

Référence : Langevin, R., Gagné, M.-E., & Collin-Vézina, D. (2023). Processus d'adaptation et d'implantation d'une approche sensible au trauma au sein d'un petit organisme communautaire en milieu urbain desservant de jeunes familles vulnérables. *Travail Social*, 69 (1), 109-128.

Processus d'adaptation et d'implantation d'une approche sensible au trauma au sein d'un organisme communautaire en milieu urbain desservant de jeunes familles vulnérables

Résumé

Objectifs. La présente étude s'inscrit dans une démarche de transfert des connaissances intégré avec un organisme communautaire offrant divers services aux mères de moins de 25 ans et à leurs jeunes enfants. L'objectif global était d'améliorer l'engagement des jeunes mères envers les services. Après une consultation ayant mis en lumière que plusieurs facteurs entravant la participation des jeunes mères pouvaient être compris à travers le prisme du trauma complexe, le présent article documente : 1) l'adaptation des principes des approches sensibles aux traumatismes (AST) pour répondre aux besoins particuliers de l'organisme et 2) les premières étapes du processus d'implantation/d'évaluation.

Résultats. Pour l'objectif 1, une journée de réflexion avec les employés et des activités connexes ont permis d'identifier différentes stratégies à maintenir, cesser ou mettre en place afin d'accroître la sensibilité aux traumatismes de l'organisme. Pour l'objectif 2, une autoévaluation organisationnelle à l'aide d'un questionnaire a montré, malgré le petit échantillon, une amélioration de la tendance à être flexible et à prioriser le sentiment de sécurité et l'alliance chez des employés après la distribution des capsules éducatives sur les AST (T2). Aucun autre résultat significatif n'a été identifié. **Discussion.** Les résultats sont encourageants et indiquent que l'adaptation et l'implantation d'une AST en contexte communautaire sont faisables et peuvent améliorer la sensibilité aux traumatismes des employés. D'autres études à grande échelle sont nécessaires afin d'approfondir notre compréhension de ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances. Les leçons tirées de la présente étude aideront d'autres partenaires souhaitant implanter une AST en contexte communautaire.

Mots-clés. Approches sensibles aux traumatismes, services communautaires, familles vulnérables, jeunes mères, devis mixte

Abstract

Objectives. This study used an integrated knowledge transfer perspective with a small community organization offering various services to young mothers aged less than 25 years and their young children. The overall objective was to increase mothers' engagement with the services. A consultation highlighted that several barriers to participation for young mothers could be understood through the lens of complex trauma. Thus, this article documents: 1) the adaptation of trauma-informed care (TIC) principles in line with the specific needs of the partner organization, and 2) the first steps of the implementation/evaluation process. **Results.** For objective 1, a reflection day and related activities involving the employees helped identify strategies to continue, cease, or create to enhance the organization's sensitivity to trauma. For objective 2, an organizational self-evaluation with a questionnaire documented, despite a small sample size, an increase in employee's flexibility and tendency to prioritize safety and positive relationships after video capsules on TIC were distributed (T2). No other significant effects were found. **Discussion.** Results are encouraging in that they show that adapting and implementing TIC is feasible in community organizations and can lead to positive changes in employees' sensitivity to trauma. More larger scale studies are needed to better understand what works, for whom, and in what circumstances when it comes to TIC implementation. Lessons learned throughout this project will help other partners who wish to implement a TIC approach in a community organization serving vulnerable young families.

Keywords. Trauma-informed care, community services, vulnerable families, young mothers, mixed methods

Introduction

Contexte du partenariat

Les organismes communautaires peuvent être d'importants vecteurs de résilience pour les familles vivant dans l'adversité (Berkes & Ross, 2013). Ils offrent souvent un large éventail de services et peuvent permettre un accès privilégié à des usagers qui ne se sentent pas à l'aise dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (Damian et al., 2018). C'est dans le but d'optimiser le rayonnement des services offerts par notre organisme partenaire que ce projet de recherche collaborative a vu le jour. Cet organisme communautaire en milieu urbain défavorisé offre une variété de services médicaux et psychosociaux aux jeunes mères de moins de 25 ans et à leurs enfants d'âge préscolaire (≤ 5 ans) (ex., garderie, centre de jour, aide alimentaire, programme de retour aux études, soutien à domicile, pédiatrie sociale, ateliers parents-enfants). Sa mission est d'aider et d'accompagner les jeunes mères ainsi que leurs enfants dans leur quête vers une vie équilibrée et autonome. Situé dans une couronne de Montréal (QC), l'organisme compte une vingtaine d'employés et dessert environ 200 familles défavorisées par années. En 2019, l'organisme constatait une baisse d'engagement des jeunes mères dans ses services et a voulu se pencher sur cet enjeu de plus près, d'où la naissance de ce partenariat. Par exemple, après une augmentation de 22% des mères ayant bénéficié des services entre 2014-2015 et 2015-2016, une baisse d'environ 16% a été observée en 2017-2018. Le nombre de mères participantes est resté stable l'année suivante, malgré une augmentation dans l'offre de services (ex., démarrage du centre de pédiatrie sociale).

Une première consultation auprès de mères usagères des services et d'intervenants de l'organisme a été effectuée à l'aide de groupes de discussion (BLIND, 2020). Cet exercice, qui avait pour objectif de comprendre les facteurs pouvant nuire à l'engagement des mères dans les services de l'organisme de manière inductive, a permis à l'équipe de recherche d'identifier que plusieurs obstacles soulevés (ex., difficultés à s'organiser, problèmes de santé physique et mentale, difficultés relationnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme) pouvaient être compris à travers le prisme du trauma complexe. En effet, cette population de jeunes mères – dont la plupart présentent un historique de traumatismes interpersonnels multiples – a rapporté des défis qui cadrent avec les impacts bien documentés des traumatismes complexes sur le développement et le fonctionnement psychosocial. Leurs observations étaient généralement en cohérence avec celles des intervenants, qui ont pour leur part également soulevé les défis que représente le travail auprès de cette clientèle. En effet, trouver le juste équilibre entre les différents objectifs poursuivis et la pluralité des besoins est apparu comme un défi de taille. Ainsi, les difficultés semblant découler des traumatismes complexes vécus par les mères pourraient représenter des barrières importantes à leur engagement et leur participation dans les services. Ces constats ont mis en lumière un besoin de formation en ce qui concerne l'impact des traumatismes complexes et l'intervention auprès de cette clientèle.

Les jeunes mères et les expériences traumatiques

Les mères adolescentes ou les très jeunes mères adultes vivent souvent dans des contextes d'adversité et de précarité et présentent plusieurs difficultés en matière de santé mentale (Hodgkinson et al., 2014, King & Van Wert, 2017). Elles rapportent également des taux élevés d'expériences traumatiques (ex. Martinez et al., 2017). Par exemple, une étude rapportait que les mères adolescentes avaient vécu en moyenne cinq événements traumatiques, dont de la violence interpersonnelle et de la maltraitance durant l'enfance (Leplatte et al., 2012). Ces expériences traumatiques, surtout lorsqu'elles sont cumulatives (polyvictimisation), sont associées à un large spectre de conséquences pouvant être compris à travers le

prisme du *Developmental Trauma Disorder* (DTD) (Ford, 2017). Le DTD est un cadre conceptuel intégratif formulé originalement sur la base du *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS; van Der Kolk et al., 2005), mais adapté pour intégrer les résultats d'études récentes sur les traumatismes complexes, soit ceux de nature interpersonnelle et répétée survenant à des périodes développementales clés comme l'enfance et l'adolescence (Ford, 2017; Milot et al., 2019). Ainsi, le DTD inclut des symptômes touchant plusieurs sphères du fonctionnement, dont des difficultés de régulation physiologique et affective, de régulation de l'attention, des cognitions et des comportements et de régulation des relations sociales (Ford, 2017; Milot et al., 2019). Ces difficultés peuvent persister à l'âge adulte et affecter les capacités parentales des jeunes mères et l'environnement dans lequel elles élèvent leurs enfants (p. ex., Banyard et al., 2003; Langevin, Hébert, Bernier, et al., 2022; Marshall et al., 2022; Muzik et al., 2017), ce qui, en retour, peut mener à une transmission intergénérationnelle des traumatismes et des problèmes de santé mentale chez les enfants (Langevin, Gagné et al., 2022; Langevin, Hébert, & Kern, 2021).

