



# ECHO<sup>®</sup> CHUM

## Troubles concomitants- JEUNESSE

Programme de télémentorat accrédité  
par le DPC de l'Université de Montréal

Sujet de la capsule : **Le trauma complexe**

Date de la séance : **10 décembre 2025 et 7 janvier 2026**

**Eveline Perrier**

Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent  
Hôpital Charles-LeMoyne

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants



# Partenariat

ECHO TC Jeunesse est le fruit d'un partenariat entre le Chum – Jap (jeunes adultes psychotiques), le Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC), l'hôpital Sainte-Justine, le grand chemin, l'aire Ouverte de Lanaudière, l'hôpital Charles Lemoyne et l'institut Philippe Pinel:

**Equipe Ressource:** *Camille Fournier, Nicolas Chadi, Eveline Perrier, Annie Marcotte, Marie-Pier Duquet, Karine Lemay, Marie-Pier Desbiens, Marie-Pier Proulx, Mathieu Giguère Allard, Camille Dupont, Clairéline Ouellet Plamondon, Jane-Marie Ramil, Jade Deshaies et Anne Wiffron*



# Déclaration d'intérêt des membres du comité scientifique

Nom	Détails
Simon Dubreucq	aucun
Clairelaine ouellet Plamondon	aucun
Camille Fournier	aucun
Anne Wittevrongel	aucun
Jane Marie Ramil	aucun
Guyline Sarrazin Karine Lemay Stéphanie Grondin	Aucun Aucun aucun

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants



# Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

**Nom du conférencier :** Eveline Perrier



**Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.**



**Je déclare les intérêts suivants** (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif autres...) :

# Atténuation des biais

**Nom du conférencier :** Eveline Perrier



Sans objet



Stratégies utilisées:



# Objectifs de la capsule de formation

- 1 Différencier le TSPT du trauma complexe
- 2 Mieux comprendre le trauma complexe
- 3 Identifier différentes présentations cliniques du trauma complexe
- 4 Identifier différentes pistes d'intervention du trauma complexe

## Mini-quizz (1 à 2 minutes)

Selon vous, lequel de ces énoncés ne correspond pas à la définition d'un trauma complexe?

- A) Une adolescente a été agressée sexuellement par son père.
- B) Sa mère n'était pas disponible et ne la protégeait pas des agressions de son père.
- C) Elle a vécu de l'intimidation et a été agressée par d'autres jeunes de son école lorsqu'elle était adolescente.
- D) Son père était violent physiquement avec elle.

## Mini-quizz (1 à 2 minutes)

Selon vous, lequel de ces énoncés correspond à une présentation clinique possible d'un trauma complexe?

- A) Un adolescent consomme du cannabis quotidiennement pour gérer son malaise avec son groupe d'amis
- B) Une adolescente se sent vide et présente des idées suicidaires
- C) Un enfant fait des crises à répétition, s'oppose et mord son intervenant
- D) Face à un stresser important, un adolescent ne réagit pas
- E) Toutes ces réponses





# Un peu d'histoire

**-Première moitié du XXe siècle:** « Névrose de guerre », « obusite »; « Gross Stress Reaction » (DSM-I, 1952); « Adjustment Reaction of Adult life » (DSM-II, 1968)

**-Deuxième moitié du XXe siècle:**

- Conception moderne suite à l'observation de l'évolution des vétérans de guerre (ex. guerre du Vietnam)
- Travaux donnent naissance au trouble de stress post-traumatique (TSPT) (DSM-III, 1980)
- Intérêt et reconnaissance en augmentation face aux violences faites aux femmes

# Un peu d'histoire

## Trouble du stress post-traumatique (DSM-III, 1980)

-Événements traumatiques « ciblés » (ex. guerre, génocide, torture, viol, catastrophe naturelle)

- Hors des expériences usuelles
- Distinction avec épreuves de vie (ex. séparation, maladie)

-Triade

- Reviviscence
- Évitement
- Hyperactivité neurovégétative

-Chez les enfants : Présence de l'événement traumatique dans le jeu

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants



# Un peu d'histoire

## Trouble du stress post-traumatique (DSM-IV, 1994)

-Élargissement des critères pour l'événement de nature traumatique

- Perte de la notion de « hors des expériences usuelles »
- Peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur

-Inclusion du spécificateur du temps

- Aigu (mois de 3 mois)
- Chronique (plus de 3 mois)



# Un peu d'histoire

## Trouble du stress post-traumatique (DSM-5, 2015) (DSM-5-TR, 2022)

- Nouvelle section sur le trauma et les troubles de stress liés
- Intégration du trauma « indirect »
- Retrait des notions de « peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur »
- Ajout de la section de l'altération négative des cognitions et des émotions à la triade « classique » des symptômes
- Spécificateur « dissociation »
- Sous-type pour les 6 ans et moins
- Observation par les tiers ou les intervenants et considération des faibles capacités de mentalisation

# Un peu d'histoire

## Critiques face au TSPT

### 1. Définition de l'événement traumatique trop **restreinte**

- Vision axée sur l'intégrité physique avec exclusion de l'intégrité psychologique
- La notion du trauma relève des expériences subies et non aux ressources personnelles et sociales de la personne qui peuvent être insuffisantes, inaccessibles, déficitaires ou nuisibles affectant le développement
- Vulnérabilité dépend des ressources de la personne et de son environnement et non seulement des caractéristiques de l'événement
- Ne tient pas compte des personnes ayant subi des expositions répétées d'événements ne causant pas de manière isolée un TSPT

# Un peu d'histoire

## Critiques face au TSPT

### 2. Description des conséquences des traumas trop **partielle**

- Ne tient pas compte de la diversité des symptômes observés chez les victimes d'agression sexuelle (Risque de porter préjudice aux victimes)
- Devoir identifier un « avant le trauma » pour apprécier les atteintes fonctionnelles... Quand est « l'avant » chez les enfants exposés de manière chronique?



