

**Mise en application du modèle ARC auprès de
familles avec enfants à domicile : expérience des
intervenants en protection de la jeunesse**

Mémoire

Nadine Sirois

Sous la direction de :

Julie Lessard, directrice de recherche
Doris Chateaufneuf, codirectrice de recherche

Résumé

Le trauma complexe, fréquent chez les enfants suivis en protection de la jeunesse, soulève d'importants défis d'intervention. Le modèle Attachement-Régulation-Compétence (ARC) est un modèle d'intervention prometteur visant à traiter le trauma complexe, bien implanté en protection de la jeunesse. Toutefois, son applicabilité auprès d'enfants habitant exclusivement au domicile familial demeure peu documentée. Ce mémoire vise à documenter le point de vue et l'expérience des intervenants dans la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès de familles suivies en protection de la jeunesse et pour lesquelles un enfant ayant un trauma complexe habite en milieu familial. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de dix intervenants à l'application des mesures au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Les entretiens ont été analysés selon les principes de l'analyse de contenu thématique. Les résultats de l'étude ont pu faire émerger quatre principaux thèmes, notamment 1) l'adhésion et l'appropriation du modèle, 2) l'application clinique du modèle, 3) les facteurs influençant l'application du modèle ainsi que 4) les impacts perçus du modèle. De manière générale, le modèle ARC est perçu comme prometteur, bien que certaines contraintes des systèmes familial et organisationnel limitent son application. Ces résultats appuient la pertinence du modèle ARC pour soutenir les interventions auprès des familles en contexte de protection de la jeunesse et soulignent la nécessité d'apporter certains ajustements sur le plan clinique et organisationnel, afin d'améliorer la qualité d'intervention offerte. Ce mémoire favorise une meilleure compréhension de la mise en application du modèle (ARC) en contexte de protection de la jeunesse lorsque l'enfant ayant un trauma complexe demeure au domicile familial, et propose des pistes concrètes pour enrichir l'intervention psychoéducatrice auprès de cette clientèle.

Table des matières

Résumé	ii
Table des matières	iii
Liste des figures	vi
Liste des abréviations, sigles, acronymes	vii
Remerciements	viii
Avant-propos	ix
Introduction.....	1
Protection de la jeunesse et maltraitance	1
Trauma complexe chez les enfants suivis en protection de la jeunesse	1
Engagement parental dans l'intervention.....	2
Réalités et défis des intervenants en protection de la jeunesse	4
Modèle Attachement-Régulation-Compétence (ARC) comme cadre d'intervention	5
Objectifs et structure du mémoire	6
Chapitre 1 Comprendre le trauma complexe : cadre conceptuel et fondements théoriques	7
1.1 Cadre conceptuel.....	7
1.1.1 Évolution du concept de trauma complexe.....	7
1.1.2 Prévalence.....	9
1.1.3 Facteurs associés au développement d'un trauma complexe.....	11
1.1.4 Catégories des répercussions du trauma complexe	13
1.1.4.1 Dissociation et évitement.	13
1.1.4.2 Problèmes relationnels et d'attachement.	14
1.1.4.3 Identité et concept de soi altéré.	15
1.1.4.4 Somatisation et physiologie/biologie.	16
1.1.4.5 Problèmes cognitifs et d'apprentissage.	17
1.1.4.6 Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie.	18
1.1.4.7 Compréhension du monde.....	19
1.1.4.8 Comportements dysfonctionnels.....	20
1.1.4.9 Mentalisation.	21
1.1.4.10 Enchevêtrement des répercussions.....	22
1.2 Cadre théorique	22
1.2.1 Théorie de l'attachement	23

1.2.2 Approche bioécologique	24
1.2.3 Pratiques sensibles au trauma	25
1.2.4 Modèle ARC	26
1.2.4.1 Stratégies de base.	27
1.2.4.1.1 Engagement.	27
1.2.4.1.2 Éducation.....	28
1.2.4.1.3 Routines et rythme.....	28
1.2.4.2 Attachement.	29
1.2.4.2.1 Gestion des affects des donneurs de soins.....	29
1.2.4.2.2 Ajustement empathique et syntonie.....	30
1.2.4.2.3 Réponse efficace.	31
1.2.4.3. Régulation.	31
1.2.4.3.1 Identification.....	31
1.2.4.3.2 Modulation.	32
1.2.4.4 Compétence.	32
1.2.4.4.1 Fonctionnement exécutif.....	33
1.2.4.4.2 Développement de soi et identité.	33
1.2.4.4.3 Liens relationnels.....	34
1.2.4.5 Intégration des traumatismes.	34
1.2.4.6 Implantation et efficacité du modèle ARC	35
1.2.4.7 Facteurs relatifs à l'application du modèle ARC.	38
Chapitre 2 Modèle ARC en milieu familial : perspective des intervenants en protection de la jeunesse	41
2.1 Résumé.....	41
2.2 Introduction	41
2.3 Méthodologie	47
2.3.1 Groupe à l'étude	47
2.3.2 Procédure	48
2.3.3 Outil de collecte	49
2.3.4 Plan d'analyse	49
2.4 Résultats	50
2.4.1 Adhésion et appropriation du modèle ARC	50
2.4.2 Application clinique du modèle ARC	52
2.4.3 Facteurs influençant l'application du modèle ARC	54

2.4.3.1 Facteurs relatifs aux parents	54
2.4.3.2 Facteurs relatifs aux enfants	56
2.4.3.3 Facteurs organisationnels ou structurels	57
2.4.4 Impacts perçus du modèle ARC	58
2.5 Discussion.....	62
2.5.1 Apports de l'étude.....	65
2.5.2 Limites de l'étude et pistes de recherche	65
2.6 Conclusion	66
2.7 Références.....	67
Conclusion générale.....	72
Recommandations afin d'améliorer la qualité des interventions.....	74
Retombées pour l'intervention psychoéducative	77
Bibliographie.....	81
Annexe A : Canevas d'entrevue - mise en application du modèle ARC auprès d'enfants en milieu familial en contexte de protection de la jeunesse.....	96

Liste des figures

Figure 1 Présentation des cibles d'intervention selon les domaines du modèle ARC45

Liste des abréviations, sigles, acronymes

ARC : Attachement-Régulation-Compétence

ARH : Agent de relations humaines

CISSS : Centres intégrés de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CPP : Child-parent psychotherapy

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

TF-CBT : Trauma-focused cognitive behavioral therapy

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

TSPT-C : Trouble de stress post-traumatique complexe

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma sincère reconnaissance à ma direction de recherche, Julie Lessard, pour sa grande disponibilité, sa bienveillance et son accompagnement constant tout au long de ce projet. Son écoute attentive, son soutien constant et la qualité de ses suggestions m'ont permis d'avancer avec confiance à chaque étape de la réalisation de ce mémoire. Je souhaite également remercier ma co-directrice, Doris Chateaufort, pour son apport précieux à ce projet. Son expertise et ses rétroactions ont contribué de façon significative à la qualité de ce mémoire. Ça a été pour moi un réel plaisir de travailler avec vous.

Je remercie le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF) pour le soutien financier accordé sous forme de bourse, qui a permis de faciliter la réalisation de ce mémoire. Je souhaite aussi exprimer ma gratitude aux intervenants de l'application des mesures qui ont accepté de participer à cette étude. Leur collaboration a permis de rendre possible la réalisation de ce mémoire par le partage de leurs expériences et de leurs réalités professionnelles.

Finalement, je souhaite remercier ma famille pour leur appui inconditionnel et leur soutien continu tout au long de mon parcours universitaire. À mon copain, je veux exprimer ma reconnaissance sincère : sa présence constante et ses encouragements dans les moments de remise en question ont été une source précieuse de motivation. Merci de ta patience et de m'avoir aidé à croire en moi.

Avant-propos

Ce mémoire de maîtrise comprend un article scientifique dont je détiens le statut de première autrice. J'ai réalisé l'ensemble des étapes de sa réalisation, incluant la collecte et l'analyse des données, ainsi que la rédaction complète de l'article, avec la contribution de ma directrice de recherche, Julie Lessard, et de ma co-directrice de recherche, Doris Chateauf. L'article scientifique a été soumis le 6 janvier 2026 à la *Revue de psychoéducation*.

Introduction

Protection de la jeunesse et maltraitance

Au Québec, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) intervient en situation de maltraitance, lorsqu'il y a compromission du développement et/ou de la sécurité des enfants (Tremblay et al., 2019). La maltraitance fait référence aux situations de négligence parentale ou encore d'abus psychologiques, physiques ou sexuels commis envers les enfants (Dubois-Comtois et al., 2022). En 2024-2025, 6,3% des enfants âgés entre 0 et 17 ans ont fait l'objet d'au moins un signalement, soit une hausse de 5% par rapport à l'année précédente (Directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux [DPJ / DP], 2025). La négligence représentait le motif de compromission le plus fréquent chez ces familles, avec une prévalence de 30% (DPJ / DP, 2025). Bien que la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) soit une loi d'exception, une étude d'Esposito et ses collègues (2022) estime que la sécurité ou le développement d'un enfant québécois sur dix sera jugé compromis avant sa majorité. De plus, une étude longitudinale rapporte que plus du tiers des enfants en situation de négligence seront à nouveau signalés avant l'atteinte de leur majorité une fois que les services offerts auront cessé (Bérubé et al., 2022). L'ensemble de ces données appelle à une meilleure compréhension des facteurs interférant avec la cessation de la situation de compromission.

Trauma complexe chez les enfants suivis en protection de la jeunesse

Les expériences de maltraitance vécues lors de l'enfance engendrent un risque accru et persistant de développer des difficultés dans différentes sphères de vie, notamment en ce qui concerne la santé physique et mentale, les relations interpersonnelles ainsi que le fonctionnement scolaire et professionnel (Comtois-Cabana et al., 2022). La maltraitance à l'enfance constitue un facteur de risque significatif quant au développement d'un trauma complexe (Karatzias et al., 2017; Tian et al., 2022). Les enfants en situation de maltraitance sont confrontés à plusieurs types de mauvais traitements de façon simultanée ou de façon différée (Mercier, 2020). La sévérité et la complexité des symptômes du trauma complexe tendent à augmenter selon le nombre et le type de stressors vécus par l'enfant (Lawson et Quinn, 2013). La maltraitance à l'enfance peut entraîner l'apparition de symptômes traumatiques tels des symptômes de reviviscence (tels que les cauchemars, flashbacks et

souvenirs intrusifs), d'évitement et d'hyperactivation. Ces symptômes peuvent ensuite générer des comportements internalisés (tels que la somatisation, le retrait social, l'anxiété, la dépression, etc.) et externalisés (par ex. les comportements d'agressivité). Les symptômes traumatiques joueraient donc le rôle de variable médiatrice dans la relation entre la maltraitance vécue à l'enfance et les problèmes de comportement (Milot et al., 2010). En ce sens, l'exposition précoce et prolongée à des expériences de maltraitance au sein de la famille peut altérer le fonctionnement de ces enfants et augmenter leur vulnérabilité (Hodgdon et al., 2016). Ainsi, les enfants ayant vécu de l'adversité ou plusieurs formes de trauma au sein du système familial présentent souvent un large éventail de problèmes de santé mentale (Fehrenbach et al., 2022), nécessitant donc une intervention adaptée à leurs besoins.

Engagement parental dans l'intervention

Le trauma complexe durant l'enfance est, par définition, de nature relationnelle ; puisqu'il survient fréquemment au sein de la famille, la relation parent-enfant devient alors la source et le contexte de stress traumatique (Hodgdon et al., 2016). Le support interpersonnel atténue les impacts du trauma et favorise l'acquisition de nouvelles compétences; c'est donc pour cette raison que l'engagement des figures parentales est considéré comme essentiel au processus thérapeutique (Blaustein et Kinniburgh, 2010; Lawson et Quinn, 2013; Hodgdon et al., 2016; Szota et al., 2022). En effet, le soutien parental serait une variable médiatrice dans la relation entre l'adaptation de l'enfant à la suite d'un événement traumatisant; en d'autres mots, il atténuerait le développement de difficultés et renforcerait la capacité de l'enfant à les surmonter (Cook et al., 2005). L'engagement se définit comme le niveau d'investissement, de participation et de sentiment d'implication de l'enfant, du donneur de soins et du clinicien dans l'intervention à laquelle ceux-ci prennent part (Blaustein et Kinniburgh, 2019). L'engagement implique donc, autant par la croyance que l'action, une participation active et une collaboration de tous les acteurs impliqués. Afin d'obtenir un réel engagement quant au processus d'intervention chez ces derniers, tous doivent avoir la conviction que les objectifs de l'intervention sont pertinents et cohérents avec leurs buts et leurs valeurs, et l'intervention doit être perçue comme valide et adaptée aux préférences, au niveau de confort et aux compétences de chacun (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Le fait de percevoir l'intervenant comme également investi dans le

processus thérapeutique est également un facteur essentiel à l'engagement. Toutefois, l'engagement actif des parents est souvent plus difficile pour la clientèle en protection de la jeunesse, et est reconnu comme un aspect prioritaire à développer (Collin-Vézina et al., 2019).

Les manifestations du trauma complexe chez l'enfant peuvent représenter des défis constants pour les familles et peuvent amener les parents à se sentir stressés, dépassés ou frustrés, et particulièrement lorsque leurs interventions habituelles ne sont pas efficaces (Razuri et al., 2016). Également, les adultes ayant eux-mêmes vécu un trauma complexe à l'enfance peuvent rencontrer des difficultés qui persistent à l'âge adulte et qui nuisent à l'exercice de leur rôle parental (Cook et al., 2005). Ces derniers peuvent avoir de la difficulté à répondre adéquatement aux états émotionnels de leurs enfants ou encore percevoir les comportements de l'enfant traumatisé comme une menace ou une provocation personnelle. Également, certaines interactions entre le parent et son enfant peuvent raviver des rappels traumatiques chez le parent et affecter ses compétences parentales (Bouchard et al., 2023; Cook et al., 2005). Ainsi, le fait qu'une grande proportion de parents suivis en protection de la jeunesse aient aussi vécu de la maltraitance à l'enfance peut complexifier le processus d'intervention (Bouchard et al., 2023).

D'autres aspects peuvent influencer l'engagement des parents en contexte de protection de la jeunesse, soit la perception des parents quant aux services offerts, aux gains qu'ils pourraient tirer de sa collaboration, au type de difficultés rencontrées, aux caractéristiques de l'intervenant (niveau d'expérience, niveau d'engagement dans l'intervention et la fréquence des contacts avec les parents) et au type de relation entre le parent et l'intervenant (Saint-Jacques et al., 2015). D'ailleurs, certains parents rapportent que lorsqu'ils considèrent que certaines mesures leur sont imposées, ils tendent à résister à l'intervention ou adoptent plutôt une attitude conformiste, c'est-à-dire qu'ils adhèrent à ce qui leur est proposé, sans toutefois s'impliquer concrètement (Saint-Jacques et al., 2015). De plus, lorsque les interventions sont perçues comme menaçantes par les parents, ceux-ci sont plus enclins à adopter des mécanismes de défense (fermeture, évitement, passivité, attaque, fuite, immobilisation ou dissociation), des manifestations de détresse, de stress ou de dysrégulations émotionnelles et comportementales (Bouchard et al., 2023). D'autres facteurs

sont aussi à considérer quant à l'engagement des parents, soit la reconnaissance de leurs difficultés personnelles, leur volonté à participer aux mesures proposées par l'intervenant et leur intention à modifier leurs comportements problématiques (Saint-Jacques et al., 2015). Un enjeu supplémentaire identifié est que, parfois, les parents reconnaissent leurs difficultés, mais ne se mobilisent pas pour autant; ils seraient plutôt figés par l'ampleur du travail à accomplir (Saint-Jacques et al., 2015).

Les parents ayant une perception positive des services tendent à s'engager davantage, surtout lorsqu'ils sentent que leur enfant est en sécurité depuis la prise en charge, lorsqu'ils croient que leurs habiletés parentales se sont améliorées et lorsqu'ils perçoivent un gain à leur engagement (Saint-Jacques et al., 2015). Néanmoins, en raison du contexte du mandat de la DPJ, les objectifs d'intervention et les perceptions de la situation tendent à différer entre les intervenants et les parents, ce qui fait en sorte que l'engagement des parents demeure un enjeu important (Saint-Jacques et al., 2015). La création d'un lien thérapeutique dans lequel l'intervenant est perçu comme une figure de sécurité par le parent peut contribuer à une mobilisation réelle du parent, renforçant sa disponibilité aux apprentissages et son engagement à l'intervention (Bouchard et al., 2023). Or, bien que les parents aient le droit de bénéficier du soutien des intervenants de la DPJ, certains sont d'avis qu'en raison du manque de temps et des tensions possibles entre eux et les intervenants, la DPJ ne répond pas toujours à leur besoin de soutien (Saint-Jacques et al., 2015). De plus, certaines contraintes organisationnelles, comme le manque de temps, la continuité dans l'intervention et le mandat rendent l'intervention plus difficile (Bouchard et al., 2023).

Réalités et défis des intervenants en protection de la jeunesse

Par le contexte de leur travail, les intervenants doivent composer avec une clientèle généralement non volontaire (Marchand et al., 2018), c'est-à-dire des familles qui sont obligées de recevoir des services sans en avoir fait la demande (Bouchard et al., 2023). Ils interviennent également auprès de personnes vivant des difficultés variées, complexes et nombreuses (Marchand et al., 2018; Massé et Plusquellec, 2024). Le métier d'intervenant en protection de la jeunesse comporte des risques pouvant causer préjudice à leur bien-être, étant un travail éprouvant et porteur de stress (Massé et Plusquellec, 2024). En effet, ces intervenants jouent un rôle crucial auprès d'une clientèle des plus vulnérables, et doivent

veiller à la sécurité et au développement des enfants en contexte de maltraitance (Massé et Plusquellec, 2024). Plusieurs enjeux organisationnels sont aussi observés : le roulement et le manque de personnel, la gestion du risque, le manque de service pour répondre aux besoins complexes des enfants et de leurs familles, le manque de stratégies organisationnelles centrées sur le bien-être des intervenants, ainsi qu'une charge de travail excessive et des exigences administratives élevées (Massé et Plusquellec, 2024).

Ces enjeux peuvent amener les intervenants à développer plusieurs difficultés, telles que l'anxiété, le stress chronique, l'épuisement professionnel, la fatigue de compassion, le trauma vicariant ou le stress post-traumatique (Marchand et al., 2018; Massé et Plusquellec, 2024). Ces difficultés peuvent d'ailleurs affecter l'exercice de leur rôle professionnel et leur niveau d'engagement lors de l'intervention (Marchand et al., 2018). En ce sens, le taux élevé de roulement de personnel des intervenants est souvent causé par le trauma vicariant, l'épuisement professionnel et la détresse des intervenants (Bailey et al., 2019). Au Québec, l'exode des intervenants en protection de la jeunesse est un enjeu bien d'actualité (Gauthier-Davies et al., 2023) : un intervenant sur trois songerait à quitter son emploi à la DPJ (Marchand et al., 2018). Selon Matte-Landry et ses collègues (2023), 70% des intervenants travaillant dans les services en enfance et jeunesse rapportent de la détresse quant à un événement traumatique vécu au travail. L'intervention auprès de personnes ayant un trauma complexe peut être particulièrement difficile en raison d'une grande variabilité de symptômes et de sévérité du trouble (Lawson et Quinn, 2013). D'ailleurs, l'intensité de services que demandent les enfants ayant un trauma complexe peut mener à l'épuisement professionnel, surtout chez les intervenants ayant eux-mêmes vécu des traumas (Maurer et al., 2023).

Modèle Attachement-Régulation-Compétence (ARC) comme cadre d'intervention

Pour soutenir les intervenants, l'implantation de pratiques sensibles au trauma, soit le modèle Attachement-Régulation-Compétence (ARC), a été mise en place dans plusieurs milieux au Québec, incluant le milieu de la protection de la jeunesse (Turcotte et al., 2023). Le modèle ARC est un modèle d'intervention flexible visant à traiter les enfants âgés entre 3 et 17 ans qui ont un trauma complexe (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Il est reconnu comme

une pratique prometteuse (Collin-Vézina, et al., 2018b) et a pu démontrer son efficacité dans plusieurs contextes, soit en milieu scolaire (Dorado et al., 2016; Martineau-Crête et al., 2023), dans les centres d'hébergement (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022; 2024), auprès des familles d'accueil (Collin-Vézina et al., 2015; Hodgdon et al., 2016), en milieu communautaire (Fehrenbach et al., 2022), etc. Bien que le modèle ARC soit reconnu comme une approche prometteuse pour intervenir auprès d'enfants ayant un trauma complexe, son application demeure largement inexplorée dans le contexte particulier où l'enfant habite toujours au domicile familial malgré la situation de compromission. Or, cette réalité constitue l'une des situations traitées par la DPJ et soulève des défis uniques : l'enfant doit se reconstruire dans un environnement marqué par la maltraitance passée, et le parent doit apprendre à devenir une figure sécurisante malgré ses propres vulnérabilités. Comprendre comment les intervenants soutiennent ces familles avec le modèle ARC, quels obstacles sont rencontrés et quels éléments facilitent le processus d'intervention apparaît donc essentiel, dans le but d'outiller à la fois les praticiens et les familles, et de contribuer à des interventions davantage ciblées et efficaces.

Objectifs et structure du mémoire

Ce mémoire a pour objectif général d'explorer le point de vue et l'expérience des intervenants dans la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès des familles suivies en protection de la jeunesse au secteur de l'application des mesures et pour lesquelles un enfant ayant un trauma complexe habite au domicile familial. L'objectif spécifique de l'étude est de documenter l'application du modèle ARC auprès des familles / parents dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial. La première section de ce mémoire contient un cadre conceptuel ainsi qu'un cadre théorique, afin de bien définir plusieurs notions essentielles entourant le projet de recherche. La deuxième section inclura un article scientifique qui fait état de l'application du modèle ARC par les intervenants de la DPJ auprès des familles dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial. La troisième section de ce mémoire consiste en une conclusion générale faisant état de recommandations et des retombées de l'étude pour l'intervention psychoéducative.

Chapitre 1 Comprendre le trauma complexe : cadre conceptuel et fondements théoriques

1.1 Cadre conceptuel

Le trauma complexe est une problématique découlant d'expériences répétées de traumatismes relationnels, généralement perpétués par une personne de confiance (Bouchard et al., 2023). Ces traumatismes relationnels peuvent être vécus en contexte de maltraitance au sein du système familial, par exemple par de la négligence ou encore des abus sexuels, physiques ou psychologiques (Bouchard et al., 2023). Ces expériences peuvent entraîner des difficultés d'adaptation, augmentant les risques de développer un trouble de santé mentale, des problèmes de consommation, des difficultés interpersonnelles, de la violence conjugale ou sexuelle ou encore d'être en situation de pauvreté (Bouchard et al., 2023). Les personnes ayant développé un trauma complexe peuvent vivre plusieurs difficultés sur différentes sphères de leur vie ; les répercussions des traumas complexes peuvent être différenciées selon plusieurs catégories (Godbout et al., 2018a). Afin de bien conceptualiser le trauma complexe, les sections suivantes aborderont son évolution, sa prévalence, les facteurs associés à son développement ainsi que les neuf grandes catégories des répercussions qui en découlent.

1.1.1 Évolution du concept de trauma complexe

Le concept de trauma complexe a émergé dans les années 1990 pour pallier les limites du diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT), qui ne permettait pas de saisir l'ensemble des manifestations psychologiques et développementales découlant d'une exposition chronique à des contextes interpersonnels traumatiques (Cook et al., 2005). D'ailleurs, les enfants ayant vécu de la maltraitance et rencontrant des difficultés tendent à recevoir différents diagnostics tels que la dépression, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble de l'opposition, les troubles de comportements, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, les troubles du sommeil, les troubles de la communication, l'anxiété de séparation ou encore les troubles d'attachement (Cook et al., 2005). Néanmoins, ces diagnostics ne rendent que partiellement compte de la complexité des atteintes développementales liées au trauma complexe (Cook et al., 2005). Judith Herman a été l'une des premières à conceptualiser le trauma complexe, en décrivant plusieurs symptômes

émergeant à la suite de traumatismes chroniques, prolongés ou répétés (notamment des abus sexuels ou physiques durant l'enfance), définissant comme caractéristique centrale un sentiment de captivité et une impression qu'il est impossible d'échapper au traumatisme en cours (Stubley et al., 2025).

Afin d'opérationnaliser la compréhension du trauma complexe et de pallier les limites du TSPT, un nouveau diagnostic est formulé : le *disorder of extreme stress – not otherwise specified* (Milot et al., 2018a). Le diagnostic contient sept critères, soit 1) l'exposition prolongée à des traumatismes, des changements observés dans 2) la régulation émotionnelle, 3) la conscience, 4) la perception de soi, 5) la perception de l'agresseur, 6) les relations avec autrui et 7) le système de croyances. Le diagnostic est proposé comme inclusion dans le DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), mais n'est retenu que comme une caractéristique associée au TSPT. Dans les années 2000, dans le but d'inclure une perspective développementale du trauma, un nouveau diagnostic est formulé, soit le *Developmental trauma disorder* (Milot et al., 2018a). Ce diagnostic propose cinq critères, soit 1) l'exposition à l'enfance de traumatismes multiples ou prolongés, 2) des difficultés physiologiques et affectives, 3) des difficultés comportementales et d'attention, 4) des difficultés relationnelles et 5) des symptômes traumatiques semblables à ceux du TSPT et des problèmes d'identité. Toutefois, le trouble n'est pas inclus dans le DSM-5 (APA, 2013), jugeant que les preuves scientifiques étaient insuffisantes pour le différencier du TSPT et pour démontrer sa pertinence comme ajout (Milot et al., 2018a).

Ainsi, le trauma complexe ne figure pas comme diagnostic distinct dans la classification nord-américaine du DSM-5-TR (APA, 2022). Toutefois, la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé a officiellement introduit en 2018 le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C ; Stubley et al., 2025). Celui-ci inclut, en plus des symptômes classiques du TSPT, trois dimensions centrales : une perturbation chronique et envahissante de la régulation émotionnelle (difficulté à réguler ses états physiologiques, cognitifs et émotionnels), du concept de l'identité (image de soi profondément négative ou instable), et des relations interpersonnelles (difficulté à maintenir des relations sécurisantes; Milot et al., 2021; Stubley et al., 2025). Dans le but de répondre à la demande des cliniciens de reconnaître les effets à

long terme des traumatismes répétés, le CIM-11 différencie le TSPT du TSPT-C, en distinguant le TSPT comme les symptômes centrés sur le trauma, alors que le TSPT-C entraîneraient des altérations plus profondes de la personnalité et du fonctionnement (Maercker et al., 2013). Ainsi, le concept de trauma complexe est reconnu comme une entité diagnostique, par le biais du TSPT-C (Milot et al., 2021).¹

1.1.2 Prévalence

Il est à noter que le dépistage et l'évaluation du trauma complexe peut être difficile à comptabiliser (Milne et Collin-Vézina, 2018). Considérant que le trouble inclut une diversité de symptômes recoupés dans plusieurs diagnostics de troubles mentaux du DSM et que la comorbidité avec d'autres troubles est fréquente, établir un diagnostic clair de trauma complexe peut s'avérer difficile (Lawson et Quinn, 2013). De plus, les auteurs ayant comptabilisé la prévalence du trauma complexe ont pour la plupart utilisé des autoquestionnaires, entre autres l'*International Trauma Questionnaire* (ITQ), ne permettant d'établir que des diagnostics probables de trauma complexe (Mengin, 2023). Bien que plusieurs études aient analysé la prévalence du trauma complexe chez différentes populations, celles-ci demeurent peu nombreuses et nécessiteraient que davantage de travaux de recherche soient effectués (Mengin, 2023). D'ailleurs, il est pertinent de noter que les études mentionnées reposent sur la définition du trauma complexe proposée dans la CIM-11 et non celle suggérée pour le DSM; ainsi, les prévalences présentées doivent être interprétées comme possiblement conservatrices puisqu'elles reposent sur des critères diagnostiques davantage restrictifs.