Bien que les expériences traumatiques soient fréquentes chez les usagers des services en milieu communautaire, étant donné les conditions d'adversité dans lesquelles plusieurs évoluent (Oral et al., 2016), ces organismes ne sont pas toujours outillés pour répondre aux besoins des personnes qui ont subi des traumatismes (Damian et al., 2018; Miller et al., 2017). Tel qu'observé auprès de notre organisme partenaire, ce manque peut constituer un obstacle à la participation des usagers, limitant ainsi le rayonnement des organismes au sein de leur communauté. La prise de conscience des impacts importants que peuvent avoir les traumatismes et l'intégration de ces connaissances dans les procédures, politiques et pratiques organisationnelles – la caractéristique fondamentale des approches sensibles aux traumatismes (AST) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA, 2014) – nous est donc apparue comme une avenue prometteuse. C'est ainsi que nous en sommes venus à une décision commune de l'équipe de recherche et de l'organisme d'adapter et d'implanter une approche sensible aux traumatismes (AST) au sein de l'organisme dans l'espoir de favoriser la sensibilité aux impacts des traumatismes chez tous les acteurs de l'organisme et, ultimement, un meilleur engagement des mères envers les services pour maximiser les bénéfices qu'elles en retirent.

L'approche sensible aux traumatismes

Une approche de soins répondant aux besoins multiples des jeunes mères et sensible à leur historique traumatique pourrait avoir des retombées positives sur elles et leurs enfants. L'AST est une approche de soins flexible pouvant être adaptée aux différentes réalités des milieux les mettant en œuvre. Elles impliquent de résister activement à la retraumatisation et de réduire les risques de trauma vicariant pour les employés. SAMHSA (2014) propose six principes clés des AST devant se refléter à tous les niveaux organisationnels et qui ont été considérés dans la présente étude, soit l'importance de: 1) la sécurité (physique et psychologique), 2) la fiabilité et la transparence, 3) le soutien par les pairs, 4) la collaboration et la mutualité, 5) l'*empowerment*, la prise de parole et les choix et 6) la considération des enjeux culturels, historiques et genrés. Plusieurs études montrent des impacts positifs des AST sur les croyances, attitude, connaissances et pratiques des intervenants travaillant avec des jeunes, de même que sur leur bien-être au travail (voir Gagné et al. dans ce numéro pour une recension systématique). Les AST sont aussi associés à une hausse de l'engagement des usagers envers les services d'organismes desservant diverses populations comme les adultes émergents sans domicile fixe (Vitopoulos et al., 2017) ou les adolescentes vivant en contexte d'adversité (Suarez et al., 2014). Pour ce qui est des jeunes mères survivantes de trauma plus spécifiquement, une étude a montré que la mise en œuvre d'une AST en contexte de services de soins prénataux avait eu un impact positif sur les taux de participation aux rendez-

vous de suivi des mères adolescentes. Également, l'AST a été associée à des impacts positifs sur l'état de santé de leurs enfants à la naissance (Ashby et al., 2019).

Cadre et objectif de la présente étude

Pour maximiser l'impact de l'implantation d'une AST, les études antérieures montrent que l'adoption d'une approche collaborative impliquant activement les employés, les membres de la direction et les usagers des services est cruciale (Bryson et al., 2017). Ainsi, une approche d'application des connaissances intégrées (ACI) (Canadian Institutes of Health Research, 2012) a été sélectionnée pour la présente étude. L'ACI implique la participation des utilisateurs des connaissances au processus de recherche du début à la fin. Dans le contexte de notre projet, des membres de la direction de l'organisme ont contribué à titre de co-chercheuses à la préparation de la demande fonds, donc à la conceptualisation de l'étude. Une fois le financement obtenu, un comité de partenariat a été formé et incluait deux chercheuses universitaires, deux intervenantes, et deux membres de la direction de l'organisme. Ce comité se rencontrait tous les mois pour prendre les décisions relatives aux différentes étapes du projet d'adaptation et d'implantation de l'approche. Il était chargé de réviser le matériel et les rapports produits par les chercheuses, et de faire le pont entre le personnel de l'organisme et les chercheuses.

Également, cette recherche s'inspire des étapes du modèle de recherche interventionnelle suggérées par Fraser & Galinsky (2010) (voir la référence originale pour plus de détails) : 1) définir la problématique et l'approche théorique, 2) concevoir le matériel/les mesures du programme, 3) affiner le modèle par des études d'efficacité à petite échelle, 4) évaluer l'efficacité dans d'autres contextes, 5) disséminer les résultats. La première étape a été réalisée lors des consultations décrites plus haut effectuées en début de collaboration avec l'organisme. Les deux étapes suivantes (2 et 3) de la recherche interventionnelle font l'objet des objectifs 1 et 2 du présent article.

L'objectif global poursuivi dans la présente étude, déterminé par l'organisme partenaire en collaboration avec l'équipe de recherche, était d'améliorer l'engagement des jeunes mères envers les services. L'étape 1 de Fraser et Galinsky nous a permis d'identifier que les difficultés possiblement liées aux traumatismes complexes vécus par les mères étaient des obstacles importants à leur participation à l'organisme et nous a orientées vers la pertinence des AST pour atténuer ces barrières à l'engagement. Ainsi, le présent article documente spécifiquement : 1) l'adaptation des principes clés des AST afin de pouvoir répondre aux besoins particuliers de cet organisme (Étape 2 de Fraser et Galinsky); et 2) les premières étapes du processus d'implantation (application) et de son évaluation en termes de changements rapportés dans les connaissances, attitudes et pratiques des intervenants exposés aux efforts d'implantation (Étape 3 de Fraser et Galinsky). En raison de la démarche d'ACI adoptée pour ce projet de recherche, les premiers bénéficiaires en sont les membres du personnel et les usagers des services (mères, enfants) de notre organisme partenaire. Cet article contribue toutefois à la littérature scientifique en offrant des données additionnelles quant aux effets de l'adaptation et de l'implantation d'une AST en milieu communautaire urbain desservant de jeunes familles vulnérables. En ce qui concerne sa pertinence sociale, il offrira des pistes de réflexion et des recommandations pratiques pour les milieux et les chercheurs voulant s'impliquer dans un tel processus. En démontrant la faisabilité d'implanter une AST dans un milieu communautaire de petite taille et les impacts positifs d'une telle implantation, nous pourrions encourager d'autres milieux de pratique à emboîter le pas et ainsi contribuer à l'avènement d'une société qui répond mieux aux besoins des personnes ayant vécu des traumatismes complexes.

