

# Interventions destinées aux enfants victimes d'agression sexuelle: Quelles sont les meilleures pratiques et comment tenir compte de la diversité des profils?

Martine Hébert, Ph.D.  
Département de sexologie  
UQAM

Forum en Violence - Carrefour des pratiques

# Plan de l'atelier

- Les profils des enfants victimes d'agression sexuelle
- Données de recherche illustrant l'approche centrée sur l'individu
- Pratiques exemplaires au plan de l'évaluation des besoins des enfants
- Critères qualifiant les pratiques d'intervention exemplaires auprès des enfants victimes d'AS
- Quelques approches implantées au Québec
- Défis quant à l'implantation des pratiques exemplaires

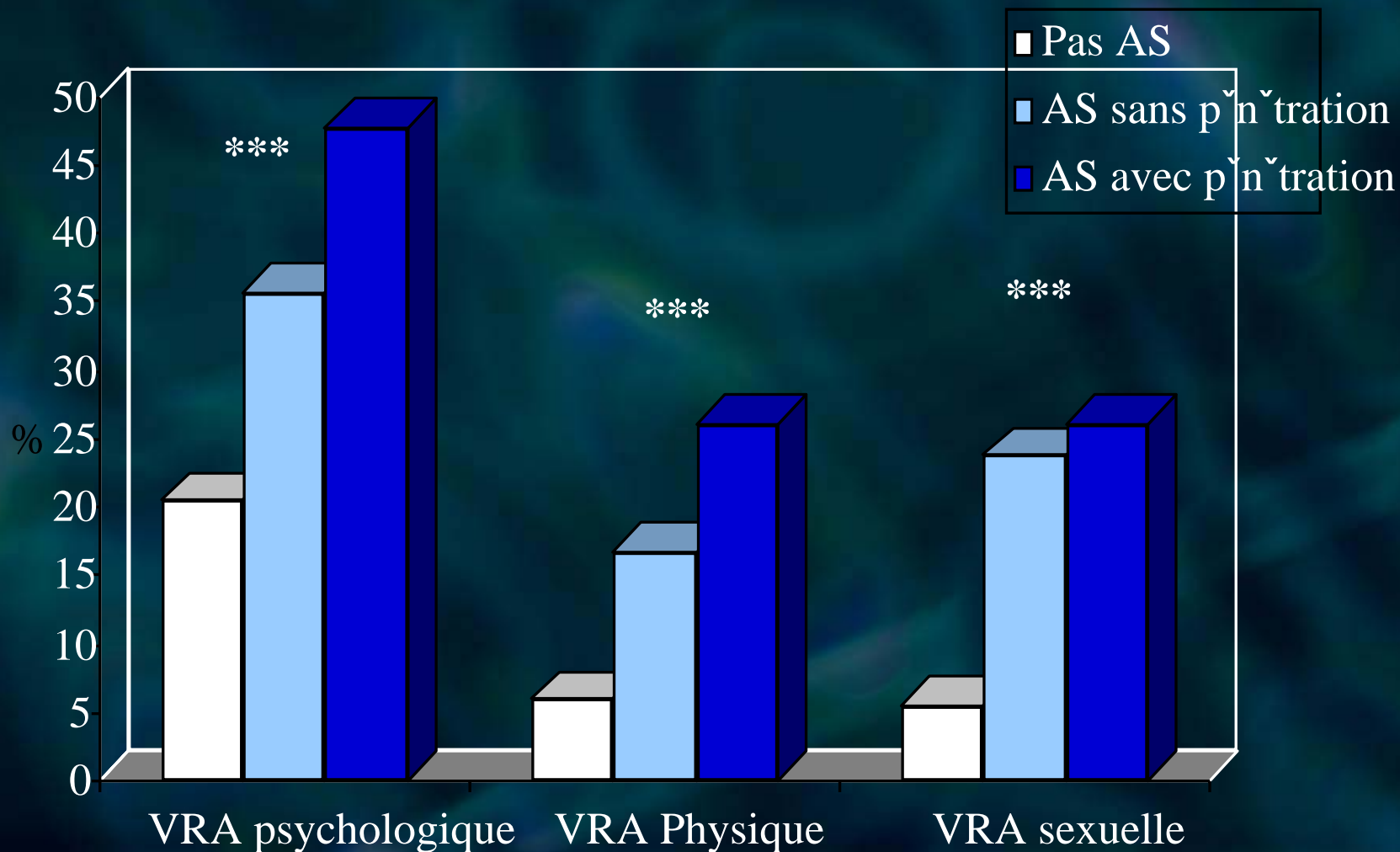
PROFILS DES  
ENFANTS VICTIMES  
D'AGRESSION  
SEXUELLE

