Pratiques sensibles aux traumatismes pour la santé mentale des élèves

Ce résumé des données probantes synthétise les recherches actuelles sur les traumatismes afin d'éclairer une approche à plusieurs niveaux déployée à l'échelle de l'école pour soutenir la santé mentale et le bien-être des élèves au moyen de pratiques sensibles aux traumatismes. Il s'adresse au **personnel scolaire** qui travaille avec des élèves de la maternelle à la 12e année.

Ce résumé donne un aperçu des concepts clés, notamment les définitions, la prévalence, la façon dont les traumatismes peuvent se manifester en milieu scolaire ainsi que leurs répercussions sur l'apprentissage et le bien-être. Il présente également les composantes fondamentales des pratiques sensibles aux traumatismes en éducation et se termine par des recommandations pour la pratique éclairées par des données probantes.

Messages clés

- **Les élèves peuvent vivre des traumatismes dans plusieurs milieux**, notamment à la maison, à l'école et au sein de la communauté (1).
- **Les réactions aux traumatismes peuvent varier d'une personne à l'autre et évoluer au fil du temps**, en fonction de facteurs comme le contexte de l'élève et le soutien disponible (1,2). Les effets des traumatismes peuvent aussi varier selon le stade de développement auquel ils surviennent, certaines périodes étant caractérisées par une plus grande sensibilité aux répercussions à long terme (3).
- **Les traumatismes peuvent nuire au développement du cerveau.** L'exposition répétée ou prolongée à des traumatismes peut perturber le développement sain du cerveau et affecter les systèmes de réponse au stress de l'organisme, la mémoire, l'attention, l'apprentissage et la régulation émotionnelle (4).
- **Les traumatismes ont des répercussions sur l'apprentissage, les relations, le comportement et le bien-être général.** Ils influencent la façon dont les élèves s'investissent, régulent leurs émotions et créent des liens avec les autres (5).

- **Les iniquités structurelles (par exemple, le racisme, la pauvreté) accroissent à la fois l'exposition à des expériences traumatiques et l'intensité de leurs répercussions**, ce qui contribue aux disparités dans les résultats des élèves (6).
- **Les pratiques sensibles aux traumatismes peuvent contribuer à réduire les préjudices** et à favoriser la résilience et le sentiment d'appartenance (7). La pratique sensible aux traumatismes met l'accent sur la création de milieux sûrs, prévisibles et inclusifs, fondés sur des principes fondamentaux tels que la pratique d'affirmation identitaire, la sécurité, le choix, la fiabilité, la collaboration et le pouvoir d'agir, qui, ensemble, favorisent les liens, la régulation et le bien-être des élèves (8).
- **La collaboration entre les écoles et les familles est essentielle** pour soutenir efficacement les élèves qui vivent un traumatisme et assurer, dans les différents milieux, une approche cohérente, une compréhension commune et des soins coordonnés (9).

Aperçu

Un traumatisme est une réaction émotionnelle durable résultant de l'exposition à des événements éprouvants (10). Au sens clinique, les événements traumatiques, tels qu'ils sont définis dans le contexte du trouble de stress post-traumatique (TSPT), impliquent la mort ou une menace de mort, des blessures graves ou de la violence sexuelle. Toutefois, les enfants et les jeunes peuvent vivre comme traumatisantes des situations très éprouvantes beaucoup plus diverses. Un traumatisme peut découler d'une expérience directe, du fait d'être témoin d'événements ou d'une exposition répétée à l'adversité (11), et avoir des effets durables sur le développement, le fonctionnement et la santé mentale (12).

Il convient de souligner que le traumatisme est façonné non seulement par l'événement lui-même, mais aussi par la façon dont la personne le vit et l'interprète. Par exemple, les enfants qui subissent de la violence familiale, de la maltraitance ou des ruptures dans la continuité des soins (par exemple, placement en famille d'accueil ou adoption) présentent un risque accru de développer un TSPT et d'autres difficultés concomitantes de santé mentale (13). Ainsi, dans ce résumé, le terme « traumatisme » est employé au sens large pour désigner les événements et les expériences que les personnes qui les vivent peuvent percevoir comme traumatiques.

Les enfants et les jeunes peuvent vivre une vaste gamme d'expériences éprouvantes et potentiellement traumatiques dans leur milieu familial, à l'école et dans la communauté. Celles-ci comprennent la violence, la négligence, le racisme, l'oppression ainsi que les répercussions différenciées de crises mondiales ou locales ou d'événements tragiques (1). De telles expériences peuvent avoir des effets durables sur la santé mentale, l'apprentissage et le développement (5), et peuvent aussi se prolonger sur plusieurs générations, façonnant ainsi le bien-être des enfants et leurs réponses au stress (14).

Le traumatisme façonne la manière dont les élèves pensent, ressentent et agissent, ce qui a une incidence sur les relations, la régulation émotionnelle et l'apprentissage.

> Les élèves qui vivent un traumatisme peuvent manifester un éventail de comportements et de changements qui influent sur leur fonctionnement au quotidien, leurs relations et leurs trajectoires développementales globales.

Les réactions peuvent se manifester par des comportements intériorisés (par exemple, retrait, anxiété) ou extériorisés (par exemple, agressivité, opposition), et peuvent évoluer au fil du temps (5). Les traumatismes ont souvent un caractère cumulatif et peuvent toucher de façon disproportionnée les enfants confrontés à des iniquités structurelles (2).