Méthode

Participants et procédures

Afin d'adapter et d'implanter une AST, le comité de partenariat a déterminé que les étapes préliminaires suivantes étaient souhaitables : 1) créer et diffuser des capsules vidéo éducatives abordant différents aspects clés des AST pour sensibiliser les employés (Étape 2 de Fraser et Galinsky); 2) organiser un atelier de réflexion d'une journée avec les employés pour stimuler leur réflexion face aux services offerts dans une perspective d'AST ($n = 22$) (Étape 2 de Fraser et Galinsky); 3) faire une autoévaluation de l'adhésion aux principes des AST chez les employés à l'aide d'un questionnaire et suivre l'évolution des réponses au questionnaire sur une période d'un an à raison de quatre temps de mesures stratégiquement placés après chaque activité d'adaptation/implantation ($N = 18$; 11 à 15 par temps de mesure) (Étape 3 de Fraser et Galinsky); 4) obtenir la perspective des usagères sur les stratégies suggérées lors de l'atelier de réflexion (Étape 3 de Fraser et Galinsky). Les différentes activités de recherche, présentées dans la Figure 1, ont été approuvées par le Comité d'éthique à la recherche de l'Université BLIND. Il est à noter que l'étape 4 (obtenir la perspective des mères) est en cours de réalisation et ne sera pas présentée dans le présent article.

Mesures

Atelier de réflexion

L'atelier de réflexion a eu lieu dans les locaux de l'organisme. La journée a été divisée en quatre parties : phase d'entrée dans les services, phase d'utilisation des services, transition hors des services, aspects organisationnels. Pour chacune de ces parties, les principes clés des AST (sécurité, fiabilité/transparence, collaboration/mutualité, empowerment/prise de parole/ choix, enjeux culturels/historiques/genrés, soutien par les pairs) ont fait l'objet des questions suivantes : 1) Qu'est-ce que l'organisme fait déjà (Conserver) pour répondre à ce principe? 2) Qu'est-ce qui pourrait compromettre le bien-être des personnes ayant subi des traumatismes (Cesser)? 3) Qu'est-ce que l'organisme pourrait adopter dans le futur (Créer) pour mieux répondre à ce principe? Les employés étaient divisés en quatre tables; les employés d'un même service étaient regroupés à une même table. Des échanges en grand groupe avaient lieu régulièrement durant la journée. Des traces écrites ont été conservées grâce aux membres du comité de partenariat répartis sur les quatre tables qui avaient pour responsabilité de noter les réflexions des sous-groupes. Les participants ont également été appelés à rédiger une réflexion personnelle à la fin de la journée. Tout ce matériel a été ramassé par les chercheuses et combiné en un seul document électronique.

Auto-évaluation

Afin de réaliser l'auto-évaluation, le *Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale* (Baker et al., 2016) a été rempli par les employés de l'organisme. Ce questionnaire validé contient 45 énoncés qui visent à évaluer les attitudes de professionnels et paraprofessionnelles vis-à-vis des principes des AST. Le répondant se voit présenter deux énoncés représentant les deux extrémités d'un continuum. Il doit ensuite indiquer lequel des énoncés représente le plus fidèlement sa perspective sur une échelle Likert de 1 à 7 (ex., « Les clients ont été élevés d'une certaine façon, et il n'y a rien que je puisse y faire » vs. « Les clients ont été élevés d'une certaine façon, et ils ne savent donc pas encore comment faire ce que je leur demande »). Certains énoncés sont ensuite recodés pour qu'un score élevé représente toujours une plus forte adhésion aux principes des AST. Enfin, une moyenne globale (score total) et sur les énoncés spécifiques aux sept sous-échelles (scores qui varient entre 1 et 7) est calculée. Les sous-échelles (5-7 énoncés/échelle) sont les suivantes : 1) causes sous-jacentes (c.-à-d., propension à attribuer les comportements problématiques et symptômes à des facteurs externes et malléables plutôt qu'internes et

fixes); 2) réponse (c.-à-d., la tendance, face à des comportements problématiques ou des symptômes, à insister sur les règles, les conséquences possibles et l'élimination des comportements plutôt que sur la flexibilité, le sentiment de sécurité et l'alliance); 3) comportements au travail (c.-à-d., comportements axés sur le contrôle plutôt que sur l'empathie); 4) auto-efficacité (c.-à-d., sentiment d'être capable ou non de répondre aux demandes du travail auprès de populations traumatisées); 5) réactions (c.-à-d., démontre une minimisation des effets du trauma vicariant et une tendance à les ignorer plutôt qu'une reconnaissance de celui-ci et une tendance à chercher de l'aide); 6) appui personnel à l'approche (c.-à-d., exprime des préoccupations vis-à-vis de l'AST plutôt que d'en soutenir l'implantation); et 7) appui organisationnel à l'approche (c.-à-d., sentiment d'être soutenu ou non par les collègues, les superviseurs et l'administration dans le processus d'implantation).

Résultats

Capsules vidéo éducatives

En préparation pour la journée de réflexion avec les employés, quatre capsules éducatives sur les AST ont été développées et diffusées aux employés entre mai et septembre 2021. Chacune d'entre elles était d'une durée de 15 à 20 minutes et accompagnée d'un résumé infographique. Les thématiques abordées, déterminées par le comité de partenariat, étaient les suivantes : a) qu'est-ce que le trauma complexe? ; b) principes clés des AST; c) stratégies d'implantation des AST; et d) fatigue de compassion et trauma vicariant. Les employés ont été informés qu'ils devaient avoir pris connaissance de toutes ces capsules avant leur participation à la journée de réflexion. La journée de réflexion a eu lieu en septembre 2021.

Atelier de réflexion

Pour connaître les résultats détaillés des discussions, veuillez consulter le Tableau 1. Certains éléments, notamment ceux plus directement en lien avec les interventions auprès des usagères de service, sont soulignés dans les sections suivantes.

Sécurité, fiabilité, transparence. Les employés présents ont mentionné l'importance de *conserver* plusieurs pratiques comme s'assurer d'obtenir un consentement éclairé et en continu pour différents aspects comme la prise de photos et l'échange d'information entre les services. L'importance de *continuer* d'être sensibles aux causes sous-jacentes des comportements problématiques – mais aussi parfois de *cesser* d'ignorer les besoins sous-jacents aux comportements problématiques – et de revenir de manière transparente sur les interventions moins réussies a également été soulevée. *Continuer* d'accompagner les mères et les enfants lors du moment charnière de la transition hors des services de l'organisme a aussi été mentionné. Les employés ont mentionné qu'il serait pertinent de *cesser* d'avoir des règles différentes entre les différents services de l'organisme et de faire les inscriptions à l'accueil où la confidentialité n'est pas préservée. En ce qui concerne l'adoption de nouvelles pratiques (*créer*), les employés ont parlé d'avoir un intervenant dédié à l'inscription des nouvelles usagères, et de prendre en considération le lien privilégié que les mères ou les enfants peuvent avoir créé avec certains intervenants.

Collaboration/ mutualité, empowerment/ prise de parole et choix. Plusieurs pratiques à *conserver* ont été mises en lumière lors des échanges, notamment de continuer d'impliquer les mères dans les décisions au sujet de leur trajectoire de service, d'avoir un Comité des mères et de favoriser le partage d'expérience entre les mères. *Continuer* d'adopter une posture d'accompagnement dans l'intervention et non d'expert a été soulevé. Par ailleurs, le fait de *cesser* de faire les choses pour les mères plutôt qu'avec elles afin de

favoriser leur autonomie a été discuté. Les employés ont recommandé de *cesser* de se centrer uniquement sur les mères qui participent pour se tourner également vers celles qui ne viennent pas aux activités. Ils ont souligné l'importance de *cesser* d'effectuer rapidement la transition à l'extérieur des services par manque de temps. Enfin, ils ont proposé plusieurs pratiques à mettre en place (*créer*) comme de bonifier la présence de bénévoles, d'éduquer les mères sur les pratiques éducatives éprouvées, d'établir un plan de transition hors des services pour les mères, de bâtir la programmation annuelle avec les mères et d'améliorer la communication avec les celles-ci.