# Les corrélats de l'agression sexuelle à l'âge adulte

- Faible estime de soi
- Symptômes de dépression et idéations suicidaires
- Consommation abusive d'alcool et de drogue
- Anxiété
- Troubles somatiques, troubles alimentaires
- Troubles de personnalité
- Troubles de conduite
- Consultation accrue des services de santé
- Difficultés au plan social
- Comportements sexuels à risque
- Prostitution/Échanges de rapports contre alcool/drogue
- Symptômes de stress post-traumatique
- Symptômes de dissociation
- Revictimisation



# AS x Violence dans les relations amoureuses



# Les corrélats de l'agression sexuelle à l'enfance et l'adolescence

- Atteinte au plan de l'estime de soi
- Problèmes intériorisés (anxiété, dépression, isolement, etc.)
- Problèmes extériorisés (agressivité, troubles de la conduite, etc.)
- Problèmes scolaires
- Comportements sexualisés inappropriés
- Symptômes de stress post-traumatique
- Dissociation
- Activités sexuelles précoces et plus de partenaires sexuels
- Grossesse à l'adolescence
- Fugues, actes de délinquance



# Diversité des profils

- Un certain pourcentage des enfants présentent peu ou pas de symptômes lors de l'évaluation.
  - Résilience ?
  - Effet latent ('sleeper effect')?
  - Mesures inadéquates pour déceler les répercussions du trauma ?
- Bilan des études publiées suggère qu'il n'y a pas de syndrome spécifique suite à l'AS.



# Modèle des 4 dynamiques traumatisantes

- Sexualisation
  - Conduites sexualisées inadaptées
  - Répétition des actes sexuels;
- Trahison
  - Dépression
  - Hostilité, colère
  - Difficultés dans les relations interpersonnelles
- Impuissance
  - Peurs, anxiété
  - Sentiment d'inefficacité
- Stigmatisation
  - Culpabilité, honte, sentiment d'être différent



# État de stress post-traumatique

Exposé à un événement dans lequel:

- Vécu, ou témoin ou confronté à un ou des événement-s durant lesquels des individus ont pu mourir, être gravement blessés ou menacés de mort, de blessures ou son intégrité physique ou celle d'autrui menacée;
- La réaction s'est traduite par une peur intense, sentiment d'impuissance ou horreur. (Enfants = comportements désorganisés ou agités).

L'événement est constamment revécu soit par

- Souvenirs répétitifs et envahissants (Enfants = jeu répétitif);
- Rêves répétitifs
- Impressions soudains "comme si" (sentiment de revivre, flashback) (Enfants = reconstitutions spécifiques du traumatisme);
- Sentiment de détresse si confronté à des indices évoquant l'événement;
- Réactivité physiologique si indices évoquant l'événement.

# État de stress post-traumatique

## Évitement persistant des stimulus associés

- Efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations liés;
- Efforts pour éviter activités, endroits ou gens;
- Incapacité de se rappeler d'élément important;
- Diminution significative de l'intérêt pour activité;
- Sentiment de détachement d'autrui;
- Restriction des affects;
- Sentiment d'avenir restreint (pas d'issue).

