

Université du Québec en Outaouais

Comme exigence partielle  
de la Maîtrise en travail social

Par

Maude Champagne

Comprendre l'expérience de la psychothérapie dyadique développementale du point de vue de  
parents dont l'enfant présente un trauma complexe et un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

Juin 2020

## RÉSUMÉ

### **Problématique**

Une majorité d'enfants ayant un Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) ont aussi un trauma complexe. La psychothérapie a été étudiée auprès des enfants ayant un trauma complexe, mais très peu d'études se penchent sur l'utilisation de la psychothérapie pour les enfants ayant un TSAF (Petrenko, 2015). Plusieurs auteurs notent d'ailleurs l'importance de trouver des interventions adaptées pour leurs besoins, en particulier pour ceux ayant aussi un trauma complexe (Petrenko, 2015 ; Zarnegar, Hambrick, Perry, Azen, & Peterson, 2016).

### **Objectif de recherche**

Cette recherche vise à mieux comprendre, selon le point de vue des parents ayant un enfant avec un TSAF et un trauma complexe en comorbidité, leur expérience de la psychothérapie dyadique développementale (PDD).

### **Cadre conceptuel et méthodologie**

Dans le cadre de cette recherche qualitative, une collecte de données par entrevues semi-dirigées auprès de 5 familles ayant bénéficié de cette forme de psychothérapie a été privilégiée. Par la méthode d'analyse phénoménologique interprétative, l'expérience des parents a été explorée en lien avec les bienfaits pour eux-mêmes, pour leur enfant et la satisfaction face à cette méthode d'intervention.

### **Résultats et discussion**

Les principales conclusions de cette recherche montrent que selon les parents, la PDD peut être une méthode adéquate pour les parents d'enfant ayant un TSAF et un trauma complexe. Les principaux bienfaits se situent au niveau de l'amélioration du climat familial et de la relation parent/enfant, qui se produit en particulier par une adaptation de la parentalité tenant compte des répercussions du TSAF et du trauma complexe pour répondre aux besoins de leur enfant.

**Mots-clés :** Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, trauma complexe, parentalité, psychothérapie dyadique développementale

# TABLE DES MATIÈRES

## Remerciements

RÉSUMÉ .....	- 2 -
Liste des figures.....	- 5 -
Liste des sigles.....	- 6 -
INTRODUCTION .....	- 8 -
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>- 10 -</b>
1.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE .....	- 10 -
1.1.1 <i>Le TSAF</i> .....	- 10 -
1.1.2 <i>Les troubles secondaires</i> .....	- 13 -
1.1.3 <i>Le TSAF et la santé mentale des enfants</i> .....	- 13 -
1.1.4 <i>Le TSAF et son lien avec le trauma complexe</i> .....	- 15 -
1.1.5 <i>Répercussions communes du TSAF et du trauma complexe</i> .....	- 17 -
1.1.6 <i>Les effets du TSAF sur la famille</i> .....	- 20 -
1.2 L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA PSYCHOTHERAPIE ET LE TSAF .....	- 22 -
1.2.1 <i>Défis à la psychothérapie conventionnelle pour les enfants ayant un TSAF</i> .....	- 22 -
1.2.2 <i>Psychothérapie auprès des enfants ayant un TSAF et un trauma complexe</i> .....	- 24 -
CONCLUSION DU CHAPITRE .....	- 26 -
<b>CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL ET DESCRIPTION DE LA PDD .....</b>	<b>- 27 -</b>
2.1 PSYCHOTHERAPIE DYADIQUE DEVELOPPEMENTALE .....	- 27 -
2.1.1 <i>Historique et buts</i> .....	- 27 -
2.2 FONDEMENTS THEORIQUES .....	- 28 -
2.2.1 <i>L'attachement</i> .....	- 28 -
2.2.3 <i>L'intersubjectivité</i> .....	- 29 -
2.2.4 <i>PACE</i> .....	- 30 -
2.3 DEROULEMENT ET TECHNIQUES PDD .....	- 32 -
2.4 CRITIQUE DE LA PDD .....	- 34 -
CONCLUSION DU CHAPITRE .....	- 35 -
<b>CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>- 37 -</b>
3.1 OBJECTIFS.....	- 37 -
3.2 DEVIS DE RECHERCHE .....	- 37 -
3.3 OUTIL DE COLLECTE DE DONNEES : ENTREVUE SEMI-DIRIGEE .....	- 38 -
3.4 LES PROCEDURES DE COLLECTE DE DONNEES .....	- 39 -
3.5 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	- 39 -
3.6 STRATEGIE D'ANALYSE .....	- 40 -
3.7 LES CONSIDERATIONS ETHIQUES .....	- 41 -
<b>CHAPITRE 4 : RÉSULTATS .....</b>	<b>- 43 -</b>
4.1 PROCESSUS AVANT LA THERAPIE .....	- 43 -

4.1.1 Situation familiale avant la thérapie .....	- 43 -
4.1.2 Manque de connaissances sur le TSAF / Trauma complexe et manque de soutien .....	- 44 -
4.1.3 Autres formes de thérapies essayées.....	- 46 -
4.1.4 Préparation à l'adoption avec la PDD.....	- 49 -
4.2 BIENFAITS DE LA PDD .....	- 50 -
4.2.1 Bienfaits pour l'enfant .....	- 51 -
4.2.2 Bienfaits pour le parent .....	- 56 -
4.3 APPRECIATION DE LA PDD PAR LES PARENTS.....	- 62 -
4.3.1 Appréciations générales .....	- 62 -
4.3.2 Aspect dyadique.....	- 64 -
4.3.3 Relation avec le thérapeute.....	- 65 -
4.3.4 Soutien à long terme.....	- 66 -
4.4 LIMITES DE LA PDD SELON LES PARENTS .....	- 67 -
<b>Conclusion du chapitre.....</b>	<b>- 68 -</b>
<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....</b>	<b>- 69 -</b>
5.1 L'EXPERIENCE GENERALE DES PARENTS RENCONTRES .....	- 69 -
5.2 LE TSAF ET LE TRAUMA COMPLEXE : UNE EXPERIENCE SIMILAIRE ?.....	- 70 -
5.3 LA PDD : ADEQUATE POUR LE TSAF ? .....	- 72 -
5.4 ADAPTER SA PARENTALITE AUX TROUBLES COGNITIFS DE L'ENFANT .....	- 73 -
5.5 UNE RELATION THERAPEUTIQUE A LONG TERME .....	- 74 -
5.6 THERAPIE FAMILIALE DYADIQUE.....	- 75 -
5.6.1 L'aspect dyadique pour pallier aux troubles cognitifs.....	- 75 -
5.6.2 L'aspect dyadique pour encourager la communication intersubjective .....	- 76 -
5.6.3 L'aspect dyadique pour le soutien au parent.....	- 77 -
5.6.4 La thérapie dyadique pour prioriser la relation parent-enfant.....	- 77 -
5.7 VIOLENCE ET AGRESSION DE L'ENFANT ENVERS LE PARENT .....	- 79 -
<b>Conclusion du chapitre.....</b>	<b>- 80 -</b>
<b>Conclusion du mémoire .....</b>	<b>- 81 -</b>
L'APPORT DU TRAVAIL SOCIAL.....	- 84 -
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>- 87 -</b>
<b>Annexe 1: Formulaire d'information sociodémographiques.....</b>	<b>- 87 -</b>
<b>Annexe 2 : Questionnaire d'entrevue.....</b>	<b>- 93 -</b>
<b>Annexe 3: Affiche de recrutement.....</b>	<b>- 95 -</b>
<b>Annexe 4 : Certificat d'approbation du CER.....</b>	<b>- 96 -</b>
<b>Annexe 5 : Formulaire de consentement.....</b>	<b>- 98 -</b>

## Liste des figures

Figure 1: Nombre de domaines neurodéveloppementaux affectés.....	p.12
Figure 2 : Répercussions du trauma complexe.....	p.19
Figure 3 : Modèle d'intervention pour le TSAF.....	p.85

## Liste des sigles

<b>ACEs</b>	<i>Adverse Childhood Experiences</i>
<b>CanFASD</b>	<i>Canadian Fetal Alcohol Research Network</i>
<b>CPP</b>	<i>Child Parent Psychotherapy</i>
<b>EPA</b>	Exposition prénatale à l'alcool
<b>IPA</b>	Interpretative Phenomenological Analysis
<b>OCATT</b>	<i>Ottawa Center for Trauma and Attachment Therapy</i>
<b>PDD</b>	Psychothérapie dyadique développementale
<b>PACE</b>	Plaisir – Acceptation-Curiosité-enjouement
<b>SAE</b>	Société de protection de l'enfance
<b>TSAF</b>	Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

## REMERCIEMENTS

Quelle fierté d'avoir pu accomplir ce travail de recherche et d'apprentissage dans les trois dernières années. Malgré la passion que j'ai pour mon champ de connaissances en travail social, je n'aurais pu réaliser ce projet sans plusieurs personnes qu'il me vaut de remercier.

Tout d'abord, je tiens à remercier mes participants puisque sans eux, il n'y aurait pas eu de projet. Ils ont partagé avec moi des expériences difficiles et m'ont fait confiance à rendre ce vécu utile pour les autres familles comme elles. C'est grâce à eux que nous pouvons contribuer aux connaissances sur le TSAF, le trauma complexe et sur la PDD. Votre contribution fait bénéficier toute la communauté et je vous en suis très reconnaissante.

À ma chère Geneviève, ce fut pour moi un grand privilège de t'avoir comme directrice de maîtrise. Tu as su me garder motivée, tu m'as conseillée et grâce à toi, je suis enfin arrivée à la finalisation de ce projet. Tu as su me transmettre ta passion pour la recherche et ton souci du détail. Je suis infiniment reconnaissante pour tout le temps que tu as pris pour me soutenir et m'enseigner.

Je tiens aussi à remercier mon conjoint, Mathieu, qui m'a soutenue tout au long de ce processus et permis de travailler tranquille malgré tout le brouhaha de la vie quotidienne. À mes cinq enfants, je vous dis aussi merci: Zacharie, José Matteo, Alex, Elia et Jade. J'ai appris tellement de choses sur la parentalité à travers vous et c'est aussi cette expérience qui m'a beaucoup guidée à travers l'écriture de ce mémoire. Vous avez aussi été très patients malgré toutes les heures que j'ai mises sur ce projet.

À mes parents, merci de votre soutien et de vos encouragements durant ce long processus. En particulier, merci maman pour toutes les relectures et conseils de français!

À mon cher ami Pascal, nous avons passé tant d'heures à travailler ensemble, chialer, nous encourager et aussi parfois à procrastiner un peu! Merci infiniment pour tous tes conseils précieux et pour ton aide avec mon projet.

À mes collègues de OCATT, Michelle Hogeterp et Tanya Eichler, merci d'avoir cru en mon projet et de m'avoir conseillée tout au long de celui-ci. Vous êtes pour moi une source d'inspiration, de sagesse et de connaissances.

Merci à tous qui m'avez encouragée de près ou de loin dans la poursuite de ce projet de recherche.

## INTRODUCTION

En tant que psychothérapeute en soutien aux familles vivant avec des enfants atteints du Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), nous avons pu constater la complexité de leur situation et la difficulté pour ces parents, et pour les professionnels qui les accompagnent, à trouver des services adéquats pour répondre à leurs besoins.

La majorité des enfants ayant un TSAF ne sont pas élevés par leurs parents biologiques et sont pris en charge par les systèmes de protection de l'enfance. Ils ont souvent vécu de multiples ruptures de placement, ont des troubles de l'attachement, en plus de dommages cognitifs causés par l'exposition prénatale à l'alcool (EPA) et parfois aussi à d'autres substances (Hellemans, Sliwowska, Verma, & Weinberg, 2010; Streissguth et al., 2004).

Jusqu'à il y a environ dix ans, plusieurs intervenants ne croyaient pas que la psychothérapie pourrait aider ces enfants dont les dommages cognitifs sont permanents (Petrenko, 2015). Depuis, les écrits sur les diverses interventions auprès de cette population commencent à peine à être explorés. Cependant, ces mêmes enfants ont souvent un trauma complexe, lié à un historique de maltraitance dans leur milieu familial, qui peut généralement être traité en psychothérapie (Milot, Collin-Vézina & Godbout, 2018). La psychothérapie auprès des enfants vivant avec un trauma complexe s'appuie sur des données empiriques plus rigoureuses que celle auprès des enfants ayant un TSAF (Milot, Collin-Vézina & Godbout, 2018). Le modèle d'intervention favorisé dans le cadre de la présente recherche est la psychothérapie dyadique développementale (PDD) puisqu'à notre connaissance, c'est le modèle le plus utilisé pour les enfants ayant un trauma complexe à Ottawa,

région dans laquelle a été réalisée cette étude. D'ailleurs, les services pour les enfants ayant un TSAF ou un trauma complexe sont beaucoup plus développés dans cette région qu'au Québec.

Le présent mémoire de maîtrise vise à explorer l'expérience de la PDD pour les parents d'un enfant ayant un TSAF et un trauma complexe en comorbidité. Le premier chapitre est la recension des écrits qui présente la problématique du TSAF, ses effets sur la famille, son lien avec la santé mentale des membres de la famille, puis plus spécifiquement avec le trauma complexe. La psychothérapie comme mode d'intervention pour les enfants ayant un TSAF sera ensuite présentée. Le second chapitre présente les fondements théoriques de la DDP puisqu'ils sont aussi le cadre conceptuel sur lequel cette recherche est basée. Le troisième chapitre présente la méthodologie utilisée et est suivi du quatrième chapitre, présentant les résultats. Le chapitre 5 est la discussion et le chapitre final est sur les conclusions et retombées de cette étude.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

### 1.1 État des connaissances sur le Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

#### 1.1.1 Le TSAF

Peu connu et sous-diagnostiqué, le TSAF est le handicap développemental évitable le plus prévalant au Canada (Santé Canada, 2018). En fait, au moins 2 à 3 % de la population générale canadienne en serait atteint (Chudley, 2018). Le TSAF est un diagnostic médical qui résulte de l'exposition prénatale à l'alcool, pouvant provoquer divers déficits cognitifs et malformations congénitales, et affectant significativement le quotidien des personnes en étant atteintes (Cook et al., 2015; Olson & Montague, 2011). Les individus vivant avec le TSAF sont tous affectés différemment, mais ont typiquement des troubles de mémoire, un manque d'inhibition, des difficultés à comprendre les concepts abstraits (argent, temps) ainsi que des difficultés avec la résolution de problème (Cook et al., 2015 ; Rasmussen, 2005).

Afin d'obtenir un diagnostic de TSAF, l'individu doit avoir une atteinte sévère dans au minimum trois des domaines neurodéveloppementaux suivants : habiletés motrices, neuroanatomie/neurophysiologie, cognition, langage, performance scolaire, mémoire, attention, fonctions exécutives, régulation émotionnelle et comportement adaptatif (Cook et al., 2015). Les habiletés motrices peuvent inclure l'équilibre, l'écriture et les habiletés visuo-motrices, ce qui affectera le fonctionnement de l'enfant à accomplir des tâches académiques, des sports et des activités liées à la routine (p.ex. brossage de dents, attacher les souliers). Pour l'atteinte au niveau de la neuroanatomie ou neurophysiologie, le médecin doit constater une circonférence neurocrânienne orbiofrontale en-dessous du seuil clinique ou des anomalies cérébrales structurelles confirmées par IRM (image de résonance magnétique). Les difficultés de langage peuvent être

expressives ou réceptives et peuvent se manifester par une difficulté à entretenir une conversation et la compréhension d'instructions. La cognition fait référence au quotient intellectuel, à la capacité de raisonnement et de jugement. La performance scolaire, quant à elle, inclut les troubles en mathématiques, en lecture et la compréhension des concepts abstraits. Les troubles de la mémoire se manifestent par des difficultés à retrouver l'information à court et à long terme, ce qui peut parfois ressembler à des mensonges lorsque la personne ne se souvient pas bien des événements ou des informations. Les troubles de l'attention se démontrent par le fait qu'ils peuvent être souvent distraits et peuvent avoir une difficulté à se concentrer pour une période substantielle. Les fonctions exécutives sont très importantes dans le fonctionnement d'un individu et sont souvent affectées chez les personnes ayant un TSAF, nous parlons ici de résolution de problème, de planification, de capacité à contrôler ses impulsions, de compréhension des relations de cause à effet et une bonne gestion des transitions. De plus, les difficultés au niveau du comportement adaptatif et des habiletés sociales se voient dans les relations interpersonnelles, la capacité de comprendre la perspective d'une autre personne et même avec l'hygiène personnelle. La régulation émotionnelle inclut l'anxiété et la dépression et autres troubles de l'humeur qui pourraient se manifester chez la personne. Ces atteintes aux domaines neurodéveloppementaux sont présents à divers degrés chez les personnes ayant un TSAF (Cook et al., 2015).

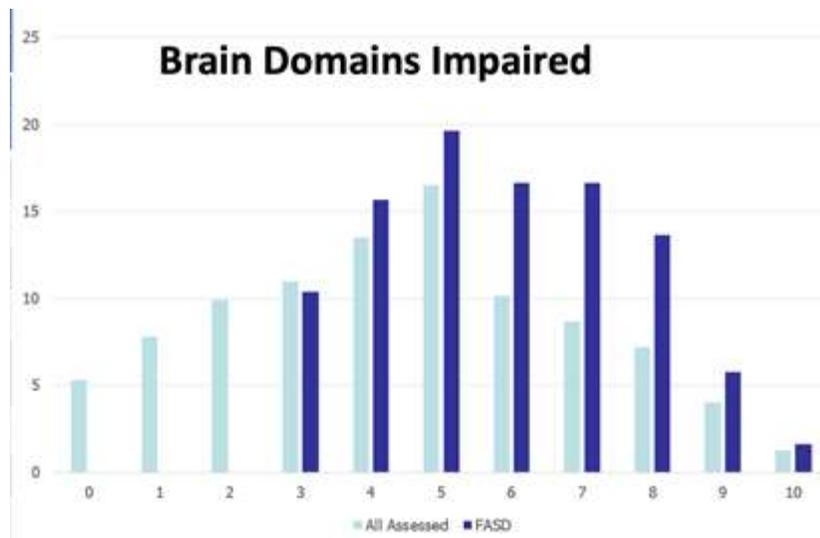
La base de données canadienne sur le TSAF du *Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network* (CanFASD, 2018)<sup>1</sup> inclut 728 dossiers de personnes ayant été évaluées pour un diagnostic de TSAF et permet d'obtenir plusieurs informations sur le portrait des personnes avec

---

<sup>1</sup> Réseau de recherche sur le TSAF au Canada.

le TSAF au Canada. Comme le démontre le tableau suivant, tiré d'une infolettre de la base de données, la majorité des personnes diagnostiquées ont des atteintes à plus de cinq domaines neurodéveloppementaux, bien que seulement 3 soient requis pour établir un diagnostic. Les personnes diagnostiquées avec le TSAF (barres foncées) sont comparées avec celles qui ont fait l'objet d'une évaluation, en raison d'atteintes à des domaines neurodéveloppementaux associées au TSAF, mais qui n'a pas conclu à un diagnostic de TSAF (barres pâles). Ainsi, les barres bleu pâle du graphique ne sont pas représentatives de la population générale.

Figure 1 : *Nombre de domaines neurodéveloppementaux affectés.*



Source : CANFasd <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/2018/07/Clinic-Newsletter-March-2018.pdf>

Pour confirmer un diagnostic, la consommation d'alcool chez la mère durant la grossesse doit être certifiée par celle-ci ou par un témoin fiable (comme un membre de la famille ou un intervenant impliqué dans le dossier durant la grossesse), tel que cité par les lignes diagnostiques

canadiennes (Cook et al., 2015). Toutefois, la présence des trois traits faciaux caractéristiques du TSAF<sup>2</sup> permet d'émettre un diagnostic sans confirmation de consommation d'alcool de la mère ou d'un témoin (Cook et al., 2015).

### 1.1.2 Les troubles secondaires

Malheureusement, en plus des caractéristiques propres aux dommages cognitifs que les personnes avec le TSAF ont à la naissance, elles sont aussi à risque de développer des troubles secondaires dû à une mauvaise adéquation entre leurs besoins et l'environnement (Streissguth et al., 2004). Selon cette recherche, par le biais d'une entrevue sur l'histoire de vie de 415 patients ayant un diagnostic de TSAF âgés entre 6 et 51 ans, les adolescents et adultes avec le TSAF sont à risque d'avoir plusieurs troubles secondaires. Par exemple, 61% auront une expérience scolaire interrompue (p.ex. suspension, expulsion, abandon), 60% des problèmes d'ordre légal, 50% vivront le confinement (prison, détention et psychiatrie), 49% auront des comportements sexuels inappropriés et 35% des problèmes d'alcool. Chez les adolescents, ces difficultés viennent souvent s'ajouter aux troubles neurodéveloppementaux, ce qui représente un poids supplémentaire pour les parents. Selon Streissguth (2004), le principal facteur de protection contre les troubles secondaires pour les personnes ayant un TSAF est une famille stable et aimante.

### 1.1.3 Le TSAF et la santé mentale des enfants

Les recherches sur le TSAF démontrent qu'environ 94% des personnes affectées ont des troubles de santé mentale (Anderson, Mela, & Stewart, 2017). CanFASD a récemment publié une

---

<sup>2</sup> Ces traits sont une petite fente palpébrale (distance du coin le plus interne de l'œil au coin le plus externe), le philtrum plat (fossette située au milieu de la lèvre supérieure) et la lèvre supérieure mince (Cook et al., 2015)

synthèse des dernières recherches (s.d.) entourant le TSAF, le stress et la santé mentale. Par exemple, les recherches auprès d'animaux font ressortir qu'un taux anormalement élevé de cortisol (hormone de stress) est présent chez les animaux exposés *in utero* à l'alcool. Des liens ont été établis entre les dysfonctions hormonales en réaction au stress et l'exposition prénatale à l'alcool. Selon ces experts, l'EPA pourrait causer des dysfonctions entre le cortisol et la dopamine (hormone associée au plaisir et à la réponse émotionnelle), ce qui pourrait aussi expliquer la présence de certains troubles de santé mentale et de dépendance. Ceci explique que malgré un environnement positif et adapté, les individus avec le TSAF sont biologiquement enclins à développer des troubles de santé mentale (Hellemans et al., 2010).