En ce qui concerne la population générale, la prévalence du trauma complexe varie entre 1% et 8% dans les pays à haut revenu, tels que les États-Unis, l'Allemagne, Israël et l'Irlande (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021b; Maercker et al., 2018; 2022b; Mengin, 2023). Sa prévalence atteint 13% de la population du Royaume-Uni (Karatzias et al., 2019), et varie entre 13% et 20% dans les pays à faible revenu, notamment dans trois pays africains, soit le Ghana, le Kenya et le Nigeria (Ben-Ezra et al., 2020). Il est possible d'observer une prévalence plus élevée dans les pays à faible revenu : cette tendance

¹ Dans le cadre de ce mémoire, le terme « trauma complexe » est utilisé de manière générique, afin d'uniformiser le concept formulé de plusieurs façons dans la littérature scientifique.

pourrait entre autres être expliquée par une exposition plus accrue à la violence. En effet, dans ces pays, les abus sexuels, les agressions physiques, les accidents domestiques ou de travail ainsi qu'un niveau élevé de souffrance constituaient des variables significatives quant au diagnostic probable d'un trauma complexe (Mengin, 2023).

La prévalence varierait aussi selon le sexe, l'âge des personnes et les expériences vécues. Chez les enfants, sa prévalence serait de 3% en Irlande (Redican et al., 2022) et de 2% chez les enfants se rendant à l'urgence à la suite d'une exposition à un événement traumatique (Elliott et al., 2021). Chez les femmes victimes de violence conjugale, près de 40% de ces femmes avaient un trauma complexe (Fernández -Fillol et al., 2021). Knefel et Lueger-Schuster (2013) ont étudié sa prévalence chez les adultes ayant été institutionnalisés lors de leur enfance et ayant vécu de l'abus : 21% de l'échantillon rencontraient les critères diagnostics du trauma complexe. Une autre étude a mis en lumière que 13% des adultes avec un trouble de santé mentale auraient également un trauma complexe (Lewis et al., 2022). Finalement, en contexte de protection de la jeunesse en Ontario, selon un échantillon de 375 enfants et de 291 adolescents, 86% des enfants et 87% des adolescents présentaient des symptômes cliniquement significatifs liés au trauma complexe, atteignant le seuil clinique d'au moins une sous-échelle des manifestations mesurées à l'aide du *Assessment Checklist for Children* et du *Assessment Checklist for Adolescents* (Smith et al., 2024).

Dans une étude s'intéressant aux différences entre les sexes et les âges chez les personnes présentant un trauma complexe dans quatre pays, soit l'Irlande, les États-Unis, Israël et le Royaume-Uni, les résultats sont variables : seul l'échantillon américain rapporte une différence significative entre les sexes, que les femmes seraient 1,84 fois plus susceptibles que les hommes d'avoir un trauma complexe (McGinty et al., 2021). Les résultats sont tout aussi inconstants quant aux différences d'âge et tendent à varier selon le pays (McGinty et al., 2021). Dans l'étude de Knefel et Lueger-Schuster (2013), les femmes présentaient une prévalence plus élevée que les hommes, atteignant respectivement 40% et 16%. Dans l'étude de Ho et ses collègues (2021), les femmes tendaient également à avoir une prévalence plus élevée que les hommes. Dans une autre étude analysant la différence entre les sexes quant aux symptômes du trauma complexe, les résultats suggèrent que, bien que les deux sexes aient été exposés à des taux similaires de traumas interpersonnels, les

femmes présentent des symptômes du trauma complexe plus sévères que les hommes, notamment sur le plan de la régulation émotionnelle, de l'image de soi négative, des difficultés relationnelles, des manifestations de dissociation, de la détresse psychologique globale et d'un moins bon fonctionnement global (Giarratano et al., 2020). Il est donc possible que les femmes présentent une prévalence plus élevée que les hommes, et que leurs symptômes soient davantage sévères. Toutefois, les résultats issus de la littérature demeurent contradictoires, et, contrairement au TSPT, le trauma complexe ne semble pas répondre à une distribution claire selon le sexe ou l'âge (McGinty et al., 2021).

1.1.3 Facteurs associés au développement d'un trauma complexe

Une multitude de facteurs de risque ont été associés au développement d'un trauma complexe. D'abord, la maltraitance à l'enfance est un facteur de risque significatif du trauma complexe (Hyland et al., 2021a; Karatzias et al., 2017; Maercker et al., 2022b; Tian et al., 2022). Plus spécifiquement, le fait d'avoir été victime d'abus sexuels, (Haselgruber et al., 2020; Leiva-Bianchi et al., 2023), d'abus psychologiques (Haselgruber et al., 2020; Lortye et al., 2024; Omidbakhsh et al., 2025; Tian et al., 2022), d'abus émotionnels (Hyland et al., 2021a), d'abus physiques (Hyland et al., 2021a; Kazlauskas et al., 2020), de négligence émotionnelle (Haselgruber et al., 2020) et de négligence physique (Lortye et al., 2024) représentent des facteurs associés au développement du trauma complexe. Également, être témoin de violences physiques dans la famille ou dans la communauté (Kazlauskas et al., 2020; Maercker et al., 2022b), être victime d'intimidation ou de harcèlement (Hyland et al., 2021a) seraient associés au développement d'un trauma complexe. Aussi, certains facteurs entrent également en ligne de compte pour le développement du trauma complexe, soit la pauvreté et un problème de consommation de substances chez le parent (Maercker et al., 2022b). Un style d'attachement insécuré, des problèmes familiaux (difficultés financières ou présence de conflits), des problèmes scolaires (intimidation ou troubles d'apprentissage) et la perception du manque de soutien social seraient des facteurs de risque du trauma complexe (Mengin, 2023).

De plus, la polyvictimisation est un concept fortement associé au développement d'un trauma complexe (Maercker et al., 2022b). La polyvictimisation fait référence au cumul d'expériences de victimisation vécues dans différents contextes, tant à l'intérieur (comme

l'exposition à des traumatismes interpersonnels) qu'à l'extérieur (par exemple l'exposition à du harcèlement en milieu scolaire) du système familial (Finkelhor et al., 2007). En ce sens, la polyvictimisation se révélerait être le type de trauma à l'origine du développement d'un trauma complexe, entraînant des altérations dans l'organisation de soi, les capacités relationnelles, la régulation émotionnelle ainsi que certaines fonctions exécutives (mémoire et attention), ce qui peut entraver la résolution du trauma complexe (Maercker et al., 2022b). Ainsi, le concept de traumatismes cumulatifs prend tout son sens : les expériences adverses accumulées, surtout lors de l'enfance, augmente les stressés vécus par l'enfant et expose celui-ci à un risque accru de développer un trauma complexe (Maercker et al., 2022b).

D'autres études ont examiné les mécanismes qui relient la maltraitance infantile au développement d'un trauma complexe, en identifiant notamment la régulation émotionnelle (Knefel et al., 2019), le style d'attachement (Maercker et al., 2022a) et la dissociation (Jowett et al., 2022) comme variables médiatrices. En ce sens, une revue de la littérature s'est intéressée spécifiquement au lien entre la maltraitance à l'enfance et le trauma complexe (Omidbakhsh et al., 2025). Ces auteurs relèvent cinq variables médiatrices, ayant un impact sur la sévérité des symptômes du trouble : 1) la capacité de régulation émotionnelle, 2) les facteurs intrapersonnels (par exemple les attitudes ou décisions, le concept de soi ou l'estime de soi), 3) les facteurs interpersonnels (tels que les relations ou les interactions sociales), 4) la dissociation (qui est utilisée comme une stratégie d'adaptation) ainsi que 5) les facteurs sociaux (comme les différences culturelles, socioéconomiques ou géographiques). Par rapport aux facteurs sociaux, la culture façonne les croyances et les valeurs de chacun, ce qui peut modifier la réaction face aux traumatismes (Heim et al., 2022). Quant aux facteurs socioéconomiques, les individus venant de milieux défavorisés font souvent face à davantage d'adversité, de stress lié aux difficultés financières et ont un accès plus limité aux services d'aide psychosociale (Dohrenwend, 1990). En ce qui concerne les facteurs géographiques, les personnes venant de milieux ruraux pourraient vivre davantage d'isolement et de manque de support, comparativement aux gens en milieux urbains, qui peuvent avoir accès à davantage de ressources en santé mentale (Cortina et Hardin, 2023; Graves et al., 2023). Aussi, certains facteurs environnementaux, tels que la violence communautaire ou l'exposition à des catastrophes naturelles peuvent altérer la réponse au trauma complexe (Omidbakhsh et al., 2025). Ainsi, plusieurs facteurs de risque sont associés au développement

d'un trauma complexe et certaines variables semblent diminuer ou exacerber les symptômes de ce trouble. D'ailleurs, le développement d'un trauma complexe peut se répercuter dans plusieurs sphères de vie d'une personne : ses manifestations peuvent être catégorisées selon neuf dimensions.

1.1.4 Catégories des répercussions du trauma complexe

Selon Godbout et ses collègues (2018a), les répercussions des traumas complexes peuvent être répertoriées en neuf grandes catégories : 1) dissociation et évitement, 2) problèmes relationnels et d'attachement, 3) identité et concept de soi altéré, 4) somatisation et psychologie/biologie, 5) problèmes cognitifs et d'apprentissage, 6) régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie, 7) compréhension du monde, 8) comportements dysfonctionnels et 9) mentalisation. Chacune de ces catégories sont décrites dans les sections ci-dessous.

1.1.4.1 Dissociation et évitement. La dissociation se définit par une perturbation de la mémoire, de la perception, de la conscience, des émotions ou encore des comportements (Vancappel et Hingray, 2023). Elle peut être comprise comme un processus d'évitement expérientiel, ou comme une stratégie d'adaptation : les individus y ont recours pour éviter les émotions négatives perçues comme trop intenses (Godbout et al., 2018a; Vancappel et Hingray, 2023). En ce sens, lorsqu'un enfant vit un moment traumatique, plusieurs symptômes de dissociation peuvent être adoptés dans le but de se « couper » de l'expérience (Godbout et al., 2018a). Les manifestations de la dissociation sont diverses, incluant entre autres la déréalisation (se sentir détaché de son corps ou avoir l'impression d'être dans un rêve), la dépersonnalisation (avoir l'impression que l'expérience est vécue par quelqu'un d'autre que soi-même), la perte de mémoire (altération des souvenirs) et les altérations mnémoniques (altération du sens des expériences vécues; Godbout et al., 2018a). D'autres symptômes de dissociation peuvent survenir, tels que la confusion de l'identité, l'absorption, les black-out, l'impression de regarder à travers un brouillard, l'altération de la perception du temps, des objets, de la lumière ou des sons, la vision tunnel ou l'hypo-activation (Vancappel et Hingray, 2023). À titre d'exemple, lors de symptômes de dissociation, l'enfant pourrait sembler « être dans la lune » ou porter peu attention à ce qui se passe autour de lui (Maercker et al., 2022b).

Étant donné que l'exposition à un événement traumatique représente un facteur de risque quant à l'utilisation de la dissociation comme mécanisme de défense, une victimisation chronique augmente donc considérablement les probabilités de recourir à la dissociation (Godbout et al., 2018a). D'ailleurs, un lien positif et bidirectionnel a été mis en lumière entre la dissociation et la régulation émotionnelle dans le cadre d'une méta-analyse (Cavicchioli et al., 2021). En effet, plus une personne présente des difficultés de régulation émotionnelle, plus elle manifeste des symptômes dissociatifs. Le contraire est également vrai : plus une personne manifeste des symptômes dissociatifs, plus elle présente des difficultés de régulation émotionnelle (Cavicchioli et al., 2021). Ainsi, le cumul d'expériences traumatiques tend à augmenter les symptômes de dissociation et à maintenir la dysrégulation émotionnelle; l'enfant, ayant développé peu de stratégies adaptatives pour faire face aux difficultés, peut tendre à se dissocier de façon plus persistante lorsque celui-ci vit un événement traumatique ou encore un rappel de cet événement (Godbout et al., 2018a). D'après Omidbakhsh et ses collègues (2025), la dissociation serait une variable médiatrice dans la relation entre la maltraitance à l'enfance et le développement du trauma complexe : les enfants vivant de la maltraitance peuvent recourir à la dissociation pour se protéger de ces expériences négatives, et le recours à la dissociation contribue au développement du trauma complexe, affectant les sphères identitaire, relationnelle et émotionnelle ainsi que le sentiment de sécurité (Omidbakhsh et al., 2025). Ainsi, la dissociation sert de stratégie d'adaptation pour les personnes ayant vécu de la maltraitance à l'enfance et est liée à la sévérité des symptômes du trouble (Dorahy et al., 2015).

1.1.4.2 Problèmes relationnels et d'attachement. L'attachement est l'un des éléments les plus centraux dans la compréhension du trauma complexe et de la constitution de soi, puisque les capacités d'attachement représentent l'un des principaux domaines affectés chez les enfants maltraités (Rolling, 2023). D'ailleurs, les perturbations de l'attachement représentent un facteur de risque quant au développement d'un trauma complexe (Rolling, 2023). Les enfants ayant vécu de la maltraitance présentent un risque élevé de développer un style d'attachement insécurisant (ambivalent, évitant ou désorganisé); 80% des enfants maltraités développeraient des styles d'attachement insécures (Cook et al., 2005; Godbout et al., 2018a). En ce sens, l'une des hypothèses expliquant le lien entre les traumas complexes et le style d'attachement insécurisé constitue le fait que les parents

d'enfants victimes de traumatismes intrafamiliaux sont à la fois une source de peur et de réconfort aux yeux de leurs enfants (Godbout et al., 2018a). En effet, les traumatismes interpersonnels vécus amènent les enfants à vouloir chercher du réconfort auprès de personnes significatives autour d'eux; or, les parents supposés répondre à leurs besoins de sécurité affective sont à l'origine de leur détresse (Godbout et al., 2018a; Rolling, 2023). Ainsi, les enfants intègrent un modèle négatif d'eux-mêmes et d'autrui, entre autres qu'ils sont indignes d'amour et de soins et que les personnes autour d'eux ne sont pas fiables. Ils peuvent donc devenir plus sensibles au rejet et à l'abandon en contexte relationnel (Godbout et al., 2018a). Ces enfants, vivant de la détresse, tendent tout de même à chercher activement du réconfort auprès de leurs parents, ce qui les met à risque de re-victimisation (Godbout et al., 2018a; Lawson et Quinn, 2013). Par conséquent, les enfants avec un trauma complexe, ayant intériorisé des représentations internes découlant d'événements traumatiques, peuvent vivre des difficultés relationnelles avec autrui et faire difficilement confiance aux autres, notamment par de la méfiance envers les pairs, les figures d'autorité, les partenaires amoureux, etc. (Godbout et al., 2018a; Lawson et Quinn, 2013). Ces difficultés relationnelles et d'attachement peuvent exacerber leurs symptômes de trauma complexe et contribuer à l'altération de leur fonctionnement (Lawson et Quinn, 2013; Omidbakhsh et al., 2025).

1.1.4.3 Identité et concept de soi altéré. Les notions d'identité et de concept de soi peuvent être affectées de diverses manières en contexte de trauma complexe (Rolling, 2023). En effet, les enfants exposés aux traumatismes peuvent développer un état d'hypervigilance, afin de se protéger du monde extérieur, qui est perçu comme dangereux (Godbout et al., 2018a). De ce fait, ces enfants, occupés à « survivre » et se protéger de leur environnement, sont peu centrés sur la connaissance de soi et l'exploration saine de leur fonctionnement interne, puisqu'ils vivent dans un environnement invalidant, dangereux ou instable (Godbout et al., 2018a). Ainsi, leur développement identitaire est affecté, puisqu'ils apprennent peu à se connaître, par exemple leurs propres réactions ou limites (Godbout et al., 2018a). Également, les enfants ayant développé un trauma complexe peuvent présenter une perception négative de soi, tendant à se percevoir comme impuissants ou « endommagés » (Godbout et al., 2018a). Plus concrètement, ils peuvent vivre un sentiment de confusion, un manque de confiance en leurs perceptions et envers eux-mêmes, un sentiment de honte et de culpabilité quant aux événements vécus, un sentiment de vide intérieur, une faible estime de soi ou

encore une faible valeur personnelle (Godbout et al., 2018a; Li et Liang, 2023; Melamed et al., 2024). Il existe d'ailleurs un lien entre les manifestations de dissociation et l'altération du concept de soi : les enfants vivant de la maltraitance internaliseraient les manifestations de dissociation de trois façons dans leur conscience de soi, notamment par la « compartimentation des souvenirs et des sentiments douloureux, le détachement de la conscience des émotions du soi et l'automatisation du comportement » (Rolling, 2023, p. 61). Sur le plan clinique, ces manifestations peuvent s'observer par des croyances « déconnectées » des émotions, des réactions somatiques ainsi que des manifestations comportementales inconscientes (Rolling, 2023).

1.1.4.4 Somatisation et physiologie/biologie. En contexte de trauma complexe, une multitude de réactions biologiques sont déclenchées de façon automatique, afin de répondre aux émotions négatives ressenties lors d'événements traumatiques (Godbout et al., 2018a). En ce sens, le trauma complexe est associé à une altération du système de réponse au stress, soit l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien (HPS), responsable de la production de cortisol, qui est l'hormone du stress (Godbout et al., 2018a). Deux trajectoires distinctes sont observables chez ces enfants, soit un taux de cortisol anormalement élevé (Elzinga et al., 2003; Godbout et al., 2018a; Heim et al., 2000; 2001; 2002) ou anormalement bas (Godbout et al., 2018a; Meewisse et al., 2007); ceux-ci deviennent donc hyper-réactifs ou hypo-réactifs au stress (Godbout et al., 2018a). Ainsi, face au stress, les enfants hyper-réactifs pourraient présenter des réactions immédiates, intenses et démesurées, alors que les enfants hypo-réactifs pourraient paraître détachés, téméraires ou peu affectés (Godbout et al., 2018a). Il importe également de préciser que plusieurs stimuli, tels que les sensations tactiles, les bruits, les odeurs ou les goûts, peuvent être un rappel traumatique pour ceux-ci et les amener à réagir de manière excessive ou insuffisante (Razuri et al., 2016). De ce fait, ces enfants peuvent développer une sensibilité accrue aux stimuli internes et externes, modifiant ainsi le système de réponse au stress (Maurer et al., 2023).

De façon plus générale, Teicher et ses collègues (2016) ont démontré que les expériences adverses durant l'enfance affectent le fonctionnement neurocognitif (la mémoire de travail et la capacité d'inhibition), ce qui est manifesté par des altérations des régions cérébrales sensibles au stress et aux émotions vécues, telles que l'amygdale, l'hippocampe et

le cortex cingulaire antérieur. Une méta-analyse analysant les expériences adverses à l'enfance et les effets sur l'hippocampe et l'amygdale renforce aussi cette hypothèse (Calem et al., 2017). En effet, Calem et ses collègues (2017) suggèrent que les régions cérébrales sensibles aux émotions sont particulièrement vulnérables aux effets des expériences adverses, en raison de leur forte densité de récepteurs aux glucocorticoïdes, qui ont pour rôle de libérer le taux de cortisol. Ainsi, la libération prolongée de glucocorticoïdes serait néfaste, entraînant une atrophie dendritique et une suppression de la neurogénèse, pouvant aussi causer le développement de certains troubles mentaux tels qu'un trouble de l'humeur, la schizophrénie, le trouble de personnalité limite ou le trouble de stress post-traumatique (Calem et al., 2017).

Sur le plan de la santé physique, les répercussions du trauma complexe sont répertoriées en plusieurs catégories, soit les atteintes physiques directes (fractures, ecchymoses, brûlures, lésions oculaires/cérébrales) ou indirectes (carences alimentaires, obésité), les décompensations de pathologies somatiques (asthme, eczéma), les symptômes somatiques (douleurs chroniques, abdominales, céphalées) ou les troubles neurologiques fonctionnels (symptômes neurologiques réels ne s'expliquant pas par une lésion ou une anomalie structurelle) (Rolling, 2023). De façon plus générale, le cumul d'événements traumatiques serait associé à plusieurs difficultés somatiques, notamment les maux somatiques (maux de ventre, maux de tête), la fibromyalgie, les douleurs chroniques, la fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable et le désordre temporo-mandibulaire (troubles des articulations et muscles de la mâchoire; Godbout et al., 2018a).

1.1.4.5 Problèmes cognitifs et d'apprentissage. Les personnes ayant un trauma complexe peuvent présenter des déficits quant au fonctionnement cognitif et aux processus d'apprentissage (Godbout et al., 2018a). Plus précisément, ces déficits peuvent être constatés en ce qui concerne la capacité d'attention (Rolling, 2023) et les fonctions exécutives, entre autres par rapport à la capacité d'inhibition (Cowell et al., 2015), de planification et de résolution de problème (Nolin et Éthier, 2007), de flexibilité cognitive (Nadeau et Nolin, 2013; Op den Kelder et al., 2018) ainsi que de mémoire de travail (Bücker et al., 2012; Cowell et al., 2015). Ces déficits peuvent engendrer des difficultés d'apprentissage en milieu scolaire, les mettant à risque de faibles résultats scolaires, de redoubler une année,

d'abandonner leurs études ou de vivre des échecs en milieu professionnel (Godbout et al., 2018a; Rolling, 2023). Plus concrètement, ces déficits cognitifs peuvent se manifester par des comportements impulsifs, ainsi qu'une difficulté à anticiper les conséquences de leurs actes et à considérer l'opinion d'autrui. Ils peuvent également complexifier la planification des tâches, le respect des échéanciers et l'utilisation de stratégies efficaces et positives en situation de conflits avec les autres (Godbout et al., 2018a). Ainsi, les problèmes cognitifs des personnes avec trauma complexe peuvent affecter au quotidien différentes sphères de leur vie, que ce soit à la maison, à l'école, au travail ou en contexte relationnel (Godbout et al., 2018a).

1.1.4.6 Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie. La régulation émotionnelle renvoie à la capacité de reconnaître, d'évaluer, d'exprimer et de moduler les réactions émotionnelles de manière à favoriser un fonctionnement adaptatif (Gratz et Roemer, 2004). Les capacités de régulation émotionnelle se développent dès les premiers stades de vie, principalement par les interactions avec le donneur de soins de l'enfant, par l'entremise d'observation, de validation de leurs émotions ou par le climat affectif de leur milieu de vie (Pfluger et al., 2022). À mesure que l'enfant grandit, il apprend à distinguer les états affectifs, à élaborer des stratégies d'adaptation pour les exprimer et les moduler et à peaufiner sa compréhension de la complexité de son vécu interne (Godbout et al., 2018a). Toutefois, les expériences de maltraitance à l'enfance représentent un facteur de risque quant à l'acquisition de ces compétences (Gruhn et Compas, 2020; Lavi et al., 2019; Luke et Banerjee, 2013) et peuvent contribuer au développement d'un trauma complexe (Hepp et al., 2021; Knefel et al., 2019).

En contexte de trauma complexe, les enfants sont exposés à de nombreux obstacles affectant l'acquisition de compétences de régulation émotionnelle, telles que la compréhension, le décodage et l'expression de leur monde émotif (Godbout et al., 2018a). En effet, ils sont exposés à des modèles de régulation émotionnelle inadéquats, puisque les donneurs de soins échouent à soutenir le développement de ces habiletés (Godbout et al., 2018a; Pfluger et al., 2022). Les situations de négligence limitent les possibilités d'apprentissage de l'enfant, alors que les situations d'abus tendent à invalider ou biaiser son expérience émotive (Clinchard et al., 2025; Godbout et al., 2018a). Puis, l'intensité, la

complexité et la contradiction des différentes émotions vécues par l'enfant lors de traumatismes peuvent créer des perturbations durables de l'humeur, complexifier la compréhension de leurs émotions et entraîner l'adoption de stratégies d'adaptation malsaines, telles que la dévalorisation de soi, la suppression et le déni de ses émotions (Godbout et al., 2018a; Pfluger et al., 2022). Ces difficultés peuvent persister jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte (Henschel et al., 2019; Pfluger et al., 2022). D'ailleurs, chez les personnes ayant vécu des traumatismes complexes, la suppression de leurs émotions et l'absence de réévaluation cognitive (stratégie saine de régulation émotionnelle) contribuent au développement de troubles mentaux internalisés, tels que la dépression et les troubles anxieux (Pfluger et al., 2022).

L'alexithymie, qui réfère à la difficulté d'identifier, de différencier et d'exprimer ses émotions ou celles d'autrui, fait partie des manifestations de dysrégulation émotionnelle chez les enfants en contexte de trauma complexe (Godbout et al., 2018a; Robin et al., 2025). D'ailleurs, le style d'attachement semble être un facteur influençant plusieurs dimensions de la régulation émotionnelle, dont l'alexithymie (Robin et al., 2025). Les personnes avec un style d'attachement ambivalent entretiendraient une perception émotionnelle orientée vers autrui, suggérant des difficultés en ce qui concerne leurs propres émotions (Robin et al., 2023). À l'inverse, celles avec un style d'attachement évitant détiendraient une perception émotionnelle orientée vers soi, suggérant des difficultés en ce qui concerne les émotions d'autrui. Puis, celles avec un style d'attachement désorganisé impliqueraient plutôt une déconnection de tout état émotif, engendrant des difficultés quant à leurs propres émotions ainsi que celles d'autrui (Robin et al., 2023). Chez les individus ayant vécu des traumatismes à l'enfance, l'alexithymie contribue à l'apparition de problèmes psychosociaux, notamment la détresse psychologique, les problèmes de consommation de substances, les maux somatiques, les comportements autodestructeurs et le développement de certains troubles mentaux (dépression, anxiété et traits de personnalité limite; Godbout et al., 2018a).

1.1.4.7 Compréhension du monde. Les traumatismes complexes vécus dans l'enfance altèrent profondément la façon dont les enfants perçoivent le monde et l'avenir. En effet, ces enfants tendent généralement à surestimer la probabilité qu'ils vivent des événements négatifs et à sous-estimer la probabilité qu'ils vivent des événements positifs (Rolling, 2023). Ils sont donc conditionnés à être en mode de « survie », axés sur le moment présent, tentant

d'anticiper la venue d'un événement adverse (Godbout et al., 2018a; Rolling, 2023). Par conséquent, les enfants avec un trauma complexe sont portés à adopter une attitude de vigilance, à développer une propension à prédire le malheur et une certitude qu'ils seront exposés à nouveau à un événement traumatique : ils peuvent même avoir une réaction négative lorsqu'ils vivent des moments positifs (Godbout et al., 2018a; Rolling, 2023). Ainsi, ces pensées peuvent se traduire par un sentiment d'impuissance, une perception du monde comme dangereux et imprévisible ainsi qu'une perte d'espoir et de confiance en la vie (Godbout et al., 2018a). D'ailleurs, leur perception négative du monde les amène à devenir méfiants et limite leur volonté à chercher du soutien externe lorsque nécessaire (Godbout et al., 2018a).