# Un peu d'histoire

Lenore C. Terr, M.D.

## Childhood Traumas: An Outline and Overview

Childhood psychic trauma appears to be a crucial etiological factor in the development of a number of serious disorders both in childhood and in adulthood. Like childhood rheumatic fever, psychic trauma sets a number of different problems into motion, any of which may lead to a definable mental condition. The author suggests four characteristics related to childhood trauma that appear to last for long periods of life, no matter what diagnosis the patient eventually receives. These are visualized or otherwise repeatedly perceived memories of the traumatic event, repetitive behaviors, trauma-specific fears, and changed attitudes about people, life, and the future. She divides childhood trauma into two basic types and defines the findings that can be used to characterize each of these types. Type I trauma includes full, detailed memories, "omens," and misperceptions. Type II trauma includes denial and numbing, self-hypnosis and dissociation, and rage. Crossover conditions often occur after sudden, shocking deaths or accidents that leave children handicapped. In these instances, characteristics of both type I and type II childhood traumas exist side by side. There may be considerable sadness. Each finding of childhood trauma discussed by the author is illustrated with one or two case examples.



Childhood traumas: an outline and overview. (1991). *American Journal of Psychiatry: Official Journal of the American Psychiatric Association*, 148(1), 10-20.

<https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>

Titre de la capsule

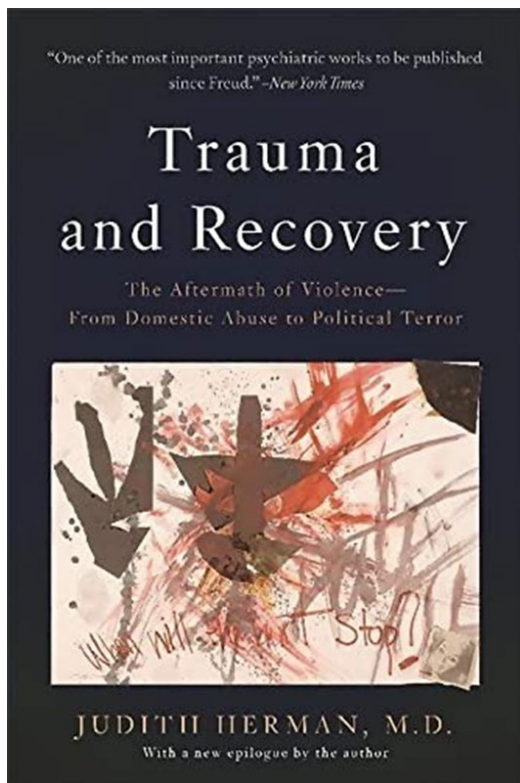
**CECTC**

Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants





# Un peu d'histoire





# Un peu d'histoire

## Propositions de diagnostics au fil du temps

Travaux de Dre Herman et al. pour le DSM-IV

-Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C)

- Souligne la complexité, la diversité, la multiplicité et l'hétérogénéité des symptômes
- Inclus dans le CIM-11
  - Violence prolongée et répétée (ex. violence domestique, abus sexuels, abus physiques)
  - Ajout de la dysrégulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles en plus des critères du DSM-5

*-Disorder of extreme stress – not otherwise specified (DESNOS)*

- Inclus à titre de caractéristique associée au TSPT
- On doit donc remplir les critères du DSM pour le TSPT avant tout

**CECTC**

Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants





# Un peu d'histoire

## Propositions de diagnostics au fil du temps

Travaux par Van der Kolk pour le DSM-5

-Trouble du trauma développemental (DTD)

- Exposition durant l'enfant/adolescence à des traumatismes multiples ou prolongés
- Des **difficultés** dans la **régulation physiologique** et **affective**
- Des difficultés dans la **régulation** de l'**attention** et des **comportements**
- Des difficultés dans la **régulation** des **relations sociales**
- Des problèmes d'**identité** et des symptômes traumatiques tels que ceux observés dans le TSPT

-Critiques face à l'insuffisance d'appuis scientifiques et la trop vaste diversité des présentations cliniques

**CECTC**

Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants





## Trauma simple

vs

## Trauma complexe

-Un événement avec un début et une fin, une date au calendrier, il y a un avant et un après.

-Être au mauvais endroit au mauvais moment, la faute de la malchance, la personne n'est pas visée, ça aurait pu être quelqu'un d'autre.

-Présence de témoins ou de preuves, victime est crue, validité de l'expérience, services offerts et bien accueillis.

-Une histoire de vie, des gestes répétés et chroniques, dont l'intensité varie, mais c'est un champ de mines toujours présent.

-La personne est directement ciblée, la trahison et l'attaque à l'estime de soi sont grandes, c'est un humain qui fait du mal à un autre humain.

-Se produit derrière des portes closes, la parole de l'enfant contre celle de l'adulte, remise en doute, services remplis d'ambivalence et de malaise.