Jirikowic et al. (2016) font aussi des recommandations à la suite de leur recherche sur les comportements d'autorégulation et la réactivité au stress chez 18 nourrissons ayant été exposés *in utero* à l'alcool en quantité modérée à grande, tel que mesuré par le *Frequency-Binge Aggravate Score* :

*Early identification and intervention can capitalize on neuroplasticity and build critical protective factors (e.g. responsive caregiving) to buffer early adversity and help ameliorate early regulatory challenges. (p.185)*

La régulation des affects ou régulation émotionnelle fait référence à la capacité d'exercer un contrôle sur nos expériences émotionnelles, un facteur important pour la santé mentale. Ces chercheurs expliquent que la régulation des affects est un facteur important sur lequel intervenir pour minimiser les troubles de santé mentale, ainsi, la régulation des affects pourrait être améliorée dans le cas des enfants ayant eu une EPA (Zarnegar et al., 2016). Ceci est une information cruciale dans le développement d'une approche psychothérapeutique qui répond aux besoins spécifiques des personnes ayant un TSAF, spécialement pour les troubles de santé mentale associés.

#### 1.1.4 Le TSAF et son lien avec le trauma complexe

Courtois et Ford (2013), cités par Milot, Collin-Vézina et Godbout, (2018) ont proposé une définition du trauma complexe :

Des expériences qui 1) sont interpersonnelles et impliquent souvent la trahison ; 2) sont répétées ou prolongées ; 3) implique un tort direct par différentes formes d'abus, de négligence, ou d'abandon de personne responsable des soins, de la protection, ou de l'encadrement des victimes, généralement des jeunes ou de leurs propres enfants (telles que les parents ou les membres de la famille, les enseignants, les entraîneurs, ou des conseillers religieux), ou les pertes traumatiques de ces relations et 4) qui surviennent à des périodes vulnérables du développement de la vie, comme la petite enfance, ou qui ébranle significativement les acquis développementaux à n'importe quel moment de la vie. (p.25)

Bien que le terme trauma complexe n'est pas utilisé dans les écrits scientifiques sur le TSAF, les expériences d'adversités des personnes ayant un TSAF peuvent nous amener à conclure que plusieurs d'entre elles ont un trauma complexe. On parle de prise en charge par la protection de l'enfance, d'une plus grande vulnérabilité biologique au stress, d'exposition aux traumas et de difficultés d'attachement (Green & Salmon, n.d.; Hellemans et al., 2010; Zarnegar et al., 2016). Selon Fush et al., (2006), au Manitoba<sup>3</sup>, au moins 11 % des enfants pris en charge par le système de protection de l'enfance ont un TSAF, et comme mentionné plus tôt, la majorité des enfants ayant un TSAF ne sont pas élevés par leurs parents biologiques (Streissguth et al., 2004). Selon la base de données nationales de CanFASD (s.d.), les personnes ayant reçu un diagnostic de TSAF vivent avec des membres de la famille élargie (19%), des parents d'accueil (20%) ou des parents adoptifs (15%). De plus, toujours selon la base de données nationale, plus de 15% des personnes

---

<sup>3</sup> Seulement les données du Manitoba sont disponibles pour l'ensemble du Canada.

diagnostiquées avec un TSAF ont des difficultés d'attachement et plus de 40% ont des traumatismes.<sup>4</sup> Un lien entre le trauma complexe et le TSAF peut donc être établi par ces divers éléments.

Malgré le lien entre le TSAF et le trauma complexe, peu de recherches se penchent sur cette comorbidité. Selon une recension des écrits récente, seulement cinq études ont été publiées sur les effets de la comorbidité de l'exposition prénatale à l'alcool et de la négligence (Mukherjee, Cook, Norgate, & Price, 2019)<sup>5</sup>. Cette recension conclut que cette double exposition (négligence et EPA) augmente grandement le risque de troubles neurodéveloppementaux (notamment aux niveaux de l'intelligence, de la mémoire, de l'attention ou du langage) comparativement à l'exposition à seulement l'une ou l'autre de ces expériences.

Dans une autre recherche, Kambeitz et al. (2019) ont fait l'analyse de 203 dossiers de patients d'une clinique américaine afin de comparer les patients ayant un TSAF (n=98) et ceux n'ayant pas de TSAF (n=105) en termes d'expériences d'adversité vécues durant l'enfance et de troubles neurodéveloppementaux. Les auteurs comparent les enfants ayant un TSAF et ceux qui ne l'ont pas en ce qui concerne les *Adverses Childhood Experiences* (ACEs) et les troubles neurodéveloppementaux pour voir s'il y a une différence significative entre les deux groupes. La mesure ACE est un questionnaire de 8 à 10 éléments (abus physique, divorce, négligence, etc.) pour évaluer le nombre d'expériences d'adversité vécues par la personne dans son enfance. Milot,

---

<sup>4</sup> Ces données sont sous forme de tableau et ne donne pas de détails spécifiques sur les types de trauma.

<sup>5</sup> Comme il n'y en a pas sur le trauma complexe, une seule sur la négligence est présentée. Rappelons-nous que la négligence peut mener au trauma complexe.

Collin-Vézina et Godbout (2018) résument les principaux résultats des études fait avec la mesure ACE<sup>6</sup> :

« Les études sur les expériences d’adversité vécues durant l’enfance ont été les premières à démontrer 1) qu’une majorité d’adultes avaient vécus des expériences traumatisantes durant leur enfance, 2) qu’une proportion significative de ces adultes avaient vécus plusieurs formes de ces expériences traumatiques, 3) que ces expériences augmentaient fortement le risque de de troubles de santé ou des troubles mentaux à l’âge adulte et 4) que le risque de développer ces troubles était en fonction du nombre de forme distinctes d’expériences d’adversité que rapportaient une personne. (p.26) »

Selon l’étude de Kambeitz et al. (2019), le TSAF est associé à un risque plus élevé de cumuler un grand nombre de troubles neurodéveloppementaux. De plus, chez les patients ayant un TSAF, les expériences d’adversité dans l’enfance les plus fréquentes sont : la négligence (87%), la consommation abusive de substances de la part des parents (85%), la séparation ou le divorce des parents (50%) et l’abus physique (50%). Les résultats de cette recherche ont montré que les personnes ayant un TSAF ont un risque accru d’avoir été victime de traumatismes selon la mesure d’ACE et ont aussi moins de probabilités d’avoir grandi dans une famille stable, ce qui rappelons-le, est le facteur principal de protection contre les troubles secondaires pour les personnes ayant un TSAF (Streissguth et al., 2004).

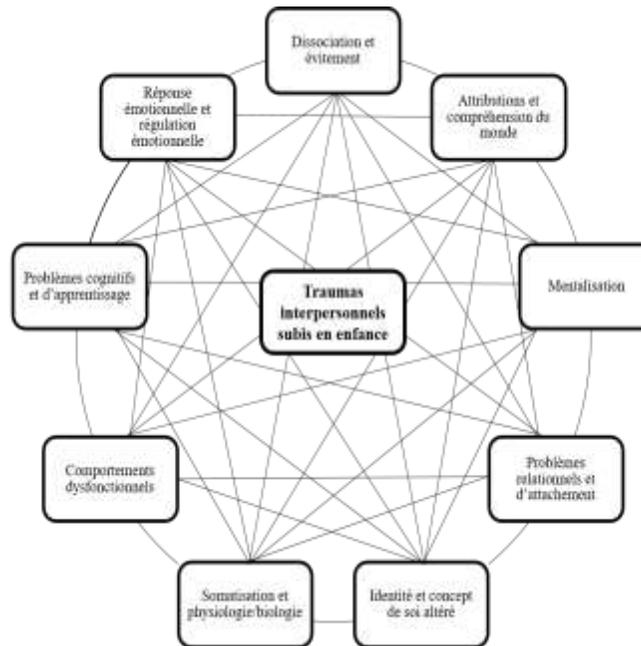
#### 1.1.5 Répercussions communes du TSAF et du trauma complexe

Le trauma complexe se manifeste par une variété de répercussions répertoriées par Milot, Collin-Vézina et Godbout (2018) qui sont d’ailleurs très similaires au TSAF, à une exception près. La figure suivante illustre les répercussions du trauma complexe :

---

<sup>6</sup> La définition de Milot, Collin-Vézina et Godbout (2018) a été utilisé puisqu’elle est traduite en français.

Figure 2 : *Répercussions du trauma complexe*



Source : Godbout et al. (2018) p. 76

La **dissociation et l'évitement**, communément décrits comme des problèmes de perturbations de l'état de conscience, ne sont pas mentionnés dans les écrits sur le TSAF (Pei, Job, Kully-Martens, & Rasmussen, 2011; Tamana, Pei, Massey, Massey, & Rasmussen, 2014), à l'exception des troubles de mémoire. L'évitement peut aussi être présent lorsque l'individu ayant un TSAF évite une situation potentiellement anxiogène ou trop difficile à accomplir mais sans que cela soit considéré comme une manifestation de la dissociation.

Par ailleurs, toutes les autres répercussions du trauma complexe sont aussi observables chez les individus ayant un TSAF. Les **problèmes relationnels et d'attachement** se manifestent par des angoisses d'abandon, des difficultés avec les frontières personnelles et les relations

interpersonnelles (Jirikowic et al., 2016). **L'identité et le concept de soi peuvent être altérés** par des processus tels que l'attribution négative et la critique de soi, une perturbation de l'image corporelle et l'absence d'un concept de soi stable et prévisible. Ces manifestations sont fréquemment notées chez les personnes ayant un TSAF (Streissguth et al., 2004). **La somatisation et les problèmes physiologiques** tels que les problèmes médicaux et les maladies chroniques sont aussi communs au TSAF et au trauma complexe (Popova et al., 2016). Tel que mentionné précédemment, les **problèmes cognitifs et d'apprentissage** tels que les difficultés de fonctions exécutives et difficultés académiques en découlant sont aussi des répercussions du TSAF. Les difficultés liées à la **régulation émotionnelle** sont aussi répertoriées dans les écrits sur le TSAF et le trauma complexe (Hellemans et al., 2010; Jirikowic et al., 2016). **L'altération de la compréhension du monde** ou les perceptions erronées seront plutôt causées par la difficulté à comprendre les concepts abstraits et interpréter les situations sociales chez une personne ayant un TSAF. L'environnement ne répondant pas à leurs besoins peut aussi mener à une perte d'espoir, une absence de vision d'avenir, etc. (Streissguth, 2004). Les **comportements dysfonctionnels** communs chez les personnes ayant un trauma complexe tels que l'impulsivité, les comportements suicidaires, les comportements autodestructeurs et la prise de risque sont aussi fréquemment présents chez les individus ayant un TSAF (Streissguth et al., 2004).

Comme nous pouvons le constater, les symptômes du trauma complexe sont très similaires à ceux du TSAF à l'exception de la catégorie liée à la dissociation. Toutefois, comme mentionné plus haut, il semble que les enfants ayant un TSAF et un trauma complexe présentent des troubles neurodéveloppementaux plus nombreux et plus sévères que les enfants ayant un trauma complexe sans diagnostic de TSAF (Price, 2019).

#### 1.1.6 Les effets du TSAF sur la famille

Compte tenu des importants défis que rencontrent les enfants ayant un TSAF, plusieurs recherches ont porté sur les besoins des familles qui en prennent soin. Dans une étude qualitative américaine auprès de cinq parents biologiques, d'accueil et adoptifs (Phung, Wallace, Alexander, & Phung, 2011) et une autre étude qualitative canadienne auprès de onze parents biologiques, d'accueil et adoptifs (Sanders & Buck, 2010), plusieurs thèmes similaires sont abordés pour expliquer les difficultés vécues. Dans ces recherches, des parents décrivent leur milieu familial comme un **environnement similaire à la guerre**. Les comportements perturbateurs de ces enfants comme les agressions, les comportements destructeurs ou les crises sont souvent très lourds pour tous les membres de la famille (Sanders & Buck, 2010). Ces situations, pouvant être vécues de façon répétitive pour certaines familles, affectent grandement la santé mentale, les sentiments et les relations de tous les membres de la famille (Phung et al., 2011). Les thèmes de la **dépression et de l'isolement** sont aussi ressortis ; plusieurs familles ont des interactions sociales limitées dû à un manque de compréhension de leur entourage des effets du TSAF sur le fonctionnement de leur enfant ou à la difficulté à trouver du répit. Plusieurs mentionnent aussi les difficultés scolaires de l'enfant qui mènent parfois à des suspensions ou des expulsions, ce qui affecte grandement la vie et les obligations professionnelles des parents et augmente leur stress. Dû au manque de connaissances sur le TSAF dans la société, plusieurs parents se sentent fréquemment incompris et ne reçoivent pas le soutien dont ils ont besoin. De nombreuses autres difficultés sont mentionnées telles que les problèmes de couple liés au défi d'élever un enfant avec un TSAF ainsi que le fait que les parents devront possiblement soutenir cet enfant tout au long de leur vie (Phung et al., 2011; Sanders & Buck, 2010).

Des chercheurs faisant partie de CanFASD ont réalisé un sondage en ligne auprès de 125 parents d'enfants canadiens avec le TSAF (Baugh et al., 2015) afin d'identifier leurs besoins liés au stress de prendre soin de ces enfants. Selon leurs résultats, 47 % des répondants se sentaient comme s'ils n'avaient pas le contrôle sur les choses importantes de leur vie. De plus, 65 % disaient se sentir nerveux et stressés.

*Many caregivers were quite concerned about their role as a caregiver, their relationship with the person for whom they provided care, their relationship with family and friends, their financial situation, their own physical health and emotional well-being, and the safety of the person for whom they were providing care. (p. 107)*

De plus, **l'épuisement, les troubles de santé mentale et les conflits conjugaux** sont des problématiques liées à l'expérience de parentalité de ces parents mentionnés dans diverses recherches (Phung et al., 2011; Sanders & Buck, 2010). Il est aussi possible de conclure, par les résultats de ces recherches, que le fait de s'occuper de ces enfants affecte le bien-être des parents et se révèle un défi de taille pouvant mener à des **échecs de placement ou à ce que l'enfant ne puisse plus vivre avec ses parents d'origine** (Baugh et al., 2015; Phung et al., 2011; Sanders & Buck, 2010). C'est ce que nous avons d'ailleurs pu constater dans notre pratique en tant que psychothérapeute, autant chez les parents biologiques qu'adoptifs. Bien qu'il n'existe pas de données spécifiques sur les échecs de placement ou d'adoption lorsque l'enfant concerné présente un TSAF, certains écrits permettent toutefois de constater que plusieurs caractéristiques chez les enfants adoptés sont sujets à augmenter les risques d'un bris d'adoption, tel que les troubles d'apprentissage ou de la pensée, les comportements sexuels inappropriés, la manipulation, le contrôle, les agressions et les comportements de violence (Palacios, Rolock, Selwyn, & Barbosa-Ducharne, 2018). Malheureusement, ces caractéristiques sont communes chez les enfants ayant un

TSAF (Streissguth et al., 2004), plaçant ainsi ces derniers à plus haut risque de vivre un échec d'adoption.

Une famille aimante et stable pour un enfant ayant un TSAF est le facteur de protection le plus important contre les troubles secondaires liés au TSAF (Streissguth et al., 2004). De là l'importance de reconnaître les défis rencontrés par ces familles et de développer des interventions pour les soutenir qui soient adaptées au TSAF et pour plusieurs aussi, au trauma complexe.

## **1.2 L'état des connaissances sur la psychothérapie et le TSAF**

Comme mentionné précédemment, le TSAF est une déficience permanente (Cook et al., 2015). Pour cette raison, jusqu'à maintenant, la majorité des recherches et des interventions ont mis l'accent sur une approche neurocomportementale qui vise à adapter l'environnement plutôt qu'à tenter d'améliorer le fonctionnement de l'individu, par exemple, en réduisant les attentes académiques, en affichant des routines visuelles ou en réduisant les stimuli sensoriels (Petrenko, 2015; Zarnegar et al., 2016). Toutefois, des recherches ont commencé à démontrer que des améliorations sont possibles dans divers domaines comme les fonctions exécutives, la régulation émotionnelle et le langage, donnant espoir et motivation à investir dans certaines thérapies (Paley, 2011; Petrenko, 2015; Zarnegar et al., 2016).

### 1.2.1 Défis à la psychothérapie conventionnelle pour les enfants ayant un TSAF

Selon le site Internet de l'Ordre des psychologues du Québec (2020), la psychothérapie se définit comme suit:

Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel

ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

La psychothérapie est une méthode parfois utilisée pour venir en aide aux enfants ayant un TSAF et un trauma complexe, mais qui doit toutefois être adaptée à leurs diverses caractéristiques particulières (J. Brown, Harr, Morgan, Varga, & Fenrich, 2017). Cette section traite des déficits neurodéveloppementaux à considérer lors de la pratique de la psychothérapie avec les individus ayant un TSAF.

Les **fonctions exécutives** sont généralement très affectées chez ces individus, malgré un quotient intellectuel dans la moyenne (Streissguth, 2004 ; Mattson, Crocker, & Nguyen, 2011). Ces difficultés se présentent par des troubles de mémoire, une difficulté à prendre des décisions, à résoudre des problèmes, à apprendre de leurs erreurs, à avoir un jugement adéquat et à faire des liens entre leurs actions et les conséquences qui en découlent. Ces fonctions cognitives sont pourtant essentielles à l'adaptation d'un comportement socialement adéquat et à l'atteinte de certains buts en psychothérapie. Brown (2017) propose d'adapter les buts thérapeutiques et les attentes envers l'individu en tenant compte de ces déficits.

Les **fonctions adaptatives** (ou comportements adaptatifs) sont aussi fréquemment dysfonctionnelles (Jirikowic, Kartin, & Olson, 2008). Comme ces personnes requièrent du soutien pour accomplir leurs tâches quotidiennes, elles sont souvent étiquetées comme étant lâches ou n'étant pas assez autonomes. Lors de la thérapie, il est essentiel de reconnaître le rôle de ces déficits pour comprendre la problématique et les défis auxquels ces personnes sont confrontées chaque

jour. Divers autres troubles comme la suggestibilité et la fabulation peuvent influencer négativement le processus thérapeutique (J. Brown et al., 2017; N. N. Brown, Gudjonsson, & Connor, 2011). Les personnes atteintes du TSAF sont reconnues comme étant facilement manipulables et peuvent changer leur point de vue pour plaire. Il est donc primordial pour le thérapeute d'en être conscient lors de ses interactions avec cette clientèle (Brown et al., 2011).

Les **troubles d'apprentissage** peuvent aussi amener une difficulté à généraliser les acquis, c'est-à-dire à appliquer les nouvelles connaissances dans un autre environnement ou à une autre situation (Cook et al., 2015). Brown (2017) recommande la répétition des informations et de les clarifier au besoin. La constance entre les divers environnements de la personne peut aussi aider à la généralisation des concepts appris en thérapie. Leur **difficulté à comprendre l'information et les troubles communicationnels ou langagiers** nécessitent l'utilisation de termes simples et concrets de la part du thérapeute (Jeffery, 2010).

#### 1.2.2 Psychothérapie auprès des enfants ayant un TSAF et un trauma complexe

Zarnegar et al. (2016) ont réalisé une recherche clinique auprès de 10 enfants adoptés ayant vécu des traumatismes et ayant un TSAF en comorbidité avec lesquels une approche adaptée du *Child-Parent Psychotherapy (CPP)* a été utilisée pendant 6 mois. La CPP est une intervention clinique où la première partie de la thérapie est psychoéducatrice auprès du parent. Les séances se font en présence du parent et celui-ci est invité à la co-création de la nouvelle narration des événements traumatiques avec son enfant. Le jeu prend une place importante dans ce type d'intervention (Sayder, 2010). Les résultats de Zarnegar et al. (2016) ont montré des améliorations au niveau des habiletés motrices, communicationnelles, cognitives et adaptatives.

Comme expliqué précédemment, la recension d'écrits de Petrenko (2015) ainsi que la recherche de Zarnegar et al., (2016), malgré la petite taille de l'échantillon de cette dernière, montrent que les individus vivant avec le TSAF ont des dommages cognitifs permanents, mais que certaines thérapies pourraient tout de même contribuer à améliorer plusieurs fonctions cognitives.

Dans sa recension des écrits sur les diverses interventions auprès des enfants avec le TSAF et leur famille, Petrenko (2015) explique l'importance de recourir à des interventions adaptées au profil des personnes ayant un TSAF pour traiter les traumatismes de cette population. Sa recension fait état de méthodes d'intervention, qui ne sont pas détaillées ici, puisqu'elles ne sont pas de type psychothérapeutique. Il s'agit plutôt de coaching familial, d'entraînement à la lecture ou aux mathématiques. Tout de même, une des conclusions de cette recension est, entre autres, l'importance de continuer la recherche sur l'intervention pour répondre aux traumatismes des enfants ayant un TSAF, d'où la pertinence de la présente recherche.

Une recherche utilisant l'approche phénoménologique a été publiée récemment au Royaume-Uni (Wingfield & Gurney-Smith, 2018), qui explore l'expérience de la PDD pour 12 parents adoptifs dans le cadre d'entrevues semi-dirigées. Les parents devaient avoir fait un minimum de 6 sessions dans les douze derniers mois et avoir un enfant de moins de 18 ans. Les chercheurs ont recruté les parents en contactant des thérapeutes du réseau PDD, qui à leur tour ont transmis l'information aux clients qui pouvaient contacter les chercheurs par eux-mêmes. Une des limites de cette étude est que les diagnostics ou les problématiques des enfants ne sont pas mentionnés.

