

- Coup d'oeil sur le traumatisme complexe
- Références
- Incontournables
- Recension des écrits



Coup d'oeil sur le traumatisme complexe



TRAUMATISME COMPLEXE

Tristan Milot, professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Delphine Collin-Vézina titulaire de la Chaire de recherche en protection de l'enfance de l'Université McGill et Lise Milne. (2013)

Citation suggérée

Milot, T., Collin-Vézina, D. & Milne, L. (2013). *Traumatisme complexe*.

1

Vulnérabilité des enfants face aux événements traumatiques

Si, à une époque, on pensait que les enfants bénéficiaient d'une certaine invulnérabilité face aux événements traumatiques du fait qu'ils étaient trop jeunes et immatures pour réaliser la nature de ces événements, ou encore, pour se les remémorer (Osofsky, 2004), nous savons aujourd'hui que c'est tout le contraire. Ils sont, en raison de leur âge, les plus vulnérables face à ces situations extrêmes qui constituent un risque sérieux pour leur intégrité physique et psychologique.

Bien que le concept de traumatisme ne soit pas récent (p. ex., Freud), ce n'est qu'en 1980 qu'est officiellement introduit, lors de la publication du DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), le diagnostic de l'état de stress posttraumatique (ÉSPT). Ce diagnostic visait d'abord à décrire les difficultés d'adaptation de personnes exposées à des événements traumatiques, voire catastrophiques, tels la guerre, les désastres naturels, le viol ou les accidents graves. L'établissement de ce diagnostic reposait principalement sur les trois catégories de symptômes reconnues comme la triade classique de l'état de stress posttraumatique : les symptômes d'intrusion (p. ex., les souvenirs ou les rêves répétitifs), les symptômes d'évitement et d'émoussement (p. ex., de constants efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les lieux associés à l'événement) et les symptômes neurovégétatifs (p. ex., l'hypervigilance). Toutefois, à cette époque, ce diagnostic visait avant tout une clientèle adulte, et aucune adaptation particulière n'était prévue pour les enfants. Il faudra attendre le DSM-IV, paru en 1994, pour que l'on reconnaisse officiellement que le diagnostic puisse s'appliquer aux enfants (avec quelques particularités dans les symptômes).

Les enfants sont, en raison de leur âge, les plus vulnérables face aux situations extrêmes qui constituent un risque sérieux pour leur intégrité physique et psychologique

Au tournant des années 1990, de nombreuses études sont alors entreprises afin d'étudier l'ÉSPT auprès de diverses clientèles d'enfants. Ces études ont permis d'observer, notamment chez les enfants abusés ou négligés, un risque

accru de développer un état de stress posttraumatique (p.ex., Adam et al., 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Merry et Andrews, 1994). Cependant, il apparaît rapidement que le diagnostic de l'ÉSPT est insuffisant pour tenir compte de l'ensemble des difficultés présentées par les enfants maltraités. D'une part, bien qu'il y ait consensus sur le caractère traumatique de la maltraitance, une majorité des enfants maltraités ne rencontre pas les critères de l'ÉSPT. D'autre part, plusieurs enfants maltraités sont étiquetés d'une multitude d'autres

diagnostics de santé mentale, incluant le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble réactionnel de l'attachement, la dépression et le trouble des conduites. Les symptômes traumatiques tels qu'habituellement définis par le DSM apparaissent alors soit inappropriés, soit camouflés par l'intensité et la diversité des autres difficultés. Pour de nombreux chercheurs et cliniciens, l'ÉSPT est donc un diagnostic incomplet qui dessert mal les enfants. Pour ceux-ci, les hypothèses formulées pour expliquer l'ÉSPT ne tiennent compte ni du caractère interpersonnel, familial et chronique de la maltraitance, ni du fait que les enfants sont particulièrement vulnérables du fait qu'ils sont en plein développement.

Dès 1991, une clinicienne du nom de Leonor Terr (Terr, 1991) soulignait l'importance de distinguer les traumatismes de natures relationnelle et familiale de ceux impliquant un événement isolé (p. ex., un accident de voiture). Alors que l'exposition à un événement traumatique isolé peut mener au conditionnement de réponses physiologiques et comportementales en lien avec le traumatisme, Terr suggère que la maltraitance chronique a un effet plus pervers sur le développement des habiletés d'autorégulation émotionnelle et comportementale. Il en résulterait un traumatisme de « type II » incluant des difficultés dans la régulation des réactions émotionnelles, de la rage, de la dissociation, de la somatisation, des changements dans les perceptions de soi et des autres et des changements dans la compréhension et dans l'interprétation des événements. Ces conséquences vont donc bien au-delà des symptômes habituels d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance reconnus dans l'ÉSPT.