> Des facteurs de protection, comme des relations de soutien et des milieux stables, peuvent atténuer ces répercussions.

L'enfance constitue une période déterminante, car les expériences précoces façonnent profondément le développement. Il s'agit donc à la fois d'une période de vulnérabilité accrue aux traumatismes et d'une occasion de miser sur la prévention et l'intervention précoce afin de modifier les trajectoires de vie. Par conséquent, les écoles jouent un rôle clé dans la promotion de la santé mentale et du bien-être, et le personnel enseignant, les familles et les professionnels en milieu scolaire sont particulièrement bien placés pour soutenir les élèves.

> Les pratiques sensibles aux traumatismes qui mettent l'accent sur la sécurité, la prévisibilité, les liens et l'équité peuvent atténuer les répercussions négatives tout en favorisant la résilience et le rétablissement.

Le soutien apporté aux enfants pendant cette période peut atténuer les répercussions à long terme des traumatismes et réduire la probabilité que des difficultés de santé mentale apparaissent.

Pratiques sensibles aux traumatismes en milieu scolaire

Les pratiques sensibles aux traumatismes consistent à reconnaître la prévalence et les répercussions des traumatismes, et à y répondre en créant des milieux sécuritaires, prévisibles et inclusifs.

> De plus en plus mises en œuvre dans les écoles de l'Ontario et dans d'autres systèmes au service des enfants et des jeunes, **ces approches témoignent d'un important changement de perspective, qui consiste à passer de la question « Qu'est-ce qui ne va pas? » à « Que s'est-il passé et de quoi a-t-on besoin maintenant? »**, et mettent l'accent sur les relations, la régulation et le sentiment d'appartenance comme fondements de l'apprentissage.

Les approches sensibles aux traumatismes sont largement considérées comme une solution de rechange plus efficace et équitable aux mesures disciplinaires d'exclusion, qui favorise le bien-être des élèves tout en renforçant leur engagement et leur réussite ainsi que les climats scolaires positifs.

Une approche sensible aux traumatismes va au-delà des stratégies individuelles mises en œuvre en classe. Elle exige une harmonisation cohérente des politiques et des pratiques scolaires à l'échelle du système (7). Cela comprend la création de milieux sécuritaires sur les plans émotionnel et physique, l'établissement de routines prévisibles et le développement de relations de confiance avec les élèves et les familles. Cela suppose également de renforcer les capacités du personnel enseignant au moyen de l'apprentissage professionnel et de la pratique réflexive, tout en accordant une attention particulière au bien-être du personnel.

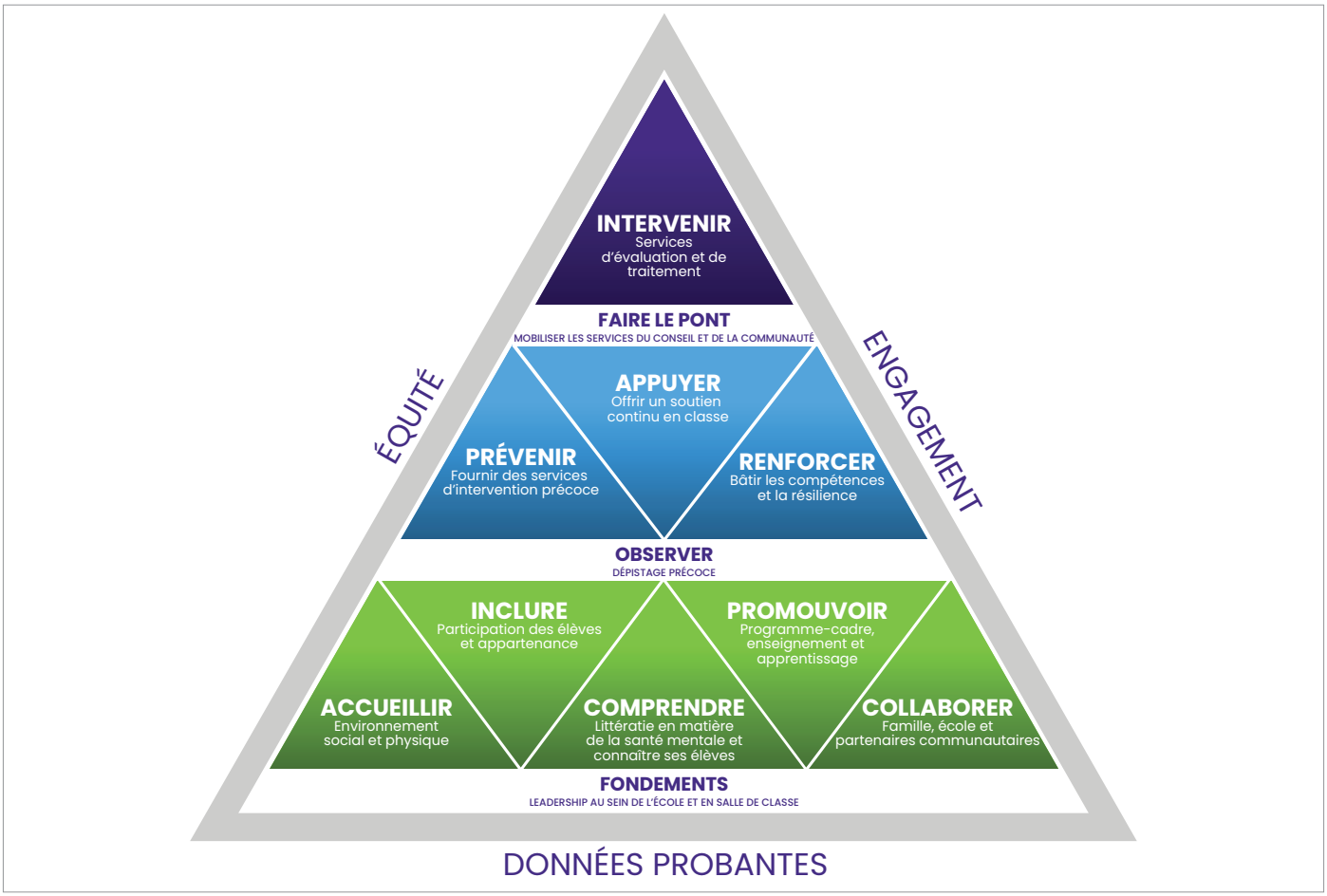
Il importe que les approches sensibles aux traumatismes reposent sur l'équité et l'adaptation aux réalités culturelles. Les expériences de traumatismes vécues par les élèves et les parcours vers la guérison et l'établissement de liens sont partagés par des identités intersectionnelles, notamment la race, la culture, le genre, le statut socioéconomique et les capacités. Une perspective sensible aux traumatismes doit donc tenir compte des répercussions des iniquités systémiques, notamment le racisme ainsi que les traumatismes historiques et intergénérationnels.

La Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) définit six principes directeurs qui favorisent la mise en œuvre de soins tenant compte des traumatismes à l'échelle des systèmes (8). Dans les contextes scolaires, ces principes peuvent être compris comme suit :

- **Sécurité** – créer des milieux sécuritaires sur les plans physique, émotionnel et psychologique grâce à des routines prévisibles et à des relations de soutien.
- **Fiabilité et transparence** – favoriser la clarté, la cohérence et une compréhension commune dans les communications et la prise de décisions.
- **Soutien par les pairs** – reconnaître la valeur des liens et de l'expérience vécue pour favoriser le sentiment d'appartenance et le bien-être.
- **Collaboration et réciprocité** – mobiliser les élèves, les familles et le personnel à titre de partenaires actifs et réduire les déséquilibres de pouvoir.
- **Autonomisation, voix et choix** – miser sur les forces et offrir aux élèves de véritables occasions de faire entendre leur voix, d'exercer leur pouvoir d'agir et de participer.
- **Enjeux culturels, historiques et liés au genre** – lutter activement contre les préjugés et les iniquités, et reconnaître les répercussions des préjudices systémiques historiques et persistants.

Lorsqu'elles sont mises en œuvre avec cohérence et bienveillance, les approches sensibles aux traumatismes contribuent à créer des milieux d'apprentissage positifs où les élèves se sentent en sécurité, soutenus par des liens et disposés à apprendre. Ces approches s'harmonisent étroitement avec les engagements de l'Ontario en matière de santé mentale et de bien-être des élèves, et soutiennent une approche coordonnée axée sur l'intervention en amont afin de promouvoir la santé mentale, de prévenir les difficultés et d'intervenir efficacement lorsqu'un soutien supplémentaire est nécessaire. Dans la pratique, la mise en œuvre exige une attention aux niveaux du système, de l'école, du personnel et des élèves, notamment en ce qui concerne l'engagement du leadership, l'apprentissage professionnel, l'harmonisation des politiques, la mobilisation des familles et l'amélioration continue.

Une approche à plusieurs niveaux des pratiques sensibles aux traumatismes



Une approche à plusieurs niveaux au sein des écoles fournit un cadre permettant de soutenir les élèves selon leurs différents niveaux de besoins.

Niveau 1

Au niveau 1, les stratégies universelles visent à créer des milieux sûrs, prévisibles et qui valorisent l'identité, grâce à des routines régulières, à des attentes claires et à des règles appliquées de façon uniforme (15), ainsi qu'à favoriser des relations positives dans l'ensemble de la communauté scolaire. Une pratique sensible aux traumatismes efficace consiste notamment à favoriser la régulation émotionnelle et comportementale en combinant des stratégies « ascendantes » (somatiques), comme la respiration profonde et les mouvements rythmiques, et des stratégies « descendantes » (cognitives) qui soutiennent les habiletés de réflexion, comme la reconnaissance des émotions, le recadrage des pensées et la résolution de problèmes. Ensemble, ces approches correspondent à de nombreuses pratiques favorisant le bien-être en classe et soutiennent le développement de la conscience de soi et des compétences d'autorégulation. Il peut notamment s'agir d'horaires prévisibles, d'espaces physiques accueillants, d'une communication proactive et de pratiques en classe adaptées aux besoins émotionnels.

Le personnel scolaire peut contribuer à favoriser un sentiment de sécurité en offrant aux enfants un espace inclusif et bienveillant où ils peuvent parler de leur expérience et envisager l'avenir avec espoir. Les approches sensibles aux traumatismes peuvent être renforcées en améliorant la compréhension du personnel grâce à une formation sur les pratiques sensibles aux traumatismes offerte à l'échelle de l'école, en intégrant la connaissance liée aux traumatismes comme une compétence fondamentale en éducation et en adaptant les cadres pédagogiques afin qu'ils tiennent compte des effets des traumatismes sur l'apprentissage et la réussite scolaire (7,16,17). La sécurité relationnelle est au cœur de ce travail. Les données probantes montrent systématiquement que l'accès à au moins un adulte sécurisant, bienveillant et disposé à offrir du soutien peut favoriser la résilience et la guérison (18). Ces relations peuvent se nouer avec des adultes de confiance qui occupent divers rôles au sein de la communauté scolaire.

