UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES APPROCHES SENSIBLES AUX TRAUMAS EN CONTEXTE PÉRINATAL

ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
GABRIELLE BEAULIEU

JUIN 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Sabrina Bolduc

Prénom et nom — Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Sabrina Bolduc

Prénom et nom — directeur ou codirecteur de recherche

Yves Lachapelle

Prénom et nom — Évaluateur

Prénom et nom — Évaluateur

Résumé

Le trauma complexe, qui se manifeste par une exposition répétée à des expériences négatives interpersonnelles, peut entraîner des conséquences durables sur le fonctionnement d'une personne. En période périnatale, ces difficultés peuvent affecter la santé mentale et physique de la mère ainsi que le développement du bébé. Diverses stratégies d'intervention adaptées au trauma complexe en période périnatale ont été développées afin de soutenir la mère dans l'adaptation de son nouveau rôle. Cette recension des écrits vise donc à examiner les approches et interventions sensibles aux traumas mises en œuvre auprès de femmes enceintes présentant un trauma complexe. L'objectif est de mettre en évidence des pistes d'intervention et des recommandations susceptibles de guider les intervenants et intervenantes dans l'accompagnement des mères. Une analyse de la littérature a été effectuée dans quatre bases de données, ce qui a permis de sélectionner six études empiriques. Ces études décrivent les caractéristiques et modalités des interventions, les effets observés de celles-ci, les besoins spécifiques des personnes participantes ainsi que la posture relationnelle nécessaire aux personnes intervenantes. Les limites des études soulignent l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Table des matières

Résumé iii
Listes des tableaux et des figures vi
Remerciements vii
Introduction 1
Cadre conceptuel 4
Traumas complexes 4
Répercussions du trauma complexe 4
Impacts du trauma complexe sur les femmes en contexte périnatal 6
Transmission intergénérationnelle des traumas 6
Impacts du trauma complexe sur le nouveau-né 8
Les approches sensibles et centrées sur les traumas en contexte périnatal 9
Les approches sensibles aux traumas 9
Les approches centrées sur les traumas 10
Méthode 11
Critères d'inclusion 11
Critères d'exclusion 12
Processus de recension 12
Résultats 14
Description des études retenues 14
Les caractéristiques et modalités des interventions 15
Les effets des interventions sensibles aux traumas 17
Les besoins spécifiques des personnes participantes 19
La posture relationnelle des intervenants et intervenantes 21
Discussion 23
Résumé des principaux résultats 23
Conditions favorisant l'implantation des approches sensibles aux traumas en contexte périnatal 24
Implications pour la pratique psychoéducative 26

Conclusion.....29
Références.....31
Appendice A Caractéristiques méthodologiques des études incluses dans l'essai.....35

Listes des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données 11

Tableau 2 Comparaison des effets de l'intervention *MB-P* chez les mères avec et sans expériences adverses durant l'enfant (ACE) 18

Figures

Figure 1 Enchevêtrement des répercussions liées au trauma complexe 5

Figure 2 Cycle intergénérationnel de la maltraitance 8

Figure 3 Diagramme de flux PRISMA 13

Remerciements

Avant tout, je souhaite remercier du fond du cœur mon fiancé, sans qui ce projet n'aurait jamais vu le jour. Ton amour, ton soutien inconditionnel, ainsi que tes nombreux sacrifices m'ont permis de persévérer et de mener à terme mon parcours universitaire. Je tiens également à remercier ma mère et ma sœur, dont les encouragements m'ont accompagnée durant la rédaction de cet essai et bien au-delà. Mes remerciements vont aussi à mes collègues universitaires et mes précieuses amies, Amélie, Andréane et Megan, qui ont su rendre ces années d'université plus douces et remplies de sens.

Enfin, j'adresse un immense merci à Madame Sabrina Bolduc, ma directrice de recherche, de m'avoir guidée avec rigueur et bienveillance. Sa confiance, sa disponibilité et ses conseils éclairés ont été des repères essentiels tout au long de ce cheminement.

Introduction

La période périnatale, qui s'étend de la grossesse jusqu'aux deux premières années de vie de l'enfant, représente une étape charnière dans le parcours de vie des mères. Cette période est marquée par d'importants changements sur les plans biologique, psychologique et social. Ces transformations entraînent des répercussions significatives sur la santé physique et psychologique du parent durant la période postnatale. Ces changements influencent également la qualité des interactions entre celui-ci et son enfant et, par conséquent, les différentes sphères de développement de l'enfant (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022). Bien que la période périnatale soit souvent socialement perçue comme positive et empreinte de bonheur, elle expose également les mères à une période de transition importante. En effet, les données canadiennes révèlent qu'en 2019, près d'une mère sur quatre, soit 23 % des nouvelles mères, rapportaient des symptômes de dépression ou d'anxiété durant la période périnatale, soulignant l'ampleur des enjeux de santé mentale associés à cette transition vers la maternité (Statistique Canada, 2019). Ces données mettent en évidence l'importance de la prévention et de l'intervention pour aider les mères à s'approprier cette nouvelle réalité et leur rôle parental.

Durant cette période charnière, divers déterminants peuvent accroître la vulnérabilité de la mère et de son nouveau-né, notamment le stress maternel, les habitudes de vie et les stratégies d'adaptation (Dancause *et al*., 2022). Parmi ces déterminants, l'exposition à des évènements adverses de nature interpersonnelle, répétés et prolongés durant l'enfance, également désignés comme des traumas complexes, constitue un facteur de risque majeur pour la santé mentale et le bien-être maternel (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022). Les traumas complexes incluent notamment des expériences, telles que « [des] abus sexuels, physiques ou psychologiques, [de la] négligence, [de l'] abandon des figures d'attachement ou [de l'] exposition à la violence intrafamiliale » (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022, p.272). Ces expériences contribuent à des répercussions négatives durables, qui sont les résultats « [d'] une trajectoire inadaptée du développement sur les plans neurologique, psychologique, social et cognitif » chez la mère (Milot *et al*., 2018a, p.22).

En contexte périnatal, les traumas complexes vécus par la mère durant son enfance peuvent entraîner des répercussions significatives tant sur son bien-être que sur le développement de son nouveau-né (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022). À cet égard, les femmes ayant été exposées à un cumul de traumas au cours de leur enfance présentent un risque cinq fois plus élevé de développer des troubles psychiatriques pendant la grossesse, comparativement à celles n'ayant pas vécu de tels évènements (Garon-Bissonnette *et al*., 2022). L'ampleur de ce phénomène renforce la pertinence de cette problématique. En effet, une méta-analyse publiée en 2023 portant sur des données issues de 22 pays et incluant plus de 500 000 participants, révèle que la prévalence de l'exposition à au moins un événement adverse durant l'enfance s'élève à 60,1 % dans la population générale, et que 65,4 % des femmes rapportent avoir été exposées à au moins une expérience adverse avant l'âge de 18 ans (Madigan *et al*., 2023). Une seconde étude, réalisée en 2022 auprès d'une population représentative de la province de Québec, indique que 35 % des femmes enceintes ont été exposées à au moins un type de trauma pendant l'enfance (Garon-Bissonnette *et al*., 2022). Ces données mettent en évidence la forte prévalence des traumas complexes et illustrent que de nombreuses mères abordent la période périnatale avec un historique de vie susceptible d'influencer négativement leur adaptation à la maternité.

La réalité des traumas complexes est bien documentée dans la littérature scientifique; toutefois, peu de services psychosociaux sont offerts aux mères pendant la période périnatale (Berthelot *et al.*, 2021). Bien que certaines recherches aient démontré les effets positifs des approches sensibles aux traumas en contexte périnatal, il existe peu de normes encadrant l'intégration de ces approches dans les soins et services offerts aux mères, ce qui est une lacune importante dans l'accès à des services adaptés à leur réalité (Itani *et al*., 2025). Par ailleurs, le cadre de référence sur les rencontres prénatales de groupe du Gouvernement du Québec recommande d'adapter ces rencontres aux parents en situation de vulnérabilité (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025). Cette recommandation vise à favoriser un accès équitable aux services prénataux pour les parents présentant des difficultés, notamment de l'isolement ou des enjeux de santé mentale. De plus, une étude réalisée par Berthelot et ses collaborateurs (2018) démontre que les services prénataux offerts dans la population générale sont axés sur la diffusion

d'informations relatives à la grossesse et le développement de l'enfant. Toutefois, ces services ne répondent pas aux besoins des parents qui ont vécu des expériences adverses, notamment de la négligence pendant leur enfance. Dans cette perspective, la prise en compte d'interventions sensibles aux traumas paraît essentielle afin d'assurer des interventions en contexte périnatal plus adéquates à cette population. Des lacunes sont également relevées dans les connaissances des professionnels œuvrant en contexte périnatal. En effet, des recherches démontrent un manque de formation spécifique sur les évènements adverses vécus pendant l'enfance et leurs impacts pendant la période périnatale dans les formations initiales, ce qui représente une barrière importante dans la mise en œuvre de services sociaux et de santé sensibles à l'histoire de vie des mères (Choi et Seng, 2015).