Dans les années 2000, un comité de travail est officiellement formé en vue d'évaluer la possibilité d'inclure un diagnostic plus approprié – le Developmental Trauma Disorder (van der Kolk et al., 2009) – dans la nouvelle édition du DSM (le DSM-5, paru en mai 2013). Cette proposition est toutefois rejetée pour un ensemble de raisons (voir Schmid et al., 2013, pour une liste des arguments en faveur et en défaveur de l'inclusion de ce nouveau diagnostic). Malgré tout, le concept de traumatisme complexe continue de croître en popularité. De nombreux experts (voir D'Andrea et al., 2012) défendent toujours la pertinence d'un diagnostic spécifique pour mieux représenter les séquelles engendrées par des événements de vie traumatiques multiples vécus durant l'enfance. De fait, plusieurs recherches sont toujours en cours que ce soit au plan fondamental ou appliqué.

Depuis la proposition de Terr (1991), différentes nomenclatures ont été utilisées ou proposées dans la documentation sur les enfants traumatisés. Le terme actuellement le plus répandu est celui de « traumatisme complexe ». Le traumatisme complexe est un concept qui témoigne de deux réalités. D'abord, il témoigne de l'exposition répétée et prolongée à des événements de nature interpersonnelle et qui, le plus souvent, impliquent une personne en charge de l'enfant (parent, etc.). L'autre réalité est celle des conséquences sur le développement de l'enfant. Ces conséquences sont multiples et touchent plusieurs sphères du fonctionnement de l'enfant. Cook et al. (2005) les classifient en sept catégories : l'attachement, la sphère médicale ou biologique, la régulation des émotions, la régulation des comportements, la dissociation, le fonctionnement cognitif et l'identité.

Le concept de « traumatisme complexe » est plus représentatif des séquelles engendrées par des événements de vie traumatiques multiples vécus durant l'enfance que celui de « l'état de stress post-traumatique »

2

Ampleur du traumatisme complexe chez les enfants et jeunes en situation de placement

Des années de connaissances cliniques ont influencé le déploiement récent de recherches portant sur les traumatismes vécus par les enfants et les jeunes, notamment ceux en situation de placement, ce qui a permis de confirmer que les troubles émotionnels et comportementaux manifestés par ceux-ci pouvaient représenter, du moins en partie, des symptômes liés à un cumul d'expériences de vie traumatisantes (Cook et al., 2005). Les traumatismes vécus par les jeunes en placement sont aujourd'hui bien documentés. Ils incluent l'abandon des parents (chez 34 à 42 % des jeunes), la négligence physique ou émotionnelle (50 à 98 %), la violence physique (40 à 81 %), les agressions sexuelles (12 à 54 %) et l'exposition à la violence conjugale (65% à 85 %) (Arvidson et al., 2011; Baker et al., 2003; Brady et Caraway, 2002 ; Connor et al., 2004; Dale et al., 2007; Dorsey et al., 2012; Griffin et al., 2009; Hussey et Guo, 2002).

Les recherches démontrent que ces jeunes vivent plus fréquemment l'expérience de traumatismes multiples, plutôt que de subir un incident de traumatisme isolé, ce qui entraîne des perturbations graves et affligeantes. Par exemple, Brady et Caraway (2002) ont constaté que la majorité (65,8 %) de leur échantillon de jeunes en centres de réadaptation avait connu trois types de traumatismes ou plus. De même, une étude de Baker, Curtis, et Papa-Lentini (2006) rapporte qu'un peu plus de 36 % des jeunes placés avaient été victimes d'une combinaison de négligence, de mauvais traitements physiques et d'agressions sexuelles. Plus spécifique au Québec, une collecte auprès d'un échantillon de 53 adolescents et adolescentes de 14 à 17 ans provenant de six unités de réadaptation a permis de confirmer la gravité des traumatismes vécus par ces jeunes (Collin-Vézina et al., 2011). En effet, 38 % de l'échantillon a été agressé sexuellement, 58 % a été émotionnellement négligé, 60 % a été maltraité, 68 % a souffert de violence psychologique, et près de la totalité de l'échantillon a souffert de négligence physique. Plus de la moitié de l'échantillon a connu 4 ou 5 différentes formes de traumatisme sur 5 (51 %). Pourtant, seule une minorité de ces jeunes était prise en charge en raison des expériences de traumatisme. En effet, 83 % d'entre eux étaient placés en raison de problèmes de comportements qui les mettaient eux-mêmes ou autrui en danger (Milne et Collin-Vézina, sous presse). Cette étude a aussi révélé des niveaux cliniques de préoccupations d'ordre sexuel chez 33 % des jeunes, et 25 % d'entre eux ont présenté des niveaux cliniques de dissociation, de dépression et du syndrome de stress post-traumatique.

