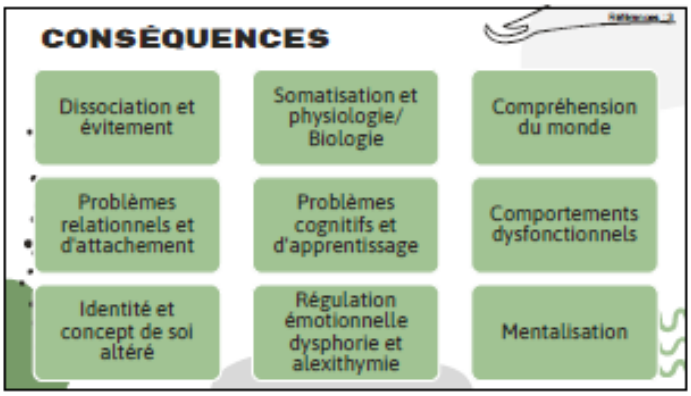

25



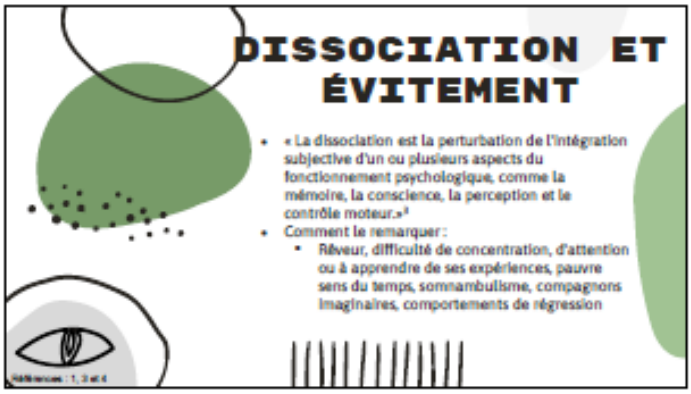

26



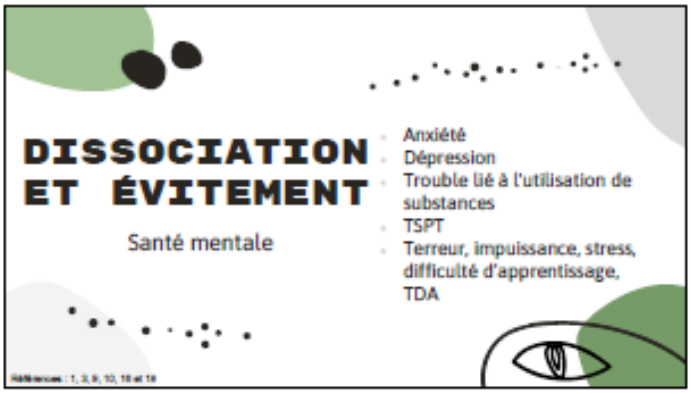

27



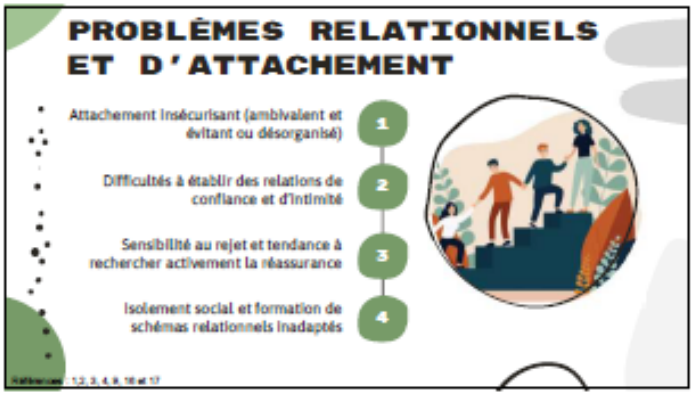

28




29

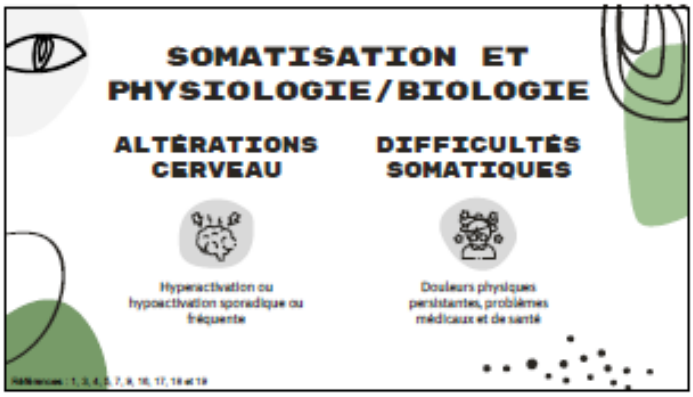



30

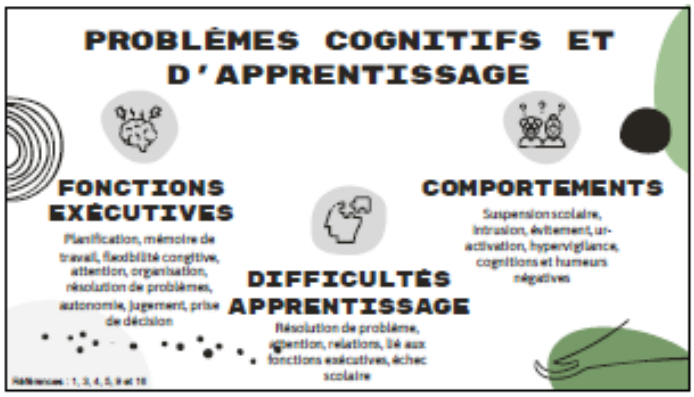



31

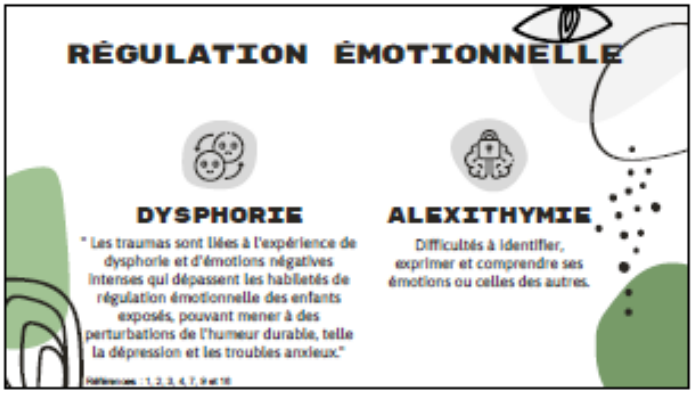
32



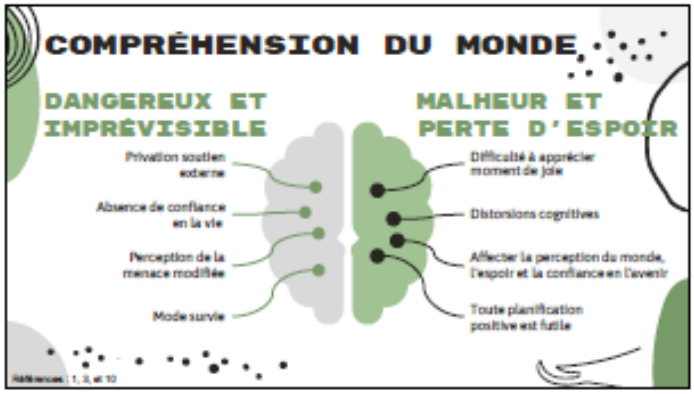

33



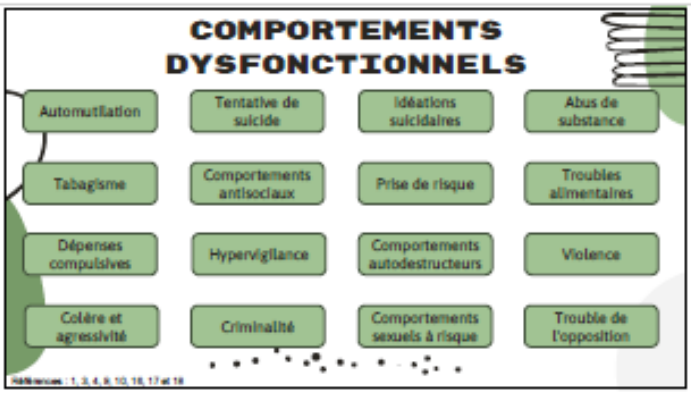

34



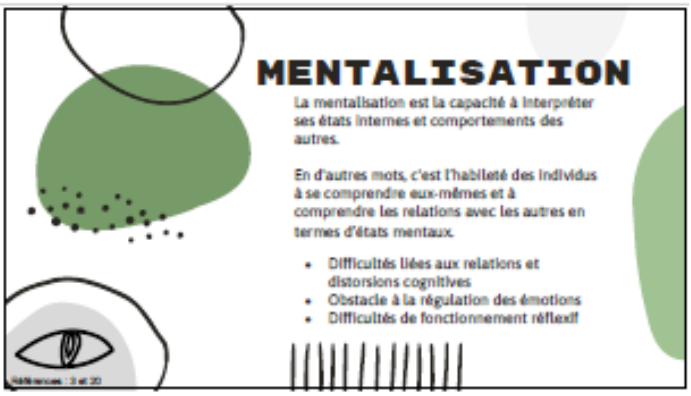

35



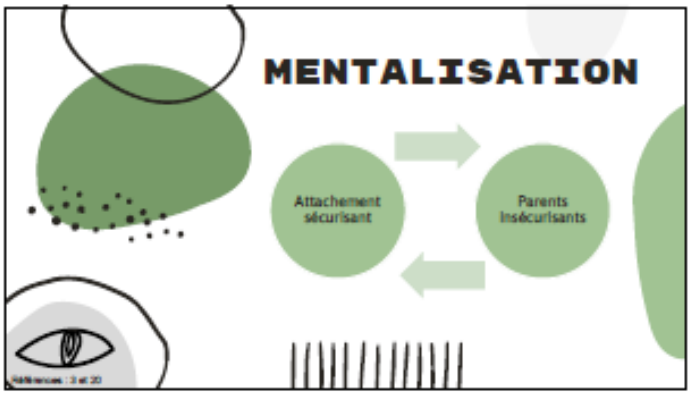

36



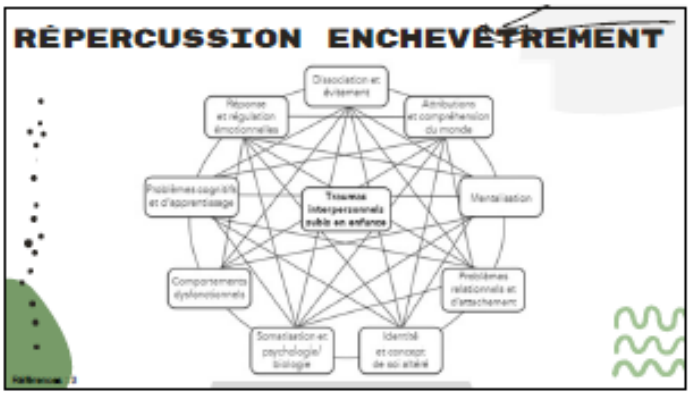

37



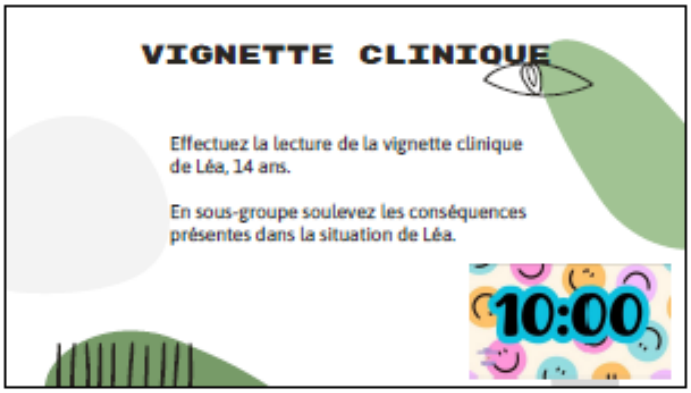

38




39



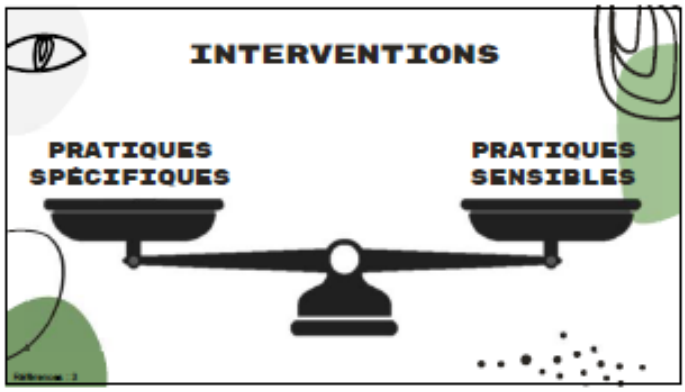

40



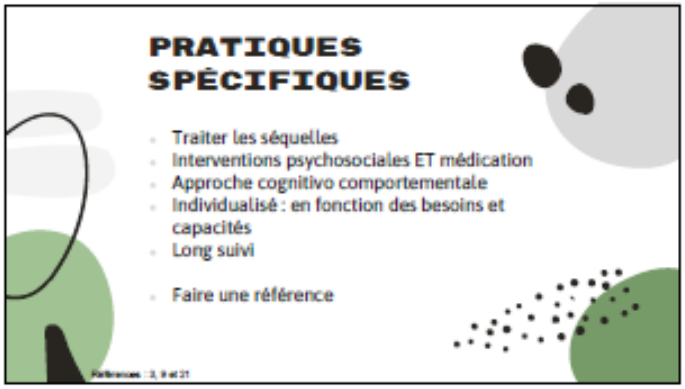

41

42

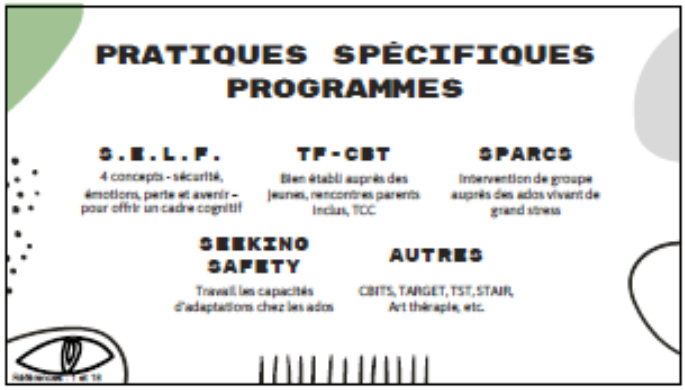
43



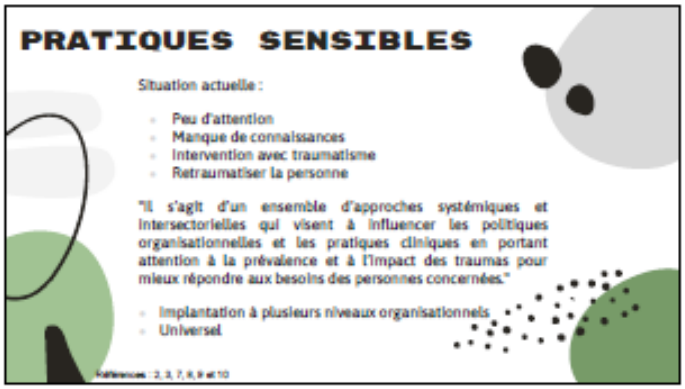