Centre

en troubles concomitants





# Modèles théoriques

**Les traumas complexes sont liés à une symptomatologie diverse nécessitant une approche intégrative**

- 1.Modèle psychodynamique
- 2.Modèle développemental
- 3.Modèle intégratif
- 4.Modèle socio-cognitif
- 5.Modèle médical



# Définition

Le résultat d'expériences qui sont :

- Interpersonnelles** et impliquent souvent la **trahison**

- Répétées** ou **prolongées**

- Impliquent un **tort direct** au moyen de différentes formes de **mauvais traitements**, infligés par des **personnes en charge des soins, de la protection ou de l'encadrement des victimes**

(**abus** psychologique, physique, sexuel; **négligence**; **abandon**)

- Surviennent à des **périodes vulnérables du développement** de la vie comme la petite enfance et l'adolescence ou qui ébranle significativement les acquis développementaux ensuite à n'importe quel moment de la vie



# Présentation clinique

## 9 catégories de répercussions

1. Dissociation et évitement
2. Problèmes relationnels et d'attachement
3. Identité et concept de soi altérés
4. Somatisation et physiologie
5. Problèmes cognitifs et d'apprentissage
6. Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie
7. Compréhension du monde
8. Comportements dysfonctionnels
9. Mentalisation



# 1. Dissociation et évitement

- Mécanisme de gestion des émotions négatives perçues comme trop intenses ou qui dépassent les capacités d'adaptation
- Permet de maintenir une perception positive des figures d'attachement sans contamination par les comportements négatifs et/ou abusifs
- Impact sur les comportements sociaux et d'apprentissage (« retrait » de la réalité)
- Facteur de risque de re-victimisation
- Tend à perdurer dans le temps et à s'intensifier



## 2. Problèmes relationnels et d'attachement

- Risque élevé de développer un patron d'**attachement insécurisant** (ambivalent, évitant, désorganisé) chez les enfants victimes de maltraitance
- Maltraitance intrafamiliale entraîne une perception ambiguë de la figure d'attachement comme une source à la fois de réconfort et de peur
- Traumas interpersonnels tendent à intensifier les besoins de réassurance tout en minant la confiance fondamentale envers autrui
  - plus sensibles aux signes de rejet, d'abandon ou de perte
- Enfant internalise typiquement un modèle négatif du soi et indigne d'amour et de soin
- Impact considérable dans les relations présentes et futures, dont conflits fréquents, contacts trop familiers ou méfiance





### 3. Identité et concept de soi altéré

- Mode « survie » avec hypervigilance pour se protéger du monde extérieur au détriment du monde interne (entraîne un vide identitaire)
- Perception négative du soi ou faussement positive (narcissique)
- Culpabilité et honte face au vécu antérieur
- Mensonges et fabulation
- Faible estime de soi
- Anticipation du rejet (puisque sans valeur)



## 4. Somatisation et physiologie

- Mécanisme adaptatif « *fight-or-flight response* » répété et automatique
  - La production des hormones de stress est altérée (hypo- ou hypercortisolémie) , ce qui affecte le développement du cerveau (amygdale, hippocampe, cortex préfrontal)
  - Le système de réponse au stress n'est plus en harmonie avec les situations vécues (hypo ou hyperréactivité)
- 
- Maux de ventre et de tête fréquents
  - Inconfort en lien avec les contacts physiques
  - Hypo/hypervigilance aux sensations corporelles



## 5.Problèmes cognitifs et d'apprentissage

-Études sur les fonctions cognitives démontrent que les enfants victimes de maltraitance ont des capacités altérées :

- Attention
- Mémoire (souvenirs autobiographiques)
- Fonctions exécutives (organisation, mémoire de travail)
- Contrôle inhibitoire
- Flexibilité cognitive
- Planification
- Résolution de problèmes

-Superposition avec la présentation clinique du TDAH « affectif »

-Impact sur le cheminement scolaire, l'estime de soi, la relation avec les pairs et les tâches au quotidien



## 6. Régulation émotionnelle

- Exposition traumatique engendre de la dysphorie et des émotions négatives intenses qui dépassent les habilités d'autorégulation de l'enfant
  - Suppression partielle ou complète (déni) perpétuant les déficits
- Émotions complexes et contradictoires
- Négligence émotionnelle amènent un manque d'occasions propices au développement de la régulation
- Absence de modèle de régulation émotionnelle fonctionnelle
- Difficulté à identifier, différencier et exprimer les émotions (alexithymie)



## 7. Compréhension du monde

- Vision de l'avenir pessimiste et du monde extérieur comme dangereux et imprévisible
- Perte d'espoir
- Manque de confiance envers l'avenir et autrui
- Propension à anticiper le malheur
- Inconfort à se laisser être heureux suite à la peur qu'un autre événement aversif se répète
- Réaction négative contre les états positifs



## 8. Comportements dysfonctionnels

- Comportements imprévisibles ou exagérés par rapport au contexte social
- Trop ou pas assez de contrôle sur leurs comportements (inhibition vs externalisation)
- Comportements visent à reprenre un certain contrôle sur leur existence ou découlent d'une hypersensibilité mal adaptée, faible contrôle des impulsions et internalisation de modèles inadaptés
  - Stratégies "adaptées" pour réduire la tension interne (automutilation, sexualité compulsive, abus de substances)
- Augmentation du risque de comportements agressifs, délinquants, de trouble d'opposition, toxicomanie
- Enjeux importants à l'adolescence