Majoritairement, les parents interrogés dans cette étude ont apprécié plusieurs éléments de la PDD, en particulier le fait que cette approche tienne compte des troubles neurocognitifs liés au trauma de leur enfant. De plus, les participants mentionnent avoir maintenant plus d'**empathie** pour leur enfant, car ils comprennent mieux l'impact du trauma sur le développement neurologique de l'enfant et ainsi sur les comportements qui en découlent. Tous, sauf un parent, ont constaté des changements positifs chez leur enfant tels qu'une meilleure **régulation des affects**, une meilleure **acceptation du réconfort** et une amélioration de la **résolution des conflits**. Wingfield et Gurney-Smith (2018) identifient le besoin de plus de recherches sur l'utilisation de la PDD.

## Conclusion du chapitre

Tel que vu dans ce chapitre, les parents d'enfants avec le TSAF et le trauma complexe ont une expérience quotidienne très difficile. Peu de recherches explorent le lien entre le trauma complexe et le TSAF malgré une relation apparente pour la majorité de ces enfants. De plus, vu la similarité des symptômes, ces conditions peuvent être confondues. Comme mentionné, plusieurs chercheurs expriment la pertinence de développer des interventions adaptées au TSAF pour traiter leurs traumatismes. La PDD est explorée ici comme forme d'intervention psychothérapeutique pour les familles d'enfant ayant un TSAF et un trauma complexe.

## CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL ET DESCRIPTION DE LA PDD

Ce chapitre aborde le cadre conceptuel utilisé dans la présente recherche. Il s'appuie sur les fondements théoriques de la PDD puisque c'est à partir de ces éléments théoriques que l'expérience des parents rencontrés a été analysée. La PDD s'appuie sur la théorie de l'attachement et sur le concept d'intersubjectivité ainsi que sur la relation parent/enfant, en particulier comment le parent doit adapter sa parentalité pour réduire les séquelles liées au trauma complexe de son enfant. Dans ce chapitre, l'historique, les buts de la PDD ainsi que les fondements théoriques seront expliqués. Par la suite, les diverses techniques de la PDD seront abordées. Finalement, une critique de la PDD sera présentée.

### 2.1 Psychothérapie dyadique développementale

#### 2.1.1 Historique et buts

La psychothérapie dyadique développementale (PDD) a été développée par Dan Hugues dans les années 1980 et 1990 en réponse aux besoins des enfants adoptés afin qu'ils puissent mieux s'adapter à leur nouveau milieu de vie. Cette forme de thérapie n'a pas été créée pour les enfants ayant un TSAF, mais plutôt pour les enfants ayant un trauma complexe (Hugues, 2007).

*DDP as a therapy has a central treatment goal to facilitate attachment security between the child and parents. This is achieved by using here and now intersubjective experiences in the therapy room to discover positive qualities in the child, provide emotional regulation, and facilitate a new understanding of why the child has needed to use distrustful, defensive and controlling behaviours in order to keep safe. (p.20)*

Brièvement, à travers l'utilisation de diverses techniques qui seront expliquées ultérieurement, les buts de la thérapie sont que l'enfant démontre une meilleure autorégulation de ses affects, soit en mesure de guérir de ses blessures passées et puisse trouver les relations plus

faciles (Hughes, Golding, & Hudson, 2015a). La PDD n'est pas un programme d'intervention avec une planification de séances prédéfinie. C'est une approche de psychothérapie qui utilise la dyade parent-enfant comme outil d'intervention principale.

## **2.2 Fondements théoriques**

### 2.2.1 L'attachement

La PDD se base sur la théorie de l'attachement, élaborée par John Bowlby et bonifiée par Mary Ainsworth (Bretherton, 1992). La théorie de l'attachement explique que les expériences entre le jeune enfant et son parent influenceront le développement de l'enfant et sa capacité à avoir des relations saines à long terme. La théorie de l'attachement propose quatre types d'attachement. L'attachement sécurisant se crée lorsque le parent (ou la figure d'attachement) est disponible physiquement et émotionnellement pour répondre aux besoins de l'enfant. Celui-ci apprendra à faire confiance et que le monde est un endroit sécuritaire. Lorsque le processus d'attachement est entravé, l'enfant peut avoir un type d'attachement non sécurisant, soit ambivalent, évitant ou désorganisé (Bretherton, 1992; Hugues, 2007).

La sécurité d'attachement peut être entravée par les expériences pré et postnatales de l'enfant et par le trauma complexe. Le trauma complexe affecte le type d'attachement et la relation avec autrui (Godbout et al., 2018). Dans un contexte où l'enfant a vécu de la maltraitance et de la négligence, l'enfant ne peut se tourner vers une figure parentale sécuritaire et constante. Ces enfants vont aussi avoir une mauvaise estime de soi et ne pas se sentir digne d'amour. Ainsi, même si l'enfant est adopté par des parents aimants, les relations parent/enfant peuvent continuer à être difficiles puisqu'il a appris que les personnes ne sont pas fiables et sécuritaires. Ainsi, l'approche

PDD vise à améliorer la sécurité de l'attachement dans un contexte de trauma complexe (Hughes, Golding, & Hudson, 2015b). L'enfant doit apprendre à se sentir en sécurité avec le parent, apprendre à lui faire confiance et à se tourner vers lui pour du réconfort. La relation d'attachement parent/enfant est le modèle sur lequel l'enfant basera ses relations futures avec autrui.

### 2.2.3 L'intersubjectivité

L'intersubjectivité (ou *intersubjective communication*) est un autre fondement théorique sous-jacent à la PDD. Elle est décrite comme suit :

*Intersubjective communication involves the sharing of experiences when each one is open to both influencing and being influenced by the experience of others. [...] It is reciprocal sharing that enables individuals to thrive within intimate relationship without losing their uniqueness. [...] When families communicate intersubjectivity, they are able to develop the uniqueness of the individual family member, while at the same time, deepening the safety, joy, and companionship that can emerge within attachment security. (Hughes, 2007, p.16)*

L'intersubjectivité est aussi un des fondements de la régulation de l'affect. Elle est décrite comme étant une façon pour la thérapeute et pour le parent de refléter l'émotion de l'enfant pour lui communiquer empathie et compréhension. Généralement, l'enfant pourra ensuite être capable de réduire l'intensité de cette émotion et à la fois être en mesure de comprendre son origine. L'intersubjectivité se construit à travers l'attention commune, lorsque l'enfant et le parent partagent une activité et y portent une attention commune. Selon la théorie de l'attachement, c'est aussi lorsque le parent répond adéquatement aux besoins de l'enfant (sommeil, faim, réconfort), ce qui permet à l'enfant de créer une sécurité d'attachement en diminuant sa détresse ressentie; il apprend qu'il peut avoir confiance en son parent, que celui-ci sera présent pour répondre à ses besoins. Par l'intersubjectivité, l'enfant développe sa conscience de lui-même et des autres. La PDD encourage donc les parents à utiliser l'intersubjectivité pour développer un attachement sécurisant avec l'enfant.

#### 2.2.4 PACE

PACE est l'acronyme de *Playfulness, Acceptation, Curiosity, Empathy* que nous avons traduit librement par plaisir/enjouement, acceptation, curiosité et empathie. PACE est une « façon d'être » autant pour le parent que pour la thérapeute auprès de l'enfant, et autant à la maison qu'en thérapie. L'approche PACE, développée par Hugues (2007), est fondamentale dans la façon d'interagir entre le parent, la psychothérapeute<sup>7</sup> et l'enfant en PDD.

#### ***Plaisir/enjouement***

Cet aspect vise à permettre à l'enfant et au parent de se sentir bien ensemble et en sécurité. Les enfants ayant un trauma complexe ont de la difficulté avec les émotions négatives, mais peuvent aussi être inconfortables avec les émotions positives telles que la joie, l'excitation et les démonstrations d'affection, et ce, peu importe l'intensité. L'attitude d'enjouement démontrée par l'adulte permet à l'enfant d'explorer cette expérience petit à petit. Lorsqu'un enfant joue et se sent bien, il est aussi plus ouvert à l'autre et moins sur la défensive. Cette attitude peut aussi être utilisée pour apporter un climat plus agréable dans le foyer (Hugues, 2007). Par exemple, le parent est encouragé à utiliser le jeu pour développer l'attachement et l'humour pour répondre à l'enfant. La PDD n'est pas à proprement dit une thérapie par le jeu, mais celui-ci peut tout de même être incorporé à cette forme de thérapie.

---

<sup>7</sup> La forme féminine de psychothérapeute ou thérapeute sera privilégiée tout au long du mémoire, puisque les psychothérapeutes sont généralement des femmes.

### **Acceptation**

L'acceptation inconditionnelle de l'enfant est cruciale pour qu'il puisse se sentir en sécurité. Les comportements problématiques peuvent être corrigés ou limités, mais l'enfant lui-même n'est pas « jugé ». Ses sentiments, ses pensées, ses perceptions et ses motivations ne sont pas évalués, mais acceptés par l'adulte. Les enfants ayant un trauma complexe vivent souvent beaucoup de honte par rapport à eux-mêmes. L'acceptation vise à modifier cette perception. L'enfant peut ressentir de la culpabilité, signifiant « j'ai fait quelque chose de mal », face à son comportement afin de le modifier et non de la honte, signifiant « je suis mauvais ». Le but est aussi d'amener l'enfant à savoir que même si son comportement n'est pas adéquat, sa relation avec son parent n'est pas remise en question (Hugues, 2007). Par exemple, l'enfant qui cache de la nourriture ne sera pas « gronder » pour ses gestes mais la situation sera discutée avec le parent en étant curieux sur les causes du comportement.

### **Curiosité**

La curiosité est une posture où le parent autant que la psychothérapeute démontrent qu'ils cherchent à comprendre de façon authentique l'expérience de l'enfant. L'objectif n'est pas de tenter d'obtenir de l'information, mais plutôt de comprendre comment l'enfant a organisé les événements dans sa tête et comment il les interprète. C'est aussi une façon de regarder les comportements inadéquats et de tenter de comprendre la signification qui se cache derrière. Cette posture et technique vise entre autres à ce que l'enfant commence à se questionner lui-même sur sa vie intérieure, ce qui est souvent difficile pour ces enfants (Hugues, 2007). La thérapeute pourra dire par exemple : « Je me demande ce qui fait que tu as ressenti le besoin de cacher de la nourriture? Peut-être que c'est encore difficile pour toi d'avoir confiance qu'il y aura assez de nourriture pour

tous dans ta nouvelle maison? » Cette façon de faire et d'être est sécurisante pour l'enfant et l'amène à évaluer lui-même son comportement en y jetant un regard curieux.

### **Empathie**

Le parent et la thérapeute démontrent de l'empathie lorsqu'ils s'intéressent au vécu de l'enfant, à sa détresse et lui démontrent de la compassion. Ceci confirme à l'enfant que l'adulte est prêt à simplement être à ses côtés lorsqu'il témoigne de la détresse. L'adulte communique de façon verbale et non verbale qu'il a de l'empathie et que l'enfant n'est pas seul devant sa détresse. Cette attitude empathique permet à l'enfant de voir que le problème à surmonter n'est pas trop grand pour l'adulte, et que celui-ci l'accompagne dans ce vécu (Hugues, 2007). Si l'enfant revient de l'école avec une note disant qu'il a crié après son enseignant, par exemple, le parent ne va pas punir l'enfant mais va plutôt utiliser une approche empathique pour le soutenir. En reflétant une émotion inquiète avec son visage, le parent pourrait dire : « Oh non! Il semble que ce fut une journée difficile pour toi à l'école aujourd'hui? » Ce qui aidera l'enfant à vouloir communiquer, à voir que le parent comprend ses difficultés et veut le soutenir dans ce qu'il vit.

## **2.3 Déroulement et techniques PDD**

Les premières séances ont une dimension psychoéducative auprès du parent sur l'impact du trauma complexe chez l'enfant (Hugues, 2015). Selon la PDD, il est primordial que le parent comprenne les comportements inadéquats de l'enfant comme des symptômes du trauma complexe pour être en mesure d'intervenir auprès de lui de façon empathique et adéquate. Ainsi, avant de commencer la thérapie avec l'enfant, la thérapeute réalise plusieurs séances seule avec le parent. L'histoire d'attachement du parent est explorée et des liens se font entre ses propres réactions aux comportements de son enfant et sa propre enfance. Le parent a ainsi l'opportunité de mieux se

comprendre et d'avoir les outils pour développer un attachement sécurisant avec l'enfant et à réagir avec empathie aux comportements inadéquats (Golding, 2017). De plus, être le parent d'un enfant avec des grandes difficultés comportementales et émotionnelles peut être très stressant, ce que reconnaît la PDD (Wright, 2009). Un modèle a été développé par Dan Hugues, le *blocked care*, expliquant que certains parents se retrouvent à ne plus être dans une relation empathique envers leur enfant malgré tous leurs efforts fournis par ceux-ci, le manque de réciprocité dans la relation génère un stress inouï (Golding, 2008). La relation avec l'enfant devient très tendue et le parent continuera de donner des soins à l'enfant mais sans expérimenter la joie et la satisfaction qui viennent normalement avec le rôle parental. Par les diverses techniques, la PDD tente d'aider le parent à retrouver sa capacité à connecter avec l'enfant malgré ces défis d'attachement (Golding, 2017).

Lorsque le parent est émotionnellement prêt et d'un commun accord avec la thérapeute, les séances avec le parent et l'enfant peuvent commencer. Les séances avec l'enfant sont toujours en présence du parent et la PDD est surtout basée sur la conversation entre le parent, l'enfant et la thérapeute. Toutefois, beaucoup de latitude est laissée à la thérapeute afin de permettre à l'enfant de jouer en même temps ou de bouger tout en parlant. Les séances sont généralement organisées autour d'une discussion sur le vécu de l'enfant ou sur les difficultés du moment, toujours en utilisant l'approche PACE.

Certaines techniques propres à la PDD ont été développées spécifiquement pour pallier aux difficultés des enfants ayant un trauma complexe, comme leur difficulté à s'exprimer et à avoir de l'introspection. Ainsi, les techniques « parler pour » et « parler de » en sont de bons exemples.

« Parler de » est lorsque le parent ou le thérapeute parle de l'enfant avec l'autre adulte devant ce dernier. Ceci permet à l'enfant d'entendre un point de vue sans être trop émotionnellement engagé. Par exemple, le thérapeute pourrait dire au parent: « C'est certain que comme Tim a vécu dans beaucoup de familles dans le passé, c'est possiblement difficile pour lui de faire confiance. » Tim, n'étant pas apte à exprimer ou même comprendre cette causalité par lui-même, peut mieux se comprendre en entendant la thérapeute parler de lui. De la même façon, la thérapeute peut utiliser « parler pour » où elle dira à l'enfant : « J'ai l'impression que tu dois te dire : “J'ai vécu avec tant de familles, c'est difficile maintenant de faire confiance...” » Parfois, la thérapeute peut aussi parler au parent comme s'il était l'enfant pour aider l'enfant à mettre des mots sur ce qu'il ressent. Cette technique aide aussi le parent à mieux comprendre la vie intérieure de l'enfant et ainsi être plus empathique à son égard. Ces discussions ont pour but d'aider le parent et l'enfant à mieux se comprendre mutuellement, à ce que l'enfant puisse mieux s'exprimer et à ce que l'adulte réponde avec empathie. Par exemple, lorsqu'un enfant vole souvent dû à un historique de négligence, la majorité des parents répondraient par des conséquences. En PDD, la thérapeute reprendra cette situation et explorera avec la dyade parent-enfant les causes possibles de ce comportement et pourra aider le parent à répondre à ce comportement avec empathie et curiosité. Cette approche voit la relation parent/enfant comme source de guérison pour l'enfant; on tente alors d'améliorer celle-ci par la communication et une réponse adéquate aux besoins d'un enfant ayant un trauma complexe.

## **2.4 Critique de la PDD**

Jean Mercer est une psychologue américaine qui affiche ouvertement qu'elle dévoue sa retraite à critiquer publiquement diverses formes de thérapies (Hughes et al., 2015a ; Mercer, 2014). Elle critique principalement les méthodes visant à améliorer l'attachement, particulièrement lorsque ces

méthodes se disent basées sur des données probantes. Elle critique non seulement la PDD, mais aussi d'autres programmes comme *ATTACH* et *Circle of Security* en soulignant que ces thérapies ne s'appuient pas sur des données probantes (Mercer, 2015; Pignotti & Mercer, 2007). En réponse à sa critique, le *Dyadic Developmental Psychotherapy Institute* (DDPI) a publié une déclaration (DDPI Board, 2014). Le DDPI dénonce le manque de rigueur de Mercer dans sa description de l'approche, entre autres, lorsqu'elle parle de l'utilisation du toucher de l'enfant et le compare au *holding therapy*, qui est une technique utilisée aux États-Unis où l'on force l'enfant ayant des troubles d'attachement à se faire prendre dans les bras de l'adulte (Mercer, 2014). En aucun cas la PDD n'encourage ce type de pratique. Le DDPI reconnaît le besoin de réaliser plus de recherches pour dire que la PDD est basée sur des données probantes, mais juge tout de même que cette approche se fonde sur des concepts théoriques déjà bien documentés telles que l'empathie, l'intersubjectivité, l'impact du trauma sur l'attachement et le développement de l'enfant. Le DDPI encourage l'étude de son modèle pour en éprouver l'efficacité, ce qui nous a d'ailleurs inspirée à vouloir mieux comprendre l'expérience des parents de cette forme de thérapie.

## Conclusion du chapitre

La PDD a été créée en réponse aux besoins des enfants ayant un trauma complexe (Hugues, 2007). Ces enfants ont toutefois des difficultés et manifestations très similaires au TSAF et c'est aussi une comorbidité commune (TSAF et trauma complexe). De là l'importance d'explorer l'expérience d'une forme de psychothérapie qui tienne compte des troubles neurodéveloppementaux en lien avec le trauma complexe, et possiblement aussi le TSAF. L'expérience des parents peut nous informer sur l'adéquation de ce type d'intervention pour leur

famille. Les fondements théoriques de la PDD sont basée sur l'attachement, la relation parent/enfant et la communication intersubjective (Hugues, 2007). Ces assises théoriques orientent l'analyse des résultats de la présente recherche. De plus, comme les diverses techniques PDD visent à améliorer la compréhension qu'a le parent des défis émotionnels et neurodéveloppementaux de l'enfant ayant un trauma complexe afin d'adapter sa parentalité, il est intéressant d'explorer si ce changement de parentalité peut aussi aider les parents des enfants qui ont aussi un TSAF. C'est donc à travers les fondements théoriques de la PDD que nous pouvons voir si, selon les parents rencontrés, les objectifs de cette méthode sont atteints.

## CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre porte sur les divers aspects méthodologiques de la présente recherche. Nous présenterons les objectifs, le devis de recherche, les outils de cueillette de données, le recrutement et l'échantillon. Ensuite seront présentées la procédure de collecte et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

### 3.1 Objectifs

Cette recherche vise à mieux comprendre l'expérience de la PDD pour les parents ayant un enfant avec un TSAF et un trauma complexe en comorbidité. Rappelons qu'une seule recherche portant sur les interventions pour le TSAF et le trauma a été recensée, mais utilisant la CPP et non la PDD (Zarnegar et al., 2016). De manière plus spécifique, cette recherche vise à explorer la satisfaction des parents de la thérapie, leur point de vue quant aux bienfaits et limites de la PDD pour les enfants ayant un TSAF et un trauma complexe, ainsi que leurs recommandations quant aux adaptations ou améliorations possibles selon leur expérience de la PDD.

### 3.2 Devis de recherche

Une recherche de type phénoménologique a été privilégiée pour cette étude, plus particulièrement l'*Interpretative Phenomenological Analysis* ou IPA, telle que décrite par Smith, (2009). L'IPA est une approche de recherche qualitative qui vise à étudier le sens que les gens donnent à leur expérience d'un phénomène particulier. L'IPA utilise normalement des échantillons assez petits et homogènes afin de pouvoir examiner les similitudes et différences avec plus de détails (Smith, 2009). Le participant est vu comme étant l'expert de son expérience et le chercheur

doit avoir une posture naïve et curieuse sur ce que partage le sujet. L'IPA accorde beaucoup d'importance à la relation de confiance entre le chercheur et le participant et se définit comme une méthode orientée vers le participant (Smith, 2009). Le but est que le participant en arrive à exprimer son histoire à sa façon et dans ses propres mots et que le chercheur arrive à se « mettre dans la peau » de celui-ci. Ce qui caractérise l'IPA, entre autres, est sa double herméneutique, où le chercheur tente de faire sens du discours du participant, qui lui-même tente de faire sens de son expérience ou de son univers. Dans le cas de notre étude, nous cherchons à explorer le sens que le parent donne à son expérience de la thérapie et non son opinion sur les détails techniques de la thérapie (durée, protocole, etc.).

### **3.3 Outil de collecte de données : Entrevue semi-dirigée**

En cohérence avec l'IPA, l'entrevue semi-dirigée a été privilégiée pour cette recherche. Une fiche de données sociodémographiques était donnée aux parents avant l'entrevue afin de colliger certaines informations (Annexe 1). Le guide d'entrevue, développé pour les fins de la présente recherche, avait deux parties (Annexe 2). La partie 1 de l'entrevue portait sur le portrait familial, l'histoire de celle-ci et ce qui avait amené les parents à consulter en PDD. La partie 2 questionnait le parent sur son expérience générale de la thérapie, sa relation avec la thérapeute ainsi que sur les changements produits par cette expérience. De plus, les parents ont été questionnés sur leur opinion face à l'adéquation de la PDD pour leur enfant malgré un diagnostic de TSAF. En guise de conclusion, nous avons demandé si ceux-ci voulaient ajouter quoi que ce soit à ces informations.