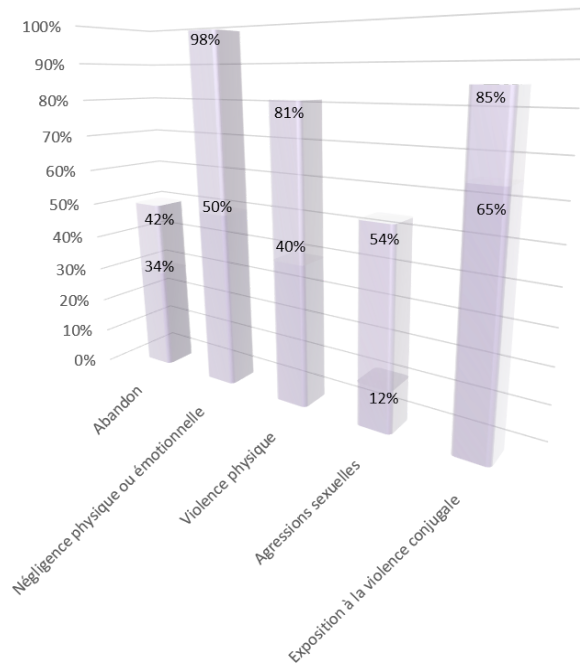
Plus récemment, on a également noté auprès de jeunes en situation de placement la présence fréquente d'une histoire de victimisation vécue dans la communauté, et non uniquement dans leur milieu familial (Arvidson et al., 2011 ; Dorsey et al., 2012). Ces données sont confirmées par une étude québécoise auprès des jeunes pris en charge par la protection de la jeunesse (Cyr et al., 2012). Selon Brière et Lanktree (2008), les effets des traumatismes multiples et complexes se manifestent bien au-delà du trouble de stress post-traumatique et se révèlent à travers une multitude de troubles de santé mentale, notamment l'anxiété et 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. En bref, ces multiples expériences de traumatismes entraînent des perturbations émotionnelles et comportementales graves (Baker et al., 2006), qui se manifestent par des déficits au plan de l'attachement, de la régulation des affects et du développement de compétences (Blaustein et Kinniburgh, 2010). Ces difficultés risquent de sérieusement compromettre le parcours développemental des jeunes (D'Andrea et al., 2012). Les comportements déviants et inadaptés qui ont précipité le placement en CR des jeunes pourraient ainsi être interprétés comme des adaptations dysfonctionnelles liées à des expériences de victimisation et, par conséquent, n'être que le reflet ou le symptôme d'enjeux traumatiques

plus profonds qui se doivent d'être investigués et traités (Runtz et Briere, 1986; Singer et al., 1995).

À la lumière de ces résultats, de nombreux chercheurs ont souligné l'importance d'une évaluation systématique des besoins des enfants et des jeunes traumatisés afin d'apporter un portrait éclairé des besoins de cette clientèle (Nader, 2008; Strand et al, 2005).

Plus particulièrement, ceux-ci soulignent l'importance de la mise en place d'une telle évaluation afin d'offrir des services qui répondent à l'ensemble de la présentation clinique des enfants et des jeunes, et non uniquement aux troubles de comportements (Carter et al., 2004; Strand et al., 2005). À cet effet, le National Child Trauma Stress Network recommande aux services de la protection de la jeunesse l'utilisation d'outils standardisés adaptés à l'âge de l'enfant et qui couvrent différentes facettes de son histoire et de son développement (National Child Traumatic Stress Network, 2008). Ces outils porteraient une attention particulière aux événements traumatiques afin de contextualiser les problèmes émotionnels et comportementaux actuels à la lumière des déficits engendrés par le cumul d'adversités vécues (Taylor & Siegfried, 2005). Cette évaluation devrait notamment être utilisée pour la prise de décision clinique et être discutée avec les membres de la famille, les tribunaux et les équipes multidisciplinaires (Taylor et Siegfried, 2005). Ces recommandations sont partagées par d'autres leaders dans le domaine du trauma, notamment Briere et Lanktree (2008), qui insistent également sur la nécessité d'effectuer ces évaluations à intervalles réguliers afin de documenter l'évolution positive ou la détérioration de l'état de santé mentale des jeunes en protection de la jeunesse, et

Traumatismes vécus par les jeunes en situation de placement



Les effets des traumatismes multiples et complexes se manifestent bien au-delà du trouble de stress post-traumatique et se révèlent à travers une multitude de troubles de santé mentale, notamment l'anxiété et 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

d'inclure des mesures de fonctionnement des enfants et des jeunes, notamment au sujet de l'attachement, de la régulation affective et comportementale, du développement de l'identité et des stratégies d'adaptation.