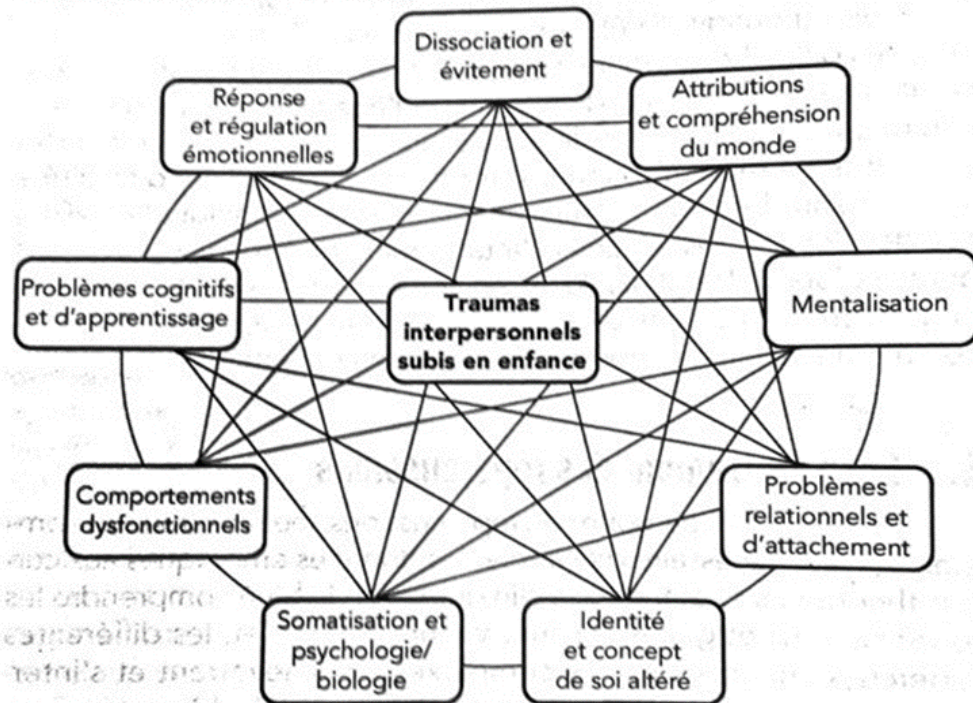
## 9. Mentalisation

- Capacité à interpréter/comprendre les causes psychologiques du comportement (le sien et celui des autres), en termes d'intentions sous-jacentes et d'états mentaux, tels que les pensées, les sentiments, les souhaits et les intentions.
- Défaut de mentalisation : sentiment de détresse chronique
- Atteinte des relations interpersonnelles
- Tendance à être durable dans le temps et à affecter les fonctions parentales à leur tour = \*Transmission intergénérationnelle des traumatismes\*
- Variable importante à cibler pour le traitement

# Présentations cliniques

Figure 3.1

Enchevêtrement des répercussions





# Manifestations possibles

## - À la petite enfance

- Irritabilité, anxiété de séparation et difficultés du sommeil
- Crises émotionnelles intenses
- Retard d'apprentissage de la propreté, voire à se nourrir et parler

## - À l'âge scolaire

- Peur, agressivité, cauchemar, somatisation, hyperactivité, difficultés d'apprentissage
- Régression comportementale
- Identité, concept du soi et la régulation émotionnelle

## - À l'adolescence

- Passage à l'acte, comportement autodestructeur, abus de substance, délinquance
- Symptômes dépressifs et somatisation
- Estime de soi négative
- Risque de re-victimisation par les relations intimes ou de cyberintimidation
- Développement de traits narcissiques ou sociopathiques risquant de perpétuer la violence envers autrui