### 3.4 Les procédures de collecte de données

L'affiche de recrutement (Annexe 3) a été envoyée à plusieurs regroupements en Ontario dont le réseau TSAF Ontario, *Adopt4Life* et directement à plusieurs psychothérapeutes qui sont formés en PDD. Deux de nos collègues du *Ottawa Center for Attachment and Trauma Therapy* (OCATT) ont envoyé l'affiche à leurs anciens clients. Les critères d'inclusion à la recherche étaient que les familles aient un enfant avec un TSAF et un trauma complexe et qu'elles aient participé à un minimum de six séances de PDD. Certaines familles nous ont contactée mais ne répondaient pas aux critères. Toutes les entrevues ont été réalisées avec des clients de OCATT. Il fut difficile de trouver des personnes qui répondaient aux critères et qui étaient disponibles pour une entrevue car plusieurs des familles contactées par nos collègues étaient soit en situation de crise ou avaient vécu un bris de placement. Cinq familles ont été rencontrées, dont une dans les locaux de OCATT et toutes les autres par téléphone. L'entrevue en personne était avec les deux parents tandis que les autres se sont faites avec un seul parent (trois mères et un père). Les entrevues ont duré entre 45 et 70 minutes et ont toutes été enregistrées sur support audio numérique.

### 3.5 Description de l'échantillon

Afin de préserver la confidentialité des participants, puisque la communauté de personnes vivant avec le TSAF à Ottawa et les environs est relativement petite, plutôt que de présenter les caractéristiques individuelles de chaque famille rencontrée, il a été choisi de présenter les caractéristiques de l'échantillon dans son ensemble. Les cinq familles rencontrées sont toutes des familles adoptives mais deux des familles ont aussi des enfants biologiques. Dans un cas, il s'agit des grands-parents biologiques des enfants. Les parents rencontrés avaient entre 32 et 56 ans au moment de l'entrevue. Ce sont pour la majorité des professionnels de la santé, des services sociaux

ou éducatifs avec des salaires de ménage annuels entre 90 000\$ et 130 000\$. Les familles ont entre deux et trois enfants; deux des familles avaient un seul enfant atteint du TSAF et les trois autres avaient deux ou trois enfants atteints. Les enfants ont tous des diagnostics de TSAF ainsi qu'un diagnostic de TSPT, ou du moins, un historique confirmé de traumatismes infantiles. Plusieurs autres diagnostics s'ajoutent à ceux-ci tels que l'anxiété, le TDAH et des troubles de l'attachement, du traitement sensoriel et d'apprentissage. La plupart des enfants ont vécu plusieurs des expériences d'adversité suivantes : abus physiques, abandons, négligence, abus sexuels, placements multiples et bris d'adoption. Au moment de l'entrevue, les enfants atteints du TSAF avaient entre 10 et 19 ans, mais ils étaient plus jeunes<sup>8</sup> lors de la thérapie. Les participants ont tous reçu des services de PDD dans les deux dernières années précédant l'entrevue.

### 3.6 Stratégie d'analyse

Cette recherche s'est inspirée d'un guide sur l'utilisation de l'IPA qui propose une méthode d'analyse des données (Alase, 2017). Tout d'abord, nous avons procédé à l'écoute des entrevues, ainsi que leur transcription en verbatim et la lecture flottante de ceux-ci au moins trois fois. Comme le propose l'IPA, nous avons ensuite tenter de trouver les unités de sens, c'est-à-dire de trouver l'idée du participant pour chaque extrait d'entrevue. Le codage s'est ensuite fait en trois étapes :

1. Tout d'abord, nous avons transformé les longues réponses des participants en unités de sens.
2. Ces unités de sens ont ensuite été regroupés en thèmes.

---

<sup>8</sup> L'âge de majorité en Ontario est de 19 ans.

3. Ensuite, nous avons regroupé à nouveau en très peu d'unités qui sont les grands thèmes de la recherche.

Nous avons 48 unités de sens dans la première analyse, ce qui a été réduit considérablement en quatre thèmes principaux et 19 sous-thèmes par la suite. La dernière phase de l'analyse selon l'IPA est la création d'un long paragraphe pour exprimer ce que les participants ont vécu (le quoi ?) et le comment du phénomène (de quelle façon ?), faisant ainsi ressortir l'essence du phénomène étudié. Pour chaque unité de sens, nous avons associé les extraits d'entrevue et créer un court texte pour exprimer le sens. Les unités de sens ont été mis en ordre chronologique afin de structurer les résultats, soit, avant la thérapie, la thérapie elle-même, les bienfaits et ensuite les limites.

### **3.7 Les considérations éthiques**

Une demande de certification éthique a été déposée au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Annexe 4). Le consentement a été obtenu avant la recherche par une conversation téléphonique d'environ 15 minutes pour expliquer la recherche, ses limites et les mesures mises en place pour assurer la confidentialité. Le formulaire de consentement a aussi été envoyé préalablement à l'entrevue, par courriel pour permettre aux participants d'en prendre connaissance (Annexe 5). Chaque participant pouvait se retirer du processus à tout moment durant la durée de l'étude mais aucun ne s'est retiré. Le consentement libre et éclairé a été obtenu par la lecture et la signature du formulaire de consentement. Le formulaire signé a été envoyé par courriel avant l'entrevue. Il est aussi à noter que les risques liés à la participation à l'étude sont minimaux puisque la population étudiée sont des adultes aptes et ne sont donc pas considérés comme une population vulnérable.

Selon les principes de justice et d'équité de l'Énoncé politique des Trois conseils (EPTC2, 2018), aucune personne intéressée à participer au projet n'a été refusée pour des motifs discriminatoires. De plus, la diffusion des données de recherche était ici importante à discuter avec les participants, vu la petite taille de la communauté de parents avec un enfant ayant un TSAF à Ottawa. Pour assurer le respect de leur vie privée et leur confidentialité, il a été convenu que les données sociodémographiques soient présentées sous forme d'ensemble et non par cas. Lors de la transcription des entrevues, les noms ont été changés pour préserver l'anonymat. De plus, chaque participant a pu donner son avis sur la diffusion des résultats, surtout que les participants sont anglophones et que le présent mémoire est écrit en français. Il a été convenu avec les participants qu'une vidéo en anglais sera envoyée avec les principaux résultats ainsi qu'un résumé bref écrit de ceux-ci. Les citations des entrevues du présent mémoire ont aussi été traduites en français, pour plus de cohérence.

Une autre considération éthique est le fait que nous sommes psychothérapeute travaillant dans la région d'Ottawa auprès des familles vivant avec le TSAF. Conséquemment, nous n'avons pas interrogé de parents qui ont été préalablement nos clients, ni ceux qui l'étaient au moment de la collecte de données. Une entente a aussi été convenue avec les familles participant à la recherche que la présente recherche ne serait pas discutée s'il arrivait de nous croiser dans une rencontre communautaire. Pour éviter les biais liés à l'analyse des données, un soutien et conseil constant de la part de la directrice du mémoire a permis de vérifier les résultats préliminaires et les biais possible liés au rôle de psychothérapeute de la chercheure.

## CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Cette section présente les résultats des entrevues qualitatives faites auprès des parents qui ont partagé leur expérience de la PDD avec leur enfant. Certaines données sur les situations familiales avant la thérapie seront d'abord présentées. Ensuite seront présentés les bienfaits autant pour les parents que pour l'enfant, l'appréciation générale de la PDD et les limites de celle-ci, toujours selon la perspective du parent. Finalement, quelques autres formes de soutiens rapportés par les parents pour leur enfant ayant un TSAF et un trauma complexe seront mentionnés.

### 4.1 Processus avant la thérapie

#### 4.1.1 Situation familiale avant la thérapie

Trois familles rencontrées ont témoigné d'une situation familiale très pénible avant de commencer la thérapie. En effet, plusieurs ont mentionné que la santé mentale des deux parents autant que celle des frères et sœurs de la famille étaient en péril. Deux des familles vivaient de la violence de la part de leurs enfants affectés par le TSAF et craignaient pour leur sécurité physique, au point où ils ne savaient pas s'ils seraient en mesure de garder l'enfant à la maison. Une mère a témoigné qu'à un certain point, elle a aussi considéré la possibilité de placer l'enfant temporairement étant donné l'ampleur de ses difficultés. Celle-ci était particulièrement concernée par le fait que son autre enfant ayant aussi un TSAF était témoin des épisodes de violence physique et verbale perpétrée par sa fille à son égard. Plusieurs parents mentionnent que le foyer familial n'était plus un endroit sécuritaire physiquement et émotionnellement pour tous les membres de la famille.

Pour deux des cinq familles, le motif de consultation était de simplement garder la famille ensemble, sous le même toit. Les comportements des enfants étaient assez extrêmes tels que la

destruction de matériel à la maison, les fugues, les comportements sexuels inappropriés, les comportements d'automutilation et des crises sévères parfois quotidiennes. Une de ces deux familles a décrit les premiers mois suite à l'adoption comme un « vrai enfer ». Chacune des familles, dans ses propres mots, a témoigné d'un climat familial très négatif et pour certains parfois même violent émotionnellement, verbalement et physiquement :

Vous savez, quand nous avons commencé à travailler avec Lauri<sup>9</sup> [la psychothérapeute], nous étions rendus au point où Josh était dans le bureau du directeur tous les jours, parfois plusieurs fois par jour. Il se battait à l'école. Notre vie de famille était volatile. À l'époque, il n'était pas violent. Il était comme verbalement agressif. C'était juste, comme le niveau de tension... c'était juste, c'était dur. (Diane)

#### 4.1.2 Manque de connaissances sur le TSAF / Trauma complexe et manque de soutien

Au moment de l'adoption, la majorité des familles ne savaient pas si leurs enfants avaient été exposés à l'alcool pendant la grossesse. Une seule famille, qui sont les grands-parents biologiques de l'enfant, connaissaient bien l'historique de l'enfant et savaient que la mère avait consommé de l'alcool durant sa grossesse. La majorité des familles ont témoigné que les intervenants de la protection de l'enfance impliqués dans l'adoption manquaient de transparence face au risque que l'enfant ait pu être exposé à l'alcool pendant la grossesse ou du moins le minimisait. De plus, selon ce que les participants ont rapportés, les parents avaient peu ou pas de connaissance sur le TSAF et le trauma. Selon eux, les cours de préparation donnés par la Société d'aide à l'enfance (SAE)<sup>10</sup> leur ont donné des informations mais ne les ont pas adéquatement préparés à éduquer un enfant avec le TSAF. Tel que rapporté, ce manque de connaissances a grandement compliqué la situation

---

<sup>9</sup> Les noms des psychothérapeutes et de tous les membres des familles ont été modifiés pour préserver la confidentialité.

<sup>10</sup> La Société d'aide à l'enfance (SAE) en Ontario est l'équivalent du Directeur de la protection de la jeunesse au Québec.

car les parents devaient faire l'apprentissage de ces problématiques et par la même occasion apprendre à adapter leur parentalité aux besoins de leur enfant. « Comme ouais, avant que nous n'adoptions, je ne savais rien, rien sur le TSAF et je n'étais pas éduqué à ce sujet, tu sais, quand un enfant a un traumatisme. » (Mike) De plus, plusieurs parents avaient suivi des formations, comme PRIDE<sup>11</sup>, mais n'avaient pas réalisé l'ampleur des défis auxquels ils auraient à faire face et le type de réseau dont ils auraient besoin :

À l'époque, nous avions l'impression d'être préparés. Avec le recul, nous n'étions donc pas préparés. Nous ne comprenions certainement pas les traumatismes développementaux. Nous avions un solide soutien familial autour de nous. Mais, nous ne disposions pas d'un solide réseau compétent pour l'adoption autour de nous. Nous l'avons maintenant, mais nous ne l'avions pas à l'époque. (Diane)

Nous devons aussi mentionner que malgré la violence que vivaient certains parents, les participants ont rapporté qu'il fut difficile d'obtenir de l'aide de la part de la SAE même si toutes les adoptions se sont faites par leur intermédiaire. Par exemple, ce parent explique son expérience :

Ma fille était violente depuis qu'elle avait sept ans. Et je l'ai signalé depuis qu'elle avait sept ans. Par exemple, nous parlons avant l'adoption. Et personne ne fournissait de soutien. Je disais: « Eh bien, que dois-je faire? » Et ils changeaient de sujet. J'ai dit: « Eh bien, pouvez-vous me montrer comment la maintenir en toute sécurité? » Ils changeaient de sujet. « Eh bien, comment puis-je arrêter ça? » Ils changeraient de sujet, non? Donc, même quand je venais et que, vous savez, étant couverte d'ecchymoses, ils changeaient toujours de sujet. Donc, ils m'ont donné, vous savez, un cours d'une heure sur la résolution non violente des conflits parce que, bien sûr, cela résoudra le problème parce que, vous savez, tout est de ma faute. (Nancy)

Selon plusieurs familles, malgré la volonté à aller chercher de l'aide et à bien se préparer à l'adoption, le système de protection de l'enfance ainsi que les ressources mises en place ne semblaient pas toujours adéquates pour les aider à faire face à ce type de défis. Selon les dires d'une mère, elle voulait garder sa fille mais elle avait grandement besoin d'être comprise et qu'on

---

<sup>11</sup> PRIDE est un cours de préparation à l'adoption donné par la SAE. Pour plus d'informations, voir : <https://secure.adoptontario.ca/pride.main.aspx>

lui donne les outils pour passer au travers de ces difficultés. Tel que perçu par les participants, comme l'entourage de la famille et la communauté professionnelle ont aussi peu d'information sur le TSAF et le trauma, ces familles se sentent souvent incomprises, ce qui contribue au sentiment d'isolement :

Et il y a beaucoup de honte et de stigmatisation impliquées. C'est de la honte et de la stigmatisation, mais j'avais l'impression d'essayer également de protéger nos enfants. C'est difficile à comprendre pour quelqu'un qui ne comprend pas l'attachement et l'adoption et certainement pas le TSAF. Et donc, même si nous avons beaucoup de soutien familial, vous savez, vous êtes prudents quant à ce que vous laissez vraiment les gens voir et à quel point vous laissez entrer les gens. Nous nous sentions isolés; nous nous sentions seuls; nous nous sentions comme si c'était trop pour nous. (Diane)

Tel que perçu par ces familles, leur situation est hors du commun et qu'il y a un grand risque de jugement des autres dû aux comportements parfois extrêmes des enfants, ces familles ne peuvent pas aller vers leur réseau de soutien habituel, de là le besoin de trouver des services qui peuvent comprendre l'ampleur des difficultés qu'ils peuvent vivre.

#### 4.1.3 Autres formes de thérapies essayées

Toutes les familles ont essayé maintes thérapies (p.ex. thérapie de type cognitive comportementale, art thérapie et thérapie de groupe) avant de trouver une forme de psychothérapie qui fonctionne pour leurs besoins et qui tient compte du TSAF et du trauma complexe. Dans une des entrevues, le parent raconte que son enfant avait reçu maintes thérapies avant son adoption et que cet enfant s'opposait à y retourner maintenant qu'il était adopté.

Trois autres parents ont longuement décrit le processus pénible à travers lequel ils ont dû passer avant de trouver une thérapie adaptée au trauma complexe et au TSAF. Tous les trois ont eu des thérapies qui ont même été vécues très difficilement :

Alors, nous avons essayé plusieurs thérapies différentes et, oui, elles ne fonctionnaient pas. En fait, nous trouvions que ces thérapies la rendaient encore plus fâchée et amenaient encore plus de violence. Alors nous avons décidé de la retirer de celles-ci complètement et de considérer une autre sorte de thérapie. (Nancy)

Les autres thérapies essayées étaient basées sur des approches cognitives comportementales<sup>12</sup>.

Lors de ces expériences, les parents décrivent s'être souvent sentis blâmés dans leur parentalité. Par exemple, Nancy raconte comment les thérapeutes la blâmait souvent pour les difficultés de l'enfant et lui disaient de passer plus de temps avec sa fille ou de faire plus de bricolage avec elle. Comme cette mère explique, c'était bien la perception de l'enfant que les parents ne faisaient pas assez de bricolage avec elle. Toutefois, en réalité, la mère explique que la majorité des ressources de la famille visaient à tenter de gérer les besoins et les comportements de cette enfant. Celle-ci passait beaucoup de temps avec sa fille selon ce qu'elle rapporte. Selon la participante, le TSAF et les troubles d'attachement de cet enfant apportaient chez elle une perspective erronée mais dont les thérapeutes ne tenaient pas compte. Le manque de compréhension de la part des thérapeutes et le blâme qui était mis sur les parents a été très difficile à vivre selon les participants.

Une autre famille rapporte que c'est plutôt l'enfant qui était blâmé par le thérapeute pour ses comportements :

Donc, les thérapeutes que nous voyions avant... C'était une approche du point de vue que Madison avait besoin d'avoir les bons outils autour d'elle. Et qu'elle devait apprendre par les conséquences, tu sais, toute cette modification de comportements standards, Pavlov. (James)

---

<sup>12</sup> Les prémisses de cette approche sous-entendent que les enfants vont apprendre de leurs erreurs et que d'offrir des récompenses ou punitions va amener un changement, tandis que les approches basées sur le TSAF ou le trauma complexe tiennent compte des difficultés neurodéveloppementales et émotionnelles de l'enfant (Mignot, Vonder, & Haelewyck, 2011).

Nous pouvons voir ici que ces approches, qui n'étaient pas adaptées au trauma complexe et au TSAF, ont augmenté la honte ressentie autant chez le parent que chez l'enfant. Selon les familles rencontrées, le fait de ne pas recevoir de soutien d'une thérapeute ayant des connaissances sur le TSAF et le trauma complexe a été dommageable. Tel que mentionné dans le cadre conceptuel, il est important d'éviter de blâmer l'enfant puisque la majorité d'entre eux vivent déjà avec beaucoup de honte. Ils ont besoin d'avoir des adultes autour d'eux qui comprennent leurs besoins et sont curieux quant aux sources des comportements inadéquats (Hugues, 2007).

Un autre aspect mentionné par deux familles est que pour avoir des services thérapeutiques pour l'enfant, le parent devait suivre des cours de parentalité qui ne sont toutefois pas adaptés au TSAF et au trauma complexe :

Parce que même dans tous ces cours de parentalité auxquels je devais assister pour que mon enfant puisse obtenir des services... le cours d'art, les cours d'art-thérapie... les cours de parentalité auxquels je devais assister pour qu'elle puisse aller au Western Carleton Resource Centre [sic] étaient tous très cognitif-comportementaux. «Vous devez être cohérents. Vous devez avoir des conséquences logiques. Vous devez... » duh duh duh, non? C'est donc ce qui a été renforcé. Et puis, vous savez, vous vous sentez un peu comme un mauvais parent quand vous faites autre chose. Mais vous savez, à ce stade, en quelque sorte, vous savez, vous avez tendance à avoir une assez bonne idée que cela ne fonctionne pas, non? Vous pouvez tout enlever à mon enfant et cela ne changerait pas son comportement. (Nancy)

Le parent exprime que ces cours renforcent une parentalité axée sur l'approche cognitive comportementale et qu'on peut se sentir mal de faire autre chose même si on sait que cette approche ne fonctionne pas avec ces enfants. Cette mère savait que ce n'était pas la bonne approche, mais ne savait pas où trouver des services de thérapie prenant en compte le TSAF et le trauma complexe. Plusieurs décrivent que ces programmes ne sont pas conçus pour les troubles neurodéveloppementaux et font vivre un sentiment d'échec chez le parent :

Donc, comme nous avons fait le programme *Stepping Stones* de *Triple P*. C'est comme, pourquoi pas? Et il y a juste cette nuance dans toutes ces choses que vous n'êtes pas un parent correct, ou que vous n'êtes pas assez bien comme parent. Donc, je veux dire, comme je suis sûr que nous avons pris un peu du programme *Triple P*. Ce n'est pas un mauvais programme. Mais essayer de dire: « Oh, c'est parce que vous devez être parent d'une certaine manière », sans reconnaître l'aspect neurodéveloppemental qui se produit ici pour ces enfants, et quel est le portrait global de l'enfant. Je pense que c'était dommageable pour nos enfants, et c'était certainement dommageable pour nous en tant que parents. Vous doutez de vous. Vous vous sentez comme si vous échouiez envers votre enfant. J'avais l'impression de laisser tomber mes enfants, vous savez, et je sentais cela même si nous commençons à être vraiment équipés et vraiment bien informés. (Diane)

Selon un autre parent, lui et sa femme ne saisissaient tout simplement pas les différences entre les diverses approches :

Nous ne comprenions pas les différentes techniques que les thérapeutes utilisent. Nous les comprenons beaucoup mieux maintenant. Tu sais, de notre point de vue, c'était que OCATT comprenne la partie du trauma, c'était clé. (James)

Bien que le canevas d'entrevue ne portait sur les expériences antérieures de thérapies, trois des familles ont longuement parlé des difficultés que cela avaient apporté à leur famille. Il semble que ceci fut une expérience traumatique de leur cheminement en tant que parent d'un enfant avec ces besoins particuliers. Les propos rapportés par les parents rencontrés démontrent que les autres approches échouent à comprendre les besoins de ces familles et de leurs enfants.

