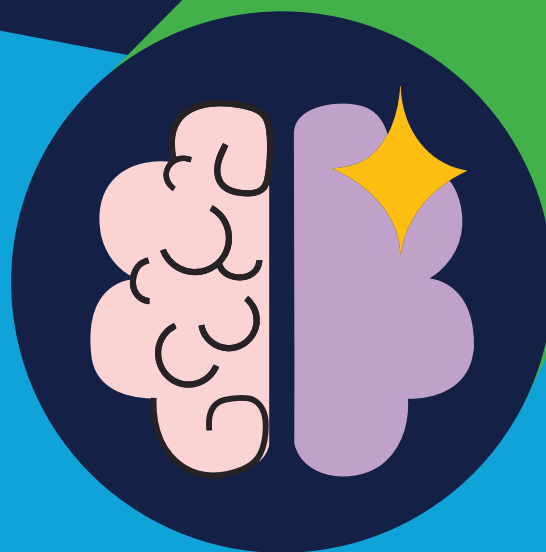


Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

# Résumé de pratique clinique : Les soins tenant compte des traumatismes pour les jeunes



youth  
wellness  
hubs

ONTARIO

carrefours  
bien-être  
pour les jeunes

DE L'ONTARIO

*Dernière mise à jour : October 2025*

# Remerciements

Le présent *Résumé de pratique clinique : Les soins tenant compte des traumatismes pour les jeunes* contient des conseils pratiques pour les cliniciens et cliniciennes. Il est destiné aux thérapeutes, conseillers et conseillères, travailleurs et travailleuses sociaux, intervenants et intervenantes en service social, infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, infirmières et infirmiers autorisés, médecins et autres professionnels de la santé qui offrent des traitements aux jeunes de 12 à 25 ans ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives et de dépendance.

Ce document est uniquement destiné à des fins d'éducation et d'information. Il ne saurait se substituer à la formation professionnelle, aux politiques internes des établissements ou au jugement clinique.

En collaboration avec leurs partenaires provinciaux, les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (CBEJO) contribuent au renforcement des compétences des professionnels de la santé mentale et de la prise en charge des dépendances aux substances psychoactives chez les enfants et les jeunes de la province. Nous remercions tout particulièrement le Comité directeur provincial de renforcement des compétences en matière de prise en charge de l'usage de substances d'avoir guidé et soutenu l'élaboration de ce dossier, et d'avoir assuré la collaboration et l'harmonisation des systèmes entre les différents secteurs.

Personnes ayant contribué à ce dossier :

- Ash Lowenthal, coordonnatrice de la recherche, Consortium canadien sur le trauma chez les enfants et adolescents, et doctorante en travail social, Université McGill
- Christopher Bourke, responsable de la mobilisation des connaissances, bureau provincial des CBEJO
- Leshawn Benedict, agent de transfert des connaissances, bureau provincial des CBEJO
- Nakita Sunar, responsable des pratiques cliniques avancées, bureau provincial des CBEJO
- Art Vijayaratham, spécialiste de marque et de contenu, bureau provincial des CBEJO
- Abdur Willie, spécialiste de la mobilisation des jeunes, bureau provincial des CBEJO
- Waasii Hester, spécialiste de la mobilisation des jeunes, bureau provincial des CBEJO

Pour obtenir plus d'informations sur ce dossier, veuillez nous écrire à [training@ywho.ca](mailto:training@ywho.ca)

Pour citer cet ouvrage :

Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario. 2025. Résumé de pratique clinique : Les soins tenant compte des traumatismes pour les jeunes. <https://youthhubs.ca/fr/resources>

# Table des matières

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Qu'est-ce que le traumatisme ?..... | 4 |
|-------------------------------------|---|

|                                                                                          |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| En quoi consistent les soins tenant compte des traumatismes (STT) pour les jeunes ?..... | 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|

|                                                                                |   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|
| Facteurs à prendre en compte pour la prestation de STT auprès des jeunes ..... | 5 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Preuves à l'appui des STT pour la prise en charge de jeunes qui consomment de substances psychoactives ..... | 11 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Liens et ressources..... | 13 |
|--------------------------|----|

|                  |    |
|------------------|----|
| Références ..... | 14 |
|------------------|----|

Imprimé au Canada © 2025 Centre de toxicomanie et de santé mentale. La reproduction de ce dossier à des fins personnelles est autorisée. À l'exception d'un usage personnel, aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie et l'enregistrement, ou par tout système de stockage et de récupération de données sans l'autorisation écrite de l'éditeur, sauf pour une brève citation (ne dépassant pas 200 mots) dans une revue de littérature ou un travail professionnel. Ce document a été produit grâce à une contribution financière du ministère de l'Éducation de l'Ontario. Les opinions qu'il contient ne reflètent pas nécessairement celles du Ministère.

## Qu'est-ce que le traumatisme ?

Le **traumatisme** est l'impact durable d'un stress écrasant subi sans soutien adéquat. Il peut affecter l'humeur, le comportement, les capacités cognitives et la santé physique, et se traduit souvent par une déconnexion par rapport à soi-même, à son corps ou à ses relations avec autrui<sup>1</sup>. Le traumatisme peut résulter non seulement du stress qui s'est produit, comme la violence ou la négligence parentale, mais aussi de ce qui *ne s'est pas* produit et qui aurait constitué un élément de soutien, comme le fait d'assurer la sécurité de l'enfant, de lui accorder de l'attention ou de veiller à la satisfaction de ses besoins<sup>2</sup>.