1.1.4.8 Comportements dysfonctionnels. Les personnes présentant un trauma complexe peuvent adopter une variété de comportements dysfonctionnels. Ceux-ci peuvent être adoptés en tant que stratégie d'adaptation, comme tentative de réduction de la détresse ou comme tentative de reprise de contrôle sur leur vécu (Godbout et al., 2018a; Rolling, 2023). Ces derniers sont entre autres le résultat d'une prédominance de l'agir (Rolling, 2023; Terradas et al., 2019), d'une réactivité émotionnelle liée à un état d'hypervigilance, d'une faible capacité d'inhibition, d'une perception erronée de la réalité et d'une internalisation inadéquate de schémas relationnels marqués par des expériences répétées de violence ou d'abus (Godbout et al., 2018a). Ces difficultés peuvent se manifester sous forme de comportements intériorisés, comme l'anxiété, la dépression, les maux somatiques et le retrait social, ou encore de comportements extériorisés, comme la colère, l'agressivité, l'opposition ou l'abus de substances (Godbout et al., 2018a). Certaines personnes présentent également des comportements agressifs, caractérisés par de l'impulsivité, des crises de rage et des actes agressifs ou destructeurs prémédités (Godbout et al., 2018a). D'autres peuvent avoir recours à des comportements à risque, tels que l'automutilation, une sexualité compulsive ou même une tentative de suicide (Godbout et al., 2018a; Rolling, 2023). Certains de ces individus peuvent aussi dévier vers une trajectoire délinquante, marquée par des comportements antisociaux, violents et criminels (Godbout et al., 2018a). Ces comportements dysfonctionnels peuvent être des facteurs de risque à d'autres problèmes plus sérieux à long terme, comme le développement d'un trouble comorbide et l'exposition à la revictimisation (Rolling, 2023).

1.1.4.9 Mentalisation. La mentalisation fait référence à un processus mental imaginatif, subjectif et dynamique, par rapport à soi ou autrui, permettant de percevoir et d'interpréter les comportements humains en termes d'états mentaux intentionnels (Terradas et al., 2019). Les états mentaux considérés dans la mentalisation incluent les pensées, sentiments, attentes et intentions. Chez les enfants ayant un trauma complexe, la capacité de mentalisation est inhibée, puisque l'exposition aux traumatismes interpersonnels freine chez ceux-ci l'exploration de leurs propres états mentaux ainsi que ceux d'autrui. Ainsi, ces enfants demeurent à des stades prémentalisation, parsemés de distorsions cognitives et d'incompréhension quant à eux-mêmes, à autrui et dans le cadre de leurs relations interpersonnelles. Trois stades prémentalisation sont mis en lumière, soit la prédominance du mode téléologique, du mode d'équivalence psychique ainsi que du mode fictif (Terradas et al., 2019).

En ce qui concerne la prédominance du mode téléologique, les enfants intégreront une représentation mentale de leurs états internes en fonction de leurs sensations physiques, sans tenir compte de leurs états mentaux; ce stade prémentalisation est caractérisé par l'agir, l'agressivité ou la surexcitation (Terradas et al., 2019). D'ailleurs, leur compréhension d'eux-mêmes, des autres et du monde est axée sur ce qui leur est observable et tangible (Terradas et al., 2019). En ce qui concerne la primauté du mode d'équivalence psychique, celui-ci fait référence à une confusion entre la réalité interne et externe de l'enfant, menant à la croyance que ses propres états internes représentent la réalité et que la réalité représente ses propres états internes (Godbout et al., 2018a; Terradas et al., 2019). En ce qui a trait à la prépondérance du mode fictif, ce mode correspond à la croyance de l'enfant que les autres ne peuvent pas comprendre ses états mentaux, ou ne s'y intéressent pas, entraînant un détachement complet de son expérience interne lors de l'interprétation de situations (Godbout et al., 2018a; Terradas et al., 2019).

L'inhibition de la capacité de mentalisation chez les enfants ayant un trauma complexe engendre différentes répercussions au quotidien chez ceux-ci, pouvant altérer leur fonctionnement (Godbout et al., 2018a). En ce sens, ces biais d'interprétation de la réalité entravent leur capacité de régulation émotionnelle et la qualité de leurs relations avec autrui, puisqu'ils ont plus de difficulté à tolérer les émotions difficiles et se sentent plus envahis par

la détresse (Godbout et al., 2018a). Par exemple, ceux-ci peuvent présenter davantage de symptômes internalisés et externalisés que ceux ayant une bonne capacité de mentalisation et peuvent attribuer davantage d'intentions hostiles aux autres (Terradas et al., 2019). Par conséquent, ceux-ci sont plus susceptibles de se désorganiser ou d'adopter des comportements dysfonctionnels (Godbout et al., 2018a). En effet, dans le but de se réguler et de communiquer leur ressenti, les stratégies d'adaptations privilégiées par ces individus sont l'agir, les passages à l'acte dangereux et la somatisation (Terradas et al., 2019). De plus, les difficultés de mentalisation tendent à se cristalliser et persister jusqu'à l'âge adulte, affectant même l'exercice de leur rôle parental (Godbout et al., 2018a; Terradas et al., 2019). Entre autres, ces parents peuvent avoir de la difficulté à répondre aux besoins de leurs enfants ou encore développer un type d'attachement désorganisé avec leurs enfants (Godbout et al., 2018a).

1.1.4.10 Enchevêtrement des répercussions. Les répercussions des traumas complexes ne se manifestent pas de façon isolée : elles s'enchevêtrent, s'amplifient mutuellement et varient d'un enfant à l'autre selon son stade de développement, son environnement et son vécu (Godbout et al., 2018a). Ce chevauchement crée un portrait clinique particulièrement complexe et unique pour chaque personne, rendant le dépistage, l'évaluation et l'intervention particulièrement difficiles (Godbout et al., 2018a). Les professionnels doivent donc composer avec une multitude de manifestations qui ne correspondent pas toujours aux critères diagnostiques classiques et qui exigent une lecture fine et nuancée du vécu de l'enfant (Cook et al., 2005; Terradas et al., 2019; Godbout et al., 2018a). Pour mieux comprendre et soutenir ces enfants dans une perspective intégrée, il importe de s'appuyer sur un cadre théorique combinant plusieurs modèles théoriques. Ces modèles théoriques seront présentés dans la prochaine section, soit celle du cadre théorique.

1.2 Cadre théorique

Deux premiers modèles théoriques permettant de mieux comprendre le développement et les impacts du trauma complexe qui peuvent être vécus au sein du système familial seront décrits dans la prochaine section, soit la théorie de l'attachement et l'approche écobioécologique. Puis, deux autres modèles théoriques seront présentés, c'est-à-dire les approches sensibles au trauma et le modèle ARC. Ceux-ci intègrent des notions des deux

premiers modèles théoriques et correspondent aux approches préconisées pour intervenir auprès des personnes ayant un trauma complexe. Le modèle ARC est celui sur lequel l'intervenant doit appuyer sa démarche thérapeutique auprès de la famille et donc est retenu dans le cadre de ce mémoire afin d'explorer le point de vue et l'expérience des intervenants dans la mise en place d'interventions.

1.2.1 Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement constitue un cadre théorique essentiel pour comprendre les répercussions développementales des traumas complexes sur les enfants, notamment en raison du lien établi entre les traumas vécus durant l'enfance et le développement d'un attachement insécurisant (Godbout et al., 2018b). En effet, la qualité des premières relations d'attachement de l'enfant avec ses donneurs de soins façonne à long terme l'intégration de ses représentations de soi et d'autrui, ainsi que la construction de ses schémas relationnels (Godbout et al., 2018b). Les croyances, les attentes ainsi que les comportements de l'enfant face à la détresse sont déterminés par la façon dont ses figures d'attachement (donneurs de soins) répondent à ses besoins (Ainsworth et al., 2015; Godbout et al., 2018b). Lorsque celles-ci y répondent de façon appropriée, l'enfant est alors en mesure de développer un style d'attachement sécurisant, lui permettant d'explorer son environnement avec confiance, sachant que ses donneurs de soins demeurent disponibles pour lui offrir réconfort et proximité lorsque nécessaire (Ainsworth et al., 2015).

Toutefois, en contexte de maltraitance, ces figures d'attachement tendent à répondre aux besoins de l'enfant de manière inappropriée ou inconstante; l'enfant peut alors internaliser des représentations d'attachement insécurisant, marquées par une perception négative de soi et d'autrui (Ainsworth et al., 2015). En ce sens, le développement d'un style d'attachement insécurisant peut amener l'enfant à considérer ses donneurs de soins comme une source de protection, mais aussi de danger, intégrant l'idée que ses figures d'attachement sont parfois indisposées à répondre à ses besoins, et que celles-ci peuvent même contribuer à sa détresse plutôt qu'à son apaisement (Ainsworth et al., 2015). L'exposition à la maltraitance peut donc créer un sentiment de confusion chez l'enfant, amenant ce dernier à réagir de façon incohérente en situation de détresse et à développer un style d'attachement désorganisé (Ainsworth et al., 2015; Godbout et al., 2018b). Ainsi, les perturbations des

représentations d'attachement constituent un facteur de risque pour le développement d'un trauma complexe, pouvant exacerber les manifestations traumatiques et altérer le fonctionnement de l'enfant (Lawson et Quinn, 2013; Omidbakhsh et al., 2025; Rolling, 2023). D'ailleurs, l'approche bioécologique constitue un cadre théorique complémentaire mettant en lumière la manière dont l'influence des différents systèmes gravitant autour de l'enfant influencent son développement.

1.2.2 Approche bioécologique

L'approche bioécologique contribue à la compréhension de la trajectoire développementale d'une personne exposée à des traumas complexes (Wamser et al., 2025). Elle s'inscrit dans une perspective systémique et postule que le développement d'un individu est le résultat d'interactions dynamiques entre ses caractéristiques personnelles et les différents systèmes auquel celui-ci est exposé (Coutu et Dubeau, 2020). Autrement dit, tout au long de sa vie, l'individu est au sein de plusieurs systèmes imbriqués les uns dans les autres, s'influçant mutuellement et teintant de façon continue son développement (Coutu et Dubeau, 2020). Les processus proximaux, représentant les interactions constantes et durables entre l'enfant et son environnement immédiat, sont notamment constitués des facteurs liés au microsystème (Coutu et Dubeau, 2020; Wamser et al., 2025). Le microsystème, illustrant les systèmes en interaction directe avec l'individu (comme le système familial), peut influencer la chronicité et la résolution du trauma chez l'enfant (Wamser et al., 2025). En effet, chez les enfants ayant un trauma complexe, une faible qualité de communication (manque d'écoute, de partage émotionnel et de validation des expériences de l'enfant) entre le parent et l'enfant ainsi qu'une surveillance parentale excessive (contrôle rigide et intrusion sur le plan de l'autonomie) sont associées à une augmentation de symptômes post-traumatiques ainsi qu'à une plus grande difficulté de régulation émotionnelle chez l'enfant (Wamser et al., 2025).

Les processus distaux, quant à eux, renvoient aux interactions indirectes entre l'enfant et son environnement, et font entre autres référence aux facteurs liés au macrosystème (Coutu et Dubeau, 2020; Wamser et al., 2025). Le macrosystème, qui comprend toutes les sources d'influence relevant des politiques ministérielles, de la culture et des normes sociétales, exerce également un rôle dans la résolution du trauma (Coutu et Dubeau, 2020; Wamser et

al., 2025). Par exemple, un niveau élevé de cohésion au sein de la communauté de l'enfant est associé à une meilleure résilience et une meilleure capacité de régulation émotionnelle chez les gens ayant un trouble de stress post-traumatique (Iacoviello et Charney, 2014). À l'inverse, l'exposition à la violence communautaire et un faible niveau de cohésion dans la communauté à l'enfance sont liés au développement de symptômes post-traumatiques, à davantage de difficultés de régulation émotionnelle et à l'apparition d'un TSPT (Heleniak et al., 2018; Lee et al., 2020). D'ailleurs, les processus proximaux tendent à influencer le développement de l'individu de façon plus directe que les processus distaux, en raison de la proximité et de la récurrence des interactions qu'ils impliquent (Wamser et al., 2025).

1.2.3 Pratiques sensibles au trauma

Les pratiques sensibles au trauma peuvent être définies comme un « ensemble d'approches systémiques et intersectorielles qui visent à influencer les politiques organisationnelles et les pratiques cliniques en portant attention à la prévalence et à l'impact des traumatismes pour mieux répondre aux besoins des personnes concernées » (Matte-Landry et al., 2023, p.1). Les principes sur lesquels s'appuient les pratiques sensibles au trauma peuvent s'appliquer à toute organisation ou institution (Milot et al., 2018b). Leur prémisse est que toute organisation ou institution doit porter attention aux traumatismes psychologiques dont une partie de la clientèle qu'elle desservie est peut-être victime, et au risque inhérent de retraumatiser ces personnes par la même occasion (Milot et al., 2018b). En d'autres mots, les pratiques sensibles au trauma représentent une nouvelle façon d'interagir auprès des individus, et plus particulièrement auprès des enfants, des adolescents ou des personnes en situation de vulnérabilité (Turcotte et al., 2023).

Quatre principes directeurs viennent façonner la manière dont s'arriment les pratiques sensibles au trauma (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014). Le premier principe est de réaliser la portée des impacts possibles des traumatismes, mais également de réaliser l'importance d'offrir des opportunités réparatrices. Le deuxième principe est de reconnaître les signes et les symptômes des traumatismes chez les personnes en ayant vécu, que celles-ci soient des clients, du personnel ou autre. Le troisième principe est de répondre aux besoins des clients en acquérant de nouvelles connaissances sur les traumatismes et en les intégrant dans les procédures, les pratiques et les politiques. Le

quatrième principe est de résister de façon active à la réactivation de nouveaux traumatismes (Milot et al., 2018b; SAMHSA, 2014; Stublely et al., 2025). D'ailleurs, les approches sensibles au trauma sont associées à plusieurs bienfaits chez les enfants ayant vécu des traumas (Fehrenbach et al., 2022; Matte-Landry et al., 2023), chez les intervenants ainsi que sur le plan organisationnel (Matte-Landry et al., 2023). Les approches sensibles au trauma ont été implantées entre autres comme réponse au trauma complexe dans les services dédiés à l'enfance et à la jeunesse (Matte-Landry et al., 2023). Parmi les approches sensibles au trauma figure le modèle ARC, un modèle d'intervention pour les traumas complexes qui est déjà bien implanté au Québec (Turcotte et al., 2023).

1.2.4 Modèle ARC

Le modèle ARC est un modèle d'intervention s'adressant aux enfants et adolescents âgés entre 3 et 17 ans, conçu spécifiquement pour les enfants ayant vécu des traumas relationnels avec leurs donneurs de soins (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Il se base sur plusieurs modèles théoriques, tels que la théorie de l'attachement, la théorie du développement de l'enfant, la théorie du stress traumatique, la théorie de la résilience (Lawson et Quinn, 2013) et l'approche centrée sur les forces (Fehrenbach et al., 2022). Il mise sur le développement de la résilience en lien avec les trois domaines principaux aidant à réduire les traumas : l'attachement sécurisant dans les relations avec autrui, la régulation optimale des affects et le développement des compétences; le but ultime de l'intervention est l'intégration des traumas (Collin-Vézina et al., 2018b). Ainsi, le modèle ARC aide à réduire les symptômes de trauma complexe vécus par l'enfant, mais également renforce les facteurs de protection de l'enfant (Fehrenbach et al., 2022). Huit cibles d'intervention sont recoupées dans les trois domaines, et ces cibles sont soutenues par trois stratégies fondamentales à l'intervention : l'engagement, l'éducation ainsi que le rythme et les routines² (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Bien que la séquence du modèle soit hiérarchique, celui-ci demeure

² Deux éditions du modèle ARC sont disponibles (Blaustein et Kinniburgh, 2010; 2019). Les principales modifications effectuées dans la deuxième édition sont l'ajout de trois stratégies fondamentales à l'intervention (engagement, éducation, et routines et rythme) ainsi que la redéfinition et la réorganisation des cibles d'intervention réduites de 10 à 8. Dans le cadre de ce mémoire, seulement la deuxième version du modèle ARC est présentée puisque c'est l'édition utilisée lors de la formation ARC – Approches sensibles au trauma offerte aux intervenants à la DPJ au CIUSSSCN.

flexible, s'adaptant selon les besoins spécifiques des enfants, leur stade de développement, le milieu d'intervention et le contexte culturel (Fehrenbach et al., 2022).

Le modèle ARC constitue un cadre d'intervention hiérarchique fondé sur une logique de développement séquentiel. Il repose sur le principe selon lequel certaines compétences fondamentales doivent être acquises avant que d'autres puissent se développer de manière saine et intégrée (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En ce sens, le traitement s'appuie d'abord sur les trois stratégies de base, qui soutiennent les objectifs visés du domaine de l'attachement. Lorsque le système familial a intégré ces acquis, l'intervention se centre sur le domaine de la régulation, permettant ensuite d'intervenir sur les cibles du domaine de la compétence. Ultiment, l'atteinte de tous les objectifs visés supporte l'intégration des expériences traumatiques vécues par ces enfants (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ainsi, le modèle ARC suit les étapes du développement de l'enfant et de la guérison d'un traumatisme : chaque compétence (les trois stratégies de base et les huit cibles d'intervention) prépare le terrain pour la prochaine (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Les trois stratégies de base du modèle ARC ainsi que chacune de ses composantes avec leurs cibles d'intervention respectives seront décrites ci-dessous.

1.2.4.1 Stratégies de base. Les stratégies de base du modèle ont pour rôle de mobiliser les systèmes autour de l'enfant (par exemple les parents ou les intervenants), dans le but d'instaurer un contexte sécurisant et favorable à l'intégration des traumatismes de l'enfant (Turcotte et al., 2023). Ces stratégies sont intégrées tout au long du traitement : il s'agit de maintenir une attention active à l'engagement en explorant et en identifiant les enjeux des acteurs impliqués, d'augmenter leurs connaissances dans le but de supporter leur compréhension et de renforcer leur pouvoir d'agir, et finalement de renforcer leur sentiment de compétence et de sécurité en ayant recours au rythme et aux routines (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ces trois stratégies de base seront décrites ci-dessous.

1.2.4.1.1 Engagement. Dans le modèle ARC, l'engagement est considéré comme une stratégie fondamentale, soutenant la réussite de l'intervention. Il se définit par la qualité de la participation, de la collaboration et de l'investissement des personnes impliquées dans le processus thérapeutique (Blaustein et Kinniburgh, 2019). L'engagement ne se limite pas à une adhésion formelle, mais renvoie à une implication authentique et mutuelle entre l'enfant,

ses donneurs de soins et l'intervenant. Il repose avant tout sur l'établissement d'une alliance thérapeutique solide : cette alliance nécessite que les membres de la famille se sentent compris, valorisés et sécurisés dans la relation. D'ailleurs, l'engagement est bidirectionnel : l'intervenant doit lui aussi être activement impliqué et adopter une posture relationnelle réflexive et cohérente. Puis, le modèle reconnaît que l'engagement est un processus dynamique et non linéaire, pouvant fluctuer selon les phases de l'intervention et la situation familiale; il appartient à l'intervenant d'ajuster continuellement sa manière d'interagir afin de préserver la collaboration des membres du système familial (Blaustein et Kinniburgh, 2019).

1.2.4.1.2 Éducation. Quant à l'éducation, cette stratégie s'inscrit dans le modèle ARC de façon centrale et transversale, et agit comme levier d'intervention pour l'intervenant ainsi que pour les membres de la famille (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Elle vise à favoriser une compréhension commune de leurs comportements et des réactions émotionnelles causées par leur vécu traumatique. En effet, en identifiant la fonction des manifestations de ces enfants, l'intervenant et les donneurs de soins peuvent y répondre selon une posture sensible et adaptée au trauma. L'éducation permet ainsi de modifier la manière dont ces enfants sont perçus : leurs comportements ne sont plus interprétés comme intentionnels, mais plutôt comme des stratégies d'adaptation issues de rappels traumatiques. Cette nouvelle vision favorise l'empathie, la cohérence des réponses parentales et la création d'un environnement plus prévisible et sécurisant. En augmentant la compréhension et la reconnaissance des mécanismes du trauma complexe, l'éducation renforce le sentiment d'efficacité et de sécurité du système familial (Blaustein et Kinniburgh, 2019).

1.2.4.1.3 Routines et rythme. La dernière stratégie de base, celle du rythme et des routines, vise à restaurer un sentiment de sécurité et de prévisibilité chez les enfants ayant vécu des traumatismes interpersonnels chroniques (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Il s'agit donc de structurer leur quotidien à travers la cohérence des routines, comme l'adoption de routines similaires par les deux parents, et des rituels, tels que l'organisation de repas spéciaux hebdomadaires ou la célébration de moments importants (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Collin-Vézina et al., 2018b). Ainsi, l'intervenant et les donneurs de soins aident l'enfant à développer des repères stables et à se réguler (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Le rythme,

quant à lui, se manifeste à plusieurs niveaux : dans la constance et la prévisibilité des interactions relationnelles (comme la constance d'interventions adaptées aux besoins de l'enfant), dans la structuration temporelle du quotidien (par exemple l'adoption d'un horaire régulier ou l'annonce de transitions) et dans la réponse stable aux besoins corporels, tels que le sommeil et l'alimentation. Ces repères favorisent donc la diminution des manifestations d'hypervigilance et de dissociation, tout en renforçant le sentiment de sécurité et les capacités d'autorégulation. L'intervenant est aussi encouragé à utiliser cette stratégie, en offrant un cadre relationnel prévisible et bienveillant, afin de devenir une figure de sécurité pour les membres du système familial (Blaustein et Kinniburgh, 2019).

1.2.4.2 Attachement. Le domaine de l'attachement constitue le premier domaine d'intervention du modèle ARC. Il vise à soutenir le donneur de soins à offrir un environnement sécurisant, favorisant la résolution du vécu traumatique de l'enfant (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En effet, les enfants ayant développé un trauma complexe sont en état d'hypervigilance, découlant de leur perception du monde et d'autrui comme imprévisible et dangereux : ils tendent à anticiper le danger et à réagir rapidement lorsqu'ils perçoivent une menace (Godbout et al., 2018a). Il s'agit donc d'un mode de réaction appris pour s'adapter à leur environnement, toutefois cet état d'hypervigilance entrave leur développement (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Afin d'y remédier, il est nécessaire qu'ils évoluent dans un environnement leur procurant un sentiment de sécurité, et particulièrement de sécurité relationnelle avec leur donneur de soins (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Le domaine de l'attachement propose donc trois cibles d'intervention visant à améliorer leur sentiment de sécurité relationnelle : 1) la gestion des affects des donneurs de soins, 2) l'ajustement empathique et la syntonie et 3) la réponse efficace. Celles-ci sont décrites dans les sections suivantes.

1.2.4.2.1 Gestion des affects des donneurs de soins. La première cible d'intervention reliée au domaine de l'attachement est la gestion des affects des donneurs de soins. Elle vise à les soutenir dans la compréhension, la reconnaissance et la régulation de leurs propres réactions émotionnelles, afin qu'ils soient davantage disposés à répondre de manière sensible et adaptée aux besoins de l'enfant (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En effet, l'un des rôles fondamentaux du donneur de soins est d'accompagner l'enfant dans l'acquisition de

compétences liées à la régulation émotionnelle. Or, étant donné que l'enfant intègre les modèles relationnels qui lui sont transmis, le donneur de soins doit avant tout être en mesure de se réguler lui-même (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Les enfants ayant développé un trauma complexe peuvent manifester des réactions difficiles à la maison, telles que de l'opposition ou des réactions émotionnelles intenses, ce qui peut mener à l'épuisement du donneur de soins ou susciter chez lui des réponses inadaptées. Ces réponses font souvent référence à des thèmes du vécu traumatique de l'enfant, comme la punition, la honte, le rejet ou l'abandon (Blaustein et Kinniburgh, 2019). D'ailleurs, certaines réactions du donneur de soins peuvent être causées par leurs propres traumatismes non résolus ou par des stressors actuels. Ainsi, cette cible vise à normaliser et valider les émotions du donneur de soins face aux comportements de l'enfant, à identifier les éléments plus susceptibles de provoquer une réaction inadaptée chez lui, et à favoriser l'adoption de stratégies d'autosoins (Collin-Vézina et al., 2018b). Ultimement, l'objectif est donc que le donneur de soins reconnaisse ses propres modèles internes et prenne soin de lui-même, afin d'être disponible pour l'enfant.

1.2.4.2.2 Ajustement empathique et syntonie. La deuxième cible d'intervention reliée au domaine de l'attachement est celle de l'ajustement empathique et de la syntonie. Cette cible vise à soutenir la capacité du donneur de soins à comprendre et décoder les réactions de l'enfant, afin d'adresser ses besoins sous-jacents (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En effet, les enfants tendent à exprimer leur vécu intérieur à travers leurs comportements ; en contexte de trauma complexe, ces comportements tendent à être dysfonctionnels, et traduisent des besoins non comblés. En ce sens, ces manifestations comportementales surviennent fréquemment lors de rappels traumatiques, c'est-à-dire lorsque l'enfant est exposé à un stimulus lui remémorant son vécu traumatique, comme une odeur, une parole, un geste, une émotion ressentie, etc. (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ainsi, l'objectif de cette cible est d'amener le donneur de soins à développer une curiosité et une empathie lui permettant de décoder la fonction des comportements de l'enfant, plutôt que de limiter l'intervention à sa réaction observable. Plus concrètement, il s'agit d'abord de sensibiliser le donneur de soins quant aux rappels traumatiques qui pourraient altérer le fonctionnement de l'enfant (Collin-Vézina et al., 2018b) : par exemple, une jeune fille voyant la photo de son père ayant commis des abus sexuels à son égard peut lui rappeler les abus. Puis, l'intervention cherche à renforcer la sensibilité et l'empathie du donneur de soins face

au vécu traumatique de l'enfant et à ses impacts (Collin-Vézina et al., 2018b). Elle vise également à améliorer sa capacité à décoder les comportements et les affects de l'enfant : par exemple, le comportement de la jeune fille qui fait tomber la photo de son père lors d'une crise de colère pourrait révéler un sentiment de honte face à ce qu'elle a vécu.

1.2.4.2.3 Réponse efficace. La troisième cible d'intervention reliée au domaine de l'attachement est la réponse efficace. Elle vise à soutenir le donneur de soins afin que ses réponses soient prévisibles, sécurisantes et adaptées aux comportements de l'enfant (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Autrement dit, l'objectif est d'aider le donneur de soins à intervenir de manière cohérente et bienveillante auprès de l'enfant affichant des réactions traumatiques. Les enfants ayant développé un trauma complexe présentent souvent des comportements marqués par l'impulsivité, l'opposition et la dysrégulation, qui illustrent une difficulté à réguler leurs états internes plutôt qu'une intention de défier l'autorité. En ce sens, le but de cette cible est d'outiller le donneur de soins pour qu'il puisse répondre à ces comportements sans les interpréter comme de la provocation et en adoptant une posture sensible aux traumatismes (Blaustein et Kinniburgh, 2019). La réponse efficace implique donc d'identifier les comportements problématiques, d'utiliser la syntonie pour mieux comprendre la fonction de ceux-ci et d'instaurer un cadre structurant et sécurisant, permettant à l'enfant d'augmenter son sentiment de sécurité.

1.2.4.3. Régulation. Le deuxième domaine du modèle ARC est la régulation : elle implique la capacité à gérer efficacement son expérience sur les plans cognitif, émotionnel, physiologique et comportemental (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Elle se construit progressivement, d'abord à travers la régulation externe assurée par les donneurs de soins, puis à travers des habiletés internes qui permettent à l'enfant de tolérer, comprendre et exprimer ses émotions. Chez les enfants ayant vécu des traumatismes complexes, la régulation peut reposer sur des stratégies plus rigides ou inefficaces (Godbout et al., 2018a). Le modèle ARC propose de travailler le domaine de la régulation par le biais de deux cibles d'intervention, soit l'identification et la modulation; ces cibles sont présentées dans les sections sous-jacentes.