Malgré une plus grande reconnaissance de l'histoire de traumas multiples vécus par les enfants et les jeunes en contact avec les services de protection de la jeunesse, force est de constater l'absence fréquente d'évaluation standardisée des troubles de santé mentale et des traumas (Mash & Hunsley, 2005). Certaines instances gouvernementales ont récemment

émis des recommandations claires à cet effet, notamment le Congrès américain qui exige désormais des services de protection de l'enfance une réponse soutenue et concertée pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes, particulièrement ceux en situation de placement (Promoting Safe and Stable Families Program). De même, le American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et le Child Welfare League of America ont publié une déclaration de politiques communes appelant à l'évaluation globale des questions liées à la santé mentale et à la toxicomanie de tous les enfants en placement. Cet énoncé de politique est conjointement soutenu par des chercheurs, tels que McMillen et al. (2005), qui affirment que les taux déclarés élevés de troubles psychiatriques chez les jeunes en situation de placement nécessite un dépistage systématique.

De nombreux chercheurs ont souligné l'importance d'une évaluation systématique des besoins des enfants et des jeunes traumatisés afin d'apporter un portrait éclairé des besoins de cette clientèle .

3

Évaluation des événements et séquelles traumatiques

Événements traumatiques : Finkelhor et ses collègues (2007) préconisent de questionner les jeunes au sujet des événements traumatiques qu'ils pourraient avoir vécus, compte tenu de leur impact important sur le fonctionnement à travers différents domaines. Cela est particulièrement vrai pour les enfants qui ont vécu de multiples formes de traumatismes et qui seraient encore plus à risque de présenter des séquelles. Stevenson (1999) note qu'en essayant de promouvoir le bien-être des enfants et des jeunes à long terme, il ne suffit pas de se concentrer uniquement sur leurs réactions psychologiques ou leurs symptômes; il faut également mieux cerner la nature des événements traumatiques afin d'identifier les facteurs contextuels qui peuvent augmenter le risque de trauma futur et élever le risque de séquelles à long terme. Une mesure des événements vécus devrait idéalement couvrir à la fois les expériences de la dernière année et également celles vécues depuis la naissance, afin de comprendre la trajectoire de ces jeunes et les moments clés dans leur développement où les traumatismes ont été vécus. Puisque les événements traumatiques varient en nature, intensité et durée, une information détaillée des expériences est aussi souhaitée puisqu'elle aide les cliniciens à comprendre les réactions des jeunes, à mieux identifier les rappels traumatiques (déclencheurs), et à prévoir les modes de comportement (Nader, 2008). Une mesure directe des événements traumatiques peut également donner l'occasion aux jeunes de partager leurs expériences, dans certains cas, pour la première fois. Ce type de mesure peut

donner l'opportunité à un enfant de briser le silence au sujet d'événements traumatiques qui, autrement, n'auraient pas été dévoilés.

L'utilisation de ces outils doit toutefois s'accompagner d'une réflexion éthique. En effet, Becker-Blease et Freyd (2006) et Cashmore (2006) soulignent les enjeux importants que ces évaluations comportent, notamment ceux liés à la confidentialité et au risque de stigmatisation. En lien avec la confidentialité, il est important de mentionner que la législation varie d'un pays à l'autre concernant l'obligation de signaler aux autorités des révélations d'abus et de négligence. Alors que de nombreux pays ont mis en place une telle structure légale, d'autres n'ont pas cette obligation, notamment l'Angleterre, l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande (Matthews et Kenny, 2008). Ainsi, les jeunes qui complètent ces questionnaires devraient obtenir au préalable une information éclairée afin de connaître les procédures qui pourraient être mises en place dans l'éventualité d'un dévoilement. Afin de diminuer les risques de stigmatisation pouvant être vécues après la passation d'un questionnaire, Cashmore (2006) recommande d'implanter une procédure formelle de suivi afin de détecter toute forme d'inconfort et de malaise, voire de détresse, induit par la révélation de situations traumatisantes.

Il importe de faire une évaluation systématique des besoins des enfants et des jeunes traumatisés afin d'offrir des services qui répondent à l'ensemble de la réalité clinique de ces enfants et de ces jeunes, et non seulement en regard des troubles de comportements.

Symptômes traumatiques

Selon Brière et Lanktree (2008), une évaluation optimale des enfants et des jeunes doit inclure une description du fonctionnement psychologique actuel et des cibles potentielles de traitement. Étant donné la nature complexe des traumatismes, ces auteurs recommandent l'administration de plusieurs mesures qui puisent dans une variété de symptômes. Les jeunes sont considérés comme une source importante d'informations sur leurs réactions post-traumatiques et déclarent généralement plus de symptômes que des tiers (Nader, 2008). De nombreux chercheurs recommandent de favoriser les évaluations auto-rapportées pour mesurer les symptômes intériorisés, notamment les symptômes traumatiques, et d'utiliser des instruments complétés par les parents ou les enseignants pour corroborer des informations concernant les symptômes externalisés et les problèmes académiques si nécessaire (Grills et Ollendick, 2002; Nader, 2008).