Les traumatismes subis pendant les périodes sensibles du développement peuvent compromettre les étapes fondamentales de la croissance. À l'adolescence, l'identité, l'autonomie et l'appartenance à un groupe de pairs se forment rapidement. Or, un stress écrasant subi pendant cette période peut cristalliser la recherche de soi en un sentiment de honte, la quête d'indépendance en un repli sur soi ou une rébellion sans but, et le désir de connexion en isolement, en vulnérabilité à l'influence néfaste des pairs ou en tentatives d'adaptation risquées telles que l'automutilation ou l'usage de substances psychoactives<sup>2,3</sup>.

Les jeunes atteints de troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont beaucoup plus susceptibles que les autres jeunes d'avoir été victimes d'abus, de négligence ou de multiples formes de maltraitance<sup>4,5,6</sup>. Pour les prestataires de services, cela signifie que de nombreux jeunes qui ont un rapport problématique aux substances psychoactives et qui ont recours aux services ont également des antécédents traumatiques non reconnus, d'où l'importance des **soins tenant compte des traumatismes (STT)** pour les jeunes.



## En quoi consistent les soins tenant compte des traumatismes (STT) pour les jeunes ?

Les STT sont l'assise d'une approche de prestation de services qui intègre les connaissances sur les traumatismes à tous les aspects de la pratique, de la culture et de la politique organisationnelles<sup>7,8,9</sup>. Selon cette approche, pour que les jeunes puissent apprendre, créer des liens et guérir, ils doivent d'abord se sentir en sécurité, tant sur les plans émotionnel et relationnel que sur le plan physique. Pour favoriser ce sentiment de sécurité, les STT mettent l'accent sur l'établissement de relations fondées sur la confiance, l'offre de choix authentiques, l'encouragement à la collaboration et le soutien à l'autonomisation<sup>10</sup>. Contrairement aux traitements spécifiques aux traumatismes telles que le déconditionnement émotionnel par les mouvements oculaires (DEMO ou EMDR, sigle emprunté à l'anglais), les STT ne sont pas une modalité thérapeutique. Il s'agit plutôt d'une philosophie de la prestation de services qui guide la manière dont les prestataires s'engagent dans leurs interventions cliniques, dont les organisations structurent leurs programmes et politiques, et dont les systèmes

de services sont conçus. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration<sup>11</sup>, une agence du département américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services), décrit les STT selon la formule des « 4 R », souvent citée : **Réaliser** (prendre conscience de) l'impact du traumatisme, **Reconnaître** ses signes, **Réagir** en intégrant les connaissances dans la pratique, et **Résister** à la retraumatisation.

**Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence (STTV)**, concept élaboré par des chercheurs canadiens, constituent une évolution récente des STT<sup>13</sup>. Selon l'approche des STTV, les traumatismes ne peuvent être dissociés d'une violence structurelle plus large – pauvreté, racisme, colonisation, sexisme, transphobie – qui influe sur la vie des gens. En conséquence, les prestataires doivent reconnaître l'effet croisé de la violence structurelle et de l'expérience individuelle du traumatisme. Une telle perspective permet de voir plus loin que les symptômes individuels pour porter l'attention sur les situations sociales et les obstacles systémiques qui influent sur le bien-être des jeunes.

La section suivante fournit des conseils pratiques aux professionnels de la santé de première ligne sur l'application d'approches tenant compte des traumatismes dans leur travail auprès de jeunes qui consomment de substances psychoactives.

## **Facteurs à prendre en compte pour la prestation de STT auprès de jeunes qui consomment de substances psychoactives**

**Mettre l'accent sur la relation avec la jeune personne plutôt que sur une technique thérapeutique**

Comme les STT sont une philosophie et non pas une méthode de traitement, il n'est pas nécessaire d'être spécialiste des traumatismes pour avoir un impact positif sur une jeune personne qui a vécu des épreuves difficiles. Ce qui importe, c'est que les jeunes se sentent écoutés, compris et en sécurité dans la relation thérapeutique. Les prestataires de services peuvent favoriser la guérison en étant authentiques, pragmatiques, chaleureux, présents et empathiques, et en maîtrisant leurs émotions. Parfois, il suffit de quelques gestes simples pour établir un lien : apprendre à connaître la jeune personne, se souvenir des détails qui comptent pour elle, ou encore lui faire sentir qu'on est heureux de la voir. Vous n'aborderez peut-être jamais directement son traumatisme, mais pour elle, le fait d'avoir accès à un-e adulte stable et attentionné-e qui aime s'entretenir avec elle peut avoir un impact positif considérable. La relation elle-même étant thérapeutique, il n'est pas nécessaire de « traiter » directement le traumatisme pour favoriser la guérison et le développement<sup>2,14</sup>.



**Partir du principe que la jeune personne a vécu un traumatisme et la rassurer en lui disant que ses réactions sont normales**

Pour pratiquer une approche tenant compte des traumatismes, il n'est pas nécessaire d'établir qu'il y a bien des antécédents de traumatisme chez une jeune personne. Il suffit d'appliquer le principe de précaution, qui consiste à présupposer un traumatisme ou des difficultés chez toute jeune personne, puis à établir une relation de confiance sans exiger de la jeune personne qu'elle se confie<sup>12,15</sup>.

Lorsque des signes évidents de traumatisme apparaissent, n'hésitez pas à poser des questions ou, à tout le moins, à suggérer un lien entre les difficultés qu'éprouve la jeune personne et le stress écrasant qu'elle a subi par le passé ou qu'elle subit encore. Utilisez une approche axée sur les traumatismes pour pouvoir considérer ses problèmes – qu'il s'agisse de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, de troubles de l'humeur ou de difficultés relationnelles – comme des réactions courantes à l'adversité et au traumatisme. Par exemple, un·e clinicien·ne pourrait lui dire : « Beaucoup de jeunes qui ont vécu des expériences difficiles trouvent que certaines drogues les aident, du moins à court terme. Est-ce que cela te semble vrai ? » Ou encore : « Je me demande si ta consommation d'alcool pourrait être liée au stress ou à la douleur que tu portes en toi ». Ce type de langage contribue à rationaliser les expériences des jeunes, à réduire la stigmatisation qu'elles subissent et à rendre leurs difficultés plus compréhensibles et plus faciles à gérer<sup>2</sup>.