1.2.4.3.1 Identification. La quatrième cible d'intervention du modèle ARC, celle de l'identification, issue du domaine de la régulation, vise à aider l'enfant à prendre conscience

de ses états internes, à les distinguer, à les nommer et à comprendre leur fonction (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Le trauma complexe perturbe la capacité à reconnaître, différencier et verbaliser ses émotions ; les enfants avec cette problématique sont souvent déconnectés ou peu conscients de leur vécu émotionnel. L'intervention cherche donc à soutenir le développement d'un vocabulaire émotionnel et d'une meilleure compréhension des liens entre les émotions, les sensations corporelles, les pensées et les comportements, afin que l'enfant puisse donner un sens à son expérience. Cette cible amène également l'enfant à identifier les déclencheurs de ses réactions traumatiques (stimuli, contextes, situations relationnelles, etc.) et à reconnaître les émotions d'autrui (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ainsi, en apprenant à nommer et comprendre ses expériences internes, l'enfant acquiert progressivement un sentiment de compétence, de cohérence et de contrôle sur son monde intérieur et ses émotions.

1.2.4.3.2 Modulation. La cible de la modulation vise à soutenir l'enfant dans le développement de stratégies sécurisantes et efficaces lui permettant de gérer et réguler ses expériences physiologiques et émotionnelles, afin de maintenir un état d'activation optimal (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Chez les enfants ayant vécu un trauma complexe, cette modulation des états internes constitue souvent un défi puisque plusieurs présentent une instabilité physiologique, s'illustrant par des états d'hyperactivation, tels que l'agitation ou l'agressivité, ou des états d'hypoactivation, tels que le figement ou le retrait (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Rolling, 2023). Cette cible d'intervention vise donc à renforcer la tolérance aux fluctuations émotionnelles, à développer la capacité à revenir vers un état d'équilibre et à favoriser l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Autrement dit, il s'agit d'aider l'enfant à identifier les signes précurseurs d'une désorganisation émotionnelle, à recourir à différentes stratégies de retour au calme (comme les objets sensoriels, les techniques de respiration, etc.) ainsi qu'à faire émerger le sentiment d'efficacité personnelle de l'enfant lorsque celui-ci est parvenu à se réguler adéquatement.

1.2.4.4 Compétence. Le troisième domaine du modèle ARC, celui de la compétence, vise à soutenir l'acquisition de compétences développementales qui ont été altérées en contexte de trauma complexe (Collin-Vézina et al., 2018b). En effet, l'exposition chronique

et répétée aux traumatismes interpersonnels peut avoir affecté l'acquisition de certaines compétences interpersonnelles, intrapersonnelles, cognitives et émotionnelles, ce qui limite la capacité de l'enfant à s'adapter, apprendre et interagir de façon fonctionnelle avec son environnement (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ces compétences sont ajustées selon le stade développemental de l'enfant et visent ultimement à renforcer la résilience, l'autonomie fonctionnelle et la participation active du jeune à sa trajectoire de vie (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Les trois cibles d'intervention appartenant à ce domaine seront décrites, soit le fonctionnement exécutif, le développement de soi et de l'identité ainsi que les liens relationnels.

1.2.4.4.1 Fonctionnement exécutif. La sixième cible du modèle ARC vise à soutenir le développement des fonctions exécutives, souvent compromises chez les enfants ayant vécu un trauma complexe (Godbout et al., 2018a). En effet, le but de cette cible est de renforcer la capacité de résolution de problèmes, l'adaptation à la nouveauté et le pouvoir d'agir de l'enfant en l'accompagnant dans la réflexion, le passage à l'action et la gestion des défis (Collin-Vézina et al., 2018b). D'ailleurs, les intervenants sont encouragés à privilégier les activités de la vie quotidienne et le jeu comme contextes pour stimuler ces habiletés. Plus concrètement, cette cible soutient le développement de compétences telles que l'inhibition, l'organisation, la planification, la résolution de problèmes, la flexibilité cognitive et la métacognition (Blaustein et Kinniburgh, 2019). L'intervention vise à aider l'enfant à reconnaître activement sa capacité à faire des choix, à évaluer les situations de manière adaptée selon son âge, à inhiber ses réactions impulsives et à générer et évaluer différentes solutions possibles (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En développant ces capacités, l'enfant apprend à agir plutôt que réagir, à anticiper les conséquences de ses choix et à se percevoir comme un acteur en mesure d'influencer positivement son environnement.

1.2.4.4.2 Développement de soi et identité. La septième cible du modèle ARC porte sur le développement de soi et de l'identité, un processus complexe chez les enfants ayant vécu un trauma complexe (Godbout et al., 2018a). En effet, ceux-ci peuvent présenter une image de soi fragmentée, négative, incohérente et inexplorée (Blaustein et Kinniburgh, 2019). L'objectif est donc d'aider l'enfant à construire une représentation de soi plus stable, cohérente avec ses états internes et orientée vers l'avenir, en l'accompagnant dans son

exploration identitaire (Collin-Vézina et al., 2018b). Quatre dimensions du soi sont explorées avec l'intervenant : 1) le soi unique, qui aide l'enfant à identifier ses attributs personnels, 2) le soi positif, qui soutient la reconnaissance des aspects positifs de soi et le développement de ressources internes, 3) le soi cohérent, qui favorise l'intégration des expériences antérieures et actuelles en un sentiment unifié de soi, et 4) le soi futur, qui soutient la capacité à imaginer et à poursuivre des objectifs futurs (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Ainsi, l'enfant apprend à reconnaître et intégrer les différentes facettes de son identité, à faire des liens avec son vécu et à se projeter dans l'avenir.

1.2.4.4.3 Liens relationnels. La huitième cible du modèle ARC, celle des liens relationnels, s'inscrit dans le domaine de la compétence et vise à soutenir le développement de relations saines, sécurisantes et réciproques chez les enfants ayant vécu des traumas complexes (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En raison d'expériences antérieures marquées par la peur, la trahison ou la perte, ces enfants peuvent éprouver des difficultés à établir ou maintenir des liens durables avec les autres, à faire confiance aux autres ou à attribuer des intentions à autrui (Godbout et al., 2018a). Les objectifs de cette cible sont donc de soutenir la confiance et le sentiment de sécurité dans les relations, d'aider l'enfant à identifier les relations positives présentes dans sa vie et de veiller à ce qu'il en développe de nouvelles (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Elle vise également à renforcer ses habiletés sociales par le développement d'habiletés de communication verbales et non verbales. Autrement dit, à travers les opportunités relationnelles réparatrices auxquelles l'enfant est exposé, incluant celles avec l'intervenant, le jeune développe ses compétences relationnelles en étant moins méfiant, en développant une curiosité à s'investir dans les relations sécurisantes et en apprenant des stratégies visant à les maintenir. Ainsi, ces expériences contribuent à l'intégration de nouveaux schémas relationnels positifs, qui serviront de modèle relationnel stable et sécurisant pour l'enfant (Blaustein et Kinniburgh, 2019).

1.2.4.5 Intégration des traumas. L'intégration des traumas, dernière étape du modèle ARC, vise à assurer la continuité et la consolidation des capacités acquises au cours des phases précédentes du traitement (Collin-Vézina et al., 2018b). Plus concrètement, l'intégration des traumas vise à ce que l'enfant, face à son vécu traumatique, puisse mieux tolérer la détresse, réguler ses émotions, comprendre le sens et la fonction de ses réactions et

s'orienter vers des buts futurs (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En d'autres mots, cette dernière étape permet d'intégrer les apprentissages dans le quotidien de l'enfant, de favoriser une meilleure cohérence entre ses états internes et ses comportements et de le préparer à la fin du traitement, notamment par l'établissement d'un filet de sécurité soutenant son autonomie et sa résilience (Blaustein et Kinniburgh, 2019).

1.2.4.6 Implantation et efficacité du modèle ARC. Le modèle ARC a été élaboré en 2003 par Kristine Kinniburgh et Margaret Blaustein au *Trauma Center at Justice Resource Institute*, dans le cadre du *National Child Traumatic Stress Network*, afin de soutenir le développement de pratiques sensibles au trauma (ARC, 2016b). Une première version du modèle est finalisée en 2004, puis révisée à plusieurs reprises à partir de 2005, menant à la publication d'un livre présentant la version complète du modèle (incluant ses fondements théoriques, ses applications cliniques et ses outils pratiques), suivi d'une deuxième édition en 2019 (Blaustein et Kinniburgh, 2010; 2019). Depuis son élaboration, le modèle ARC a été implanté dans plus de 300 organismes et programmes à l'échelle nationale et internationale, et ce, dans une diversité de milieux d'intervention (ARC, 2016b). Aux États-Unis, il a notamment été implanté en milieu scolaire (Dorado et al., 2016; Holmes et al., 2015; Rishel et al., 2019), en milieu communautaire (Fehrenbach et al., 2022; Fraser et al., 2014; Tabone et al., 2021; 2022), en centre d'hébergement (Forrest et al., 2018; Hodgdon et al., 2013; Naste et al., 2018; Stokes et al., 2024) et en protection de l'enfance (Arvidson et al., 2011; Bartlett et al., 2016; 2018 ; Hodgdon et al., 2016).

Au Québec, le modèle ARC a été implanté dans plusieurs milieux d'intervention, notamment le réseau scolaire (Collin-Vézina et al., 2018a ; Martineau-Crête et al., 2023), les centres de pédiatrie sociale en communauté (Turcotte et al., 2023) et les services à l'enfance. En contexte de protection de la jeunesse, plusieurs initiatives d'intégration du modèle ARC ont été mises en œuvre auprès de familles d'accueil (Collin-Vézina et al., 2015), d'unités d'hébergement en réadaptation (Brend et al., 2020; Collin-Vézina et al., 2019; Stokes et al., 2024) et de suivis sous le cadre de la LPJ et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) (Black et al., 2022; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2020; 2022; 2024; Stokes et al., 2024). Depuis 2013, plus de 12 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS),

une vingtaine de centres de pédiatrie en communauté et plus d'une quinzaine de centres de services scolaires sont mobilisés (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2023). D'ailleurs, la diffusion du modèle se poursuit à l'échelle canadienne, entre autres par le ministère de la Santé de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick (MSSS, 2023).

En protection de la jeunesse, son efficacité a été mise en lumière dans plusieurs études (Lawson et Quinn, 2013). Dans l'une de ces études, les résultats indiquent des améliorations cliniquement significatives pour 21 enfants âgés de 3 à 13 ans quant à la réduction de symptômes post-traumatiques ainsi qu'une diminution des comportements internalisés et externalisés (Arvidson et al., 2011). Dans une étude comparative de trois modèles d'intervention, soit le modèle ARC, le *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) et le *Child-Parent Psychotherapy* (CPP), les résultats montrent également que le modèle ARC entraîne une réduction significative des symptômes post-traumatiques, des comportements internalisés (anxiété et dépression) et externalisés (colère et agressivité), et mettent aussi en lumière une amélioration du comportement et du fonctionnement émotionnel des enfants (Bartlett et al., 2018). De plus, le modèle ARC et la TF-CBT présentaient des effets comparables : toutefois, la TF-CBT était davantage efficace quant aux symptômes liés à l'évitement alors que le modèle ARC offrait des améliorations plus globales quant aux symptômes post-traumatiques (Bartlett et al., 2018).

L'étude de Hodgdon et ses collègues (2013) a évalué l'efficacité du modèle ARC dans deux centres de traitement résidentiel accueillant des jeunes femmes ayant des traumatismes complexes. À la suite de l'implantation du modèle, les résultats indiquent une diminution significative de symptômes post-traumatiques (surtout pour les symptômes de reviviscence et d'hyperactivation), une réduction des comportements internalisés (retrait, anxiété et plaintes somatiques) ainsi que de comportements externalisés (agressivité et transgression des règles). Des améliorations ont aussi été observées en ce qui a trait aux difficultés d'attention, au repli social et aux pensées désorganisées. D'ailleurs, une baisse significative de l'usage de contraintes physiques par les milieux résidentiels a été rapportée (Hodgdon et al., 2013). Plusieurs autres études en centre d'hébergement rapportent des résultats similaires : dans deux centres de réadaptation pour enfants, une modification des pratiques marquée par le recours aux interventions basées sur le modèle ARC ont mené à une diminution des

mesures coercitives (Brend et al., 2020). L'étude de Matte-Landry et Collin-Vézina (2022) a aussi permis de montrer que plusieurs unités d'hébergement d'enfants suivis selon la LPJ ou la LSJPA ont connu une réduction significative du recours aux pratiques coercitives. Puis, une autre étude de Matte-Landry et Collin-Vézina (2024) met en lumière que le profil des jeunes ayant subi le plus de mesures restrictives avant l'implantation du modèle sont ceux ayant connu une diminution davantage marquée des mesures coercitives.

L'efficacité du modèle ARC a aussi été évaluée auprès de familles d'accueil et de familles adoptives accueillant des enfants ayant des traumatismes complexes. Chez les familles d'accueil, l'efficacité du modèle a été analysée de façon exploratoire et descriptive, étant donné l'échantillon de seulement seize parents d'accueil. Les résultats préliminaires obtenus suggèrent une diminution des difficultés émotionnelles et comportementales ainsi qu'une augmentation des comportements prosociaux chez l'enfant (Collin-Vézina et al., 2015). Pour ce qui est des parents d'accueil, ceux-ci semblent avoir une meilleure compréhension de l'enfant et de nouvelles interventions à utiliser, ce qui augmente leur sentiment d'efficacité (Collin-Vézina et al., 2015). Chez les parents adoptifs, dans le cadre d'une étude qualitative et descriptive reposant sur des vignettes cliniques et des observations sur le terrain (Hodgdon et al., 2016), les résultats indiquent une réduction de comportements problématiques des enfants tels que l'agressivité, l'opposition, les comportements de contrôle, le retrait social, l'anxiété, les troubles de sommeil et la dysrégulation émotionnelle. Les auteurs ont aussi observé une acquisition progressive de stratégies d'adaptation plus saines face à la gestion du stress chez les enfants. En lien avec la relation parent-enfant, les résultats mettent en lumière un meilleur ajustement empathique des parents adoptifs, une réduction du stress parental, une co-régulation plus efficace et une meilleure compréhension des parents du fonctionnement de leur enfant (Hodgdon et al., 2016). En lien avec la résilience chez les enfants, les auteurs ont observé une meilleure tolérance à la frustration, une plus grande flexibilité dans leurs relations sociales ainsi qu'une représentation de soi plus positive (Hodgdon et al., 2016).

En résumé, les résultats des différentes études analysant l'efficacité du modèle ARC en contexte de protection de la jeunesse auprès d'enfants ayant vécu des traumatismes montrent une diminution des symptômes post-traumatiques, des comportements internalisés et

externalisés (Arvidson et al., 2011; Bailey et al., 2024; Bartlett et al., 2018; Collin-Vézina et al., 2015; Hodgdon et al., 2013; 2016), ainsi qu'un meilleur fonctionnement général chez ces derniers (Bailey et al., 2024; Bartlett et al., 2018; Collin-Vézina et al., 2015; Hodgdon et al., 2013; 2016). Chez les donneurs de soins, l'amélioration d'habiletés parentales relatives au modèle ARC a été constatée (Bailey et al., 2024; Collin-Vézina et al., 2015; Hodgdon et al., 2016), et, chez les intervenants, une vision clinique davantage sensible au trauma et une diminution de l'usage de mesures restrictives sont observées (Brend et al., 2020; Hodgdon et al., 2013; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022; 2024). D'ailleurs, différents facteurs associés à l'implantation et à l'utilisation du modèle ARC ont pu être identifiés.

1.2.4.7 Facteurs relatifs à l'application du modèle ARC. Plusieurs auteurs ont documenté divers facteurs pouvant faciliter ou complexifier l'application du modèle ARC auprès d'enfants ayant développé un trauma complexe. En ce qui concerne plus particulièrement l'implication des donneurs de soins, il est noté que la présence de stressseurs, de rappels traumatiques ou encore l'exposition continue au trauma ou l'instabilité dans le quotidien des donneurs de soins peuvent altérer leur fonctionnement et les rendre moins disposés à l'intervention (Blaustein et Kinniburgh, 2024). Ces difficultés peuvent limiter leur engagement actif dans le processus clinique du modèle ARC et rallonger les étapes du traitement (Blaustein et Kinniburgh, 2024). De plus, leurs traumas non résolus et leurs difficultés personnelles actuelles peuvent susciter des réactions lors des rencontres avec l'intervenant, comme le repli sur soi et une attitude défensive (Sinha, 2018). Également, certaines perceptions entretenues, telles que la croyance que l'intervention elle-même ou leur implication à l'intervention ne sont pas nécessaires, ou encore que l'intervenant devrait « réparer » les enfants, constituent également des obstacles à l'intervention (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Sinha, 2018). L'émergence d'un sentiment de honte ou de culpabilité face aux expériences traumatiques vécues par l'enfant, de même que les différences culturelles entre l'intervenant et le donneur de soins, ont aussi été relevées comme des facteurs pouvant nuire à l'application du modèle ARC (Sinha, 2018).

Quant aux enfants, au même titre que les donneurs de soins, leur disponibilité à l'intervention peut être compromise si leur fonctionnement est altéré au quotidien (Blaustein et Kinniburgh, 2024). Également, leur âge pourrait exercer un rôle modérateur au traitement.

Fehrenbach et ses collègues (2022) ont analysé de quelle façon l'âge des enfants de l'échantillon (âgés entre 3 et 17 ans) pourrait modifier les effets de l'intervention. Les résultats des analyses quantitatives montrent que plus les enfants étaient âgés, plus ils affichaient une réduction de comportements externalisés (Fehrenbach et al., 2022). Le sexe des enfants s'est aussi révélé être un facteur modulant l'efficacité de l'intervention. Dans l'étude de Tabone et ses collègues (2022), les filles ont montré des améliorations significatives dans les symptômes post-traumatiques relatifs aux domaines d'attachement et de compétence, alors que les garçons ont montré des améliorations significatives selon les domaines de régulation et de compétence.

En contexte de protection de la jeunesse, certains facteurs relatifs à l'implantation du modèle ARC ont pu être soulignés. L'étude de Black et ses collègues (2022) rapporte une amélioration significative, mais modeste, des attitudes du corps professionnel à la DPJ quant à la compréhension des comportements problématiques de la clientèle et ce, jusqu'à un an après l'implantation (Black et al., 2022). Avant même la formation, les gestionnaires affichaient une attitude plus favorable envers l'implantation du modèle que les intervenants. Comparativement aux gestionnaires, les intervenants étaient moins portés à être empathiques face aux comportements problématiques des enfants sous le mandat de la LSJPA, mais plus susceptibles de l'être lorsque les enfants étaient sous le mandat de la LPJ (Black et al., 2022). En ce sens, les attitudes envers les programmes basés sur le modèle ARC semblent varier selon les caractéristiques et les tâches du personnel, c'est-à-dire l'âge des clientèles desservies (enfants ou adolescents), le mandat légal sous lequel les jeunes étaient placés (LPJ ou LSJPA), le rôle professionnel occupé (intervenants ou gestionnaires), ainsi que leur niveau de scolarité (Brend et al., 2020). Ces résultats suggèrent que l'implantation devrait être adaptée en fonction de ces éléments (Collin-Vézina et al., 2020).

Certains facteurs semblent contribuer à l'usage et à l'utilisation de nouvelles pratiques chez les intervenants, tels que de disposer de suffisamment de temps pour intervenir auprès des jeunes qui leur sont assignés et d'avoir accès au soutien des gestionnaires et à des réunions d'équipes fréquentes (Brend et al., 2020). L'accès à la supervision clinique apparaît également déterminant (Brend et al., 2020). Dans l'étude de Matte-Landry et Collin-Vézina (2022), plusieurs unités d'hébergement d'enfants suivis sous la LPJ ou LSJPA ont connu une

réduction significative du recours aux pratiques coercitives dans les mois suivant la formation, et plus particulièrement lorsque les principes du modèle ARC avaient été appliqués de façon soutenue et lorsque les équipes bénéficiaient d'un accompagnement clinique soutenu. Offrir une formation précise sur les différentes cibles d'intervention du modèle ARC semble également contribuer à l'efficacité de l'intervention. Dans l'étude de Hodgdon et ses collègues (2013), la formation relative aux composantes du domaine de l'attachement (celles de la gestion des affects du donneur de soin et celle de l'ajustement empathique) aurait contribué à une meilleure compréhension et une meilleure réaction des intervenants face aux comportements des jeunes de l'étude (Hodgdon et al., 2013). Enfin, le fait de former l'ensemble du personnel (incluant les gestionnaires) favorise l'émergence d'un langage commun et d'une compréhension partagée des principes de l'intervention (Brend et al., 2020).

À la lumière de ces informations, le trauma complexe, fréquent chez les enfants suivis en protection de la jeunesse, soulève d'importants défis d'intervention, notamment lorsque les donneurs de soins présentent eux-mêmes des vulnérabilités liées à leur propre vécu traumatique. Le modèle ARC est reconnu comme une approche prometteuse pour soutenir ces familles, mais son application en contexte de protection de la jeunesse pour les enfants en milieu familial demeure peu examinée. Afin de mieux comprendre la mise en application du modèle dans ce contexte précis, le chapitre suivant présente un article scientifique explorant l'expérience d'intervenants de l'application des mesures quant à l'utilisation du modèle ARC auprès d'enfants habitant au domicile familial.

Chapitre 2 Modèle ARC en milieu familial : perspective des intervenants en protection de la jeunesse

2.1 Résumé

Le trauma complexe, fréquemment observé chez les enfants suivis en protection de la jeunesse, soulève d'importants défis d'intervention. L'applicabilité du modèle ARC (Attachement, Régulation, Compétence) auprès d'enfants habitant exclusivement au domicile familial demeure toutefois peu documentée. Cette étude vise à documenter l'expérience des intervenants en protection de la jeunesse quant à la mise en application du modèle ARC auprès des familles dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial. Dix intervenants œuvrant en protection de la jeunesse ont participé à des entrevues semi-dirigées, en ciblant une famille de leur charge de cas dans laquelle l'enfant a un trauma complexe et habite avec ses parents. Les entretiens ont été analysés selon une analyse de contenu thématique. Les résultats mettent en lumière quatre grands thèmes, soit l'adhésion et l'appropriation du modèle, son application clinique, les facteurs influençant sa mise en œuvre et les impacts observés. Le modèle ARC est perçu comme prometteur, bien que certaines contraintes des systèmes familial et organisationnel limitent son application. Ces résultats appuient la pertinence du modèle ARC pour soutenir les interventions auprès des familles en contexte de protection de la jeunesse et soulignent la nécessité d'apporter certains ajustements sur les plans clinique et organisationnel, afin d'améliorer la qualité d'intervention offerte.

Mots-clés : trauma complexe, modèle ARC, intervention clinique, milieu familial, protection de la jeunesse

2.2 Introduction

Le trauma complexe est un type de trauma fréquemment vécu par les enfants, entre autres en contexte de protection de la jeunesse (Greeson et al., 2011; Smith et al., 2024). Sa prévalence dans la population générale varie entre 1% et 8% dans les pays à haut revenu, tels que les États-Unis, l'Allemagne, Israël et l'Irlande (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021b; Maercker et al., 2018; 2022; Mengin, 2023) et varie entre 13% et 20% dans les pays à plus faible revenu, tels que le Ghana, le Kenya et le Nigeria (Ben-Ezra et al.,

2020; Mengin, 2023). Le trauma complexe se distingue entre autres par une exposition chronique ou répétée à des traumatismes interpersonnels (par exemple l'abus sexuel, la négligence, la violence, etc.) et à la complexité des conséquences résultant de cette exposition (Grisé Bolduc, 2022; Lazaratou et Golse, 2016). Selon Godbout et ses collègues (2018), neuf catégories de répercussions sont observées chez les personnes ayant des traumatismes complexes, notamment 1) la dissociation et l'évitement, 2) les problèmes relationnels et d'attachement, 3) l'identité et le concept de soi altéré, 4) la somatisation et la physiologie/biologie, 5) les problèmes cognitifs et d'apprentissage, 6) la dysrégulation émotionnelle, 7) l'altération de la compréhension du monde, 8) les comportements dysfonctionnels et 9) les déficits de mentalisation. Celles-ci tendent à s'inter-influencer et s'entrecroiser, causant une concomitance chronique des difficultés (Godbout et al., 2018). En ce sens, les personnes ayant développé un trauma complexe vivent des difficultés d'adaptation importantes dans la majorité des sphères de leur vie : leur prise en charge devient alors complexe et constitue un défi pour les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle (Milot, et al., 2021).

La maltraitance envers les enfants, qui englobe toute forme de négligence, de violence ou d'abus envers ceux-ci, peut être considérée comme un trauma interpersonnel chronique, auquel l'enfant est exposé de façon quotidienne dans le contexte de la relation entre le parent et l'enfant (Milot et al., 2010). Ainsi, la maltraitance à l'enfance représente un facteur de risque significatif pour le développement du trauma complexe (Karatzias et al., 2017; Tian et al., 2022). D'ailleurs, dans les situations de maltraitance, la majorité des enfants sont confrontés à plusieurs types de mauvais traitements de façon simultanée ou de façon différée (Milot et al., 2018). Selon Milot et ses collègues (2010), chez les enfants ayant vécu de la maltraitance, l'apparition de symptômes post-traumatiques (tels que les symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyperactivation) contribuerait au développement de comportements internalisés (par exemple l'apparition de maux somatiques ou d'anxiété) et externalisés (comme l'adoption de comportements d'agressivité). En contexte de trauma complexe, la sévérité et la complexité des manifestations du trouble sont associées à la chronicité et au type d'événements traumatiques vécus par l'enfant (Lawson et Quinn, 2013). Ainsi, la nature même des situations prises en charge par la DPJ laisse entrevoir une présence importante du trauma complexe chez les enfants suivis. D'ailleurs, Greeson et ses collègues (2011) ont comptabilisé que, dans un échantillon de 2251 enfants suivis en protection de

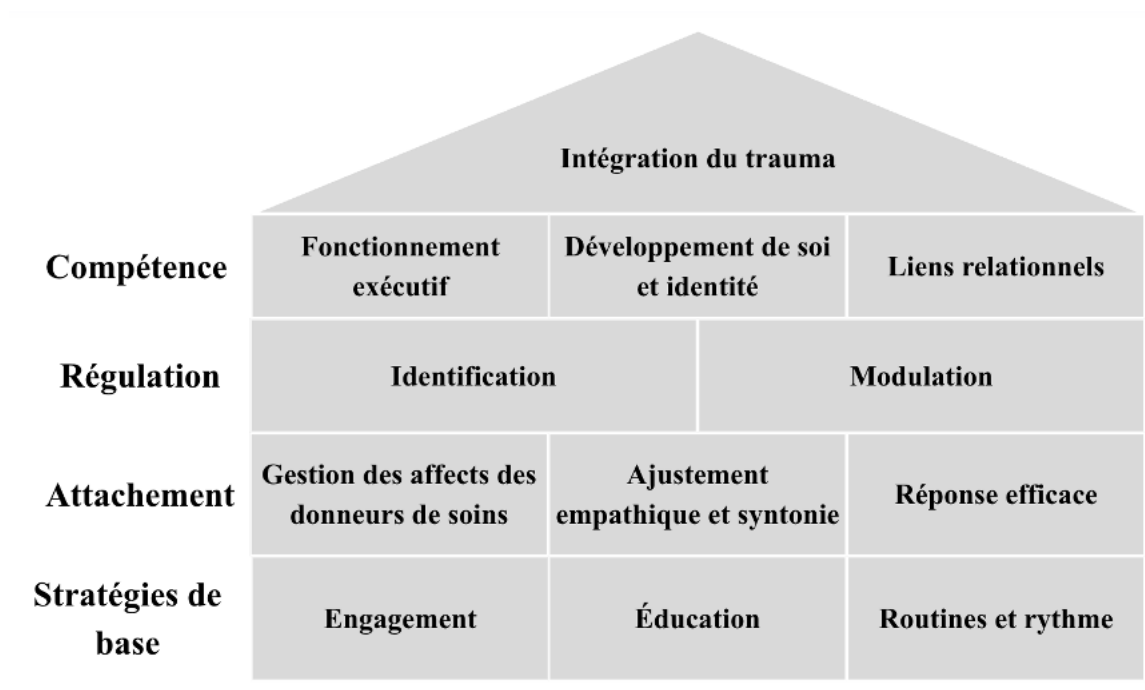
l'enfance aux États-Unis, plus de 70% des jeunes de cet échantillon répondaient aux critères du trauma complexe. Plus récemment, en Ontario, selon un échantillon de 375 enfants et de 291 adolescents suivis en protection de l'enfance, 86% des enfants et 87% des adolescents présentaient des symptômes cliniquement significatifs liés au trauma complexe (Smith et al., 2024).