## Présence de symptômes persistants

- Difficulté de sommeil;
- Irritabilité ou excès de colère;
- Difficultés de concentration;
- Hypervigilance;
- Réaction de sursaut.

PTSD Type I et Type II – PTSD Complexe

# Modèles multifactoriels

- Variables liées à l'AS
  - Durée de l'agression et sévérité de l'agression;
  - Relation avec l'agresseur;
  - Utilisation de la force;
  - Violence concomitante, etc.
- Facteurs personnels
  - Sexe, âge
  - Stratégies d'adaptation;
  - Attribution du blâme;
  - Perception de contrôle; etc.
- Facteurs familiaux et extra-familiaux
  - Variables contextuelles liées à la famille;
  - Soutien maternel et de la fratrie;
  - Soutien des personnes significatives à l'extérieur de la famille.
- Événements suivant le dévoilement



**DONNÉES DE RECHERCHE:  
APPROCHE CENTRÉE SUR  
L'INDIVIDU**

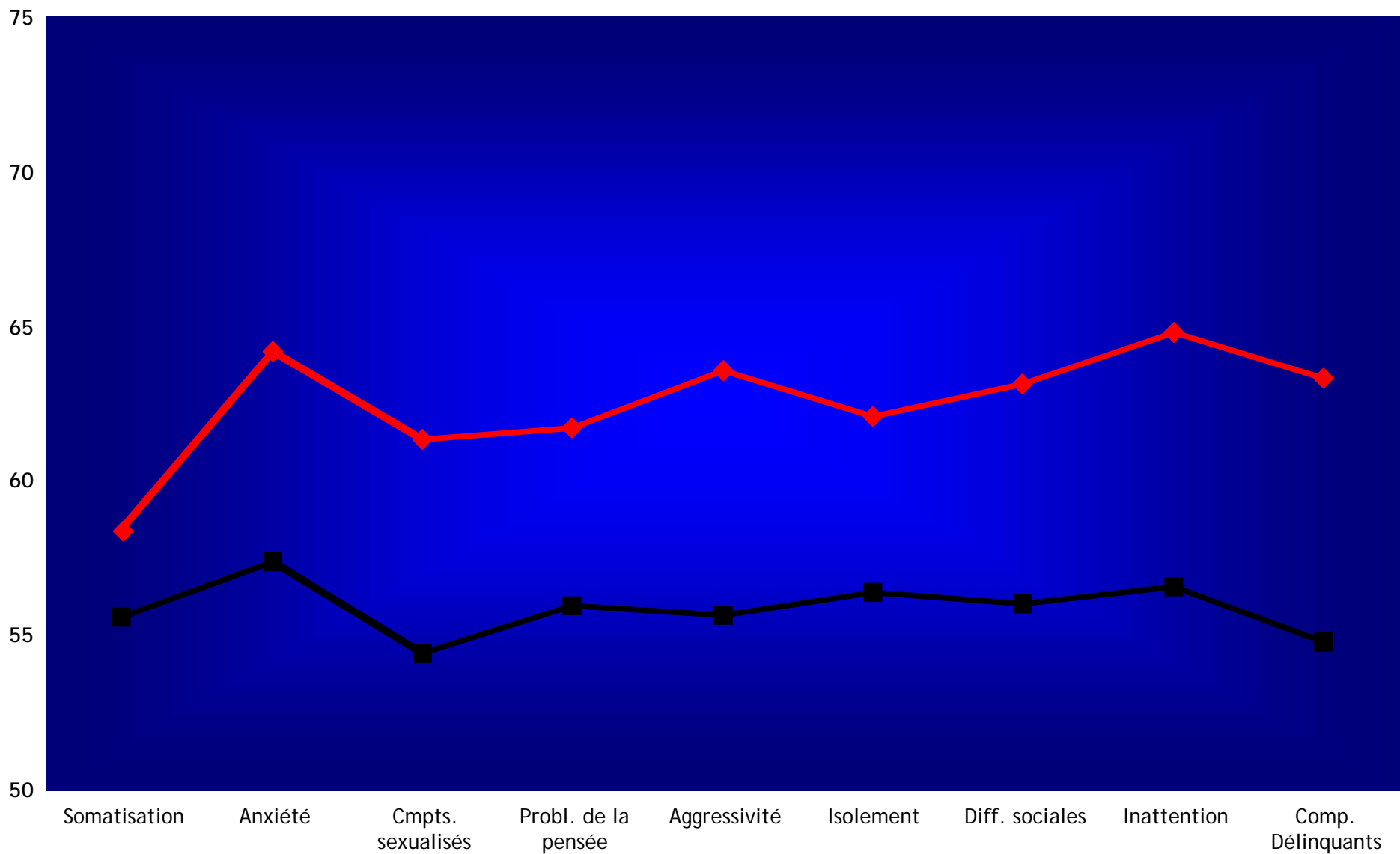
# Diversité des profils

- Défis importants au plan de l'élaboration des protocoles d'intervention;
- Approches orientées sur les variables:
  - % de variance expliquée par les variables
  - Quel modèle peut expliquer les relations pour l'échantillon total?
- Approches centrées sur les individus:
  - Profils communs chez un sous-groupe
  - Quelles sont les caractéristiques distinctives?
  - Quel modèle de relations entre les variables d'intérêt illustre la configuration spécifique et distinctive de chaque sous-groupe?