Enjeux culturels, historiques et genrés. Les intervenants ont semblé prendre conscience de plusieurs aspects du fonctionnement de l'organisme pouvant limiter le sentiment d'inclusion de certaines mères issues de la diversité. Ils ont noté l'importance de *cesser* de porter des jugements rapides et de plus systématiquement recadrer les propos non inclusifs de certains collègues ou mères usagères. Des stratégies très concrètes à mettre en place (*créer*) ont été suggérées comme la révision du langage dans les formulaires utilisés (p. ex., consentement) et du logo pour s'adresser à toutes personnes s'identifiant comme mères, même celles issues de la diversité sexuelle et de genre. Également, offrir davantage de formation aux employés, porter attention aux biais culturels et consulter les mères issues de la diversité est apparu comme pertinent lors des échanges. L'importance de *continuer* d'embaucher des employés issus de la diversité pour favoriser la compétence culturelle et le sentiment d'inclusion a été soulevée. Enfin, le *maintien* de l'adaptation des services et des accommodements aux différentes réalités culturelles et religieuses (ex., lors des repas organisés avec les mères) a été suggéré.

Soutien par les pairs. Des stratégies ont été suggérées pour les mères, les enfants et les employés comme *créer* un système de mentorat par le pairage d'une mère habituée de l'organisme avec une nouvelle mère. Le *maintien* et la *bonification* de l'utilisation de témoignages de mères à différents moments de la trajectoire de service ont été soulevés. Pour terminer, *continuer* de mobiliser les enfants fréquentant déjà la garderie pour faciliter l'intégration de nouveaux enfants a été mis de l'avant.

Après la journée de réflexion, un rapport résumant les résultats des discussions a été préparé par les chercheuses et partagé avec tous les employés. Une présentation en personne a également été réalisée pour discuter de ces résultats avec les employés (environ une dizaine a pu se libérer pour y assister) et afin d'obtenir leur rétroaction. Ceux-ci ont unanimement rapporté que les éléments exposés représentaient bien le contenu de leurs échanges lors de la journée de réflexion.

Auto-évaluation organisationnelle

Comme présenté dans la figure 1, l'ARTIC a été rempli à quatre moments stratégiques du projet sur une période d'un an : 1) en début de projet, 2) après la diffusion des capsules vidéo, 3) après l'atelier de réflexion, et 4) après la présentation des résultats de l'atelier de réflexion. Les moyennes et écarts-types pour les différentes sous-échelles du ARTIC à chacun des temps de mesure sont présentés dans le Tableau 2. Les scores pouvant varier de 1 à 7, des moyennes principalement dans les 5 ou 6 tendent à indiquer une adhésion plutôt forte aux principes des AST chez les employés de l'organisme, et ce, dès le début du partenariat.

Huit employés ont rempli le ARTIC à tous les temps de mesure. Des analyses de variance mesures répétées non paramétriques (ANOVA de Friedman) ont été effectuées avec les scores de ces employés afin d'examiner leur évolution sur les différentes sous-échelles du ARTIC (Tableau 3). Les résultats n'indiquent aucun changement dans les scores sur l'échelle évaluant la propension à considérer les facteurs étiologiques externes et malléables plutôt qu'internes et fixes lorsque confrontés à des

comportements problématiques ou des symptômes chez les usagères. Les analyses post-hoc de Wilcoxon indiquent également que les scores au T1 ne diffèrent pas significativement des scores aux autres temps de mesure.

En ce qui concerne les scores de réponses aux comportements problématiques et aux symptômes, les résultats indiquent une amélioration globale non significative, mais marginale ($p < .10$). Par ailleurs, l'examen des analyses post-hoc montre une différence significative entre les scores du T1 ($Mdn = 5,93$) et ceux du T2 ($Mdn = 6,21$) ($T = 42,50$, $z = -2,41$, $p = 0,016$), mais pas de différence entre le T1 et les T3 et T4.

Aucun changement significatif tant globalement qu'au niveau des analyses post-hoc n'a été rapporté dans la propension à utiliser des stratégies basées sur l'empathie plutôt que le contrôle (comportement au travail), dans le sentiment d'auto-efficacité en ce qui concerne la capacité à répondre aux besoins de clientèles traumatisées et dans la propension à reconnaître les risques de trauma vicariant et à y répondre à cherchant du soutien (réactions).

Une majorité de participants ont indiqué *non applicable* à plusieurs énoncés des sous-échelles d'appui personnel et organisationnel à l'approche au T1 et au T2 puisqu'ils ne se sentaient pas suffisamment familiers avec l'approche pour répondre aux questions. Nous avons donc analysé l'évolution entre le T3 et le T4 seulement pour ces sous-échelles. Les résultats indiquent une absence de changement entre le T3 et le T4.

Un score total partiel a été calculé avec cinq des sept sous-échelles du ARTIC pour lesquelles des données presque complètes étaient disponibles entre le T1 et le T4, donc excluant les deux sous-échelles d'appui à l'approche. Globalement, aucun changement significatif n'est rapporté sur ce score. Toutefois, l'examen des analyses post-hoc indique une différence marginalement significative entre les scores au T1 ($Mdn = 5,34$) et ceux au T3 ($Mdn = 6,14$) ($T = 36,50$, $z = -1,66$, $p = 0,096$).

Discussion

Cet article avait pour objectif de rendre compte des activités de recherche visant à adapter et à entamer l'implantation d'une AST dans un organisme communautaire en milieu urbain offrant des services aux jeunes mères de moins de 25 ans et à leurs enfants d'âge préscolaire. Pour l'objectif 1, la distribution de capsules d'informations a permis de familiariser les employés de l'organisme aux AST. Puis, une journée de réflexion avec les employés et membres de la direction de l'organisme et des activités connexes ont permis de générer différentes stratégies à maintenir (p. ex., consentement en continu, favoriser le soutien par les pairs, position d'accompagnement dans l'intervention), cesser (p. ex., règles différentes entre les services, formulaires et logo genrés, se centrer uniquement sur les usagères qui viennent) ou mettre en place (p. ex., intégrer les usagères à la planification annuelle, recadrer systématiquement les propos non inclusifs) à l'organisme afin d'accroître sa sensibilité au vécu traumatique de ses membres (usagères, employés, etc.). Pour l'objectif 2, une autoévaluation organisationnelle en quatre temps de mesure sur un an a permis de documenter objectivement certains progrès dans les attitudes des employés de l'organisme vis-à-vis des principes des AST.