# Manifestations possibles - Âge adulte

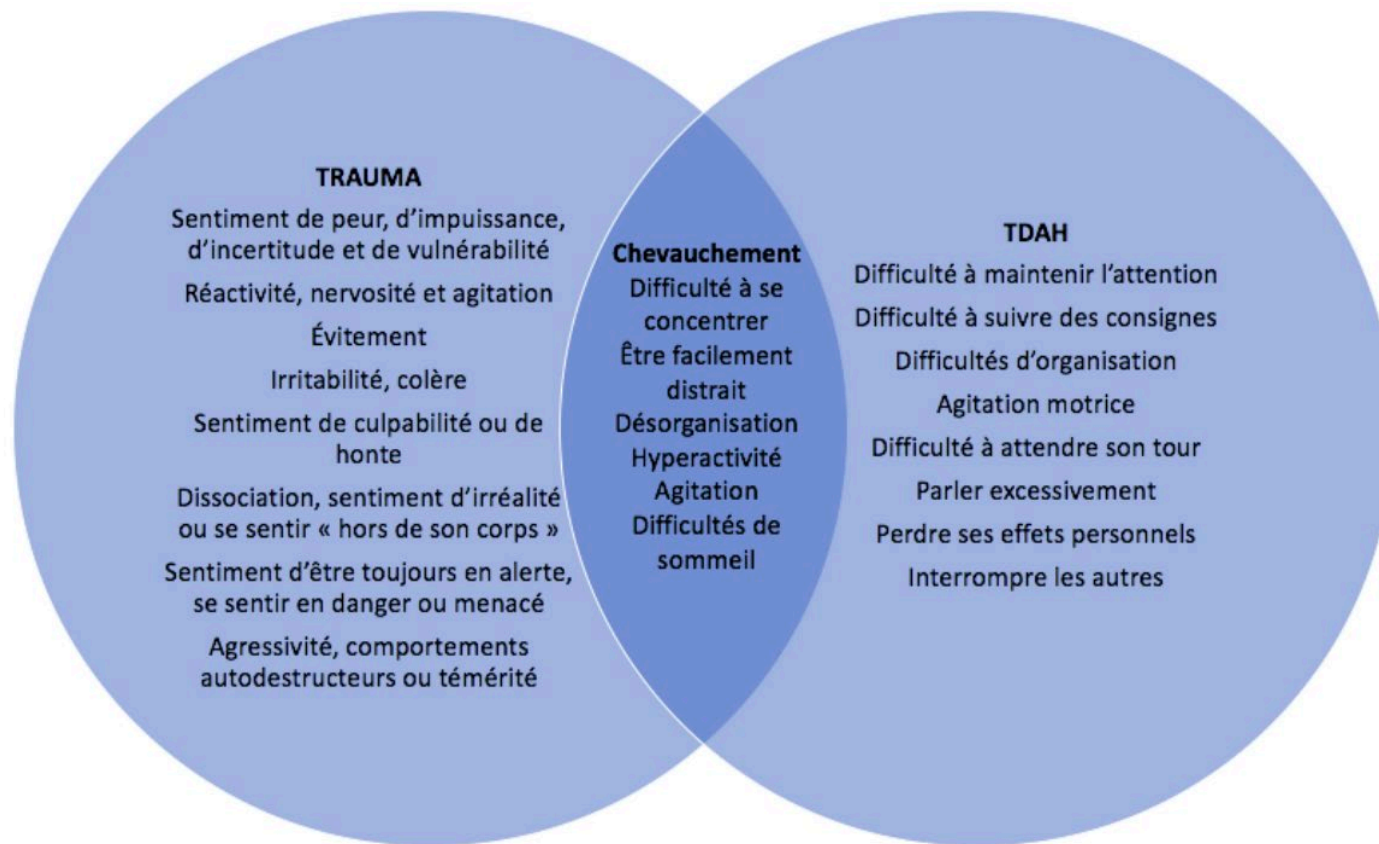
## - Répercussions tendent à persister

- Difficulté de régulation émotionnelle et dissociation sont parmi les plus documentées chez les adultes
- Diminution de l'ajustement psycho-social
- Diminution du fonctionnement global

## - Relation claire entre traumatismes interpersonnels dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte

- 2-4 x plus de risque de dépression
- 2-5 plus de risque de présenter idées ou comportements suicidaires

# Trauma complexe VS TDAH ?





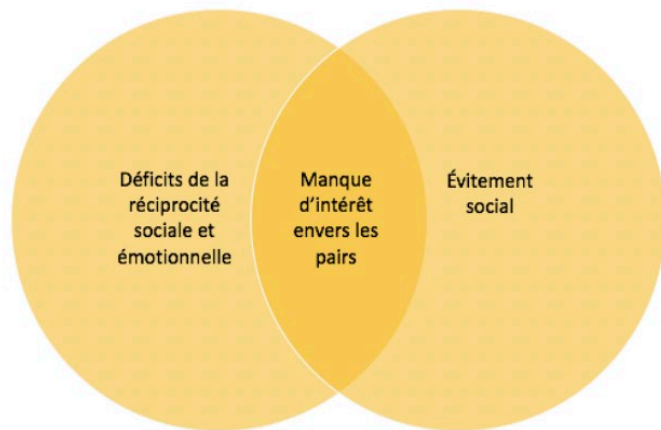
# Trauma complexe VS TOP ?

TSPT	Chevauchement des manifestations	TOP
Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques	Refus de s'engager dans certaines activités ou de suivre les règles	S'oppose activement
Engourdissement émotionnel, détachement social	Indifférence aux sentiments ou aux droits des pairs ou des adultes	Refuse de se plier aux règles ou aux demandes des personnes en position d'autorité
Hypervigilance	Suspicion par rapport aux intentions des autres	Est susceptible ou facilement agacé par les autres

