UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES RETOMBÉES DOCUMENTÉES DES APPROCHES SENSIBLES AU TRAUMA IMPLANTÉES AUPRÈS DES JEUNES PLACÉS EN CENTRE DE RÉADAPTATION

ESSAI PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR

AUDREY COULOMBE-COLLINS

AOÛT 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 :

Julie Marcotte

Prénom et nom — directeur de recherche

Jury d'évaluation

Julie Marcotte

Prénom et nom — directeur de recherche

Yves Lachapelle

Prénom et nom — Évaluateur

Résumé

Les jeunes hébergés en centre de réadaptation présentent de nombreuses difficultés. De plus, le placement en institution accroît les risques de développer des problèmes d'attachement, des problèmes de santé mentale et des problèmes de comportement internalisés et externalisés (Baker *et al.*, 2007 ; Bhérer, 2025 ; Gauthier *et al.*, 2018 ; Simard *et al.*, 2023). En outre, le fait d'être retiré de son milieu familial et placé hors de son foyer est un événement traumatisant en soi. Le placement est donc considéré comme un traumatisme durant l'enfance (Evans-Chase, 2014 ; Ko *et al.*, 2008 ; Ryan *et al.*, 2006). Cette recension des écrits porte sur les retombées documentées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation. Six études ont été examinées et ont révélé que les approches sensibles au trauma ont des retombées prometteuses auprès de cette population. En résumé, l'analyse des résultats met en évidence cinq catégories de retombées psychosociales : 1) l'utilisation de mesures restrictives ; 2) la durée du placement ; 3) la sphère relationnelle ; 4) les symptômes internalisés et externalisés ; 5) les autres retombées et modulations (compétences pratiques, autonomie et connaissances sur le trauma ainsi que le genre). Ces résultats sont ensuite discutés, de même que l'impact de ces derniers sur la pratique psychoéducative.

Table des matières

Résumé i
Liste des tableaux et des figures iv
Liste des abréviations iv
Remerciements iv
Introduction 1
Cadre conceptuel 3
La protection de la jeunesse et son fonctionnement 3
Placement institutionnel 4
Centre de réadaptation 4
Portrait des jeunes placés en centre de réadaptation 5
Traumatismes, trauma complexe et expériences traumatisantes 6
Définitions 6
Prévalence 7
Répercussions des traumas 8
Rétablissement 9
Approches sensibles au trauma 10
Objectif de l'essai 11
Méthode 12
Recherche documentaire 12
Tableau 1 12
Tableau 2 13
Critères d'inclusion 13
Critères d'exclusion 14
Processus de sélection des études 14
Figure 1 Diagramme Prisma 15
Résultats 16
Description des études retenues 16
L'utilisation de mesures restrictives 17
La durée du placement 18

La sphère relationnelle 19
Les symptômes internalisés et externalisés 20
Les symptômes internalisés 20
Les symptômes externalisés 20
Autres retombées et modulations 21
Compétences pratiques, autonomie et connaissances sur le trauma 21
Genre 21
Discussion 23
L'effet de plancher et l'hétérogénéité des profils 23
Les résultats contradictoires 25
L'alliance thérapeutique comme levier de la réadaptation systémique et familiale 26
Limites de l'essai 27
Recommandations pour la recherche 28
Retombées sur la pratique psychoéducative 29
Conclusion 31
Références 32
Appendice A 39

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données en anglais 12

Tableau 2 Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données en français 13

Figure

Figure 1 Diagramme Prisma 15

Liste des abréviations

AST	Approches sensibles au trauma
ARC	Modèle Attachement, Régulation et Compétence
BCC	Building Communities of Care
CR	Centre de réadaptation
CMI-11	Manuel de classification internationale des maladies
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TSPT complexe	Trouble de stress post-traumatique complexe

Remerciements

Tout d’abord, je tiens à exprimer ma gratitude envers Mme Julie Marcotte, qui a accepté de diriger ce travail de recherche. Je vous remercie pour votre accompagnement, votre soutien et votre disponibilité tout au long de ce processus.

Je souhaite également remercier mes amies et ma famille, qui m’ont toujours soutenue et encouragée dans mon parcours scolaire et dans la rédaction de mon essai.

Introduction

Au Québec, au 31 mars 2025, 34 218 enfants étaient pris en charge par la protection de la jeunesse et 3 706 étaient hébergés dans un centre de réadaptation (CR), un foyer de groupe ou une ressource intermédiaire. Divers motifs justifient l'intervention de la protection de la jeunesse dans une famille. En 2024-2025, les motifs d'intervention retenus par la Direction de la protection de la jeunesse étaient les suivants : 30,4 % pour négligence, 18,7 % pour risque sérieux de négligence, 16,5 % pour mauvais traitements psychologiques, 8,9 % pour abus physique, 8 % pour trouble de comportement sérieux, 7,8 % pour exposition à la violence conjugale, 6,6 % pour abus sexuel, 2,9 % pour risque sérieux d'abus physique, 2,4 % pour risque sérieux d'abus sexuel et 0,8 % pour abandon (CIUSSS MCQ, 2025).

Outre les mauvais traitements subis et les problématiques vécues dans la famille d'origine ayant mené au placement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, ces jeunes présentent d'importantes difficultés d'adaptation qui affectent leur ajustement en famille d'accueil (Bisaillon *et al.*, 2015). En effet, près de 75 % des enfants en institution répondent aux critères diagnostiques du trouble réactionnel de l'attachement (Gauthier *et al.*, 2018). Ce trouble se caractérise par des comportements inhibés, un retrait émotionnel envers les donneurs de soins ainsi qu'une perturbation sociale et émotionnelle résultant d'une carence de soins extrême (Pauzé, 2019 ; Sztajerowska *et al.*, 2020). De plus, les jeunes hébergés en institution manifestent davantage de symptômes désinhibés du trouble réactionnel de l'attachement que les enfants qui n'ont pas connu ce type de placement (Gauthier *et al.*, 2018).

Face aux difficultés manifestées par les jeunes, les interventions en centre de réadaptation demeurent fréquemment ancrées dans une approche strictement comportementale, visant d'abord la suppression des manifestations visibles de la crise par l'application de conséquences directes (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021). Or, ce modèle basé sur la logique de contingence atteint rapidement ses limites face à la complexité des traumatismes vécus par ces jeunes, dont les

réactions relèvent de la dérégulation émotionnelle plutôt que d'une simple indiscipline (Milot *et al.*, 2018).

Plusieurs recherches montrent d'ailleurs que les jeunes placés en CR ont subi des polytraumatismes (Evans-Chase, 2014 ; Ko *et al.*, 2008 ; Milot *et al.*, 2021). De plus, la gravité des traumas vécus serait corrélée à la prévalence des troubles émotionnels et comportementaux (Collin-Vézina et Milne, 2014). Dans ce contexte, plusieurs auteurs suggèrent que les interventions ou les approches qui sont sensibles au trauma constituent des alternatives à privilégier en CR puisqu'elles permettent de travailler les conséquences liées aux traumatismes et aux difficultés d'attachement, plutôt que de réagir et gérer les manifestations comportementales des jeunes (Bhérer, 2025 ; Collin-Vézina et Milne, 2014 ; Evans-Chase, 2014 ; Guillemette *et al.*, 2024 ; Ko *et al.*, 2008 ; Ryan *et al.*, 2006).

Dans ce contexte, cet essai vise à répertorier les effets des approches (interventions) sensibles implantées en CR.

Cadre conceptuel

Cette section présente le cadre conceptuel de l'essai. Elle aborde d'abord la protection de la jeunesse et son fonctionnement, puis le placement institutionnel et le portrait des jeunes placés en centre de réadaptation. Elle traite ensuite des traumatismes, du trauma complexe, des expériences traumatisantes ainsi que des approches sensibles au trauma (AST).

La protection de la jeunesse et son fonctionnement

Dans chaque région du Québec, il y a un directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Ce dernier travaille au sein d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui offre des services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (gouvernement du Québec, 2024). Il se doit d'appliquer les lois suivantes : la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). La LPJ s'applique lorsqu'un enfant de moins de 18 ans vit une situation de compromission ou une situation qui pourrait compromettre sa sécurité et/ou son développement et vise la protection des enfants (gouvernement du Québec, 2024). La LSJPA est une législation qui vise les jeunes de 12 à 18 ans qui sont soupçonnés d'avoir commis une infraction criminelle ou une infraction à une loi fédérale. Elle a pour objectif de prévenir la criminalité, de protéger le public, de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des jeunes contrevenants, tout en limitant les mesures plus sévères dans les cas de crimes plus graves et en réduisant le recours à la détention pour les adolescents ayant commis des infractions non violentes (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2026).

Le DPJ intervient pour de multiples motifs, tels que l'abandon, la négligence, les mauvais traitements psychologiques, la violence conjugale, les abus sexuels, les abus physiques, les troubles de comportement sérieux ainsi que les risques sérieux de négligence, d'abus sexuels ou d'abus physiques. Il intervient donc pour mettre fin à une situation qui compromet la sécurité

et/ou le développement de l'enfant et pour empêcher que cette situation ne se reproduise (gouvernement du Québec, 2024). Afin d'assumer son rôle et ses responsabilités, le DPJ reçoit et analyse les signalements. Lorsque le signalement est retenu, la situation de l'enfant est évaluée. Si le DPJ décide d'intervenir, il prendra les mesures appropriées pour aider et soutenir les familles afin de mettre fin à la situation de compromission. Il révise ensuite la situation de l'enfant et détermine s'il met fin à son intervention. Dans certaines situations, il peut décider de retirer un enfant de son milieu familial et de le placer dans un milieu substitut, tel qu'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial (famille d'accueil et famille d'accueil de proximité) (gouvernement du Québec, 2024).

Placement institutionnel

Le placement institutionnel ou résidentiel regroupe les types de placement qui comprennent les unités en centre de réadaptation et les foyers de groupe. Leur objectif est d'offrir des services de réadaptation et d'intégration sociale aux jeunes ayant des difficultés comportementales, psychosociales et familiales (Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, 2023). Dans ces milieux de vie, les donneurs de soins sont des intervenants embauchés par des établissements gouvernementaux, ce qui entraîne une rotation du personnel (Côté et Clément, 2022).