Barrières et facilitateurs à l'adaptation et l'implantation d'une AST dans un organisme communautaire de petite taille

L'intérêt suscité chez les membres de l'organisme partenaire pour les capsules éducatives de même que la participation de la plupart des employés à la journée de réflexion appuie la pertinence et la faisabilité

de l'implantation d'une AST dans un organisme communautaire de petite taille. La journée de réflexion a mis en lumière la créativité des employés et leur volonté de réfléchir à leurs pratiques en vue de les bonifier et de mieux répondre aux besoins des usagères dans une perspective sensible aux traumatismes. Plusieurs éléments facilitateurs ont contribué à la faisabilité de ce projet et conviennent d'être soulevés. Premièrement, faire de ces efforts d'adaptation et d'implantation un travail d'équipe entre les chercheurs et l'organisme, avoir une communication régulière avec l'organisme et s'assurer du soutien continu de la direction et des employés a été grandement aidant. L'importance d'offrir du soutien continu a été soulevée dans des études antérieures comme étant un élément clé pouvant affecter la portée d'un projet d'implantation d'AST (voir Gagné et al. dans ce numéro thématique pour une recension systématique). Notamment, des praticiens ont partagé que le manque de soutien organisationnel restreignait leur capacité à mettre en œuvre des pratiques en lien avec une AST (ex. Baker et al., 2018; Miller et al., 2017). Deuxièmement, la mise sur pied d'un comité de partenariat relativement stable incluant des employés et membres de la direction grandement motivés et adhérant à l'idée qu'une AST peut être grandement bénéfique pour eux et la clientèle qu'ils desservent est un important facilitateur. Il a notamment été noté dans une étude que les praticiens travaillant auprès d'agences ayant mis en place un comité de consultation tout au long de l'implantation démontraient une plus grande adhésion aux principes de l'AST à la fin de la mise en œuvre que ceux des agences n'ayant pas adopté cette approche (Brown et al., 2012). Troisièmement, certaines caractéristiques de l'organisme comme tel se sont aussi avérées aidantes. Tel qu'observé lors de l'atelier de réflexion, notamment au sujet des stratégies à conserver, notre partenaire adhérait déjà en grande partie aux principes clés des AST et était déjà quelque peu familier et sensible aux notions de trauma, de trauma complexe et de trauma vicariant. Ainsi, l'implantation d'une AST ne représentait pas un changement de culture majeur et ne nécessitait parfois que des ajustements mineurs dans leurs pratiques (p. ex., renforcer l'approche de soutien par les pairs et l'implication des mères dans les décisions de l'organisme). Enfin, les organismes communautaires, surtout ceux de petite taille, ont une grande flexibilité et agilité en ce sens que des changements peuvent être mis en place rapidement sans lourdeur administrative. Les décisions peuvent être prises rapidement et des changements mis en place du jour au lendemain. Ces caractéristiques contrastent grandement avec celles des grands établissements comme ceux du réseau de la santé et des services sociaux (ex., hôpitaux, CLSC) où la lourdeur administrative peut entraver l'innovation dans les changements d'approches à privilégier. Le travail auprès d'un organisme communautaire n'est toutefois pas sans défi, surtout en contexte pandémique. Les employés du domaine de la santé et des services sociaux sont souvent surchargés, la demande dépassant grandement la capacité à fournir, et notre partenaire n'y fait pas exception. Les petits organismes opèrent avec des budgets très serrés et profitent généralement de peu de personnel de soutien pouvant prendre en charge des tâches administratives afin de libérer les intervenants pour leur travail direct avec la clientèle desservie. La charge de travail administrative élevée et ayant peu d'incidence sur la réponse aux besoins des usagers a été soulevée par d'autres auparavant comme étant une barrière à la mise en œuvre d'AST, étant donné le temps et l'énergie alloués à ces tâches qui entraînent nécessairement une moins grande allocation de temps à la mise en œuvre d'AST (p. ex., Ezell, 2019; MacLochlainn et al., 2021). Cette réalité, se reflétant dans plusieurs pistes de réflexion soulevées lors de la journée de réflexion (p. ex., augmenter la présence de bénévoles), s'accompagne d'une difficulté à mobiliser les membres du comité de partenariat en dehors des rencontres prévues même lorsque ce travail peut entrer dans leurs heures rémunérées selon l'entente avec la direction. Dans un même ordre d'idée, il était parfois difficile de s'assurer de la participation aux activités de recherche des employés de l'organisme et plusieurs rappels étaient nécessaires (p. ex., présentation des résultats de la journée de réflexion, autoévaluation organisationnelle). Le roulement de personnel,

qui a suscité plusieurs discussions et idées de stratégies à mettre en place lors de la journée de réflexion (p. ex., mentorat entre anciens et nouveaux employés), a également représenté un défi dans notre collaboration, ralentissant les progrès et menant à une attrition entre les différents temps de mesure pour l'autoévaluation organisationnelle. Des défis en lien avec la clientèle desservie sont également à mentionner (jeunes mères présentant plusieurs défis psychosociaux) et ont fait l'objet de recommandations et de discussion lors des échanges à la journée de réflexion. Notamment, cette clientèle peut être difficile à mobiliser afin de participer aux décisions administratives de l'organisme ou aux activités de soutien par les pairs cohérentes avec les AST. Enfin, l'agilité et la flexibilité de l'organisme, bien qu'elles soient des facilitateurs à certains égards, représentent également un défi pour l'équipe de recherche. La rigueur en recherche demande souvent du temps pour s'assurer de bien mesurer et contrôler les facteurs confondants, d'avoir des mesures pré et post afin de pouvoir documenter l'évolution, etc. L'agilité des organismes communautaires de petite taille requiert donc une adaptation et une flexibilité des chercheurs afin de trouver un juste équilibre entre les besoins de la recherche et ceux du milieu.

Autoévaluation organisationnelle

Une amélioration de la tendance, face à des comportements problématiques ou des symptômes, à démontrer de la flexibilité et à prioriser le sentiment de sécurité et l'alliance a été observée après la distribution des capsules éducatives (T2). De plus, une amélioration marginalement significative du score global partiel a été observée quelques semaines après la journée de réflexion (T3), mais ne s'est pas maintenue au suivi 1 an. Ces résultats, significatifs malgré un très petit échantillon, sont encourageants et en cohérence avec ceux d'études antérieures démontrant des effets positifs des efforts d'implantation d'une AST dans différents organismes œuvrant auprès de jeunes de 12 à 25 ans (voir Gagné et al. dans ce numéro thématique pour une recension systématique). Gagné et al. ont identifié que sur huit études ayant documenté l'évolution des attitudes et des croyances des intervenants exposés à des efforts d'implantation d'une AST, six ont observé des améliorations significatives. Des cinq études recensées ayant évalué l'évolution des connaissances en lien avec les AST et des cinq ayant évalué l'évolution des pratiques, quatre ont observé des effets positifs pré-post implantation (Gagné et al., ce numéro). À titre d'exemple, Black et al. (2021) ont observé une augmentation des scores sur cinq sous-échelles du ARTIC (causes sous-jacentes, réponses, comportements au travail, auto-efficacité et réactions) chez des intervenants en protection de l'enfance sur une période d'un an. Brown et al. (2012) ont aussi noté une augmentation des connaissances sur les AST, une amélioration des croyances en regard des AST et une augmentation des comportements cohérents avec une AST chez des intervenants pré et post-intervention. À titre de dernier exemple, Lang et al. (2016) ont observé une augmentation de la compréhension des concepts clés des AST et une amélioration dans la capacité à intégrer les concepts des AST chez les employés de divers secteurs de la protection de l'enfance sur une période de 2 ans. En somme, une majorité d'études, tout comme la nôtre, démontrent que l'implantation d'une AST dans différents milieux de pratique auprès des jeunes mène à une amélioration significative des connaissances, pratiques, et attitudes des employés au sujet des AST. Toutefois, tout comme dans d'autres études, des nuances sont présentes et une absence d'amélioration sur plusieurs sous-échelles du ARTIC a été observée (Gagné et al., ce numéro).