Puisque l'intervention auprès des personnes avec un trauma complexe représente un défi, des pratiques sensibles au trauma, notamment par le modèle ARC, ont été implantées dans plusieurs milieux (Turcotte et al., 2023). Le modèle ARC est un modèle d'intervention utilisé pour traiter les traumas complexes visant une clientèle de 3 à 17 ans (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Reconnu comme étant une pratique prometteuse pour le trauma complexe par le *National Child Traumatic Stress Network* et le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (Collin-Vézina, et al., 2018), le modèle ARC est un modèle théorique centré sur les forces de l'enfant victime de traumas dans une perspective familiale et systémique (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En effet, il a été conçu pour être utilisé auprès des enfants victimes, mais aussi auprès de leurs donneurs de soins, tels que les parents biologiques, les parents d'accueil ou les intervenants en hébergement (Collin-Vézina et al., 2018). Il s'agit d'un modèle séquentiel, c'est-à-dire que le traitement progresse selon un processus par étape (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En ce sens, la première étape de l'intervention est d'établir une base sécurisante (Gateau et Vancappel, 2023), dans le but de stabiliser l'enfant dans son milieu et de renforcer son sentiment de sécurité, afin qu'il soit outillé à apprendre de nouvelles compétences (Blaustein et Kinniburgh, 2024).

Plus concrètement, le modèle ARC mise sur le développement de la résilience en lien avec les trois domaines principaux aidant à réduire les traumas : l'attachement sécurisant dans les relations avec autrui, la régulation optimale des affects et le développement des compétences (Collin-Vézina et al., 2018). Le premier domaine d'intervention, soit celui de l'attachement, comporte trois cibles d'intervention : 1) la gestion des affects des donneurs de soins, 2) l'ajustement empathique et la syntonie et 3) la réponse efficace. Ces cibles sont travaillées avec le donneur de soins de l'enfant, et visent respectivement à 1) aider les donneurs de soins à comprendre et gérer leurs propres réactions émotionnelles dans le but qu'ils soient davantage disposés à soutenir l'enfant, 2) renforcer la capacité des donneurs de

soins à percevoir et comprendre les réactions traumatiques de l'enfant et 3) soutenir le donneur de soins à réagir et intervenir de manière cohérente, prévisible et modulée face aux manifestations de l'enfant. Les deux autres domaines, soit la régulation et la compétence, impliquent que l'intervenant travaille directement auprès de l'enfant (Blaustein et Kinniburgh, 2019). Le domaine de la régulation comporte deux cibles d'intervention, notamment l'identification et la modulation. L'identification a pour but d'aider les enfants à développer une conscience de leurs états internes (leurs émotions, leurs sensations corporelles, etc.) et la modulation a pour but de soutenir la capacité de l'enfant à gérer ses états internes de façon adaptée. Quant au domaine de la compétence, il comporte trois cibles d'intervention, soit celles du fonctionnement exécutif, du développement de soi et de l'identité ainsi que des liens relationnels; elles permettent 1) de soutenir le développement des fonctions exécutives de l'enfant, 2) de l'aider à construire une représentation de lui-même plus stable, intégrée et orientée vers l'avenir et 3) de soutenir l'enfant à développer des relations saines et sécurisantes avec autrui. L'intégration des traumas est la dernière étape du modèle ARC. Elle permet de consolider les apprentissages dans le quotidien de l'enfant, de favoriser une meilleure cohérence entre ses états internes et ses comportements et de l'orienter vers des buts futurs. Il est à noter que trois stratégies de base sont utilisées de façon transversale, tout au long du traitement : l'engagement, l'éducation ainsi que les routines et rythme. Ces stratégies de base ont pour rôle de maintenir une attention active à l'engagement en explorant et en identifiant les enjeux de l'intervention, d'augmenter les connaissances de la famille dans le but de supporter leur compréhension et de renforcer leur pouvoir d'agir, et finalement de renforcer leur sentiment de compétence et de sécurité de l'enfant en ayant recours au rythme et aux routines (Blaustein et Kinniburgh, 2019). La figure 1 présentée ci-dessous inclut une présentation du modèle ARC incluant les cibles d'intervention associées aux domaines et aux stratégies de base.

Figure 1 Présentation des cibles d'intervention selon les domaines du modèle ARC



Note. Traduit librement de Blaustein et Kinniburgh (2019).

Le modèle ARC a été mis en place en milieu scolaire (Dorado et al., 2016; Martineau-Crête et al., 2023), en milieu communautaire (Fehrenbach et al., 2022; Turcotte et al., 2023) et aussi en protection de la jeunesse, notamment dans les centres d'hébergement (Matterlandry et Collin-Vézina, 2022; 2024) et auprès des familles d'accueil (Collin-Vézina et al., 2015; Hodgdon et al., 2016). Son implantation a permis de mettre en évidence plusieurs retombées positives dans différents contextes, soit une amélioration significative des symptômes traumatiques et des manifestations comportementales des enfants (Arvidson et al., 2011; Bartlett et al., 2018; Collin-Vézina et al., 2015; 2018; Fehrenbach et al., 2022; Hodgdon et al., 2013; 2016) ainsi qu'une vision clinique davantage axée sur le vécu traumatique et la fonction des comportements de l'enfant chez les intervenants (Collin-Vézina et al., 2019; Hodgdon et al., 2013). En lien avec la relation parent-enfant, les résultats mettent en lumière un meilleur ajustement empathique des parents, une réduction de la détresse parentale, une co-régulation plus efficace et une meilleure compréhension des parents du fonctionnement de leur enfant (Hodgdon et al., 2016).

L'implication du donneur de soins est centrale lors du recours au modèle ARC, mais demeure difficile (Blaustein et Kinniburgh, 2024; Collin-Vézina et al., 2019). Le fait qu'une grande proportion de parents suivis par la DPJ aient aussi vécu de la maltraitance à l'enfance peut complexifier le processus d'intervention (Bouchard et al., 2023). D'ailleurs, la présence de stressseurs, de rappels traumatiques ou encore d'exposition continue au trauma ou à l'instabilité dans le quotidien des donneurs de soins peuvent altérer leur fonctionnement et les rendre moins disposés à l'intervention (Blaustein et Kinniburgh, 2024). En ce sens, il importe de tenir compte du passé de maltraitance du parent et, tout comme l'enfant, de mieux comprendre ses réactions pouvant découler de ses propres traumatismes relationnels (Bouchard et al., 2023). D'ailleurs, quelques barrières à l'intervention propres au donneur de soins ont pu être identifiées quant au modèle ARC, soit les antécédents de traumatismes, certaines réactions telles que le repli sur soi et une attitude défensive, le sentiment de honte ou de culpabilité du donneur de soins face aux événements vécus par l'enfant et les différences culturelles entre l'intervenant et le donneur de soins (Sinha, 2018). De façon plus générale, Fawley-King et ses collègues (2013) relèvent que, dans les interventions en santé mentale pour l'enfant, 46% des parents ne suivraient pas les recommandations des intervenants à la maison. Ainsi, les données empiriques mettent en lumière que le modèle ARC semble prometteur, mais que plusieurs barrières à l'intervention peuvent affecter son application, surtout lorsqu'un parent avec un passé traumatique est impliqué.

L'application du modèle ARC demeure très peu explorée dans le contexte particulier où la famille est prise en charge par la DPJ et l'enfant avec trauma complexe habite toujours au domicile familial. Or, cette réalité constitue une situation fréquemment traitée par la DPJ (Côté et Le Blanc, 2018) et soulève des défis uniques : l'enfant doit se reconstruire dans un environnement marqué par la maltraitance passée, et le parent doit apprendre à devenir une figure sécurisante malgré ses propres vulnérabilités. Il apparaît donc essentiel de comprendre comment les intervenants soutiennent ces familles avec le modèle ARC, quels obstacles sont rencontrés et quels éléments facilitent le processus d'intervention, dans le but d'outiller à la fois les praticiens et les familles, et de contribuer à des interventions davantage ciblées et efficaces pour la famille. Ainsi, l'objectif général de la recherche est d'explorer le point de vue et l'expérience des intervenants dans la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès des familles suivies en protection de la jeunesse au secteur de

l'application des mesures et pour lesquelles un enfant ayant un trauma complexe habite au domicile familial. Plus précisément, l'objectif spécifique est de documenter l'application du modèle ARC auprès des familles dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial.

2.3 Méthodologie

En lien avec l'objectif poursuivi du mémoire, la présente étude s'appuie sur une approche qualitative et privilégie une démarche inductive de recherche (Denis et al., 2019; Gaudet et Robert, 2018; Tanguay, 2023). Ce type d'approche, dans le cadre du présent projet, permet de faire émerger la compréhension de l'application du modèle ARC à partir du vécu des intervenants qui l'utilisent, afin de bien saisir la complexité des situations qu'ils rencontrent (Denis et al., 2019). Dans le cadre de cette étude, la réalisation d'entrevues au moyen d'entrevues semi-dirigées permettra de questionner directement les intervenants sur la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès des parents d'enfants ayant développé un trauma complexe et vivant au domicile parental. Les entrevues réalisées permettront d'obtenir des réponses à des questions telles que : comment les intervenants se servent du modèle ARC pour intervenir auprès des parents d'enfants ayant un trauma complexe et vivant au domicile familial? Quels sont les facteurs identifiés par les intervenants comme facilitant ou complexifiant l'utilisation du modèle ARC auprès de cette clientèle ? Quels éléments aimeraient-ils modifier pour améliorer la qualité de l'intervention offerte auprès de ces familles?

2.3.1 Groupe à l'étude

L'échantillon est composé de dix intervenants en protection de la jeunesse au service de l'application des mesures au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les participants pouvaient relever du domaine psychosocial, donc posséder le titre d'emploi d'agent de relations humaines (ARH), ou encore du domaine de la réadaptation, en tant qu'éducateurs spécialisés. Toutefois, seuls les éducateurs spécialisés agissant comme personnes autorisées au dossier pouvaient participer, puisque dans ce contexte, ils détiennent les mêmes responsabilités et le même pouvoir décisionnel au dossier que les agents de relations humaines. Par leur pouvoir décisionnel, les personnes autorisées au dossier vivent des enjeux et des défis qui leur sont spécifiques au sein de la relation avec la famille. Les intervenants pouvaient donc avoir suivi

diverses formations professionnelles, telles que la psychoéducation, le travail social, la sexologie, la criminologie, la psychologie, l'éducation spécialisée, etc. Également, les intervenants devaient avoir reçu la formation ARC – Approches sensibles au trauma et suivre au moment de l'entretien ou dans les trois mois précédant l'entretien une famille dont une hypothèse de trauma complexe a été émise pour l'enfant. La présence d'un trauma complexe chez l'enfant devait avoir été identifiée par le biais de la grille de dépistage des traumas complexes, qui est présentée lors de la formation. L'enfant devait également habiter au domicile familial ou y avoir déjà habité lors du suivi.

Au total, sept femmes et trois hommes ont participé à l'étude, âgés entre 24 ans et 48 ans, avec un âge moyen de 34,5 ans. Six de ces intervenants possédaient le titre d'emploi d'ARH et quatre d'entre eux étaient des éducateurs spécialisés. Parmi les participants, le temps écoulé depuis qu'ils avaient reçu la formation était en moyenne de 3,4 ans, variant entre 1 an et 10 ans. Leurs années d'expérience en protection de la jeunesse variaient; certains intervenants accumulaient moins de deux ans d'expérience alors que d'autres en accumulaient plus de vingt. De plus, l'un des participants donnait la formation sur le modèle ARC aux intervenants et aux groupes de soutien pour les familles d'accueil.

2.3.2 Procédure

Le recrutement ainsi que les entretiens ont été réalisés sur le territoire de la Capitale-Nationale, au sein du CIUSSS. Le processus de recrutement s'est effectué entre septembre 2024 et février 2025. Une affiche promotionnelle expliquant le projet, les besoins en termes de recrutement ainsi que la grille de dépistage des traumas complexes (utilisée par les intervenants pour cibler les enfants avec trauma complexe), présentée lors de la formation *ARC – Approches sensibles au trauma*, ont été envoyées au répondant à la recherche. Ce dernier a ensuite pu partager aux intervenants l'existence du projet et les inviter à prendre connaissance des critères d'admissibilité. Puis, le répondant à la recherche a recueilli les noms des personnes intéressées à participer au projet, et les a transmises à l'équipe de recherche qui s'est chargée d'entrer en contact avec les personnes intéressées et de prévoir une rencontre pour la réalisation de l'entretien. Étant donné la difficulté à recruter des participants, une coordonnatrice clinique à l'application des mesures a été interpellée; celle-ci a aussi contribué à solliciter la participation d'intervenants rencontrant les critères

d'inclusion du projet. La totalité des entretiens s'est déroulée en ligne, par l'entremise de la plateforme Teams. La durée des entretiens était d'en moyenne 44 minutes, ceux-ci variant entre 26 minutes et 62 minutes.

2.3.3 Outil de collecte

Dans cette étude, l'outil de collecte utilisé est l'entretien de recherche, puisqu'il permet d'explorer les opinions, les perceptions et les expériences des participants (Savoie-Zajc, 2021). En lien avec les objectifs de l'étude ainsi que l'état des connaissances actuelles, l'entrevue semi-dirigée est le type d'entretien privilégié, puisqu'elle fait référence à un canevas d'entrevue incluant des thèmes définis préalablement par l'entremise de questions ouvertes (Savoie-Zjac, 2021). Une liste des thèmes communs a pu permettre une homogénéité des données ainsi qu'une base de comparaison entre les participants (Gaudet et Robert, 2018). L'utilisation des questions ouvertes a assuré l'exploration des perspectives individuelles et des expériences du participant tout en signifiant les tensions et les contradictions de celui-ci quant au sujet à l'étude (Savoie-Zajc, 2021). Ainsi, dans le contexte de cette étude, l'entrevue semi-dirigée a permis de mettre en lumière le point de vue et l'expérience des intervenants dans la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès des parents dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial afin de documenter son application.

Les thèmes abordés dans l'entrevue ont donc été : 1) les tâches, rôles et responsabilités professionnelles du participant; 2) la prise en compte du modèle ARC dans le cadre de ses interventions cliniques 3) les perceptions du participant en regard de la qualité des interventions qu'il effectue auprès des parents d'enfants ayant un trauma complexe et habitant au domicile familial; 4) les situations dans lesquelles l'intervention basée sur le modèle ARC est plus compliquée ou à l'inverse facilitée et 5) les impacts de l'utilisation du modèle ARC perçus sur la qualité des interventions et la réponse aux besoins de l'enfant ayant un trauma complexe.

2.3.4 Plan d'analyse

L'analyse des données qualitatives a été effectuée en suivant un processus inductif, c'est-à-dire que les données recueillies ont été réduites en unités significatives permettant

d'expliquer le sujet de l'étude (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse des données qualitatives a été réalisée selon les principes de l'analyse de contenu thématique, afin d'analyser le contenu des entrevues menées auprès des intervenants (Paillé et Mucchielli, 2016). Plus précisément, les entrevues réalisées ont été enregistrées sur un appareil numérique et retranscrites sous forme de verbatims, tout en respectant en détail les paroles des participants. Une grille de codification, composée de codes et de sous-codes, a été remplie à partir de la lecture des entretiens. L'ensemble du travail d'analyse a été appuyé par l'utilisation du logiciel Nvivo, permettant de mettre en commun, de réduire et d'organiser l'ensemble des données recueillies. Lors de l'analyse des entrevues, le contenu relatif à l'appréciation du modèle ARC a permis de faire émerger un premier thème, soit l'adhésion et l'appropriation du modèle ARC, qui met en lumière la pertinence du modèle ARC en contexte de protection de la jeunesse. Les propos rapportés par les participants quant à la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC ont contribué à l'émergence du deuxième thème, l'application clinique du modèle ARC. Le troisième thème concerne les facteurs influençant l'application du modèle ARC, fondé à partir des perceptions des intervenants quant aux éléments identifiés par ceux-ci comme complexifiant ou facilitant l'intervention auprès des familles. Puis, le dernier thème fait référence aux impacts perçus du modèle ARC, qui regroupait l'avis des participants sur le modèle ARC, notamment les impacts positifs et négatifs rapportés par ceux-ci.

2.4 Résultats

Les résultats sont présentés en quatre parties selon les principaux thèmes identifiés dans les données analysées, soit : 1) l'adhésion et l'appropriation du modèle ARC, 2) l'application clinique du modèle ARC, 3) les facteurs influençant l'application du modèle ARC et 4) les impacts perçus du modèle ARC. Chaque section documente, à partir des propos des participants, leur point de vue et leur expérience quant à l'application du modèle ARC auprès de familles dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial.

2.4.1 Adhésion et appropriation du modèle ARC

Le modèle ARC est un modèle apprécié auquel semble adhérer les participants. Plusieurs soutiennent l'utiliser au quotidien depuis qu'ils ont reçu la formation à cet effet, et nomment que l'approche ARC fait partie d'eux en tant qu'intervenants :

L'approche ARC, je pense qu'elle nous habite beaucoup, qu'on intervient beaucoup selon ce modèle-là (P-1).

Depuis que j'ai la formation ARC, j'utilise toujours des interventions qui sont liées au modèle ARC, sensibles au trauma. J'utilise ça depuis que je suis formé, depuis 2015, [...] ça fait partie de mon quotidien (P-7).

La plupart des intervenants mettent également en lumière la pertinence et la cohérence du modèle d'intervention ARC par rapport à leur milieu de pratique et la clientèle rencontrée. En effet, ceux-ci spécifient que les personnes prises en charge par la DPJ (autant les parents que les enfants) présentent souvent un vécu traumatique. Ainsi, l'utilisation du modèle ARC permet aux intervenants de cibler des interventions ou des outils cliniques répondant à leurs besoins :

C'est vraiment une approche qui concorde bien avec les clientèles qu'on a. Souvent, c'est intergénérationnel. Donc, il faut penser en trauma pour les parents. Il faut penser en trauma pour les enfants pour être capable de mieux s'adapter à leurs besoins (P-6).

C'est sûr que ça a une grande place parce qu'on travaille directement avec une clientèle qui a des traumas, fait que par la force des choses, les outils ARC sont tout le temps pertinents (P-8).

La formation déployée à l'application des mesures sert de cadre de référence aux intervenants et leur a permis de mettre des mots sur des savoirs expérientiels. Elle sert aussi de langage commun et permet d'unifier les pratiques des intervenants et de consolider leur identité professionnelle :

Quand j'ai suivi la formation, ça faisait énormément de sens avec la pratique en fait, ça venait mettre des mots sur quelque chose que je savais, mais qui n'avait pas de mots pour l'expliquer aussi bien que l'approche sensible le décrit (P-3).

La formation a vraiment consolidé des choses pour moi. Puis, depuis la formation, je l'utilise encore plus dans mes dossiers parce que j'y vois plus la pertinence. [...] Au

début, j'avais comme plus la théorie, mais je n'avais pas nécessairement les outils pour l'utiliser. Maintenant, je suis plus capable de le verbaliser, de l'expliquer. Ça a vraiment fait une différence dans l'application que je faisais (P-9).

La formation a permis non seulement de donner du sens à leur pratique, mais a aussi amené les intervenants à modifier leur façon d'intervenir. La formation leur a permis de comprendre que les comportements problématiques de l'enfant et de parent proviennent de stratégies d'adaptation apprises à la suite d'un possible vécu traumatique, et que ces comportements témoignent de besoins qui ne sont pas répondus. Ainsi, la formation a permis aux participants de modifier leurs « lunettes d'intervention » et d'axer leurs interventions sur la fonction du comportement plutôt que sur le comportement lui-même :

J'étais beaucoup plus centré sur le comportement que je voyais dans le « ici et maintenant ». Puis, je portais moins attention au vécu de la personne. Ou des fois, je pouvais le faire, mais je n'allais jamais aussi profond que depuis que j'ai été formé en ARC. C'est là où je comprends beaucoup mieux l'impact qu'un passé traumatique peut avoir, ça m'a permis de remettre en perspective aussi les mécanismes de défense, les mécanismes d'adaptation qu'une personne peut vivre en fonction de son passé. [...] Ça me permet de pouvoir mieux l'expliquer, mieux le verbaliser. Ça a amené mes interventions à un autre niveau. Ça me permet de mieux cibler aussi le besoin derrière le comportement. (P-10).

2.4.2 Application clinique du modèle ARC

Dans la pratique, plusieurs intervenants rapportent s'appuyer principalement sur le domaine de l'attachement, en travaillant auprès des parents les trois cibles d'intervention de ce domaine, notamment 1) la gestion des affects du donneur de soins, 2) l'ajustement empathique et la syntonie et 3) la réponse efficace. Quelques interventions ciblent aussi le domaine de la régulation, en apprenant aux enfants l'identification et la régulation de leurs émotions. Toutefois, lorsqu'ils interviennent auprès des familles dont l'enfant présente un trauma complexe et demeure au domicile familial, un constat commun émerge : la mise en place du modèle demande beaucoup de temps. En utilisant le modèle ARC, le travail thérapeutique se fait d'abord avec le parent en améliorant ses habiletés parentales. Or,

l'apprentissage des habiletés parentales requises s'effectue de façon graduelle et mobilise en grande partie les interventions du suivi DPJ, laissant peu de temps pour les autres étapes requises :

Les bases, souvent, me prennent beaucoup de temps. [...] Je suis capable de faire la base, je suis capable de faire l'attachement, mais la régulation, je ne suis pas toujours capable de me rendre, encore moins « compétence » et « intégration des traumas », c'est un long suivi (P-9).

C'est un processus. On fait cheminer la famille là-dedans, à mieux décoder. C'est comment je vais lire en dessous du comportement de mon enfant pour voir son besoin. On s'entend que ça, ce n'est pas genre un *switch* que tu mets à *on* et j'ai tout compris. Ça prend de la mise en pratique. [...] C'est la même chose pour la régulation (P-8).

D'ailleurs, le modèle ARC est considéré hiérarchique et unidirectionnel dans la mesure où il repose sur une logique de développement séquentiel. En d'autres mots, chaque étape d'intervention est préalable à la suivante. Ainsi, l'une des premières étapes de l'intervenant est d'amener le parent à être engagé dans le processus thérapeutique, puis de développer ses habiletés parentales pour qu'il puisse instaurer un cadre prévisible et sécurisant pour son enfant. Or, ces étapes semblent difficiles à mettre en place :

Quand on regarde le principe en tant que tel d'ARC, il faut que tout l'environnement autour de ce jeune-là soit stable. Il faut qu'il y ait une routine adéquate. Il faut qu'il y ait une stabilité au niveau de ses parents. Honnêtement, c'est quand même dur à aller chercher de prime abord. [...] Avant d'arriver aux enfants, il faut que les parents collaborent et mettent les choses en place. Je n'ai pas encore réussi à arriver à l'étape où j'ai pu travailler les traumas avec cette approche-là avec les enfants parce que je suis encore dans la stabilisation, dans la création du lien positif avec les adultes sécurisants qui prennent soin, qui sont bienveillants. Je suis encore là-dedans avec les parents (P-4).

Je trouve que la trame de fond du modèle explique bien l'image de la maison, tu sais, de montrer aux parents que souvent, il y a l'attente des étapes qui sont en haut, alors

qu'on n'a pas la base, il n'y a pas de routine. [...] Quand tout est désorganisé, on n'a pas la base (P-8).

2.4.3 Facteurs influençant l'application du modèle ARC

Quelques intervenants ont identifié des facteurs, qui, à leur avis, facilitaient ou complexifiaient l'application du modèle ARC. Entre autres, ces facteurs étaient relatifs aux parents, à l'enfant ou encore de nature organisationnelle ou structurelle.

2.4.3.1 Facteurs relatifs aux parents

Par rapport aux parents, il a été exprimé que l'atteinte de certaines habiletés parentales était un élément aidant quant à l'application du modèle ARC. En effet, l'habileté du parent à faire des apprentissages et à les maintenir ainsi que sa capacité à répondre aux besoins affectifs de l'enfant ont pu faciliter l'intervention :

La maman et son conjoint ont adapté leur cadre, ils ont adapté les routines. Ils ont adapté leurs interventions en fonction du besoin des enfants, en fonction de leurs particularités, parce qu'on a trois enfants qui sont fondamentalement très différents (P-10).

En ce sens, par rapport aux parents, il a été affirmé par quelques participants que certaines capacités parentales, soit la capacité d'introspection et de mentalisation, sont des facteurs facilitant la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC, puisque ces capacités aident le parent à reconnaître ses erreurs du passé et à identifier ce qu'il peut améliorer :

C'est vraiment son introspection, au niveau de sa capacité de mentalisation. On a vraiment des facteurs gagnants. Elle reconnaît une introspection, elle mentalise et ça fonctionne bien. [...] Que ce soit la personne abusive ou non, si on est dans une situation d'introspection, on est capable d'avancer (P-9).

La mère reconnaît les traumatismes des enfants, reconnaît qu'il y a un travail à faire, et reconnaît ses propres enjeux, qu'elle n'a pas été protégée, qu'il y a certaines choses qu'elle doit travailler encore aujourd'hui, et elle est ouverte d'en parler (P-9).

D'autres facteurs liés aux parents ont également été identifiés comme des éléments pouvant complexifier l'application du modèle ARC. Les enjeux de santé mentale du parent, pouvant se manifester par de l'épuisement ou le développement de troubles mentaux, peuvent rendre le parent indisponible à l'intervention. Lorsque le parent est indisponible à l'intervention, l'apprentissage de nouvelles habiletés parentales s'effectue difficilement, nuisant à l'application du modèle ARC :

Si on est au bout du rouleau, demande-moi de faire un changement vraiment grand de ma routine. Si je suis brûlée, je vais le voir comme une montagne. [...] Avec des enfants qui ont des enjeux traumatiques, il faut vraiment être constant pendant beaucoup de temps pour voir un impact. Fait que c'est comme accepter de faire quelque chose dans le beurre qu'on trouve très très lourd sans voir nécessairement d'amélioration sur le coup. C'est dur de se maintenir (P-3).

La mère a beaucoup de difficultés à discerner ces besoins sous-jacents, à répondre à ces besoins là aussi, à avoir une routine, à mettre un bon encadrement. Elle est inconstante, elle n'est pas claire, elle n'est pas cohérente dans les règles qu'elle impose à ses garçons, elle manque de chaleur, elle leur donne peu d'attention, elle joue peu avec eux. Tout ça, ça amène des besoins criants chez les garçons qui ne sont pas répondus, puis des comportements perturbateurs. [...] Elle a tellement des enjeux sur le plan de sa santé mentale qu'elle a de la misère à se mobiliser, qu'elle a de la misère à être en mode apprentissage d'habiletés parentales, elle a de la misère à les appliquer parce que ça demande beaucoup d'énergie (P-1).

Également, il est à noter que certaines perceptions entretenues par les parents peuvent nuire à l'application du modèle ARC. En effet, le fait de percevoir certaines interventions proposées par l'intervenant comme inutiles ou excessives peut amener le parent à ne pas mettre en application les recommandations de la DPJ, déclenchant ainsi des réactions chez son enfant. Aussi, le fait de vouloir des résultats rapidement peut amener le parent à douter de l'efficacité de l'intervention, désirant ainsi d'autres mesures que celles proposées par le modèle ARC :

Monsieur n'applique pas nécessairement toutes les recommandations. Ça, c'en est un qui trouve qu'on en fait trop. Parce que son enfant, il n'a pas besoin d'autant d'affaires, c'est trop de prévisibilité. Il est capable de vivre avec des choses qui changent, ce n'est pas toujours obligé d'être la même chose. À chaque fois qu'il fait quelque chose qui n'est pas dans nos recommandations, on vient mettre une goutte d'eau dans son verre, et à un moment donné, il recommence à exploser (P-6).