#### 4.1.4 Préparation à l'adoption avec la PDD

Il semble pertinent de mentionner l'accent qu'ont mis deux participants sur les bénéfices d'avoir commencé la thérapie avant même d'accueillir l'enfant, afin de se préparer adéquatement et de savoir à quoi s'attendre. Ces deux familles ont adopté plus récemment que les trois autres, et ce fut fortement recommandé par la SAE de suivre cette thérapie, vu l'historique de maltraitance et d'abandon de ces enfants avant leur placement. Pour une des mères, il semble que d'avoir commencé la thérapie avant même d'accueillir l'enfant a fait toute la différence, mais aussi d'avoir eu une thérapeute avec l'expertise en trauma complexe et en TSAF :

Comme, je pense que si nous n'avions pas eu ce soutien dès le début, comme je l'ai dit, je pense que nous serions allés beaucoup plus vers une discipline comme la parentalité traditionnelle. Et comme, je ne vois pas que cela aurait eu un effet positif sur le renforcement de la confiance ou de l'attachement et la relation. (Mary)

D'avoir eu ce soutien dès le début a, selon la perspective des deux parents, contribué à prévenir bien des difficultés pour leur famille et facilité l'intégration de l'enfant. Comme la PDD commence normalement par la préparation du parent et l'exploration de leurs propres blessures d'attachement, les parents se sont ainsi sentis mieux préparés. Les trois autres participants étaient en détresse lorsqu'ils ont commencé la thérapie, alors celle-ci était davantage orientée vers la gestion de crise que la famille vivait à ce moment, selon leur perception.

#### **4.2 Bienfaits de la PDD**

Le processus même de la thérapie a peu été abordé par les parents. Ces derniers ont plutôt parlé des diverses retombées de la thérapie pour leur famille, soit tant pour les enfants et pour eux-mêmes, en tant que parents. Tout d'abord, plusieurs des bienfaits de la thérapie chez l'enfant sont présentés, dont une meilleure régulation émotionnelle, l'utilisation des stratégies de gestion des émotions ainsi que la réduction de la honte. Selon les parents, les bienfaits se situent surtout au niveau d'une meilleure compréhension des effets du TSAF et du trauma complexe sur le fonctionnement de leur enfant. Cette nouvelle perspective a permis une parentalité plus adaptée aux besoins de leurs enfants, et ce, par l'utilisation des stratégies propres à la PDD. Le soutien des thérapeutes dans la régulation émotionnelle des parents a également été cruciale selon eux. Ces diverses améliorations ont finalement permis de renouveler l'espoir chez ces parents et ont amené une plus grande acceptation des défis de leurs enfants.

#### 4.2.1 Bienfaits pour l'enfant

##### **Régulation émotionnelle de l'enfant**

Les deux familles qui ont vécu un placement plus récent et qui ont commencé la thérapie avant l'adoption rapportent de grands changements au niveau de la capacité de leur enfant à se calmer lors des crises :

Quand elle est arrivée au début, nous avions ... elle avait des ennuis ou quelque chose et cela lui prenait une heure à 3 heures pour se calmer, elle s'asseyait dans un coin de sa chambre et elle se calmait et cela prenait jusqu'à 3 heures. Cela prend maintenant 5 à 10 minutes. (Diane)

Mais, oui, comme, il est beaucoup plus stable maintenant. Et c'était, même probablement après le premier, je ne sais pas environ six mois, que les choses se sont calmées beaucoup plus. Nous avons encore des périodes avec quelques crises, comme je pense que le premier Noël où il était ici, nous en avons eu un peu à cette époque. Mais après le deuxième Noël, je ne pense pas que nous en ayons eues. Et nous verrons comment cette année se passe, mais je m'attends à ce que tout se passe bien de nouveau. Eh oui, nous n'avons pratiquement plus aucune de ces crises. (Mary)

Tel que rapporté par les participants, non seulement ces enfants ont une meilleure capacité à se calmer mais ils sont aussi maintenant plus aptes à exprimer une variété d'émotions. Un parent mentionne que son enfant réagissait presque toujours par la colère, plutôt que par diverses émotions telles que la tristesse ou la déception. De plus, il peut être difficile pour ces enfants de faire le lien entre leur comportement et l'émotion sous-jacente. Voici un exemple où le parent raconte que l'enfant arrive maintenant à faire ce lien:

Je pense qu'il est capable de ressentir des sentiments différents maintenant aussi, comme s'il ne se contente pas d'aller immédiatement vers la rage. Comme, il se sentira parfois triste et, ou il pourra nous dire: « J'ai eu une dure journée aujourd'hui, et c'est pourquoi je te crie après », ou quelque chose comme ça. (Mary)

Selon le discours des parents rencontrés, non seulement l'enfant arrive à expérimenter et identifier d'autres émotions, mais il peut aussi en arriver à identifier la cause de son comportement et comment ce dernier peut être lié à son émotion. Une autre famille exprime aussi que l'enfant est plus apte à s'arrêter et à pouvoir réfléchir avant de parler ou d'agir. Tel que mentionné dans le

cadre conceptuel, ces exemples d'améliorations au niveau de la régulation émotionnelle sont un des buts principaux de la PDD. Par un soutien adéquat du parent, l'enfant fait des progrès dans la gestion de ses émotions (Golding & Hugues, 2015).

Diane dit vivre encore de grandes difficultés avec son fils mais comme dans cet extrait, elle voit tout de même les progrès qu'il a fait dans certains domaines :

J'ai tendance à penser, d'accord, alors où en serions-nous si nous n'avions pas fait tout ce que nous avons fait au cours des quatre dernières années? Parce que le revers de la médaille est, il est au secondaire. Il est en classe tous les jours. Il est généralement coopératif et accommodant et travaille en classe à l'école. Il suit un curriculum modifié, un curriculum fortement modifié. Mais vous savez, je suis en contact régulier avec ses professeurs et le directeur adjoint, et vous savez, ce n'est pas le gamin qui se rend au bureau du directeur tous les jours à cause de problèmes de comportement. (Diane)

### ***L'enfant utilise des stratégies de gestion des émotions et accepte l'aide***

Les parents donnent plusieurs exemples où les enfants semblent montrer une meilleure acceptation de l'aide et du réconfort apportés par le parent. « Elle a dit je ne sais pas pourquoi, mais c'est la première fois en 11 ans que je demande à quelqu'un comme ça de m'aider dans ma lecture. » (Mike) Cette même enfant est aussi plus ouverte à ce que ses parents aillent la voir lorsqu'elle est fâchée et elle permet à ses parents de la réconforter.

La majorité des parents expriment que leur enfant a maintenant de meilleures stratégies d'adaptation. En effet, ils sont plus en mesure de faire face aux situations difficiles puisqu'ils ont les outils pour y arriver, mais aussi parce qu'ils sont en mesure d'accepter qu'ils aient besoin de ces outils.

Elle vient d'accepter que « cela » (référence aux traumatismes) s'est produit et je ne peux pas le fuir maintenant. Je dois trouver des stratégies qui me permettent de faire face à cela. Et c'est absolument à cause du travail qu'Anne [la psychothérapeute] a fait avec elle. (James)

Comme le mentionne un parent, la thérapie aide l'enfant à avoir les outils nécessaires pour faire face aux défis quotidiens :

Ils ont besoin de stratégies d'adaptation lorsque des situations surviennent et lorsqu'ils n'en ont pas, c'est à ce moment-là qu'ils sont traumatisés. C'est donc là que nous voyons cette thérapie comme étant si efficace. (James)

Selon les dires des parents, bien que ces enfants continuent d'avoir des émotions intenses à gérer, ils sont capables d'avoir des réactions plus saines face aux tracas quotidiens. Par exemple, en faisant référence à la réponse combat-fuite<sup>13</sup>, le père explique que ces réactions sont encore là mais qu'elles se sont modifiées :

Nous parlons toujours de choses comme : si tu dois choisir entre courir et frapper, tu veux choisir courir et ne pas frapper. Mais si tu dois choisir de courir, tu dois choisir de courir vers quelqu'un et ne pas de fuir. C'est la terminologie que nous utilisons. C'est vraiment ce sur quoi nous nous concentrons, c'est... Ok, quelles sont les stratégies d'adaptation lorsque nous ressentons des émotions. Nous avons des moyens appropriés pour y faire face. Le défaut de Madison, si vous voulez l'appeler ainsi, c'est qu'elle s'enfuirait toujours, tandis que le défaut de Randy serait d'être assis là et de pleurer. Luke, par défaut devient violent. Du point de vue de Luke, nous avons à peu près maintenant pu changer ceci et il est capable de reconnaître très tôt qu'il doit courir. (James)

L'aspect sensoriel est aussi mentionné dans la gestion des émotions par plusieurs parents, autant comme une barrière aux traitements lorsqu'il y a trop de stimulations<sup>14</sup>, mais aussi par

---

<sup>13</sup> La réponse combat-fuite : selon la théorie du trauma, c'est la réponse physiologique de peur qui commence dans l'amygdale et amène l'individu à avoir une réaction de combat ou de fuite. Par exemple, la personne répondra à un stress en fuyant ou en devenant agressif (Healthline, 2020).

<sup>14</sup> Les difficultés à se concentrer peuvent être exacerbées par trop de stimulations sensorielles.

l'utilisation du mouvement dans la chambre sensorielle<sup>15</sup> pour que les enfants puissent être soit plus ouverts, plus calmes ou être plus en mesure de bien gérer leurs émotions. Ces stratégies utilisées en thérapie sont parfois aussi utilisées à la maison, au quotidien :

Donc, il est très capable de venir me voir un jour où il a vraiment du mal à s'exprimer et de me dire : « Mon corps a besoin de bouger. » Il le reconnaît, et c'est une chose qu'il a appris en travaillant avec Lauri, que son cerveau fonctionne mieux quand son corps bouge. Et donc, il a compris et il sait, assez régulièrement, qu'il sait que s'il peut faire rebondir une balle ou bouger son corps d'une manière rythmique, que ce soit faire rebondir une balle, que ce soit donner un coup de pied au soccer, que ce soit, nommez-le, sautant de haut en bas, qu'il est plus facile pour lui de penser, et il est plus facile pour lui de traiter ses pensées. (Diane)

Les progrès se voient aussi par le fait que les enfants plus en mesure d'exprimer verbalement ce dont ils ont besoin pour réussir, être bien ou de simplement formuler leurs pensées :

Pas seulement pour nous, Madisson est au point maintenant où elle peut communiquer avec nous et à ses employeurs. Elle peut communiquer avec les membres de son église et elle n'a aucun problème avec qui que ce soit à ce point-ci. (James)

La thérapie a, selon les parents, permis une meilleure compréhension pour ces enfants de leurs difficultés et qu'ils puissent aussi les communiquer à l'entourage.

Plusieurs participants mentionnent que les enfants en apprennent davantage sur le fonctionnement de leur cerveau et la réponse combat-fuite. Le fait de mieux comprendre que ces réactions sont en grande partie dues à leur passé et à des choses hors de leur contrôle qui leur sont arrivées permet de réduire la honte qu'ils peuvent ressentir et les aide aussi à mieux comprendre leurs propres réactions à diverses situations.

---

<sup>15</sup> La chambre sensorielle est une pièce disponible à OCATT avec de l'équipement sensoriel tel que des coussins, des trampolines, des tunnels et des tambours. Les enfants peuvent ainsi bouger à leur aise et jouer avec la thérapeute.

Elle [Madisson] est vraiment bonne pour expliquer comment son cerveau fonctionne maintenant et c'est ce que Anne [la psychothérapeute] lui a donné. (Nancy)

Encore ici, cette meilleure compréhension de soi chez l'enfant leur permet aussi d'expliquer aux autres ce qu'ils vivent et ce dont ils ont besoin.

### ***Normalisation de l'expérience et réduction de la honte***

Plusieurs autres bénéfices sont mentionnés par les parents tels que l'importance de normaliser, auprès de l'enfant, les difficultés d'adaptation liées au fait de se joindre à une nouvelle famille. Un parent explique comment la thérapeute rassure l'enfant par rapport à ce qu'il vit en étant dans une nouvelle famille adoptive : « C'est ok et c'est normal que tu aies ces sentiments, nous allons les surmonter ensemble, et nous allons t'aider à apprendre à être dans une famille. »

(Mary)

Selon les participants, les enfants développent une autre vision des événements passés et du quotidien, moins axée sur la honte. Par exemple, une des jeunes filles, âgée de 11 ans lors de l'entrevue, qui autrefois détestait sa mère biologique, a changé sa façon de la voir et d'en parler suite à la thérapie. Son discours est plus positif et empathique à son égard. Tel que mentionné dans le cadre conceptuel, les enfants ayant un trauma complexe vivent souvent de la honte face aux abus dont ils ne sont pourtant pas responsables (Hugues, 2007). Un père explique que sa fille peut maintenant comprendre qu'elle n'est pas responsable des abus subis dans son enfance :

En plus de cela, elle n'a pas eu le choix dans ce domaine, ce n'est pas elle qui a choisi de le faire (en référence aux abus qu'elle a vécus). Elle comprend que cela est dû à des circonstances indépendantes de sa volonté qui ont créé cela. Parce qu'elle comprend la honte et qu'elle n'est pas traumatisée comme avant. (James)

Le sentiment de honte chez les enfants les amène à ne pas être capables de voir leur part de responsabilité dans les situations familiales difficiles. L'approche PACE de la PDD permet d'aborder les sujets difficiles avec l'enfant sans blâme, ce qui permet à celui-ci de rester ouvert émotionnellement durant la conversation et parfois même à ce qu'il puisse reconnaître sa part de responsabilité. Une des mères explique bien un exemple de ceci en thérapie :

Mais j'ai finalement eu l'impression que jeudi dernier, nous avons eu une session avec lui... il voit Lauri chaque semaine... et il était vraiment actif dans la conversation et laissait la conversation sur des choses vraiment difficiles se produire sans aller vers la honte. Et donc, vous savez, ce sont des choses qui... Et cela a suivi un week-end où vous pouvez le voir visiblement essayer. Vous pouviez le voir, vous savez, où il allait dire quelque chose et se rattraper et s'arrêter. Et honnêtement, même ce contrôle des impulsions est énorme pour lui. Donc, vous savez, je mesure les progrès dans ces petits pas. (Diane)

Nous seulement les parents rapportent les bienfaits chez leur enfant mais sont aussi en mesure d'identifier plusieurs bienfaits chez eux aussi. Comme la PDD est dyadique, elle vise l'amélioration de la dyade parent-enfant et non pas tant à changer un seul des membres de la famille.

#### 4.2.2 Bienfaits pour le parent

Les bienfaits de la thérapie pour les parents se situent à plusieurs niveaux, mais l'élément qui semble initiateur de changement positif est qu'ils ont pu développer une meilleure compréhension des effets du trauma complexe et du TSAF sur le fonctionnement de leur enfant. Cette nouvelle vision a, selon les participants, permis de revoir leurs méthodes éducatives pour qu'elles répondent mieux aux besoins de leur enfant, tel qu'il sera discuté plus loin dans ce chapitre. De plus, pour les parents qui avaient déjà commencé à acquérir les connaissances sur une parentalité adaptée au TSAF et au trauma complexe, ils ont pu enfin avoir une personne qui les soutient dans cette démarche. Il semble aussi que ces parents ont pu voir que l'approche utilisée en PDD était le bon « fit » pour leur enfant.

Aussi, une meilleure compréhension des besoins particuliers de l'enfant et une réponse plus adéquate à ceux-ci semblent avoir été en grande partie la clé pour apporter des changements positifs, autant dans la relation parent-enfant que dans le climat familial. Les progrès semblent plus notables aux niveaux relationnel et familial que chez l'enfant lui-même, selon les parents rencontrés. Un meilleur climat familial était le but des parents en commençant la thérapie et est aussi ce pourquoi la PDD a été créée en lien avec le trauma complexe (Hugues, 2007), tel que mentionné dans le cadre conceptuel.

### ***Revoir sa parentalité à la lumière d'une meilleure compréhension du trauma et du TSAF***

Bien que les parents expliquent qu'ils en connaissaient très peu sur le TSAF et le trauma avant le début de la thérapie, par maints exemples, il a été possible de constater à travers les entrevues qu'ils ont maintenant une meilleure compréhension du TSAF et du trauma complexe. Cette nouvelle perspective les a amenés à revoir leur parentalité à divers niveaux :

Donc, cela a absolument changé la façon dont nous sommes parents. Je pense que nous sommes plus informés. Je pense que nous sommes plus éduqués. Je pense que nous avons un meilleur réseau de soutien autour de nous. Je pense que nous sommes beaucoup plus créatifs en termes de stratégies et de recherche de soutien. (Diane)

La thérapie sert particulièrement à apprendre à gérer ce qui se passe avec l'enfant en tant que parent : c'est vraiment cette partie de soutien pour nous, je pense que c'était le plus grand avantage. Oui. Juste être capable de parler de ce qui se passait et d'apprendre à travailler à travers cela en famille, en couple. (Mary)

Nancy et Diane expliquent en termes concrets comment elles adaptent leur parentalité pour les besoins de leurs enfants, autant par l'instauration d'une routine, de rituels familiaux, d'encadrement, et ce, en étant à l'affût des besoins sensoriels de ces derniers :

Nous avons découvert très tôt qu'elle avait besoin de structure, que mes deux enfants avaient besoin de structure. Et si vous leur donnez trois heures de jeu libre comme vous êtes sensé le faire pour un bon développement, ils deviennent fous; comme, ils explosent. (Nancy)

Donc, vous savez, nous avons simplifié l'environnement. Nous avons commencé à introduire plus de stratégies sensorielles dans l'environnement. Nous sommes assez rigides concernant les horaires [rires], en particulier les horaires de coucher et les routines de coucher. Comme, nous avons tellement simplifié. Les activités parascolaires fonctionnent parfois pour nos enfants, parfois non. Les sports d'équipe ne fonctionnent pas. Comme, nous venons de laisser tomber beaucoup de choses. Nous avons beaucoup plus réfléchi à choisir et à choisir les choses que nous faisons et les choses que nous ne faisons pas en famille. Et parfois, cela signifiait, vous savez, nous avons dit non à beaucoup de choses familiales, donc des choses qui sont vraiment stimulantes, écrasantes, qui font vraiment du mal d'un point de vue sensoriel, nous ne le faisons tout simplement pas. La maison a une routine assez fiable et cohérente pour eux comme cela doit être le cas. (Diane)

Les parents expliquent plusieurs des diverses techniques et stratégies qu'ils ont apprises pour adapter leur parentalité aux besoins de leur enfant. Par exemple, ils savent mieux gérer les crises et comprennent mieux les aspects neurologiques de celles-ci :

Une chose que nous avons apprise grâce à la thérapie est qu'une fois leur cerveau est fermé, c'est trop tard. Anne l'appelle, son cerveau va comme ça [Mike montre que la main retourne, s'ouvre<sup>16</sup>], tu vois ce que je veux dire une fois que c'est fait, ça ne sert à rien... tu dois la laisser faire son truc. Donc je ne l'ai pas poussée... (Mike)

Ces explications aident autant le parent que l'enfant à comprendre ce qui se passe dans le cerveau de l'enfant lorsqu'il y a un conflit et permet au parent d'adapter sa façon de réagir.

La communication a été mentionnée par trois participants, tant dans l'utilisation de certains aspects de l'approche PACE que dans les façons de pallier aux problèmes du langage expressif et de la pensée abstraite. Les parents mentionnent diverses façons avec lesquelles ils vont aborder

---

<sup>16</sup> Ceci fait référence à la théorie de « flipping the lid » et le modèle de la main, utilisé par Daniel Seigel dans son livre *The Whole Brain Child*, explique que lorsque la personne a de trop grandes émotions, elle perd le contrôle et ne pense plus de façon logique.

l'enfant par la curiosité, en se questionnant sur les causes du comportement. Ils donnent plusieurs exemples d'adaptations mises en œuvre lors de la thérapie et dans leur quotidien à la maison pour adapter leur parentalité aux troubles de mémoire et à la fabulation, telle que la répétition des attentes. De ce que les parents rapportent, ils savent maintenant que les attentes envers leur enfant doivent tenir compte des dommages cognitifs associés au TSAF. Avant la thérapie, une parentalité plus traditionnelle qui ne tenait pas compte des besoins spéciaux faisait en sorte que les parents n'abordaient pas les comportements inadéquats de la même façon. Une autre des techniques employées par ces parents et vues en thérapie est de revoir des scénarios sociaux avec l'enfant et de les expliquer en détails. Plusieurs parents expliquent que les séances de thérapie se déroulent souvent de manière à leur permettre de discuter d'un événement problématique du quotidien et à ensuite le revoir avec la thérapeute selon l'approche PACE, soit de façon empathique, avec curiosité et sans confrontation. Deux parents ont rapporté pouvoir continuer la discussion dans la voiture à la suite de la séance de thérapie, puisque l'enfant est plus ouvert à communiquer. Mike, un des parents rencontrés, explique qu'il a dû adapter sa façon de communiquer avec sa fille. En effet, il a dû être plus direct et bref en raison des difficultés de compréhension du langage de sa fille. Mike et Evelyn parlent aussi de la technique de « parler de » qui fonctionne très bien avec leur fille. Ils expliquent que la thérapie a permis que leur fille soit plus ouverte. Ils parlent aussi du fait que cette enfant était toujours envoyée dans sa chambre dans les autres familles d'accueil lorsque son comportement n'était pas adéquat et qu'ils savent que ce type de punition ne fonctionne pas avec ces enfants.

Mike explique comment sa conjointe et lui doivent faire attention au fait que certains détails rapportés par l'enfant à propos d'un événement peuvent ne pas être vrais et qu'il est important de

ne pas y accorder trop d'importance. Il s'agit de faire la différence entre un mensonge volontaire et la fabulation. La fabulation a été mentionnée par deux familles comme étant une problématique fréquente chez les personnes ayant un TSAF pour laquelle ils savent maintenant comment intervenir grâce à la thérapie. La fabulation n'est pas un aspect de la PDD mais bien un concept associé au TSAF, ce qui permet de constater que les parents n'apprennent pas seulement sur la trauma complexe mais aussi sur le TSAF lors de la thérapie.