Spécifiquement, aucun changement significatif sur un an n'a été rapporté au niveau de la propension à considérer les facteurs étiologiques externes et malléables plutôt qu'internes et fixes et dans la propension à utiliser des stratégies basées sur l'empathie plutôt que le contrôle lorsque confronté à des comportements problématiques ou des symptômes chez les usagers. Également, aucun changement dans le sentiment d'auto-efficacité des employés et dans la propension à reconnaître les risques de trauma

vicariant et à y répondre à cherchant du soutien n'a été documentée. Le petit échantillon pourrait évidemment expliquer cette absence de résultat significatif (manque de puissance statistique). En effet, une augmentation du score moyen est observée entre le T1 et le T4 sur les échelles de causes sous-jacentes (5,68 à 6,02) et de réponses (6,05 à 6,32). Également, l'examen des scores moyens tend à indiquer la présence d'un effet plafond en ce qui concerne les échelles comportements et réactions, celles-ci présentant déjà des scores moyens très élevés (> 6) au premier temps de mesure. Pour ce qui est du sentiment d'auto-efficacité, une première hypothèse est que dans le cadre de ces premières étapes d'implantation, les activités visaient à familiariser les intervenants aux AST et à les faire réfléchir à des manières d'améliorer la sensibilité aux traumatismes de leur organisme. La mise en place de ces stratégies n'avait pas encore été formalisée et les intervenants n'avaient pas été exposés à des formations plus approfondies au sujet des AST, ce qui viendra dans des étapes ultérieures. Une autre hypothèse concerne la pandémie de COVID-19. Notre étude s'est déroulée pendant la pandémie (janvier 2020 – mai 2022), alors que le système de santé du Québec, et, par réverbération, tous les organismes communautaires œuvrant dans le domaine psychosocial et de la santé ont été surchargés après avoir été mis à l'arrêt par les mesures sanitaires. Les employés et membres de la direction de notre organisme partenaire ont à plusieurs reprises exprimé que la demande accrue et la complexification des problèmes psychosociaux présentés par les mères desservies représentaient un grand défi en contexte pandémique. La pandémie a aussi résulté en un roulement de personnel encore jamais vu dans l'organisme et a mené plusieurs employés à l'épuisement professionnel, mettant une pression additionnelle sur la direction et les intervenants restant en poste. Ainsi, il est probable que le contexte de l'étude ait pu limiter les gains dans le sentiment de pouvoir répondre aux besoins des clientèles traumatisées chez les employés de l'organisme, mais aussi sur les autres sous-échelles du ARTIC.

Notre partenaire a maintes fois réitéré son appui à la démarche et sa volonté d'aller de l'avant avec l'implantation d'une AST, mais les scores d'appui personnel et organisationnel à l'approche n'ont pas changé entre les deux derniers temps de mesure de l'étude. Les membres du comité de partenariat nous ont exprimé les défis auxquels ils font face pour l'implantation d'une nouvelle approche en contexte d'arrivée massive de nouveaux intervenants à former. Au début de notre collaboration (2019-2020 – avant la pandémie), l'organisme avait une équipe stable et expérimentée d'intervenants et en était à une réflexion sur la meilleure façon d'encore mieux servir leur clientèle dans une optique de perfectionnement. Au dernier temps de mesure, après 2 ans de pandémie, les priorités de l'organisme étaient toutes autres, soit s'assurer de recruter rapidement de nouveaux employés pour combler les postes laissés vacants, favoriser la rétention du personnel en place en contexte d'épuisement généralisé des travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux, et parvenir à familiariser les nouveaux venus aux activités de base réalisées par l'organisme et à la clientèle desservie. Ce retour à la base était difficilement compatible avec la démarche de perfectionnement originalement développée. Quoiqu'il en soit, nos résultats mitigés ne sont pas sans ressemblance avec ceux d'autres études. Par exemple, Beidas et al. (2016), n'ont pas observé de changement dans les connaissances des employés après l'implantation et ont observé une diminution de l'ouverture face aux AST entre le post-test et le suivi 6 mois. Galvin et al. (2020) ont pour leur part également rapporté un possible effet plafond au niveau des attitudes envers les AST dans leur échantillon d'intervenants; ils ont également observé des nuances en fonction des postes occupés. Enfin, Damian et al. (2019) n'ont pas observé de changement dans le sentiment d'auto-efficacité des employés des services sociaux, de police, de la santé et de l'éducation bien qu'une amélioration des connaissances et attitudes envers les usagers ait été notée. Ainsi, d'autres études sont nécessaires afin d'approfondir notre compréhension de ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances lorsqu'il est question de l'implantation d'une AST.

Limites

Bien qu'elle ait permis de documenter le processus d'adaptation et d'implantation d'une AST dans un organisme communautaire en milieu urbain desservant une population particulière de jeunes mères vulnérables, notre étude à petite échelle a plusieurs limites qu'il convient de mentionner. D'abord, les résultats de notre étude concernent un seul organisme communautaire de petite taille. Ils sont donc difficilement généralisables à d'autres contextes de soins et de services. Les petites tailles d'échantillon sont également une limite dans ce contexte, tout comme l'attrition entre les différents temps de mesure, en grande partie due aux mouvements de personnel au sein de l'organisme (ex., départ en congé maladie, démissions) et à la surcharge de travail. L'absence de groupe de comparaison ne permet pas de comparer l'évolution des scores des employés exposés aux efforts d'implantation à celle d'autres employés qui n'y auraient pas été exposés. Le contexte pandémique nécessite également une contextualisation des résultats, tant pour l'objectif 1 que l'objectif 2. Ceux-ci pourraient ne pas être généralisables à d'autres périodes historiques. Enfin, les résultats présentés ici sont préliminaires puisque les activités d'implantation de l'AST ne sont pas encore terminées et que la collaboration est toujours en cours. Le fait de tenir la journée de réflexion après une formation approfondie sur les AST pour tous les membres de l'organisme plutôt qu'avant aurait possiblement donné lieu en des discussions encore plus riches.

Conclusions et recommandations

Cette étude a permis de décrire nos efforts d'adaptation et d'implantation d'une AST en contexte communautaire après avoir identifié qu'une telle approche pouvait être bénéfique. Les résultats montrent des améliorations du score global partiel du ARTIC et dans la propension des employés de l'organisme à se montrer flexibles et à prioriser le sentiment de sécurité et l'alliance lorsque confrontés à des comportements problématiques ou des symptômes chez les usagers. Les résultats sont toutefois moins concluants en ce qui concerne le sentiment d'auto-efficacité des intervenants quand vient le temps de répondre aux besoins de clientèles hautement traumatisées et dans le soutien personnel et organisationnel aux AST. D'autres études robustes sur le plan méthodologique (ex., incluant des groupes de comparaison et une randomisation, auprès de plusieurs organismes, avec plusieurs temps de mesure sur quelques années) sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs pouvant maximiser l'impact des efforts d'implantation d'une AST dans divers contextes organisationnels et auprès de diverses clientèles. L'impact de ces efforts sur la qualité des soins reçus et sur les usagers des services doit également faire l'objet d'études robustes. Une exploration des retombées des AST sur des facteurs en lien avec la santé et le bien-être des usagers pourrait permettre une compréhension plus approfondie des impacts des AST. Ces questions gagneraient à être étudiées à travers des études à devis mixte, permettant ainsi une analyse plus complète étant donné l'inclusion de mesures objectives et subjectives de l'expérience des usagers avec les AST. Notre expérience démontre l'importance de développer une collaboration solide entre l'équipe de recherche et les partenaires des milieux et de trouver le juste équilibre entre les besoins de la recherche et les besoins des milieux aux différentes étapes du travail collaboratif. Elle illustre également le potentiel d'adaptation qu'offrent les AST, permettant ainsi une implantation de l'approche personnalisée pouvant répondre aux réalités et aux besoins spécifiques du milieu la mettant en œuvre. En conclusion, puisque les organismes communautaires offrant des services psychosociaux aux jeunes familles vulnérables peuvent être d'importants vecteurs de résilience intergénérationnelle, surtout s'ils démontrent une sensibilité aux impacts du vécu traumatique de leur clientèle, l'implantation d'une AST en contexte de services communautaires de proximité est prometteuse et pourrait favoriser un meilleur engagement envers les services chez ces populations parfois difficiles à rejoindre.