44



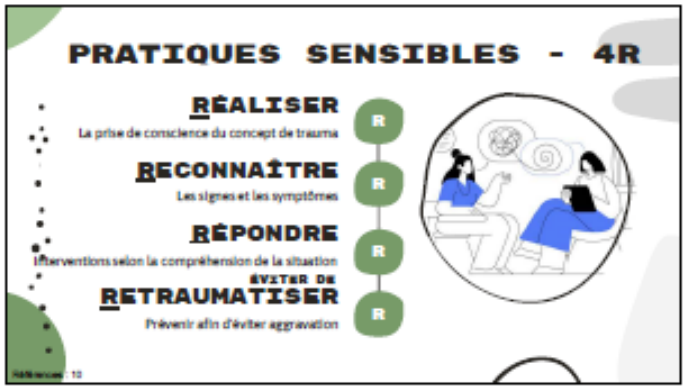

45



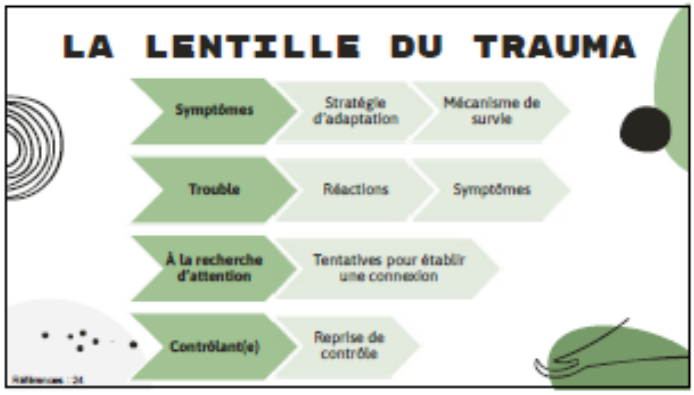

46



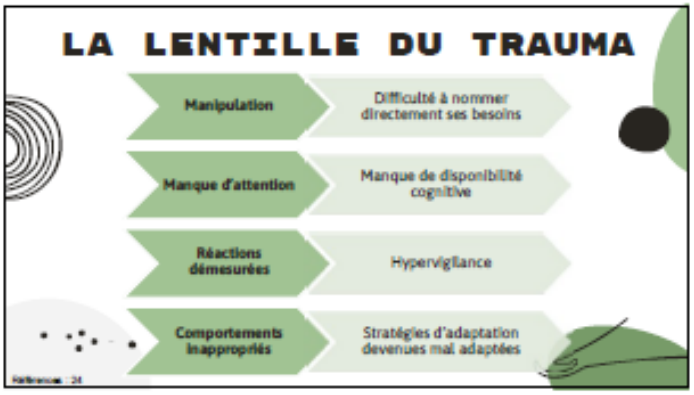

47



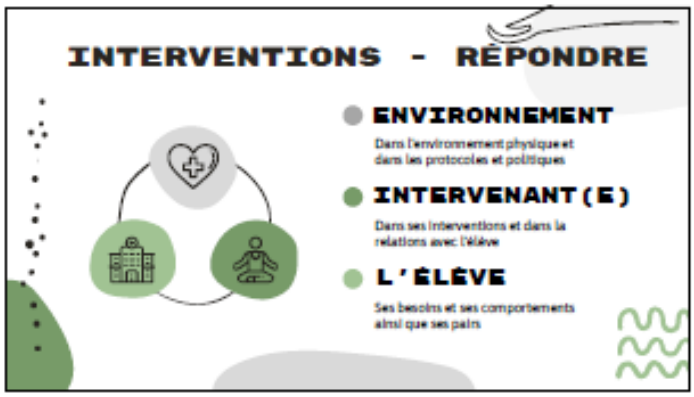

48



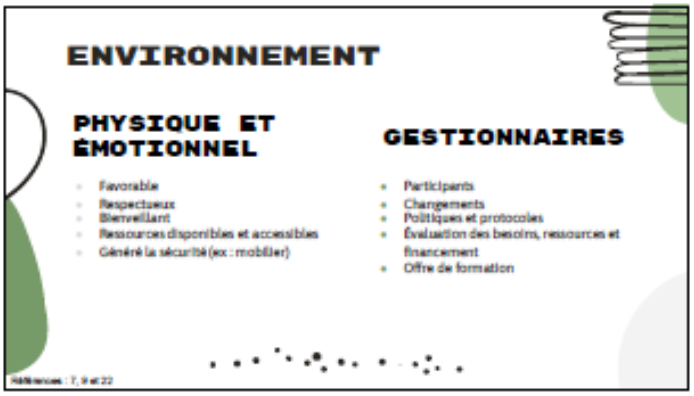

49




50

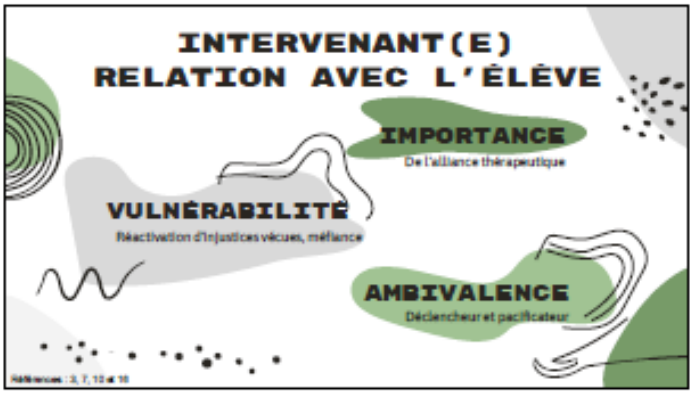



51




52

53




54

## INTERVENANT(E)

### POSTURE

- Attitude accueillante, empathique et dénuée de jugement
- Ne pas être en position de sauveur
- Limites claires et appropriées, le respect des politiques de confidentialité, la clarté, la cohérence et la prévisibilité

### FORMATIONS

- Formations et développement personnel
- Impact sur les interventions
  - Dépistage et détection

Références : 7, 16 et 22

55

## L'ÉLÈVE

Vécu

Soutien des pairs

Choix

L'élève

Expérience

Partage de pouvoir

Autono-misation

Références : 3 et 13

56

## VIGNETTE CLINIQUE

Effectuez la lecture de la vignette clinique de Léa, 14 ans.

En sous-groupe soulevez interventions à changer dans le milieu scolaire de Léa.

Identifiez ce qui aurait été préférable de faire comme intervention dans cette situation.

10:00

57

## RETOUR SUR LA VIGNETTE

- Les interventions

58

## LES BÉNÉFICES

| RÉDUCTION DES SYMPTÔMES | INTERVENANTS | ENVIRONNEMENT |
|---|---|---|
| De TSPT | Amélioration du bien-être au travail, des comportements envers la clientèle | Sécurisant et porteur de changement |
| **RÉPONSE AUX BESOINS** | **MESURES RESTRICTIVES** | **RÉUSSITE** |
| Plus adéquate et juste | Réduction de leur utilisation | Développement socio-émotionnel, le bien-être et la réussite scolaire globale des élèves |