Centre de réadaptation

Le centre de réadaptation offre un cadre institutionnel et peut être soit fermé, soit ouvert. Il donne accès à un soutien et à des interventions thérapeutiques en lien avec les difficultés vécues par les jeunes. Des ateliers et des séances sont proposés pour favoriser le cheminement des jeunes dans leur développement (Bolvig et Thorsager, 2023). Un placement en centre de réadaptation est recommandé lorsque la sécurité et/ou le développement du jeune sont compromis dans son milieu de vie ou lorsqu'il représente un risque sérieux de danger pour lui-même ou pour

autrui. Ainsi, toutes les autres mesures doivent avoir échoué à résoudre les problèmes vécus nécessitant la prise en charge de la protection de la jeunesse pour des motifs liés à la Loi sur la protection de la jeunesse ou à la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Collin-Vézina et Milne, 2014). Selon l'étude de Côté et Clément (2022), les jeunes placés en CR présentent souvent des difficultés liées à l'attachement et ont subi des traumas en raison des expériences adverses vécues pendant leur enfance. Par conséquent, il est plus difficile de les placer dans un environnement familial. Il est donc recommandé de les placer en CR (Côté et Clément, 2022). Une étude révèle que 60 % des jeunes placés en centre de réadaptation au Québec en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse sont admis pour des troubles de comportement sérieux. Ce motif de compromission est caractérisé par un comportement d'un enfant qui menace son intégrité physique ou psychologique ou celle d'autrui, et ce, de manière grave ou répétée. De plus, il est important que les parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour résoudre la situation ou que l'enfant soit âgé de 14 ans et plus et s'oppose aux services disponibles. Pour favoriser une réintégration dans son milieu familial, des services de réadaptation incluant l'apprentissage des habiletés sociales et la scolarisation sont offerts (Collin-Vézina et Milne, 2014).

Portrait des jeunes placés en centre de réadaptation

Les jeunes placés en centre de réadaptation présentent de multiples difficultés. Plusieurs études ont montré que le fait d'être placé en institution accroît les risques de développer des problèmes d'attachement, de développer des problèmes de santé mentale et des problèmes de comportement internalisés et externalisés (Baker *et al.*, 2007 ; Bhérer, 2025 ; Gauthier *et al.*, 2018 ; Simard *et al.*, 2023). Une étude portant sur les besoins des adolescents suivis au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire révèle un profil hétérogène concernant les besoins des jeunes âgés de 12 à 17 ans. De nombreux défis rencontrés par les jeunes sont documentés, notamment des problèmes sévères de santé mentale et la médication associée, de sérieuses carences affectives, des problèmes graves de comportement (violence et impulsivité), l'absence de projet de vie qui engendre le désespoir et l'abandon, ainsi qu'une intégration sociale difficile

et un manque d'habiletés sociales chez les individus âgés de 17 ans et plus (Baker *et al.*, 2007 ; Simard *et al.*, 2023). Les jeunes présentent également des difficultés émotionnelles et comportementales (Robst *et al.*, 2011). Une étude de Collin-Vézina et Milne (2014) a révélé une augmentation des problèmes aigus de santé mentale, dont des épisodes de dépression majeure, des troubles de l'attention, des comportements sexualisés inadéquats, une consommation abusive de substances, de l'agressivité et des idées suicidaires. Selon les auteurs, 82 % de ces jeunes présentent les critères d'au moins un trouble majeur répertorié dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition (American Psychiatric Association [APA], 2000 ; Collin-Vézina et Milne, 2014). Une étude de Bhérer (2025) souligne qu'un placement hors du milieu familial peut être nocif pour les jeunes, car le lien d'attachement est perturbé. Ces derniers présentent alors divers risques sur les plans social, cognitif et développemental (Bhérer, 2025). Outre les défis liés au placement en soi, comme les difficultés d'attachement et les expériences traumatisantes, les jeunes doivent s'adapter à un nouveau milieu de vie, s'habituer à la vie en groupe avec des inconnus et redéfinir la relation qu'ils entretiennent avec leur famille (Bhérer, 2025 ; Ryan *et al.*, 2006 ; Simard *et al.*, 2023). Enfin, les adolescents doivent trouver un projet de vie et se préparer à la transition vers l'âge adulte, et ce, dans la majorité des cas, sans le soutien de leurs parents. Les recherches montrent que ces jeunes ne seraient pas prêts à la transition vers la vie adulte lorsqu'ils atteignent la majorité (Goyette et Turcotte, 2004 ; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2018 ; Simard *et al.*, 2023).

Traumatismes, trauma complexe et expériences traumatisantes

Définitions

Dix catégories de traumatismes de nature interpersonnelle sont associées à la définition du trauma complexe : les abus sexuels, les abus physiques, les abus psychologiques, la négligence physique, la négligence émotionnelle, la perte d'une relation parentale, l'exposition à la violence conjugale, l'abus de substances par les parents, les problèmes de santé mentale des parents et l'emprisonnement d'un parent (Collin-Vézina, 2025 ; Evans-Chase, 2014). De plus, la pauvreté et le placement hors du foyer familial sont considérés comme des traumatismes et sont ajoutés aux catégories précédentes (Calsyn et Roades, 1994 ; Caton et al., 2000 ; Fothergill *et al.*, 2012 ;

Zlotnick *et al.*, 2004). Ainsi, le trauma complexe se définit par des expériences traumatiques répétées, des actes abusifs ou de la négligence de la part d'une figure parentale ou d'adultes significatifs pendant les périodes vulnérables du développement de l'enfant. Ses répercussions touchent sept domaines du fonctionnement : l'attachement, la biologie, la régulation des affects, la dissociation, la gestion du comportement, la cognition et le concept de soi (Cook *et al.*, 2005). Une forme de trahison est constatée dans la relation parent-enfant, car le parent devait prendre soin de l'enfant et le protéger (Collin-Vézina, 2025).

Le concept de stress post-traumatique complexe trouve son origine dans les travaux de Herman (1992). Celle-ci a distingué les réactions au trauma prolongé et répété, vécu en situation de dépendance ou de captivité, de celles au trauma unique. Bien que le trauma complexe ne soit pas un diagnostic à part entière dans le DSM-5, le diagnostic de « trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié » s'en rapproche le plus (APA, 2016 ; Collin-Vézina, 2025). Par conséquent, le manuel de classification internationale des maladies (CIM-11) propose deux troubles pour classer les différents groupes de symptômes, soit le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le TSPT complexe. Le TSPT est caractérisé par des symptômes d'intrusion, d'évitement et de réactivité, et il est basé sur la réponse de peur et les symptômes d'intrusion et d'évitement reliés aux événements traumatiques vécus. Quant au TSPT complexe, il présente les mêmes trois symptômes, mais on y ajoute des difficultés quant à la régulation émotionnelle, au concept de soi et aux relations interpersonnelles. Ces trois familles de difficultés correspondent à ce que Herman (1992) avait décrit chez les personnes exposées à un trauma prolongé. Il permet également de porter attention aux atteintes au fonctionnement de l'enfant et de l'adolescent dans son développement (Collin-Vézina, 2025).

Prévalence

Selon l’étude de Collin-Vézina et Milne (2014), de nombreuses recherches ont mis en évidence l’ampleur des traumatismes vécus par les jeunes placés en centre de réadaptation. De plus, il a été constaté que le cumul d’expériences de vie traumatisantes explique en partie la présence de troubles émotionnels et comportementaux chez ces jeunes (Collin-Vézina et Milne,

2014). En outre, les comportements déviants et inadaptés qui mènent à un placement peuvent être considérés comme des mécanismes d'adaptation dysfonctionnels liés au vécu traumatique des jeunes (Collin-Vézina et Milne, 2014 ; Runtz et Briere, 1986 ; Singer *et al.*, 1995). Milot *et al.* (2021) rapportent les résultats d'une étude menée par Fisher et ses collaborateurs en 2016 portant sur 370 adolescents hébergés. Cette étude indique que 80 % de ces jeunes ont vécu une situation traumatique, 56 % une situation traumatique interpersonnelle et 31 % de multiples situations traumatiques interpersonnelles (Milot *et al.*, 2021). En ce qui concerne les jeunes hébergés en CR, l'étude de Collin-Vézina et Milne (2014) révèle les taux de prévalence des divers types de traumatismes subis, soit : de 34 % à 42 % pour l'abandon parental, de 50 % à 98 % pour la négligence physique ou émotionnelle, de 40 % à 81 % pour la violence physique, de 12 % à 54 % pour les agressions sexuelles, et enfin de 65 % à 85 % pour l'exposition à la violence conjugale (Brady et Caraway, 2002 ; Hussey et Guo, 2002 ; Baker *et al*., 2003 ; Connor *et al*., 2004 ; Baker *et al.*, 2006 ; Dale *et al.*, 2007 ; Griffith *et al.*, 2009 ; Arvidson *et al.*, 2011 ; Dorsey *et al.*, 2012). Enfin, le système de protection de l'enfance représente le système de services ayant le plus haut pourcentage d'enfants ayant des antécédents de traumatismes (Ko *et al.*, 2008 ; Bunting *et al.*, 2019).

Répercussions des traumas

Les expériences d'abus, de négligence et d'autres formes de maltraitance à l'enfance sont associées au développement de différents types de psychopathologies. Ces évènements peuvent entraîner des problèmes physiques ainsi que des difficultés sociales et relationnelles (Collin-Vézina, 2025). En effet, des problèmes tels que l'anxiété, la dépression, la dissociation, les problèmes de régulation émotionnelle et relationnelle, les distorsions cognitives, la somatisation, l'automutilation, les perturbations sexuelles, la toxicomanie et les troubles alimentaires ont été documentés chez les jeunes. Ces difficultés peuvent influencer négativement le développement des jeunes par des perturbations émotionnelles et comportementales qui se manifestent par des difficultés dans l'établissement d'un lien d'attachement sain, dans la régulation émotionnelle et dans l'acquisition de compétences (Baker *et al.*, 2006 ; Collin-Vézina et Milne, 2014). En outre, l'étude de Ko *et al. (*2008) explique que l'exposition répétée à des traumatismes altère le

développement psychobiologique et accroît le risque de faibles performances scolaires, de comportements à haut risque et de difficultés relationnelles avec les pairs et les membres de leur famille. Le trauma constitue un obstacle au développement de l'autorégulation en raison de ses effets sur la maturation préfrontale du cerveau. Ces atteintes contribuent au développement de certains comportements chez les jeunes, tels que la délinquance, la violence interpersonnelle, la consommation de substances, l'automutilation, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (Ko *et al.*, 2008).

Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent que les centres de réadaptation sont des lieux où d'autres expériences traumatiques sont vécues par les jeunes qui y sont hébergés (Evans-Chase, 2014 ; Ko *et al.*, 2008). Selon une enquête nationale, 56 % des jeunes ont vécu au moins une forme de victimisation violente en hébergement (Beck *et al.*, 2010). L'étude de Ko *et al.* (2008) révèle que les chances de subir de nouvelles expériences traumatisantes augmentent lors d'un placement malgré le fait que cette intervention a pour but de protéger le jeune. En outre, le fait d'être retiré de son milieu familial et d'être placé hors de son foyer est considéré comme un événement traumatique en soi (Evans-Chase, 2014 ; Ko *et al.*, 2008 ; Ryan *et al.*, 2006).

Rétablissement

Bien que les impacts de ces traumatismes complexes soient profonds et parfois exacerbés par le parcours de placement, les perspectives de guérison demeurent réelles. Pour guider ce processus de reconstruction, certains cadres théoriques proposent des trajectoires structurées ; c'est le cas de Herman (1992), qui décrit le rétablissement en trois étapes. La première vise l'établissement de la sécurité : reprendre le contrôle sur son corps et son environnement, stabiliser les symptômes, mettre en place un cadre protecteur. La deuxième, la remémoration et le deuil, permet de reconstruire le récit du trauma et d'en porter le deuil. La troisième, la reconnexion, marque le retour à la vie ordinaire, la redéfinition de soi et le rétablissement des liens avec autrui. Ces étapes ne sont pas strictement linéaires. La personne peut revenir à une étape antérieure selon sa trajectoire (Herman, 1992). La notion de rétablissement par étapes, dont la première est la

sécurité, oriente directement la manière d'intervenir auprès des jeunes ayant vécu un trauma complexe. Puisque les répercussions touchent l'ensemble du fonctionnement et que le lien de confiance a souvent été rompu, les milieux d'intervention doivent éviter de reproduire les dynamiques traumatiques. C'est ce que proposent les approches sensibles au trauma.

Approches sensibles au trauma

Les approches sensibles au trauma (AST) sont basées sur des principes généraux qui peuvent s'appliquer à n'importe quelle organisation ou institution ; elles sont donc universelles. Ces approches ont pour objectif de sensibiliser l'ensemble des institutions sociales afin qu'elles portent une attention particulière aux traumas lorsqu'elles élaborent leurs politiques, leurs modes d'organisation et de leurs procédures, ainsi que leurs offres de services (Harris et Fallot, 2001). Les pratiques spécifiques aux traumas sont plus spécialisées. Elles ont comme but de permettre aux jeunes de s'émanciper des traumatismes vécus tout en leur faisant prendre conscience de l'impact de leur histoire traumatique sur le fonctionnement actuel. Elles favorisent le développement d'habiletés et de compétences nécessaires à ces prises de conscience (Milot *et al.*, 2018). Enfin, le SAMHSA a défini un modèle pour les pratiques sensibles aux traumas reposant sur quatre « R ». Ceux-ci font référence à la Réalisation de l'impact des traumas, à la Reconnaissance des signes et symptômes de traumatisme chez les clients et le personnel, à Répondre et à intervenir en intégrant les connaissances sur les traumas dans la pratique et les politiques des organisations, et Résister activement à la retraumatisation. Ces éléments rejoignent la majorité des définitions des approches sensibles au trauma et contribuent à l'adaptation des pratiques et des services offerts (SAMHSA, 2014).

Objectif de l'essai

Les jeunes hébergés en centre de réadaptation présentent fréquemment un vécu marqué par des traumatismes et des difficultés d'attachement. Dans cette perspective, il apparaît essentiel que les interventions qui leur sont destinées tiennent compte de ces réalités afin de soutenir leur développement et leur adaptation (Bhérer, 2025 ; Collin-Vézina et Milne, 2014 ; Evans-Chase, 2014 ; Guillemette *et al.*, 2024 ; Ko *et al.*, 2008 ; Ryan *et al.*, 2006). Par ailleurs, la littérature souligne les bénéfices des approches sensibles au trauma auprès d'individus ayant été exposés à des expériences traumatisantes durant l'enfance (Collin-Vézina, 2025 ; Milot *et al.*, 2021 ; SAMHSA, 2014).

Considérant l'ampleur de la problématique et le manque de recherches sur les effets des approches sensibles au trauma auprès de cette clientèle, le présent essai vise à examiner et à approfondir la compréhension des retombées associées à leur implantation, afin de formuler des recommandations éclairées concernant leur utilisation en centre de réadaptation. Enfin, cette recension des écrits a comme objectif d'explorer les retombées documentées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation.

Méthode

Cette section présente la méthode utilisée dans la recherche documentaire et le processus de sélection des études menant à répondre à la question de recherche de cet essai.

Recherche documentaire

Cette recension des écrits porte sur les retombées documentées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation. Une recherche documentaire a donc été réalisée aux mois de mars et avril 2026 afin de trouver des articles scientifiques permettant de répondre à l'objectif de recherche. Les bases de données consultées sont APA PsycInfo, Medline, Érudit et Cairn. Le choix des bases de données a été validé par la bibliothécaire de l'université. Pour chacune des bases de données, une recherche a été faite à partir de mots-clés représentant les trois concepts clés de l'objectif de recherche : les jeunes, le centre de réadaptation et les approches sensibles au trauma. Les tableaux 1 et 2 présentent les différents concepts et mots-clés utilisés pour effectuer la recension des écrits.

Tableau 1

Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données en anglais

Jeunes	Centre de réadaptation	Approches sensibles au trauma
youth OR adolescent* OR teen*	"residential care" OR "residential treatment*" OR "group home*" OR "out-of-home care"	"trauma*-inform*" OR "trauma* inform*" OR "trauma*-sensitive" OR "trauma* sensitive"

Tableau 2

Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données en français

Jeunes	Centre de réadaptation	Approches sensibles au trauma
jeunes OU adolescent* OU enfant*	"centre de réadaptation" OU placement OU "milieu substitut" OU "placement hors du domicile"	"approche* sensible* au trauma*" OU "soins sensibles au trauma*" OU "approche informée par le trauma*" OU "pratique informée par le trauma*" OU "approches axées sur les traumas*" OU "approches centrées sur les traumas*"

Critères d'inclusion

Dans le cadre de cette recension des écrits, les articles retenus répondent à des critères spécifiques, assurant la rigueur et la pertinence des informations recueillies :

- Les études publiées entre 2016 et 2026 ont été considérées, afin de s'assurer que les informations analysées sont à jour et qu'elles reflètent les avancées récentes dans le domaine ;
- Seules les études en anglais et en français ont été analysées ;
- Les études sélectionnées comprenaient une tranche d'âge de 4 à 22 ans ;
- Les études devaient être basées sur un échantillon ;
- Les articles inclus portaient sur les retombées de l'utilisation des approches sensibles au trauma chez les jeunes placés en centre de réadaptation.

Critères d'exclusion

Certains critères ont été établis pour exclure les articles qui ne permettaient pas de répondre à la question de recherche :

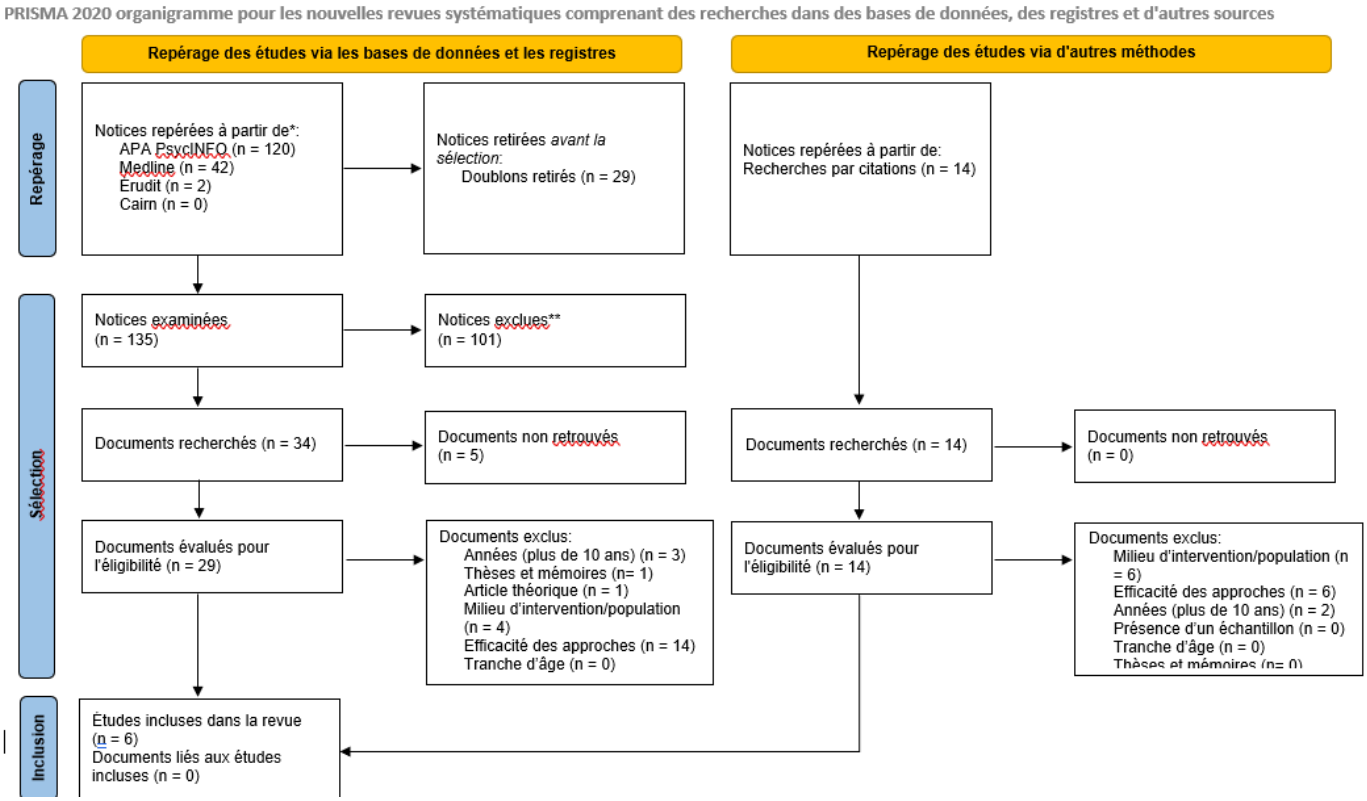
- Les thèses et mémoires ont été exclus afin de conserver une rigueur scientifique ;
- Les articles portant sur la protection de la jeunesse ont été écartés, puisqu'ils incluaient les jeunes vivant dans leur milieu familial ou en famille d'accueil.