Références

- Ashby, B. D., Ehmer, A. C., & Scott, S. M. (2019). Trauma-informed care in a patient-centered medical home for adolescent mothers and their children. *Psychological Services*, 16(1), 67–74. <https://doi.org/10.1037/ser0000315>
- Baker, C.N., Brown, S.M., Wilcox, P.D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and psychometric evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale. *School Mental Health*, 8(1), 61-76. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9161-0>
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child maltreatment*, 8(4), 334-349. <https://doi.org/10.1177/1077559503257106>
- Beidas, R. S., Adams, D. R., Kratz, H. E., Jackson, K., Berkowitz, S., Zinny, A., Cliggitt, L. P., DeWitt, K. L., Skriner, L., & Evans, A. (2016). Lessons learned while building a trauma-informed public behavioral health system in the city of Philadelphia. *Evaluation and Program Planning*, 59, 21–32. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.07.004>
- Berkes, F., & Ross, H. (2013). Community resilience: Toward an integrated approach. *Society and Natural Resources*, 26(1), 5–20. <https://doi.org/10.1080/08941920.2012.736605>
- Black, K. R., Collin-Vézina, D., Brend, D., & Romano, E. (2021). Trauma-informed attitudes in residential treatment settings: Staff, child and youth factors predicting adoption, maintenance and change over time. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.10536>
- Brown, S. M., Wilcox, P., & Baker, C. N. (2012). Risking connection trauma training: A pathway toward trauma-informed care in child congregate care settings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 507–515. <https://doi.org/10.1037/a0025269>
- Bryson, S.A., Gauvin, E., Jamieson, A., Melanie., Rathberger, M., Faulkner- Gibson., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3>
- Canadian Institutes of Health Research. (2012). *Guide to knowledge translation planning at CIRH : integrated and end-of-grant approaches*. Canadian Institutes of Health Research.
- Damian, A. J., Gallo, J. J., & Mendelson, T. (2018). Barriers and facilitators for access to mental health services by traumatized youth. *Children and Youth Services Review*, 85, 273–278. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.01.003>
- Damian, A. J., Mendelson, T., Bowie, J., & Gallo, J. J. (2019). A mixed methods exploratory assessment of the usefulness of Baltimore city health department's trauma-informed care training intervention. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 89(2), 228–236. <https://doi.org/10.1037/ort0000357>
- Ezell, J. M. (2019). First, do no harm to self: Perspectives around trauma-informed practice and secondary traumatic stress among rural child protective services workers. *Journal of Child Custody*, 16(4), 387–407. <https://doi.org/10.1080/15379418.2019.1687061>
- Ford, J.D. (2017). Complex trauma and developmental trauma disorder in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 7 (4). 220-235. <https://doi.org/10.2174/2210676608666180112160419>
- Fraser, M.W. & Galinsky, M. J. (2010) Steps in intervention research : Designing and developing social programs. *Research on Social Work Practice*. 20(5). 459-466. <https://doi.org/10.1177/1049731509358424>

- Gagné, M.E., Kern, A. & Langevin, R. (soumis, Oct. 2022). Effet des interventions axées sur le trauma sur l'approche de soins des praticiens : Une recension des écrits à méthodes mixtes. *Revue Service Sociale*.
- Galvin, E., O'Donnell, R., Mousa, A., Halfpenny, N., & Skouteris, H. (2020). Attitudes towards trauma-informed care in residential out-of-home care. *Children and Youth Services Review, 117*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105346>
- Guest, G., MacQueen, K. M. & Namey, E. E. (2012) Applied Thematic Analysis. *Sage Publications*.
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics, 133*(1), 114–122. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0927>
- King, B., & Van Wert, M. (2017). Predictors of early childbirth among female adolescents in foster care. *Journal of Adolescent Health, 61*(2), 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.014>
- Lang, J. M., Campbell, K., Shanley, P., Crusto, C. A., & Connell, C. M. (2016). Building capacity for trauma-informed care in the child welfare system: Initial results of a statewide implementation. *Child Maltreatment, 21*(2), 113–24. <https://doi.org/10.1177/1077559516635273>
- Langevin, R., Gagné, M.E., Brassard, A., & Fernet, M. (2022). Intergenerational continuity of child maltreatment: The role of maternal emotional dysregulation and attachment to the child. *Psychology of Violence*. <https://doi.org/10.1037/vio0000409>
- Langevin, R., Hébert, M., Bernier, A., & Frappier, J.-Y. (2022). Exploring the prospective role of relationships and psychological distress in postpartum risk of intergenerational continuity of child maltreatment. *International Journal of Child and Adolescent Resilience, 9*(1). <https://doi.org/10.54488/ijcar.2022.311>
- Langevin, R., Hébert, M., & Kern, A. (2021). Maternal history of child sexual abuse and maladaptive outcomes in sexually abused children: The role of maternal mental health. *Journal of Interpersonal Violence, 1*-22. <https://doi.org/10.1177/08862605211013963>.
- Leplatte, D., Rosenblum, K.L., Stanton, E., Miller, N. & Muzik, M. (2012). Mental health in primary care for adolescent parents. *Mental Health Family Medicine, 9*(1). 39-45.
- MacLochlainn, J., Mallett, J., Kirby, K., & McFadden, P. (2021). Stressful events and adolescent psychopathology: A person-centred approach to expanding adverse childhood experience categories. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 15*, 327–340. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00392-8>
- Marshall, C., Langevin, R., & Cabecinha-Alati, S. (2022). Victim-to-victim intergenerational cycles of child maltreatment: A systematic scoping review of theoretical frameworks. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*. <https://doi.org/10.54488/ijcar.2022.283>
- Martínez, M. R., Laura, T. N., Diana, R. B., Yolanda, T. de G., & Gloria, S. (2017). Sexual abuse and neglect situations as risk factors for adolescent pregnancy. *Revista Colombiana De Psiquiatría, 46*(2), 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.05.003>
- Miller, E., McCauley, H. L., Decker, M. R., Levenson, R., Zelazny, S., Jones, K. A., Anderson, H., & Silverman, J. G. (2017). Implementation of a family planning clinic-based partner violence and reproductive coercion intervention: Provider and patient perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 49*(2), 85–93. <https://doi.org/10.1363/psrh.12021>
- Milot, T., Collin-Vézina, D. & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir* (Ser. D'enfance, 15). Presses de l'Université du Québec.