C'est comme s'ils [les parents] voulaient un résultat dans le ici-maintenant. Mais le trauma ne se gère pas dans le ici-maintenant. Il faut leur mettre en lumière que la base doit être là pendant très longtemps. [...] Ils vont le mettre en place. Après deux mois, ils sont comme : « Ça n'a pas marché. Envoyez-le au CR³. Ramenez- moi le réparé. » (P-4).

Un autre facteur pouvant être un obstacle à l'application du modèle ARC est le recours du parent à des mécanismes de défense. En effet, le sentiment de honte du parent peut mener à adopter certains mécanismes de défense, comme le déni, qui peuvent complexifier l'intervention auprès du parent. Si le parent est dans le déni, qu'il ne reconnaît pas les abus qu'il a commis auprès de ses enfants ou que ses enfants présentent des traumas complexes, il devient alors difficile pour l'intervenant d'intervenir auprès de lui :

Le père ne reconnaît pas la majorité des abus. Donc, il ne reconnaît pas que les enfants ont des traumas complexes. [...] Je ne suis pas capable d'aller au niveau du modèle ARC à la maison, parce que c'est trop confrontant d'aller nommer que son enfant a des réactions traumatiques. C'est trop une honte. Quand je parle de trauma, il me coupe rapidement. Il me nomme que ses enfants n'ont pas de trauma, donc, je n'ai pas d'affaires à parler de ça (P-9).

2.4.3.2 Facteurs relatifs aux enfants

Quelques facteurs concernant l'enfant ont aussi été identifiés par certains participants comme des obstacles à l'application du modèle ARC. Les manifestations du trauma complexe que l'enfant présente peuvent amener des difficultés dans une multitude de sphères de vie de l'enfant, altérant son fonctionnement quotidien. De plus, avant de pouvoir constater

³ CR : Centre de réadaptation.

un apaisement chez l'enfant, il faut que les parents réussissent à répondre aux besoins de sécurité affective de l'enfant. Ainsi, lorsque ce n'est pas le cas, il est possible que l'enfant soit indisponible à l'intervention :

Cet enfant-là est indisponible en ce moment. C'est un gros trauma complexe, elle était indisponible à me rencontrer, tu sais, aussitôt que j'allais la voir, elle explosait. Si je rentre dans, un peu, dans les émotions, je la perds. [...] Il faut qu'elle soit apaisée avant d'être capable de travailler quelque chose avec elle (P-5).

D'ailleurs, par rapport aux facteurs propres à l'enfant, certains participants ont souligné une différence en ce qui a trait à l'âge des enfants. En effet, il semble qu'en raison de la cristallisation des difficultés du trauma complexe de l'adolescent, la période de l'adolescence soit particulièrement complexe quant à l'application du modèle ARC, contrairement à la période de la petite enfance et de l'enfance :

Il y a peut-être une plus grande carapace qui se crée chez les adolescents et adolescentes. Il y a moins de rigidité de la part des enfants à l'ouverture, à la discussion. Parce que chez les ados, [ils sont] beaucoup plus méfiants. Ils ont été trahis par l'adulte. Souvent plus qu'une fois. Des fois, ça fait moins mal de se refermer que d'en parler à cet âge-là (P-7).

2.4.3.3 Facteurs organisationnels ou structurels

Puis, quant aux facteurs organisationnels, l'accès à la formation continue par rapport au modèle ARC est un élément identifié comme aidant par un participant. En effet, l'accès à différentes ressources organisationnelles permettant de se tenir à jour quant au modèle ARC, de s'entraider entre intervenants ou d'apprendre plusieurs adaptations du modèle ARC peut permettre à l'intervenant de se sentir davantage outillé et accompagné :

C'est certain que de continuer les co-développements, à se faire nourrir par les mises à jour, par les nouvelles procédures, les nouveaux documents, au niveau du modèle ARC, [...] c'est quand même quelque chose qui est à maintenir et à garder (P-7).

Certains facteurs organisationnels ou structurels ont également été désignés par la plupart des participants comme des obstacles à l'application du modèle ARC. En effet, l'un

des participants déplore le fait que les décisions judiciaires rendues au tribunal sont inconstantes et incohérentes. Le participant souligne le fait que les juges n'ont pas suivi la formation du modèle ARC, ce qui fait en sorte que les ordonnances rendues ne répondent pas toujours aux besoins de l'enfant :

On a une ordonnance qui ne répond pas aux besoins de l'enfant. Parce qu'on a des juges qui ne sont pas formés en trauma. [...] Prendre une décision, l'intérêt de l'enfant, souvent, ce n'est pas toujours clair pour les juges. Est-ce que de vivre des réactions et de revivre leurs traumas, c'est plus important que d'avoir du plaisir et d'avoir un maintien de lien avec son parent? Selon le juge que tu vas avoir, ce n'est pas toujours constant. Des fois, on rentre devant un juge qu'on sait déjà qu'on a deux pas en arrière. Tandis que d'autres juges, on a deux pas en avant (P-9).

Un autre facteur organisationnel révélé par la totalité des participants, est la lourdeur de leur charge de travail. En effet, les intervenants rapportent manquer de temps dans leur suivi auprès des familles, ce qui réduit la fréquence des rencontres et limite la mise en œuvre exhaustive et cohérente des interventions basées sur le modèle ARC :

On a des beaux outils, on a des belles choses, mais on a tellement d'urgence et de choses à gérer que tu sais, on n'arrive pas à le faire au complet, puis, de le faire dans un temps aussi qui est raisonnable, pour que ça fasse du sens (P-5).

J'aimerais bien mieux avoir moins de dossiers, mais réussir à voir mes clients plus souvent pour que le progrès se fasse. C'est bien beau qu'on me dise vois-les aux trois semaines, mais il y a des dossiers qu'il faudrait que je voie aux semaines, mais malheureusement, je ne peux pas le faire parce que je n'ai pas le temps. Ça fait en sorte qu'ils traînent plus longtemps (P-4).

2.4.4 Impacts perçus du modèle ARC

Plusieurs impacts positifs du modèle ARC ont été verbalisés par certains participants. En effet, les intervenants ont constaté que l'application du modèle favorise un sentiment de sécurité affective chez les enfants, se traduisant par un apaisement général, une diminution de l'hypervigilance et de manifestations comportementales problématiques :

Je trouve que ça a quasiment juste des impacts positifs. Quand les parents en viennent à appliquer nos recommandations, on voit vraiment des changements positifs chez les enfants, donc un apaisement, un sentiment de sécurité qui est bien installé, fait que les comportements diminuent (P-2).

Ce qu'on va beaucoup voir chez l'enfant, c'est de l'apaisement, puis une baisse d'hypervigilance parce qu'il sait à quoi s'attendre. [...] C'est comme si on vient d'apaiser tout le système autour de cet enfant-là. Ça c'est vraiment l'impact le plus grand (P-3).

Également, quelques participants soulignent que le modèle ARC favorise une vision plus positive du concept de soi et de l'identité des enfants. En effet, le fait d'expliquer que leurs comportements dysfonctionnels ne sont pas intentionnels, mais relèvent plutôt des stratégies adaptatives, aide les jeunes à mieux comprendre leur expérience interne, ce qui contribue à renforcer leur estime de soi :

Avec les enfants, d'abord, ça les déresponsabilise, parce que souvent, ils se font dire que c'est eux autres qui sont tout croches. Ils vivent de la culpabilité, de la honte. En travaillant en ARC, je viens normaliser leur comportement, mettre des mots sur ce qu'ils vivent, puis expliquer pourquoi ils sont comme ça. [...] C'est vraiment, « je comprends que moi, j'ai des comportements, mais je ne suis pas mes comportements ». Ça fait une distinction. Puis au niveau de l'identité, puis de l'estime, ça fait une différence qui est notable (P-6).

Chez les parents, le modèle ARC favorise le développement d'habiletés parentales, notamment une meilleure syntonie et une sensibilité accrue envers le fonctionnement de leur enfant. Le renforcement de ces compétences soutient les parents dans leurs interventions et les aide à répondre plus adéquatement aux besoins de leur enfant, ce qui améliore la qualité de la relation parent-enfant :

Ça nous donne les leviers pour humaniser les réactions des parents. Ça permet que le parent se sente moins jugé, puis il va avoir moins tendance à être confronté par les comportements des enfants. Au niveau du développement de la sensibilité du parent,

de la compréhension du fonctionnement des comportements de l'enfant, des réactions, de mieux développer leurs petites antennes au niveau des déclencheurs de l'enfant, c'est que des choses positives que l'approche ARC apporte concrètement avec nos parents (P-10).

Il va être plus disponible pour son enfant, être dans un meilleur état aussi pour son enfant, ça va renforcer la relation aussi entre les deux (P-2).

Le modèle permet aussi aux parents de pouvoir réfléchir à leur propre situation et de se sentir considérés dans l'intervention. Le fait que les intervenants explorent le vécu traumatique des parents et les impacts de ce vécu sur l'exercice de leur rôle parental renforce l'intégration de leurs traumas, et peut aussi permettre de les orienter vers des ressources psychosociales lorsque nécessaire :

Souvent dans leur propre trauma, on les fait cheminer aussi. Être capable de faire la part des choses sur ce qu'ils ont vécu, sur ce que ça a comme impact sur eux comme personnes aujourd'hui, puis les référer vers les bons services. Parce qu'on prend soin de sa santé mentale, il se sent considéré aussi : « je ne suis pas juste là pour ton enfant, je suis là pour toi aussi » (P-6).

La plupart des participants ont aussi pu constater les impacts positifs du modèle ARC sur leurs propres méthodes d'intervention. Le fait d'orienter leurs interventions sur la fonction du comportement plutôt que sur le comportement lui-même leur permet d'augmenter leur pouvoir d'agir. De plus, le fait d'explorer le vécu traumatique des parents renforce leur sentiment d'empathie envers ceux-ci :

Je travaille beaucoup, beaucoup moins sur le comportement, mais plus sur le sens global d'une situation, d'une détresse. Les comportements, les mauvais choix des enfants, quand on les voit plus comme un comportement adaptatif, on s'intéresse davantage à ce qui se passe en arrière, les stress du quotidien qui peuvent amener à déréguler puis à décharger dans ces pratiques-là. À ce moment-là, les gens sentent qu'ils ont plus de pouvoir de changer les choses. C'est comme si le problème, il est très gros, mais la solution est quand même simple (P-3).

Ça aide à se rappeler que les parents aussi ont eu souvent une enfance difficile, puis qu'ils ont souvent eu la DPJ dans leur vie, ou du moins qui en aurait probablement eu besoin. Fait que ça aide à se rappeler ça [et ça aide] pour avoir une empathie envers le parent (P-1).

Un autre impact positif relevé par quelques participants est que le modèle ARC facilite la collaboration interdisciplinaire des différents professionnels gravitant autour des enfants. Le modèle ARC offre donc un cadre de référence et un langage commun, permettant de maintenir une cohérence dans les services offerts à l'enfant :

Ça nous permet aussi, avec nos collaborateurs, les écoles, les hôpitaux, les médecins, les pédiatres, de tous avoir le même langage. Quand on parle de trauma, on vient expliquer puis on s'assure que tous les services autour de lui sont adéquats. [...] Ça maintient notre cohérence, on s'assure qu'il a tous les services dont il a besoin, puis [qu'on est] sur la bonne lignée (P-6).

Quelques impacts négatifs du modèle ARC ont aussi été identifiés par certains participants. En effet, le modèle ARC semble peu adapté pour certaines clientèles. Il serait souhaité par les intervenants que le modèle ARC soit davantage précis et spécifique aux adolescents, qui semblent moins bien répondre à ce type d'intervention. Aussi, puisque l'implication des parents est centrale au modèle ARC, certains intervenants aimeraient davantage d'outils cliniques pour les parents afin de bien les accompagner, et surtout en ce qui concerne l'exploration de leur vécu traumatique :

C'est un modèle qui n'est pas encore assez précis, à mon avis, pour les adolescents. Je sais que ça s'en vient éventuellement. J'ai une belle curiosité de voir un peu le contenu que ça aura (P-7).

Je pense que l'approche ne prend pas assez en considération les parents dans leur trauma, dans leur propre vécu. Pis, je pense que dans la continuité du développement de cette approche-là, je pense que les prochains objectifs devraient être aussi de se concentrer sur le vécu, puis des outils qu'on devrait développer aussi pour les parents (P-10).

Quelques participants ont également souligné que le modèle ARC implique une approche réflexive, c'est-à-dire qu'il exige, autant chez les intervenants que chez les parents, un processus de métacognition. Le fait de devoir continuellement prendre un pas de recul et analyser leurs interventions peut s'avérer éprouvant, et particulièrement pour les parents, qui sont impliqués émotionnellement de façon plus directe auprès de leurs enfants :

C'est quand même drainant, il faut éviter d'intervenir trop rapidement, il faut prendre le temps de s'arrêter, puis d'être toujours un peu en analyse là, des fois d'être toujours là-dedans, ça devient quand même drainant. [...] Ça le devient pour moi comme intervenant, imagine pour le parent au quotidien (P-3).

C'est challengeant de me dire « Hey, je me suis tu assez régulé? J'aurais peut-être dû faire ça. » Je n'imagine pas quand c'est un parent et qu'il y a l'aspect émotif embarqué. Il n'a pas, lui, le détachement que nous on a comme intervenants. C'est confrontant de venir réfléchir comme ça à nous et de se positionner différemment. Je pense que c'est le piège de ce modèle-là, dans le fond. Ça a du bon, mais je ne suis pas sûre que c'est tous les clients qui sont prêts à faire ces réflexions-là (P-8).

Puis, le dernier impact négatif rapporté par certains intervenants est que le modèle ARC est un long processus. Comme il a été mentionné plus haut, les stratégies de base peuvent prendre du temps à être instaurées et les domaines sont également longs à travailler auprès de l'enfant. Il est donc peu probable que les intervenants réussissent à actualiser le suivi de la DPJ en ayant atteint toutes les cibles d'intervention recommandées par le modèle : « Au niveau du plus négatif, c'est justement, c'est très long aller, se rendre au niveau des compétences, au niveau de l'intégration des traumatismes. Tu sais, dans un suivi DPJ, c'est très difficile se rendre là » (P-9).

2.5 Discussion

Cette étude visait à mieux comprendre, à partir du point de vue des intervenants qui œuvrent en protection de la jeunesse, la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès des familles prises en charge au secteur de l'application des mesures et pour lesquelles un enfant ayant un trauma complexe habite au domicile familial. Les résultats indiquent une attitude favorable en ce qui a trait à l'adhésion et à la formation au modèle

ARC. Également, différents constats relatifs à l'application clinique du modèle ont pu émerger, notamment que l'engagement des parents dans le processus thérapeutique et le développement de leurs habiletés parentales sont essentiels pour instaurer un cadre prévisible et sécurisant pour leurs enfants. Toutefois, ces étapes mobilisent une part importante du suivi DPJ, limitant ainsi les interventions effectuées directement auprès des enfants. Certains facteurs facilitant ou complexifiant l'application du modèle ARC ont aussi pu être répertoriés, autant chez les parents, chez les enfants que sur le plan organisationnel ou structurel. Des impacts de l'utilisation du modèle, positifs et négatifs, ont aussi pu être relevés en ce qui a trait aux parents, aux enfants ainsi qu'aux intervenants.

Les résultats de la présente étude suggèrent que, dans ce contexte, la majorité des interventions effectuées auprès de ces familles sont centrées sur deux stratégies de base du modèle ARC, soit l'engagement ainsi que l'instauration de routines et de rythme. Les interventions se concentrent également sur les dimensions associées au domaine de l'attachement, notamment la compétence des parents à gérer leurs propres affects, à détecter et comprendre les réactions traumatiques de leurs enfants ainsi qu'à répondre de façon efficace aux besoins de leurs enfants. Cette prédominance des interventions axées sur le développement des habiletés parentales semble refléter des difficultés rencontrées par les parents à se mobiliser afin qu'ils puissent offrir à leurs enfants un cadre prévisible, stable et sécurisant. L'établissement d'un cadre prévisible, stable et sécurisant constitue un préalable à l'intervention directe auprès des enfants, autrement dit aux cibles d'intervention relevant des domaines de la régulation et de la compétence. Le travail thérapeutique auprès des enfants demeure donc limité lorsque les parents ne sont pas en mesure d'offrir de cadre, ce qui nuit à la résolution de leur vécu traumatique. Ces constats s'inscrivent dans la logique séquentielle du modèle, qui est un processus par étapes (Blaustein et Kinniburgh, 2019). En effet, en l'absence d'une base sécurisante assurée par les parents, les enfants peuvent difficilement se stabiliser dans leur milieu et développer un sentiment de sécurité affective. Ce manque de sécurité affective chez les enfants entrave l'acquisition de nouvelles compétences émotionnelles, cognitives et relationnelles, pourtant centrales au modèle ARC (Blaustein et Kinniburgh, 2019; 2024; Gateau et Vancappel, 2023).

Les résultats de la présente étude suggèrent aussi que la mise en application d'interventions basées sur le modèle ARC est complexe lorsque les parents présentent des enjeux de santé mentale ou qu'ils ont des perceptions négatives quant à l'intervention elle-même ou quant à leur implication dans l'intervention. L'un des obstacles à l'utilisation du modèle ARC est le sentiment de honte ou de culpabilité des donneurs de soins face aux événements traumatiques dont les enfants ont été exposés; ce sentiment peut les amener à réagir de plusieurs manières lors des séances avec l'intervenant, telles que devenir silencieux, méprisants, sur la défensive ou encore présenter un émoussement de leurs affects (Sinha, 2018). L'environnement des donneurs de soins, lorsqu'il est marqué par l'instabilité, la présence de stressseurs et l'exposition continue à des événements traumatiques, peut les amener à vivre différentes difficultés personnelles (comme des problèmes de santé mentale ou des rappels traumatiques), limitant leur disponibilité à l'intervention et l'apprentissage des compétences requises (Blaustein et Kinniburgh, 2024).

L'une des seules études ayant analysé la mise en application du modèle ARC avec les donneurs de soins selon l'expérience de cliniciens a été réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat (Sinha, 2018). Les résultats de cette étude sont similaires, et l'auteur rapporte que les intervenants ont vécu des défis avec les donneurs de soins en regard des interventions reliées au domaine de l'attachement, ainsi qu'à la mise en place de routines et de rituels (Sinha, 2018). L'étude met aussi en évidence que lorsque les objectifs associés à ces interventions tardent à se concrétiser, cela se fait au détriment d'une progression chez les enfants.

Les difficultés identifiées relatives à l'application du modèle peuvent également être associées à plusieurs facteurs parentaux, organisationnels ou structurels. Par exemple, l'efficacité des interventions peut être affectée par la charge de travail excessive des intervenants, une problématique largement connue et bien documentée (Bailey et al., 2019; Le Pain et al., 2021; Marchand et al., 2018; Massé et Plusquellec, 2024). À ce titre, l'étude de Brend et ses collègues (2020) met en lumière que l'usage de nouvelles pratiques basées sur le modèle ARC en contexte de protection de la jeunesse est renforcé lorsque les intervenants disposent de suffisamment de temps pour intervenir auprès des jeunes qui leur sont assignés. Ainsi, ces données empiriques rejoignent les résultats de la présente étude, qui

soulignent que les facteurs parentaux et organisationnels peuvent affecter l'engagement aux interventions, entraver le développement d'habiletés parentales et maintenir les difficultés de fonctionnement des enfants ayant un trauma complexe.

2.5.1 Apports de l'étude

Cette étude présente plusieurs apports tant sur le plan clinique que scientifique. À notre connaissance, elle constitue la première recherche à documenter l'expérience des intervenants québécois quant à l'applicabilité du modèle ARC dans le contexte particulier de la protection de la jeunesse lorsque l'enfant ayant un trauma complexe demeure au domicile familial. Ce nouvel angle de recherche permet de mieux comprendre les défis propres à cette réalité, peu étudiée dans la littérature. Sur le plan clinique, les résultats permettent de mettre en lumière certains besoins énoncés par les intervenants, soit le besoin d'effectuer des ajustements quant au modèle ARC et le besoin de créer des outils cliniques liés au vécu traumatique des parents, qui semblent influencer leur engagement et leur disponibilité à soutenir leur enfant. Ainsi, il semble essentiel d'identifier les facteurs favorisant l'application efficace du modèle ARC, mais aussi de trouver des stratégies permettant de diminuer les obstacles à l'application du modèle ARC. Ces actions permettraient d'améliorer la qualité de l'intervention offerte à ces familles et de favoriser un pronostic positif pour ces parents et ces enfants. Plus largement, cette étude amène une contribution significative en impliquant les intervenants. Leurs perceptions et leurs besoins offrent des pistes concrètes pour soutenir la pratique clinique, offrant des opportunités pour le système organisationnel de mieux soutenir ses employés.

2.5.2 Limites de l'étude et pistes de recherche

Malgré les apports de cette étude, il est nécessaire d'en souligner les limites. Une première limite est la taille de l'échantillon, qui demeure restreinte (participation de dix intervenants). Bien que l'analyse ait permis d'identifier les principaux thèmes, leur approfondissement demeure limité, ce qui suggère une saturation thématique partielle. De plus, l'échantillon choisi pour l'étude consiste uniquement en des intervenants en protection de la jeunesse à l'étape de l'application des mesures et travaillant au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ainsi, la taille et la spécificité de certains critères d'inclusion limitent la transférabilité des résultats. Aussi, les intervenants ont décidé de participer à l'étude de façon

volontaire. Un biais d'autosélection est donc possible, pouvant surreprésenter l'opinion des participants quant à l'application du modèle ARC. Également, la participation des intervenants exigeait que celui-ci ait dans sa charge de cas une famille dans laquelle l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial; toutefois, aucune différenciation n'a été effectuée entre les cas, ne permettant donc pas d'identifier certaines variables modératrices ou médiatrices, telles que la structure familiale, les motifs de compromission, etc. De plus, le niveau d'expertise des participants quant au modèle ARC était variable, allant d'intervenants donnant les ateliers de formation ARC au CIUSSS de la Capitale-Nationale, à d'autres participants ayant plus de difficulté à identifier concrètement les concepts associés au modèle ARC. Par ailleurs, les résultats de cette étude sont fondés exclusivement sur la perception des intervenants. Bien que cette méthode réponde à l'objectif de l'étude, elle ne donne pas accès à l'expérience vécue des autres acteurs impliqués. En ce sens, l'interprétation des résultats doit être analysée comme le reflet du point de vue des intervenants, plutôt que comme une description exhaustive de la réalité clinique.

Les constats de cette étude suggèrent plusieurs pistes de recherche. Une avenue pertinente consisterait à identifier les variables médiatrices et modératrices influençant l'application et l'efficacité du modèle ARC. Entre autres, l'engagement, l'une des stratégies de base du modèle ARC, pourrait agir comme variable médiatrice en précisant le mécanisme par lequel la mise en application du modèle conduit à des changements cliniques durables. Également, certaines variables modératrices, telles que l'âge du jeune (enfant vs adolescent), la structure familiale (monoparentalité, recomposition familiale, etc.), les caractéristiques propres au parent (passé traumatique, enjeux de santé mentale, etc.) et les conditions organisationnelles (la charge de travail des intervenants) pourraient aider à déterminer les facteurs associés à une application optimale du modèle ARC. De plus, de futures recherches sur le modèle ARC devraient inclure des essais randomisés contrôlés afin de renforcer son niveau de preuve et de le considérer comme une pratique fondée sur les données probantes.

2.6 Conclusion

En résumé, cette étude favorise une meilleure compréhension de la mise en application du modèle ARC en contexte de protection de la jeunesse lorsque l'enfant ayant un trauma complexe demeure au domicile familial. Les résultats mettent en lumière les points

de vue des intervenants quant au potentiel de ce modèle comme cadre d'intervention, mais aussi les enjeux vécus par ceux-ci sur le terrain. Ils soulignent la nécessité d'apporter certains ajustements sur le plan clinique, organisationnel et systémique, dans le but de renforcer l'engagement des parents, de mieux répondre à la spécificité des besoins des enfants avec trauma complexe et d'outiller adéquatement tous les acteurs impliqués à la DPJ.