Processus de sélection des études

Comme présenté à la figure 1, deux stratégies de repérage des écrits ont été utilisées. Tout d'abord, une recherche dans les bases de données a été réalisée. Elle a permis d'identifier 164 articles à partir des mots-clés mentionnés précédemment. De ce nombre, 29 articles ont été retirés en raison de doublons. Après avoir fait la lecture des titres des articles et des résumés, 101 articles ont été exclus, puisqu'ils ne répondaient pas directement à la question de recherche. Parmi les 34 articles restants, cinq n'étaient pas accessibles et ont donc été retirés. De plus, quatre articles ont été écartés après l'application de filtres concernant la période de publication (2016-2026) et le type de publication (thèse et mémoire). Les 25 articles restants ont été lus en intégralité, ce qui a permis de choisir six d'entre eux en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Effectivement, un article a été écarté, puisqu'il s'agissait d'un article théorique, quatre autres ont été exclus parce qu'ils ne concernaient pas les jeunes placés en centre de réadaptation. De plus, 14 autres ont été retirés, car ils traitaient des caractéristiques favorisant l'implantation d'approches sensibles au trauma dans les milieux d'intervention et évoquaient les résultats de l'utilisation de ces approches sur le personnel, comme le niveau de bien-être au travail ou leurs connaissances sur celles-ci.

Ensuite, une seconde stratégie de recension a été effectuée, soit un examen exhaustif des listes de références des articles sélectionnés afin d'identifier des références supplémentaires n'ayant pas été repérées par les bases de données. Sur les 14 articles repérés par cette méthode, aucun ne correspondait aux critères d'inclusion et d'exclusion, et ils ont donc été éliminés. Au terme de ces procédures, six articles ont été choisis et analysés dans le cadre de ce travail.

Figure 1 Diagramme Prisma



Résultats

Les résultats de la recension portent sur les retombées documentées des approches sensibles au trauma (AST) implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation. Tout d'abord, une description sommaire des études retenues sera présentée. Les résultats de ces recherches seront ensuite synthétisés selon cinq catégories de retombées psychosociales : 1) l'utilisation de mesures restrictives ; 2) la durée du placement ; 3) la sphère relationnelle ; 4) les symptômes internalisés et externalisés ; et 5) les autres retombées et modulations.

Description des études retenues

Au total, six études scientifiques publiées en anglais entre 2018 et 2025 ont été sélectionnées. Celles-ci ont été menées au Québec (n = 2 ; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021, 2024), aux États-Unis (n = 2 ; Forrest *et al.*, 2018 ; Hodgdon *et al.*, 2023), à Hong Kong (n = 1 ; Chen *et al.*, 2025) et en Israël (n = 1 ; Amitay *et al.*, 2025). Sur le plan méthodologique, trois d'entre elles adoptent un devis quantitatif et trois s'appuient sur un devis mixte. Les échantillons ciblent des jeunes hébergés en centre de réadaptation, âgés de 4 à 22 ans selon les études.

Les programmes et formations évalués incluent : *Building Communities of Care* (BCC), *RESTORE*, les principes de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), le modèle *Attachement, Régulation et Compétence* (ARC), ainsi que le *gender-responsive trauma-informed care*.

D'une part, le modèle BCC, mobilisé dans deux articles, mise sur les forces des jeunes en intégrant des stratégies de soins tenant compte des traumatismes, notamment par des techniques de régulation individualisée et de désescalade visant à réduire la retraumatisation (Forrest *et al.*, 2018 ; Hodgdon e*t al.*, 2023). Le projet RESTORE, quant à lui, cherche à fournir aux jeunes les ressources nécessaires pour surmonter leurs traumatismes passés, restaurer l'espoir et renforcer la

résilience chez les jeunes, les familles et le personnel (Chen *et al.*, 2025). De plus, deux études s'appuient sur les principes de la SAMHSA, qui visent à sensibiliser les professionnels à la prévalence des traumatismes, à la détection des signes cliniques, à l'adaptation des interventions et à la prévention de la retraumatisation (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021 ; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2024). D'autre part, le modèle ARC, utilisé dans trois articles, s'articule autour de trois sphères : l'attachement (renforcer le lien entre le personnel et le jeune), la régulation (développer des capacités à identifier et moduler ses états émotionnels et physiologiques) et la compétence (soutenir la résilience, l'estime de soi et la résolution de problèmes) (Hodgdon *et al*., 2023). Enfin, une étude évalue le *gender-responsive trauma-informed care*, un programme spécifique pour adolescentes axé sur la création d'un espace sécuritaire et exempt de jugement. Ce modèle s'appuie sur la théorie relationnelle féministe, inscrivant les interactions sociales des jeunes filles au cœur des dynamiques institutionnelles (Amitay *et al.*, 2025). Un tableau synthèse présentant les caractéristiques des études et leurs principaux résultats est disponible à l'appendice A.

L'utilisation de mesures restrictives

Trois études abordent les effets des AST sur l'utilisation des mesures restrictives en centre de réadaptation (CR), soit le retrait, l'isolement et les contentions (Forrest *et al.*, 2018 ; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021, 2024). Dans leur étude longitudinale auprès de 297 jeunes, Matte-Landry et Collin-Vézina (2024) indiquent une diminution significative de l'ensemble des mesures restrictives, observable à 6 et 12 mois après la formation initiale du personnel. Toutefois, ce déclin ne concerne que les jeunes présentant un recours très élevé à ces mesures au départ (14 ou plus au cours des six mois précédents). Aucune baisse significative n'a été notée pour les jeunes ayant un profil faible ou modéré, ce que les auteurs attribuent à un effet de plancher, la marge d'amélioration étant minime.

En ce qui concerne les contentions, Forrest *et al.* (2018) rapportent des diminutions considérables de leur fréquence dans les deux programmes résidentiels évalués, ainsi qu'une baisse des blessures associées aux contentions chez les jeunes. L'implantation de l'approche BCC n'a toutefois pas modifié les types de contention employés. Les auteurs suggèrent que les pratiques proactives de désescalade du BCC optimisent la sécurité globale du milieu.

À l'inverse, l'étude de Matte-Landry et Collin-Vézina (2021), menée auprès de 914 enfants et adolescents, ne révèle aucune diminution globale statistiquement significative des contentions, des retraits ou des isolements. Alors que les données descriptives laissaient présager une baisse, les analyses rigoureuses ont démontré que cette diminution s'inscrivait dans une tendance descendante déjà amorcée avant la formation. Ici encore, la faible fréquence initiale des mesures (moins d'une par mois) limitait la marge d'amélioration (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021). Enfin, des analyses de profils indiquent que certaines caractéristiques individuelles influencent ces résultats : les baisses les plus nettes ont été observées chez les enfants plus jeunes, admis pour motifs de mauvais traitements physiques plutôt que pour des troubles de comportement graves (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2024).

La durée du placement

Deux études rapportent des retombées mitigées ou contrastées concernant la durée du placement (Amitay *et al.*, 2025 ; Forrest e*t al.*, 2018). Forrest *et al.* (2018) observent des trajectoires divergentes selon le profil de la population. Dans un premier programme accueillant des jeunes présentant des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou des traumatismes, la durée moyenne de séjour est demeurée stable (12,85 mois) avec une tendance à la baisse, suggérant que le modèle BCC favorise une stabilisation rapide des symptômes ou une baisse des comportements à risque. Dans un second programme desservant des adolescents présentant une déficience cognitive ou des retards de développement concomitants à des troubles de santé mentale, la durée moyenne des placements a plutôt augmenté, passant de 24,85 à 28,80 mois. Les

auteurs postulent que les effets cliniques sur cette population s'évaluent sur un horizon temporel plus long.

Pour leur part, Amitay *et al.* (2025) mettent en lumière des conclusions contradictoires selon le devis de recherche. Sur le plan qualitatif, les adolescentes ayant vécu un placement prolongé (plus de trois ans) rapportent des bénéfices notables sur l'état mental, la réussite scolaire et les relations parentales. À l'opposé, les données quantitatives révèlent des corrélations négatives lors de placements de longue durée, se traduisant par une hausse des comportements problématiques et une baisse du bien-être subjectif et du soutien social perçu. Selon les auteurs, l'approche sensible au trauma peut générer une activation émotionnelle temporaire en confrontant le jeune à ses expériences douloureuses, ou refléter un processus de réadaptation encore incomplet.

La sphère relationnelle

Deux études documentent l'impact positif des AST sur le plan relationnel (Amitay *et al.*, 2025 ; Chen et *al.*, 2025). Les données de Chen *et al.* (2025) mettent en évidence une baisse significative des conflits et des difficultés entre pairs, attribuable à l'acquisition de nouvelles stratégies d'adaptation et au renforcement des compétences sociales des jeunes.

Par ailleurs, l'étude d'Amitay *et al.* (2025) souligne le rôle pivot de l'alliance thérapeutique avec les intervenants. Le développement de relations de confiance stables et prévisibles avec le personnel permet aux adolescentes de se sentir soutenues et écoutées. Ce climat de sécurité relationnelle favorise non seulement un meilleur ajustement comportemental et émotionnel chez les jeunes filles, mais il entraîne par ricochet une amélioration de leurs relations avec leurs parents ainsi qu'une augmentation de l'engagement de la famille dans le processus de placement.