Références : 2, 8 et 9

59

## MES DIFFÉRENTES ZONES

**HYPERACTIVATION**
ZONE VOLCANIQUE

**ACTIVATION OPTIMALE**
ZONE D'ENGAGEMENT

**HYPOACTIVATION**
ZONE POLAIRE

Référence : 13

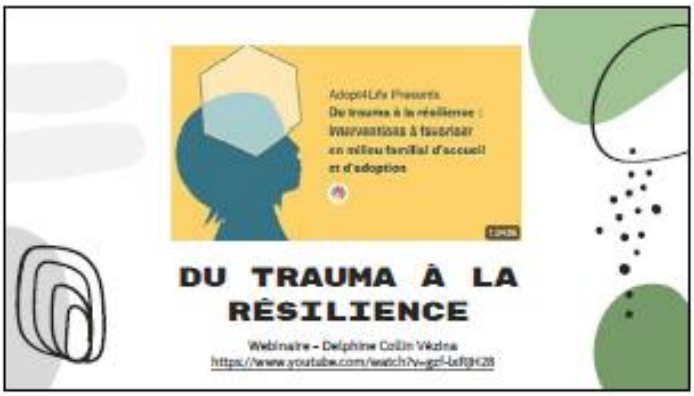
60

61

62

63

64

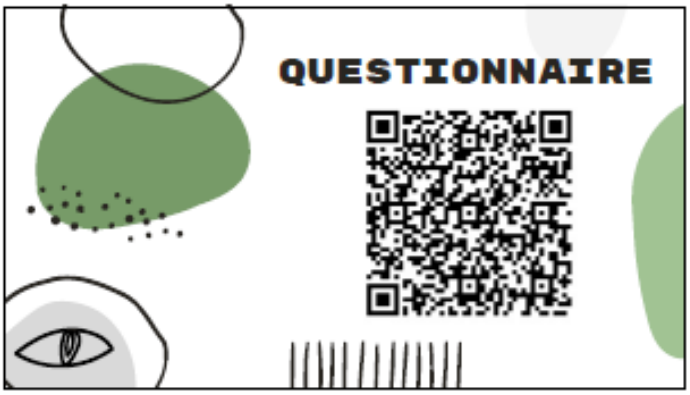



65

66

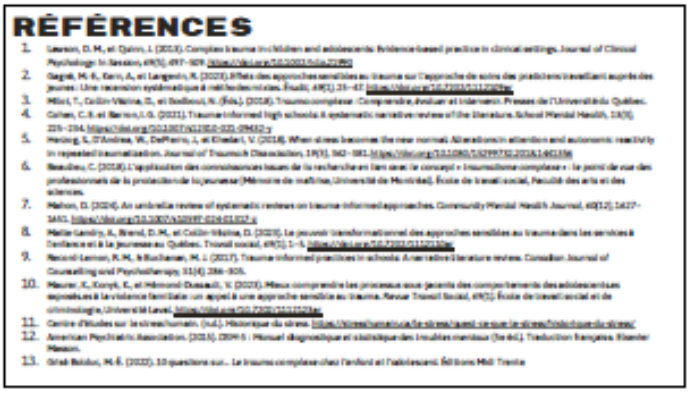
67

68




69

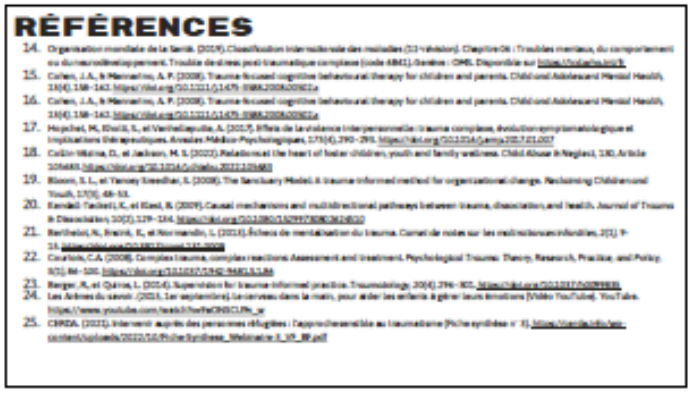
70



RÉFÉRENCES

1. Lanius, D. M., et Quiros, L. (2024). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. Journal of Clinical Psychology in Session, 69(5), 497–509. https://doi.org/10.1002/jclp.23895
2. Gagné, M.-È., Karin, A., et Langevin, R. (2023). Effets des approches sensibles au trauma sur l'approche de soins des praticiens travaillant auprès des jeunes : Une recension systématique à méthodes mixtes. Études, 49(1), 25–47. https://doi.org/10.7202/1102876ar
3. Milot, T., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (Éds.). (2018). Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir. Presses de l'Université du Québec.
4. Cohen, C.R. et Barnes, J.G. (2021). Trauma-informed high schools: A systematic narrative review of the literature. School Mental Health, 13(3), 215–234. https://doi.org/10.1007/s12310-021-09432-y
5. Herzog, S., D'Andrea, W., DePierro, J., et Khadari, V. (2018). When stress becomes the new normal: Alterations in attention and autonomic reactivity in repeated traumatization. Journal of Trauma & Dissociation, 19(3), 362–381. https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1461156
6. Beaulieu, C. (2018). L'application des connaissances issues de la recherche en lien avec le concept « traumatisme complexe » : le point de vue des professionnels de la protection de la jeunesse [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. École de travail social, Faculté des arts et des sciences.
7. Melton, D. (2024). An umbrella review of systematic reviews on trauma-informed approaches. Community Mental Health Journal, 60(12), 1477–1493. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01317-x
8. Marie-Gandry, A., Brand, D. M., et Collin-Vézina, D. (2023). Le pouvoir transformationnel des approches sensibles au trauma dans les services à l'enfance et à la jeunesse au Québec. Travail social, 69(1), 1–6. https://doi.org/10.7202/1102126ar
9. Record-Lemon, R. M., & Buchanan, M. J. (2017). Trauma-informed practices in schools: A narrative literature review. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 51(4), 286–305.
10. Maurer, K., Korpik, K., et Hémond-Dussault, V. (2023). Mieux comprendre les processus sous-jacents des comportements des adolescentes exposées à la violence familiale : un appel à une approche sensible au trauma. Revue Travail Social, 69(1). École de travail social et de criminologie, Université Laval. https://doi.org/10.7202/1102126ar
11. Centre d'Études sur le stress humain. (n.d.). Historique du stress. https://stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress/
12. American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.). Traduction française. Elsevier Masson.
13. Grizé Bénédict, M.-È. (2022). 10 questions sur… Le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent. Éditions Mill Trente

71



RÉFÉRENCES

14. Organisation mondiale de la Santé. (2019). Classification internationale des maladies (11 révision). Chapitre 06 : Troubles mentaux, du comportement ou du neurodéveloppement. Trouble de stress post-traumatique complexe (code 6B41). Genève : OMS. Disponible sur https://icd.who.int/fr
15. Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and parents. Child and Adolescent Mental Health, 13(4), 158–163. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x
16. Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and parents. Child and Adolescent Mental Health, 13(4), 158–163. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x
17. Hopchet, M., Khalil, S., et Vanhellemont, A. (2017). Effets de la violence interpersonnelle : trauma complexe, évolution symptomatologique et implications thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques, 175(4), 290–295. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.007
18. Collin-Vézina, D., et Jackson, M. S. (2022). Relational: the heart of foster children, youth and family wellness. Child Abuse & Neglect, 130, Article 105693. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105693
19. Bloom, S. L., et Yanosy Sreedhar, S. (2008). The Sanctuary Model: A trauma-informed method for organizational change. Reclaiming Children and Youth, 17(3), 48–53.
20. Kendall-Tackett, K., et Eisel, B. (2009). Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation, and health. Journal of Trauma & Dissociation, 10(2), 129–134. https://doi.org/10.1080/15299730903624610
21. Berthelot, N., Bronet, K., et Normandin, L. (2021). Échecs de mentalisation du trauma. Carnet de notes sur les malnutritions infantiles, 2(1), 9–14. https://doi.org/10.4267/2042/71444
22. Courtois, C.A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1(1), 86–100. https://doi.org/10.1037/1942-9681.1.1.86
23. Berger, R., et Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. Traumatology, 20(4), 296–302. https://doi.org/10.1037/h0099830
24. Les Ardoises du savoir. (2015, 1er septembre). Le cerveau dans la main, pour aider les enfants à gérer leurs émotions [Vidéo YouTube]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=PaCN9CLPN_w
25. CIRDA. (2021). Intervenir auprès des personnes réfugiées : l'approche sensible au traumatisme [Fiche synthèse n° 1]. https://cirda.info/wp-content/uploads/2021/10/Fiche-Synthese_Webinaire-1_VF_W.pdf

72

## ANNEXE B – VIGNETTE CLINIQUE

Léa, 14 ans, est une élève de secondaire 1 dans une école secondaire de la région. Elle a vécu plusieurs années de négligence au sein de sa famille avant d'être placée en famille d'accueil à l'âge de 12 ans. Avant son placement, elle vivait dans un environnement où ses besoins émotionnels et physiques étaient fréquemment ignorés. Son alimentation était souvent insuffisante, et elle passait beaucoup de temps seule à la maison. Elle a dû apprendre à se débrouiller seule très tôt puisqu'aucun adulte de s'occupait d'elle à la maison.

Depuis son placement en famille d'accueil, Léa a eu du mal à s'adapter à sa nouvelle vie. Bien que sa famille d'accueil soit bienveillante, elle a des difficultés importantes à faire confiance aux adultes. Elle est fréquemment sur la défensive, toujours sur le qui-vive. Elle redoute d'être abandonnée à nouveau, ce qui alimente son anxiété. Il lui arrive de voler des collations pour les cacher dans sa chambre par peur de ne pas en avoir assez.

Léa rencontre des difficultés à organiser ses tâches, souvent elle semble perdue lorsqu'on lui demande de commencer un travail. Elle oublie des éléments importants des consignes et a besoin de rappels constants pour terminer ses devoirs. Elle semble constamment distraite. Elle se montre également fréquemment opposante aux demandes des enseignants. Elle conteste les règles et ne se conforme pas aux attentes en classe. Lorsqu'on lui demande de s'exprimer en classe ou de participer à des activités, elle se ferme et exprime de l'agitation ou de l'irritation. Elle a du mal à accepter l'autorité, ce qui rend les interactions avec les adultes plus tendues.