2.7 Références

- 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>
- Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J. et Skouteris, H. (2019). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), e10-e22. <https://doi.org/10.1111/hsc.12621>
- Bartlett, J. D., Griffin, J. L., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C. et Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.015>
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B. et Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264-274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Ben-Ezra, M., Hyland, P., Karatzias, T., Maercker, A., Hamama-Raz, Y., Lavenda, O., Mahat-Shamir, M. et Shevlin, M. (2020). A cross-country psychiatric screening of ICD-11 disorders specifically associated with stress in Kenya, Nigeria and Ghana. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1720972>
- Blaustein, M. et Kinniburgh, K. M. (2019). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency* (2^e édition). The Guilford Press. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1840304>
- Blaustein, M. et Kinniburgh, K. M. (2024). Attachment, regulation, and competency (ARC). Dans M. Landolt, M. Cloitre et U. Schnyder (dir.), *Evidence-based treatments for trauma-related disorders in children and adolescents* (2^e éd., p. 373-399). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_14

- Bouchard, J., Lafantaisie, V. et Bérubé, A. (2023). L'importance de la qualité de la relation entre parent et intervenante lors d'intervention pour négligence en protection de la jeunesse. *Travail Social*, 69(1), 93-107. <https://doi.org/10.7202/1112159ar>
- Brend, D., Fréchette, N., Milord-Nadon, A., Harbinson, T. et Collin-Vezina, D. (2020). Implementing trauma-informed care through social innovation in child welfare residential treatment centres serving elementary school children. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 222-232. <https://doi.org/10.7202/1072600ar>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T. et Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833-842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Collin-Vézina, D., Rouleau, S., Brunet, M., Plante, S., Légaré, G. et Milot, T. (2015). Difficultés en santé mentale et séquelles traumatiques des enfants en situation de placement : développement d'une pratique de groupe visant des familles d'accueil. Dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (dir.), *Au cœur de l'intervention de groupe : nouvelles pratiques psychoéducatives* (p. 109-115). Béliveau éditeur.
- Collin-Vézina, D., McNamee, S., Rouleau, S., Bujold, N. et Marzinotto, É. (2018). Le modèle d'intervention systémique ARC attachement, régulation des affects et compétences. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 233-250). Presses de l'Université du Québec.
- 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. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1583709>
- Côté, C. et Le Blanc, A. (2018). *Pratique intégrant la notion de trauma auprès des adolescents : trousse de soutien*, Montréal, Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://www.iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/Trousse_trauma_ado.pdf
- Denis, J., Guillemette, F. et Luckerhoff, J. (2019). Introduction : les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. *Approches Inductives: Travail Intellectuel et Construction Des Connaissances*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.7202/1060042ar>
- Dorado, J. S., Martinez, M., McArthur, L. E. et Leibovitz, T. (2016). Healthy Environments and Response to Trauma in Schools (HEARTS): A whole-school, multi-level, prevention and intervention program for creating trauma-informed, safe and supportive schools. *School Mental Health*, 8(1), 163-176. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9177-0>
- Fawley-King, K., Haine-Schlagel, R., Trask, E. V., Zhang, J. et Garland, A. F. (2013). Caregiver participation in community-based mental health services for children receiving outpatient care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*:

Official Publication of the National Council for Community Behavioral Healthcare, 40(2), 180-190. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9311-1>

- Fehrenbach, T., Sax, R. M., Urban, T. H., Simon-Roper, L., Novacek, J., Aaby, D. A. et Hodgdon, H. B. (2022). Trauma treatment for youth in community-based settings: Implementing the Attachment, Regulation, and Competency (ARC) framework. *Journal of Child and Family Studies*, 31(2), 434-446. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02096-x>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Gateau, A. et Vancappel, A. (2023). Enjeux thérapeutiques des psychotraumatismes complexes. Dans A.C. Menging et J. Rolling (dir.), *Le grand livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* (p. 245-258). Dunod.
- Gaudet, S. et Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique*. Presses de l'Université d'Ottawa.
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D. et Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumas complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 57-90). Presses de l'Université du Québec.
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., I., Ko, S. J., Gerrity, E. T., Steinberg, A. M., Howard, M. L., Pynoos, R. S. et Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Grisé Bolduc, M.-E. (2022). *Le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions Midi trente.
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E. et Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9531-z>
- Hodgdon, H. B., Blaustein, M., Kinniburgh, K., Peterson, M. L. et Spinazzola, J. (2016). Application of the ARC model with adopted children: Supporting resiliency and family well being. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 43-53. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0050-3>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J. et Shevlin, M. (2021b). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649-658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>

- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R. et Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Lazaratou, H. et Golse, B. (2016). L'exposition des enfants à la violence intrafamiliale. La transmission du trauma psychique interpersonnel des parents aux enfants. *La psychiatrie de l'enfant*, 59(1), 309-332. <https://doi.org/10.3917/psye.591.0309>
- Lawson, D. M. et Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 497-509. <https://doi.org/10.1002/jclp.21990>
- Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D. et Kirouac, L. (2021). La réforme de la santé et des services sociaux (projet de loi 10) et ses effets sur les difficultés émotionnelles des intervenants de la protection de la jeunesse au Québec. *Intervention*, 152, 149-160.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M. et Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C. et Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Marchand, S., Houlfort, N., Couvrette, A., Guay, S. et Geoffrion, S. (2018). Intervenants en protection de la jeunesse : exploration des motifs de carrière initiaux, des sources de motivation actuelles et des répercussions perçues de ces sources de motivation actuelles. *Revue de Psychoéducation*, 47(2), 231-253. <https://doi.org/10.7202/1054059ar>
- Martineau-Crête, I., Couture, C., Massé, L., Milot, T. et Verret, C. (2023). Étude pilote : effets d'un processus d'accompagnement basé sur le modèle ARC (Attachement - Régulation - Compétences) sur des élèves du primaire présentant un trouble complexe. *Travail Social*, 69(1), 129-149. <https://doi.org/10.7202/1112176ar>
- Massé, S. et Plusquellec, P. (2024). Analyse conceptuelle du phénomène de résilience chez les intervenants en centre jeunesse : un outil pour mieux intervenir. *Revue de Psychoéducation*, 53(1), 101-133. <https://doi.org/10.7202/111114ar>
- Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2022). 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>
- Mengin, A. C. (2023). Épidémiologie, comorbidités et diagnostics différentiels du trauma complexe. Dans A. C. Mengin et J. Rolling (dir.), *Le Grand Livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* (p.32-46). Dunod.
- Milot, T., Ethier, L. S., St-Laurent, D. et Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.006>
- Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018). Qu'est-ce que le trauma complexe? Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 9-36). Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, 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>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e édition). Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2021). L'entrevue semi-dirigée. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (7^e éd., p. 273-296). Presses de l'Université du Québec.
- Sinha, L. G. C. (2018). *Exploring clinicians' experiences with implementing the caregiver interventions in ARC (Attachment, Regulation and Competency) treatment with families* [Dissertation, William James College]. <https://www.proquest.com/docview/2164272499>
- Smith, J. A., Zhang, J., Urusov, A., Colucci, L., Sloss, I., Eckert, L., Price-Cameron, M. et Browne, D. T. (2024). Exploring networks of complex developmental trauma symptomatology among children and adolescents involved in child welfare. *JCPP Advances*, 4(2). <https://doi.org/10.1002/jcv2.12224>
- Tanguay, I. (2023). *La recherche qualitative en action* (2e éd.). ERPI.
- Tian, Y., Li, W., Wu, X. et Cheng, X. (2022). Complex PTSD in Chinese adolescents exposed to childhood trauma: A latent profile analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21-22), NP20190-NP20211. <https://doi.org/10.1177/08862605211050111>
- Turcotte, M.-È., Matte-Landry, A., Julien, G. et Hivon, M. (2023). Les approches sensibles aux traumas et la pédiatrie sociale en communauté : une analyse comparative ancrée dans le concept de paradigme scientifique. *Travail social*, 69(1), 7-23. <https://doi.org/10.7202/1112108ar>

Conclusion générale

L'intervention en contexte de protection de la jeunesse vise à faire cesser les situations de maltraitance vécues dans le système familial (Tremblay et al., 2019). Les situations d'abus et de négligence envers les enfants, constituent un facteur de risque significatif quant au développement d'un trauma complexe chez ces derniers (Dubois-Comtois et al., 2022; Karatzias et al., 2017; Tian et al., 2022). Le trauma complexe se définit par une exposition chronique ou répétée à des traumatismes interpersonnels (situations de maltraitance), perpétuée par une figure significative de l'enfant (Grisé Bolduc, 2022). Le trauma complexe cause différentes répercussions altérant le fonctionnement des enfants, notamment des symptômes de dissociation et d'évitement, des problèmes relationnels et d'attachement, une altération de l'identité et du concept de soi, des différences sur le plan de la somatisation, des problèmes liés à la physiologie et à la biologie, des problèmes cognitifs et d'apprentissage, des difficultés de régulation émotionnelle, une compréhension négative du monde, l'adoption de comportements dysfonctionnels ainsi que des déficits sur le plan de la mentalisation (Godbout et al., 2018a).

Ces répercussions tendent à s'enchevêtrer, à s'amplifier mutuellement et à varier selon la situation et le vécu de l'enfant. Elles créent donc une concomitance des difficultés ainsi qu'un portrait clinique complexe et unique pour chaque enfant (Godbout et al., 2018a). Le traitement du trauma complexe est donc particulièrement difficile pour les intervenants, mais également pour les parents. En effet, les manifestations du trauma complexe de l'enfant peuvent causer des défis à l'intérieur du système familial, pouvant mener les parents à se sentir davantage frustrés, stressés et dépassés des réactions de leurs enfants, surtout lorsque leurs interventions s'avèrent inefficaces (Razuri et al., 2016). La prévalence du trauma complexe est particulièrement élevée chez les enfants recevant des services en protection de l'enfance (Greeson et al., 2011; Smith et al., 2024)

Le contexte de protection de la jeunesse pose un certain nombre d'enjeux en termes d'intervention. Chez les parents, l'engagement actif peut représenter un défi puisqu'il s'agit souvent d'une clientèle non volontaire qui se voit obligée de recevoir des services sans en avoir fait la demande (Bouchard et al., 2023; Marchand et al., 2018; Saint-Jacques et al.,

2015). Également, la protection de la jeunesse traite avec plusieurs parents ayant vécu eux-mêmes des traumatismes complexes au cours de leur enfance (Bouchard et al., 2023; Cook et al., 2005). Leur vécu traumatique peut nuire à l'exercice de leur rôle parental, puisque les interactions avec leurs enfants peuvent raviver des rappels traumatiques et affecter leurs compétences parentales : ils peuvent donc avoir de la difficulté à répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants, ce qui complexifie le processus d'intervention (Bouchard et al., 2023; Cook et al., 2005). Chez les intervenants, certaines contraintes organisationnelles telles que le roulement de personnel et la lourde charge de travail peuvent amener de la détresse chez ceux-ci et nuire à la qualité des interventions offertes auprès de la clientèle (Bailey et al., 2019; Bouchard et al., 2023; Marchand et al., 2018; Massé et Plusquellec, 2024; Saint-Jacques et al., 2015).

Le modèle ARC est une pratique prometteuse pour le traitement du trauma complexe chez les enfants de 3 à 17 ans, dont l'implication d'un donneur de soins est centrale à l'intervention (Blaustein et Kinniburgh, 2019; Collin-Vézina et al., 2018b). Bien que le modèle ARC soit implanté dans le système de protection de la jeunesse au Québec depuis 2013 (Collin-Vézina et al., 2015; Turcotte et al., 2023), sa mise en application demeure inexplorée lorsque l'enfant habite au domicile familial.

Le présent mémoire avait pour objectif d'explorer le point de vue et l'expérience des intervenants dans la mise en place d'interventions basées sur le modèle ARC auprès des familles suivies en protection de la jeunesse au secteur de l'application des mesures et pour lesquelles l'enfant suivi avait un trauma complexe et habitait au domicile familial. Les résultats de l'étude mettent en lumière quatre thèmes principaux identifiés par les intervenants interrogés : 1) l'adhésion et l'appropriation du modèle ARC, 2) l'application clinique du modèle ARC, 3) les facteurs influençant l'application du modèle ARC et 4) les impacts perçus du modèle ARC. Plus précisément, les résultats indiquent une attitude favorable face à l'adhésion et à la formation au modèle ARC. Quant à son application clinique, les interventions à effectuer auprès des parents sont considérées longues à mettre en place et mobilisent, selon les répondants, une part importante du suivi. Plusieurs facteurs facilitant ou complexifiant l'application du modèle ont été répertoriés par les participants : ces facteurs concernent les caractéristiques des parents ou des enfants ainsi que des enjeux

de nature organisationnelle ou structurelle. Des impacts positifs et négatifs de l'utilisation du modèle ont aussi été relevés en ce qui concerne les parents, les enfants et les intervenants.

Recommandations afin d'améliorer la qualité des interventions

À la lumière des résultats de la présente étude, il semble que les intervenants aient besoin de soutien pour favoriser l'engagement des parents ainsi que le développement de leurs habiletés parentales. Quant à l'engagement, il semble difficile pour les intervenants de mobiliser les parents afin qu'ils collaborent au suivi et mettent en application les recommandations liées au modèle ARC. En ce qui concerne le développement des habiletés parentales, les intervenants ont constaté qu'il était exigeant et complexe de soutenir les parents dans le développement des habiletés parentales pertinentes au modèle ARC. L'engagement parental dans le processus de l'intervention permet de créer des opportunités d'apprentissage afin que les parents puissent développer les habiletés parentales nécessaires pour mieux répondre aux besoins de leurs enfants (Gonzalez et al., 2018). Plus spécifiquement, en contexte de protection de la jeunesse, l'engagement des parents contribue à modifier les pratiques parentales inadéquates et à faire cesser les situations de compromission (Charest-Belzile et al., 2022). Soutenir l'engagement actif des parents et créer des opportunités thérapeutiques permettant aux parents de développer leurs habiletés parentales semblent donc être des leviers d'intervention pertinents contribuant à la mise en application efficace du modèle ARC.

De plus, les résultats de cette étude indiquent que les intervenants aimeraient obtenir davantage d'outils cliniques du modèle ARC qui s'adresseraient aux parents, puisqu'ils considèrent que les traumatismes du parent sont peu pris en compte dans la mise en application du modèle. Or, le passé traumatique des parents peut affecter l'exercice de leur rôle parental (Bérubé et al., 2022). Leurs traumatismes non résolus altèrent leurs capacités ainsi que leurs habiletés parentales (Carpenter et Sarkar, 2024). Étant donné que la protection de la jeunesse est un contexte d'intervention marqué par la transmission intergénérationnelle du trauma, il importe de tenir compte du passé traumatique des parents dans l'intervention, puisque cet élément peut agir comme obstacle à l'intervention (Bouchard et al., 2023). Ainsi, plusieurs recommandations peuvent être émises afin d'améliorer la qualité des interventions

offertes dans les situations où l'enfant avec un trauma complexe et suivi par les services de protection de la jeunesse demeure au domicile familial.

D'abord, une première recommandation pourrait être d'implanter une intervention adaptée au milieu familial, c'est-à-dire d'offrir une intervention s'adressant aux enfants ayant un trauma complexe et habitant avec leurs parents biologiques. Plus précisément, il pourrait être pertinent d'implanter un programme d'intervention tel l'ARC *Grow*, une adaptation du modèle ARC conçue spécifiquement pour les familles biologiques (ARC, 2016a). En effet, ARC *Grow* vise à développer les compétences parentales des donneurs de soins afin de renforcer la résilience des familles exposées à l'adversité ou au stress chronique. Le programme inclut un minimum de 12 séances sous forme d'intervention de groupe ou encore d'intervention individuelle. Les interventions visent à offrir de la psychoéducation et à développer les habiletés parentales en abordant des stratégies promouvant les autosoins, l'ajustement empathique aux impacts développementaux du trauma, la régulation émotionnelle de l'enfant, les pratiques parentales efficaces et l'établissement d'une routine journalière. Le modèle ARC *Grow* tient compte du passé traumatique du parent dans la compréhension du fonctionnement familial et explore plus en profondeur son impact sur l'exercice du rôle parental des donneurs de soins. Il importe toutefois de mentionner que l'implantation du modèle ARC *Grow* demeure peu documentée (Sinha, 2018), et, qu'à notre connaissance, aucune étude n'a évalué son efficacité.

Une deuxième recommandation serait d'offrir une formation du modèle ARC qui porterait spécifiquement sur le domaine de l'attachement ou encore sur la stratégie de base de l'engagement, étant donné que les résultats de l'étude suggèrent que les interventions reliées à ces dimensions sont complexes à mettre en place. Dans l'étude de Hodgdon et ses collègues (2013), les intervenants ont pu bénéficier d'une formation spécifique aux composantes du domaine de l'attachement, portant sur les deux premières cibles d'intervention (gestion des affects du donneur de soins et ajustement empathique/syntonie). Cette formation était considérée comme bénéfique par les intervenants de l'étude et a permis une meilleure intégration des concepts du domaine de l'attachement. Il pourrait donc être pertinent qu'une offre de formation spécifique sur l'engagement et le domaine de

l'attachement soit disponible pour les intervenants, afin de les aider à mieux s'approprier les concepts de l'intervention et à mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Une troisième recommandation serait de développer la capacité de mentalisation des parents. En effet, les parents présentant un passé traumatique peuvent détenir de faibles capacités de mentalisation, ce qui amène des difficultés à discerner la fonction des comportements de leurs enfants ainsi qu'une tendance à voir interférer leurs expériences traumatiques passées avec leur interprétation du présent (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022). De plus, la difficulté de mentalisation des parents est associée à plusieurs difficultés parentales et jouerait un rôle médiateur dans la relation entre le passé traumatique du parent et 1) la perception des habiletés parentales ainsi que 2) la qualité du développement de l'enfant (Berthelot et Garon-Bissonnette, 2022). D'ailleurs, une étude de Maheux et ses collègues (2016) met en lumière que chez les adultes ayant été victimes d'agression sexuelle à l'enfance, la capacité de mentalisation est entre autres associée à la capacité de réfléchir au trauma et de comprendre les impacts du trauma sur soi et autrui. En lien avec la présente étude, l'un des facteurs facilitant l'application du modèle ARC rapporté est la capacité d'introspection et de mentalisation du parent. La capacité de mentalisation du parent pourrait donc être un levier d'intervention pertinent dans ce contexte, puisqu'elle constitue une capacité essentielle afin que le parent soit en mesure de reconnaître ses propres états internes, comprendre l'influence de son vécu traumatique sur sa parentalité et saisir plus adéquatement les besoins de son enfant. En renforçant cette capacité, les interventions pourraient favoriser une meilleure régulation émotionnelle du parent, une meilleure capacité de syntonie, de sensibilité parentale et des interactions plus positives entre le parent et son enfant. Le développement de la capacité de mentalisation pourrait donc permettre aux parents d'intégrer plus efficacement les principes du modèle ARC et d'intervenir de manière plus efficace auprès de leurs enfants.

Une quatrième recommandation serait de soutenir l'accès à la formation continue chez les intervenants en protection de la jeunesse. En effet, les résultats de l'étude suggèrent que l'accès à la formation continue par rapport au modèle ARC est un facteur organisationnel facilitant la mise en application du modèle ARC, puisqu'il permet aux intervenants de se sentir davantage outillés et accompagnés dans le processus clinique. Ainsi, il est pertinent de

maintenir les ressources déjà en place, tels que les co-développements et les communautés de pratiques portant sur le modèle ARC, puisqu'elles permettent l'entraide entre les intervenants. Également, puisque l'accompagnement clinique continu constitue une condition favorable à une implantation efficace du modèle, il est essentiel que les intervenants puissent bénéficier de soutien de la part de l'organisation, tel que de la supervision clinique, du soutien des gestionnaires ou des réunions d'équipe fréquentes (Brend et al., 2020; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022). Tel que souhaité par les participants de l'étude, il serait pertinent que les intervenants soient mis au courant des mises à jour du modèle ou des nouvelles données empiriques disponibles sur le modèle, afin que ces informations soient intégrées dans leur milieu de pratique et leurs interventions.

Une dernière recommandation serait de tenter d'améliorer les conditions de travail des intervenants en protection de la jeunesse. En effet, la charge de travail excessive de ces derniers est une problématique bien connue et documentée, et tend à affecter l'efficacité des interventions offertes aux familles (Bailey et al., 2019; Le Pain et al., 2021; Marchand et al., 2018; Massé et Plusquellec, 2024). D'ailleurs, l'une des conditions favorables à l'implantation efficace du modèle ARC est que les intervenants disposent de suffisamment de temps pour intervenir auprès des familles qui leur sont assignées (Brend et al., 2020). De plus, le fait que la clientèle perçoive l'intervenant comme investi dans le processus thérapeutique est un facteur essentiel à l'engagement (Blaustein et Kinniburgh, 2019) ; en raison des contraintes organisationnelles que rencontre le secteur de la protection de la jeunesse (roulement de personnel, manque de temps des intervenants, etc.), il est possible que le parent perçoive l'intervenant comme peu disponible ou peu investi dans le processus thérapeutique, et que cela affecte le lien thérapeutique entre l'intervenant et le parent. Pour faire face à cette problématique, de nouvelles orientations ministérielles ont été proposées pour les nouveaux intervenants, visant entre autres une progression graduelle de leur charge de travail (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025).

Retombées pour l'intervention psychoéducatrice

Le présent mémoire a permis de mettre en lumière plusieurs retombées pour l'intervention psychoéducatrice. D'abord, ce mémoire contribue à la pertinence d'utiliser des approches systémiques lors de l'intervention auprès des familles en contexte de protection

de la jeunesse. L'approche bioécologique, les approches sensibles au trauma ainsi que le modèle ARC s'inscrivent tous dans une perspective systémique. L'approche systémique est l'une des principales approches théoriques utilisées en psychoéducation et favorise la compréhension des difficultés adaptatives de la personne en interaction avec le fonctionnement des systèmes gravitant autour de celle-ci (Coutu et Dubeau, 2020; Paquette et al., 2018; Renou, 2005). En effet, les interactions négatives et répétées associées à des expériences de maltraitance vécues à l'intérieur du système familial contribuent au développement d'un trauma complexe (Wamser et al., 2025). Ainsi, ce mémoire contribue à l'idée que l'utilisation du modèle ARC comme approche systémique s'avère pertinente en contexte de trauma complexe, puisqu'il est nécessaire de considérer les difficultés d'adaptation de l'enfant comme le résultat des interactions entre celui-ci et les systèmes gravitant autour de lui.

Ce mémoire met également en lumière les effets positifs du recours à l'analyse fonctionnelle, une activité professionnelle exercée par les psychoéducateurs (Cournoyer, 2021; Douville et Bergeron, 2020; Renou, 2005). En effet, le modèle ARC accorde de l'importance à la fonction du comportement des enfants et des parents : il souligne que leurs comportements problématiques sont issus de stratégies d'adaptation apprises à la suite d'un vécu traumatique, témoignant de besoins non répondus (Collin-Vézina et al., 2018b). Les résultats de l'étude suggèrent que la formation sur le modèle ARC a permis aux intervenants de mieux comprendre la fonction des comportements problématiques de la clientèle et d'axer leurs interventions en fonction de cette nouvelle compréhension : la formation a amené les intervenants à modifier leur façon d'intervenir, en apprenant à mieux cibler les besoins sous-jacents des enfants et à offrir des interventions plus adaptées à ces mêmes besoins. Ainsi, les résultats de l'étude contribuent à souligner la pertinence de l'analyse fonctionnelle, puisqu'elle permet d'offrir des interventions plus efficaces, cohérentes et adaptées aux besoins de la clientèle.

De plus, ce mémoire montre l'importance d'analyser le niveau de convenance de la clientèle, afin d'évaluer leur fonctionnement adaptatif. Le niveau de convenance fait référence à l'écart entre le potentiel adaptatif et le potentiel expérientiel d'une personne pour faire face aux défis relatifs à sa situation (Gendreau, 2001; Limoges, 2020; Ordre des

psychoéducatrices du Québec, 2024; Renou, 2005). Le potentiel adaptatif renvoie aux caractéristiques personnelles d'un individu (besoins, forces, compétences, limites, déficits, etc.), alors que le potentiel expérientiel inclut les ressources présentes ou déficitaires dans l'environnement ainsi que les caractéristiques des situations auxquelles la personne est exposée (situation familiale, réseau social, etc.). L'évaluation du niveau de convenance permet donc de statuer sur le fonctionnement adaptatif d'une personne, pouvant résulter en une situation d'équilibre ou de déséquilibre (Limoges, 2020). Les résultats de la présente étude suggèrent que les familles suivies en protection de la jeunesse pourraient être en situation de déséquilibre inhibant par rapport aux exigences du modèle ARC, c'est-à-dire que la mise en application du modèle semble dépasser ce que certaines familles sont en mesure d'offrir. En effet, leurs difficultés personnelles, la présence de traumatismes non résolus et le faible niveau d'engagement parental peuvent témoigner d'un trop grand écart entre leurs compétences et les exigences du traitement, et expliquer en partie les difficultés rencontrées lors de l'intervention. Ainsi, le présent mémoire souligne l'importance d'évaluer le niveau de convenance de la clientèle et d'adapter les interventions du modèle ARC aux capacités réelles du système familial, et non aux capacités attendues de celui-ci.

Enfin, les résultats de ce mémoire montrent que les schèmes relationnels du psychoéducateur semblent jouer un rôle déterminant dans l'efficacité du modèle ARC. Les schèmes relationnels correspondent aux habiletés requises de savoir-être, permettant l'établissement d'un lien thérapeutique entre le psychoéducateur et la clientèle (Gendreau, 2001; Leblanc, 2020; Renou, 2005). Les schèmes relationnels contribuent donc à l'engagement bidirectionnel : ils contribuent à ce que l'intervenant soit investi dans la démarche thérapeutique, mais ils contribuent également à mobiliser le parent au traitement. Par rapport au modèle ARC, il semble que le schème de la sécurité soit essentiel à l'efficacité de l'intervention. En effet, par rapport au modèle ARC, il importe que l'intervenant soit perçu comme une figure de sécurité par la famille afin que les parents deviennent à leur tour une figure de sécurité pour leurs enfants (Blaustein et Kinniburgh, 2019). La sécurité relationnelle de l'intervenant est donc un levier thérapeutique pertinent, puisqu'elle sert de modèle relationnel positif pouvant être intériorisé par les parents et leurs enfants ayant un trauma complexe. Également, le schème de la disponibilité semble associé à l'efficacité du modèle

ARC. Puisqu'ils sont surchargés, les participants de l'étude ont nommé qu'ils n'étaient pas aussi présents qu'ils aimeraient l'être pour soutenir la famille et assurer des interventions de qualité. Le schème de la disponibilité semble donc déficitaire, et peut faire en sorte que les familles perçoivent les intervenants comme insuffisamment présents pour répondre à leurs besoins, ce qui peut limiter leur niveau d'engagement et ultimement affecter la qualité du lien thérapeutique. Ainsi, ce mémoire contribue à documenter la pertinence des schèmes relationnels dans la mise en application du modèle ARC et met en lumière son possible rôle dans l'efficacité de l'intervention.

En conclusion, ce mémoire apporte une contribution significative à la compréhension de la mise en application du modèle ARC auprès de familles suivies en protection de la jeunesse, et pour lesquelles l'enfant réside avec ses parents biologiques. En mettant en lumière les facteurs qui soutiennent ou entravent l'utilisation de ce modèle, cette étude permet d'envisager des pistes concrètes pour améliorer la qualité des interventions et mieux répondre aux besoins de ces enfants. Les résultats démontrent également l'importance de l'engagement du parent, du développement de ses habiletés parentales et de la présence soutenue de l'intervenant dans la démarche thérapeutique. Ce mémoire contribue à l'enrichissement de la pratique psychoéducative et ouvre la voie à des interventions davantage cohérentes, adaptées et sensibles à l'expérience des intervenants.

Bibliographie

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. et Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* (Classic edition). Psychology Press/Taylor & Francis Group. <http://site.ebrary.com/id/11069681>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5e éd., texte révisé). American Psychiatric Association.
- ARC (2016a). *ARC Adaptations*. <https://arcframework.org/what-is-arc/arc-adaptations/>
- ARC (2016b). *How was ARC developed?* <https://arcframework.org/what-is-arc/how-was-arc-developed/>
- 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>
- Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J. et Skouteris, H. (2019). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), e10-e22. <https://doi.org/10.1111/hsc.12621>
- Bailey, B., Tabone, J., Smith, B., Monnin, J., Hixon, B., Williams, K. et Rishel, C. (2024). State of the evidence of Attachment, Regulation, and Competency framework and adaptations: A rapid scoping review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 571-583. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00575-5>
- Bartlett, J. D., Barto, B., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H. et Bodian, R. (2016). Trauma-informed care in the Massachusetts child trauma project. *Child Maltreatment*, 21(2), 101-112. <https://doi.org/10.1177/1077559515615700>
- Bartlett, J. D., Griffin, J. L., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C. et Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.015>
- Black, K. R., Collin-Vézina, D., Brend, D. et Romano, E. (2022). Trauma-informed attitudes in residential treatment settings: Staff, child and youth factors predicting adoption,

- maintenance and change over time. *Child Abuse & Neglect*, 130(3), 105361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105361>
- Blaustein, M. et Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. The Guilford Press.
- Blaustein, M. et Kinniburgh, K. M. (2019). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency* (2^e édition). The Guilford Press.
- Blaustein, M. et Kinniburgh, K. M. (2024). Attachment, regulation, and competency (ARC). Dans M. Landolt, M. Cloitre et U. Schnyder (dir.), *Evidence-based treatments for trauma-related disorders in children and adolescents* (2^e éd., p. 373-399). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_14
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B. et Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264-274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Ben-Ezra, M., Hyland, P., Karatzias, T., Maercker, A., Hamama-Raz, Y., Lavenda, O., Mahat-Shamir, M. et Shevlin, M. (2020). A cross-country psychiatric screening of ICD-11 disorders specifically associated with stress in Kenya, Nigeria and Ghana. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1720972>
- Berthelot, N. et Garon-Bissonnette, J. (2022). Modèle développemental des cycles intergénérationnels de maltraitance. Dans D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois et C. Cyr (dir.), *La maltraitance : Perspective développementale et écologique* (p. 67-91). Presses de l'Université du Québec.
- Bérubé, A., Turgeon, J., Clément, M.-È., Lafantaisie, V. et Milot, T. (2022). Les expériences de maltraitance vécues par les mères durant leur enfance et le lien entre l'environnement dans lequel l'enfant grandit et la réponse à ses besoins. *Revue de psychoéducation*, 51(3), 55-73. <https://doi.org/10.7202/1093879ar>
- Bouchard, J., Lafantaisie, V. et Bérubé, A. (2023). L'importance de la qualité de la relation entre parent et intervenante lors d'intervention pour négligence en protection de la jeunesse. *Travail Social*, 69(1), 93-107. <https://doi.org/10.7202/1112159ar>
- Brend, D., Fréchette, N., Milord-Nadon, A., Harbinson, T. et Collin-Vezina, D. (2020). Implementing trauma-informed care through social innovation in child welfare residential treatment centres serving elementary school children. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 222-232. <https://doi.org/10.7202/1072600ar>
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., Szobot, C., Yatham, L. N., Kapczinski, N. S. et Kauer-Sant'Anna, M. (2012). Cognitive impairment in school-aged children

- with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.006>
- Calem, M., Bromis, K., McGuire, P., Morgan, C. et Kempton, M. J. (2017). Meta-analysis of associations between childhood adversity and hippocampus and amygdala volume in non-clinical and general population samples. *NeuroImage : Clinical*, 14, 471-479. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.02.016>
- Carpenter, S. et Sarkar, A. (2024). Narrative exposure therapy in a child protection context: Breaking intergenerational cycles by providing a pathway through past trauma. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 45(4), 464-476. <https://doi.org/10.1002/anzf.1607>
- Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Northoff, G., Mucci, C., Ogliari, A. et Maffei, C. (2021). Dissociation and emotion regulation strategies: A meta-analytic review. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 370-387. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.011>
- Charest-Belzile, D., Drapeau, S. et Ivers, H. (2022). Engagement parental en contexte de placement d'un enfant en milieu substitut : facteurs prédicteurs. *Revue de psychoéducation*, 51(3), 105-124. <https://doi.org/10.7202/1093881ar>
- Clinchard, C., Casas, B. et Kim-Spoon, J. (2025). Childhood maltreatment impacts emotion regulation difficulties, but not strategy use, throughout adolescence and young adulthood. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0001568>
- Cloître, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T. et Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833-842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Collin-Vézina, D., Rouleau, S., Brunet, M., Plante, S., Légaré, G. et Milot, T. (2015). Difficultés en santé mentale et séquelles traumatiques des enfants en situation de placement : développement d'une pratique de groupe visant des familles d'accueil. Dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (dir.), *Au cœur de l'intervention de groupe : nouvelles pratiques psychoéducatives* (p. 109-115). Béliveau éditeur.
- Collin-Vézina, D., Bloom, E., Segal, A., Liljequist, J. et Milot, T. (2018a). *Instaurer à l'école des pratiques orientées vers les traumatismes : Le modèle HEARTS*. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/instaurer-a-l-ecole-des-pratiques-orientees-vers-les-traumas-le-modele-hearts>
- Collin-Vézina, D., McNamee, S., Rouleau, S., Bujold, N. et Marzinotto, E. (2018b). Le modèle d'intervention systémique ARC Attachement, régulation des affects et compétences. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 233-250). Presses de l'Université du Québec.