Les symptômes internalisés et externalisés

Les symptômes internalisés

L'impact des AST sur l'anxiété, la dépression, le stress et les manifestations post-traumatiques a été évalué par deux équipes (Chen *et al.*, 2025 ; Hodgdon *et al.*, 2023). Bien que les cliniciens participant au projet RESTORE (Chen *et al.*, 2025) rapportent une baisse clinique de la détresse psychologique chez les jeunes du groupe d'intervention, cette amélioration ne s'est pas avérée statistiquement significative comparativement au groupe témoin.

À l'inverse, l'étude longitudinale de Hodgdon *et al.* (2023) démontre une réduction significative et durable de la sévérité des symptômes de stress post-traumatique (TSPT) et de dépression sur une période de 21 mois, ainsi qu'une diminution des manifestations dissociatives dès le 18e mois. Les auteurs précisent que l'ampleur de ces gains varie selon le sexe : si les garçons affichent des tailles d'effet modérées pour la dépression et la régulation émotionnelle (et des baisses importantes pour le TSPT), les filles présentent des diminutions encore plus prononcées et statistiquement supérieures sur l'ensemble de ces indicateurs, à l'exception de la dissociation. Enfin, l'étude relève une diminution des symptômes de dissociation chez les jeunes avec et sans antécédents de placement.

Les symptômes externalisés

Trois recherches s'attardent aux troubles du comportement et aux symptômes externalisés, révélant des résultats hétérogènes (Amitay *et al.*, 2025 ; Chen *et al.*, 2025 ; Hodgdon *et al.*, 2023). Chen *et al.* (2025) ne relèvent aucune différence significative entre leur groupe d'intervention et de comparaison quant aux dimensions comportementales (conduites, hyperactivité, comportements prosociaux), réitérant le défi d'infléchir ces manifestations à court terme sans interventions hautement ciblées.

Pourtant, à plus grande échelle, Hodgdon *et al.* (2023) constatent des réductions cliniquement et statistiquement significatives de la sévérité des problèmes externalisés et de la dysrégulation psychologique sur un suivi de 21 mois. Dans le même sens, Amitay *et al.* (2025) observent que l'apaisement des relations avec les pairs, soutenu par un milieu sensible au trauma, contribue directement à diminuer les conduites violentes et agonistiques chez les adolescentes.

Autres retombées et modulations

Au-delà des indicateurs classiques, les analyses ont fait émerger des retombées distinctes liées au développement de l'autonomie (Chen *et al.*, 2025) ainsi que des modulations des effets de traitement selon le genre des jeunes placés (Hodgdon *et al.*, 2023).

Compétences pratiques, autonomie et connaissances sur le trauma

L'évaluation préliminaire du projet RESTORE par Chen *et al.* (2025) indique que les jeunes du groupe d'intervention rapportent un niveau de confiance significativement plus élevé dans leurs habiletés à transiter vers une vie autonome après leur placement. Ils lient ce sentiment d'auto-efficacité aux ateliers du volet *Life Coach*. De surcroît, ces jeunes ont acquis des connaissances plus justes et objectives sur la nature et les conséquences des traumatismes de l'enfance par les ateliers du programme *Parcours de soins*. Selon les auteurs, cette psychoéducation favorise une réflexion sur leur propre parcours de vie tout en consolidant des stratégies d'adaptation saines.

Genre

L’étude de Hodgdon *et al.* (2023) nuance l’efficacité des AST en fonction du sexe. À leur admission, les filles présentaient un profil clinique initial plus sévère que les garçons. Malgré cette vulnérabilité accrue, les analyses longitudinales montrent qu'elles affichent un rythme de

rétablissement légèrement supérieur dans plusieurs domaines. À long terme, les trajectoires d'amélioration convergent toutefois positivement pour les deux sexes, suggérant que les bénéfices fondamentaux d’un milieu de réadaptation sensible aux traumas s'avèrent équivalents pour les adolescentes et les adolescents.

Discussion

Le présent essai avait pour objectif d'effectuer une recension des écrits visant à examiner la nature des retombées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation. Globalement, les résultats obtenus mettent en évidence trois grands constats : 1) la présence d'un effet de plancher et l'hétérogénéité des profils des jeunes ; 2) certains résultats contradictoires ; et 3) le rôle de l'alliance thérapeutique comme levier de réadaptation dans une perspective systémique et familiale.

Dans l'ensemble, les études recensées suggèrent que les approches sensibles au trauma constituent des avenues prometteuses pour soutenir les jeunes placés en centre de réadaptation, bien que certaines retombées demeurent mitigées ou variables selon les contextes, les profils des jeunes et les modalités d'implantation (Amitay *et al*., 2025 ; Chen *et al*., 2025 ; Forrest *et al*., 2018 ; Hodgdon *et al*., 2023 ; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021 ; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2024). Cette section aborde les principaux constats issus de la recension et discute de leurs implications pour la pratique psychoéducative. Elle aborde également les limites de cet essai et propose des recommandations pour de futures recherches.

L'effet de plancher et l'hétérogénéité des profils

Les résultats relatifs aux mesures restrictives mettent en lumière un constat majeur pour la pratique psychoéducative : les effets des approches sensibles au trauma (AST) ne semblent pas uniformes d'un jeune à l'autre (Forrest *et al.*, 2018 ; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021, 2024). Ils paraissent plutôt varier selon le profil initial des jeunes, notamment selon leur niveau d'exposition aux mesures restrictives avant l'implantation de ces approches. À cet égard, les écrits de Matte-Landry et Collin-Vézina (2021, 2024) montrent que les jeunes présentant un faible recours initial aux contentions, aux isolements ou aux retraits ne présentent aucune diminution significative à la suite de la formation du personnel. Ce constat peut s'expliquer par un phénomène d'effet de plancher : lorsque la fréquence initiale des mesures est très faible, la marge d'amélioration statistiquement détectable devient pratiquement nulle. Ce constat ne signifie

donc pas que les AST sont inefficaces auprès des jeunes présentant un profil faible à modéré. Il suggère plutôt que les indicateurs utilisés ne sont peut-être pas suffisamment sensibles pour capter certaines retombées dans les contextes où le recours aux mesures restrictives est déjà limité. À l'inverse, les jeunes présentant un recours élevé à des mesures restrictives avant la formation sont ceux qui bénéficient le plus des AST. Par conséquent, les approches sensibles au trauma s'avèrent cruciales pour les profils à haut risque. Toutefois, l'absence de changement dans le nombre de mesures restrictives chez un jeune peu exposé à celles-ci ne signifie pas que les AST n'ont pas de retombées, mais plutôt que cet indicateur n'est pas l'outil de mesure approprié pour ce profil.

Par ailleurs, les résultats de Forrest *et al.* (2018) illustrent une autre forme de résistance systémique. Bien que leur étude rapporte des diminutions marquées des contentions et des blessures associées, le type de mesures employées demeure inchangé. Ainsi, les pratiques de désescalade proactive du modèle BCC modifient la fréquence du recours aux mesures restrictives, sans nécessairement transformer la culture institutionnelle qui guide le choix de ces mesures.

Cette constance suggère que la logique comportementale traditionnelle, centrée sur la gestion de crise et l'utilisation de conséquences directes, demeure un réflexe organisationnel difficile à changer, même lorsque le personnel est formé aux principes de base des courants théoriques des AST. Pour la pratique psychoéducative, cela implique que l'implantation des approches sensibles au trauma ne peut se limiter à une formation ponctuelle du personnel. Elle doit s'inscrire dans une démarche continue de pratique réflexive, portant à la fois sur les facteurs facilitant l'implantation et l'intégration des AST dans la pratique des intervenants, ainsi que sur les structures organisationnelles qui maintiennent parfois la logique comportementale traditionnelle et, par le fait même, les anciens réflexes coercitifs.

Les résultats contradictoires

Plusieurs résultats de cette recension, en apparence contradictoires, peuvent être interprétés à la lumière d'un même phénomène clinique, soit l'activation émotionnelle temporaire provoquée par les AST (Amitay *et al.*, 2025 ; Chen *et al.*, 2025). Dans les écrits de Chen *et al.* (2025), l'absence de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe témoin sur les dimensions comportementales externalisées (conduites, hyperactivité, comportements prosociaux) ne doit pas être nécessairement interprétée comme un échec de l'approche RESTORE, mais comme le reflet d'un processus de réadaptation en cours. En effet, amener un jeune à nommer et à revisiter ses expériences traumatiques peut, dans un premier temps, intensifier ses réactions comportementales avant qu'une régulation émotionnelle plus stable ne s'installe.

De façon similaire, les données quantitatives d'Amitay *et al.* (2025) révèlent qu'un placement prolongé est corrélé à une hausse des comportements problématiques et à une baisse du bien-être subjectif, alors que leurs données qualitatives rapportent des bénéfices pour les adolescentes sur l'état mental, la réussite scolaire et les relations parentales. Cette divergence entre les devis quantitatifs et qualitatifs illustre bien le caractère non linéaire du processus de réadaptation. Ce caractère non linéaire rejoint le modèle de rétablissement de Herman (1992) présenté plus haut : les trois étapes ne se franchissent pas en ligne droite, et la personne peut revenir à une étape antérieure au fil de son cheminement. En effet, le jeune peut traverser une période de déstabilisation apparente, mesurable par des difficultés comportementales temporairement exacerbées, tout en cheminant vers des gains plus profonds et durables qu'une perspective qualitative ou longitudinale permet d'observer. Pour le psychoéducateur, cette compréhension transforme le sens clinique d'une recrudescence des comportements difficiles. Plutôt que d'y voir un échec de l'approche ou une régression nécessitant un retour à des mesures plus restrictives, il devient possible de l'analyser comme une étape attendue du processus thérapeutique, où le jeune confronte des émotions et des expériences douloureuses auparavant évitées (Herman, 1992 ; Cloitre *et al.*, 2011). Cette lecture prolonge l'idée, avancée plus tôt, voulant que les comportements difficiles constituent des mécanismes d'adaptation liés au vécu

traumatique (Collin-Vézina et Milne, 2014). Cette perspective encourage à ajuster les attentes des intervenants face aux courbes de progrès, qui ne sont pas linéaires, mais bien en « montagnes russes », et à maintenir les interventions intégrant les approches sensibles au trauma, même lorsque les indicateurs immédiats semblent se détériorer (Ko *et al.*, 2008 ; Collin-Vézina *et al.*, 2019).