Faites preuve de curiosité à l'égard de ses expériences, tout en la laissant diriger la conversation. Certains jeunes préfèrent ne dévoiler que quelques détails de leur histoire et ne s'attendent qu'à une brève réponse empathique avant de passer à autre chose. Non seulement un tel rythme de conversation leur permet-il de tâter le terrain en toute sécurité et d'éviter de se sentir submergés, mais il peut aussi les inciter à s'ouvrir progressivement<sup>7,12</sup>.

## **Être conscient·e à la fois du stade de développement et des traumatismes**

L'adolescence est marquée par des changements rapides au niveau du cerveau, du corps et du réseau social. Les émotions intenses, la prise de risques et l'attention portée aux pairs ne sont pas toujours des signes avant-coureurs d'un traumatisme, car elles font aussi partie du développement

normal<sup>3</sup>. Toutefois, les traumatismes peuvent amplifier ces changements, ce qui rend les problèmes identitaires plus douloureux ou les stratégies d'adaptation plus dangereuses<sup>2</sup>. Par conséquent, les praticiens doivent rassurer les adolescents en leur disant que les défis qu'ils rencontrent sont normaux tout en se gardant bien de considérer les traumatismes ou les troubles mentaux graves comme de simples « hauts et bas ». Trouver cet équilibre permet d'éviter de pathologiser les jeunes tout en leur garantissant un soutien qui favorise la guérison et accompagne une croissance saine. Par exemple, certains jeunes essaient des substances psychoactives par curiosité ou sous l'influence de leurs pairs, ce qui est typique de leur stade de développement. Mais lorsque l'usage de telles substances devient le principal moyen de composer avec des émotions envahissantes ou des souvenirs douloureux, cela peut être le signe d'un traumatisme.

## **Fournir une psychoéducation et un soutien à l'acquisition de compétences**

Comprendre comment le système nerveux réagit à un stress intense (p. ex. lutte, fuite, paralysie, soumission) aide à expliquer les réactions des jeunes et à mettre en évidence le fait que leur usage de substances psychoactives, parmi d'autres comportements d'adaptation, a souvent une fonction protectrice : il permet aux jeunes de tenir à distance les émotions, pensées, sensations et circonstances douloureuses. Les prestataires de services peuvent également s'appuyer sur des cadres conceptuels accessibles pour aider les jeunes et les familles à comprendre cette dynamique. Par exemple, le concept de « fenêtre de tolérance » de Daniel Siegel illustre comment un traumatisme peut réduire la marge de manœuvre dont dispose une personne pour maintenir son équilibre psychique. Il existe de nombreuses et excellentes vidéos, illustrations et fiches de travail qui permettent de soutenir

l'éducation et la pratique. Siegel propose aussi un modèle du cerveau représenté par une main, outil accessible et très utilisé pour expliquer comment le stress et les déclencheurs perturbent le fonctionnement du cerveau et conduisent à des « réactions de survie ».

En s'appuyant sur ces cadres conceptuels, les prestataires peuvent proposer aux jeunes des outils concrets pour développer leurs compétences – techniques d'ancrage, stratégies sensorielles et pratiques de pleine conscience et de respiration – ou encore ils peuvent apprendre aux jeunes à repérer les premiers signes physiques du stress, ce qui les aide à élargir leur fenêtre de tolérance. Cette capacité se développe grâce à un processus de corégulation des émotions dans le cadre de relations sécurisantes et encourageantes. Ainsi, les jeunes apprennent d'abord à s'auto-réguler avec l'aide d'une autre personne pour pouvoir ensuite le faire par eux-mêmes<sup>2</sup>.

## Appliquer une approche axée sur les atouts des jeunes

Une approche axée sur les atouts des jeunes consiste à commencer par ce que les jeunes ont déjà à leur actif – leurs compétences, leurs intérêts et leurs espoirs – plutôt que de se concentrer sur leurs problèmes. Apprenez à connaître toutes les facettes de la jeune personne afin de pouvoir puiser dans ses forces, ses passions et ses valeurs en tant que ressources dans les moments difficiles. Lorsque, dans la vie de tous les jours, vous rencontrez quelqu'un pour la première fois, vous ne commencez pas par lui poser des questions sur ses pires expériences ; de la même manière, en commençant par poser des questions ouvertes sur les intérêts, les passions ou la vie quotidienne d'une jeune personne, vous faites ressortir ses forces et, ainsi, vous établissez une relation de confiance. Appuyez-vous sur les stratégies qu'elle utilise déjà pour lutter contre le stress, et félicitez-la pour ses

actes d'autonomie, si symboliques soient-ils. Mettez toujours en avant l'espoir et la confiance en sa capacité à évoluer, en lui rappelant que guérir d'un traumatisme ne consiste pas seulement à soulager la douleur, mais aussi à établir des liens plus profonds avec soi-même et les autres, et à développer sa capacité à éprouver de la joie, du plaisir et à faire preuve de créativité<sup>2,12</sup>.



## Réfléchir à ses propres « déclencheurs » et antécédents de traumatismes

Tenir compte des traumatismes ne consiste pas seulement à comprendre leur impact sur les jeunes, mais aussi à reconnaître comment ses propres antécédents, valeurs et schémas émotionnels influent sur sa pratique. Il vous faudra donc développer votre conscience de vous-même et gérer vos propres émotions afin que votre comportement soutienne vos relations cliniques au lieu de les entraver. Posez-vous les questions suivantes : quelles situations ou quels comportements me contrarient le plus, et pourquoi ? Comment puis-je me dominer afin de réagir de manière réfléchie au lieu de réagir sous l'emprise de mes blessures psychologiques ?