- 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. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1583709>
- Collin-Vézina, D., Brend, D., Black, K., Beeman, I. et Brown, S. (2020). Impacts of child welfare worker and clientele characteristics on attitudes toward trauma informed-care. *Developmental Child Welfare*, 2(4), 244-261. <https://doi.org/10.1177/2516103220963139>
- Comtois-Cabana, M., Matte-Landry, A., Cantave C. Y., Provençal, N. et Ouellet-Morin, I. (2022). À la recherche des mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'émergence des difficultés émotionnelles et du comportement en contexte de maltraitance. Dans D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois et C. Cyr (dir.), *La maltraitance : Perspective développementale et écologique* (p.119-142). Presses de l'Université du Québec.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. et Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Cortina, J. et Hardin, S. (2023). The geography of mental health, urbanicity, and affluence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), <https://doi.org/10.3390/ijerph20085440>
- Cournoyer, L. (2021). Compte rendu de l'analyse fonctionnelle en psychoéducation : Guide théorique et pratique. *Revue canadienne de l'éducation*, 44(2), iii-vi. <https://doi.org/10.53967/cje-rce.v44i2.5233>
- Coutu, S. et Dubeau, D. (2020). L'approche écosystémique en psychoéducation. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 325-347). Presses de l'Université du Québec.
- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. et Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology*, 27(2), 521-533. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>
- Directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux [DPJ/DP] (2025). *Bilan des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse / directrices et directeurs provinciaux : Au-delà d'un signalement, protéger les enfants collectivement*. Gouvernement du Québec. <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/NosServices/Jeunesse/Bilan-DPJ-provincial-2025.pdf>
- Dohrenwend, B. P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(1), 41-47. <https://doi.org/10.1007/bf00789069>

- Dorado, J. S., Martinez, M., McArthur, L. E. et Leibovitz, T. (2016). Healthy Environments and Response to Trauma in Schools (HEARTS): A whole-school, multi-level, prevention and intervention program for creating trauma-informed, safe and supportive schools. *School Mental Health*, 8(1), 163-176. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9177-0>
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M. et Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of Affective Disorders*, 172, 195-203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.008>
- Douville, L. et Bergeron, G. (2020). L'évaluation psychoéducative. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 143-165). Presses de l'Université du Québec.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C. et St-Laurent, D. (2022). La maltraitance : État des connaissances et perspectives cliniques. Dans D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois et C. Cyr (dir.), *La maltraitance : Perspective développementale et écologique* (p.1-8). Presses de l'Université du Québec.
- Elliott, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., Travers-Hill, E., Mul, C.-I., Archibald, S.-J., Smith, P., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R. et Hitchcock, C. (2021). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 62(3), 270-276. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13240>
- Elzinga, B. M., Schmahl, C. G., Vermetten, E., van Dyck, R. et Bremner, J. D. (2003). Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 28(9), 1656-1665.
- Esposito, T., Caldwell, J., Chabot, M., Blumenthal, A., Trocmé, N., Fallon, B., Hélie, S. et Afifi, T. O. (2022). Childhood prevalence of involvement with the child protection system in Quebec: A longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010622>
- Fehrenbach, T., Sax, R. M., Urban, T. H., Simon-Roper, L., Novacek, J., Aaby, D. A. et Hodgdon, H. B. (2022). Trauma treatment for youth in community-based settings: Implementing the Attachment, Regulation, and Competency (ARC) framework. *Journal of Child and Family Studies*, 31(2), 434-446. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02096-x>
- Fernández -Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez -Garcia, M., Teva, I. et Hidalgo- Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: Risk factors related to symptoms and diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. et Turner, H. A. (2007). Poly-Victimization: A Neglected Component in Child Victimization. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Forrest, Gervais, Lord, Sposato, Martin, Beserra et Spinazzola. (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>
- Fraser, J. G., Griffin, J. L., Barto, B. L., Lo, C., Wenz-Gross, M., Spinazzola, J., Bodian, R. A., Nisenbaum, J. M. et Bartlett, J. D. (2014). Implementation of a workforce initiative to build trauma-informed child welfare practice and services: Findings from the Massachusetts Child Trauma Project. *Children and Youth Services Review*, 44, 233-242. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.016>
- Gauthier-Davies, C., Blanchet, A., Esposito, T. et Goyette, M. (2023). Nombre d'intervenants et insatisfaction à l'égard des services en protection de la jeunesse. *Criminologie*, 56(1), 111-138. <https://doi.org/10.7202/1099008ar>
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Éditions Sciences et culture.
- Giarratano, P., Ford, J. D. et Nochajski, T. H. (2020). Gender differences in complex posttraumatic stress symptoms, and their relationship to mental health and substance abuse outcomes in incarcerated adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(5-6), 1133-1157. <https://doi.org/10.1177/0886260517692995>
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D. et Hébert, M. (2018a). Répercussions liées aux traumatismes complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 57-90). Presses de l'Université du Québec.
- Godbout, N., Cyr, G. et Collin-Vézina, D. (2018b). Modèles, théories et concepts permettant de comprendre les répercussions des traumatismes complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 37-56). Presses de l'Université du Québec.
- Gonzalez, C., Morawska, A. et Haslam, D. M. (2018). Enhancing initial parental engagement in interventions for parents of young children: A systematic review of experimental studies. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 415-432. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0259-4>
- Gratz, K. L. et Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Graves, J. M., Abshire, D. A., Mackelprang, J. L., Dilley, J. A., Amiri, S., Chacon, C. M. et Mason, A. (2023). Geographic disparities in the availability of mental health services in U.S. public schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 64(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.09.003>
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., I., Ko, S. J., Gerrity, E. T., Steinberg, A. M., Howard, M. L., Pynoos, R. S. et Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Grisé Bolduc, M.-E. (2022). *Le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions Midi trente.
- Gruhn, M. A. et Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Haselgruber, A., Sölva, K. et Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60-73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. et Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Jama*, 284(5), 592-597.
- Heim, C., Newport, D. J., Bonsall, R., Miller, A. H. et Nemeroff, C. B. (2001). Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 575-581.
- Heim, C., Newport, D. J., Wagner, D., Wilcox, M. M., Miller, A. H. et Nemeroff, C. B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: A multiple regression analysis. *Depression and Anxiety*, 15(3), 117-125. <https://doi.org/10.1002/da.10015>
- Heim, E., Karatzias, T. et Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93, 102143. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- Heleniak, C., King, K. M., Monahan, K. C. et McLaughlin, K. A. (2018). Disruptions in emotion regulation as a mechanism linking community violence exposure to adolescent internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 28(1), 229-244. <https://doi.org/10.1111/jora.12328>
- Henschel, S., Doba, K. et Nandrino, J.-L. (2019). Emotion regulation processes and psychoform and somatoform dissociation in adolescents and young adults with cumulative maltreatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(2), 197-211. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502714>

- Hepp, J., Schmitz, S. E., Urbild, J., Zauner, K. et Niedtfeld, I. (2021). Childhood maltreatment is associated with distrust and negatively biased emotion processing. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00143-5>
- Ho, G. W. K., Hyland, P., Karatzias, T., Bressington, D. et Shevlin, M. (2021). Traumatic life events as risk factors for psychosis and ICD-11 complex PTSD: A gender-specific examination. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2009271>
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E. et Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9531-z>
- Hodgdon, H. B., Blaustein, M., Kinniburgh, K., Peterson, M. L. et Spinazzola, J. (2016). Application of the ARC model with adopted children: Supporting resiliency and family well being. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 43-53. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0050-3>
- Holmes, C., Levy, M., Smith, A., Pinne, S. et Neese, P. (2015). A model for creating a supportive trauma-informed culture for children in preschool settings. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1650-1659. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9968-6>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M. et Brewin, C. R. (2021a). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 13(2), 133-141. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J. et Shevlin, M. (2021b). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649-658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Iacoviello, B. M. et Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23970>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. et Hyland, P. (2022). Psychological trauma at different developmental stages and ICD-11 CPTSD: The role of dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 23(1), 52-67. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934936>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R. et Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>

- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I. et Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887-894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M. et Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders*, 265, 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Knefel, M. et Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22608>
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Karatzias, T., Shevlin, M. et Hyland, P. (2019). From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms: The role of emotion regulation and re-victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 392-403. <https://doi.org/10.1002/jclp.22655>
- Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J. et Gross, J. J. (2019). Emotion reactivity and regulation in maltreated children: A meta-analysis. *Child Development*, 90(5), 1503-1524. <https://doi.org/10.1111/cdev.13272>
- Lawson, D. M. et Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 497-509. <https://doi.org/10.1002/jclp.21990>
- Leblanc, L. (2020). Les attitudes professionnelles en psychoéducation. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé, et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p.105-126). Presses de l'Université du Québec.
- Lee, H., Kim, Y. et Terry, J. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs) on mental disorders in young adulthood: Latent classes and community violence exposure. *Preventive Medicine*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106039>
- Leiva-Bianchi, M., Nvo-Fernandez, M., Villacura-Herrera, C., Miño-Reyes, V. et Parra Varela, N. (2023). What are the predictive variables that increase the risk of developing a complex trauma? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 343, 153-165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.002>
- Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D. et Kirouac, L. (2021). La réforme de la santé et des services sociaux (projet de loi 10) et ses effets sur les difficultés émotionnelles des intervenants de la protection de la jeunesse au Québec. *Intervention*, 152, 149-160.
- Lewis, C., Lewis, K., Roberts, A., Edwards, B., Evison, C., John, A., Meudell, A., Parry, P., Pearce, H., Richards, N., Jones, I. et Bisson, J. I. (2022). Trauma exposure and co-occurring ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress

- disorder in adults with lived experience of psychiatric disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(3), 258-271. <https://doi.org/10.1111/acps.13467>
- Li, Y. et Liang, Y. (2023). The effect of childhood trauma on complex posttraumatic stress disorder: The role of self-esteem. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2272478>
- Limoges, J.-F. (2020). Le modèle psychoéducatif. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 57-73). Presses de l'Université du Québec.
- Lortye, S. A., Will, J. P., Rameckers, S. A., Marquenie, L. A., Goudriaan, A. E., Arntz, A. et de Waal, M. M. (2024). Types of childhood maltreatment as predictors of posttraumatic stress disorder severity and complex posttraumatic stress disorder in patients with substance use disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2367179. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2367179>
- Luke, N. et Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33(1), 1-28. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. et Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M. et Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L. et Thoma, M. V. (2022a). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 446-460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C. et Bohus, M. (2022b). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Maheux, J., Collin-Vézina, D., Macintosh, H., Berthelot, N. et Héту, S. (2016). Capacités de mentalisation spécifique au trauma auprès d'adultes ayant subi des agressions sexuelles durant l'enfance. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 93-115. <https://doi.org/10.7202/1040162ar>
- Marchand, S., Houlfort, N., Couvrette, A., Guay, S. et Geoffrion, S. (2018). Intervenants en protection de la jeunesse : exploration des motifs de carrière initiaux, des sources de

- motivation actuelles et des répercussions perçues de ces sources de motivation actuelles. *Revue de Psychoéducation*, 47(2), 231-253. <https://doi.org/10.7202/1054059ar>
- Martineau-Crête, I., Couture, C., Massé, L., Milot, T. et Verret, C. (2023). Étude pilote : effets d'un processus d'accompagnement basé sur le modèle ARC (Attachement - Régulation - Compétences) sur des élèves du primaire présentant un trouble complexe. *Travail Social*, 69(1), 129-149. <https://doi.org/10.7202/1112176ar>
- Massé, S. et Plusquellec, P. (2024). Analyse conceptuelle du phénomène de résilience chez les intervenants en centre jeunesse : un outil pour mieux intervenir. *Revue de Psychoéducation*, 53(1), 101-133. <https://doi.org/10.7202/1111114ar>
- Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2020). Restraint, seclusion and time-out among children and youth in group homes and residential treatment centers: A latent profile analysis. *Child Abuse & Neglect*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104702>
- Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2022). 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., Brend, D. M. et Collin-Vézina, D. (2023). Le pouvoir transformationnel des approches sensibles au trauma dans les services à l'enfance et à la jeunesse au Québec. *Travail Social*, 69(1), 1-5. <https://doi.org/10.7202/1112110ar>
- 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>
- Maurer, K., Konyk, K. et Hémond-Dussault, V. (2023). Mieux comprendre les processus sous-jacents des comportements des adolescents.es exposés.es à la violence familiale : un appel à une approche sensible au trauma. *Travail Social*, 69(1), 71-91. <https://doi.org/10.7202/1112123ar>
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M. et Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
- Meewisse, M.-L., Reitsma, J. B., de Vries, G.-J., Gersons, B. P. R. et Olf, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 387-392.
- Melamed, D. M., Botting, J., Lofthouse, K., Pass, L. et Meiser-Stedman, R. (2024). The relationship between negative self-concept, trauma, and maltreatment in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 220-234. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00472-9>

- Mengin, A. C. (2023). Épidémiologie, comorbidités et diagnostics différentiels du trauma complexe. Dans A. C. Mengin et J. Rolling (dir.), *Le Grand Livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* (p.32-46). Dunod.
- Mercier, M. (2020). *Les interventions spécifiques au trauma complexe lié à la maltraitance chez l'enfant âgé entre 6 et 18 ans : une synthèse exploratoire* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9549/1/eprint9549.pdf>
- Milne, L. et Collin-Vézina, D. (2018). Dépistage et évaluation des traumas complexes : considérations et suggestions. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 137-164). Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Ethier, L. S., St-Laurent, D. et Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-234.
- Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018a). Qu'est-ce que le trauma complexe? Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 9-36). Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018b). Les pratiques sensibles au trauma. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 251-267). Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, 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>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2023, septembre). *Le modèle ARC pour soutenir les familles d'accueil et les intervenants en centre de réadaptation : retombées et perspectives*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/Journee-protection-de-la-jeunesse/DPJ-PPT-C4_ModeleARC.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2025, décembre). *Orientations ministérielles relatives au programme d'accueil, d'orientation et d'intégration (PAOI) pour le personnel du programme-service Jeunes en difficultés* (publication no 25-839-37W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-839-37W.pdf>
- Nadeau, M. E. et Nolin, P. (2013). Attentional and executive functions in neglected children. *Journal Of Child & Adolescent Trauma*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/19361521.2013.733794>
- Naste, T. M., Price, M., Karol, J., Martin, L., Murphy, K., Miguel, J. et Spinazzola, J. (2018). Equine facilitated therapy for complex trauma (EFT-CT). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(3), 289-303. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0187-3>

- Nolin, P. et Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 631-643.
- Omidbakhsh, Z., Mohammadi, Z. et Soltanabadi, S. (2025). Childhood maltreatment and complex PTSD: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380251320985>
- Op den Kelder, R., Van den Akker, A. L., Geurts, H. M., Lindauer, R. J. L. et Overbeek, G. (2018). Executive functions in trauma-exposed youth: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1450595>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : lignes directrices*. https://ordrepse.dqc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative_final.pdf
- Paquette, G., Laventure, M., Pauzé, R. et Beauregard, J. (2018). *Approche systémique appliquée à la psychoéducation : l'adaptation des individus dans leur environnement*. Béliveau éditeur.
- Pfluger, V., Rohner, S. L., Eising, C. M., Maercker, A. et Thoma, M. V. (2022). Internalizing mental health disorders and emotion regulation: A comparative and mediational study of older adults with and without a history of complex trauma exposure. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.820345>
- Razuri, E. B., Hiles Howard, A. R., Parris, S. R., Call, C. D., DeLuna, J. H., Hall, J. S., Purvis, K. B. et Cross, D. R. (2016). Decrease in behavioral problems and trauma symptoms among at-risk adopted children following web-based trauma-informed parent training intervention. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 13(2), 165-178. <https://doi.org/10.1080/23761407.2015.1014123>
- Redican, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., Bunting, L. et Shevlin, M. (2022). Prevalence and predictors of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex PTSD in young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(2), 110-125. <https://doi.org/10.1111/acps.13442>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Éditions Sciences et culture.
- Rishel, C. W., Tabone, J. K., Hartnett, H. P. et Szafran, K. F. (2019). Trauma-informed elementary schools: Evaluation of school-based early intervention for young children. *Children & Schools*, 41(4), 239-248. <https://doi.org/10.1093/cs/cdz017>
- Robin, M., Surjous, L., Belbèze, J., Bonnardel, L., Lamas, C., Silva, J., Peres, V. et Corcos, M. (2023). Four attachment-based categories of emotion regulation in adolescent psychic troubles. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1133980>

- Robin, M., Spodenkiewicz, M., Belbèze, J. et Corcos, M. (2025). Vers une physiopathologie intégrative du trauma complexe. *L'Encéphale*.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2025.06.007>
- Rolling, J. (2023). Physiopathologie et psychopathologie du trauma complexe : des expériences infantiles à l'âge adulte. Dans A. C. Mengin et J. Rolling (dir.), *Le Grand Livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* (p.47-75). Dunod.
- Saint-Jacques, M.-C., Noël, J. et Turbide, C. (2015). Mieux comprendre l'engagement des parents dans l'intervention en protection de la jeunesse. Dans S. Drapeau, S. Hélie, D. Turcotte, D. Chateaufort, M.-A. Poirier, M.-C. Saint-Jacques G. et Turcotte (dir.), *L'évaluation des impacts de la loi sur la protection de la jeunesse : qu'en est-il huit ans plus tard?* Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Sinha, L. G. C. (2018). *Exploring clinicians' experiences with implementing the caregiver interventions in ARC (Attachment, Regulation and Competency) treatment with families* [Dissertation, William James College].
<https://www.proquest.com/docview/2164272499>
- Smith, J. A., Zhang, J., Urusov, A., Colucci, L., Sloss, I., Eckert, L., Price-Cameron, M. et Browne, D. T. (2024). Exploring networks of complex developmental trauma symptomatology among children and adolescents involved in child welfare. *JCPP Advances*, 4(2). <https://doi.org/10.1002/jcv2.12224>
- Stokes, Y., Lewis, K. B., Tricco, A. C., Hambrick, E., Jacob, J. D., Demery Varin, M., Gould, J., Aggarwal, D., Cloutier, P., Landriault, C., Greenham, S., Ward, M., Kennedy, A., Boggett, J., Sheppard, R., Murphy, D., Robb, M., Gandy, H., Lavergne, S. et Graham, I. D. (2024). Trauma-informed care interventions used in pediatric inpatient or residential treatment mental health settings and strategies to implement them: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 1-19. <https://doi.org/10.1177/15248380231193444>
- Stubley, J., Chipp, B. et Buszewicz, M. (2025). Diagnosis and management of complex post-traumatic stress disorder (C-PTSD). *Bmj*, 388. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079458>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). (2014). Trauma-informed care in behavioral health services. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4816.pdf>
- Szota, K., Schulte, K. L. et Christiansen, H. (2022). Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00415-2>
- Tabone, J. K., Rishel, C. W., Hartnett, H. P. et Szafran, K. F. (2021). Trauma-informed intervention with children: Integrating the CANS assessment with the ARC framework in a clinical setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(1), 65-74. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00357-x>

- Tabone, J. K., Rishel, C. W., Hartnett, H. P., Szafran, K. F. et Royse, R. (2022). Examining the effects of adverse childhood experiences and gender on trauma-informed intervention outcomes. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(1), 9-19. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00456-3>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M. et Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Terradas, M. M., Achim, J., Domon-Archambault, V. et Guillemette, R. (2019). Souffrances dans les liens parent-enfant : réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance. *Carnet de Notes Sur Les Maltraitements Infantiles*, 8(1), 6. <https://doi.org/10.3917/cnmi.191.0006>
- Tian, Y., Li, W., Wu, X. et Cheng, X. (2022). Complex PTSD in Chinese adolescents exposed to childhood trauma: A latent profile analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21-22), NP20190-NP20211. <https://doi.org/10.1177/08862605211050111>
- Tremblay, D., Sirois, M. C. et Gadoury, S. (2019, février). *L'application des mesures en protection de la jeunesse : cadre de référence*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_aplication-mesures-protection-jeunessse.pdf
- Turcotte, M.-È., Matte-Landry, A., Julien, G. et Hivon, M. (2023). Les approches sensibles aux traumatismes et la pédiatrie sociale en communauté : une analyse comparative ancrée dans le concept de paradigme scientifique. *Travail social*, 69(1), 7-23. <https://doi.org/10.7202/1112108ar>
- Vancappel, A. et Hingray, C. (2023). La dissociation : symptôme central des traumatismes complexes ? Dans A. C. Mengin et J. Rolling (dir.), *Le Grand Livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* (p.94-107). Dunod.
- Wamser, R. A., Velandia, E. A., Stobbe, R. A. et Howell, K. H. (2025). A social ecological approach to understanding posttraumatic stress, emotion dysregulation, and resilience among complex trauma survivors. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/08862605251368827>

Annexe A : Canevas d'entrevue - mise en application du modèle ARC auprès d'enfants en milieu familial en contexte de protection de la jeunesse

1. Introduction

1.1. Si vous aviez à m'expliquer très brièvement votre travail, que me diriez-vous?

- Quelles sont vos **responsabilités et vos tâches** au quotidien?
- Quels **approches/modèles d'intervention** utilisez-vous auprès de cette famille que vous avez ciblée?
- Quand avez-vous suivi la **formation ARC – approches sensibles au trauma**?

2. Interactions avec les familles dont l'enfant a un trauma complexe

2.1. Dans le cadre de votre travail et vos fonctions, pourriez-vous me parler de la place qu'occupe le modèle ARC, c'est-à-dire de quelle(s) façon(s) vous êtes amené à intervenir avec une approche sensible aux traumas avec les parents? Et le ou les enfants demeurés dans leur milieu familial d'origine?

- Avez-vous par exemple à travailler avec des **enfants ayant un trauma complexe et habitant chez leurs parents**?
- **Des parents** avec qui demeure l'enfant ayant un trauma complexe?

2.2. De quelle façon la **formation ARC – Approches sensibles au trauma** vous prépare-t-elle à travailler auprès de cette famille que vous avez ciblée?

2.3. En se rappelant que le trauma complexe se développe en lien avec l'exposition à des traumas interpersonnels, quel est votre **niveau de confort** avec le fait de travailler dans un contexte où l'enfant ayant un trauma complexe demeure au domicile familial?

2.4. Maintenant je vais vous amener à parler des interactions ou des relations que vous entretenez dans vos interventions avec cette même famille.

- Pourriez-vous me parler des interactions avec **l'enfant ayant un trauma complexe**? Comment ces interactions se déroulent-elles?
- Avec les **parents de l'enfant ayant un trauma complexe**?

2.5. Comment percevez-vous les interactions avec les familles d'enfant ayant un trauma complexe **par rapport à** celles que vous entretenez avec les autres familles que vous avez en suivi?

- Qu'est-ce qui distinguent les relations avec les familles d'enfant ayant un trauma complexe et habitant au domicile familial de celles avec d'autres familles dont l'enfant a un trauma complexe, mais n'habite pas au domicile familial?
- Avec les familles d'enfant ayant un trauma complexe et habitant au domicile familial de celles avec d'autres familles dont l'enfant n'a pas de trauma complexe?

3. Enjeux de collaboration et liens possibles avec la qualité de l'intervention

3.1. Vous rencontrez une diversité de situations dans votre pratique. Si vous pensez à une situation dans laquelle la **collaboration avec une famille** dont l'enfant a un trauma complexe **s'est bien passée**, pouvez-vous me parler des raisons ou des éléments qui ont fait que le suivi s'est bien déroulé? Qu'est-ce qui a facilité la collaboration?

3.2. À l'inverse, si vous pensez à une situation dans laquelle la **collaboration avec une famille** dont l'enfant a un trauma complexe **s'est moins bien passée**, pouvez-vous me parler des raisons ou des éléments qui ont fait que le suivi s'est moins bien déroulé? Qu'est-ce qui a compliqué la collaboration?

3.3. De quelle façon pensez-vous que l'utilisation du modèle ARC **influence la qualité de vos interventions** auprès des familles dont l'enfant a un trauma complexe et vit au domicile familial?

- Pourriez-vous me parler de quelle façon le modèle ARC peut avoir un **impact positif** quant à la qualité de l'intervention auprès des **parents**?
- Au contraire, de quelle façon l'utilisation du modèle ARC peut avoir un **impact négatif** quant à la qualité de l'intervention auprès des **parents**?
- Pourriez-vous me parler de quelle façon le modèle ARC peut avoir un **impact positif** quant à la qualité de l'intervention auprès de **l'enfant**?
- Au contraire, de quelle façon l'utilisation du modèle ARC peut avoir un **impact négatif** quant à la qualité de l'intervention auprès de **l'enfant**?

4. Conclusion

4.1. Dans le domaine de la protection de la jeunesse, la sécurité, le développement et le bien-être de l'enfant sont primordiaux. Avez-vous l'impression que **les besoins de l'enfant** ayant un trauma complexe sont répondus adéquatement, ou au contraire, les besoins ciblés sont peu répondus? Pouvez-vous m'expliquer votre réponse?

4.2. Dans le même ordre d'idées, avez-vous l'impression que vous êtes en mesure **d'outiller adéquatement les parents** afin qu'ils répondent aux besoins de leur enfant, ou au contraire, vous vous sentez peu en mesure de les outiller? Pouvez-vous m'expliquer votre réponse?

4.3. Si vous pouviez **changer quelque chose** dans la qualité de l'intervention effectuée auprès de la famille dont l'enfant a un trauma complexe et habite au domicile familial, que voudriez-vous changer?

4.4. En terminant, aimeriez-vous ajouter **d'autres précisions** aux éléments abordés durant cette entrevue?

Merci de votre précieuse collaboration!