Les traumas complexes vécus durant l'enfance peuvent entraîner des répercussions durables sur le parcours de vie d'une femme, notamment au moment de la transition à la maternité. La mise en place d'interventions psychosociales sensibles aux traumas apparaît comme une avenue essentielle pour soutenir les mères durant cette période charnière. De telles interventions permettent non seulement de favoriser le bien-être et l'adaptation à la maternité, mais également de contribuer à la prévention et à la réduction du cycle de transmission intergénérationnelle des traumas (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022). Par le fait même, ces interventions entraînent des bienfaits sur le bien-être et le développement de l'enfant, notamment en favorisant le développement d'un style d'attachement sécure (Slade *et al.,* 2020). Ainsi, le présent essai a pour objectif de réaliser une recension des écrits visant à brosser un portrait des interventions psychosociales sensibles aux traumas en contexte périnatal. Plus précisément, il cherche à dégager des pistes d'intervention et des recommandations dans le but de soutenir les intervenants et intervenantes dans l'accompagnement des mères, pendant la période périnatale, de manière sécurisante et adaptée à leurs besoins. Afin de bien cerner la problématique, il apparaît essentiel d'approfondir les concepts de traumas complexes, les mécanismes de transmission intergénérationnelle des traumas, ainsi que les impacts d'un trauma complexe sur la mère et son nouveau-né, de même que les approches sensibles et centrées sur les traumas en contexte périnatal.

Cadre conceptuel

Cette section traite des principaux concepts de cet essai, soit les traumas complexes et leurs répercussions, ainsi que les approches sensibles et centrées sur les traumas en contexte périnatal. L'objectif de l'essai sera ensuite exposé.

Traumas complexes

Le trauma complexe est défini par Colin-Vézina (2025) comme étant « à la fois l'exposition à des expériences interpersonnelles chroniques chez les enfants et les adolescents, et à la constellation de séquelles possibles causant des difficultés importantes tout au long de la vie » (p.4). Bien que le trauma complexe ne soit pas actuellement reconnu comme diagnostic officiel dans le DSM-5, un consensus s'est dégagé concernant les quatre critères qui le caractérisent (Milot *et al.*, 2018a). D'abord, les expériences menant à un trauma complexe sont généralement de nature interpersonnelle et impliquent une forme de trahison, car elles sont causées par des figures responsables des soins ou de la protection de l'individu. Deuxièmement, ces évènements présentent un caractère chronique, puisqu'ils sont répétés ou prolongés dans le temps. Troisièmement, l'exposition à de tels événements engendre des répercussions durables sur le développement et le fonctionnement de l'individu. Finalement, ces événements surviennent durant des périodes de vulnérabilité du développement, notamment au cours de l'enfance, mais également à d'autres moments de la vie pouvant compromettre les acquis développementaux de l'individu (Courtois et Ford, 2013, cité dans Milot *et al.*, 2018a). Les événements adverses associés au concept incluent des abus physiques, psychologiques ou sexuels, de la négligence, de l'abandon ou encore la perte d'une relation avec une figure d'attachement (Courtois et Ford, 2013, cité dans Milot *et al.*, 2018a). Milot *et al.* (2018a) élargissent cette conceptualisation en y ajoutant l'exposition à la violence familiale ou conjugale, la séparation parentale ainsi que la présence d'un diagnostic de troubles de santé mentale chez les parents.

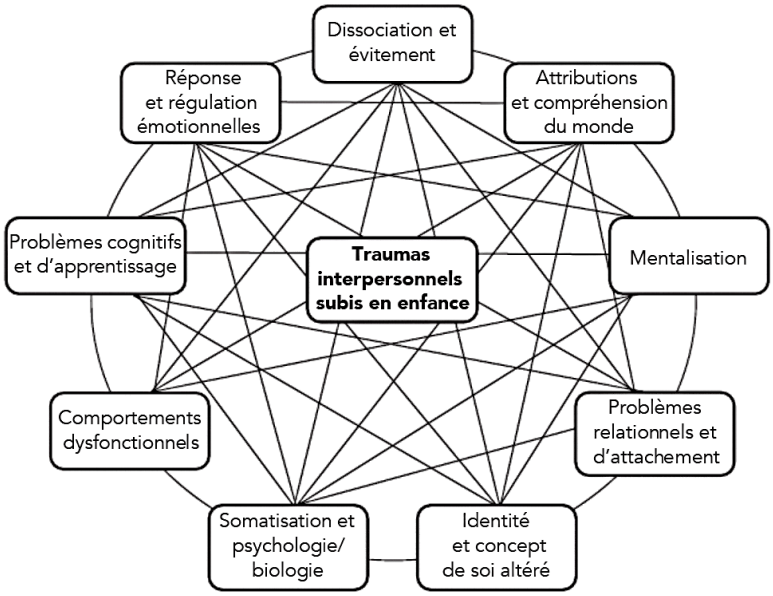
Répercussions du trauma complexe

Le trauma complexe renvoie à l'idée que le fait de grandir dans un contexte d'abus interpersonnels répétés et chroniques ou d'adversité dans les relations familiales affecte plusieurs

sphères du fonctionnement de la personne de façon profonde et durable (Godbout *et al.*, 2018). Les répercussions peuvent être regroupées en neuf grandes catégories, soit (a) la dissociation et l'évitement, (b) les difficultés relationnelles et d'attachement, (c) l'altération de l'identité et du concept de soi, (d) la somatisation et les manifestations physiologiques et biologiques, (e) les problèmes cognitifs et d'apprentissage, (f) les difficultés de régulation émotionnelle, (g) la dysphorie et l'alexithymie, (h) la compréhension du monde, ainsi que (i) les comportements dysfonctionnels et les enjeux de mentalisation (Godbout *et al.,* 2018). Ces répercussions ne sont pas indépendantes : elles s'entremêlent et s'influencent mutuellement (Figure 1).

Figure 1

Enchevêtrement des répercussions liées au trauma complexe (Godbout et al., 2018)



De plus, une étude réalisée par Felitti *et al.* (1998) suggère que l'exposition à des évènements adverses durant l'enfance constitue un facteur de risque significatif pour divers enjeux ultérieurs, notamment la consommation de substances, les troubles dépressifs et les comportements suicidaires. Ainsi, le trauma complexe correspond à un phénomène développemental, dont les effets à long terme influencent le parcours de vie des individus.

Impacts du trauma complexe sur les femmes en contexte périnatal

Plus spécifiquement en contexte périnatal, le trauma complexe est susceptible d'entraîner des répercussions dans plusieurs sphères de vie des femmes, puisque la grossesse et la maternité constituent des périodes de vulnérabilité accrue. D'une part, il influence la santé mentale durant la période prénatale, en augmentant notamment le risque de dépression, de symptômes dissociatifs ainsi que de troubles de la personnalité (Berthelot *et al*., 2020; Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). Par ailleurs, la présence d'une psychopathologie maternelle peut altérer la qualité de l'attachement en émergence avec le nourrisson, ainsi que le sentiment de confiance parentale (Berthelot *et al*., 2020).

D'autre part, le trauma complexe affecte également la santé physique, notamment par des perturbations neurobiologiques se traduisant par des altérations dans la sécrétion de cortisol. Une dysrégulation de cette hormone durant la grossesse peut compromettre la réponse normale au stress, ce qui met en péril la mère et le fœtus (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). De plus, le cortisol joue un rôle central dans la régulation du sommeil et de l'appétit chez la femme enceinte, en plus d'influencer le développement du nourrisson (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). Le trauma complexe est également associé à une augmentation du risque de complications pour la femme enceinte, telles que le diabète gestationnel et l'accouchement prématuré (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b).

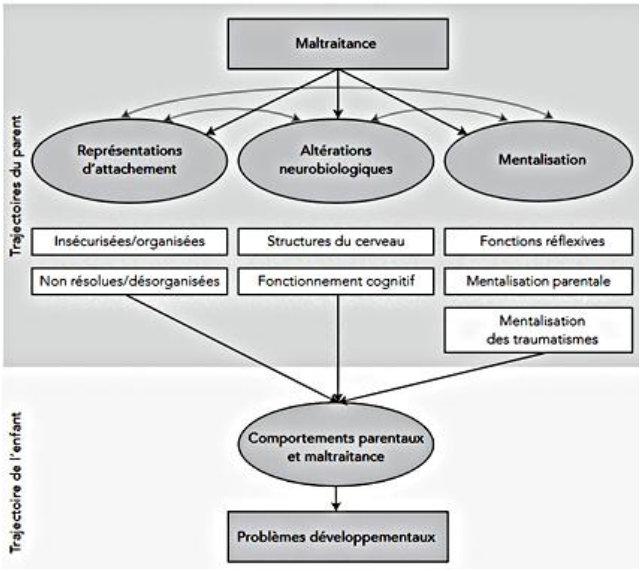
Transmission intergénérationnelle des traumas