Un autre aspect rapporté par les parents est le niveau de soutien dont leur enfant a besoin. En fait, ces parents sont très investis dans tous les détails de la vie de leur enfant. Une mère en particulier mentionne les succès de sa fille mais explique que ceux-ci sont dus au soutien qu'elle offre à sa fille :

« Donc, Tia semble superficiellement extrêmement... extrêmement performante. Eh bien, oui, superficiellement, elle semble avoir du succès maintenant, pour le monde extérieur, ceux qui ne savent pas ce qui est fait à l'arrière pour la soutenir. Mais elle est diplômée du secondaire, elle a de bonnes notes, elle est dans un programme de métiers, tu sais? Son CV... elle a un CV surprenant. Vous savez, tant que vous ne vous attendez pas à ce qu'elle agisse au même niveau que son CV, son CV est fabuleux. Et en réalité, du moins elle semble se débrouiller seule, non? Mais la majorité d'entre nous savent que je suis en arrière-plan pour tout organiser. » (Nancy)

Les parents témoignent de l'ampleur des difficultés et du niveau de soutien élevé qu'ils doivent procurer à leur enfant pour qu'il puisse bien fonctionner dans le quotidien, d'où l'importance pour la thérapeute de soutenir aussi le parent dans sa tâche.

### ***Régulation émotionnelle des parents***

La PDD implique un travail auprès de la dyade parent-enfant puisqu'elle vise à permettre au parent d'être plus ouvert sur le plan émotionnel face à l'enfant, permettant ainsi d'améliorer leur relation. Les difficultés de comportement de l'enfant peuvent rendre les relations intrafamiliales

très difficiles et le parent se doit de trouver des façons de rester bien et heureux malgré tout. Un des couples rencontrés, Mike et Evelyn, en parlent et expliquent: « Nous avons dû apprendre à nous calmer très rapidement. » (Mike) Evelyn explique « [...] la thérapie nous aide vraiment tous les deux. Eh bien, je sais maintenant que je ne vais pas capoter tout de suite. Je compte jusqu'à 10, puis je parle ».

Deux autres parents expliquent l'importance du soutien de la thérapeute pour être capable de passer au travers des difficultés en normalisant l'expérience de la famille<sup>17</sup> et en utilisant une écoute empathique :

C'est juste qu'elle a été un très bon soutien pour nous, pour le soutien à l'éducation, normalisant ce que nous vivons et pour le soutien à notre fils. C'est vraiment ce type de soutien pour nous, je pense que c'était le plus grand avantage. Oui. Juste être capable de parler de ce qui se passait et d'apprendre à travailler à travers cela en famille, en couple. (Mary)

Donc, elle voit mon fils chaque semaine, puis je la vois en tête-à-tête toutes les deux semaines, car j'ai réalisé que je devais gérer mes propres affaires. Vous savez, il y a votre propre frustration, la gestion de vos propres attentes. Le deuil a été énorme. Vous savez, l'une des plus grandes choses que je pense que Lauri m'a aidée est le chagrin de ce que vous attendez et ce que vous pensez et les espoirs que vous avez pour vos enfants. Et vous venez d'arriver à un endroit différent de la réalité et qu'il y a une réalité différente. Et la colère, pour être honnête. Donc, avoir ce débouché pour moi en tant que parent a certainement été important. Et vraiment juste changer... vous savez, et nous travaillons toujours là-dessus; Patrick et moi travaillons toujours ensemble sur ce sujet en tant que parents... de devoir constamment nous rappeler, comme, nous devons penser à cela en termes de symptômes, pas de comportements, vous savez? Et nous mettre au défi, d'accord, je ne tolérerais pas que quelqu'un d'autre se fâche contre lui pour ça; nous devons, vous savez, nous auto-corriger. (Diane)

Ce soutien est essentiel, selon les principes de la PDD, puisque pour être émotionnellement ouvert à l'autre, le parent doit avoir fait ses propres deuils face aux défis de l'enfant. Comme mentionné dans le cadre conceptuel, éduquer un enfant avec un TSAF et un tréma complexe est

---

<sup>17</sup> Les difficultés peuvent être normalisées par le thérapeute parce qu'elles sont typiques dans un contexte de TSAF et de trauma complexe.

très stressant, d'où l'importance pour le parent d'avoir accès à une personne de confiance pour partager les difficultés et parfois même renouveler l'espoir.

### ***Espoir, joie et acceptation***

Selon la perspective des participants, l'amélioration de la relation parent-enfant par une parentalité pensée autrement et adaptée aux besoins réels des enfants a permis de renouveler l'espoir de ces parents. Dans le cadre conceptuel, c'est ce qui s'appelle l'acceptation (Hugues, 2007). Le parent accepte l'enfant tel qu'il est et adapte sa parentalité aux besoins de celui-ci. On peut aussi constater que ces parents entendent le futur avec un positivisme tout à fait réaliste : « Elle va vraiment bien depuis qu'elle vient (en thérapie). Espérons qu'après Noël, parce que c'est dans deux mois, il y aura encore plus de choses qui vont sortir », exprime Diane en partageant ses espoirs face au fait que sa fille s'exprime plus aisément en thérapie.

Deux participants expriment leur espoir en parlant de la capacité du cerveau à se modifier et des changements positifs qui sont possibles. Un autre père (James) exprime aussi avec insistance les changements qu'il entrevoit pour sa fille : « Regardes bien ça, dans 5 ou 10 ans. Elle peut devenir une personne responsable. Je te le dis! »

## **4.3 Appréciation de la PDD par les parents**

### 4.3.1 Appréciations générales

Au moment de réaliser les entrevues, il était envisagé que les parents utiliseraient plus la terminologie propre à la PDD. Toutefois, seulement à quelques reprises les parents ont donné des

exemples de l'utilisation de PACE et de la technique « parler pour » ou « parler de », sans toutefois les nommer directement. Voici un bon exemple de l'utilisation de la technique de « parler de » :

Genre, juste rencontrer les enfants là où ils sont, donc reconnaître qu'il ne va pas s'ouvrir et parler de ça, mais elle [la thérapeute] peut alors genre, me parler de ça pendant qu'il joue, et il internalise tout ça, évidemment. Ouais et je pense que oui, surtout comme pour le TSAF, sachant comment ça se passe. Comme la plupart des thérapeutes n'ont pas une compréhension du TSAF, comme ils vont traiter certains des symptômes de manière différente, je suppose. Comme les comportements comme mentir et voler et ce genre de choses. Ouais... Différemment. (Marie)

Toutes les familles rapportent avoir eu une bonne expérience de la thérapie et témoignent que cette expérience a été la clé dans l'établissement ou le rétablissement d'un fonctionnement familial sain, malgré les défis liés au TSAF et au trauma complexe. Toutefois, plusieurs reconnaissent que ce n'est pas la seule chose qui a aidé puisque ces familles utilisaient divers moyens en parallèle pour progresser (p.ex. groupe de soutien de parents, formations, Adopt4Life<sup>18</sup>). Selon deux familles, la thérapie a même permis de préserver le placement. Pour une des familles pour qui l'enfant avait eu des bris de placements dans le passé, lorsqu'il leur a été demandé si c'est le fait que l'enfant est enfin dans un environnement stable ou le fait qu'ils ont eu la thérapie qui fait que ce placement fonctionne, elle a répondu qu'en fait, c'est les deux. Toutefois, selon elle, c'est la thérapie qui les a aidés à amener leur enfant à se sentir en sécurité et à ce qu'eux, les parents, sachent comment répondre à ses besoins.

---

<sup>18</sup> *Adopt4Life* est un organisme de soutien ontarien créé pour et par des parents adoptifs. Pour plus d'informations, voir : <http://www.adopt4life.com/>.

#### 4.3.2 Aspect dyadique

Une des familles avait un enfant plus âgé et les parents n'avaient pas assisté à la thérapie<sup>19</sup>. Par contre, pour les quatre autres familles, l'aspect dyadique de la thérapie (c'est-à-dire la présence du parent et de l'enfant durant les séances de thérapie) s'est avéré être la clé de la réussite selon les parents rencontrés. Par plusieurs exemples, ceux-ci expliquent que c'est par leur présence que leur enfant a accepté de collaborer aux séances et que cela a permis une meilleure communication entre toutes les personnes impliquées : thérapeute, enfant et parent. Selon les parents rencontrés, afin de pallier les difficultés de mémoire, de langage et de compréhension de l'enfant, la présence du parent durant les séances de thérapie est primordiale. Comme dans cet exemple, le parent explique l'importance de recadrer les événements puisque l'enfant a possiblement une perspective erronée :

Parce que je ne sais même pas si Kevin... hum, s'exprime beaucoup ou peut parler des choses. Je pense que ça lui ressemblait plus (ce type de thérapie). Comme si vous disiez à Kevin, comme « Comment ça se passe à la maison? » il dirait simplement: « Oh! tout va bien. » Comme il ne le fait pas, il n'est pas vraiment du genre à s'ouvrir. Donc je pense que ça n'aurait pas nécessairement eu le même effet, si nous ne savions pas de quoi ils parlent [le thérapeute et l'enfant], ou même être capable de dire comme : « Oh, Kevin en fait, nous n'avons pas eu une bonne semaine, ceci et cela se sont produits. Parlons de ça à Lauri » (Mary)

L'autre aspect mentionné par une mère est que malgré les troubles neurodéveloppementaux de sa fille et son jeune âge (10 ans à ce moment), l'enfant rencontrait quand même seule sa thérapeute lors d'une thérapie précédant la PDD; pourtant elle avait peu d'introspection et une perspective erronée des événements. De plus, les thérapeutes voulaient assurer la confidentialité à l'enfant, donc la mère en savait peu sur ce qui se passait durant les séances ou était même blâmée pour des comportements jugés inadéquats, selon sa perception.

---

<sup>19</sup> Le parent n'a pas expliqué pourquoi il n'a pas assisté à la thérapie. Il se pourrait que vu l'âge de sa fille (15 ans), celle-ci a demandé à voir la thérapeute seule.

Selon les parents, dans le cadre des thérapies essayées avant la PDD, le manque de collaboration entre les thérapeutes et le parent ne permettait pas de construire un lien basé sur la confiance et ne permettait pas d'avoir l'heure juste non plus sur ce qui se passait vraiment pendant ou entre les séances. L'aspect dyadique de la PDD permet donc l'implication du parent à tous les niveaux. Comme le mentionne Nancy : « Donc, cela m'aide vraiment à être impliquée et à voir ce qu'ils font avec mes enfants et à voir ce qu'ils leur disent. »

Selon ce que les parents ont partagé lors des entrevues, l'aspect dyadique de la PDD semble avoir été un facteur clé dans les bienfaits perçus de cette expérience de thérapie. De plus, l'aspect dyadique a permis l'établissement d'une relation de confiance mutuelle entre le parent et la thérapeute comme expliqué dans la section suivante.

#### 4.3.3 Relation avec le thérapeute

La notion de « fit » entre le thérapeute et le client est primordiale selon la perspective des parents. Pour une famille, c'est plutôt la qualité de la relation entre leur enfant et la thérapeute qui représente un gage que la thérapie peut porter fruit.

Avec chaque client, la relation doit être bonne entre le psychothérapeute et le client. Et je dirais certainement que pour Madisson, oui, absolument, c'était la bonne relation et nous avons vu les bénéfices à cause de ça. (James)

Les familles se sentent acceptées par les thérapeutes et témoignent que leurs enfants aussi se sentent acceptés :

Mais oui, comme elle a cette relation avec lui. Il aime Lauri, il aime aller la voir. C'est un endroit sécuritaire pour lui, il sait qu'elle sait tout, et qu'elle est quand même « ok » avec lui. (Mary)

La confiance est mentionnée comme étant cruciale à la relation et basée sur une communication honnête et transparente :

Comme, je pense que l'une des raisons pour lesquelles Lauri lui convient si bien est parce qu'ils ont bâti ce sentiment d'empathie et de confiance, et elle est l'une de ses personnes de confiance. (Diane)

Deux familles ont pu travailler avec deux thérapeutes différentes de l'OCATT, soit une pour chacun de leurs deux enfants, et ceci a été rapporté comme étant très positif. Avec l'autorisation des parents, les thérapeutes échangeaient entre elles des informations concernant les enfants et adoptaient ainsi une approche similaire avec les deux enfants :

C'est une très bonne situation pour nous, et c'est difficile à trouver. Donc, elles font preuve d'acceptation totale, et les deux fonctionnent selon une philosophie similaire, ce qui est utile. (Nancy)

Une participante mentionne que ses expériences antérieures avec diverses thérapies ont été dommageables et qu'elle a beaucoup de difficulté à faire confiance; pourtant, elle a pu développer cette relation sécuritaire avec ces deux thérapeutes qui, pour elle, ont une pratique basée sur l'intégrité.

#### 4.3.4 Soutien à long terme

Bien qu'il ait été prévu de faire des entrevues avec des familles qui ne sont plus en thérapie, il est apparu évident que les familles considèrent que ce soutien sera présent pour elles à long terme. Certains parents se considèrent seulement en pause alors que d'autres ont réduit le nombre et espacé les séances. Comme les parents reconnaissent les aspects permanents des difficultés familiales, puisque le TSAF est un trouble qui affecte l'individu tout au long de sa vie, les familles ne considèrent pas la PDD comme un service ayant une fin définitive. Il semble que c'est une sorte de filet de sécurité pour eux, comme le mentionne Evelyn : « Comme, si nous arrêtons la thérapie, nous avons besoin de savoir que nous pouvons revenir et recommencer. » Pour plusieurs de ces

familles, la thérapeute fait maintenant partie de leur vie pour les aider à faire face aux situations difficiles liées à leur enfant; c'est un soutien sur lequel ils peuvent toujours compter.

Je pense que le thérapeute fait partie de votre vie pour faire face à ces situations difficiles. Nous devons donc communiquer avec eux et leur dire ce qui se passe. Je ne sais pas si nous avons eu de la chance, mais ça se passe très bien avec Anne [la thérapeute]. (Mike)

#### **4.4 Limites de la PDD selon les parents**

Les participants ont peu élaboré concernant les limites perçues de la PDD ou sur les adaptations requises pour les enfants ayant un TSAF. Les limites ont particulièrement été abordées par le premier participant rencontré puisqu'un de ses trois enfants ayant reçu de la PDD et étant plus lourdement affecté par les répercussions du TSAF n'a pas aussi bien répondu à la PDD que les autres. De concert avec la thérapeute, les parents ont pris la décision d'arrêter la thérapie et de se tourner vers une autre source de soutien. Ce père a identifié les troubles de mémoire, le trouble de langage, la dysmaturité et le fait que la thérapie n'est pas toujours assez concrète comme barrières au bon déroulement de la psychothérapie pour une personne étant lourdement affectée par le TSAF. Une seule autre participante a mentionné les troubles du langage ou la difficulté à mettre le vécu en mots comme pouvant être problématiques, mais selon elle, cela peut être compensé par l'utilisation de la technique « parler pour » et « parler de ». Une autre participante a mentionné la distraction due aux jouets dans la pièce et se questionne si l'enfant aurait pu être en mesure de mieux se concentrer sans ces distractions, malgré qu'elle soit satisfaite de la thérapie. Il est possible que des participants ayant eu une expérience moins positive de la PDD auraient été davantage en mesure d'identifier des limites à cette forme de psychothérapie.

En ce qui concerne les adaptations nécessaires en raison des particularités des personnes ayant un TSAF, une mère mentionne qu'elle ne sait pas exactement comment la PDD est modifiée mais

qu'elle sait que la thérapeute utilise d'autres outils : « Elle apporte toutes ces autres stratégies et perspectives, et regarde la totalité de Josh en tant que personne et quels sont ses besoins. » (Diane)

En fait, selon les parents, d'autres types de soutiens, outre la psychothérapie, ont été aidants pour leur famille, tels que l'ergothérapie, la thérapie par les chevaux, les divers cours et formations offerts aux parents adoptifs ainsi que le soutien d'organismes comme Parrainage Civique (un programme de ressource sur l'alcoolisation fœtale) et les groupes de soutien d'*Adopt4Life*.

## Conclusion du chapitre

Les données tirées des entrevues réalisées montrent que les parents ont été satisfaits de la thérapie et ont pu constater plusieurs bienfaits pour leurs enfants et pour eux-mêmes. La plupart des parents vivaient une situation très difficile à la maison avec des crises, de la violence et des comportements qui compromettaient la santé mentale de tous les membres de la famille. Selon la perspective des parents rencontrés, la PDD a amélioré la régulation émotionnelle de leur enfant, leur capacité à accepter de l'aide et à moins ressentir la honte en temps de conflit. Tel que mentionné dans les entrevues, les parents ont amélioré leurs connaissances sur le TSAF et le trauma complexe à travers l'expérience de la thérapie, ce qui leur a permis d'adapter leur parentalité aux besoins de leur enfant. Malgré les difficultés familiales, tous ces parents expriment l'espoir qu'ils ont pour leurs enfants et font preuve d'un engagement hors du commun.

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Dans ce chapitre, quelques grands constats seront exposés en lien avec l'état des connaissances actuelles concernant l'intervention psychothérapeutique avec des familles dont l'enfant a un TSAF et un trauma complexe. La similitude de l'expérience familiale avec un enfant ayant un trauma complexe par rapport à celle avec un enfant ayant un TSAF sera abordée, pour ensuite discuter de l'adéquation de la PDD pour les enfants ayant un TSAF. L'aspect dyadique de la PDD ainsi que la façon dont les parents ont adapté leur parentalité à la suite de la thérapie seront ensuite présentés. Finalement, la violence de l'enfant envers son parent, ainsi que l'importance de la relation à long terme avec la thérapeute seront discutées.

### 5.1 L'expérience générale des parents rencontrés

La présente recherche visait à explorer l'expérience de la PDD pour des parents ayant un enfant avec le TSAF et le trauma complexe. Tout comme ce qui est rapporté dans la littérature sur la réalité de ces familles (Sanders & Buck, 2010; Phung et al., 2010; Price, 2019), les familles de notre étude rapportent avoir vécu de la violence verbale et physique de la part de leurs enfants, que la santé mentale des membres de leur famille est compromise par la situation et vivent de l'isolement social parce qu'ils se sentent jugés par leurs proches ou dépassés par les événements. L'ampleur de ces difficultés explique le défi d'élever ces enfants en milieu familial et les multiples placements que ces enfants ont vécus, et ce, tant dans les résultats de la présente étude que dans les écrits scientifiques (Sanders & Buck, 2010; Phung et al., 2010; Price, 2019). L'expérience des participants à la présente étude montre l'importance d'avoir des services thérapeutiques qui tiennent compte des dommages cognitifs liés au TSAF et au trauma complexe.

## 5.2 Le TSAF et le trauma complexe : une expérience similaire ?

L'expérience des parents d'enfants avec le TSAF semble très similaire à celle des parents avec un enfant présentant un trauma complexe, à quelques différences près. Dans sa thèse sur les enfants ayant le TSAF et ayant des traumas, Price (2019) affirme que les symptômes sont similaires, mais que la double exposition d'un diagnostic de TSAF et d'un trauma (par opposition à l'exposition à une seule de ces problématiques) entraînerait des complications psychosociales plus sévères pour l'enfant et sa famille. Il avance aussi que le TSAF doit être pris en compte avant d'entreprendre le traitement d'un trauma complexe lors de la planification d'une intervention pour un enfant vivant avec ces deux conditions :

*The main finding of the thesis is that the impact of traumatic childhood experiences on the cognitive and behavioral functioning of children with FASD may be very subtle, especially in terms of cognitive functioning. Clinicians and other professionals should be aware that a history of neglect or abuse does not appear to be a better explanation for cognitive dysfunction or behavioral difficulties than prenatal alcohol exposure. Where children have a history of both exposures, they should primarily be treated as children with FASD, and provided appropriate support and interventions specifically designed for FASD. (Price, 2019, p. 3)*

Cet auteur tire cette conclusion précisément à cause de la nature des éléments thérapeutiques visés par ces interventions :

*Interventions for children who have been maltreated tend to focus on internal and environmental safety, self-regulation, dissociation, interpersonal relationships, self-narratives, dealing with reminders of traumatic events, intimacy and self-esteem (Cook et al., 2017, for a review). Such therapies also deal with behavioural and cognitive functioning and may be useful to some extent in children with FASD, especially if those children also have a history of trauma. However, their focus is one that may not be ideal for children whose deficits are caused by a congenital brain injury. (Price, 2019, p.182)*

Pour Price (2019), le fait que certains parents d'un enfant ayant le TSAF suivent une thérapie basée sur l'attachement et le trauma même si cet enfant n'a pas d'historique de maltraitance, d'abus ou de négligence est problématique. Toutefois, comme aucune intervention

psychothérapeutique n'a été créée spécifiquement pour les enfants ayant un TSAF, la PDD semble avoir été la meilleure approche selon les parents rencontrés dans la présente étude. Par ailleurs, les enfants des familles rencontrées avaient un historique important d'abus et de négligence. Comme mentionné par Price (2019), certains aspects de la thérapie pour composer avec le trauma visent à améliorer les relations interpersonnelles, la régulation émotionnelle et l'estime de soi. Ces éléments thérapeutiques peuvent aussi être abordés pour un enfant ayant un TSAF puisqu'ils sont souvent problématiques chez cette population (Cook, 2015), comme ce fut le cas chez nos participants.

Selon Price (2019), les thérapies pour le trauma complexe se basent sur le vécu de l'enfant tel que la négligence et la maltraitance; toutefois, cet auteur ne semble pas tenir compte des difficultés quotidiennes qu'un enfant avec un TSAF peut vivre et qui peuvent se transformer en traumatismes. Comme le mentionne James, un parent dans notre étude, lorsqu'il raconte que son enfant ne sait pas comment gérer certaines situations, c'est précisément lors de celles-ci que son enfant vit un «re-traumatisme». En effet, nous pouvons nous questionner sur le parcours des enfants ayant un TSAF, à savoir si leurs troubles neurodéveloppementaux en eux-mêmes ne causeraient pas certains traumatismes. Par exemple, le manque de compréhension des troubles de l'enfant par le personnel scolaire et la famille peut mener à des punitions injustifiées, des relations familiales difficiles et des interventions inadéquates. Les enfants ayant un TSAF sont souvent punis pour des comportements qui sont pourtant le résultat de leurs troubles cognitifs. De plus, ils peuvent développer des problèmes d'estime de soi et de l'isolement en raison de la difficulté à maintenir des relations et à suivre le rythme d'apprentissage et de maturation de leurs pairs. N'oublions pas non plus que les individus ayant une EPA sont plus vulnérables au stress et aux troubles de santé mentale sur le plan biologique (Hellemans et al., 2010). Les troubles neurodéveloppementaux

peuvent aussi rendre la relation avec leurs parents traumatique dû aux épisodes de violence verbales ou physiques, comme en témoignent plusieurs de nos participants.