# Trauma complexe VS TSA?

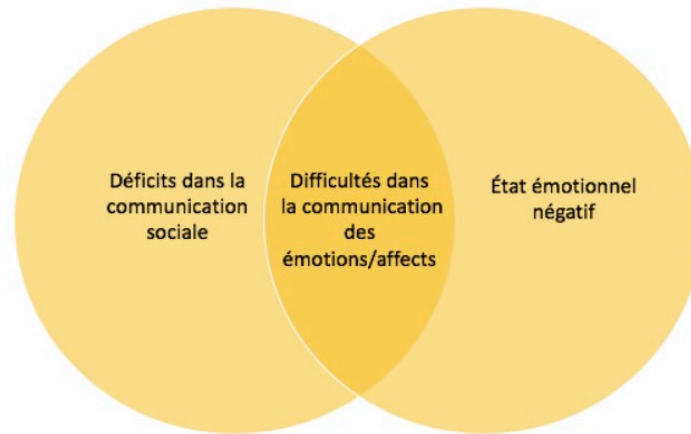
TSA

Trauma

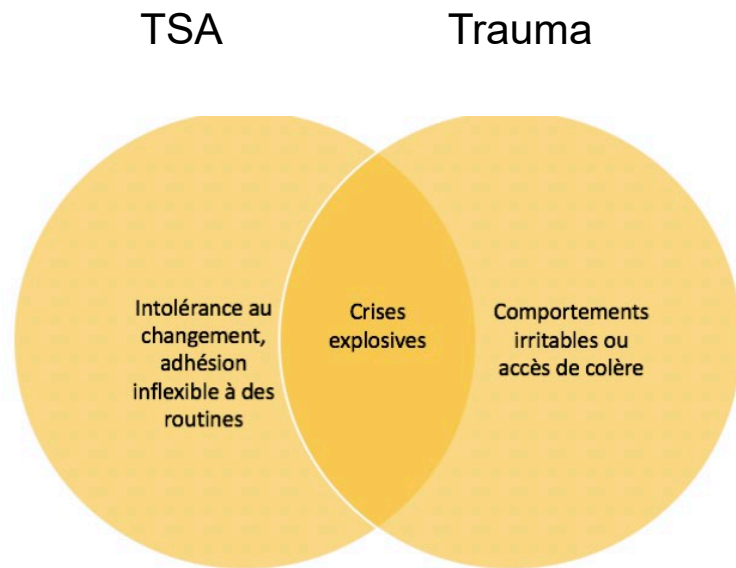
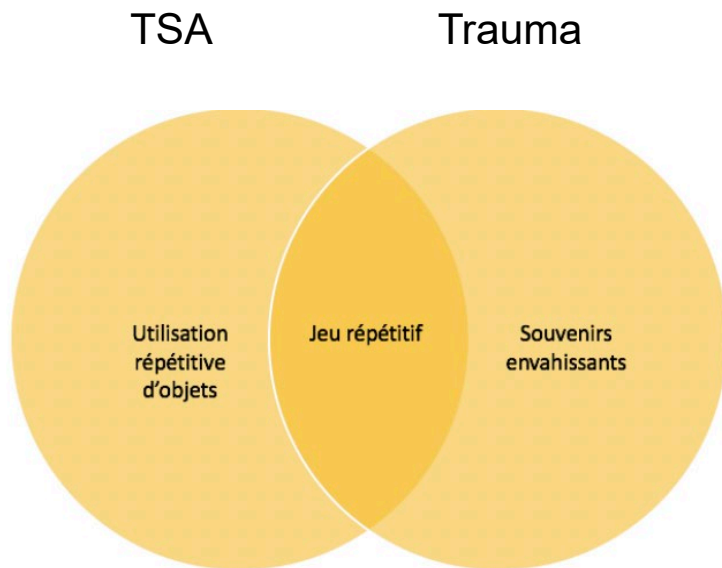


TSA

Trauma

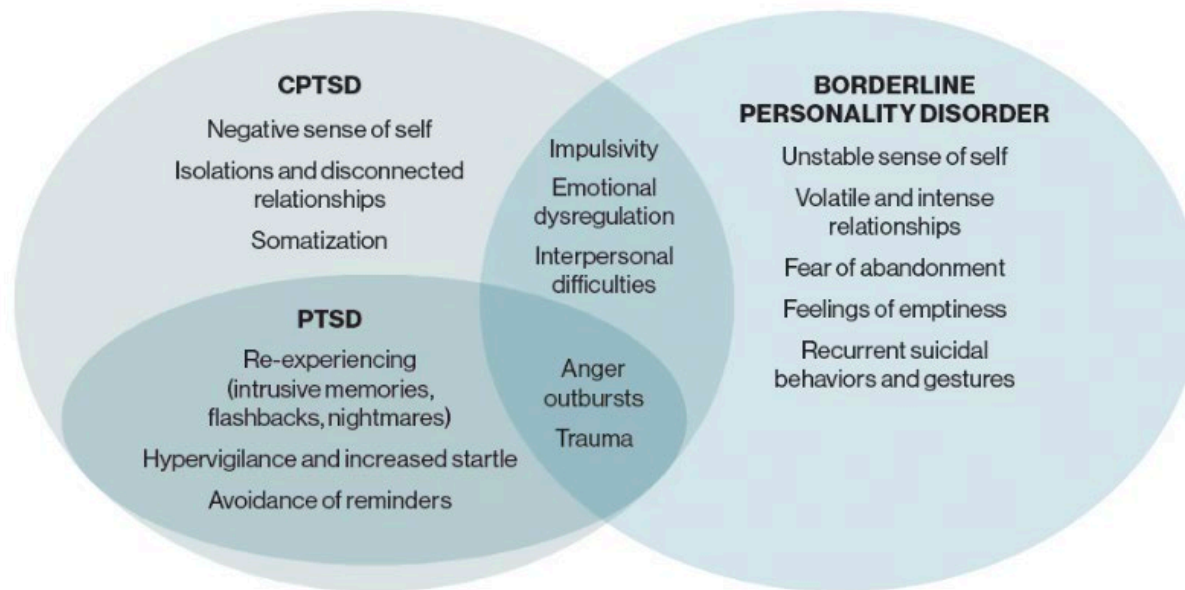


# Trauma complexe VS TSA?



# Trauma complexe VS TPL?

**FIGURE. Unique and Overlapping Symptoms of CPTSD and BPD**



**Figure. Unique and Overlapping Symptoms of CPTSD and BPD**



# Outils d'évaluation

La recherche supporte une **évaluation systématique** des traumatismes à l'enfance

- Réticence chez les intervenants de raviver des souvenirs douloureux lors de l'évaluation
  - Peu de participants ont reconnu s'être sentis angoissés (5-8%)
  - Peu susceptible de causer des dommages ou une retraumatisation
  - Occasion de raconter leurs expériences et de briser le silence
- Accueillir l'historique des traumatismes permet de mieux comprendre la présentation clinique et de mieux cibler les interventions
- Une évaluation inclut des mesures standardisées, des entrevues cliniques et l'observation de Comportement (temps et ressources +)
- Importance de la formation des intervenants afin d'accueillir le dévoilement des événements



# Outils d'évaluation

- Peu d'études sur le trauma complexe, donc les recommandations sont en lien avec le TSPT
- Peu d'évaluations standardisées ciblées pour le trauma complexe
- Doivent être informés des implications légales (ex. signalement DPJ)
- Fournir une procédure de suivi afin d'évaluer la présence de détresse suite à l'évaluation
- Être transparent au sujet de l'implication de ce type de dévoilement envers l'enfant, les parents et les intervenants
- Organisation des soins devrait s'accompagner du développement de ressources ou de procédures de référence

# Outils d'évaluation

- Outils de dépistage = principalement des questionnaires autorapportés
- Enfants perçus comme source fiable quant à leur expérience traumatique
- Certains instruments comprennent des rapports par des professeurs et/ou intervenants
- Questionnaires combinés aux entrevues semi-structurées considérés comme une méthode fiable, précise et relativement rapide