Une étude de van IJzendoorn *et al.* (2020) met en évidence les facteurs de risque associés à la maltraitance envers son enfant, notamment l'histoire de maltraitance vécue par le parent, un style d'attachement insécure ou désorganisé, ainsi que la présence de violence conjugale. Berthelot et Garon-Bissonnette (2022a, 2022b) décrivent ce phénomène comme le cycle de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Ce cycle peut se manifester sous deux formes différentes. La première, dite homotypique, renvoie à un risque accru pour l'enfant de subir le même type de maltraitance que celui vécu par son parent, ce qui témoigne d'une continuité dans les patrons relationnels et les comportements parentaux. La seconde, dite

hétérotypique, réfère plutôt à une augmentation du risque d'exposition à différentes formes de traumas, incluant les traumas complexes (Madigan *et al*., 2019, cité dans Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). Cette forme suggère que l'histoire de vie du parent augmente la vulnérabilité de l'enfant à l'adversité. Ces deux formes de transmission mettent en lumière que ce ne sont pas seulement les événements traumatiques qui se répètent, mais aussi les mécanismes qui en découlent. Comme illustré précédemment à la Figure 1 et soutenu par Berthelot et Garon-Bissonnette (2022a), les mauvais traitements subis pendant l'enfance peuvent compromettre la capacité de mentalisation, les représentations d'attachement et certains systèmes neurobiologiques liés au développement du cerveau. Ces trois domaines interagissent et forment un mécanisme qui contribue à l'émergence de difficultés, notamment dans le style d'attachement, le fonctionnement cognitif et les fonctions réflexives. Si ces altérations persistent à l'âge adulte, elles convergent vers des comportements parentaux plus à risque pour l'enfant à naître, en influençant la manière dont le parent interprète et répond aux besoins de son enfant pendant la grossesse et la période postnatale. Les difficultés présentes chez le parent peuvent également entraîner des problèmes développementaux chez l'enfant (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022a). Ainsi, la transmission intergénérationnelle s'inscrit dans un processus où les vulnérabilités parentales influencent l'environnement développemental du nourrisson. La figure 2 illustre la manière dont la maltraitance se transmet de façon intergénérationnelle. Toutefois, il importe de souligner que ce cycle n'est pas imparable : certaines mères parviennent à interrompre la transmission intergénérationnelle de leur trauma (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b).

Figure 2

Cycle intergénérationnel de la maltraitance (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022a)



Impacts du trauma complexe sur le nouveau-né

Le cycle de transmission intergénérationnelle de la maltraitance suggère que les antécédents de trauma complexe parentaux constituent un facteur de risque susceptible d'influencer négativement le développement de l'enfant. En effet, les périodes de la grossesse et de la naissance sont des moments particulièrement sensibles où l'histoire traumatique de la mère peut influencer le développement biologique du nourrisson. Chez les femmes qui ont vécu un trauma complexe, la production d'hormones de stress émotionnel du placenta est accrue, ce qui entraîne un milieu gestationnel moins favorable pour le développement du fœtus (Moog *et al*., 2016, cité dans Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). Une étude de Nesari *et al.* (2018, cité dans Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b) fait état que le risque de naissance d'un nourrisson de faible poids augmente de 57 % lorsque la mère a été victime d'abus durant son enfance.

Sur le plan des représentations d'attachement, dès le début de la vie, l'histoire traumatique parentale met le nourrisson à risque de développer un style d'attachement insécure. Les résultats de l'étude de Berthelot *et al*. (2015) montrent que 83 % des enfants dont les mères présentent des antécédents d'abus ou de négligence développent un attachement insécure, dont 44 % présentent

des comportements s'apparentant à un attachement désorganisé. Par ailleurs, les antécédents de mauvais traitements d'un parent augmentent le risque que son enfant présente un tempérament plus difficile (Bouvette-Turcot et al., 2019, cité dans Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b).

À plus long terme, ces vulnérabilités peuvent s'inscrire dans la trajectoire développementale de l'enfant. Les expériences adverses parentales sont associées à un risque accru de troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant, notamment le trouble du spectre de l'autisme (Roberts *et al*., 2013). Elles sont également liées à une augmentation des problèmes de comportement, tels que l'agressivité. Par ailleurs, plus la mère a été victime d'évènements différents, plus les difficultés comportementales de son enfant sont importantes (Stepleton *et al.*, 2018). Plus largement, selon Floger *et al.* (2018), « l'exposition des parents à des expériences négatives de l'enfance peut avoir des répercussions négatives sur le développement de l'enfant dans de nombreux domaines, notamment la résolution de problèmes, la communication, les compétences socio-émotionnelles et la motricité » (traduction libre, p. 1). Enfin, la régulation émotionnelle des enfants nés de mères ayant vécu des traumas est également plus susceptible d'être altérée (Bosquet Enlow *et al*., 2018). Ces constats soulignent l'importance d'intervenir tôt, afin de soutenir les mères et de réduire les risques pour l'enfant. Enfin, il devient essentiel d'examiner les stratégies psychosociales durant la période périnatale susceptibles de soutenir les femmes ayant vécu un trauma complexe.

Les approches sensibles et centrées sur les traumas en contexte périnatal

La période périnatale constitue un moment de vulnérabilité pour les futures mères, tout en représentant une opportunité propice au changement et à la mobilisation des ressources (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). Dans ce contexte, différentes approches peuvent être mobilisées afin de mieux répondre aux besoins des femmes ayant vécu un trauma complexe.

Les approches sensibles aux traumas

Les approches sensibles aux traumas sont définies comme « une manière de penser, d'organiser et de structurer les institutions sociales, comme la santé, les services sociaux et

l'éducation afin de mieux répondre aux besoins des individus exposés aux traumas » (Milot *et al.,* 2018b, p.252). Elles reposent sur une compréhension des effets du trauma et visent à adapter les pratiques tout en prévenant la retraumatisation (Milot *et al.,* 2018b). Ces approches s'appuient notamment sur le constat que de nombreuses personnes ont été exposées à au moins une forme de trauma psychologique au cours de leur vie, ce qui justifie leur application dans une diversité de contextes et auprès de différentes clientèles (Harris et Fallot, 2001, cité dans Milot *et al*., 2018b). Quatre principes guident la mise en place d'organisations sensibles aux traumas. D'abord, les membres du personnel doivent réaliser la prévalence des personnes victimes de trauma complexe et ses répercussions. Ensuite, ils doivent être en mesure de reconnaître les manifestations du trauma dans les comportements et le fonctionnement des individus. De plus, les organisations sont appelées à adapter leurs politiques et les services en conséquence. Enfin, elles doivent veiller à prévenir toute retraumatisation, notamment en assurant un environnement sécurisant pour les usagers (Milot *et al*., 2018 cités dans Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b).

Les approches centrées sur les traumas

Les approches centrées sur les traumas visent à traiter les séquelles des victimes exposées à des évènements adverses pendant l'enfance, et incluent notamment des interventions psychothérapeutiques ou des traitements pharmacologiques (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b). Ces interventions sont donc spécialisées, avec un mandat et une clientèle clairement définis (Milot *et al*., 2018b). Toutefois, pour des raisons de sécurité, ces approches sont souvent évitées pendant la grossesse, afin d'épargner aux femmes de vivre de la détresse (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022b).

Dans cette perspective, il apparaît essentiel d'examiner les approches psychosociales mises en œuvre en période périnatale pour soutenir les femmes ayant été exposées à un trauma complexe. Ainsi, l'objectif de cet essai vise à dégager des pistes pertinentes et des recommandations susceptibles d'éclairer le travail des intervenants et des intervenantes auprès des mères.

Méthode

Une recherche documentaire a été effectuée en mai 2025, en utilisant les bases de données suivantes: Academic Search Complete, APA PsycINFO, MEDLINE et Érudit. Pour chacune d'entre elles, une recherche par mots-clés a été menée, en fonction de deux concepts clés, soit les approches et interventions sensibles aux traumas et le contexte périnatal. Le Tableau 1 présente l'ensemble des mots-clés utilisés dans le cadre de cette recension des écrits.

Tableau 1

Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données

	Approches et interventions sensibles aux traumas	Contexte périnatal
Langue anglaise	"trauma-specific" OR "trauma-informed" OR "trauma-aware" OR "trauma-sensitive" AND approach* OR intervention* OR practice*	perinatal OR perinatality OR prenatal OR postnatal OR postpartum OR pregnancy OR maternity OR "transition to parenthood"
Langue française	"sensible* au* trauma*" OU "spécifique* au* trauma*" OU "centré* sur le* trauma*" ET approche* OU pratique* OU intervention*	"période périnatale" OU périnatalité OU "période prénatale" OU "post-partum" OU "période postnatale" OU grossesse OU maternité OU "transition à la parentalité"

Critères d'inclusion

Dans le cadre de cette recension des écrits, des critères précis ont été appliqués afin de garantir la qualité ainsi que la pertinence des données :

- Les études publiées entre 2015 et 2025 ont été retenues afin d'assurer que les informations analysées soient récentes;
- Les recherches choisies incluaient des femmes en période périnatale ayant vécu un trauma complexe pendant leur enfance;

- Les études portaient sur des approches d'accompagnement ou d'intervention de nature psychosociale;
- Les études retenues portaient sur des interventions mises en œuvre au cours de la période périnatale;
- Seuls les articles ayant fait l'objet d'une évaluation par les pairs ont été inclus;
- Les publications retenues étaient rédigées en français ou en anglais.