### **5.3 La PDD : adéquate pour le TSAF ?**

Les parents de notre recherche ont témoigné leur appréciation de l'aspect de curiosité de l'approche PACE (Hugues, 2007). Lors du processus thérapeutique, l'accent mis sur la curiosité invite le parent à rechercher la cause d'un comportement sans porter de jugement. Ainsi, la PDD ne va pas automatiquement attribuer la cause d'un comportement aux traumatismes vécus par l'enfant, mais elle encourage plutôt les adultes autour de l'enfant à être curieux par rapport aux comportements de l'enfant tout en tenant compte de ses fonctions cognitives, lesquelles peuvent être altérées tant par le TSAF que par le trauma complexe. Ce qui importe donc sont les connaissances de la thérapeute quant aux diverses manifestations du TSAF et du trauma complexe, afin de pouvoir explorer les diverses causes des problématiques vécues par l'enfant et de choisir les interventions qui s'imposent alors comme étant appropriées. En PDD, le problème n'est pas toujours associé au trauma; c'est une démarche d'exploration entamée avec l'enfant, ou parfois entre la thérapeute et le parent seulement. Par exemple, est-ce que l'enfant a fait une crise après une rencontre bruyante au gymnase parce qu'il y avait trop de stimulation sensorielle ? Était-ce plutôt parce que quelque chose faisait référence à ses traumatismes antérieurs ? Est-ce que le comportement était lié à une difficulté de régulation émotionnelle, laquelle est présente autant chez les personnes avec TSAF que chez celles avec un trauma complexe ? L'intervention qui en découle sera de toute évidence bien différente selon la cause identifiée. Bref, la PDD encourage les adultes autour de l'enfant à être un détective des causes du comportement de l'enfant. C'est souvent en discutant avec l'enfant que les adultes confirmeront la bonne hypothèse. En fait, la PDD reconnaît

que le cerveau des enfants ayant un trauma complexe est différent et qu'il faut tenter de mieux les comprendre, comme plusieurs participants en font mention dans les entrevues.

#### 5.4 Adapter sa parentalité aux troubles cognitifs de l'enfant

Le principal résultat de la présente recherche semble être le fait que les parents ont adapté leur parentalité grâce aux connaissances acquises pendant la PDD sur le TSAF et le trauma complexe. Dans une autre recherche faite au Royaume-Uni, Wingfield et Gruney-Smith (2018) explorent aussi l'expérience des parents par rapport à ce type de psychothérapie. En fait, cette recherche ne met pas du tout l'accent sur les diagnostics des enfants, mais les auteurs discutent tout de même des types de problématiques que rencontrent les adoptés. Ainsi, l'angle pris par Wingfield et Gruney-Smith (2018) est surtout centré sur le processus et l'expérience générale des parents de la PDD tandis que la nôtre est plus en lien avec le diagnostic de TSAF. Toutefois, plusieurs similitudes peuvent être soulevées avec la présente recherche, notamment le changement de parentalité.

Le premier thème rapporté par Wingfield & Gurney-Smith (2018), soit la meilleure compréhension du trauma qui a mené à un changement dans leur parentalité, est très similaire à ce qui ressort des entrevues de la présente étude. De plus, plusieurs parents de l'étude de Wingfield & Gurney-Smith (2018) mentionnent qu'ils reproduisent avec leur enfant le même modèle parental qu'ils ont eu en tant qu'enfant :

*Parents experienced DDP as a very different approach to anything they had tried before. This fits with DDP's development, where Dan Hughes identified that a different approach was required for treatment of developmental trauma (Hughes, 2014). Traditional behavioral approaches are not considered to accommodate the neurodevelopmental effects of maltreatment (Wingfield & Gurney-Smith, 2018, p.13-14).*

Une meilleure compréhension de l'impact neurodéveloppemental du trauma complexe sur leur enfant a permis de repenser leur parentalité ; pour les participants à notre recherche tout comme ceux de la thèse de Wingfield (2017), les approches traditionnelles ayant échoué, la parentalité a dû être repensée en fonction des besoins réels de l'enfant. Selon les participants de la présente recherche et de celle de Wingfield (2017), un changement important a été fait dans la façon dont ils interprétaient les comportements de l'enfant, ceux-ci étaient maintenant vus comme des symptômes des difficultés de développements liés au trauma complexe et au TSAF et non comme de mauvais comportements intentionnels.

### **5.5 Une relation thérapeutique à long terme**

Dans la recherche effectuée par Wingfield (2017), on note chez les participants une difficulté à terminer la thérapie. De même, tous les participants à la présente recherche considèrent cette relation thérapeutique comme un soutien disponible à long terme. Ils semblent que ceux-ci soient rassurés de savoir qu'ils peuvent continuer à avoir du soutien dans le futur. Une des interprétations de Wingfield (2017) est que la difficulté de terminer la thérapie résulterait de l'anxiété des parents à ne pas être équipés pour faire face aux difficultés seuls. Cette auteure avance aussi l'hypothèse que les parents en sont venus à l'acceptation de la permanence des difficultés de leur enfant. Cette seconde hypothèse semble faire sens pour les familles rencontrées dans le cadre de la présente recherche, qui semblent conscientes de la permanence des effets du TSAF et de la possibilité de devoir recevoir du soutien à travers diverses étapes de la vie de leur enfant. Ce constat est important à considérer lors de l'évaluation des besoins à long terme des personnes ayant un TSAF et de leur famille. La thérapeute peut alors devenir non pas un soutien temporaire pour

résoudre les traumatismes, mais bien une personne de confiance pour aider la famille à travers les divers défis liés aux troubles de développement de l'enfant.

## 5.6 Thérapie familiale dyadique

L'aspect dyadique de la thérapie semble avoir été particulièrement apprécié par les parents de notre recherche. Selon nous, il semble que ce soit un facteur important dans l'adéquation de la PDD avec le TSAF. En fait, sans être une adaptation directement liée au TSAF, le fait que la thérapie est dyadique a plusieurs avantages pour une famille ayant un enfant avec cette problématique, qui seront présentés dans cette section. Lorsque l'on prend en compte la fabulation, les troubles de mémoire, et les difficultés de communication de ces individus, des stratégies adaptées s'imposent et la présence du parent est un des ingrédients essentiels pour une thérapie auprès d'un enfant avec le TSAF. L'approche dyadique facilite aussi un changement de parentalité pour pallier aux difficultés du TSAF car les parents sont présents pour voir comment la thérapeute s'y prend avec l'enfant.

### 5.6.1 L'aspect dyadique pour pallier aux troubles cognitifs

Dans leur article sur les défis de la psychothérapie pour des personnes ayant le TSAF, Brown et ses collègues (2017) expliquent les divers aspects de cette condition pour aider les thérapeutes à mieux la comprendre afin de savoir comment pallier les difficultés. L'aspect dyadique de la PDD remédie à plusieurs de ces difficultés telles que la compréhension de l'information et les troubles communicationnels ou langagiers. Comme les parents sont impliqués dans la démarche thérapeutique de leur enfant, ils peuvent expliquer ou reformuler des concepts dans un langage qu'ils savent que ce dernier comprend. Il s'agit parfois aussi de pouvoir utiliser la même

terminologie à la maison que celle utilisée pendant les séances. Les parents rencontrés, en particulier Mike, expliquent que c'est en voyant comment la thérapeute communique avec l'enfant qu'ils peuvent ensuite savoir comment faire pour mieux communiquer avec quelqu'un qui a un TSAF et un trauma complexe. L'importance de ce partenariat entre le parent et la thérapeute permet aussi de soutenir la généralisation des acquis pour l'enfant, car les parents vont souvent poursuivre la discussion après les séances, comme mentionné par plusieurs participants dans notre recherche. Le parent est impliqué dans la thérapie de son enfant, facilitant ainsi un changement de parentalité, ce qui semble avoir été un facteur important pour les parents de notre recherche.

#### 5.6.2 L'aspect dyadique pour encourager la communication intersubjective

Un des buts principaux de PDD est d'établir une communication intersubjective entre le parent et l'enfant (Hugues, 2007). Par le modelage de l'interaction, la thérapeute vise à montrer comment la communication peut être adaptée aux besoins de l'enfant vivant avec un TSAF et un trauma complexe. Lors des séances de thérapie, le dialogue focalise sur l'expérience des participants plutôt que sur les torts de chacun. Comme les personnes ayant un TSAF font souvent de la fabulation ou qu'elles interprètent les situations de façon erronée, le recours à la communication intersubjective permet de mieux comprendre l'interprétation que chacun se fait d'un événement et les émotions qui en découlent. La posture de curiosité de PACE, adoptée par la thérapeute ou le parent, permet de mieux comprendre la perspective de l'enfant. Avec une meilleure compréhension de cette perspective, les adultes peuvent ensuite l'aider à mieux analyser ce qui s'est passé et trouver des solutions aux difficultés rencontrées.

D'autres techniques, comme celle de « parler pour », permettent de pallier les difficultés des enfants à trouver les bons mots pour s'exprimer; cela permet aussi au parent de mieux comprendre les émotions de l'enfant. Lorsque le parent et la thérapeute utilisent la technique « parler de », ils remédient aux difficultés de l'enfant à s'exprimer mais aussi à avoir de l'introspection. Comme le mentionne Mary une participante à la présente étude, parfois, même si l'enfant joue et ne participe pas activement, elle et Lauri parlaient de lui de façon à ce qu'il entende la conversation. Comme elle dit, « *He was taking it all in.* » En entendant une conversation à leur sujet, les enfants peuvent arriver mieux se comprendre. Ces aspects de PDD peuvent être accomplis seulement en présence du parent, de là l'importance de l'aspect dyadique.

#### 5.6.3 L'aspect dyadique pour le soutien au parent

Un aspect important mentionné par les parents rencontrés dans le cadre de la présente étude est celui du soutien au parent lors de la PDD, et ce, parfois lors de rencontres individuelles avec le parent, mais aussi lors des séances dyadiques. Bien que la thérapie mette l'accent sur les besoins émotionnels de l'enfant, ceux du parent sont aussi reconnus et considérés. Dans nos résultats, Diane élabore longuement sur le fait qu'elle a dû elle aussi faire des deuils et avoir du soutien émotionnel de la part de la thérapeute. Trois des participants reconnaissent que la thérapie vise à les aider à savoir comment gérer les comportements de l'enfant mais aussi à pouvoir partager avec une personne digne de confiance les défis auxquels ils font face en tant que parent.

#### 5.6.4 La thérapie dyadique pour prioriser la relation parent-enfant

Finalement, la thérapie dyadique vise à renforcer la relation parent-enfant de manière à ce qu'elle permette à l'enfant de vivre une expérience relationnelle positive et sécurisante, favorisant

ainsi la réduction des séquelles du trauma complexe. Comme le mentionne Zarnegar et al. (2016), malgré de très bonnes interventions en place, c'est la relation avec le donneur de soin principal et sa capacité à offrir un milieu stable et aimant qui permettra la guérison :

*A primary finding of our clinical work (and many other researchers; see above) is that the relational environment of the child is the major mediator of therapeutic experiences. **Children with relational stability and multiple positive, healthy adults invested in their lives improve; children with multiple transitions, chaotic and unpredictable family relationships, and relational poverty do not improve even when provided with the best “evidence-based” therapies.** (gras mis par les auteurs) (Zarnegar et al., 2016, p.252)*

Les recherches sur le TSAF font le même constat par rapport à l'importance d'un milieu familial stable et aimant comme facteur principal pour prévenir les troubles secondaires (Rasmussen, Andrew, Zwaigenbaum, & Tough, 2008; Streissguth et al., 2004). Ces éléments soutiennent l'importance d'une intervention qui implique le parent, qui l'informe et le soutient puisqu'il est le donneur de soin principal pour offrir ce milieu stable. La PDD reconnaît la relation d'attachement avec le parent comme source de guérison pour l'enfant traumatisé, ce qui est aussi bien adapté pour l'enfant ayant un TSAF (Hugues, 2007). Ainsi, même si certains participants ne mentionnent que peu d'amélioration sur le plan des comportements de l'enfant, ils se disent quand même satisfaits de la thérapie. Il semble que leur satisfaction ne passe pas tant par les changements individuels qui peuvent se produire chez l'enfant, mais plutôt par l'effet que peut avoir la thérapie sur la relation parent-enfant. D'ailleurs, même si les parents rencontrés ont vécu de grands défis avec leur enfant, la relation reste prioritaire et importante pour ces parents. L'espoir exprimé dans nos résultats et l'engagement qu'ils ont pour leur enfant s'illustrent à travers tout ce qu'ils font pour s'adapter aux besoins de leur enfant comme de modifier leur approche parentale, et même pour certains, de changer leur emploi, de déménager et même de développer un nouveau réseau de

soutien social. Et comme le dit une de nos participantes, Diane, elle n'a aucun regret d'avoir adopté l'enfant et dit en riant: « Pour toutes les affaires terribles, il y a une aussi de bonnes choses! » Malgré les grandes difficultés, les parents continuent de vouloir soutenir leur enfant et de mettre des stratégies en place pour améliorer le fonctionnement familial, et ce, malgré la violence parfois présente dans la relation.

### 5.7 Violence et agression de l'enfant envers le parent

Un facteur qui a aggravé la situation de crise que vivaient les participants de la présente étude est la violence qu'ils ont subie de la part de leur enfant. Il existe peu de recherches sur le thème de la violence perpétrée par les enfants envers leurs parents. Dans les écrits scientifiques anglophones, ce comportement est appelé de différentes façons telle que *child-to-parent violence*, *parent abuse* ou *child to parent violence and aggression* (Hunter & Nixon, 2012, Thorley & Coates, 2018). Il est généralement admis que cette forme de violence implique un modèle de comportement qui contrôle, contraint et domine le parent et les autres membres de la famille. Ceci entraîne le renversement du rôle parental habituel et de la dynamique de pouvoir (Selwyn & Meakings, 2016). Paterson et al. (2002) définissent le concept de cette manière: « *behaviour is considered to be violent if others in the family feel threatened, intimidated or controlled by it and if they believe they must adjust their own behaviour to accommodate threats or anticipation of violence* » (p. 92). Dans une récente étude qualitative sur l'adoption menée au Royaume-Uni auprès de 90 familles adoptives, ce type de violence a été identifié comme un facteur dans 38 des 45 bris d'adoption et dans 17 des 45 familles où les parents étaient en difficulté (Selwyn & Meakings, 2016). De plus, peu d'interventions et de politiques sont développées en lien avec la violence faite au parent par l'enfant, ce qui devrait pourtant être prioritaire vu les conséquences graves de ce type de

problématique, tels que les bris de placement (Kennair & Mellor, 2007; Holt & Retford, 2013). Ainsi, bien que ce mémoire ne visait pas à analyser cet aspect, il semble que la violence envers le parent a été traumatique pour plusieurs participants. Il est aussi pertinent de mentionner que les parents pour qui cette situation de violence avait été problématique ne l'était plus au moment des entrevues.

## Conclusion du chapitre

Ce chapitre a permis de comparer les écrits scientifiques actuels aux données tirées de la présente recherche en lien avec la psychothérapie pour les enfants ayant un TSAF et un trauma complexe. L'adéquation de la PDD pour les enfants présentant cette double problématique est explorée par le biais de l'expérience des parents. Il en est ressorti que l'aspect dyadique de la thérapie permet au parent de participer à la thérapie, d'apprendre par le modelage de la thérapeute et de pallier aux divers troubles cognitifs de son enfant. De plus, après avoir comparé les écrits scientifiques sur l'expérience des familles dont les enfants ont un trauma complexe et celles dont les enfants ont un TSAF, les similarités sont étonnantes. Or, nous pouvons croire que la PDD peut être adéquate pour les familles ayant un enfant présentant un TSAF.

## Conclusion du mémoire

Cette recherche avait pour but de comprendre l'expérience de la PDD pour des parents d'enfants ayant un TSAF et un trauma complexe. Ce projet s'inscrit dans un contexte où malgré le lien pouvant être établi entre le TSAF et le trauma complexe, peu de recherches se penchent sur cette double problématique. De plus, en réponse aux traumatismes des enfants ayant un TSAF, les bienfaits de la psychothérapie n'ont pas été étudiés, outre par Zarnegar, Hambrick, Perry, Azen, & Peterson (2016). Devant ce « vide scientifique », cette recherche se veut une exploration du point de vue de plusieurs parents ayant bénéficié de la PDD pour les enfants ayant un TSAF et un trauma complexe. Cette étude visait à mieux comprendre les bienfaits et limites de cette forme de thérapie pour les enfants ayant un TSAF puisque la thérapie PDD a été créée d'abord et avant tout pour les enfants ayant un trauma complexe. De plus, nous souhaitons explorer les adaptations ou améliorations proposées par les parents pour que ce type de thérapie soit adaptés pour les besoins de cette population.

Les cinq familles rencontrées étaient toutes des familles qui ont adopté par le biais de la SAE et vivaient plusieurs défis similaires avec leur enfant ayant un TSAF et un trauma complexe. Plusieurs familles ont rapporté avoir vécu des expériences antérieures de thérapie qui ont aggravé la situation familiale, un élément imprévu lors de l'élaboration de cette recherche mais qui nous semble important à prendre en considération. Ceci peut nous amener à penser que plusieurs formes de thérapies peuvent être nocives pour les personnes ayant un TSAF, n'étant simplement pas adaptées à leur profil neurodéveloppemental. Il est donc important pour la communauté professionnelle de comprendre le TSAF, ses répercussions et les types d'interventions à recommander.

Un des principaux résultats se situent dans le changement de parentalité qui a eu lieu à travers le processus thérapeutique de la PDD. Cette thérapie a pour but d'aider les parents à adapter leur parentalité aux dommages cognitifs et émotionnels causés par le trauma complexe, ce qui semble avoir été l'expérience des parents rencontrés. Selon les parents, les changements au niveau de la régulation émotionnelle sont plus notables chez les enfants plus jeunes probablement dû à la plus grande malléabilité du cerveau en bas âge. L'importance de l'aspect dyadique de la PDD a été mentionné de diverses façons par les parents, parce que cet aspect contribue à la confiance mutuelle entre le parent et la thérapeute, mais aussi permet de pallier les difficultés des enfants ayant un TSAF et un trauma complexe. La fabulation, le manque d'introspection et les troubles de mémoire sont des exemples de ces troubles pouvant être pallier par la présence du parent. Bien que nous voulions obtenir plus d'informations sur les adaptations faites à la PDD pour remédier aux difficultés cognitives liées au TSAF, un seul parent en fait brièvement mention; ceci nous pousse à croire que les parents ne sont possiblement pas en mesure de savoir ce qui a été modifié à la PDD. Des entrevues auprès des psychothérapeutes auraient été probablement plus adéquates pour obtenir ce type d'information.

Étant donné notre propre expérience comme psychothérapeute utilisant la PDD auprès d'enfants ayant le TSAF et un trauma complexe, nous avons une bonne connaissance de cette double problématique et de la façon dont la méthode thérapeutique doit être adaptée. Dans notre pratique, nous savons que la PDD n'est pas appliquée comme elle est présentée par Hugues (2007) auprès des enfants ayant un TSAF mais elle est adaptée en fonction des connaissances scientifiques sur le TSAF. Une des mères de notre recherche (Diane) fait référence dans son entrevue au fait qu'elle sait que la thérapeute utilise d'autres outils avec son fils. Bien qu'un sous-objectif de cette

recherche fût de voir si les parents étaient satisfaits de la PDD pour leur enfant avec un TSAF, nous ne pouvons évaluer l'efficacité de la thérapie ni la fiabilité avec laquelle elle a été appliquée, puisque notre recherche n'avait pas une visée évaluative. Ainsi, selon nous, la PDD, développée pour les enfants ayant un trauma complexe, requiert diverses adaptations pour les enfants ayant un TSAF mais offre tout de même un modèle de base intéressant pour cette population. En particulier, l'aspect dyadique et les stratégies de parentalité qui tiennent compte des troubles neurodéveloppementaux. À notre avis, davantage de recherches cliniques devraient être entreprises afin de mesurer l'efficacité de cette méthode thérapeutique auprès des enfants ayant un TSAF et un trauma complexe.

Deux familles de notre échantillon avaient été mieux informés sur l'historique de l'enfant en lien avec l'exposition prénatale à l'alcool et la maltraitance, ces adoptions sont les plus récentes et ces deux familles ont toutes les deux rapportées une moins grande détresse dans leur expérience. Ces parents avaient été encouragés par la SAE à suivre une thérapie spécialisée en trauma complexe. Ceci démontre qu'il est primordial pour la SAE de continuer à faire preuve de transparence lors du placement des enfants, d'offrir de l'information sur le TSAF et le trauma complexe ainsi que de favoriser l'accès à ce type de thérapie pour les enfants ayant cette double problématique.