L'alliance thérapeutique comme levier de la réadaptation systémique et familiale

L'amélioration de la sphère relationnelle mise en lumière dans les écrits (Amitay *et al.*, 2025 ; Chen *et al.*, 2025) témoigne d'un effet de cascade clinique particulièrement pertinent pour la pratique psychoéducative. En développant d'abord un lien de confiance stable, prévisible et sécurisant avec les intervenants de l'unité, le jeune en centre de réadaptation intériorise un modèle de relation sécurisant (Bowlby, 1982 ; Harder *et al.*, 2013). Ce climat de sécurité relationnelle s’inscrit directement dans la première étape du rétablissement décrite par Herman (1992), selon laquelle la sécurité constitue une condition préalable à tout travail thérapeutique. Cette paix relationnelle acquise dans le milieu de vie lui permet, par ricochet, de désamorcer les conflits avec ses pairs et de s'engager plus sereinement dans une réconciliation avec sa famille. L'alliance agit alors comme une expérience relationnelle réparatrice, qui vient contrer la trahison vécue dans la relation parent-enfant évoquée en première partie (Milot *et al.*, 2018). Ce climat de sécurité relationnelle permet aux jeunes de développer des relations plus saines et sécurisantes avec leurs parents, tout en favorisant l'engagement de ceux-ci dans le processus de réadaptation (Tang *et al.*, 2024). L'alliance relationnelle avec le personnel n'est donc pas un simple outil de gestion de comportement, mais le levier central de la réadaptation systémique (Harder *et al.*, 2013). Cette lecture prolonge l'idée, posée plus tôt, voulant que les comportements difficiles soient des mécanismes d'adaptation plutôt que de simples cibles à corriger (Collin-Vézina et Milne, 2014).

Les résultats liés au genre, observés par Hodgdon *et al.* (2023), viennent enrichir cette lecture systémique. Alors que les filles présentent un profil clinique initial plus sévère à l'admission, elles affichent néanmoins un rythme de rétablissement légèrement supérieur dans

plusieurs domaines, et les trajectoires d'amélioration convergent à long terme pour les deux sexes. Cette convergence suggère que le mécanisme relationnel à la base des AST, soit la création d'un climat de sécurité par une alliance relationnelle stable avec les intervenants, fonctionne de façon similaire indépendamment du genre, même si le rythme initial diffère. Pour la pratique psychoéducative, cela signifie que l'investissement dans la qualité de la relation éducateur-jeune ne constitue pas un facteur secondaire ou une condition préalable à l'intervention, mais bien le facteur de changement central par lequel les retombées comportementales, relationnelles ou familiales deviennent possibles. Cette relation se construit dans le temps, ce qui rejoint la trajectoire non linéaire abordée plus haut : sa valeur tient à sa stabilité et à sa continuité davantage qu'à un état atteint à un moment précis (Harder *et al.*, 2013). Ainsi, soutenir et outiller le personnel dans le développement de cette alliance thérapeutique devrait être considéré comme une priorité d'intervention en soi, et non comme une simple condition facilitatrice (Collin-Vézina *et al.*, 2019).

Limites de l’essai

Il est important de souligner que cet essai présente certaines limites. Tout d’abord, la question de recherche portait sur les retombées documentées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en CR, et non sur les retombées auprès du personnel ou sur les facteurs influençant l’implantation de ces approches dans les milieux d’intervention.

Par ailleurs, le nombre restreint d'études répondant aux critères de sélection limite la généralisation des résultats. En effet, seules six études ont été retenues (n = 6), et celles-ci ne se basaient pas exclusivement sur une approche sensible au trauma, ce qui complexifie davantage la généralisation des constats. De plus, ces études proviennent de différents pays, dont seulement deux du Canada, ce qui limite la transférabilité des résultats.

Le portrait des jeunes hébergés en centre de réadaptation révèle qu'ils font face à de multiples difficultés et que leurs caractéristiques varient considérablement (Baker *et al.*, 2007 ; Bhérer, 2025 ; Gauthier *et al.*, 2018 ; Simard *et al.*, 2023). Bien que toutes les études aient rapporté certains effets positifs des AST, cette hétérogénéité rend difficile la généralisation des résultats d'un individu à l'autre, ainsi que d'un milieu à l'autre. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

En outre, il est crucial de noter que l'implantation et l'application des approches sensibles au trauma dans les milieux d'intervention n'ont pas été évaluées dans les études retenues, ce qui pourrait avoir influencé les résultats. En effet, une implantation ou une application déficiente de ces approches pourrait en réduire les retombées positives chez les jeunes.

Enfin, le processus de sélection et d'extraction des données a été réalisé par une seule personne, soit l'auteure de cet essai.

Recommandations pour la recherche

Pour tenir compte des limites observées, il serait pertinent de réaliser davantage de recherches évaluant les retombées des approches sensibles au trauma auprès des jeunes placés en CR, et ce, afin d'en obtenir un portrait plus exhaustif. Il serait aussi intéressant que ces études analysent les retombées de la même approche, ce qui augmenterait la généralisation des résultats. Par ailleurs, le recours à un groupe témoin permettrait de mieux cerner les effets cliniquement significatifs.

De plus, lors de la sélection des participants, une attention particulière pourrait être accordée à des jeunes présentant des difficultés similaires, ce qui permettrait de déterminer si les

retombées varient selon les caractéristiques de la clientèle et, par le fait même, de favoriser l'implantation d'une approche sensible au trauma adaptée à la population du milieu d'intervention.

Finalement, il serait intéressant que des recherches futures prennent en compte l'implantation et l'application des approches dans le milieu d'intervention, dans le but d'évaluer leur impact sur les effets de celles-ci. Cela permettrait aux intervenants souhaitant implanter une approche sensible au trauma de tenir compte des facteurs facilitant son implantation et son application, contribuant ainsi à accroître ses retombées positives auprès des jeunes.

Retombées sur la pratique psychoéducative

Les résultats et la discussion de cet essai permettent de mieux comprendre les retombées documentées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation. Cette recherche met en évidence la pertinence de se pencher sur les caractéristiques des jeunes afin d'analyser et de planifier l'intervention et ainsi accroître les retombées positives de ces approches. En outre, les résultats des différentes études permettent de d'orienter le ce choix de l'approche la plus appropriée et la mise en place de programmes ou formations dans le but de favoriser le bien-être et la réadaptation des jeunes en fonction de leur profil.

D'une part, ces constats pourront guider les psychoéducateurs dans le choix des approches et des formations à privilégier selon la clientèle spécifique de chaque unité. Les résultats de cet essai s'avèrent ainsi pertinents pour l'exercice du rôle-conseil des psychoéducateurs en centre de réadaptation : ils pourront accompagner les éducateurs dans le choix et la mise en place des modalités d'intervention les plus appropriées, en tenant compte des principes fondamentaux des approches sensibles au trauma. Ils pourront également soutenir le personnel dans l'établissement de structures et de protocoles fondés sur ces principes, et ainsi mieux outiller les équipes pour les intégrer aux valeurs organisationnelles et à l'accompagnement offert au personnel. Cela favorisera l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes, témoignant d'une rigueur dans leurs

démarches professionnelles. Comme discuté plus haut, les psychoéducateurs doivent outiller et soutenir le personnel dans le développement de l'alliance thérapeutique avec les jeunes, puisqu'elle est considérée comme le facteur de changement central par lequel les retombées sont possibles. En outre, il est primordial d'adopter une pratique réflexive continue portant sur les facteurs facilitant l'implantation et l'intégration des AST dans la pratique des intervenants, ainsi que sur les structures organisationnelles qui maintiennent des réflexes coercitifs afin d'obtenir de réels changements positifs auprès des jeunes.

D'autre part, les données présentées dans cet essai sont en diapason avec les trois savoirs mobilisés en psychoéducation. Ce travail fournit aux psychoéducateurs des données probantes sur les jeunes placés en centre de réadaptation, l'attachement, les traumatismes, les événements traumatisants, le trauma complexe et les approches sensibles au trauma, ce qui leur permet de mieux comprendre leur clientèle et les enjeux auxquels elle est confrontée.

En s'attardant également aux retombées des AST, cet essai rejoint le savoir-faire, puisque les psychoéducateurs pourront élaborer des stratégies d'intervention plus efficaces en s'appuyant sur les courants théoriques entourant ces approches. Il rejoint également le savoir-être, dans la mesure où il invite les psychoéducateurs à adopter une posture clinique plus sensible aux traumatismes, à la sécurité relationnelle et à la signification adaptative des comportements difficiles.

Enfin, les résultats, la discussion et les retombées sur la pratique psychoéducative présentés ici visent à sensibiliser les psychoéducateurs à adapter leur compréhension de la clientèle en intégrant ces principes à leur pratique, ce qui pourra se traduire tant dans leurs interventions directes auprès des usagers que dans l'exercice de leur rôle-conseil.

En somme, il apparaît pertinent de s'attarder aux retombées psychosociales des approches sensibles au trauma selon les caractéristiques de la clientèle, afin d'orienter le choix de l'approche à privilégier et d’intégrer les principes de base des courants théoriques des AST pour maximiser leur efficacité.

Conclusion

En conclusion, cet essai avait pour objectif d'examiner les retombées documentées des approches sensibles au trauma implantées auprès des jeunes placés en centre de réadaptation. L'analyse menée a mis en évidence l'importance de s'intéresser à cette question pour soutenir le bien-être et la réadaptation de cette clientèle. Six articles ont été retenus dans le cadre de cette recension, mobilisant différents programmes et formations sur les AST, dont Building Communities of Care (BCC), RESTORE, les principes de Substance Abuse and Mental Health Services Administration, le modèle Attachement, Régulation et Compétence (ARC), ainsi que le gender-responsive trauma-informed care. L'analyse des résultats a permis de dégager cinq catégories de retombées psychosociales, soit 1) l'utilisation de mesures restrictives ; 2) la durée du placement ; 3) la sphère relationnelle ; 4) les symptômes internalisés et externalisés ; 5) les autres retombées et modulations. Compte tenu des résultats précédemment discutés, il est possible de conclure que l'utilisation d'approches sensibles au trauma a des effets globalement positifs sur les jeunes. Il importe néanmoins de tenir compte des limites des études ayant permis la réalisation de cet essai, lesquelles soulignent la nécessité de poursuivre les travaux de recherche afin de mieux cerner les retombées de ces approches en fonction du programme ou de la formation utilisés, des caractéristiques de la clientèle, ainsi que des effets liés à leur implantation et à leur utilisation. Enfin, cet essai présente des retombées cliniques pertinentes pour les psychoéducateurs, qui jouent un rôle central quant aux approches et aux interventions déployées en centre de réadaptation. Ainsi, les résultats présentés permettent d'avancer que les approches sensibles au trauma constituent des approches prometteuses, susceptibles de générer des retombées positives auprès des jeunes placés en centre de réadaptation, et d'en favoriser une utilisation plus large dans la pratique.