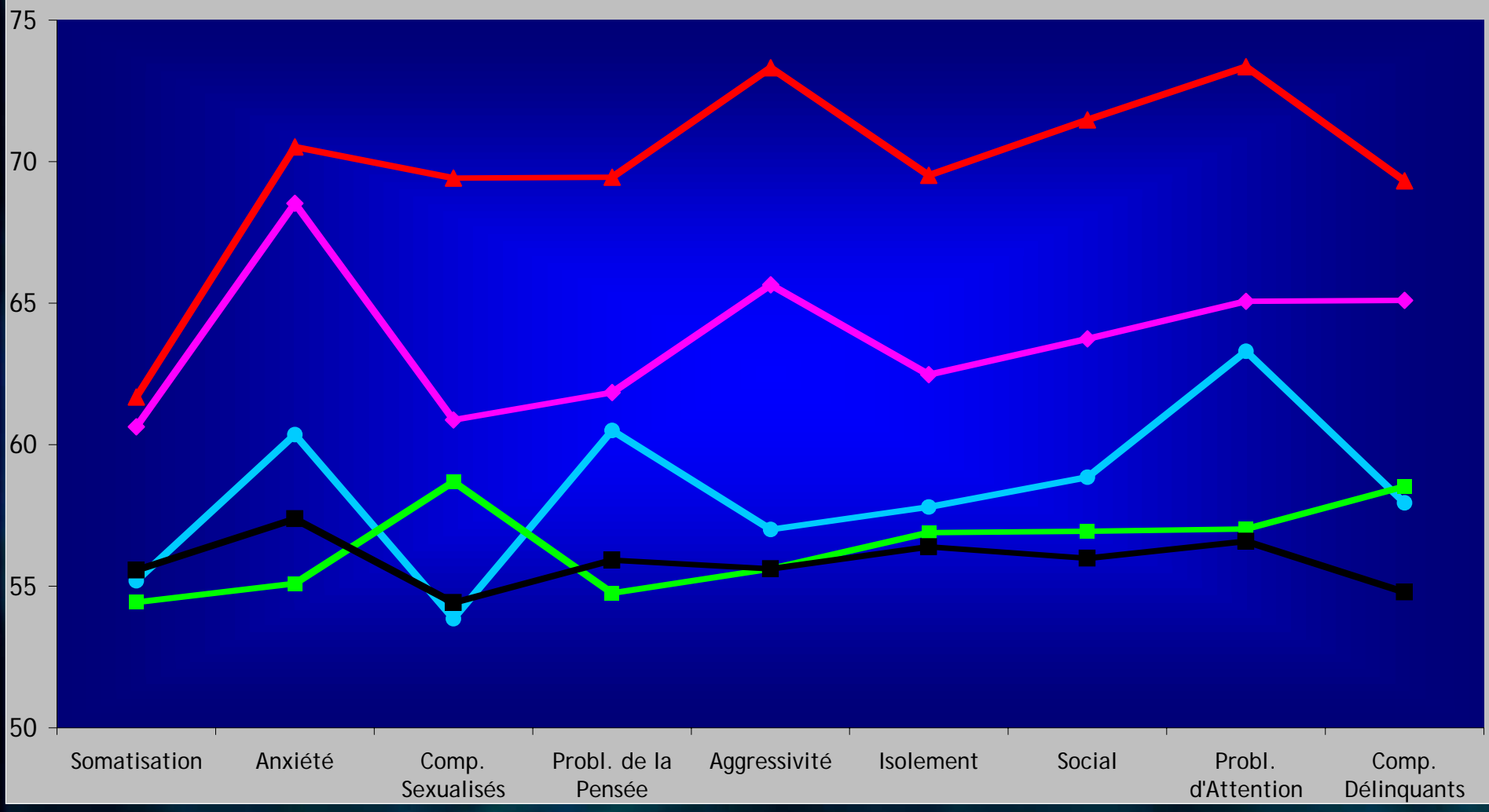
# Analyse de typologies

- Analyse de regroupements: identification de sous-groupes d'individus provenant d'une population hétérogène.
- 123 enfants (110 filles et 13 garçons) référés à la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Mère-Enfant Ste-Justine.
  - 64% ont vécu une AS intra-familiale
  - 52% ont vécu une AS d'une durée de 6 mois et +
  - 66% des AS impliquent pénétration ou tentative de pénétration
- 123 enfants recrutés dans les milieux scolaires de la région de Montréal comme groupe de comparaison.

◆ Groupe AS ■ Groupe de comparaison



- Cluster 1 - Impact spécifique
- Cluster 2 - Résilient
- Cluster 3 - Détresse sévère
- Cluster 4 - Victimes d'AS moins sévère



# Les profils des enfants AS

## Victimes d'AS moins sévère (26%)

AS + extrafamiliale  
AS + un seul épisode  
+ Famille biparentale

## Résilient (16%)

Résilient  
AS + sévère  
+ Stratégies d'approche  
- Stratégies d'évitement  
- Conflits familiaux

## Troubles spécifiques (32%)

Seuil clinique: Anxiété  
AS + intrafamiliale  
AS + chronique  
AS - sévère (actes)

## Détresse (26%)

Seuil clinique: +++  
AS + sévère (actes)  
+ Stratégies d'évitement  
- Cohésion familiale  
+ Conflits familiaux