Critères d'exclusion

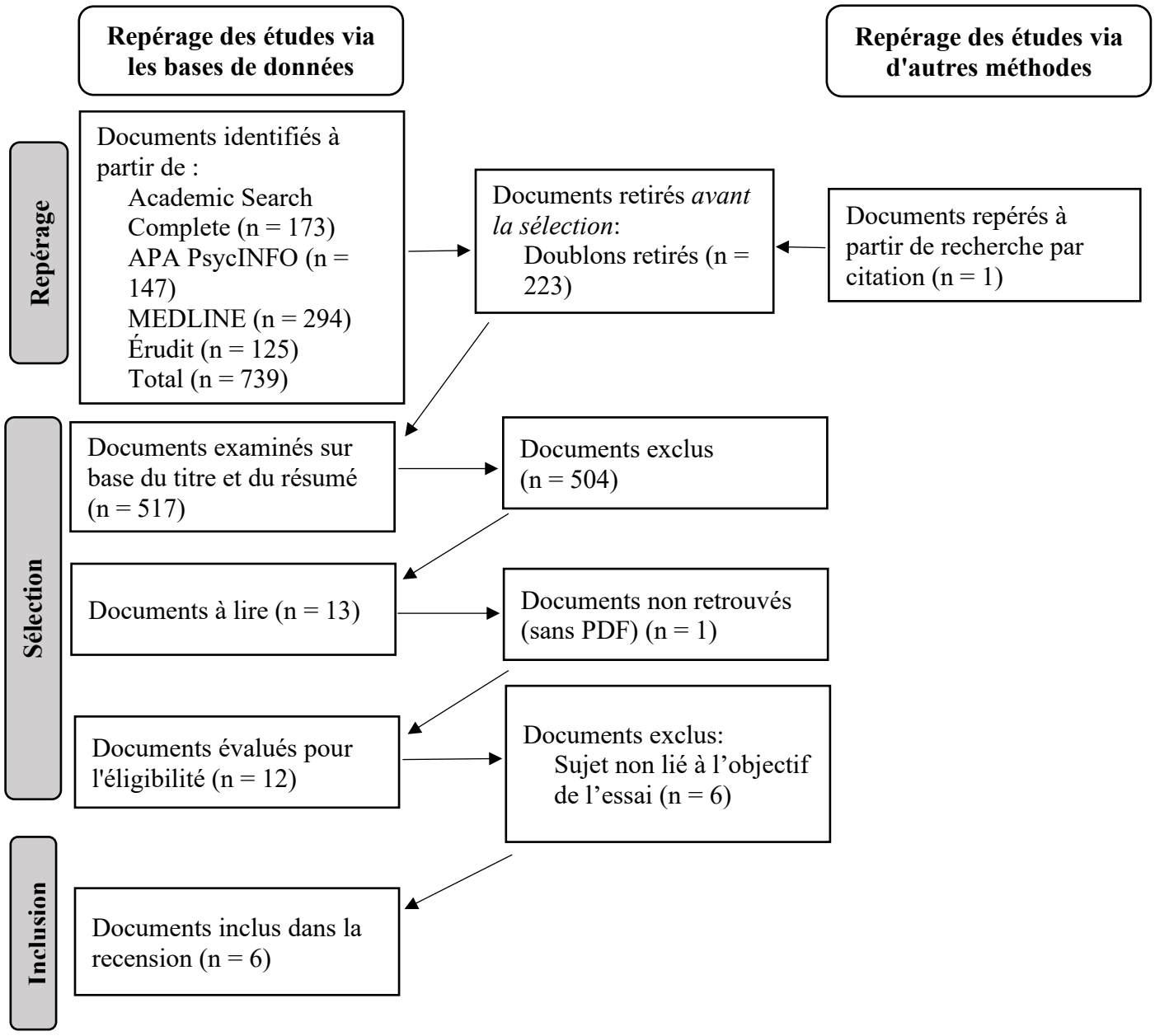
Pour garantir la pertinence et la cohérence avec l'objectif de la recension, des critères d'exclusion ont été définis. Ainsi, les études ne traitant que d'interventions en contexte strictement médical, ainsi que celles axées sur des contextes particuliers (par exemple, les milieux militaires ou certaines réalités spécifiques) ont été écartées, afin de maintenir une homogénéité dans les populations étudiées. De même, les études réalisées dans des contextes socioculturels différents (notamment dans des pays dont les systèmes de soins de santé et les services sociaux diffèrent du contexte nord-américain) ont été exclues pour favoriser la comparabilité des résultats. Par ailleurs, les écrits portant sur l'infertilité, les pertes de grossesse ou l'avortement, ainsi que ceux traitant de traumas directement liés à la grossesse ou à l'accouchement, ont été exclus afin de centrer l'analyse sur des traumas préexistants à la période périnatale. Les études impliquant des nouveau-nés, qui nécessitent des soins intensifs, ont également été écartées dans le but de limiter l'influence de facteurs contextuels particuliers sur les résultats.

Processus de recension

La recension dans les banques de données a ressorti 739 articles et un article supplémentaire a été inclus par remontée bibliographique (voir Figure 3). Sur ce nombre, 223 doublons ont été retirés, puis 504 articles ont été exclus par la lecture des titres et des résumés. Dans les 13 documents restants, un article n'a pas été retracé et six ont été exclus à la suite de la lecture complète, puisqu'ils ne répondaient pas à l'objectif de notre recherche. Ainsi, au total, six études empiriques ont été retenues et analysées dans le cadre de cet essai.

Figure 3

Diagramme de flux PRISMA



Résultats

Afin de répondre à l'objectif de cet essai, soit dégager des pistes d'intervention pertinentes et des recommandations susceptibles de guider le travail des intervenants et intervenantes auprès des mères ayant vécu un trauma complexe, cette section présente les résultats issus des six études sélectionnées. Les résultats seront analysés selon quatre angles, soit les caractéristiques et modalités des interventions, les effets de ces interventions, les besoins spécifiques des personnes participantes ainsi que la posture relationnelle des personnes intervenantes. La section suivante présente les principales caractéristiques méthodologiques des études retenues, puis les résultats qui en sont issus.

Description des études retenues

Six études, dont cinq en anglais et une en français, portant sur différentes interventions sensibles aux traumas auprès de femmes enceintes présentant un trauma complexe, ont été recensées. Parmi celles-ci, une étude utilise un devis qualitatif, deux adoptent un devis quantitatif, deux recourent à une méthode mixte et une emploie la méthode Delphi. Deux études ont été menées aux États-Unis et quatre au Canada. Sur le plan des interventions évaluées, trois études portent sur le programme *STEP*, une examine une intervention cognitivo-comportementale et deux concernent des approches sensibles aux traumas implantées au niveau organisationnel. La majorité des études portent exclusivement sur des femmes enceintes, à l'exception des travaux de Berthelot et ses collaborateurs (2018, 2021), qui incluent 15 professionnels, six chercheurs et un père. Pour l'ensemble des études, les personnes participantes sont âgées de 18 ans et plus. Dans certaines études (Berthelot *et al*., 2021, (phase 4); Berthelot *et al*., 2022; Gokhale *et al*., 2024), toutes les femmes ont vécu au moins une expérience adverse durant l'enfance. Dans d'autres études (Goldstein *et al*., 2024; Racine *et al*., 2021), ces proportions s'élèvent respectivement à 71 % (n = 68) et 32,3 % (n = 194). Le résumé des caractéristiques méthodologiques des études incluses dans cet essai se retrouve en appendice A.

Les caractéristiques et modalités des interventions

L'analyse des études met en lumière une diversité de modalités d'intervention adaptées au contexte périnatal. Les études de Berthelot *et al*. (2018, 2021, 2022) portent sur le *Programme Soutenir la Transition et l'Engagement dans la Parentalité (STEP),* un programme de groupe destiné aux femmes enceintes ayant vécu un trauma complexe durant l'enfance. Complémentaire aux services périnataux existants, le programme *STEP* vise à soutenir l'adaptation psychologique des femmes, à favoriser le développement d'une relation sécurisante entre la mère et son bébé, ainsi qu'à atténuer les conséquences intergénérationnelles de la maltraitance. Berthelot *et al*. (2018) le décrivent comme une démarche d'accompagnement plutôt que comme un programme d'intervention formel. De leur côté, les études de Gokhale *et al*. (2020) et Racine *et al*. (2021) examinent plutôt la mise en place de cadres de soins sensibles aux traumas au sein de cliniques périnatales. Pour sa part, Goldstein *et al*. (2024) évaluent l'intervention cognitivo-comportementale *Mothers and Babies Personalized (MB-P)*. Cette intervention individuelle, combinée à la réception de messages textes personnalisés, s'adresse aux femmes en période prénatale et post-partum. Elle vise à soutenir la transition à la parentalité, le soutien social, l'adoption de saines habitudes de vie et l'engagement parental.

La participation et l'engagement des femmes semblent influencés par le format de l'intervention. Par exemple, Berthelot *et al*. (2022) rapportent que 12,33 % des femmes ont refusé de participer au programme *STEP* en raison de la modalité de groupe. Toutefois, les observations réalisées par Berthelot *et al*. (2022) suggèrent que les femmes ayant participé au programme *STEP* ont perçu la modalité de groupe comme positive. La création d'un collectif entre mères permet de partager leurs connaissances et leurs expériences, de valider leurs perceptions ainsi que de socialiser sur la maternité par l'établissement d'un lien de confiance entre les personnes participantes.