Références

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV-TR* (4e éd.).

American Psychiatric Association. (2016). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd)

Amitay, G., Einat, T. et Vishnikov, O. (2025). Home sweet-and-sour home: Changes experienced by girls in a gender-sensitive and trauma-informed authoritative out-of-home placement. *Children and Youth Services Review, 169*. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.108088

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C. et Blaustein, M. E. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 4*(1), 34-51. https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545046

Baker, A. J. L., Curtis, P. A. et Papa-Lentini, C. (2006). Sexual Abuse Histories of Youth in Child Welfare Residential Treatment Centers: Analysis of the Odyssey Project Population. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*(1), 29-49. https://doi.org/10.1300/J070v15n01_02

Baker, A. J. L., Kurland, D., Curtis, P., Alexander, G. et Papa-Lentini, C. (2007). Mental Health and Behavioral Problems of Youth in the Child Welfare System: Residential Treatment Centers Compared to Therapeutic Foster Care in the Odyssey Project Population. *Child Welfare, 86*(3), 97-123. https://research-ebsco-com.biblioproxy.uqtr.ca/c/hvxd4y/viewer/pdf/7eoarhm5hf

Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S. et Mincer, C. (2003). Behavioral Predictors of Psychiatric Emergency in a Child Welfare Residential Treatment Center. *Residential Treatment for Children & Youth, 21*(1), 51-70. https://doi.org/10.1300/J007v21n01_04

Beck, A., Harrison, P. et Guerino, P. (2010). *Sexual victimization in juvenile facilities reported by youth, 2008-2009* (Rapport no 228416). Bureau of Justice Statistics. https://static.texastribune.org/media/documents/Sexual_Victimization_Report.pdf

Bhérer, V. (2025). Mieux comprendre les retombées psychosociales chez le jeune placé en milieu familial ou institutionnel [Essai]. https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/12395/1/eprint12395.pdf

Bisaillon, C., Bureau, J.-F. o. et Moss, E. (2015). Attachement et adaptation psychosociale chez des enfants hébergés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation,44*(2), 269-288. https://doi.org/10.7202/1039256ar

Bolvig, I. et Thorsager, M. (2023). The Effect of Family Foster Care vs. Residential Group Care on Educational Attainment. *Journal of Child and Family Studies*, *33*, 687-702. https://doi.org/10.1007/s10826-023-02696-9

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1.* Attachment (2e éd.). Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969)

Brady, K. L. et Caraway, S. J. (2002). Home away from home: factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. *Child Abuse & Neglect, 26*(11), 1149-1163. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00389-7

Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Hayes, D. et Davidson, G. (2019). Trauma Informed Child Welfare Systems-A Rapid Evidence Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(13). https://doi.org/10.3390/ijerph16132365

Calsyn, R. J. et Roades, L. A. (1994). Predictors of Past and Current Homelessness. *Journal of Community Psychology, 22*(3), 272-278. https://doi.org/10.1002/1520-6629(199407)22:3<272::AID-JCOP2290220307>3.0.CO;2-X

Caton, C. L. M., Hasin, D., Shrout, P. E., Opler, L. A., Hirshfield, S., Dominguez, B. et Felix, A. (2000). Risk Factors for Homelessness Among Indigent Urban Adults With No History of Psychotic Illness: A Case-Control Study. *American Journal of Public Health, 90*(2), 258-263. https://doi.org/10.2105/AJPH.90.2.258

Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles. (2023). *Le placement institutionnel en contexte de protection de la jeunesse : d'hier à aujourd'hui*. https://www.crujef.ca/sites/crujef.ca/files/activite/Mois%20scientifique%20-%20Juin%202023/Programme%20-%20MS%202023_1.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2025). *Au-delà d'un signalement.* https://www.ciusssmcq.ca/telechargement/6385/bilan-dpj-2025-provincial

Chen, Q., Wu, Q., Lo, C. K., Yu, L. et Chan, K. L. (2025). Trauma-Informed Care in Residential Care for Children At-Risk: Preliminary Evidence of Effectiveness. *Journal of Interpersonal Violence*. https://doi.org/10.1177/08862605251336337

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. et Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627.

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

Collin-Vézina, D., McNamee, S., Brazeau, C. et Laurier, C. (2019). Initial implementation of the ARC framework in juvenile justice settings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(5), 631-654.

Collin-Vézina, D. et Milne, L. (2014). Adolescents en centre de réadaptation : évaluation du trauma. *Criminologie, 47*(1), 213-245. https://doi.org/10.7202/1024014ar

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2026). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.* Repéré le 13 mai 2026 à https://www.cdpdj.qc.ca/fr/vos-droits/lois-qui-protegent-vos-droits/LSJPA

Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M. et Steingard, R. J. (2004). Characteristics of Children and Adolescents Admitted to a Residential Treatment Center. *Journal of Child and Family Studies, 13*(4), 497-510. https://doi.org/10.1023/B:JCFS.0000044730.66750.57

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. et van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05

Côté, C. et Clément, M.-È. (2022). Let's talk about love: Perceptions of children in residential care. *Children and Youth Services Review*, *140*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106584

Dale, N., Baker, A. J. L., Anastasio, E. et Purcell, J. (2007). Characteristics of Children in Residential Treatment in New York State. *Child Welfare, 86*(1), 5-27. https://research-ebsco-com.biblioproxy.uqtr.ca/c/hvxd4y/search/details/vt2c3ogpfn?request-context=plink&db=pbh

Dorsey, S., Burns, B., Southerland, D., Cox, J., Wagner, H. et Farmer, E. (2012). Prior Trauma Exposure for Youth in Treatment Foster Care. *Journal of Child & Family Studies, 21*(5), 816 - 824. https://doi.org/10.1007/s10826-011-9542-4

Evans-Chase, M. (2014). Addressing Trauma and Psychosocial Development in Juvenile Justice-Involved Youth: A Synthesis of the Developmental Neuroscience, Juvenile Justice and

Trauma Literature. *Laws*, *3*, 744-758, article. https://doi.org/10.3390/laws3040744

Fothergill, K., Doherty, E., Robertson, J. et Ensminger, M. (2012). A Prospective Study of Childhood and Adolescent Antecedents of Homelessness among a Community Population of African Americans. *Journal of Urban Health, 89*(3), 432-446. https://doi.org/10.1007/s11524-011-9641-y

Forrest, S., Gervais, R., Lord, K. A., Sposato, A., Martin, L., Beserra, K. et Spinazzola, J. (2018). Building Communities of Care: A Comprehensive Model for Trauma-Informed Youth Capacity Building and Behavior Management in Residential Services. *Residential Treatment for Children & Youth, 35*(4), 265-285. https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1497930

Gauthier, M., Rondeau-Brouillette, L., Bacque Dion, C. et Pauzé, R. (2018). Recension des écrits sur les types d'attachement, le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé. Projet des cartes conceptuelles. *CRUJeF*, Université Laval. https://www.crujef.ca/sites/crujef.ca/files/Documentation/Cartes%20conceptuelles/Recension%20TROUBLE%20R%C3%89ACTIONNEL%20DE%20L'ATTACHEMENT.pdf

Gouvernement du Québec. (2024). *Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ).* Repéré le 13 mai 2026 à https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/directeur-de-la-protection-de-la-jeunesse-dpj

Goyette, M. et Turcotte, D. (2004). La transition vers la vie adulte des jeunes qui ont vécu un placement : un défi pour les organismes de protection de la jeunesse. *Service social, 51*(1), 30-44. https://doi.org/10.7202/012710ar

Griffith, A., Ingram, S., Barth, R., Trout, A., Duppong Hurley, K., Thompson, R. et Epstein, M. (2009). The Family Characteristics of Youth Entering a Residential Care Program. *Residential Treatment for Children & Youth, 26*(2), 135-150. https://doi.org/10.1080/08865710902914283

Guillemette, R., Terradas, M. M. et Monette, S. (2024). Classification et représentations d'attachement et comportements intériorisés et extériorisés des enfants de la protection de l'enfance. *European Journal of Trauma & Dissociation, 8*(3). https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100440

Harder, A. T., Knorth, E. J. et Kalverboer, M. E. (2013). A secure base? The adolescent-staff relationship in secure residential youth care. *Child & Family Social Work, 18*(3), 305-317. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00846.x

Harris, M. et Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: a vital paradigm shift. *New directions for mental health services,* (89), 3-22. https://doi.org/10.1002/yd.23320018903

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Hodgdon, H. B., Lord, K. A., Suvak, M. K., Martin, L., Briggs, E. C. et Beserra, K. (2023). Predictors of symptom severity and change among youth in trauma-informed residential care. *Child Abuse & Neglect, 137*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106056

Hussey, D. L. et Guo, S. (2002). Profile Characteristics and Behavioral Change Trajectories of Young Residential Children. *Journal of Child & Family Studies, 11*(4), 401-410. https://doi.org/10.1023/A:1020927223517

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *Portrait des pratiques visant la transition à la vie adulte des jeunes résidant en milieu de vie substitut au Québec.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_transition_vie_adulte.pdf

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J. et Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. Professional Psychology: Research and Practice, 39(4), 396-404. https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.396

Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2021). Patterns of Change in Restraints, Seclusions and Time-outs over the Implementation of Trauma-informed Staff Training Programs in Residential Care for Children and Youth. *Residential Treatment for Children & Youth, 39*(2), 154-178. https://doi.org/10.1080/0886571X.2021.1929660

Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2024). Patterns of change in restrictive measures in residential care: Trauma-informed staff training benefits children and youth who need it the Most. *Child Abuse & Neglect, 147*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106576

Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018). Les pratiques sensibles au trauma. Dans Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (dir.), *Le trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (p. 251-268). Presses de l'Université du Québec.