Un des défis inhérents à cette recherche a été le recrutement de parents qui ont reçu la PDD pour des enfants ayant un TSAF. Le petit échantillon reflète ce défi et n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. Une autre limite de la présente étude est l'âge des enfants ; la plupart étaient adolescents au moment de commencer la thérapie. Il aurait été intéressant de connaître

l'expérience de parents d'enfants plus jeunes afin de savoir si les résultats auraient été différents. Par exemple, dans notre recherche, les améliorations se situent plutôt dans le changement de parentalité et dans l'amélioration de la relation plutôt que chez l'enfant lui-même. Zarnegar et al. (2016) propose que certaines interventions cliniques peuvent aider les enfants ayant un TSAF à améliorer les fonctions cognitives mais leur recherche a été conduite auprès d'enfants d'âge préscolaire. L'intervention précoce seraient sans doute une la meilleure voie pour ces enfants dans la mesure où le placement a été fait durant leur jeune âge.

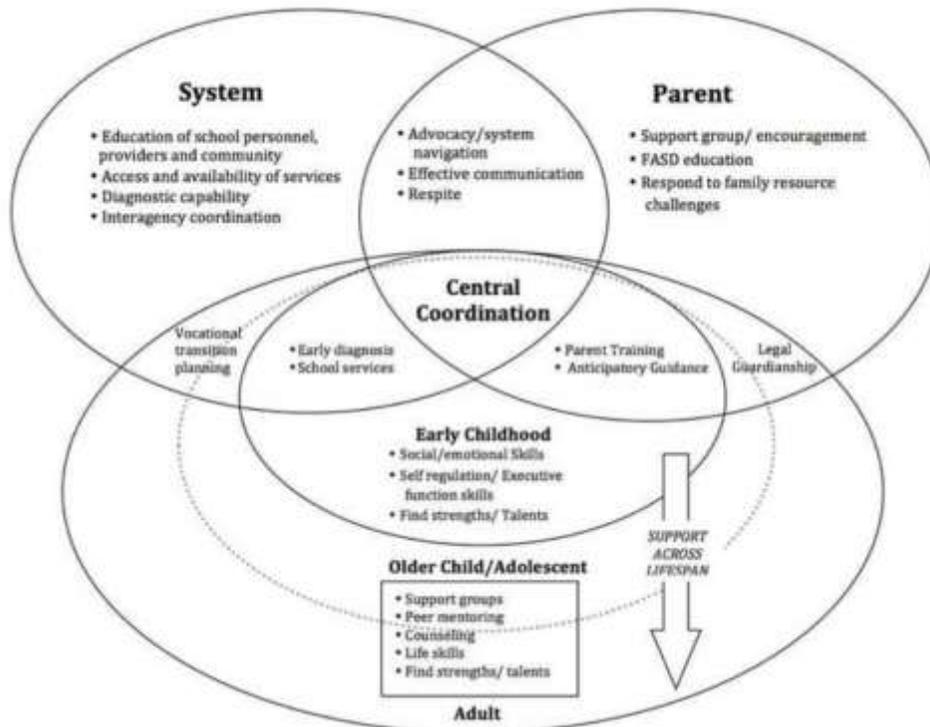
### **L'apport du travail social**

Outre le soutien psychothérapeutique, la PDD reconnaît qu'une approche écosystémique est nécessaire pour soutenir l'enfant ayant un trauma complexe et sa famille (DDP Network, 2020). Au niveau systémique, l'ensemble de la communauté professionnelle en santé mentale, en protection de l'enfance et les équipes scolaires devraient avoir accès aux connaissances nécessaires pour soutenir ces enfants et leur famille. Le rôle des psychothérapeutes au privé se limite à ce qui se passe dans leur bureau, néanmoins, ces familles ont souvent besoin d'une équipe de professionnels pour les soutenir, vu la sévérité des problématiques. Comme le TSAF et le trauma complexe affectent l'individu dans tous les domaines de leur vie, une approche holistique s'impose.

Petrenko et al. (2014) propose un modèle dans la même ligne de pensée que le DDP Network. Ce modèle a été développé à travers une recherche phénoménologique auprès de 25 parents et 18 professionnels aux États-Unis pour identifier les programmes d'interventions pour prévenir les troubles secondaires du TSAF. Ce modèle, présenté ci-dessous à la figure 3, inclut trois aspects principaux : l'enfant, le parent et le système. Ces soutiens entourant le parent et

l'enfant sont offerts dans une perspective développementale où l'enfant a un trouble permanent; ainsi, la planification des services se fait tout au long des diverses étapes de la vie. De plus, l'élément de coordination centrale n'est pas négligeable afin d'assurer une bonne gestion de tous les services autour de la famille.

Figure 3 : *Modèle d'intervention pour le TSAF*



Source: Petrenko, C. L., Tahir, N., Mahoney, E. C., & Chin, N. P. (2014) P. 201

D'ailleurs la recherche de Petrenko et al. (2014) démontre l'importance d'avoir des services pour les enfants mettant l'accent sur les habiletés d'autorégulation et sur le coaching parental. On recommande aussi d'augmenter la capacité diagnostique, puisqu'un diagnostic avant l'âge de 6 ans est un des facteurs les plus importants pour la prévention des troubles secondaires (Streissguth et al., 2004). Le manque de capacité diagnostique en Ontario n'est pas mentionné par les parents de notre recherche, bien que cet aspect ait déjà été mentionné comme étant problématique dans cette

province<sup>20</sup>. À l'adolescence, la thérapie familiale, le mentorat et les groupes de soutien s'avèrent importants selon les participants de l'étude de Petrenko et al. (2014). La transition vers la vie adulte peut aussi être problématique pour ces jeunes; ils auront besoin de diverses ressources telles que des groupes de soutien, des cours d'habiletés de vie, un soutien pour trouver un milieu de vie adapté et de l'appui à la gestion des relations interpersonnelles et amoureuses. Ces divers aspects de la vie des individus avec le TSAF doivent être pris en compte par les parents et les intervenants autour d'eux. Comme la sévérité des troubles neurodéveloppementaux peut être aggravée par le trauma complexe, les enfants doublement exposés (EPA et trauma complexe) doivent aussi être soutenus dans ces divers domaines de vie en tenant compte de l'impact de cette double exposition.

Comme nous avons pu voir, la PDD s'avère un outil intéressant pour les enfants affectés par le TSAF et le trauma complexe et leur famille. Néanmoins, ces familles auront besoin de bien d'autres soutiens communautaires et professionnels afin d'assurer une qualité de vie adéquate pour leur enfant.

---

<sup>20</sup> En 2015, le ministère pour les services aux enfants et adolescents de l'Ontario a été l'hôte d'une table ronde pour mieux comprendre les besoins des personnes avec le TSAF ainsi que ceux de leurs proches aidants.

## RÉFÉRENCES

- Alase, A. (2017). The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 5(2), 9-19
- Anderson, T., Mela, M., & Stewart, M. (2017). The implementation of the 2012 mental health strategy for Canada through the lens of FASD. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(4), 69–81.
- Baugh, L., Bobbitt, S., Andrew, G., Cook, J., Green, C., Pei, J., & Rasmussen, C. (2015). *Caregiver Needs and Stress in Caring for Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorder Lay Summary*. Retrieved from <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/sites/35/2016/05/Survey-Lay-Summary.pdf>
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*.
- Brown, J., Harr, D., Morgan, S., Varga, S., & Fenrich, A. (2017). Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): A call on mental health treatment professionals to become informed Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). *Journal of Psychology and Psychiatry J Psychol Psychiatry*.
- Brown, N. N., Gudjonsson, G., & Connor, P. (2011). Suggestibility and fetal alcohol spectrum disorders: I'll tell you anything you want to hear. *Journal of Psychiatry and Law*.
- CanFASD National Database Newsletters. Repéré à:  
<https://canfasd.ca/topics/diagnosis/#nationaldatabase>
- Chudley, A. E. (2018). *World Health Organization International Study on the Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Canadian Component*. Retrieved from [www.camh.ca](http://www.camh.ca)
- Cook, J. L., Green, C. R., Lilley, C. M., Anderson, S. M., Baldwin, M. E., Chudley, A. E., ... Rosales, T. (2015). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*, 1–7.
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, Delphine, & Hébert, M., (2018). Chapitre 3: Répercussions liées aux traumatismes complexes. Dans *Trauma Complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (Presse de l'Université du Québec).

- Golding, K. S. (2008). Nurturing attachments: Supporting children who are fostered or adopted. *Nurturing Attachments: Supporting Children Who Are Fostered or Adopted*.
- Golding, K. S., & Hugues, D. (2015). *Creating Loving Attachments*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Green, C. R., & Salmon, A. (n.d.). *FASD, Stress and Mental Health*. Retrieved from <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/sites/35/2016/05/FASD-Stress-and-MH-EN.pdf>
- Haley, D. W., Handmaker, N. S., & Lowe, J. (2006). Infant stress reactivity and prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.
- Hellemans, K. G. C., Sliwowska, J. H., Verma, P., & Weinberg, J. (2010). Prenatal alcohol exposure: Fetal programming and later life vulnerability to stress, depression and anxiety disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Hughes, D., Golding, K. S., & Hudson, J. (2015a). Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP): the development of the theory, practice and research base. *Adoption and Fostering*.
- Hughes, D., Golding, K. S., & Hudson, J. (2015b). Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP): the development of the theory, practice and research base. *Adoption & Fostering*, 39(4), 356–365.
- Hugues, D. A. (2007). *Attachment-Focused Family Therapy* (Norton & c).
- Jeffery, M. I. (2010). An Arctic judge's journey with FASD. *Journal of Psychiatry and Law*.
- Jirikowic, T., Chen, M., Nash, J., Gendler, B., & Olson, H. C. (2016). Regulatory Behaviors and Stress Reactivity among Infants at High Risk for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Exploratory Study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*.
- Jirikowic, T., Kartin, D., & Olson, H. C. (2008). Children with fetal alcohol spectrum disorders: A descriptive profile of adaptive function. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
- Mattson, S. N., Crocker, N., & Nguyen, T. T. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: neuropsychological and behavioral features. *Neuropsychology Review*, 21(2), 81–101.
- Mercer, J. (2014). Examining Dyadic Developmental Psychotherapy as a Treatment for Adopted and Foster Children: A Review of Research and Theory. *Research on Social Work Practice*.
- Mercer, J. (2015). Examining Circle of Security™: A Review of Research and Theory. *Research on Social Work Practice*.
- Mignot, J., Vonder, L. Vande, & Haelewyck, M.-C. (2011). Intervention précoce et approche

- cognitivo-comportementale. *Contraste*, 34–35, 271 à 296. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2015-1-page-91.htm>
- Milot, T., Collin-Vézina, Delphine, & Godbout, N. (2018). *Trauma Complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (Presse de l'Université du Québec).
- Mukherjee, R. A. S., Cook, P. A., Norgate, S. H., & Price, A. D. (2019). Neurodevelopmental outcomes in individuals with fetal alcohol spectrum disorder (FASD) with and without exposure to neglect: Clinical cohort data from a national FASD diagnostic clinic. *Alcohol*, 76, 23–28.
- Nunez, K. (2020) *Fight, Flight, Freeze: What This Response Means*. Repéré à : <https://www.healthline.com/health/mental-health/fight-flight-freeze>
- Olson, H. C., & Montague, R. A. (2011). *Prenatal Alcohol Use and FASD: Diagnosis, Assessment and New Directions in Research and Multimodal Treatment, 2011, 64-107*  
*CHAPTER 4 An Innovative Look at Early Intervention for Children Affected by Prenatal Alcohol Exposure.*
- Ordre des psychologues du Québec (2020) Repéré à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->
- Palacios, J., Rolock, N., Selwyn, J., & Barbosa-Ducharme, M. (2018). Adoption Breakdown: Concept, Research, and Implications. *Research on Social Work Practice*.
- Paley, B. (2011). *Early Intervention for Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/877/early-intervention-for-children-with-fetal-alcohol-spectrum-disorders.pdf>
- Pei, J., Job, J., Kully-Martens, K., & Rasmussen, C. (2011). Executive function and memory in children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Child Neuropsychology*.
- Petrenko, C. L. M. (2015). Positive Behavioral Interventions and Family Support for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Current Developmental Disorders Reports*.
- Petrenko, C. L. M., Tahir, N., Erin C. Mahoney, E. C., & Chin, N. P. (2014). A Qualitative Assessment of Program Characteristics for Preventing Secondary Conditions in Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 21(1), e246–e259.
- Phung, M. H., Wallace, L., Alexander, J., & Phung, J. (2011). *Parenting Children with Fetal Alcohol Syndrome Disorders (FASD)*.

- Pignotti, M., & Mercer, J. (2007). Holding Therapy and Dyadic Developmental Psychotherapy Are Not Supported and Acceptable Social Work Interventions: A Systematic Research Synthesis Revisited. *Research on Social Work Practice*.
- Popova, S., Lange, S., Shield, K., Mihic, A., Chudley, A. E., Mukherjee, R. A. S., Rehm, J. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*.
- Price, A. D. (2019). *The impact of traumatic childhood experiences on cognitive and behavioural functioning in children with foetal alcohol spectrum disorders*. (Thèse de doctorat inédite). Univeristy of Salford.
- Rasmussen, C. (2005). Executive Functioning and Working Memory in Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(8), 1359–1367.
- Rasmussen, C., Andrew, G., Zwaigenbaum, L., & Tough, S. (2008). Neurobehavioural outcomes of children with fetal alcohol spectrum disorders: A Canadian perspective. *Paediatrics and Child Health*, 13(3), 185–191.
- Rasmussen, C., Kully-Martens, K., Cui, Y., Tough, S., & Zwaigenbaum, L. (2012). Risk and protective factors for secondary disabilities among children with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.
- Sanders, J. L., & Buck, G. (2010). A long journey: Biological and non-biological parents' experiences raising children with FASD. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*.
- Santé Canada. (2018). (TSAF), Pour les professionnels : trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF). Retrieved from Gouvernement du Canada website:  
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/troubles-spectre-alcoolisation-foetale/professionnels-sante.html>
- Sayder, S. (2010). Psychotherapy with infants and young children: repairing the effects of stress and trauma on early attachment. *Infant Observation*.
- Smith, J., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis* (SAGE).
- Streissguth, A., Bookstein, F. ., Sampson, P., Barr, H. M., O'Malley, K., & J.K., Y. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in Fetal Alcohol Sydnrome and Fetal Alcohol Effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.

- Tamana, S., Pei, J., Massey, D., Massey, V., & Rasmussen, C. (2014). Neuropsychological impairments and age-related differences in children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*.
- Wingfield, M., & Gurney-Smith, B. (2018). Adoptive parents' experiences of dyadic developmental psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.
- Wingfield, M. (2017). *Adoptive Families: Working with Parent and Child*. (Thèse de doctorat inédite). Oxford University.
- Wright, K. (2009). "Adoption success": The reality of adoptive placements today. *Practice*, 21(2), 119–125.
- Zarnegar, Z., Hambrick, E. P., Perry, B. D., Azen, S. P., & Peterson, C. (2016). Clinical improvements in adopted children with fetal alcohol spectrum disorders through neurodevelopmentally informed clinical intervention: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.

## Annexe 1: Formulaire d'information sociodémographiques

INFORMATION SHEET TO BE COMPLETED BY THE PARTICIPANT

**Understanding the experience of Dyadic Developmental Psychotherapy from the point of view of parents with a child affected by developmental trauma and Fetal**

**Alcohol Spectrum Disorder**

Maude Champagne, RSW, Research Student, Université du Québec en Outaouais

Date : \_\_\_\_\_

Participant # \_\_\_\_\_

Gender :  Male  Female

Age : \_\_\_\_\_

If in a couple, how long: \_\_\_\_\_ years

If in a relationship:  heterosexual  homosexual

Last level of education completed: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Family income (approximate): \_\_\_\_\_

Family composition (at the time of the interview)

Number of children in the family: \_\_\_\_\_

For each of them:

Age: \_\_\_\_\_ years Gender:  M  F Relationship:  biological  adopted  in FC

Age: \_\_\_\_\_ years Gender:  M  F Relationship:  biological  adopted  in FC

## Annexe 2 : Questionnaire d’entrevue

### INTERVIEW QUESTIONS

Questions	
<p><b>1. Tell us about your family.</b></p>	<p>→ Number of children</p> <p>→ Cultural Heritage of the parent and the child</p>
<p><b>2. What has led you to consult in psychotherapy?</b></p>	<p>→ Goals of therapy</p> <p>→ Extent of the problem</p>
<p><b>3. What was your general experience of therapy?</b></p>	<p>→ During the sessions?</p>
<p><b>4. What were the changes following therapy</b></p>	<p>→ Child's ability to manage emotions</p> <p>→ Ability to repair the relationship during a conflict? Examples?</p> <p>→ Ability of the child to accept being soothed?</p> <p>→ Ability of the child to understand the emotions of others?</p> <p>→ Improved family atmosphere?</p>
<p><b>5. How was the approach tailored to your child’s unique needs?</b></p>	<p>→ Features of DDP</p> <p>→ Adapted to FASD?</p>
<p><b>6. How was your experience with your therapist?</b></p>	

**7. Do you want to add something?**

## Annexe 3: Affiche de recrutement

Research Project by  
Maude Champagne,  
As part of her  
Masters Thesis  
Under the supervision of  
Geneviève Pagé, PhD  
Université du Québec  
en Outaouais

# Do you want to participate in a research project about FASD and Developmental Trauma?

**We want to hear from you as we are trying to understand Dyadic  
Developmental Psychotherapy from the point of view of parents with a  
child affected by developmental trauma and Fetal alcohol Spectrum  
Disorder.**

### Who can participate ?

- You are the parent of a child with FASD and Developmental Trauma
- Your child is between 5 and 15 years old
- You have attended at least 6 sessions of Dyadic Developmental Psychotherapy in the past two years

### What is involved ?

- We will have a phone conversation to make sure you can consent to the study and meet the eligibility criteria
- If you consent to the study, we will do a recorded interview (audio only) of about 60-90 minutes to discuss your experience
- Your confidentiality will be respected during the whole process

### To sign up or ask questions?

Please contact  
Maude Champagne, RSW  
(819) 335-0602  
maudec910@gmail.com

## Annexe 4 : Certificat d'approbation du CER



Le 30 septembre 2019

À l'attention de :  
Maude Champagne  
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche**

**# Projet :** 2020-724

**Titre du projet de recherche :** Comprendre l'expérience de la psychothérapie dyadique développementale du point de vue de parents dont l'enfant présente un trauma complexe et un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

---

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 30 septembre 2019. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

**30 septembre 2020.**

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

**Le CER de l'UQO**

---

**NAGANO** Approbation du projet par le comité d'éthique - 3  
Comité d'éthique de la recherche - UQO

1 / 2



## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2020-724

**Titre du projet de recherche :** Comprendre l'expérience de la psychothérapie dyadique développementale du point de vue de parents dont l'enfant présente un trauma complexe et un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

**Chercheur principal :**

Maude Champagne,  
Étudiante  
Université du Québec en Outaouais

**Directrice de recherche :**

Geneviève Pagé  
Professeure  
Université du Québec en Outaouais

**Date d'approbation du projet :** 30 septembre 2019

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 30 septembre 2019

**Date d'échéance du certificat :** 30 septembre 2020

---

André Durivage  
Président du CER de l'UQO

## Annexe 5 : Formulaire de consentement

### **CONSENT FORM**

#### **Understanding the experience of Dyadic Developmental Psychotherapy from the point of view of parents with a child affected by developmental trauma and Fetal Alcohol Spectrum Disorder**

Maude Champagne, RSW, Master's Student, Université du Québec en Outaouais

Projet Supervisor: Geneviève Pagé, PhD, Université du Québec en Outaouais

We are soliciting your participation in the research project: Understanding the experience of Dyadic Developmental Psychotherapy from the point of view of parents with a child affected by developmental trauma and Fetal Alcohol Spectrum Disorder. The project aims to understand the experience of parents but also to understand the impact of the therapy and the possible adaptations that were made in response to their diagnosis. Your participation consists in meeting with the researcher for 60-90 minutes to discuss your experience.

The time and place of your participation will be determined to suit your needs. The audio of the interview will be recorded. The confidentiality of the data collected as part of this research project will be ensured in accordance with the laws and regulations applicable in the province of Quebec and the regulations and policies of the Université du Québec en Outaouais. This project was approved by the Research Ethics Board of UQO. Both the data collected and the results of the research cannot in any case lead to your identification, as fictional names will be used. The results will be disseminated in Maude Champagne's Master Thesis as well as in conferences and/or articles. The data collected will be kept under lock and key in a file folder in the project supervisor's office and in the password protected computers of Maude Champagne and her project supervisor, as they will be the only people who will have access to the data. The data will be destroyed after the final submission of the Thesis, meaning all paper files will be shredded and computer files will

be permanently deleted. Your participation in this research project is voluntary. You are completely free to participate or not, and to withdraw at any time without prejudice. By participating in this research, you may expose yourself to a psychological risk relating to talking about difficulties you may have now or have had in the past with your child. If this happens, you can take a break or stop the interview at any time. You will also receive a list of resources in case you need further help. The contribution to the advancement of knowledge about Dyadic Developmental Psychotherapy, FASD and Developmental Trauma are the anticipated direct benefits. No monetary compensation is granted. If you have any questions about this research project, contact Maude Champagne, (819) 968-0407. If you have any questions about the ethical aspects of this research project, contact André Durivage, president of the Research Ethics Board at UQO, [andre.durivage@uqo.ca](mailto:andre.durivage@uqo.ca).

Your signature certifies that you have clearly understood the information concerning your participation in the research project and indicates that you agree to participate. It does not mean that you agree to alienate your rights and release the researchers or those responsible from their legal or professional responsibilities. You are free to withdraw at any time from the research project without prejudice. Your participation must be as informed as your initial decision to participate in the project. As a result, you should never hesitate to ask for clarification or new information during the project.

After reading the information about my participation in this research project, I sign this document meaning that I freely accept to participate. This consent form is signed in two copies and I will keep a copy.

**CONSENT TO PARTICIPATE:**

NAME OF PARTICIPANT: \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PARTICIPANT: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

NAME OF RESEARCHER: \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF RESEARCHER: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