La pratique sensible aux traumatismes consiste également à structurer les milieux d'apprentissage en classe de manière à agir sur les conditions systémiques qui contribuent aux traumatismes, à renforcer les relations avec les familles et à reconnaître les signes de stress traumatique secondaire chez les membres du personnel enseignant (19). Ces pratiques sont les plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux contextes locaux, qu'elles reposent sur des approches adaptées aux réalités culturelles et éclairées par la communauté, et qu'elles sont mises en œuvre à l'échelle de l'école grâce à la collaboration entre les membres du personnel enseignant, les professionnels de la santé mentale et les familles. Les relations sécuritaires, stables et bienveillantes demeurent essentielles, puisqu'elles comptent parmi les facteurs de protection les plus importants pour le bien-être et l'apprentissage des élèves.

Des programmes et des espaces pourraient également être offerts aux aidants naturels et aux familles, en collaboration avec les écoles ou les fournisseurs de services communautaires, ou les deux, afin de favoriser le bien-être à la maison et de renforcer les facteurs de protection. Il importe de faire participer les parents et les aidants naturels à titre de partenaires actifs aux initiatives scolaires sensibles aux traumatismes, afin d'accroître la cohérence entre les milieux familial et scolaire (9).

En complément de ces efforts de promotion de la santé mentale, les aidants naturels à l'école et dans la communauté peuvent offrir un soutien non clinique adapté aux élèves qui ont besoin de soins supplémentaires. Les ressources peuvent comprendre des programmes en petits groupes ou des suivis réguliers auprès de membres du personnel scolaire (par exemple, conseillère ou conseiller en orientation, intervenantes et intervenants auprès des enfants et des jeunes).

Niveau 2

Au niveau 2, des interventions ciblées sont offertes aux élèves qui présentent des signes de détresse ou dont les préoccupations liées à la santé mentale s'intensifient. Des interventions brèves, éclairées par des données probantes et adaptées aux réalités culturelles constituent un moyen important d'aider les élèves à reconnaître les situations qui déclenchent leurs réactions et à apprendre des stratégies pour gérer leurs émotions et leurs réactions. Ces services sont offerts par des professionnels réglementés de la santé mentale, à l'école ou, selon les préférences, dans des milieux communautaires de santé mentale, des milieux de soins de santé ou des milieux de santé mentale propres à une culture. Il importe de souligner que les enfants qui vivent un traumatisme n'auront pas tous besoin de services de niveau 2 ou 3. Bon nombre d'entre eux peuvent apprendre et mettre en pratique des stratégies qui suffiront à soutenir leur résilience et leur rétablissement à l'école et à la maison. Les traumatismes touchent les personnes différemment, selon les circonstances, le degré de proximité et les facteurs de protection.

Niveau 3

Au niveau 3, le soutien intensif comprend des interventions individualisées. Conformément aux approches *Bons soins au bon moment*, des voies d'accès aux services permettent de diriger les élèves qui ont besoin d'une thérapie intensive vers des soins adaptés aux traumatismes afin de les soutenir. Cela comprend le soutien de professionnels réglementés de la santé mentale et le recours à des approches éclairées par des données probantes, comme la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (20). Il arrive parfois que les élèves ne soient pas en mesure ou ne souhaitent pas recevoir d'aide dans le milieu communautaire. Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire jouent donc un rôle important dans la stabilisation, la préparation au traitement ou la préparation à l'apprentissage et le soutien continu, ainsi que dans l'accompagnement des élèves vers le traitement, au retour de celui-ci et tout au long du processus thérapeutique.

Des voies d'accès clairement définies entre les services scolaires et communautaires sont essentielles pour assurer des soins coordonnés, appropriés et offerts en temps opportun. La collaboration entre le personnel enseignant, les familles et les partenaires communautaires favorise la continuité des soins et contribue à ce que les élèves reçoivent le niveau de soutien approprié au bon moment.

Pris ensemble, ces éléments soulignent l'importance d'une mise en œuvre coordonnée, à l'échelle du système, des approches sensibles aux traumatismes.

Approfondissement

Comprendre les traumatismes

En milieu scolaire, les traumatismes se manifestent souvent indirectement par les actions des élèves. Les élèves peuvent être perçus comme désengagés, inattentifs ou opposants, alors qu'en fait, ils réagissent au stress ou à des menaces perçues. Le fait de comprendre que les comportements constituent une forme de communication est au cœur de la pratique sensible aux traumatismes. Les indicateurs d'un traumatisme peuvent notamment comprendre les éléments suivants, sans s'y limiter :

- l'absentéisme et des changements soudains dans le rendement scolaire (21)
- la difficulté à réguler l'humeur (par exemple, anxiété, dépression) ou les émotions (par exemple, irritabilité, accès de colère) (22)
- le retrait par rapport aux pairs ou aux apprentissages (23)
- l'hypervigilance ou la réactivité (22)
- la régression vers des comportements propres à un stade antérieur du développement (par exemple, succion du pouce, énurésie nocturne) (24)

Il importe de souligner qu'en raison de la diversité des réponses possibles à un traumatisme, ces réactions peuvent souvent être qualifiées à tort, comme étant, par exemple, de la défiance, de la timidité, des difficultés d'attention ou du manque d'intérêt. De plus, il est possible que le personnel scolaire puisse ne pas savoir quels élèves ont vécu un traumatisme ou en vivent encore un, ce qui fait des pratiques sensibles aux traumatismes un élément important de tout milieu d'apprentissage.