# Interventions adaptées en fonction des profils

## Victimes d'AS moins sévère

Intervention psychoéducatrice

Réduire le risque de  
revictimisation

Soutien aux parents

## Résilient

Consolider les facteurs de protection

Réévaluation périodique

Effets latents

## Troubles spécifiques

Tx orienté vers les symptômes

## Détresse sévère

Tx orienté vers les symptômes +++

# Implications au plan de l'intervention

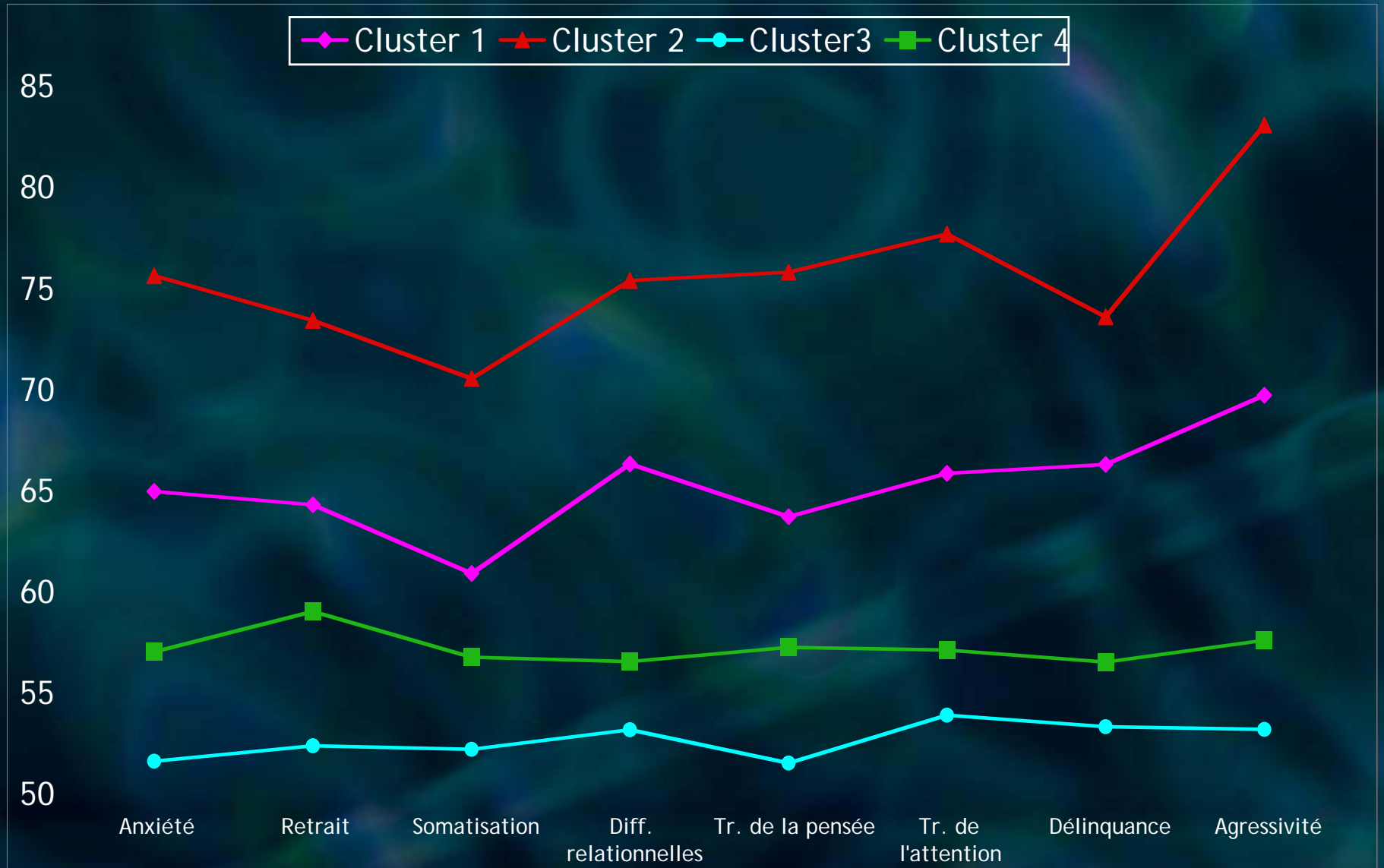
- Première étape afin de mieux documenter l'éventail et la diversité des profils des enfants AS.
- Il n'y a pas d'intervention unique applicable mais un continuum d'interventions doit être envisagé.
- Nécessaire de considérer d'autres variables que les caractéristiques de l'AS pour orienter les interventions.
- Une évaluation détaillée des besoins de chaque enfant et chaque famille est nécessaire.