Les symptômes les plus fréquemment documentés auprès de populations traumatisées sont ceux d'état de stress post-traumatique et la dissociation. Les mesures de l'état de stress post-traumatique portent sur la formulation de ce trouble dans le DSM-IV (American Psychological Association, 2000), c'est-à-dire les symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hyperéveil. De la même façon, les mesures de dissociation incluent, par exemple, des expériences de dépersonnalisation, d'amnésie et d'absorption. De façon générale, des normes sont établies pour ces échelles et permettent d'établir si un jeune présente des symptômes jugés cliniques. D'autres mesures plus globales permettent de synthétiser l'information sur de nombreux aspects et de les condenser en différents indices cliniques. Ces mesures incluent des items se rapportant à différents construits dont le stress post-traumatique et la dissociation, mais aussi l'anxiété, la dépression, la colère, les préoccupations sexuelles, la perception négative de soi, les troubles alimentaires, l'automutilation, la culpabilité et la honte, dont certains sont considérés comme des symptômes d'un traumatisme complexe (van der Kolk, 2005). Certaines mesures peuvent également viser à documenter les problèmes de comportement, qui sont extrêmement fréquents chez les enfants et les jeunes traumatisés (Brière et Lanktree, 2008; National Child Traumatic Stress Network, 2008), et vus comme un mécanisme de réaction au trauma omniprésent chez les adolescents en particulier (Archer, 2005; Brière, 1996).

Un enfant peut avoir un problème de santé mentale sans avoir vécu un événement traumatisant, comme il peut avoir vécu un événement traumatisant sans souffrir d'un trouble.

Toutefois, il est important de souligner que les symptômes liés aux traumatismes et ceux associés à des problèmes de santé mentale peuvent se confondre et se chevaucher (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010). Par exemple, l'évitement et l'hyperéveil peuvent être des symptômes d'exposition à un traumatisme ou le reflet d'un autre trouble anxieux, tout comme le retrait social, les problèmes de sommeil et une perte d'intérêt peuvent être des symptômes d'exposition à un traumatisme ou l'indication d'un trouble de dépression majeure. En outre, un enfant

peut avoir un problème de santé mentale sans avoir vécu un événement traumatisant, comme un enfant peut avoir vécu un événement traumatisant sans souffrir d'un trouble.

Ce manque de distinction est compliqué par le fait qu'un événement traumatique peut aggraver un trouble mental déjà présent ou pour lequel l'enfant cumulait un certain nombre de facteurs de risque génétiques et environnementaux avant même l'exposition aux traumatismes, indiquant qu'un enfant peut être à la fois traumatisé et affecté d'un trouble mental. Le choix d'outils psychométriques, de même que l'analyse de leurs résultats, doivent donc s'effectuer sur la base d'une démarche rigoureuse qui prend en compte une multitude d'information et un jugement clinique éclairé (Frick et al., 2009).

Outre ces considérations, il est important de rappeler qu'il n'est pas avisé d'établir des prédictions à long terme sur la base des résultats aux questionnaires, considérant que l'adolescence constitue une période de changements importants. Les résultats aux échelles de troubles mentaux et comportementaux doivent ainsi être vus comme une mesure de l'état actuel de la situation, et non une prédiction absolue des enjeux futurs que ces jeunes pourraient présenter lors de la transition à la vie adulte.

4

Pistes d'intervention pour traiter les séquelles liées au trauma complexe

L'implantation d'une évaluation systématique des traumatismes pour les enfants et jeunes en protection de la jeunesse pourrait servir, optimalement, de tremplin vers le développement de services spécialisés pour cette clientèle à risque. À cet effet, il est fort intéressant de voir se déployer des recherches évaluatives qui visent à démontrer l'efficacité de traitements basés sur l'évidence pour les jeunes en situation de placement. Récemment, Weiner et ses collègues (2009) ont démontré l'efficacité de trois programmes de traitement reconnus, le Child-Parent Psychotherapy, le

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, et le Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress, auprès d'une clientèle adolescente en situation de placement. Malgré les changements apportés aux programmes initiaux pour adapter les interventions à la situation de placement des jeunes, les 216 participants à l'une ou l'autre de ces interventions ont présenté une réduction de leurs symptômes et une augmentation de leur niveau de fonctionnement après avoir pris part à la thérapie. Toutefois, ces jeunes n'étaient pas comparés à ceux recevant des services usuels et, en ce sens, l'étude ne peut conclure que ces programmes sont plus efficaces que les services habituels. L'application de TF-CBT auprès d'enfants et d'adolescents ayant vécu des traumatismes multiples a été discutée récemment par les auteurs de cette approche (voir par exemple Cohen et al., 2012), ce qui semble une avenue fort encourageante.