Prévalence et éléments à prendre en compte relatifs à l'équité

L'exposition à des traumatismes est répandue chez les enfants et les jeunes. À l'échelle mondiale, environ un jeune sur six subit de la violence avant l'âge de 18 ans (25). Au Canada, plus du tiers des adultes déclarent avoir vécu de l'adversité pendant l'enfance et de la violence psychologique, l'exposition à la violence psychologique entre partenaires intimes étant très répandue comparativement à d'autres formes de traumatismes (26,27). Environ trois adultes canadiens sur dix (27 %) ont déclaré avoir été victimes, avant l'âge de 15 ans, notamment d'au moins un incident de violence physique ou sexuelle. Dans ce contexte, la violence psychologique comprendrait le fait que des parents ou des aidants naturels disent à l'enfant des choses qui nuisent à son sentiment de valeur personnelle, notamment en l'humiliant, en le rejetant ou en le privant d'amour ou de soutien.

Un traumatisme peut également être vécu en milieu scolaire. Des expériences vécues en milieu scolaire, comme l'intimidation et l'exclusion, peuvent être perçues comme traumatisantes et miner le sentiment de sécurité et d'appartenance d'un élève. Au Canada, les recherches indiquent qu'au moins un jeune sur trois déclare avoir récemment subi de l'intimidation, bien que cela englobe diverses expériences allant d'incidents occasionnels à des situations plus persistantes. Environ 10 % des jeunes subissent de l'intimidation de façon fréquente ou continue (28,29). L'intimidation se caractérise par des comportements préjudiciables répétés dans un contexte de déséquilibre de pouvoir, et ses formes plus persistantes sont associées à un risque accru d'effets négatifs sur la santé mentale. Pendant les années de scolarité, l'intimidation constitue l'une des formes les plus courantes de violence entre pairs (30).

Les traumatismes sont également façonnés par l'iniquité systémique et les expériences d'oppression et d'exclusion. Le traumatisme intergénérationnel et les obstacles structurels peuvent accroître l'exposition aux traumatismes et les répercussions de ceux-ci, particulièrement chez les élèves autochtones, racisés et marginalisés (31). Les données nationales indiquent que les jeunes 2SLGBTQIA+ sont touchés de façon disproportionnée. Par exemple, les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes ont révélé qu'environ 77 % des jeunes 2SLGBTQIA+ ont déclaré avoir vécu au moins une forme d'intimidation au cours de la dernière année (32). De plus, les enquêtes nationales sur le climat scolaire menées par Egale Canada (par exemple, Encore dans chaque classe de chaque école) indiquent qu'une majorité d'élèves 2SLGBTQIA+ déclarent ne pas se sentir en sécurité à l'école, comparativement à leurs pairs (33). Les jeunes autochtones connaissent également des taux disproportionnellement élevés de victimisation et de prise en charge par les systèmes institutionnels. Statistique Canada fait état de taux de victimisation plus élevés chez les jeunes autochtones et indique que les enfants autochtones représentent plus de la moitié des enfants placés en famille d'accueil, bien qu'ils constituent une proportion beaucoup plus faible de la population (34). Ces tendances montrent que les traumatismes ne sont pas vécus de manière égale et renforcent la nécessité d'adopter dans les écoles des approches sensibles aux traumatismes, adaptées aux réalités culturelles et éclairées par une perspective d'équité.

Certains groupes peuvent vivre des intersections particulières avec les traumatismes. Les élèves neurodivergents, y compris les élèves autistes et les élèves ayant un TDAH, peuvent être davantage exposés à la victimisation et aux traumatismes, tandis que les réactions aux traumatismes peuvent recouper certaines caractéristiques neurodéveloppementales (35,36).

Les élèves en situation de handicap risquent davantage de subir de la violence et de vivre d'autres événements potentiellement traumatiques (37). Les traumatismes peuvent en outre nuire au développement de la parole, du langage et de la communication, tandis que les différences en matière de communication peuvent rendre plus difficile pour les élèves de faire part de leurs expériences et d'accéder à des mesures de soutien appropriées (38,39). Les pratiques sensibles aux traumatismes doivent également reconnaître les effets du racisme, y compris le racisme envers les personnes noires, puisque les expériences de discrimination systémique et de marginalisation peuvent contribuer au stress traumatique et entraîner des résultats inéquitables pour les élèves (40).

Effets sur le développement, l'apprentissage et la santé mentale

Les traumatismes vécus pendant l'enfance peuvent avoir des effets profonds et durables sur le développement cognitif, social et émotionnel (41). Les expériences défavorables vécues tôt dans la vie façonnent la manière dont les enfants perçoivent le monde et interagissent avec celui-ci, influençant leur sentiment de sécurité, leur confiance et leurs réactions à l'autorité, à la structure et aux relations à l'école. Sur le plan biologique, les traumatismes vécus pendant la petite enfance sont associés à des perturbations de l'équilibre hormonal et du développement cérébral qui nuisent à des fonctions cognitives clés, comme la mémoire, l'attention, l'acquisition du langage et les fonctions exécutives (4). Les traumatismes peuvent également nuire au concept de soi (12) et contribuer au retrait social (23), à l'évitement scolaire (42) ainsi qu'à l'isolement alimenté par la honte, la peur ou les regrets (43). Les élèves ayant vécu de l'adversité sont plus susceptibles d'obtenir de moins bons résultats scolaires, de faire l'objet d'une suspension et de connaître un absentéisme chronique (21).