Milot, T., Bruneau-Bhérer, R., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2021). Le trauma complexe :

un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie, 42*(2), 69-90. https://doi.org/10.7202/1081256ar

Pagé, G. et Moreau, J. (2007). Intervention et transmission intergénérationnelle : Services manquants, intervenants dépassés : l'intervention en protection de la jeunesse et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. *Service social, 53*(1), 61-73. https://doi.org/10.7202/017988ar

Pauzé, R. (2019). Carte conceptuelle du trouble réactionnel de l'attachement / trouble de l'engagement social désinhibé. État des connaissances. Projet des cartes conceptuelles. CRUJeF, Université Laval. https://www.crujef.ca/sites/crujef.ca/files/Documentation/Cartes%20conceptuelles/Carte%20conceptuelle%20TROUBLE%20R%C3%89ACTIONNEL%20DE%20L'ATTACHEMENT.pdf

Pollock, N. J., Ouédraogo, A. M., Trocmé, N., Hovdestad, W., Miskie, A., Crompton, L., Campeau, A., Tanaka, M., Zhang, C., Laprise, C. et Tonmyr, L. (2024). Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, *44*(4), 167-182. https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.02f

Robst, J., Armstrong, M. et Dollard, N. (2011). Comparing Outcomes for Youth Served in Treatment Foster Care and Treatment Group Care. *Journal of Child and Family Studies*, *20*, 696-705. https://doi.org/10.1007/s10826-011-9447-2

Runtz, M. et Briere, J. (1986). Adolescent "Acting-Out" and Childhood History of Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 1*(3), 326-334. https://doi.org/10.1177/088626086001003005

Sztajerowska, K., Schmiedel, S. et Deneault, A.-A. (2020). Les troubles de l'attachement : un modèle intégratif des trajectoires développementales. *Revue québécoise de psychologie, 41*(2), 67-82. https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1072287ar

Simard, M.-C., Chouinard-Thivierge, S. et Tanguay, P. (2023). La réadaptation au coeur de nos préoccupations : portrait et analyse des besoins d'adolescents hébergés en centre de réadaptation et en foyer de groupe. *Criminologie, 56*(1). https://doi.org/10.7202/1099012ar

Singer, M. I., Anglin, T. M., Yu Song, L. et Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Jama, 273*(6), 477-482. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/386889

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf

Tang, E., de Haan, A. D., Kuiper, C. H. Z. et Harder, A. T. (2024). Family-centred practice and family outcomes in residential youth care: A systematic review. *Child & Family Social Work, 29*(3), 598 - 614. https://doi.org/10.1111/cfs.13120

Zlotnick, C., Tam, T. et J Robertson, M. (2004). Adverse childhood events, substance abuse, and measures of affiliation. *Addictive Behaviors, 29*(6), 1177-1181. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.01.005

Appendice A

Tableau des caractéristiques des études retenues

Études	Pays	Devis	Objectifs	Échantillons et approches sensibles au trauma utilisées	Résultats
Amitay *et al*., 2025	Israël	Devis mixte	Examiner les changements comportementaux, émotionnels et relationnels vécus par des adolescentes placées en centre résidentiel appliquant une approche sensible au trauma et adaptée au genre.	Échantillons : 60 adolescentes âgées de 12 à 19 ans placées dans un centre résidentiel, ainsi qu'un sous-échantillon de 11 participantes ayant pris part aux entretiens qualitatifs. Approches sensibles au trauma : gender-responsive trauma-informed care.	- Améliorations perçues sur plusieurs plans, notamment les relations interpersonnelles, le fonctionnement scolaire, la régulation émotionnelle et le sentiment de sécurité. - Meilleure relation avec les intervenants et, pour certaines, une amélioration des liens familiaux. - Augmentation des comportements problématiques - Diminution du bien-être subjectif et du soutien perçu en fonction de la durée du placement. - Les approches sensibles au trauma peuvent favoriser des changements positifs, mais qu'elles peuvent également s'accompagner d'effets ambivalents, particulièrement dans

					un contexte résidentiel contraignant.
Chen *et al*., 2025	Hong Kong	Devis mixte	Évaluer l'efficacité préliminaire d'une intervention sensible au trauma implantée en centre de réadaptation auprès d'enfants à risque, dans le cadre du projet RESTORE, en examinant ses effets sur le bien-être psychosocial, le développement et la qualité de vie.	Échantillons : 34 jeunes placés en centre de réadaptation (23 dans le groupe intervention et 11 dans le groupe comparaison), âgés de 8 à 21 ans, ayant complété des mesures avant et après l'intervention entre 2021 et 2024. Approches sensibles au trauma : RESTORE (trauma-informed care).	- Diminution des problèmes relationnels entre pairs. - Amélioration du développement positif (résilience, attachement, vision de l'avenir) et des compétences liées à l'autonomie. - Réductions des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, bien que certaines ne soient pas statistiquement significatives en raison de la taille de l'échantillon. - Amélioration significative de la qualité de vie et du fonctionnement social chez les participants du groupe intervention. - Les résultats suggèrent que les approches sensibles au trauma peuvent avoir des effets bénéfiques sur plusieurs dimensions du fonctionnement des jeunes en centre de réadaptation, malgré certaines limites méthodologiques.

Forrest *et al*., 2018	États-Unis	Quantitative	Évaluer un modèle global d'intervention sensible au trauma en centre de réadaptation (Building Communities of Care), en examinant son potentiel à améliorer les pratiques d'intervention, réduire les incidents critiques et favoriser le développement des capacités des jeunes.	Échantillons : deux programmes de traitement résidentiel accueillant des jeunes entre 12 et 22 ans. Le Programme 1 accueille les jeunes présentant une symptomatologie liée à l'humeur, à l'anxiété ou au traumatisme, et le Programme 2 accueille les jeunes ayant une déficience cognitive légère à modérée ou des retards de développement et des problèmes comportementaux ou de santé mentale concomitants.	- Diminution de la durée des placements. - Diminution du recours aux contentions physiques. - Diminution des blessures chez les jeunes et le personnel.

				Approches sensibles au trauma : Building Communities of Care (BCC).	
Hodgdon *et al*., 2023	États-Unis	Devis mixte	Évaluer l'évolution des symptômes de santé mentale chez des jeunes placés en centre résidentiel utilisant une approche sensible au trauma, ainsi qu'à identifier les facteurs (exemple : âge, genre, historique de trauma) associés à la sévérité initiale des symptômes et à la réponse au traitement.	Échantillons : 547 adolescents âgés de 12 à 18 ans recevant des services en centre de réadaptation sensible au trauma, au sein de plusieurs programmes. Approches sensibles au trauma : Building Communities of Care (BCC) et le modèle Attachement, Régulation et Compétence (ARC).	- Diminutions significatives de plusieurs symptômes de santé mentale au cours du traitement, notamment le trouble de stress post-traumatique, la dépression, la dissociation, la dysrégulation psychologique et les comportements externalisés. - Les symptômes internalisés ne montrent pas d'amélioration significative. - Les jeunes ayant vécu davantage de traumas présentent des symptômes plus sévères à l'entrée, mais que cette exposition n'entrave pas leur amélioration au cours du traitement. - Certaines différences sont observées selon le genre et l'âge, mais ces variables influencent surtout la sévérité initiale plutôt que l'efficacité du traitement.

					- Les approches sensibles au trauma en centre de réadaptation peuvent améliorer significativement le fonctionnement clinique des jeunes, même chez ceux ayant des profils complexes.
Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021	Canada (Québec)	Quantitative	Examiner les changements dans l'utilisation des mesures restrictives (contentions, isolement, retrait) chez des jeunes placés en centre de réadaptation, avant et après l'implantation d'une formation du personnel basée sur une approche sensible au trauma.	Échantillons : 44 unités résidentielles regroupant 914 enfants et adolescents âgés de 4 à 20 ans, pris en charge dans différents milieux (centres de réadaptation, foyers de groupe, unités spécialisées). Approches sensibles au trauma : les principes de Substance Abuse and Mental Health Services Administration	- Diminution importante des mesures restrictives après la formation, avec une réduction de 41,82 % des contentions, 19,91 % des isolements et 48,15 % des retraits. Toutefois, les analyses statistiques plus rigoureuses indiquent que ces diminutions ne correspondent pas à des changements significatifs dans les trajectoires pré-post, ce qui limite la capacité à attribuer ces effets directement à la formation. - Forte variabilité entre les unités, suggérant que certains contextes organisationnels influencent davantage les effets de l'intervention. - Les approches sensibles au trauma sont prometteuses pour réduire les pratiques contraignantes, mais les preuves demeurent limitées et nécessitent des méthodes

				(SAMHSA) et le modèle Attachement Régulation et Compétence (ARC).	analytiques plus robustes pour confirmer leur efficacité.
Matte-Landry et Collin-Vézina, 2024	Canada (Québec)	Quantitative	Examiner si l'efficacité des formations sensibles au trauma varie selon le niveau initial d'exposition des jeunes aux mesures restrictives (contentions, isolements et retraits), et à identifier les caractéristiques des jeunes associées à ces variations.	Échantillons : 297 jeunes âgés de 4 à 19 ans placés dans 44 unités de soins résidentiels au Québec. Les participants ont été divisés en trois groupes selon leur niveau initial d'exposition aux mesures restrictives (faible, modéré, élevé). Approches sensibles au trauma : les principes de Substance Abuse	- Les effets de l'approche sensible au trauma varient selon le profil des jeunes. - Aucune diminution significative des mesures restrictives n'est observée chez les jeunes présentant un faible ou un niveau modéré initial. - Des diminutions significatives sont observées chez les jeunes ayant un niveau élevé de mesures restrictives avant l'intervention. Ces résultats suggèrent que l'approche est particulièrement efficace pour les jeunes les plus à risque ou les plus exposés aux pratiques coercitives. - Certaines caractéristiques des jeunes (âge plus jeune, historique de maltraitance) sont associées à une plus grande utilisation des

				and Mental Health Services Administration (SAMHSA) et le modèle Attachement, Régulation et Compétence (ARC).	mesures restrictives et à une meilleure réponse à l'intervention. - Les approches sensibles au trauma sont prometteuses, mais leur efficacité est hétérogène et dépend fortement des profils des jeunes, ce qui souligne l'importance d'adapter les interventions.