D'autres interventions prometteuses, notamment le modèle Attachment, Regulation, and Competency (Blaustein et Kinniburgh, 2010; Kinniburgh et al., 2005) a fait l'objet d'études préliminaires qui témoignent d'un potentiel pour son application auprès de populations en situation de placement (Arvidson et al., 2011). L'avantage de ce modèle d'intervention est qu'il vise non seulement à traiter directement les séquelles des enfants et des jeunes, mais aussi à outiller les intervenants qui travaillent sur le terrain au quotidien avec cette clientèle et à modifier les systèmes dans lesquels les jeunes gravitent pour les rendre plus susceptible de favoriser des changements chez les enfants et adolescents traumatisés. Ce modèle récemment publié par des chercheurs et cliniciens du NCTSN est fondé sur les théories du trauma, de l'attachement et du développement de l'enfant. Des techniques cognitivo-comportementales et psychoéducatives forment l'essentiel de ce modèle d'intervention, bien que celles-ci sont complétées, par exemple, par des techniques de relaxation et des approches créatives (art-thérapie). Ce modèle a été développé pour des enfants et adolescents qui ont vécu une diversité d'événements traumatiques et d'adversité et qui présentent des séquelles dans leur fonctionnement émotif, social et comportemental. Le modèle identifie trois principaux domaines que les intervenants doivent cibler pour aider les enfants et les adolescents à développer leurs forces et compétences et réduire les facteurs de risque qui perpétuent les séquelles liées au trauma: l'attachement, la régulation des affects et le développement des compétences, trois grands domaines fortement altérés chez les enfants ayant vécu des traumatismes (D'Andrea et al., 2012).

Il est souhaitable que des avenues d'intervention soient explorées et validées afin que se bonifie le bassin existant de pratiques jugées exemplaires dans ce domaine, et que des recherches évaluatives de qualité soient menées pour en évaluer les impacts.

Conclusion

5

L'idée même que les événements traumatiques multiples affectent les diverses sphères du fonctionnement de l'enfant n'est certainement pas récente ; toutefois la conceptualisation et l'étude systématique du traumatisme complexe auprès des jeunes de la protection de la jeunesse est apparue plus récemment. Le traumatisme complexe est un concept qui témoigne de deux réalités; d'abord celle de l'exposition répétée et prolongée à des événements de nature interpersonnelle, et celle de conséquences multiples sur le développement de l'enfant. Considérant le cumul d'expériences traumatisantes vécues par les jeunes en situation de placement, de même que les séquelles psychologiques qui y sont associées, la mise en place d'une évaluation standardisée des troubles de santé mentale et des traumatismes s'avère pertinente en contexte de protection de la jeunesse. Afin de répondre à l'éventail de besoins et de particularités des enfants et adolescents victimes de traumatismes complexes, il est souhaitable que des avenues d'intervention soient explorées et validées afin que se bonifie le bassin existant de pratiques jugées exemplaires dans ce domaine, et que des recherches évaluatives de qualité soient menées pour en évaluer les impacts.

Références

Auteur(s)	Année	Référence complète	Lien
Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E.	1992	Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. <i>Child Psychiatry and Human Development</i> , 23, 3-8	PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Child Welfare League of America	2002	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Child Welfare League of America (2002) AACAP/CWLA <i>Policy Statement on Mental Health and Substance Use Screening and Assessment of Children in Foster Care</i> . Retrieved from http://www.aacap.org	Policy Statement on Mental Health and Substance Use Screening and Assessment of Children in Foster Care
American Psychological Association	1980	American Psychological Association. (1980). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.)</i> . Washington, DC: Author.	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.)
American Psychological Association	2000	American Psychological Association (2000). <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised, 4th ed.)</i> . Washington, DC: American Psychiatric Association.	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised, 4th ed.)
Archer, R. P.	2005	Archer, R. P. (2005). <i>MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology (3rd Ed.)</i> . New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.	MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology (3rd Ed.)
Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., et al.	2011	Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., et al. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. <i>Journal of Child & Adolescent Trauma</i> , 4, 34-51.	Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model
Baker, A.J.L., Curtis, P.A. et Papa-Lentini, C.	2006	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. <i>Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders</i> , 15, 29-49.	Sexual abuse histories of youth in child welfare residential treatment centers: Analysis of the Odyssey Project Population
Baker, A.J.L., Piotrkowski, C.S.	2003	Baker, A.J.L., Piotrkowski, C.S. et Mincer, C. (2003). Behavioral predictors of	Behavioral predictors of