- Muzik, M., Morelen, D., Hruschak, J., Rosenblum, K. L., Bocknek, E., & Beeghly, M. (2017). Psychopathology and parenting: An examination of perceived and observed parenting in mothers with depression and PTSD. *Journal of affective disorders*, 207, 242-250.
- Oral, R., Ramirez, M., Coohey, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., & Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: The future of health care. *Pediatric Research*, 79(1-2), 227–33. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.197>
- Suarez E., Jackson D. S., Slavin L. A., Michels M. S., McGeehan K. M. (2014). Project Kealahou: Improving Hawai 'i's system of care for at-risk girls and young women through gender-responsive, trauma-informed care. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 73(12), 387–392.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Vitopoulos N., Cerswell Kielburger L., Frederick T. J., McKenzie K., Kidd S. (2017). Developing a trauma-informed mental health group intervention for youth transitioning from homelessness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(6), 499–509. <https://dx.doi.org/10.1037/pro0000168>

Tableaux et Figures

Tableau 1*Stratégies discutées dans le cadre de l'atelier de réflexion*

Sécurité, fiabilité et transparence				
	Arrivée à l'organisme	Utilisation des services	Transition hors organisme	En tout temps
Conserver	- Accompagnement lors de l'inscription/ visite - Informer de l'échange d'informations entre collègues et services. - Offrir l'accompagnement dans l'autobus pour la première visite.	- Consentement en continu - Nommer ses inquiétudes - Revenir sur mauvaises interventions - Cohérence et souplesse - Lunette polytraumatisme	- Accompagner les enfants transition vers l'école - S'assurer que les services référés sont toujours valides	
Cesser	- Incohérence des règles dans différents services - Inscription à l'accueil (peu confidentiel)	- Présence d'un seul employé en clinique - Ignorer le besoin sous-jacent aux comportements problématiques		
Créer	- Intervenant unique dédié à l'inscription - Close pour prise de photo dans consentement	- Processus d'évaluation des employés reflétant davantage les valeurs de l'organisme - Intégrer les autosoins pour les intervenants - Obtenir la rétroaction des mères suite aux ateliers		- Considérer davantage les droits des enfants - Considérer le lien privilégié entre certaines mères et intervenantes
Collaboration, mutualité/ empowerment, voix et choix				
	Arrivée à l'organisme	Utilisation des services	Transition hors organisme	En tout temps
Conserver	- Impliquer les mères dans les décisions relatives à leur trajectoire de service - Comité des mères - Explication du rôle de chacun en pédiatrie sociale - Partage d'expériences dans d'autres organismes entre mères	- Position d'accompagnement, pas de spécialiste - Collaboration avec les partenaires	- Références appropriées vers d'autres services	
Cesser		- Nuire à l'autonomie en faisant pour plutôt qu'avec - Mettre l'emphasis sur les mères qui viennent vs. les absentes	- Transition rapide par manque de temps	

Créer		- Éduquer les mères sur les techniques éducatives éprouvées - Bonifier la présence de bénévoles - Former les organismes partenaires à l'AST	- Établir un plan de transition avec les mères - Augmenter la collaboration entre les services pour faciliter la transition de certaines mères - Inviter les intervenants d'organismes partenaires	- Bâtir la programmation avec les mères - Système d'évaluation des ateliers - Améliorer la communication avec les mères - Politique d'échange d'information entre services
Enjeux culturels, historiques et genrés				
	Arrivée à l'organisme	Utilisation des services	Transition hors organisme	En tout temps
Conserver	- Accommoder les restrictions alimentaires sans jugement - Adapter les services au besoin	- Embauche de personnel avec expertise en diversité et inclusion		
Cesser		- Jugements rapides		
Créer	- Nouveau formulaire de consentement plus inclusif - Créer une banque de ressources pour nouveaux arrivants	- Plus de jouets non genrés - Porter attention aux biais culturels - Former les intervenants - Jumeler les employés et mères parlant la même langue	- Références vers ressources appropriées aux besoins	- Nouveau logo plus inclusif - Consulter les mères issues de la diversité pour adapter les procédures - Recadrer les propos non inclusifs
Soutien par les pairs				
	Arrivée à l' organisme	Utilisation des services	Transition hors organisme	En tout temps
Conserver	- Encourager l'entraide des enfants avec les nouveaux - Présenter des témoignages de mères aux nouvelles	- Partager les succès des mères - Permettre les échanges entre mères durant les ateliers	- Fête de finissantes	
Cesser				
Créer	- Faire passer du temps aux nouveaux employés dans différents services - Système de mentorat entre employés - Documenter à l'écrit les tâches et rôles de chacun - Système de mentorat entre mères	- Comité social pour employés - Embauche de personnel de soutien	- Inviter les anciennes mères à parler de leur expérience post-organisme	

Tableau 2.*Moyennes et écarts-types pour le ARTIC aux quatre temps de mesure*

Sous-Échelles du ARTIC	T1		T2		T3		T4	
	<i>n</i>	<i>M (ET)</i>	<i>n</i>	<i>M (ET)</i>	<i>n</i>	<i>M (ET)</i>	<i>n</i>	<i>M (ET)</i>
1. Causes sous-jacentes	14	5,66 (0,65)	15	5,67 (0,57)	12	5,81 (0,59)	11	5,79 (0,86)
2. Réponses	14	6,10 (0,45)	15	6,27 (0,40)	12	6,20 (0,50)	11	6,21 (0,69)
3. Comportements au travail	14	6,20 (0,55)	15	6,15 (0,57)	12	6,36 (0,48)	11	6,18 (0,71)
4. Auto-efficacité	14	5,69 (0,70)	15	5,80 (0,69)	12	5,74 (0,78)	10	5,36 (1,11)
5. Réactions	14	6,01 (0,64)	15	6,11 (0,29)	12	6,10 (0,74)	11	5,99 (1,05)
6. Appui personnel à l'approche	2	5,40 (0,85)	4	5,50 (1,36)	10	5,80 (0,76)	8	5,65 (0,87)
7. Appui organisationnel à l'approche	2	4,50 (1,27)	6	6,13 (1,05)	9	5,51 (0,96)	9	5,33 (0,97)
Score total	2	5,48 (0,77)	4	5,99 (0,64)	9	6,06 (0,47)	7	5,85 (0,54)
Score total partiel (sous-échelles 1-5)	14	5,93 (0,50)	14	5,98 (0,39)	12	6,04 (0,49)	10	6,06 (0,52)

Tableau 3*Résultat des analyses non paramétriques à mesure répétées*

Sous-Échelles du ARTIC	T1 <i>M (ET)</i>	T2 <i>M (ET)</i>	T3 <i>M (ET)</i>	T4 <i>M (ET)</i>	Friedman ANOVA
1. Causes sous-jacentes	5,68 (0,66)	5,73 (0,54)	5,86 (0,64)	6,02 (0,60)	$\chi^2_F(3) = 6,13, p = 0,106$
2. Réponses	6,05 (0,46)	6,25 (0,33)*	6,21 (0,53)	6,32 (0,39)	$\chi^2_F(3) = 6,49, p = 0,090$
3. Comportements au travail	6,25 (0,53)	6,34 (0,44)	6,43 (0, 51)	6,32 (0,48)	$\chi^2_F(3) = 2,08, p = 0,556$
4. Auto-efficacité	5,70 (0,82)	5,89 (0,42)	5,75 (0,90)	5,23 (1,20)	$\chi^2_F(3) = 1,13, p = 0,770$
5. Réactions	6,07 (0,53)	6,20 (0,25)	6,18 (0,73)	6,04 (0,85)	$\chi^2_F(3) = 1,36, p = 0,716$
6. Appui personnel	--	--	5,75 (0,74)	5,65 (0,87)	$\chi^2_F(1) = 0,14, p = 0,705$
7. Appui organisationnel	--	--	5,29 (0,94)	5,37 (0,88)	$\chi^2_F(1) = 0,67, p = 0,414$
Score total partiel (#1-5)	5,95 (0,54)	6,07 (0,35)	6,14 (0,55)^m	5,96 (0,60)	$\chi^2_F(3) = 5,23, p = 0,156$

Note. Le texte en gras représente une différence significative par rapport au T1. * $p < .05$; ^m $p < .10$.

Figure 1*Calendrier des activités de recherche*