Dressez l'inventaire de vos préjugés à l'égard des jeunes qui consomment de substances psychoactives. Quels souvenirs gardez-vous de votre propre adolescence et, le cas échéant, quelle est votre propre expérience de telles substances ? Entraînez-vous à ne pas prendre les choses personnellement et soyez conscient·e de la façon dont vos croyances personnelles ou vos blessures intérieures peuvent vous pousser à juger une jeune personne ou à lui imposer votre propre

programme de guérison<sup>2,15</sup>. Pour comprendre comment vos propres antécédents, émotions et préjugés ont pu influencer votre travail, vous pourriez avoir recours à une supervision clinique, aux communautés de pratique, à une thérapie personnelle ou à d'autres formes de soutien. En outre, il est important de se rappeler que tenir compte des traumatismes ne signifie pas être parfait·e, mais reconnaître ses erreurs et faire preuve d'humilité et de responsabilité en montrant aux jeunes qu'une relation peut survivre aux erreurs, et même s'approfondir grâce à l'honnêteté et à la réconciliation<sup>16</sup>.

### **Inviter les jeunes à diriger la conversation et à exprimer ouvertement leurs choix**

Les STT exigent une attention particulière à la question du pouvoir. Les jeunes qui ont vécu un traumatisme gardent souvent un souvenir profond de leur impuissance. Les praticiens doivent donc être conscients de la manière dont ils utilisent leur autorité dans leurs interactions avec les jeunes. Les approches axées sur la conformité et les interventions qui donnent aux jeunes l'impression qu'on exerce un contrôle sur eux peuvent être contre-productives, fragiliser la confiance des jeunes envers leurs thérapeutes ou provoquer chez elles de la résistance, voire recréer une dynamique nuisible qu'elles ont déjà connue. Les STT consistent à équilibrer le pouvoir entre la jeune personne et sa ou son prestataire de soins en privilégiant le partenariat plutôt que le contrôle, ce qui permet à la jeune personne de jouer un rôle actif dans son propre développement<sup>7,10,12</sup>. Impliquez les jeunes dans les décisions concernant leurs soins, interrogez-les sur leurs objectifs et leurs valeurs, et créez des occasions de choix réel et de prise de décision partagée. Lorsque les jeunes voient que leurs points de vue guident le processus de guérison, leur confiance et leur sentiment d'être investis dans leur guérison augmentent.



### **Laisser la jeune personne donner le rythme lorsqu'il s'agit de parler de substances psychoactives**

Dans les milieux de santé communautaires, il arrive que les jeunes ne cherchent pas d'aide pour leur usage de substances psychoactives, et que ceux qui en cherchent ne soient pas prêts à s'attaquer à leur problème. L'usage de telles substances étant souvent associé à la stigmatisation et à la honte dans les familles et les réseaux de pairs ou de la part de professionnels de la santé, si vous exercez une pression trop forte ou trop précoce, vous risquez de renforcer chez les jeunes le sentiment d'être jugés. Mettre trop l'accent sur l'usage de substances peut également être réducteur, alors qu'en réalité, un tel usage peut servir de stratégie d'adaptation à des difficultés plus profondes telles que le harcèlement, l'isolement ou la maltraitance.

Commencez par instaurer la confiance auprès des jeunes et mettre l'accent sur leurs priorités. Abordez les conversations sur leur usage de substances avec curiosité et attention, en veillant à comprendre le rôle qu'il joue dans leur vie. Reconnaissez la relation bidirectionnelle entre l'usage de substances et les traumatismes : l'usage de substances est à la fois un moyen d'adaptation à un stress écrasant, et un facteur pouvant accroître la vulnérabilité des jeunes qui consomment des substances au traumatisme. Quelques réflexions délicates sur les impacts que vous remarquez chez les jeunes peuvent ouvrir la voie au dialogue, mais l'objectif est d'avancer à leur rythme plutôt que de les pousser avant qu'ils ne soient prêts<sup>12</sup>.

## Reconnaître la complexité du lien entre les traumatismes et l'usage de substances psychoactives

Traiter l'usage de substances psychoactives de manière isolée revient souvent à passer à côté de l'essentiel. Pour de nombreux jeunes, le recours à de telles substances est un moyen indispensable de soulager leur détresse, d'engourdir leurs souvenirs traumatisants ou de trouver un sentiment d'appartenance. À mesure que l'usage diminue, les symptômes du traumatisme et le dérèglement du système nerveux peuvent s'intensifier. Sans s'attaquer à ces facteurs sous-jacents et sans proposer de moyens d'adaptation plus sécuritaires, on peut, en leur retirant ces substances, rendre les jeunes encore plus vulnérables. Le traitement est donc rarement linéaire : les traumatismes et l'usage de substances étant profondément liés, il n'existe aucune conduite tracée d'avance. Pour être efficace, la prise en charge doit offrir un soutien flexible et intégré, que l'objectif de la jeune personne soit ou non l'abstinence<sup>12,17</sup>.

## Privilégier une optique et un langage valorisants

Les mots et les cadres conceptuels que nous privilégions façonnent la perception que les jeunes ont d'eux-mêmes. Évitez les termes qui stigmatisent les jeunes tels que « toxicomanie », « toxicomane » ou « inadapté-e ». Ces termes réduisent les jeunes à une pathologie et nous font oublier que l'usage de substances psychoactives peut les avoir aidés à gérer leur traumatisme et à survivre. Voyez leur usage de substances non pas comme un manque de volonté, mais comme une réponse fonctionnelle à la détresse, et reconnaissez qu'il peut également favoriser un sentiment d'appartenance<sup>6</sup>. En faisant preuve de bienveillance et de compréhension à l'égard des jeunes, plutôt qu'en les poussant à la honte ou à l'autocritique, il est possible de créer les conditions d'un changement réel et durable.