L'exposition à des traumatismes pendant l'enfance est à la fois courante et fortement associée à des résultats moins favorables sur le plan de la santé mentale et du bien-être. L'exposition à des traumatismes est associée à l'anxiété, à la dépression, à l'agressivité et à des difficultés de régulation émotionnelle (44). La dépression et l'anxiété figurent parmi les conséquences concomitantes les plus courantes à la suite d'un événement traumatisant (45). Certains élèves peuvent consommer des substances (par exemple, de l'alcool ou du cannabis) comme stratégie d'adaptation; des données probantes longitudinales montrent que des niveaux plus élevés d'adversité vécue pendant l'enfance accroissent ce risque plus tard, à l'âge adulte (46). Toutefois, un solide soutien social pendant les études secondaires peut atténuer considérablement ces risques (47).

Conclusion

Les traumatismes peuvent constituer un facteur important qui influe sur la santé mentale, l'apprentissage et le bien-être général des élèves. Les écoles jouent un rôle essentiel dans l'atténuation de ces effets en adoptant des pratiques sensibles aux traumatismes qui accordent la priorité à la sécurité, aux relations et à l'équité. En intégrant ces pratiques à un système global à plusieurs niveaux, les écoles peuvent favoriser la résilience, améliorer les résultats des élèves et créer des milieux où tous les élèves se sentent en sécurité, soutenus et disposés à apprendre (48).

Références

1. Juwariah T, Suhariadi F, Soedirham O, Priyanto A, Setiyorini E, Siskaningrum A, et coll. Childhood adversities and mental health problems: A systematic review. J Public Health Res. 28 août 2022;11(3):22799036221106613. doi:10.1177/22799036221106613 PubMed PMID: 36052096; PubMed Central PMCID: PMC9425896.

2. Powell T, Wegmann KM, Backode E. Coping and Post-Traumatic Stress in Children and Adolescents after an Acute Onset Disaster: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 3 mai 2021;18(9):4865. doi:10.3390/ijerph18094865 PubMed PMID: 34063567; PubMed Central PMCID: PMC8124628.

3. Fleming LL, Ohashi K, Bosquet Enlow M, Khoury J, Klengel T, Lyons-Ruth K, et coll. Sensitive periods for the link between childhood maltreatment and brain aging during adulthood. Neurobiol Stress. 2025;39. doi:https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2025.100771

4. Ciufolini S, Mondelli V, Kempton M, Morgan C, Reinders S, Di Forti M, et coll. 86. The Impact of Childhood Trauma on Brain Structure and Stress Response: Differences Between First-Episode Psychosis Patients and Healthy Controls. Schizophr Bull. mars 2017;43(Suppl 1):S47–8. doi:10.1093/schbul/sbx021.125 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC5475581.

5. Fan L, Kang T. Early childhood trauma and its long-term impact on cognitive and emotional development: a systematic review and meta-analysis. Ann Med. 2025;57(1):2536199. doi:10.1080/07853890.2025.2536199 PubMed PMID: 40728368; PubMed Central PMCID: PMC12308860.

6. Williams MT, Khanna Roy A, MacIntyre MP, Faber S. The Traumatizing Impact of Racism in Canadians of Colour. Curr Trauma Rep. 2022;8(2):17–34. doi:10.1007/s40719-022-00225-5 PubMed PMID: 35345606; PubMed Central PMCID: PMC8943361.

7. Avery JC, Morris H, Galvin E, Misso M, Savaglio M, Skouteris H. Systematic Review of School-Wide Trauma-Informed Approaches. J Child Adolesc Trauma. 25 sept 2020;14(3):381–97. doi:10.1007/s40653-020-00321-1 PubMed PMID: 34471456; PubMed Central PMCID: PMC8357891.

8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. Fichier disponible sur Internet : https://www.acesaware.org/wp-content/uploads/2025/10/ADA_SAMHSAs-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach-2014_a11y-1.pdf

9. Portwood SG, Lambert RG, Abrams LP, Nelson EB. An evaluation of the Adults and Children Together (ACT) Against Violence Parents Raising Safe Kids program. J Prim Prev. août 2011;32(3–4):147–60. doi:10.1007/s10935-011-0249-5 PubMed PMID: 21833787.

10. Yadav G, McNamara S, Gunturu S. Trauma-Informed Therapy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cité le 1 avr. 2026]. Disponible sur le site : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604200/ PubMed PMID: 38861623.

11. Chien WT, Lau CT. Traumatised Children's Perspectives on Their Lived Experience: A Review. Behav Sci. 14 fév. 2023;13(2):170. doi:10.3390/bs13020170 PubMed PMID: 36829399; PubMed Central PMCID: PMC9952495.

12. Konanur S, Muller RT. A community-based study of the impact of trauma exposure on school-aged children's self-concept and improvements following TF-CBT. Child Abuse Negl. août 2024;154:106921. doi:10.1016/j.chiabu.2024.106921 PubMed PMID: 39079320.

13. Christoffersen MN, Thorup AAE. Post-traumatic Stress Disorder in School-age Children: A Nationwide Prospective Birth Cohort Study. J Child Adolesc Trauma. 22 fév. 2024;17(2):139–57. doi:10.1007/s40653-024-00611-y PubMed PMID: 38938938; PubMed Central PMCID: PMC11199452.