La structure et la nature des interventions du programme *STEP* sont détaillées dans les études de Berthelot *et al*. (2018, 2021, 2022). Le programme aborde notamment l'attachement, le réseau de soutien, la mentalisation, le trauma, la transition à la parentalité et la régulation

émotionnelle. En cohérence avec l'idée « [qu'] il n'est pas possible de favoriser une parentalité sensible sans être attentif à l'histoire personnelle, à la réalité et aux conflits intérieurs des parents » (Traduction libre, Berthelot *et al*., 2018, p. 398), les interventions considèrent en premier lieu les besoins des futurs parents, puis ceux des futurs enfants. Les interventions du programme *STEP* soutiennent les parents dans la reconnaissance de leurs forces, leurs faiblesses, ainsi que les impacts de leurs expériences passées sur leur rôle parental. Dans l'étude de Berthelot *et al*. (2022), les personnes participantes rapportent que le programme permet l'exploration de soi, de ses pensées et de ses émotions. Les forces du programme incluent la justesse et l'équilibre entre la théorie et les activités proposées, la sensibilité au niveau d'activation émotionnelle, la progressivité dans la validation des états mentaux, ainsi que l'ancrage sur des données empiriques. Les évaluations montrent que les parents jugent le programme pertinent, clair et qu'ils trouvent intéressants la majorité des ateliers (Berthelot *et al*., 2021). Les chercheurs estiment également que les activités sont susceptibles d'atteindre les objectifs. L'étude de Berthelot *et al*. (2022) souligne enfin l'importance du guide remis aux personnes participantes, qui soutient la poursuite de l'exploration personnelle après la fin du programme.

Dans les approches organisationnelles sensibles aux traumas, la question du dépistage des expériences adverses dans l'enfance occupe une place importante. Racine et ses collaborateurs (2021) font état que le dépistage est légèrement associé à de meilleurs résultats à la naissance. Gokhale *et al*. (2020) rapportent des opinions mitigées quant au dépistage systématique des traumas. Près de la moitié des personnes participantes (46,7 %) souhaitent un dépistage, considérant que cette étape fait partie du processus de guérison et d'accès à des ressources supplémentaires. Le tiers des femmes (33,3 %) n'est pas intéressé alors qu'un cinquième des femmes (20,0 %) est ambivalent à l'idée. Ces dernières justifient vouloir se concentrer sur l'avenir et craignent que le dépistage soit un élément déclencheur de leurs expériences douloureuses. Enfin, certaines femmes ne font pas le lien entre les traumas passés et la grossesse actuelle, et donc, considèrent impertinent de dévoiler leurs expériences adverses. Les caractéristiques et modalités des interventions étant établies, la section suivante présente les effets des interventions sensibles aux traumas.

Les effets des interventions sensibles aux traumas

Les résultats des études recensées mettent en évidence plusieurs effets associés aux interventions sensibles aux traumas sur les mères et leur bébé. Les résultats indiquent notamment des effets positifs sur la perception que les mères ont d'elles-mêmes et de leur rôle parental. Berthelot *et al*. (2021) montrent des effets significatifs quant aux changements dans les perceptions des mères ayant complété le programme *STEP*. Effectivement, les mères perçoivent leur histoire passée, leur présent et leur futur rôle de mère de manière plus positive. De plus, la totalité des mères déclare avoir fait des apprentissages utiles pendant la complétion du programme *STEP*, en plus d'être davantage conscientes de leurs forces dans leur nouveau rôle de mère.

Les études de Berthelot *et al*. (2021) et Goldstein *et al*. (2024) ont rapporté des effets positifs sur la santé mentale maternelle. En ce qui concerne la détresse psychologique, les résultats indiquent une diminution significative entre le début du programme et la fin de la grossesse. Plus précisément, la moyenne évolue de 38,57 (ÉT = 5,48) à 14,84 (ÉT = 12,88). Les résultats de l'analyse transversale de type panel de Goldstein *et al*. (2024) montrent également une diminution significative des symptômes dépressifs entre le début et la fin de l'intervention *MB-P*. Toutefois, cette amélioration ne se maintient pas lors de suivis effectués un à trois mois après l'accouchement. Par ailleurs, l'activation comportementale, associée aux symptômes de la dépression, ne montre pas de variation significative au fil du temps. En revanche, la régulation de l'humeur négative s'améliore de manière significative entre le début de l'étude et trois mois après l'accouchement. Ainsi, les femmes présentant un trauma complexe bénéficient de façon moins importante et moins durable de l'intervention *MB-P*.

Les analyses des trajectoires linéaires de Goldstein et ses collaborateurs (2024) mettent en évidence des différences, entre le début de l'intervention *MB-P* et trois mois après l'accouchement, dans l'évolution des symptômes dépressifs, du stress perçu et de la régulation

négative de l'humeur chez les mères ayant vécu des expériences adverses comparativement à celles n'en ayant pas vécues (voir Tableau 2).

Tableau 2

Comparaison des effets de l'intervention MB-P chez les mères avec et sans expériences adverses durant l'enfance (ACE)

Variable	Femme sans ACE	Femme avec ACE
Symptômes dépressifs	SMD = 0,82 (effet élevé) IC [0,13 ; 1,51] (significatif)	SMD = 0,39 (effet faible) IC [−0,20 ; 0,97] (non significatif)
Stress perçu	SMD = 0,92 (effet élevé) IC [0,23 ; 1,62] (significatif)	SMD = −0,05 (effet nul) IC [−0,63 ; 0,53] (non significatif)
Régulation de l'humeur négative	SMD = 0,69 (effet modéré) IC [0,01 ; 1,36] (significatif)	Résultats non mentionnés dans l'étude

Les résultats de l'intervention *MB-P* montrent des améliorations significatives dans les symptômes dépressifs, la perception du stress et la gestion de l'humeur négative chez les femmes n'ayant pas subi d'événements adverses pendant l'enfance. Toutefois, chez les femmes ayant connu des ACE, les effets sont plus faibles et non statistiquement significatifs (Goldstein *et al*., 2024). Enfin, ces résultats mettent en évidence que la présence ou l'absence d'un trauma complexe chez la mère semble influencer l'ampleur des effets associés à l'intervention.

Au-delà des effets sur la santé mentale maternelle, une étude s'est également intéressée aux retombées des approches sensibles aux traumas sur la santé des nourrissons. Les observations de Racine *et al*. (2021) suggèrent que l'implantation organisationnelle d'un cadre sensible aux traumas peut avoir des effets bénéfiques sur la santé des nourrissons. Les risques de complications lors de la naissance sont ainsi diminués pour les bébés dont les mères ont bénéficié de soins sensibles. Plus précisément, 70,45 % des nourrissons ne présentent aucun risque pour

leur santé, comparativement à 63,5 % des nourrissons dont les mères ont reçu des soins standards.

Parmi les interventions sensibles aux traumas, il est important de soulever la sécurité de ces dernières. En effet, Berthelot *et al*. (2021) montrent qu'il existe un faible risque de faire vivre de la détresse ou de retraumatiser les personnes participantes. Ces dernières rapportent que les séances portant sur les évènements adverses pendant l'enfance ne sont pas excessivement difficiles sur le plan émotionnel. Ces propos sont cohérents avec ceux de Berthelot *et al*. (2022), qui indiquent que plusieurs précautions sont déployées dans le programme *STEP*. Ces précautions incluent notamment, la nature et la séquence des activités, la posture et la formation des personnes intervenantes ainsi que les partages des mères lors des activités. Le réseau de ressources agit comme un filet de sécurité pour les mères, ce qui contribue à renforcer la sécurité des interventions sensibles aux traumas. Racine *et al*. (2021) soutiennent également cette idée, alors que les changements organisationnels ne sont pas associés à une augmentation des risques pendant la grossesse ou à l'accouchement. Au regard des effets présentés précédemment, il devient pertinent de s'attarder aux besoins spécifiques des personnes participantes, qui sont des leviers importants dans l'optimisation des interventions.

Les besoins spécifiques des personnes participantes

Les études de Berthelot *et al*. (2021, 2022) et celle de Gokhale *et al*. (2020) soulignent l'importance de considérer les besoins spécifiques des personnes participantes dans le développement et l'implantation d'interventions prénatales destinées aux femmes ayant vécu des expériences adverses durant l'enfance. Un premier besoin concerne l'implication active des mères dans les programmes. Berthelot *et al*. (2018) montrent que les personnes participantes souhaitent jouer un rôle central dans leur processus d'apprentissage, contrairement à certains programmes traditionnels où elles adoptent un rôle davantage passif. Dans le même ordre d'idée, Gokhale *et al*. (2020) soulignent l'importance de laisser du contrôle aux mères dans les interventions, en leur permettant de diriger les conversations ou de décider du degré d'implication des équipes qui offrent les services.

Les résultats de Berthelot *et al*. (2022) mettent également en lumière un besoin central, soit celui de discuter de la grossesse entre femmes, dans un espace qui dépasse le cadre strictement médical. Les personnes participantes rapportent que le contexte collectif entre mères facilite l'intégration des notions du programme *STEP*. Ces observations rejoignent celles de Gokhale *et al*. (2020), où les personnes participantes expriment un désir de participer à un groupe de soutien, qui offre un cadre de guérison des évènements adverses. Le collectif entre mère répond également à un besoin des mères d'offrir et de recevoir entre elles (Berthelot *et al*., 2022). Dans cette modalité de groupe, Berthelot *et al*. (2022) soulignent par ailleurs le besoin d'homogénéité dans la composition de celui-ci, afin que les personnes participantes puissent se reconnaître dans les expériences des unes et des autres. De plus, une taille de groupe réduite serait également pertinente selon les personnes participantes.

Au-delà des caractéristiques propres aux programmes d'intervention, les personnes participantes expriment un besoin plus large d'avoir accès à une diversité de ressources pour les soutenir dans leurs difficultés et dans la transition à la maternité. Gokhale et ses collaborateurs (2020) rapportent que ces dernières souhaitent pouvoir bénéficier de services complémentaires, tels que des thérapies, des groupes de soutien, de l'aide financière ou encore des services de transport.