Partez du principe que les jeunes font de leur mieux dans les circonstances<sup>15</sup> : ce n'est pas qu'ils « ne veulent pas » changer, mais bien qu'ils « ne le peuvent pas » encore. Comme l'a si bien dit R. W. Greene, « les enfants réussissent s'ils en ont les moyens » (*trad.*), et lorsqu'ils en sont dépourvus, le rôle des adultes est de créer les conditions qui leur permettent de réussir<sup>18</sup>.

## Susciter la participation de la famille, des amis et de la communauté de la jeune personne

Les jeunes qui luttent contre un traumatisme guérissent plus vite lorsqu'ils sont entourés d'un réseau stable de personnes fiables<sup>19</sup>. Demandez à la jeune personne quelles sont les personnes importantes dans sa vie et lesquelles d'entre elles devraient participer à sa prise en charge. Guidez ses proches afin qu'ils comprennent mieux ses besoins et y répondent de manière adéquate. Les interventions sont plus efficaces lorsque les soins s'étendent à la fois à la jeune personne et aux personnes qui façonnent son quotidien<sup>2,12</sup>.

Pour les jeunes qui ne disposent pas d'un soutien fiable ou qui ne sont pas prêts à faire appel à d'autres personnes, la priorité est de se mettre à leur niveau et d'instaurer un sentiment de sécurité dans la relation thérapeutique. Au fil du temps, vous pourrez revenir sur la question en suggérant certaines personnes que les jeunes n'auraient peut-être pas envisagées : mentors, enseignants, entraîneurs sportifs ou autres adultes bienveillants à l'école ou dans les programmes locaux.



## Développer des compétences structurelles

Les prestataires de STTV savent que la source d'un traumatisme est non seulement interpersonnelle mais aussi structurelle. Pour le prendre en charge de façon efficace, il faut faire preuve de compétences structurelles, c'est-à-dire être capable de comprendre comment les conditions sociales, économiques et politiques générales façonnent la vie des jeunes. Il ne s'agit pas simplement de facteurs contextuels, mais de forces qui affectent directement les possibilités offertes aux jeunes. La pauvreté, par exemple, détermine le niveau de sécurité et d'accès aux ressources auquel peuvent s'attendre les jeunes, tandis que les normes sociales relatives à l'ethnicité, au genre ou à la sexualité régissent simultanément la façon dont les jeunes sont perçus (valorisés ou non) et traités<sup>13</sup>. À titre d'exemple d'interventions structurellement efficaces, citons le fait de reconnaître que les rendez-vous manqués sont parfois dus à des transports en commun peu fiables et d'adapter les soins en conséquence, en proposant des horaires flexibles, des séances virtuelles ou des actions de sensibilisation. Autre exemple : une jeune personne issue d'un groupe racialisé fait régulièrement l'objet de renvois temporaires. Si sa clinicienne ou son clinicien estime qu'un racisme systémique sous-tend cette mesure disciplinaire, elle ou il collaborera avec l'équipe scolaire et préconisera des alternatives à la punition par exclusion pour tenir compte des traumatismes subis.

Posséder des compétences structurelles implique également de reconnaître le contexte écologique actuel dans lequel grandissent les jeunes. Le changement climatique, la dégradation de l'environnement et le « deuil écologique » – également appelé éco-anxiété – sont des sources émergentes de détresse, tandis qu'un lien significatif à la terre, à la nature et au lieu où grandissent les jeunes peut avoir un effet profondément protecteur et thérapeutique<sup>20,21,22</sup>.



## Assurer le bien-être de l'équipe de soins

Soutenir les jeunes qui ont vécu un traumatisme est exigeant, et le risque de stress traumatique secondaire, d'épuisement compassionnel et de « burnout » est réel. Protéger le bien-être des membres de l'équipe de soins nécessite à la fois des mesures organisationnelles et individuelles.

Au niveau organisationnel, il est possible de réduire les risques en reconnaissant l'impact émotionnel du travail, en appliquant des politiques qui protègent la sécurité du personnel, en assurant une supervision clinique régulière et une formation continue, en offrant des possibilités de débriefing à la suite d'incidents graves, en favorisant une culture d'équipe solidaire et en maintenant une charge de travail équilibrée.

Au niveau individuel, sachez que vous n'avez pas à porter seul-e le poids de ce travail. Pour pouvoir continuer à offrir vos soins aux jeunes, vous devez prendre soin de votre propre bien-être. De simples habitudes régulières (repos, mouvement, relations sociales, activités créatrices et autres activités procurant du plaisir) aident à évacuer le stress cumulé. Faire le point avec soi-même, respecter ses limites et chercher du soutien au besoin sont loin d'être des signes de faiblesse, mais bien d'intégrité dans un métier auquel vous vous consacrez corps et âme<sup>23-26</sup>.