14. Bombay A, Matheson K, Anisman H. The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. Transcult Psychiatry. 2014;51(3). doi:https://doi.org/10.1177/1363461513503380

15. Kataoka S, Langley A, Wong M, Baweja S, Stein B. Responding to Students with PTSD in Schools. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. janv. 2012;21(1):119–x. doi:10.1016/j.chc.2011.08.009 PubMed PMID: 22137816; PubMed Central PMCID: PMC3287974.

16. de Stigter RW–, Nelen W, Delsing M, de Berk A, Kooijmans R, Offerman E, et coll. Implementing a School-Wide Trauma-Informed Education Approach: An Evaluation of Student-Outcomes during the First Year of Implementation. J Child Adolesc Trauma. 23 oct. 2024;18(1):71–85. doi:10.1007/s40653-024-00663-0 PubMed PMID: 40098786; PubMed Central PMCID: PMC11910481.

17. Morton BM, Berardi AA. Trauma-Informed School Programing: Applications for Mental Health Professionals and Educator Partnerships. J Child Adolesc Trauma. 27 juin 2017;11(4):487–93. doi:10.1007/s40653-017-0160-1 PubMed PMID: 32318170; PubMed Central PMCID: PMC7163870.

18. Ashton K, Davies AR, Hughes K, Ford K, Cotter-Roberts A, Bellis MA. Adult support during childhood: a retrospective study of trusted adult relationships, sources of personal adult support and their association with childhood resilience resources. BMC Psychol. 27 juin 2021;9:101. doi:10.1186/s40359-021-00601-x PubMed PMID: 34176519; PubMed Central PMCID: PMC8237477.

19. Koslouski JB, Stark K, Chafouleas SM. Understanding and responding to the effects of trauma in the classroom: A primer for educators. Soc Emot Learn Res Pract Policy. 1 juin 2023;1:100004. doi:10.1016/j.sel.2023.100004

20. Wichmann MLY, Pawils S, Richters J, Metzner F. School-Based Interventions for Child and Adolescent Victims of Interpersonal Violence. Trauma Violence Abuse. juill. 2023;24(3):1743–62. doi:10.1177/15248380221078892 PubMed PMID: 35482522; PubMed Central PMCID: PMC10240654.

21. Stewart-Tufescu A, Struck S, Taillieu T, Salmon S, Fortier J, Brownell M, et coll. Adverse Childhood Experiences and Education Outcomes among Adolescents: Linking Survey and Administrative Data. Int J Environ Res Public Health. 14 sept 2022;19(18):11564. doi:10.3390/ijerph191811564 PubMed PMID: 36141833; PubMed Central PMCID: PMC9517426.

22. Ford JD, Spinazzola J, van der Kolk B. Psychiatric comorbidity of developmental trauma disorder and posttraumatic Stress disorder: findings from the DTD field trial replication (DTDFT-R). Eur J Psychotraumatology. 2021;12(1):1929028. doi:10.1080/20008198.2021.1929028 PubMed PMID: 34249242; PubMed Central PMCID: PMC8245086.

23. Downey C, Crummy A. The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. Eur J Trauma Dissociation. 2022 Feb 1;6(1):100237. doi:10.1016/j.ejtd.2021.100237

24. Alameddine A. Developmental regression associated with PTSD in children: a poorly defined and understudied phenomenon. Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol. 2025;13(1):54–6. doi:10.2478/sjcapp-2025-0006 PubMed PMID: 40486672; PubMed Central PMCID: PMC12145200.

25. Whitten T, Tzoumakis S, Green MJ, Dean K. Global Prevalence of Childhood Exposure to Physical Violence within Domestic and Family Relationships in the General Population: A Systematic Review and Proportional Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. avr. 2024;25(2):1411–30. doi:10.1177/15248380231179133 PubMed PMID: 37300288; PubMed Central PMCID: PMC10913340.

26. Madigan S, Thiemann R, Deneault AA, Fearon RMP, Racine N, Park J, et coll. Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Child Population Samples. JAMA Pediatr. janv. 2025;179(1):19–33. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.4385 PubMed PMID: 39527072; PubMed Central PMCID: PMC11555579.

27. Heidinger L. Profil des Canadiens ayant fait l'objet de victimisation durant l'enfance, 2018 [Internet]. Statistique Canada; 2022 [cité le 1 avr. 2026]. Disponible sur le site : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00016-fra.htm

28. Vaillancourt T, Trinh V, McDougall P, Duku E, Cunningham L, Cunningham C, et coll. Optimizing Population Screening of Bullying in School-Aged Children. J Sch Violence. 29 juin 2010;9(3):233–50. doi:10.1080/15388220.2010.483182

29. Molcho M, Craig W, Due P, Pickett W, Harel-Fisch Y, Overpeck M, et coll. Cross-national time trends in bullying behaviour 1994–2006: findings from Europe and North America. Int J Public Health. 1 sept. 2009;54(2):225–34. doi:10.1007/s00038-009-5414-8

30. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. Psychol Health Med. 6 mars 2017;22(sup1):240–53. doi:10.1080/13548506.2017.1279740

31. Lambe LJ, Farrell AH, Craig W. Identity-Based Bullying Victimization Among Canadian Adolescents: Experiences of Transgender and Gender Diverse Youth. J Interpers Violence. 29 août 2025;08862605251363627. doi:10.1177/08862605251363627