# Outils d'évaluation

## Événements traumatisants

- Childhood Trauma Questionnaire – short form (CTQ-SF) (1998)
- Juvenile Victimization Questionnaire – second version (JVQ-V2) (2004)

## Symptômes liés aux traumatismes

- Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC-C) (1996)
- Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES) (1997)
- The Clinician-Administered PTSD Scale – Child/Adolescent Version (CAPS-CA-5) (2015)
- Behavior Assessment System for Children – Self-Report of Personality (BASC-2 SRP-A) (2004)
- Strengths & Difficulties Questionnaire – Child Report (SDQ) (1997)
- Youth Self-Report (YSR) (1991)
- Brief Assessment Checklist – Children (BAC-C) – Adolescents (BAC-A) (2013)
- Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS-MH) (1999)

## Événements traumatisants & symptômes liés aux traumatismes

- Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS-MH) (1999)

## Trauma complexe

### Cameron Complex Trauma Interview (CCTI) (2015)

- Mesure l'histoire traumatique et les symptômes liés
- Projet pilote pour les enfants de 5 à 11 ans
- Adapté du *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (IDES)* et du *Trauma Events Screening Inventory for Children (TESI-C)*

# Modèles d'intervention

## Approches psychothérapeutiques

1. Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TF-CBT)
2. Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) Adolescent (STAIR-A)
3. Traitement intégratif du trauma complexe (ITCT)
4. Modèle systémique Attachement, Régulation des affects et Compétences (ARC)

# Modèles d'intervention

## 1. Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TF-CBT)

- Approche systémique incluant les parents
- Analyse permettant de contextualiser les événements traumatiques
- Démarche d'évaluation dont l'objectif est la compréhension des processus d'apprentissage et de conditionnement (classique et opérant)
- Exposition, restructuration cognitive et résolution de problème
- Moins bonne réponse chez les traumatisés présentant une constellation de symptômes similaire au trauma complexe
- Effet bénéfique chez enfants ayant vécu plusieurs traumatismes
- Approche du centre d'expertise Marie-Victorin de Montréal depuis 2005
- Peu de publication portant sur le trauma complexe

# Modèles d'intervention

## 2. Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) - Adolescent (STAIR-A)

- Théorie de l'attachement et thérapie interpersonnelle avec une approche TCC
- Ciblée pour les victimes avec des capacités de régulation émotionnelle trop fragiles pour les thérapies
  - « usuelles »
- Restaurer et renforcer les compétences sociales et émotionnelles compromises suite au mauvais traitement chronique durant l'enfance
- Régulation > Thérapie narrative (applicable selon l'évolution)
- Psychoéducation, exercices et jeux de rôle
- Démontrée efficace pour réduire la détresse émotionnelle et améliorer le fonctionnement social
- Intervention à l'adolescence permet de modifier la trajectoire via des compétences émotionnelles et interpersonnelles plus adaptées

# Modèles d'intervention

## 3. Traitement intégratif du trauma complexe (ITCT)

- Approche intégrative comprenant la théorie de l'attachement, le modèle du trauma du soi et de TCC
- Modèle flexible et adapté à l'évolution des capacités développementales de l'enfant
  - Réévaluation q. 3-4 mois
- Aucune durée, nombre de séance ni d'ordre de séance préétablis
- Personnalisé selon les objectifs à cibler de l'enfant soulignant l'hétérogénéité de la présentation clinique du trauma complexe
- Intégration de la culture et du milieu socioculturel (ex. famille élargie)
- Rythme du traitement selon une « fenêtre thérapeutique » respectant les capacités de l'enfant
  - Aide à établir un lien de confiance au rythme de l'enfant
- Réduction significative de l'anxiété, de dépression, du stress post-traumatique, de dissociation, de colère et de préoccupation sexuelle



# Modèles d'intervention

## 3. Traitement intégratif du trauma complexe (ITCT)

- 10 composantes
  1. Construction de la relation et soutien
  2. Interventions reliées à la sécurité
  3. Psychoéducation
  4. Tolérance à la détresse et régulation émotionnelle
  5. Traitement cognitif et émotionnel des souvenirs liés au trauma
  6. Traitement relationnel
  7. Intervention pour les difficultés identitaires
  8. Thérapie familiale
  9. Interventions avec les donneurs de soins
  10. Interventions auprès des systèmes sociaux (advocacy)