# Preuves à l'appui des STT pour la prise en charge de jeunes qui consomment de substances psychoactives

Les recherches montrent systématiquement que les jeunes ayant des problèmes liés à leur usage de substances psychoactives sont beaucoup plus susceptibles que leurs pairs d'avoir été victimes de maltraitance, de négligence ou d'autres formes de victimisation pendant leur enfance<sup>5,27,28</sup>. Non seulement les traumatismes augmentent le risque d'usage de substances psychoactives, mais ils contribuent également à une initiation plus précoce, laquelle est associée à des problèmes plus graves et plus complexes plus tard dans la vie<sup>4,29,30</sup>. La gravité des traumatismes est importante : le fait d'avoir connu de multiples formes de victimisation, ou « polyvictimisation », **multiplie par trois à cinq le risque de problèmes graves liés à l'usage de substances**<sup>6</sup>. Les jeunes qui en font un usage très problématique sont également davantage portés à signaler une plus grande exposition aux traumatismes, un stress plus élevé et davantage de symptômes du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)<sup>31</sup>. Lorsque le traumatisme est provoqué par des personnes qui ont la charge des jeunes, celles-là mêmes qui sont censées assurer leur sécurité, les capacités d'adaptation des jeunes sont particulièrement atteintes et ils sont davantage portés à utiliser des substances psychoactives de manière dangereuse<sup>2,6</sup>. L'usage de telles substances sert souvent de stratégie d'adaptation et de moyen d'appartenance<sup>6</sup>. Les jeunes ayant des antécédents de traumatismes graves sont souvent plus sensibles à l'influence de leurs pairs et plus susceptibles de fréquenter des groupes au sein desquels l'usage de substances psychoactives à haut risque est courant, voire une condition d'appartenance. Ils sont également plus nombreux à avoir un parent qui consomme des substances

psychoactives<sup>17</sup>. Dans l'ensemble, les recherches sur le lien entre les traumatismes et l'usage de substances psychoactives chez les jeunes indiquent une relation « dose-réponse » : **plus le traumatisme est grave, chronique et relationnel, plus le risque de problèmes graves liés à l'usage de substances est élevé et plus les besoins en matière de traitement sont complexes**<sup>6</sup>.

Les études cliniques soulignent cette complexité. Dans le cadre d'un programme canadien sur les troubles concomitants, presque tous les participants ont déclaré avoir été exposés à un traumatisme (94 %), les deux tiers répondaient aux critères d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives, et près de la moitié des femmes et un tiers des hommes ont déclaré avoir des symptômes de SSPT. Le tiers des participants avaient tenté de se suicider et la plupart connaissaient des troubles scolaires, familiaux et relationnels<sup>32</sup>. De même, dans une vaste étude menée en Ontario auprès de jeunes vivant dans la collectivité ou pris en charge dans des établissements de santé mentale, 22 % des jeunes vivant dans la collectivité et 37 % de ceux pris en charge dans un établissement ont dit utiliser des substances psychoactives, la proportion étant plus élevée chez ceux qui avaient des antécédents de maltraitance, des tendances suicidaires, des problèmes scolaires et des parents qui consomment des substances psychoactives<sup>33</sup>. Dans cette étude, les jeunes qui ont dit avoir un soutien familial solide, des expériences scolaires positives et de meilleurs résultats scolaires étaient moins susceptibles de recourir aux substances psychoactives. Pour cette population, l'usage de substances n'est

pas simplement un problème clinique, mais une stratégie d'adaptation pour survivre à un stress écrasant en l'absence de soutiens stables et de milieux sécuritaires et enrichissants.

**Les STT ne sont pas un modèle standardisé qui se prête à une évaluation précise, ce qui rend difficile la synthèse des recherches sur leur mise en œuvre.** Il convient plutôt de les considérer comme une vision ou une philosophie, ancrée dans certains principes et valeurs, plutôt que comme un ensemble de procédures bien fixées<sup>8,34</sup>. L'application de ces principes nécessite une réflexion, une adaptation et un apprentissage continus qui prend en compte le contexte de chaque organisation<sup>35</sup>, d'où la grande variabilité des initiatives d'application des STT ayant fait l'objet d'études scientifiques, tant au niveau de leur portée que de leur méthodologie et de leurs résultats<sup>9,36,37</sup>.

Néanmoins, les résultats obtenus grâce à la mise en œuvre des STT sont prometteurs. Leur application aux secteurs de soins aux enfants et aux adolescents est associée à une réduction du recours à l'isolement et à la contention, ce qui non seulement améliore la sécurité, mais peut également réduire les coûts et favoriser une culture du soutien<sup>9</sup>. Pour le personnel, il a été démontré que les STT améliorent les connaissances, les attitudes, les comportements et les pratiques, renforçant ainsi la confiance et la capacité de répondre efficacement aux besoins des jeunes<sup>9,38</sup>. Pour les jeunes utilisateurs de services, les STT contribuent à améliorer la santé, le fonctionnement et le bien-être général, tout en renforçant la résilience et en favorisant la sécurité relationnelle<sup>9</sup>. Ensemble, ces résultats donnent à croire que les **STT aident à faire évoluer les services de santé privilégiant des approches réductrices, réactives et coercitives, vers des approches holistiques et collaboratives.**

En même temps, il est important de reconnaître les limites de ces éléments de preuve. La plupart des données disponibles reposent sur les auto-évaluations du personnel, qui ont tendance à ne montrer que des améliorations modestes, lesquelles ne durent pas toujours et ne se traduisent pas facilement par des changements durables dans les pratiques ou le climat organisationnels<sup>9</sup>. Les séances de formation brèves et ponctuelles ont un impact limité, car sans renforcement continu, le personnel retombe souvent dans des approches familières. **Parmi les obstacles courants, citons le manque de ressources, les contraintes de temps et les demandes concurrentes, obstacles qui rendent tous difficile le maintien des activités de STT dans un contexte de charge de travail importante**<sup>9</sup>. En outre, un manque d'adhésion de la part des cadres supérieurs peut démobiliser le personnel et freiner l'évolution de la culture, de la structure et de la politique organisationnelles<sup>35</sup>. Enfin, la majorité des cadres conceptuels ayant été conçus pour les services aux adultes, leur portée est limitée, et le nombre de modèles de STT complets adaptés aux enfants et aux jeunes reste insuffisant<sup>9</sup>.