Enfin, Berthelot *et al*. (2018) soulignent que les personnes intervenantes identifient un besoin de différencier les interventions destinées aux mères de celles destinées aux pères, afin de tenir compte des réalités spécifiques de chaque parent et d'assurer une réponse optimale à leurs besoins. Par ailleurs, les participantes du programme *STEP* mettent en évidence l'importance d'un cadre sécurisant dans les interventions sensibles aux traumas (Berthelot *et al*., 2022). Ce besoin de sécurité relationnelle amène ainsi à s'intéresser plus spécifiquement à la posture adoptée par les intervenants et intervenantes.

La posture relationnelle des intervenants et intervenantes

Les études de Berthelot *et al*. (2018, 2022) et Gokhale *et al*. (2020) relèvent l'importance de la posture relationnelle adoptée par les intervenants et intervenantes dans les différentes modalités d'intervention sensibles aux traumas. Tout d'abord, dans l'étude de Berthelot *et al*. (2018), les personnes intervenantes qualifient la posture d'intervention comme une posture de soutien dans le développement des compétences des mères. Cette posture se distingue grandement de la posture d'expert, où le personnel intervenant propose aux personnes participantes des solutions à appliquer. Ces propos sont cohérents avec ceux de Berthelot *et al*. (2022), où l'engagement relationnel entre les personnes intervenantes et les personnes participantes occupe une place importante dans le programme *STEP*. Par ailleurs, Gokhale *et al*. (2020), partagent également l'avis que l'établissement d'une relation thérapeutique entre la personne intervenante et la personne participante est un facteur primordial pour aborder les expériences adverses vécues dans l'enfance. En effet, 67,7 % (n = 20) des personnes participantes dans le cadre de l'implantation d'une approche organisationnelle sensible aux traumas affirment qu'une relation solide avec la personne intervenante facilite le dévoilement d'expériences traumatiques et favorise une grossesse positive. L'établissement d'une relation thérapeutique est possible également par la stabilité du personnel intervenant, alors que 26,7 % (n = 8) des personnes participantes ont nommé que cette pratique était essentielle (Gokhale *et al*., 2020).

Les personnes participantes au programme *STEP* rapportent quatre caractéristiques de la posture des personnes intervenantes qui favorisent leur sentiment de sécurité et leur engagement : la bienveillance, la réciprocité, la cohésion et la compétence (Berthelot *et al*., 2022). Elles associent d'abord la bienveillance à la douceur dont les intervenants et intervenantes font preuve dans des moments confrontants, ainsi qu'à leur capacité à rendre les activités sensibles, utiles et positives pour l'ensemble d'entre elles. Les personnes participantes soulignent ensuite la réciprocité qui se manifeste dans l'engagement et le respect démontrés par les personnes intervenantes. Elles rapportent également que la cohésion entre les personnes intervenantes, perceptible dans une coanimation harmonieuse et fluide, contribue à instaurer un climat d'intervention sécurisant. Enfin, les personnes participantes insistent sur la compétence des

intervenants et intervenantes, qu'elles associent à leur sensibilité à leurs propos et leurs expériences, à leur capacité à soutenir le collectif en favorisant un espace d'échange sécurisant, ainsi qu'à la guidance qu'ils offrent dans l'exploration de soi et du vécu. Ensemble, ces éléments façonnent une posture relationnelle perçue comme essentielle à leur sentiment de sécurité et à leur engagement dans le programme.

Finalement, Berthelot et ses collaborateurs (2022) suggèrent que la posture des intervenants et intervenantes dans le programme *STEP* apporte des résultats « au moins aussi important[s] que le contenu du programme » (p.244), d'où l'importance de porter une attention particulière à cette composante dans le déploiement d'interventions sensibles aux traumas.

Discussion

Cet essai vise à dégager des pistes d'intervention pertinentes ainsi que des recommandations afin de guider le travail des intervenants et intervenantes œuvrant auprès de mères ayant vécu des expériences adverses durant l'enfance. La section suivante présente un résumé des principaux résultats, les conditions favorisant l'implantation des approches sensibles aux traumas en contexte périnatal, de même que les implications pour la pratique psychoéducative.

Résumé des principaux résultats

Les résultats mettent en évidence que les approches sensibles aux traumas en contexte périnatal reposent sur des caractéristiques et des modalités variées (groupales, individuelles ou organisationnelles), favorisant l'exploration de soi et de ses émotions (Berthelot *et al*., 2022). Les programmes se caractérisent par une sensibilité aux traumas, notamment dans l'équilibre entre le contenu théorique et les activités, ainsi que dans une progression visant à éviter la retraumatisation (Berthelot *et al*., 2021, 2022; Racine *et al*., 2021). Les interventions sensibles aux traumas présentent des effets globalement positifs sur la perception de soi, les apprentissages et la santé mentale des mères, ainsi que sur la santé des nourrissons, bien que ces effets tendent à s'atténuer dans le temps et varient selon les antécédents de trauma (Berthelot *et al*., 2021, 2022; Goldstein *et al*., 2024; Racine *et al*., 2021). Afin de favoriser ces résultats, les approches doivent répondre aux besoins des mères, qui incluent l'implication active de ces dernières, le pouvoir de faire des choix, la création d'un réseau social entre elles ainsi que le soutien de différentes ressources (Berthelot *et al*., 2018, 2021, 2022; Gokhale *et al*., 2020). Enfin, l'engagement des mères dans les programmes repose sur une posture relationnelle des personnes intervenantes, caractérisée par l'engagement, la bienveillance, la réciprocité et la compétence, favorisant l'établissement d'un lien thérapeutique sécurisant (Berthelot *et al*., 2018, 2022; Gokhale *et al*., 2020).

Conditions favorisant l'implantation des approches sensibles aux traumas en contexte périnatal

Les résultats des études analysées mettent en évidence que l'implantation d'approches et d'interventions sensibles aux traumas repose sur plusieurs conditions interdépendantes, invitant à réfléchir aux conditions qui favorisent leur déploiement en période périnatale. Dans un premier temps, Racine *et al*. (2021) suggèrent que l'obtention d'effets positifs sur la santé maternelle repose en partie sur des changements au niveau macrosystémique. En effet, les approches sensibles aux traumas impliquent que les organisations apportent des changements dans l'ensemble de leurs politiques, procédures et structures (Milot *et al*., 2018b). Le déploiement d'un cadre de services sensibles aux traumas apparaît essentiel pour générer des effets durables et à plus grande échelle. Ces constats suggèrent que les interventions individuelles, à elles seules, sont insuffisantes sans transformation des systèmes dans lesquels elles s'inscrivent. Ces changements systémiques soulignent également l'importance de la mise en place d'une collaboration interdisciplinaire. Dans cette perspective, Gokhale *et al*. (2020) rapportent que les mères souhaitent avoir accès à plusieurs services pour les soutenir. Ainsi, le développement de partenariats entre les personnes intervenantes issues de différentes disciplines permettrait d'harmoniser les interventions en plus de limiter les ruptures des services sociaux et de santé. Enfin, les changements au niveau du macrosystème sont également nécessaires pour améliorer l'accessibilité et l'équité des services. À cet égard, l'étude de Berthelot *et al*. (2018) relève l'importance d'adapter les interventions aux réalités des pères. De plus, Milot *et al.* (2018b) soulignent la nécessité d'adapter les services aux divers contextes socioculturels. Dans cette même lignée, l'Agence de la santé publique du Canada recommande que les organisations adoptent des approches tenant compte des traumas qui intègrent les dimensions du sexe et de la culture de l'individu dans la prestation des services (Gouvernement du Canada, s.d.). Ces recommandations renforcent l'idée que l'implantation d'approches sensibles aux traumas doit relever d'une transformation macrosystémique des services.

En plus des changements au niveau organisationnel, les personnes intervenantes doivent également adapter leurs pratiques pour soutenir efficacement l'implantation des approches

sensibles aux traumas. Afin de faciliter la création d'un lien thérapeutique, qui est un élément central de l'engagement des mères selon les études de Gokhale *et al*. (2020) et Berthelot *et al*. (2022), il est recommandé que les professionnels prévoient du temps supplémentaire lors des rencontres (Racine *et al*., 2021). Cette pratique permettrait également aux personnes intervenantes de documenter de manière complète les neuf sphères du développement susceptibles d'avoir été affectées par l'exposition à un évènement adverse durant l'enfance (Godbout *et al.*, 2018). Une telle documentation est essentielle pour comprendre la complexité des répercussions du trauma complexe et adapter les interventions en conséquence. La posture relationnelle est également un élément à considérer dans l'accompagnement des mères ayant vécu un trauma complexe. Les études de Berthelot *et al*. (2018, 2022) mettent en évidence que la posture d'expert est contre-indiquée dans les approches sensibles aux traumas. À l'inverse, les personnes intervenantes sont encouragées à adopter une posture qui favorise l'implication active des mères, ce qui permet de soutenir le développement de leur autonomie et de leur pouvoir d'agir dans les services, soit deux éléments importants dans les approches sensibles aux traumas (Milot *et al*., 2018b).