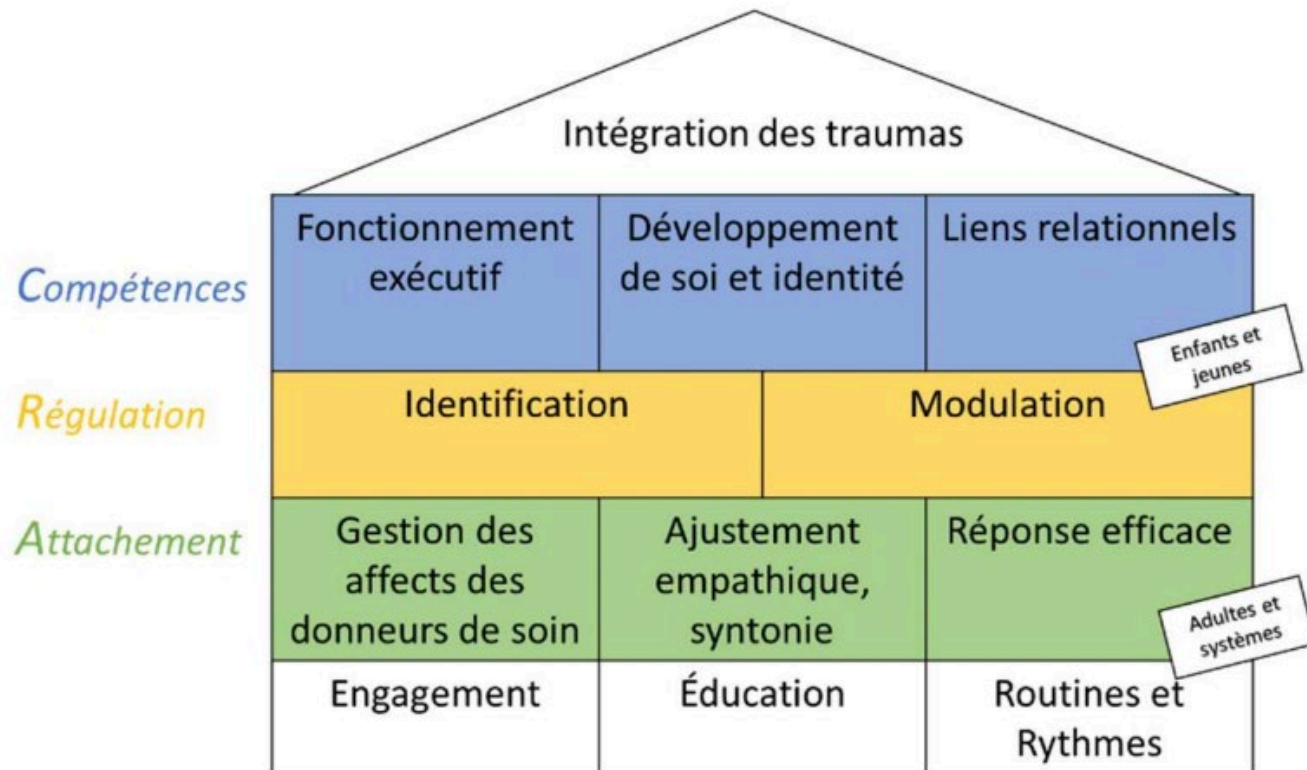
# Modèles d'intervention

## 4. Modèle systémique Attachement, Régulation des affects et Compétences (ARC)

- Théorie de l'attachement, la théorie des traumatismes et notions théoriques du développement de l'enfant
- Cadre d'intervention afin de créer des programmes spécifiques
- Accent sur la famille et les intervenants de l'enfant sous forme de « programme de soutien »
  - Développer les compétences et la sensibilité des adultes participant au soutien social de l'enfant
  - Famille d'accueil, ressource de type familiale, école, protection de la jeunesse, etc.
- Intégration des traumatismes constitue la dernière étape
- Impact positif sur les symptômes internalisés, les problèmes de comportement, l'hyperactivité, l'inattention et les problèmes relationnels avec les pairs



# Modèles d'intervention





# Modèles d'intervention

## \*\*\*Pratiques sensibles aux traumatismes\*\*\*

- S'appliquent à toutes formes de services, spécialisés et non spécialisés, et toutes les clientèles
- Visent à ce que l'ensemble des institutions sociales soit préoccupé par les traumatismes psychologiques lors de l'élaboration des politiques, modes d'organisation et procédures pour délivrer leurs services
  - Réaliser
  - Reconnaître
  - Répondre
  - Résister

## Mini-quizz (1 à 2 minutes)

Selon vous, lequel de ces énoncés ne correspond pas à la définition d'un trauma complexe?

- A) Une adolescente a été agressée sexuellement par son père.
- B) Sa mère n'était pas disponible et ne la protégeait pas des agressions de son père.
- C) Elle a vécu de l'intimidation et a été agressée par d'autres jeunes de son école lorsqu'elle était adolescente.**
- D) Son père était violent physiquement avec elle.

## Mini-quizz (1 à 2 minutes)

Selon vous, lequel de ces énoncés correspond à une présentation clinique possible d'un trauma complexe?

- A) Un adolescent consomme du cannabis quotidiennement pour gérer son malaise avec son groupe d'amis
- B) Une adolescente se sent vide et présente des idées suicidaires
- C) Un enfant fait des crises à répétition, s'oppose et mord son intervenant
- D) Face à un stresser important, un adolescent ne réagit pas
- E) **Toutes ces réponses**

# Messages clés

- Tout trauma n'est pas trauma complexe
  - Interpersonnel
  - Répété et prolongé
  - Abus/négligence/abandon par une personne en charge des soins
  - Période vulnérable du développement
- Un large éventail de présentations cliniques comprenant 9 domaines imbriqués et dynamiques
- Multiples méthodes d'évaluation malgré l'absence d'outil spécifique pour le trauma complexe
- Modèles d'intervention se basant sur des approches psychothérapeutiques diverses
  - Soutenir les compétences de l'enfant/l'adolescent
  - Approche incluant la famille, l'entourage, le système de soins

# Références

- Milot, T., Collin-Vézina, D. & Godbout, N. *Trauma complexe – Comprendre, évaluer et intervenir* (2018). Presses de l'université du Québec. 278 pages.
- [traumaconsortium.com](http://traumaconsortium.com)
- [capsuletrauma.com](http://capsuletrauma.com)
- [nctsn.org](http://nctsn.org)
- Vidéo sur trauma et système nerveux: [https://www.youtube.com/watch?v=HVVpa\\_-pLkE](https://www.youtube.com/watch?v=HVVpa_-pLkE)



# QUESTIONS? COMMENTAIRES?

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants



# MERCI!

Pour information

**Contactez**

[echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca)

**Visitez notre site :**

<https://ruisss.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>

*Ce programme bénéficie d'une subvention à visée éducative du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de RBC Banque Royale.*