Léa éprouve une grande frustration face à ses performances scolaires. Ses résultats sont en deçà de son potentiel en raison de ses difficultés d'attention et d'organisation entre expliqués par la présence d'un TDA. Elle a repris sa première année au secondaire vu ses nombreux échecs. Elle est toujours en échec présentement.

Léa se détourne souvent des autres élèves, préférant rester en retrait ou se réfugier dans son espace personnel, évitant toute interaction prolongée. Lorsqu'elle interagit, cela est souvent marqué par de l'agressivité verbale ou un rejet des autres. Elle semble incapable de comprendre ou de répondre à des comportements amicaux ou bienveillants.

Il arrive que Léa s'automutile pour tenter de soulager sa souffrance. Ces gestes surviennent particulièrement dans les moments où elle ressent une détresse intense qu'elle n'arrive pas à

verbaliser. L’automutilation semble lui procurer un soulagement temporaire, lui permettant de mieux tolérer son angoisse.

D’autres fois, elle comble le manque affectif à travers la nourriture, cherchant un réconfort dans des épisodes d’hyperphagie où elle mange rapidement de grandes quantités d’aliments, souvent en cachette. Après ces crises, une forte culpabilité l’envahit, ce qui l’amène à se faire vomir pour tenter de reprendre le contrôle sur son corps et ses émotions. Ces épisodes sont plus fréquents lors de périodes de stress ou lorsqu’elle se sent rejetée ou incomprise par les autres.

Lorsqu’elle défie l’autorité, les enseignants réagissent souvent par des punitions, des rappels à l’ordre ou des retraits de classe. Les enseignants attendent de Léa qu’elle se conforme aux mêmes attentes que les autres élèves, sans tenir compte de son passé traumatique. Cela la place dans une position d’échec constant, augmentant sa frustration et sa détresse.

Lorsqu’elle se montre anxieuse ou perturbée, Léa est parfois ignorée par les adultes, qui privilégient la gestion du comportement plutôt que de s’intéresser à l’origine de son agitation. Il y a peu d’espace pour que Léa exprime ses émotions.

Les interactions avec les pairs sont souvent laissées sans encadrement, ce qui conduit à des conflits ou à des situations où Léa se sent rejetée. Il n’y a pas de soutien pour favoriser un environnement de classe émotionnellement sécurisé.

# ANNEXE C – MES DIFFÉRENTES ZONES (VERSION POUR LES JEUNES)

## MES DIFFÉRENTES ZONES (version pour le jeune)

**HYPERACTIVATION**

### ZONE VOLCANIQUE

Ton cerveau de survie et ton corps sont en mode « hyperactivation ». Lorsque tu es dans cette zone, il est très difficile de faire de nouveaux apprentissages.

**INDICES**

Agitation, irritabilité, explosion, sentiment d'être hors de contrôle, agression, violence, colère, envie de frapper quelqu'un ou quelque chose, cris, fuite, etc.

*Un adulte bienveillant et de confiance peut t'aider à te ramener dans ta zone d'engagement si tu te trouves dans la zone volcanique.*

**ZONE DE TRANSITION**

Tu commences à sortir de ta zone d'engagement. Tu ne te sens pas très à l'aise, mais tu peux encore contrôler ton comportement et tolérer tes émotions.

*Les adultes peuvent t'aider à remarquer quand tu es dans une des deux zones de transition afin d'éviter de te retrouver dans la zone volcanique ou polaire.*

**ACTIVATION OPTIMALE**

### ZONE D'ENGAGEMENT

Quand tu es dans cette zone, ton cerveau réflexif et toi pouvez faire face aux défis de la vie sans que ton fonctionnement ne soit perturbé. Tu peux ressentir de fortes émotions, mais tu es capable de les tolérer et d'éviter qu'elles ne t'envahissent.

*Les traumas, le stress intense, les fortes émotions et les situations où tu ne te sens pas en sécurité rétrécissent ta zone d'engagement. Il est alors plus facile d'être poussé hors de ta zone d'engagement par un déclencheur.*

*Prendre soin de toi au quotidien peut t'aider à élargir ta zone d'engagement afin d'en sortir moins facilement et d'augmenter ta capacité à faire face aux défis du quotidien. Les adultes peuvent t'aider à cibler des stratégies pour prendre soin de toi, tant physiquement que psychologiquement.*

**ZONE DE TRANSITION**

Tu commences à sortir de ta zone d'engagement. Tu ne te sens pas très à l'aise, mais tu peux encore contrôler ton comportement et tolérer tes émotions.

*Les zones de transition sont idéales pour t'exercer à utiliser tes stratégies de régulation ou pour en essayer de nouvelles.*

**HYPOACTIVATION**

### ZONE POLAIRE

Ton cerveau de survie et ton corps sont en mode « hypoactivation ». Lorsque tu es dans cette zone, il est très difficile de faire de nouveaux apprentissages

**INDICES**

Engourdissement, manque d'énergie, passivité, se sentir dans une bulle/ailleurs/vide/éteint, déconnexion, regard vide, incapacité de parler ou de bouger, absence d'émotions ou de sensations dans certaines parties du corps, résignation, soumission, impuissance, etc.

*Un adulte bienveillant et de confiance peut t'aider à te ramener dans ta zone d'engagement si tu te trouves dans la zone polaire.*

Tiré de *10 questions sur le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent*, Marie-Ève Grisé Bolduc; Éditions Midi trente, (2022).
Inspiré de Blaustein et Kinniburgh (2019); Dana (2018); NICABM (2019); Siegel (2009); Siegel et Payne Bryson (2011); Warner et al., (2020).

# MES DIFFÉRENTES ZONES (version pour le jeune)

## HYPERACTIVATION

### ZONE VOLCANIQUE

Quand je suis dans cette zone, quelles ou quels sont...

- Mes émotions ?
- Mes pensées ?
- Mes sensations physiques ?
- Mes comportements ?
- Mes besoins ?

Quels sont les déclencheurs qui me poussent dans la zone volcanique ?

Quelles sont les stratégies me permettant de retourner dans ma zone d'engagement?

### ZONE DE TRANSITION

Quand je suis sur le point de sortir de ma zone d'engagement, quelles sont les stratégies me permettant d'y rester ?

## ACTIVATION OPTIMALE

### ZONE D'ENGAGEMENT

Quand je suis dans cette zone, quelles ou quels sont...

- Mes émotions ?
- Mes pensées ?
- Mes sensations physiques ?
- Mes comportements ?
- Mes besoins ?

Quels sont les facteurs qui rétrécissent ma zone d'engagement ?

Quelles sont les stratégies quotidiennes qui me permettent d'élargir ma zone d'engagement?

### ZONE DE TRANSITION

Quand je suis sur le point de sortir de ma zone d'engagement, quelles sont les stratégies me permettant d'y rester ?