Finalement, une dernière condition favorisant l'implantation d'approches sensibles aux traumas est la formation et la supervision clinique des personnes intervenantes, comme le souligne l'étude de Berthelot *et al*. (2022). D'abord, Milne et Collin-Vézina (2018) soulignent l'importance de fournir une formation spécialisée aux intervenants et intervenantes qui réalisent l'évaluation des traumas complexes. Ainsi, les milieux qui procèdent à un dépistage systématique du trauma complexe devraient s'assurer que les personnes intervenantes disposent d'une formation adéquate. De même, Gokhale *et al*. (2020) soutiennent que la compréhension des traumas et de leurs effets devrait faire partie intégrale de la formation initiale. Les résultats de Berthelot *et al*. (2022) montrent que la compétence des personnes intervenantes constitue une caractéristique importante pour les personnes participantes, ce qui renforce la nécessité d'offrir une formation continue fondée sur les données probantes concernant les traumas complexes et les approches sensibles aux traumas. De plus, comme le suggèrent Berthelot et ses collaborateurs (2022) la formation des personnes intervenantes est une précaution pour limiter le risque de

retraumatisation des personnes victimes. La supervision clinique devient alors un élément essentiel à considérer en raison de l'importance de la posture relationnelle dans l'engagement des mères dans les services. La littérature fait état que la supervision clinique offre aux intervenants et intervenantes un soutien émotionnel et contribue au développement de leur résilience (Berger et Quiros, 2014). Par conséquent, cette pratique favorise la stabilité du personnel et donc limite les ruptures relationnelles, ce qui est un élément potentiellement déclencheur pour les personnes ayant vécu des traumas pendant l'enfance (Courtois et Ford, 2013, cité dans Milot *et al.*, 2018a). Enfin, Milot *et al*. (2018b) rappellent qu'une organisation sensible aux traumas se distingue par la qualité du soutien, de la supervision et de la formation qu'elle offre à ses employés.

En résumé, l'implantation d'approche sensible aux traumas en contexte périnatal repose sur trois conditions, soit des modifications macrosystémiques, l'adaptation de la posture relationnelle ainsi que la formation et la supervision clinique des personnes intervenantes. Ces constats invitent désormais à examiner les implications qui en découlent pour la pratique psychoéducative.

Implications pour la pratique psychoéducative

Cette recension des écrits sur les approches sensibles aux traumas en contexte périnatal s'avère pertinente pour la pratique psychoéducative. Elle suggère que le savoir-être du psychoéducateur constitue un levier central d'intervention, particulièrement pour favoriser la création d'une alliance de travail. À cet égard, les caractéristiques d'une posture d'intervention efficace, telles que décrites par Berthelot *et al.* (2022), s'arriment aux schèmes relationnels proposés par Gendreau (2001). Plus précisément, la bienveillance renvoie aux schèmes de la considération et de l'empathie, la cohésion entre les personnes intervenantes qui coaniment le programme *STEP* s'inscrit dans le schème de la sécurité, tandis que la réciprocité des personnes intervenantes à l'égard des mères ayant vécu des expériences adverses se rattache aux schèmes de la congruence, de la confiance et de la disponibilité. Ces caractéristiques s'actualisent dans une posture de vécu partagé, au cœur d'un engagement relationnel avec les personnes participantes.

Les compétences des personnes intervenantes soulevée par Berthelot *et al*. (2022) se réfère quant à elle aux savoirs et savoir-être du psychoéducateur. Les savoirs reposent sur des connaissances théoriques liées notamment au trauma complexe, à l'attachement, au développement et aux fonctions exécutives. Le savoir-faire réfère pour sa part aux compétences pratiques du processus clinique, telles que la réalisation de l'évaluation psychoéducative afin de documenter l'histoire de vie, les facteurs de risque et de protection ainsi que les besoins des mères, en vue d'orienter adéquatement les futures interventions (Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2018). Il comprend également la capacité de planifier les activités psychoéducatives en mobilisant la structure d'ensemble (Gendreau, 2001), de manière cohérente avec les caractéristiques et modalités des interventions sensibles aux traumas et les besoins spécifiques des femmes ayant vécu des traumas durant l'enfance (OPPQ, 2018). Le savoir-faire suppose aussi une capacité du psychoéducateur à intervenir en contexte de groupe, notamment dans des programmes comme *STEP*. Enfin, que ce soit dans le cadre de programmes structurés ou de contextes organisationnels, les psychoéducateurs et psychoéducatrices mobilisent ces compétences à travers le processus des opérations professionnelles, telles que définies par l'OPPQ (2018).

L'articulation optimale des trois savoirs, soit le savoir, le savoir-être et le savoir-faire, correspond à ce que Le Boterf (2010, cité dans Thermidor, 2022) nomme l'*agir compétent*. Cette conception suggère que la compétence professionnelle ne repose pas sur un savoir isolé, mais sur la capacité à les mobiliser de façon cohérente et ajustée selon la situation. Ainsi, un psychoéducateur compétent dans les approches sensibles aux traumas saura déployer ces trois savoirs au bon moment et dans la bonne intensité.

Finalement, par l'exercice de son rôle-conseil, une modalité d'intervention psychoéducative reconnue dans le *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession* (OPPQ, 2018), le psychoéducateur peut soutenir les intervenants et intervenantes dans l'adaptation de leurs pratiques et accompagner les organisations dans le déploiement d'approches sensibles aux traumas. Comme le soulignent Lussier-Desrochers et Godin-Tremblay (2016), la

spécificité de la profession psychoéducative se manifeste notamment dans l'évaluation des capacités et des difficultés d'adaptation des acteurs et de l'organisation lors de changements dans les pratiques. Ainsi, la finalité de l'exercice du rôle-conseil constitue une stratégie d'intervention visant à favoriser l'adaptation de la cible ultime (Caouette, 2016). Dans le présent essai, cette cible correspond aux mères ayant vécu des traumas durant l'enfance ainsi qu'à leurs enfants.

Conclusion

Cet essai a recensé six études empiriques portant sur les approches sensibles aux traumas en contexte périnatal. Elles permettent de dégager un portrait de leurs caractéristiques et de leurs modalités d'intervention, de leurs effets, des besoins des personnes participantes ainsi que de la posture relationnelle des personnes intervenantes. Les études analysées mettent en évidence la diversité des modalités d'intervention, qu'elles soient structurées (comme *STEP* ou *MB-P*) ou organisationnelles (visant l'implantation d'un cadre structurel plus sécurisant pour les femmes ayant vécu des expériences adverses durant l'enfance). Dans l'ensemble, les résultats tendent à montrer des effets bénéfiques sur la santé mentale des personnes participantes et leur perception de leur rôle de mère. Les études soulignent également l'importance de considérer les besoins spécifiques des mères ayant vécu un trauma complexe, notamment par leur implication active dans l'intervention et par la création d'un réseau de soutien entre mères ayant un vécu similaire. De plus, plusieurs éléments liés à la posture des intervenants et intervenantes sont essentiels pour susciter l'engagement des mères dans les services : une posture de soutien, un engagement relationnel, de la bienveillance, de la réciprocité, de la cohésion et des compétences. Bien que les approches sensibles aux traumas en contexte périnatal soient encore en développement, les résultats disponibles sont prometteurs. Ils suggèrent que ces approches peuvent contribuer à soutenir les mères dans la transition à la parentalité et à minimiser les risques de transmission intergénérationnelle des traumas.

Les résultats mettent en évidence plusieurs avenues pour le développement des connaissances sur les traumas complexes en contexte périnatal. Bien que ce champ ait connu un essor récent, les approches sensibles aux traumas, particulièrement en période périnatale, reposent encore sur un corpus limité. Il apparaît essentiel de poursuivre les travaux visant à mieux comprendre les besoins des mères et les conditions d'implantation de ces approches. Par ailleurs, la place des pères demeure peu documentée. Les études recensées s'intéressent presque exclusivement aux femmes, alors que les pères ayant vécu des traumas complexes peuvent également présenter des vulnérabilités importantes. Des recherches ciblées sur ces derniers apparaissent nécessaires. Enfin, plusieurs auteurs soulignent la nécessité de mener des études

avec des échantillons plus grands et plus diversifiés. Berthelot *et al.* (2018) et Gokhale *et al*. (2020) rapportent que la taille restreinte des échantillons limite la portée des conclusions, tandis que Goldstein *et al*. (2024) et Racine *et al*. (2021) insistent sur l'importance d'inclure des personnes participantes issues de milieux socioéconomiques, culturels et ethniques variés. Ainsi, le renforcement des connaissances dans ce domaine constitue un levier essentiel pour améliorer l'efficacité des approches sensibles aux traumas en contexte périnatal.

Enfin, cet essai présente certaines limites méthodologiques. Premièrement, le nombre restreint d'études incluses dans la recension ($n = 6$) limite la possibilité de généraliser les résultats. De plus, la littérature grise n'a pas été consultée. Deuxièmement, l'extraction des données a été effectuée par l'auteure principale de cet essai uniquement, ce qui augmente le risque de biais dans l'interprétation des résultats. Finalement, la recherche documentaire a été réalisée en mai 2025. Les études publiées après cette date n'ont donc pas été prises en considération, ce qui peut entraîner l'exclusion de travaux récents susceptibles d'enrichir les constats présentés. Dans l'ensemble, ces limites invitent à interpréter les résultats avec prudence et soulignent la nécessité de poursuivre les recherches sur les approches sensibles aux traumas en contexte périnatal auprès de parents ayant vécu des traumas.