et Mincer, C.		psychiatric emergency in a child welfare residential treatment center. <i>Residential Treatment for Children and Youth</i> , 21, 51-70.	psychiatric emergency in a child welfare residential treatment center
Becker-Blease, K. A. et Freyd, J. J.	2006	Becker-Blease, K. A. et Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives. <i>American Psychologist</i> , 61, 218-226.	Research participants telling the truth about their lives.
Bernstein, D. et Fink, L.	1998	Bernstein, D. et Fink, L. (1998). <i>Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report</i> . San Antonio, TX: The Psychological Corporation.	Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report
Blaustein, M.E. et Kinniburgh, K.M.	2010	Blaustein, M.E. et Kinniburgh, K.M. (2010). <i>Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency</i> . New York: Guildford Press.	How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency
Brady, L. K. et Caraway, J. S.	2002	Brady, L. K. et Caraway, J. S. (2002). Home away from home: Factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 26, 1149-1163.	Home away from home: Factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting
Briere, J.	1996	Briere, J. (1996). <i>Trauma symptom checklist for Children: Professional manual</i> . Florida: Psychological Assessment Resources.	Trauma symptom checklist for Children: Professional manual
Briere, J. et Lanktree, C.	2008	Briere, J. et Lanktree, C. (2008). <i>Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth</i> . Unpublished treatment manual. Long Beach: MCAVIC-USC, National Child Traumatic Stress Network. Retrieved from http://www.johnbriere.com	Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth
Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J. et Davis, N. O.	2004	Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J. et Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 45, 109-134	Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice
Cashmore, J.	2006	Cashmore, J. (2006). Ethical issues concerning consent in obtaining children's reports on their experience of violence. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 30, 969-977.	Ethical issues concerning consent in obtaining children's reports on their experience of violence
Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M. et Murray, L.A.	2012	Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M. et Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 36, 528-541.	Trauma-focused CBT for youth with complex trauma
Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I.	2011	Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. <i>International Journal of Mental Health and Addiction</i> , 9, 577-589.	Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care
Connor, D.F., Doerfler, L.A., Toscano, P.F., Volungis, A.M. et Steingard, R.J.	2004	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. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 13, 497-510.	Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center
Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al.	2005	Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. <i>Psychiatric Annals</i> , 35, 390-398.	Complex trauma in children and adolescents
Cyr, K., Chamberland, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., et al.	2012	Cyr, K., Chamberland, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., et al. (2012). Polyvictimization in a Child Welfare Sample of Children and Youths. <i>Psychology of Violence</i> , 2, 385-400.	Polyvictimization in a Child Welfare Sample of Children and Youths
D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B.A.	2012	D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B.A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> , 82, 187-200.	Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis
Dale, N., Baker, A.J.L., Anastasio, E. et Purcell, J.	2007	Dale, N., Baker, A.J.L., Anastasio, E. et Purcell, J. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York State. <i>Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program</i> , 86, 5-27.	Characteristics of children in residential treatment in New York State
Dorsey, S., Burns, B.J., Southerland, D.G., Cox, J.R., Wagner, H.R. et Farmer, E.M.Z.	2012	Dorsey, S., Burns, B.J., Southerland, D.G., Cox, J.R., Wagner, H.R. et Farmer, E.M.Z. (2012). Prior trauma exposure for youth in treatment foster care. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 21, 816-824.	Prior trauma exposure for youth in treatment foster care
Finkelhor, D., Ormrod, R. K. et Turner, H. A.	2007	Finkelhor, D., Ormrod, R. K. et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort. <i>Development and Psychopathology</i> , 19, 149-166.	Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort
Frick, P. J., Barry, C. T. et Kamphaus, R. W.	2009	Frick, P. J., Barry, C. T. et Kamphaus, R. W. (2009). Chapter 6: Self-report inventories. In <i>Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior (3rd ed.)</i> . New York: Springer.	Self-report inventories
Griffin, A.K., Ingram, S.D., Barth, R.P., Trout, A.L., Doppong Hurley, K., Thompson, R.W., et al.	2009	Griffin, A.K., Ingram, S.D., Barth, R.P., Trout, A.L., Doppong Hurley, K., Thompson, R.W., et al. (2009). The family characteristics of youth entering a residential care program. <i>Residential Treatment for Children & Youth</i> , 26, 135-150.	The family characteristics of youth entering a residential care program
Grills, A. E. et Ollendick, T. H.	2002	Grills, A. E. et Ollendick, T. H. (2002). Issues in parent-child agreement: The case of structured diagnostic interviews. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> , 5, 57-83.	Issues in parent-child agreement: The case of structured diagnostic interviews
Hussey, D.L. et Guo, S.	2002	Hussey, D.L. et Guo, S. (2002). Profile characteristics and behavioral change trajectories of young residential children. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 11, 410-410.	Profile characteristics and behavioral change trajectories of young residential children
Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D.	1993	Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. <i>Psychological Bulletin</i> , 113, 164-180.	Impact of sexual abuse on children: A review and

Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J. et van der Kolk, B.	2005	Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. (2005). Attachment, self-regulation, and competency: A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. <i>Psychiatric Annals</i> , 35, 424-430.	synthesis of recent empirical studies Attachment, self-regulation, and competency: A comprehensive intervention framework for children with complex trauma
Lavoie, F., Dufort, F., Hébert, M., & Vézina, L.	1997	Lavoie, F., Dufort, F., Hébert, M., & Vézina, L. (1997). <i>Évaluation d'un programme de prévention de la violence lors des fréquentations: une évaluation de ViRAJ selon une approche quasi expérimentale</i> . Rapport final déposé au Conseil québécois de la recherche sociale (subvention EA-379-093). ISBN 2-9801676-3-0. Québec, QC: Université Laval, 208 pages.	évaluation d'un programme de prévention de la violence lors des fréquentations: une évaluation de ViRAJ selon une approche quasi expérimentale
Mash, E. et Hunsley, J.	2005	Mash, E. et Hunsley, J. (2005). Developing guidelines for the evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 34, 362-379.	Developing guidelines for the evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges
Mathews, B. & Kenny, M. C.	2008	Mathews, B. & Kenny, M. C. (2008). Mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: A cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues. <i>Child Maltreatment</i> , 13, 50-63.	Mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: A cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues
McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T. et Spitznagel, E. L.	2005	McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T. et Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 44, 88-95.	Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system
Merry, S. N., & Andrews, L. K.	1994	Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 33, 939-944.	Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse
Milne, L. & Collin-Vézina, D.	sous presse	Milne, L. & Collin-Vézina, D. (sous presse). Developing a portrait of sexually abused youth placed in residential care: A multiple source comparison. <i>Journal of Child Sexual Abuse</i> .	
Nader, K.	2008	Nader, K. (2008). <i>Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context</i> . New York, NY : Routledge Taylor Francis Group.	Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context
National Child Traumatic Stress Network	2008	National Child Traumatic Stress Network (2008). Child Welfare Trauma Training Toolkit: Trauma Referral Tool. Retrieved from www.nctsn.org	Child Welfare Trauma Training Toolkit: Trauma Referral Tool
Osofsky, J. D.	2004	Osofsky, J. D. (Ed.). (2004). <i>Young children and trauma: Intervention and treatment</i> : New York, NY, US: Guilford Press.	Young children and trauma: Intervention and treatment: New York
Runtz, M. et Briere, J.	1986	Runtz, M. et Briere, J. (1986). Adolescent "acting out" and childhood history of sexual abuse. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 1, 326-333.	Adolescent "acting out" and childhood history of sexual abuse
Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J.M.	2013	Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J.M. (2013). Developmental trauma disorder : pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. <i>BMC Psychiatry</i> , 13 (3).	Developmental trauma disorder : pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems
Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L. Y. et Lunghofer, L.	1995	Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L. Y. et Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 273, 477-482.	Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma
Stevenson, J.	1999	Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 40, 89-111.	The treatment of the long-term sequelae of child abuse
Strand, V. C., Sarmiento, T. L. et Pasquale, L. E.	2005	Strand, V. C., Sarmiento, T. L. et Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review. <i>Trauma, Violence, & Abuse</i> , 6, 55-78.	Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review
Taylor, N. et Siegfried, C.	2005	Taylor, N. et Siegfried, C. (2005). <i>Helping children in the child welfare system heal from trauma: A systems integration approach</i> . Los Angeles and Durham: National Child Traumatic Stress Network.	Helping children in the child welfare system heal from trauma: A systems integration approach
Terr, L. C.	1991	Terr, L. C. (1991). <i>Childhood traumas: An outline and overview</i> . American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.	Childhood traumas: An outline and overview.
van der Kolk B, Pynoos R, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford J, Lieberman AF, Putnam F, Saxe G, Spinazzola J, Stolbach B, Teicher M.	2009	van der Kolk B, Pynoos R, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford J, Lieberman AF, Putnam F, Saxe G, Spinazzola J, Stolbach B, Teicher M. (2009). <i>Proposal to include trauma disorder diagnosis for children and adolescent in the DSM-V</i> .	Proposal to include trauma disorder diagnosis for children and adolescent in the DSM-V
van der Kolk, B. A.	2005	van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. <i>Psychiatric Annals</i> , 35, 401-409.	Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories
Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S.	2009	Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. <i>Children and Youth Services Review</i> , 31, 1199-1205.	Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes

Incontournables

<input type="checkbox"/> Auteur(s)	Année	Référence complète	Lien
American Psychological Association	1980	American Psychological Association. (1980). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.)</i> . Washington, DC: Author.	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.)
American Psychological Association	2000	American Psychological Association (2000). <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised, 4th ed.)</i> . Washington, DC: American Psychiatric Association.	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised, 4th ed.)
Briere, J.	1996	Briere, J. (1996). <i>Trauma symptom checklist for Children: Professional manual</i> . Florida: Psychological Assessment Resources.	Trauma symptom checklist for Children: Professional manual

Recension des écrits

<input type="checkbox"/> Auteur(s)	Année	Référence complète	Lien
Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D.	1993	Kendall Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. <i>Psychological Bulletin</i> , 113, 164-180.	Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies
Strand, V. C., Sarmiento, T. L. et Pasquale, L. E.	2005	Strand, V. C., Sarmiento, T. L. et Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review. <i>Trauma, Violence, & Abuse</i> , 6, 55-78.	Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review