32. Prokopenko E, Hango D. Victimisation par intimidation chez les jeunes de la diversité sexuelle et de genre au Canada [Internet]. Regards sur la société canadienne, Statistique Canada; 2022. Disponible sur le site : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00010-fra.htm

33. Peter T, Campbell CP, Taylor C. Encore dans chaque classe de chaque école: Dernier rapport sur la deuxième enquête nationale portant sur l'homophobie, la biphobie et la transphobie dans les écoles au Canada [Internet]. Egale Canada; 2021. Fichier disponible sur Internet : https://indd.adobe.com/view/publication/e991beb7-e91c-4457-980c-ed530360384c/1/publication-web-resources/pdf/Encore_dans_chaque_classe_de_chaque__cole_-_points_cl_s___retenir.pdf

34. Waterman EA, Edwards KM, Mullet N, Herrington R, Hopfauf S, Trujllo P, et coll. Rates of Recent Adverse Childhood Experiences Among Indigenous Children. J Child Adolesc Trauma. 9 nov. 2023;17(2):295–305. doi:10.1007/s40653-023-00587-1 PubMed PMID: 38938960; PubMed Central PMCID: PMC11199426.

35. DDi Marco A, Grewal R, Colangeli T, Rupert A. A Scoping Review of Autistic Children's Neurological, Cognitive, and Psychological Responses to Trauma. Top Lang Disord. janv. 2025;45(1):60–76. doi:10.1097/TLD.0000000000000350

36. Hwang S, Kim YS, Koh YJ, Leventhal BL. Autism Spectrum Disorder and School Bullying: Who is the Victim? Who is the Perpetrator? J Autism Dev Disord. janv. 2018;48(1):225–38. doi:10.1007/s10803-017-3285-z

37. Stalker K, McArthur K. Child abuse, child protection and disabled children: a review of recent research. Child Abuse Rev. janv. 2012;21(1):24–40. doi:10.1002/car.1154

38. Snow PC. Child maltreatment, mental health and oral language competence: Inviting speech-language pathology to the prevention table. Int J Speech Lang Pathol. janv. 2009;11(2):95–103. doi:10.1080/17549500802415712

39. HHyter YD. Childhood Maltreatment Consequences on Social Pragmatic Communication: A Systematic Review of the Literature. Perspect ASHA Spec Interest Groups. 29 avr. 2021;6(2):262–87. doi:10.1044/2021_PERSP-20-00222

40. Owusu-Bempah A, Jeffers S K. Les jeunes noirs et le système de justice pénale : rapport sommaire sur un processus de mobilisation au Canada [Internet]. Gouvernement du Canada; 2022. Fichier disponible sur Internet : https://publications.gc.ca/collections/collection_2022/jus/J22-41-2022-fra.pdf

41. Carter H. Trauma-informed or trauma-inducing? School behaviour policies and their impact on vulnerable pupils. Emot Behav Difficulties. 7 déc. 2025;0(0):1–13. doi:10.1080/13632752.2025.2598504

42. Morton BM. The grip of trauma: How trauma disrupts the academic aspirations of foster youth. Child Abuse Negl. janv. 2018;75:73–81. doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.021 PubMed PMID: 28478934.

43. Zhang D, Gao N, Liu X, Wang Y. Childhood emotional trauma and social avoidance and distress in adolescents: psychological resilience as mediator and left-behind experience as moderator. Front Psychol. 14 juill. 2025;16:1578809. doi:10.3389/fpsyg.2025.1578809 PubMed PMID: 40727060; PubMed Central PMCID: PMC12301316.

44. Darnell D, Flaster A, Hendricks K, Kerbrat A, Comtois KA. Adolescent Clinical Populations and Associations between Trauma and Behavioral and Emotional Problems. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. mars 2019;11(3):266–73. doi:10.1037/tra0000371 PubMed PMID: 29723033; PubMed Central PMCID: PMC6215522.

45. Wang B, Zhang J, Cao C, Xu L, Gao M, Zhang Q, et coll. The Relationship between Childhood Trauma and Depression in Early Adulthood: The Roles of Resilience and Personality Type. Actas Esp Psiquiatr. 5 mars 2025;53(2):292–303. doi:10.62641/aep.v53i2.1690 PubMed PMID: 40071375; PubMed Central PMCID: PMC11898257.

46. Davis JP, Pedersen ER, Tucker J, Dunbar M, Rodriguez A, Seelam R, et coll. Childhood adversity and developmental trajectories of alcohol and cannabis co-use. Child Abuse Negl. juill. 2023;141:106238. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106238 PubMed PMID: 37172531; PubMed Central PMCID: PMC10304305.

47. Rogers CJ, Forster M, Sussman S, Steinberg J, Barrington-Trimis JL, Grigsby TJ, et coll. The Impact of Childhood Trauma on Problematic Alcohol and Drug Use Trajectories and the Moderating Role of Social Support. Int J Environ Res Public Health. 6 fév. 2023;20(4):2829. doi:10.3390/ijerph20042829 PubMed PMID: 36833526; PubMed Central PMCID: PMC9957226.

48. Maynard BR, Farina A, Dell NA, Kelly MS. Effects of trauma-informed approaches in schools: A systematic review. Campbell Syst Rev. 17 juill. 2019;15(1–2):e1018. doi:10.1002/cl2.1018 PubMed PMID: 37131480; PubMed Central PMCID: PMC8356508.

© Créé 10/2026