**Les STT sont plus efficaces lorsqu'ils sont abordés comme un processus continu et global plutôt qu'une liste de contrôle**<sup>8,9,35</sup>. Ils nécessitent l'engagement des dirigeants, un soutien continu au personnel par le biais de la supervision et de la formation continue, ainsi que la collaboration au sein des organisations et entre elles afin d'établir un langage commun et d'adapter les cadres conceptuels aux besoins locaux. Fondamentalement, les STT représentent un changement de paradigme qui réoriente les relations entre prestataires et jeunes. Cette transformation progressive, qui doit se dérouler étape par étape, dépend d'une pratique et d'un engagement soutenus.

## **Liens et ressources**

Les ressources gratuites et en libre accès suivantes proposent des renseignements supplémentaires et des conseils pratiques sur la façon d'offrir des soins tenant compte des traumatismes aux jeunes faisant un usage problématique de substances.

**La bibliothèque de ressources du Consortium canadien sur le trauma chez les enfants et adolescents** réunit des centaines de documents en libre accès sur les traumatismes chez les enfants et les adolescents. Ces ressources vont des outils et activités cliniques aux exposés de politique, en passant par des guides pratiques.

<https://www.traumaconsortium.com/fr/ressources/>

**La bibliothèque de ressources du Harvard Center on the Developing Child (centre de l'université Harvard sur le développement de l'enfant)** transforme les dernières avancées scientifiques sur le lien entre les épreuves difficiles et le développement des enfants en outils pratiques et en éclairages utiles permettant d'améliorer leurs résultats cliniques.

<https://developingchild.harvard.edu/resource-library/> (site en anglais)

**Trauma-informed: The Trauma Toolkit** – cette trousse d'outils sur les traumatismes, élaborée par le Klinik Community Health Centre de Winnipeg, au Manitoba, est destinée aux organismes et aux prestataires de services qui veulent offrir des services tenant compte des traumatismes.

<https://youthrex.com/wp-content/uploads/2021/03/Trauma-Informed-Toolkit.pdf> (document en anglais)

**Trauma-Informed Practice Guide – British Columbia Ministry of Children and Family Development (ministère du développement de l'enfance et de la famille de la Colombie-Britannique)**

Ce guide complet soutient les approches tenant compte des traumatismes dans les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles. Il propose des stratégies de mise en œuvre, une liste de contrôle organisationnelle et des exemples de pratiques sécuritaires sur le plan culturel pour les communautés autochtones.

[https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/child-teen-mental-health/trauma-informed\\_practice\\_guide.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/child-teen-mental-health/trauma-informed_practice_guide.pdf) (document en anglais)

**Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques.** Agence de la santé publique du Canada. Cette ressource nationale décrit les cadres conceptuels de STTV destinés à orienter les politiques et les pratiques dans tous les secteurs de services.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>

**Le centre de ressources de la Alberta Family Wellness Initiative** transpose les données de recherches sur le développement du cerveau, le stress toxique et la résilience en ressources pratiques – outils, rapports, vidéos et modules d'apprentissage – dans le but d'améliorer le bien-être des enfants, des familles et des communautés.

<https://www.albertafamilywellness.org/resources/> (site en anglais)

# Références

1. National Scientific Council on the Developing Child. 2020. *Connecting the brain to the rest of the body: Early childhood development and lifelong health are deeply intertwined. Working Paper No. 15.* Document de travail. <https://developingchild.harvard.edu/resources/working-paper/connecting-the-brain-to-the-rest-of-the-body-early-childhood-development-and-lifelong-health-are-deeply-intertwined/>
2. BLAUSTEIN, M. E. et K. M. KINNIBURGH. 2018. *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency.* Guilford Publications.
3. SIEGEL, D. J. 2015. *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain.* Penguin.
4. CARLINER, H., K. M. KEYES, K. A. MCLAUGHLIN, J. L. MEYERS, E. C. DUNN et S. S. MARTINS. 2016. « Childhood Trauma and Illicit Drug Use in Adolescence: A Population-Based National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement Study », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 55, n°8, p. 701-708.
5. WOLITZKY-TAYLOR, K., A. SEWART, S. VRSHEK-SCHALLHORN, R. ZINBARG, S. MINEKA, C. HAMMEN, L. BOBOVA, E. K. ADAM et M. G. CRASKE. 2017. « The effects of childhood and adolescent adversity on substance use disorders and poor health in early adulthood », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, n°1, p. 15-27.
6. FORD, J. D., J. D. ELHAI, D. F. CONNOR et B. C. FRUEH. 2010. « Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents », *Journal of Adolescent Health*, vol. 46, n°6, p. 545-552.
7. HARRIS, M. E. et R. D. FALLOT. 2001. *Using trauma theory to design service systems.* Jossey-Bass.
8. BLOOM, S. L. et B. FARRAGHER. 2013. *Restoring sanctuary: A new operating system for trauma-informed systems of care.* Oxford University Press.
9. LOWENTHAL, A. 2020. « Trauma-informed care implementation in the child-and youth-serving sectors: A scoping review », *International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR)*, vol. 7, n°1, p. 178-194.
10. LEVENSON, J. S. 2017. « Trauma-informed social work practice », *Social Work*, vol. 62, n°2, p.105-113.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.* HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2014. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57: Trauma-informed care in behavioural health services.* <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>
13. WATHEN, C. N. et C. VARCOE. 2023. *Implementing trauma- and violence-informed care: a handbook.* University of Toronto Press.
14. PERRY, B. D. et M. SZALAVITZ. 2017. *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook--What traumatized children can teach us about loss, love, and healing.* Hachette UK.
15. VESCO, A. T., M. K. LERNER et A. N. BURNSIDE. 2023. « Universal and Trauma-Specific Care Suggestions for Pediatric Primary Care Settings », *Pediatric Annals*, vol. 52, n°11, e418-e421.
16. STEINKOPF, H., D. NORDANGER, B. STIGE et A. M. MILDE. 2022. « Experiences of becoming emotionally dysregulated. A qualitative study of staff in youth residential care », *Child & Youth Services*, vol. 43, n°2, p. 187-205.