Références

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., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. et Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal, 36*(2), 200-212. https://doi.org/10.1002/imhj.21499

Berthelot, N., Lemieux, R. et Lacharité, C. (2018). Development of a prenatal program for adults with personal histories of childhood abuse or neglect: a Delphi consensus consultation study. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, 38*(11), 393-403. https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.11.01

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J. et Muzik, M. (2020). Prenatal attachment, parental confidence, and mental health in expecting parents: The role of childhood trauma. *Journal of Midwifery & Women's Health, 65*(1), 85-95. https://doi.org/10.1111/jmwh.13034

Berthelot, N., Drouin-Maziade, C., Garon-Bissonnette, J., Lemieux, R., Sériès, T. et Lacharité, C. (2021). Evaluation of the acceptability of a prenatal program for women with histories of childhood trauma: The program STEP. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 772706. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.772706

Berthelot, N. et Garon-Bissonnette, J. (2022a). Modèle développemental des cycles intergénérationnels de maltraitance. Dans D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois et C. Cyr (dir.), *La maltraitance - Perspective développementale et écologique-transactionnelle* (p. 99-124). Presses de l'Université du Québec.

Berthelot, N. et Garon-Bissonnette, J. (2022b). Les répercussions périnatales des traumas complexes et leurs implications pratiques. Dans J. Poissant, G. M. Tarabulsy et T. Saïas (dir.), *Prévention et intervention précoce en période périnatale* (p. 271-309). Presses de l'Université du Québec.

Berthelot, N., Goupil, É., Drouin-Maziade, C., Lacharité, C., Lemieux, R. et Garon-Bissonnette, J. (2022). L'expérience des participantes au programme STEP : une intervention prénatale pour les femmes ayant subi de mauvais traitements durant leur enfance. *Revue de psychoéducation*, *51*(3), 227-249. https://doi.org/10.7202/1093886ar

Bosquet Enlow, M., Englund, M. M. et Egeland, B. (2018). Maternal childhood maltreatment history and child mental health: Mechanisms in intergenerational effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(sup1), S47-S62. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1144189

Choi, K. R. et Seng, J. S. (2015). Pilot for nurse-led, interprofessional in-service training on trauma-informed perinatal care. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 46*(11), 515-521.

Collin-Vézina, D. (2025). Le trauma complexe : abord théorico-clinique. *L'Encéphale, 51*(6), S4-S8. https://doi.org/10.1016/j.encep.2025.06.008

Dancause, K. N., Therrien, A-S. et Sinclair, I. (2022). Les facteurs de stress environnementaux durant la période périnatale. Dans J. Poissant, G. M. Tarabulsy et T. Saïas (dir.), *Prévention et intervention précoce en période périnatale* (p. 65-106). Presses de l'Université du Québec.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. et Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Folger, A. T., Eismann, E. A., Stephenson, N. B., Shapiro, R. A., Macaluso, M., Brownrigg, M. E. et Gillespie, R. J. (2018). Parental adverse childhood experiences and offspring development at 2 years of age. *Pediatrics, 141*(4). https://doi.org/10.1542/peds.2017-2826

Garon-Bissonnette, J., Bolduc, M. G., Lemieux, R. et Berthelot, N. (2022). Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 10. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04327-x

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Béliveau éditeur.

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.), *Le trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (p. 57-90). Presses de l'Université du Québec.

Gokhale, P., Young, M. R., Williams, M. N., Reid, S. N., Tom, L. S., O'Brian, C. A. et Simon, M. A. (2020). Refining trauma-informed perinatal care for urban prenatal care patients with multiple lifetime traumatic exposures: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health, 65*(2), 224-230. https://doi.org/10.1111/jmwh.13063

Goldstein, E., Merrick, J. S., Edwards, R. C., Yudong, Z., Sinche, B., Raven, J., Krislov, S., Robledo, D., Brown, R. L., Moskowitz, J. T., Tandon, S. D. et Wakschlag, L. S. (2024). Personalized mobile health-enhanced cognitive behavioral intervention for maternal distress: Examining the moderating role of adverse childhood experiences. *Permanente Journal, 28*(1), 111-123. https://doi.org/10.7812/TPP/23.094

Gouvernement du Canada (s.d.). *Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques.* Repéré le 16 avril 2026 à https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html#s8

Itani, M. S., Shankar, M. et Goldstein, E. (2025). Exploring trauma-informed prenatal care preferences through diverse pregnant voices. *BMC Health Services Research*, *25*, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12519-w

Lussier-Desrocher, D. et Godin-Tremblay, V. (2016). Le rôle-conseil en soutien à l'adaptation organisationnelle issue d'un changement ou d'une innovation. Dans M. Caouette (dir.), *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil : Conception et pratiques*. (p. 47-64). Béliveau Éditeur.

Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., Cénat, J. M., McDonald, S., Devereux, C. et Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *22*(3), 463-471. https://doi.org/10.1002/wps.21122

Caouette, M. (2016). Une conception de l'exercice du rôle-conseil. Dans M. Caouette (dir.), *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil : Conception et pratiques*. (p. 17-45). Béliveau Éditeur.

Milne, L. et Collin-Vézina, D. (2018). Dépistage et évaluation des traumas complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Le trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. (p. 137-163). Presses de l'Université du Québec.

Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018a). Qu'est-ce que le trauma complexe. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Le trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. (p. 251-271). Presses de l'Université du Québec.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Cadre de référence pour les rencontres prénatales de groupe*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-918-06W.pdf

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2018). *Le référentiel de compétences de l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/04/Rf-de-comptences-Version-adopte-par-le-CA-duconseil-17-mai-2018-1.pdf

Racine, N., Ereyi-Osas, W., Killam, T., McDonald, S. et Madigan, S. (2021). Maternal-child health outcomes from pre- to post-implementation of a trauma-informed care initiative in the prenatal care setting: A retrospective study. *Children, 8*(11). https://doi.org/10.3390/children8111061

Roberts, A. L., Lyall, K., Rich-Edwards, J. W., Ascherio, A. et Weisskopf, M. G. (2013). Association of maternal exposure to childhood abuse with elevated risk for autism in offspring. *JAMA Psychiatry*, *70*(5), 508-515. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.447

Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C. et Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, *32*(1), 123-137. https://doi.org/10.1017/S0954579418001463

Statistique Canada. (2019). *Santé mentale maternelle au Canada*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2019041-fra.htm

Stepleton, K., Bosk, E. A., Duron, J. F., Greenfield, B., Ocasio, K. et MacKenzie, M. J. (2018). Exploring associations between maternal adverse childhood experiences and child behavior. *Children and Youth Services Review, 95*, 80-87. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.027

Thermidor, G. (2022). Le jugement professionnel au cœur de la pratique en psychoéducation. *La pratique en mouvement (24)*, 7-11.

van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Coughlan, B. et Reijman, S. (2020). Annual research review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(3), 272-290. https://doi.org/10.1111/jcpp.13147

Appendice A

Caractéristiques méthodologiques des études incluses dans l'essai

Auteur (Année)	Pays	Échantillon	Devis Collecte de données	Objectif de l'étude	Stratégie d'intervention
Berthelot *et al.* (2018)	Canada	*n* = 15 professionnels	Delphi Trois rondes Delphi	Identifier les actions du programme *STEP*	Programme *STEP*
Berthelot *et al.* (2021)	Canada	*n* = 348 (*n* = 6 experts, *n* = 3 parents, *n* = 309 femmes enceintes, *n* = 30 femmes enceintes exposées au trauma)	Mixtes - Questionnaires et entrevues; - *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28)*; - *Childhood Interpersonal Traumas Checklist (CITC)*; - *Kessler Psychological Distress Scale (K10)*.	Évaluer l'acceptabilité du programme *STEP*	Programme *STEP*
Berthelot *et al.* (2022)	Canada	*n* = 21 participantes ayant complété le programme	Mixtes - Entrevues semi-dirigées; - Échanges écrits informels; - *CTQ-28;* - *CITC*; - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I);* - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II).*	Décrire l'expérience des participantes au programme *STEP*	Programme *STEP*

Auteur (Année)	Pays	Échantillon	Devis Collecte de données	Objectif de l'étude	Stratégie d'intervention
Gokhale *et al*. (2020)	États-Unis	*n* = 30 femmes enceintes	Qualitatif - Entrevues semi-dirigées; - *Patient History Questionnaire-9 (PHQ-9);* - *Trauma History Questionnaire-24.*	Soutenir l'élaboration d'un cadre de soins tenant compte des traumas	Approche organisationnelle
Goldstein *et al.* (2024)	États-Unis	*n* = 95 femmes enceintes	Quantitatif - *Perceived stress scale (PSS-10);* - *ACEs Questionnaire;* - *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)*; - *State-Trait Anxiety Inventory-S*; - *Negative Mood Regulation Scale (NMR);* - *Behavioral Activation for Depression Scale (BADS-SF).*	Évaluer les effets d'une intervention cognitivo-comportementale	*Mothers and Babies Personalized (MB-P)*
Racine *et al.* (2021)	Canada	*n* = 601 dossiers médicaux	Quantitatif - Analyse des dossiers médicaux; - *ACEs Questionnaire*; - *Antenatal Risk Assessment (ARA).*	Évaluer les effets de l'implantation d'une approche sensibles aux traumas	Approche organisationnelle