## HYPOACTIVATION

### ZONE POLAIRE

Quand je suis dans cette zone, quelles ou quels sont...

- Mes émotions ?
- Mes pensées ?
- Mes sensations physiques ?
- Mes comportements ?
- Mes besoins ?

Quels sont les déclencheurs qui me poussent dans la zone polaire ?

Quelles sont les stratégies me permettant de retourner dans ma zone d'engagement?

Adapté de *10 questions sur le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent*, Marie-Ève Grisé Bolduc; Éditions Midi trente, (2022).
Inspiré de Siegel (2010).

## MES DIFFÉRENTES ZONES (version pour l'adulte)

HYPERACTIVATION

### ZONE VOLCANIQUE

Votre cerveau de survie et votre corps sont en mode « hyperactivation ».

**INDICES**

Autorité excessive (p. ex. limites ou règles excessives), escalade de punitions, coercition, luttes de pouvoir, blâme, colère, irritabilité, sarcasmes, altercations, cris, argumentation, violence verbale ou physique, etc.

### ZONE DE TRANSITION >

Vous commencez à sortir de votre zone d'intervention optimale. C'est le temps d'utiliser vos stratégies de régulation afin d'éviter de vous retrouver dans la zone volcanique.

ACTIVATION OPTIMALE

### ZONE D'INTERVENTION OPTIMALE

Patience, curiosité et sécurité

Quand vous êtes dans cette zone, vous êtes dans les meilleures dispositions afin d'intervenir de façon optimale auprès du jeune.

Vous êtes alors en mesure d'être dans une posture de :

- corégulation
- connexion
- soutien au développement du cerveau réflexif du jeune
- validation émotionnelle
- compréhension des causes sous-jacentes aux comportements du jeune

*Plusieurs facteurs de stress peuvent rétrécir votre zone d'intervention optimale :*

- *votre propre histoire de traumas;*
- *tâches du quotidien et charge mentale;*
- *difficultés financières;*
- *conciliation travail-famille difficile;*
- *manque de soutien;*
- *problèmes de santé mentale ou physique;*
- *etc.*

*Il est alors plus facile de vous faire pousser hors de votre zone d'intervention optimale lorsque des défis se présentent avec le jeune.*

*Il est possible d'élargir votre zone d'intervention optimale :*

- *en agissant sur les facteurs de stress présents dans votre vie;*
- *en demandant du soutien (p. ex. soutien dans votre rôle parental ou professionnel, aide en présence de traumas non résolus);*
- *en prenant soin de votre santé mentale et physique au quotidien.*

### ZONE DE TRANSITION >

Vous commencez à sortir de votre zone d'intervention optimale. C'est le temps d'utiliser vos stratégies de régulation afin d'éviter de vous retrouver dans la zone polaire.

HYPOACTIVATION

### ZONE POLAIRE

Votre cerveau de survie et votre corps sont en mode « hypoactivation ».

**INDICES**

Sentiment de déconnexion envers le jeune, être trop permissif afin d'éviter l'escalade, mettre de côté vos besoins afin de répondre à ceux du jeune, intervenir pour obtenir l'approbation du jeune, passivité, ignorer le jeune ou ses besoins, sentiment d'impuissance, etc.

Adapté de *10 questions sur le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent*, Marie-Ève Grisé Bolduc, Éditions Midi trente, (2022).
Inspiré de Blaustein et Kinniburgh (2019); Hamilton (2008); Siegel (2009).

# MES DIFFÉRENTES ZONES (version pour l'adulte)

## HYPERACTIVATION

### ZONE VOLCANIQUE

Quand je suis dans cette zone, quelles ou quels sont...

- Mes émotions ? _____
- Mes pensées ? _____
- Mes sensations physiques ? _____
- Mes comportements ? _____
- Mes besoins ? _____

Quels sont les comportements du jeune qui me poussent dans la zone volcanique ? _____

Quand je suis dans cette zone, quels sont les impacts de mes interventions ou de mon état sur le jeune ? _____

Quelles sont les stratégies me permettant de retourner dans ma zone d'intervention optimale ? _____

### ZONE DE TRANSITION

Quand je suis sur le point de sortir de ma zone d'intervention optimale, quelles sont les stratégies me permettant d'y rester ? _____

## ACTIVATION OPTIMALE

### ZONE D'INTERVENTION OPTIMALE

Quand je suis dans cette zone, quelles ou quels sont...

- Mes émotions ? _____
- Mes pensées ? _____
- Mes sensations physiques ? _____
- Mes comportements ? _____
- Mes besoins ? _____



Quels sont les facteurs qui rétrécissent ma zone d'intervention optimale ? _____

Quelles sont les stratégies quotidiennes qui me permettent d'élargir ma zone d'intervention optimale ? _____

### ZONE DE TRANSITION

Quand je suis sur le point de sortir de ma zone d'intervention optimale, quelles sont les stratégies me permettant d'y rester ? _____

## HYPOACTIVATION

### ZONE POLAIRE

Quand je suis dans cette zone, quelles ou quels sont...

- Mes émotions ? _____
- Mes pensées ? _____
- Mes sensations physiques ? _____
- Mes comportements ? _____
- Mes besoins ? _____

Quels sont les comportements du jeune qui me poussent dans la zone polaire ? _____

Quand je suis dans cette zone, quels sont les impacts de mes interventions ou de mon état sur le jeune ? _____

Quelles sont les stratégies me permettant de retourner dans ma zone d'intervention optimale ? _____

Adapté de *10 questions sur le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent*, Marie-Ève Grisé Bolduc; Éditions Midi trente, (2022).
Inspiré de Siegel (2010).

## ANNEXE E – QUESTIONNAIRE PRÉTEST

1. Quelle est ta formation professionnelle (ex. : technique en éducation spécialisée, baccalauréat en psychoéducation, etc.) ?