17. CABANIS, M., A. OUTADI et F. CHOI. 2021. « Early childhood trauma, substance use and complex concurrent disorders among adolescents », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 34, n°4, p. 393-399.
18. GREENE, R.W. 2014. *The Explosive Child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children*. HarperCollins, New York.
19. LUDY-DOBSON, C. R. et B. D. PERRY. 2010. *The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma*. Dans E. GIL (éd.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*. Guilford Press.
20. CORVELLO, M., C. BENOMAR et S. MAGGI. 2025. « The Emergence of Ecological Consciousness: A Transformative Journey », *Youth*, vol. 5, n°3, p. 76.
21. HICKMAN, C., E. MARKS, P. PIHKALA, S. CLAYTON, R. E. LEWANDOWSKI, E. E. MAYALL, B. WRAY, C. MELLOR et L. VAN SUSTEREN. 2021. « Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey », *The Lancet Planetary Health*, vol. 5, n°12, e863-e873.
22. VERCAMMEN, A., B. WRAY, Y. S. CRIDER, G. BELKIN et E. L. LAWRENCE. 2025. « Psychological impacts of climate change on US youth », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 122, n°16, e2311400122.
23. KANNO, H. et M. M. GIDDINGS. 2017. « Hidden trauma victims: Understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals », *Social Work in Mental Health*, vol. 15, n°3, p. 331-353.
24. STRAND, V. C. et G. SPRANG. 2018. *Trauma responsive child welfare systems*. Springer.
25. SUTTON, L., S. ROWE, G. HAMMERTON et J. BILLINGS. 2022. « The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: a systematic review and narrative synthesis », *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 13, n°1.
26. WHITFIELD, N. et D. KANTER. 2014. « Helpers in distress: Preventing secondary trauma », *Reclaiming Children and Youth*, vol. 22, n°4, p. 59.
27. NAQAVI, M. R., M. MOHAMMADI, V. SALARI et N. NAKHAEI. 2011. « The relationship between childhood maltreatment and opiate dependency in adolescence and middle age », *Addiction & Health*, vol. 3, n°3-4, p. 92.
28. WENDLAND, J., A. LEBERT, C. DE OLIVEIRA et E. BOUJUT. 2017. « Liens entre maltraitance pendant l'enfance ou l'adolescence et consommations de substances à risque chez les jeunes adultes », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 82, n°2, p. 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.06.011>
29. HUGHES, K., M. A. BELLIS, K. A. HARDCASTLE, D. SETHI, A. BUTCHART, C. MIKTON, L. JONES et M. P. DUNNE. 2017. « The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Public Health*, vol. 2, n° 8, e356-e366.
30. MERGLER, M., M. DRIESSEN, U. HAVEMANN-REINECKE, D. WEDEKIND, C. LÜDECKE, M. OHLMEIER, C. CHODZINSKI, S. TEUNISSEN, S. WEIRICH et U. KEMPER. 2018. « Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 93, p. 57-63.
31. KUKSIS, M., C. DI PROSPERO, E. R. HAWKEN et S. FINCH. 2017. « The correlation between trauma, PTSD, and substance abuse in a community sample seeking outpatient treatment for addiction », *Canadian Journal of Addiction*, vol. 8, n°1, p. 18-24.
32. CATCHPOLE, R. E. et E. B. BROWNLIE. 2016. « Characteristics of Youth Presenting to a Canadian Youth Concurrent Disorders Program: Clinical Complexity, Trauma, Adaptive Functioning and Treatment Priorities », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 25, n°2, p. 106-115.

33. ADERIBIGBE, O. O., S. L. STEWART, J. P. HIRDES et C. PERLMAN. 2022. « Substance Use among Youth in Community and Residential Mental Health Care Facilities in Ontario, Canada », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n°3, p. 1731. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031731>
34. MIDDLETON, J. S., S. L. BLOOM, J. STROLIN-GOLTZMAN et J. CARINGI. 2019. « Trauma-informed care and the public child welfare system: the challenges of shifting paradigms: introduction to the special issue on trauma-informed care », *Journal of Public Child Welfare*, vol. 13, n°3, p. 235-244.
35. HUO, Y., L. COUZNER, T. WINDSOR, K. LAVER, N. N. DISSANAYAKA et M. CATIONS. 2023. « Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review », *Implementation Science Communications*, vol. 4, n°1.
36. PURTLE, J. 2018. « Systematic Review of Evaluations of Trauma-Informed Organizational Interventions That Include Staff Trainings », *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 21, n°4, p. 725-740.
37. BERRING, L. L., T. HOLM, J. P. HANSEN, C. L. DELCOMYN, R. SØNDERGAARD et J. HVIDHJELM. 2024. « Implementing Trauma-Informed Care—Settings, Definitions, Interventions, Measures, and Implementation across Settings: A Scoping Review », *Healthcare*, vol. 12, n°9, p. 908.
38. GAGNÉ, M.-E., A. KERN et R. LANGEVIN. 2023. « Effets des approches sensibles au trauma sur l'approche de soins des praticiens travaillant auprès des jeunes : Une recension systématique à méthodes mixtes », *Travail social*, vol. 69, n°1 p. 25-47.