2. Depuis combien d'années es-tu à ce poste ?
   - ☐ Moins de 3 ans
   - ☐ 3 à 5 ans
   - ☐ 5 à 10 ans
   - ☐ 10 à 15 ans
   - ☐ 15 ans ou plus

3. Combien d'années d'expérience as-tu dans le domaine psychosocial de façon générale ?
   - ☐ Moins de 3 ans
   - ☐ 3 à 5 ans
   - ☐ 5 à 10 ans
   - ☐ 10 à 15 ans
   - ☐ 15 ans ou plus

4. As-tu déjà entendu parler du trauma complexe ?
   - ☐ Très souvent
   - ☐ Souvent
   - ☐ Quelques fois
   - ☐ Aucunement

5. Sur une échelle de 0 à 10, quel est ton sentiment de compétence à intervenir auprès d'élèves présentant un trauma complexe ?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Faible sentiment de compétence — Fort sentiment de compétence

6. Quelles sont tes attentes quant à cette formation ?

## ANNEXE F – QUESTIONNAIRE POST TEST

1. Sur une échelle de 0 à 10, quel est ton sentiment de compétence à intervenir auprès d'élèves présentant un trauma complexe ?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Faible sentiment de compétence Fort sentiment de compétence

2. Est-ce que la formation a permis de mieux comprendre le trauma complexe ?
   - ☐ Beaucoup
   - ☐ Modérément
   - ☐ Un peu
   - ☐ Pas du tout

3. Donne-moi la définition du trauma complexe dans tes mots.

4. Nomme minimalement deux pratiques sensibles aux traumas que tu pourrais mettre en application dans ta pratique.

5. Est-ce que tes attentes ont été répondues ? Oui, non, lesquelles et pourquoi ?

6. Appréciation de la formation.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Ce n'était pas pertinent pour ma pratique C'était très pertinent pour ma pratique

7.Commentaire (éléments appréciés ou moins appréciés, à ajouter ou à retirer).

## ANNEXE G – GRILLE ÉVALUATION CONSÉQUENCES

Grille à cocher pour l'identification des conséquences par équipe

| Équipe | Conséquences |
|---|---|
| 1 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 2 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 3 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 4 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 5 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 6 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 7 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 8 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet |

| | |
|---|---|
| | ☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 9 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 10 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 11 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 12 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 13 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 14 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |
| 15 | ☐ Retrait ou se réfugier<br>☐ Évite les interactions<br>☐ Incapacité à comprendre ou répondre à des cpts amicaux ou bienveillants<br>☐ Conflit et rejet<br>☐ Automutilation<br>☐ Hyperphagie |

## LISTE DE RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Traduction française. Elsevier Masson.

Beaulieu, C. (2018). *L'application des connaissances issues de la recherche en lien avec le concept « traumatisme complexe » : le point de vue des professionnels de la protection de la jeunesse* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. École de travail social, Faculté des arts et des sciences.

Berger, R., et Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, *20 (4),* 296–301. https://doi.org/10.1037/h0099835

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

Bloom, S. L., et Yanosy Sreedhar, S. (2008). The Sanctuary Model: A trauma-informed method for organizational change. *Reclaiming Children and Youth*, *17(3)*, 48–53.

Centre d'études sur le stress humain. (2019). *Le modèle CINÉ*. https://www.stresshumain.ca/stress/cine

Cohen, C. E., et Barron, I. G. (2021). Trauma-informed high schools: A systematic narrative review of the literature. *School Mental Health*, *13(3)*, 225–234. https://doi.org/10.1007/s12310-021-09432-y

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., 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

Collin-Vézina, D., et Jackson, M. S. (2022). Relations at the heart of foster children, youth and family wellness. *Child Abuse et Neglect*, 130, Article 105683. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105683

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

DeRosa, R. R., et Pelcovitz, D. (2008). *Group treatment for adolescents with complex trauma*. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders*. Guilford Press.

Dorado, J. S., Martinez, M., Mcarthur, L.E., et Leibovitz, T. (2016). Healthy Environnents and Response to Trauma in Schools (HEARTS) : A whole-school, multi-level, prevention and interventions program for creating trauma-informed, safe and supportive schools, *School Mental Health,* 8(1), p. 163-176, doi : 10.1007/s12310-016-9177-0.

Gagné, M.-E., Kern, A., et Langevin, R. (2023). Effets des approches sensibles au trauma sur l'approche de soins des praticiens travaillant auprès des jeunes : Une recension systématique à méthodes mixtes. *Érudit*, *69 (1),* 25–47. https://doi.org/10.7202/1112109ar

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative* (2e éd.). Gaëtan Morin.

Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D., et Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumas complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 9-35). Presses de l'Université du Québec.

Grisé Bolduc, M.-È. (2022). *10 questions sur… Le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent.* Éditions Midi Trente.

Herzog, S., D'Andrea, W., DePierro, J., et Khedari, V. (2018). When stress becomes the new normal: Alterations in attention and autonomic reactivity in repeated traumatization. *Journal of Trauma et Dissociation, 19 (3),* 362–381. https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1441356

Hopchet, M., Kholti, S., et Vanhelleputte, A. (2017). Effets de la violence interpersonnelle : trauma complexe, évolution symptomatologique et implications thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques, 175*(4), 290–293. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.007

Kendall-Tackett, K., et Klest, B. (2009). Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation, and health. *Journal of Trauma et Dissociation*, 10(2), 129–134. https://doi.org/10.1080/15299730802624510

Lawson, D. M., et Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 69(5)*, 497–509. https://doi.org/10.1002/jclp.21990

Les Arènes du Savoir. (2015, 3 juillet). *Le cerveau dans la main, pour aider les enfants à gérer leurs émotions* [Vidéo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=9aONSCU9v_w

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., et Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 434–445. https://doi.org/10.1038/nrn2639

Mahon, D. (2024). An umbrella review of systematic reviews on trauma-informed approaches. *Community Mental Health Journal, 60(12)*, 1627–1651. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01317-z

Matte-Landry et al., A., Brend, D. M., et Collin-Vézina, D. (2023). Le pouvoir transformationnel des approches sensibles au trauma dans les services à l'enfance et à la jeunesse au Québec. *Travail social, 69 (1)*, 1–5. https://doi.org/10.7202/1112110ar

Maurer, K., Konyk, K., et Hémond-Dussault, V. (2023). Mieux comprendre les processus sous-jacents des comportements des adolescents.es exposés. es à la violence familiale : un

appel à une approche sensible au trauma. *Revue Travail Social, 69 (1).* École de travail social et de criminologie, Université Laval. https://doi.org/10.7202/1112123ar

Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018). Les pratiques sensibles aux traumas complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 9-35). Presses de l'Université du Québec.

Milot, T., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (2018). Qu'est-ce que le trauma complexe ? Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 9-35). Presses de l'Université du Québec.

Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. Guilford Press.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2025). *CIM-11 : 6B41 Trouble de stress post-traumatique complexe*. https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#585833559

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Classification internationale des maladies, 11 e révision (CIM-11) : 6B41 Trouble de stress post-traumatique complexe.* Version en ligne. https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#585833559

Record-Lemon, R. M., et Buchanan, M. J. (2017). Trauma-informed practices in schools: A narrative literature review. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 51(4)*, 286–305.

Roberge, P. (2012). Exploration du concept de traumatisme complexe. *Journal de l'Institut de Victimologie, 26*, 45-60.

Vallée, L. (2014). Maturation cérébrale : étapes clés/concepts clés. *Réalités Pédiatriques*, 187, 6-10.