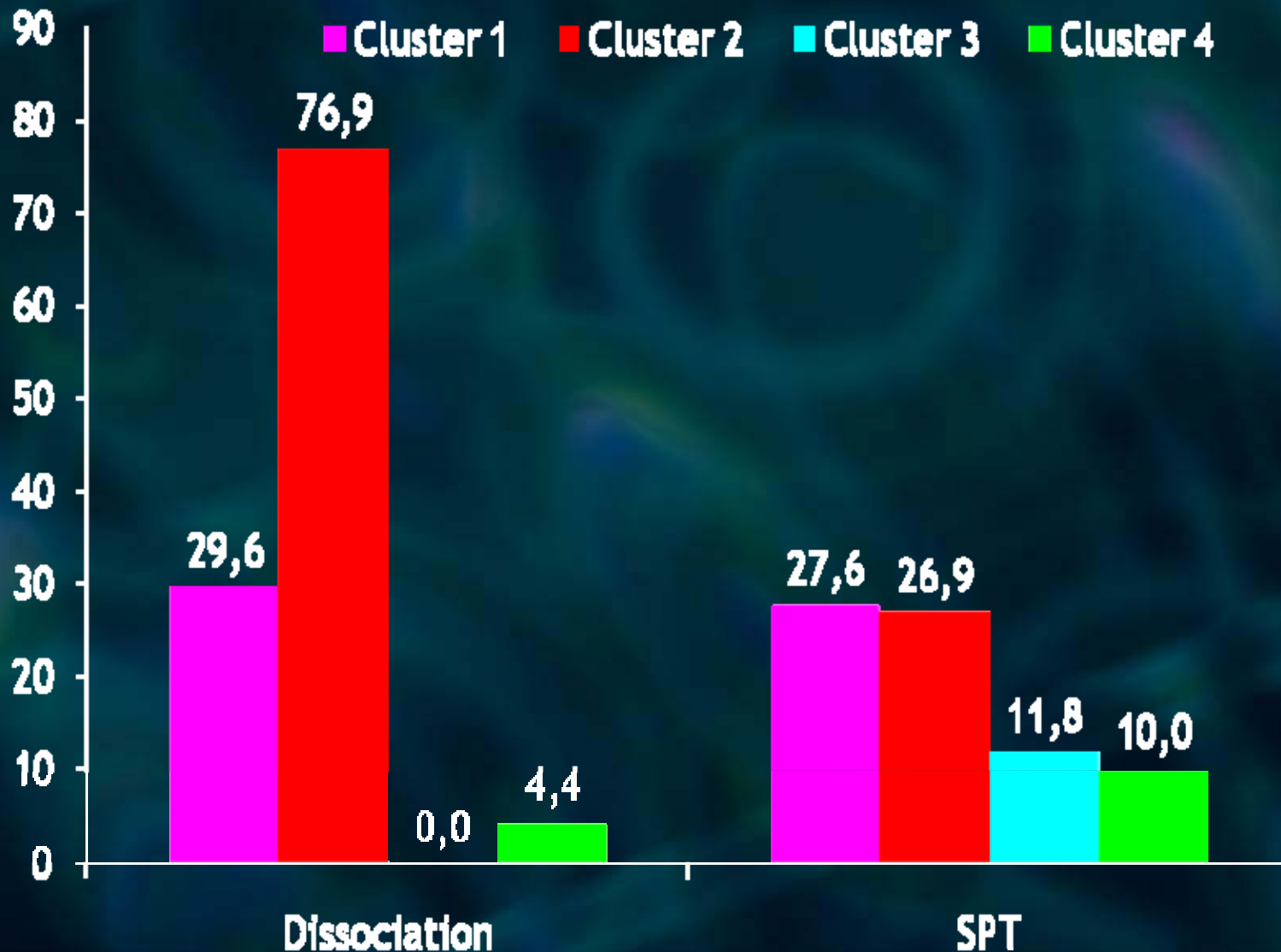
# Validation des profils

- Valider la typologie à partir d'un échantillon plus vaste;
- Inclure des mesures de symptômes plus spécifiques notamment les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation;
- Explorer l'évolution à travers le temps selon la typologie identifiée.
- Participants: 290 enfants (248 filles et 42 garçons) référés à la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Mère-Enfant Ste-Justine et au Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF). Une mesure de relance a été effectuée auprès de 97 enfants 1 an plus tard.

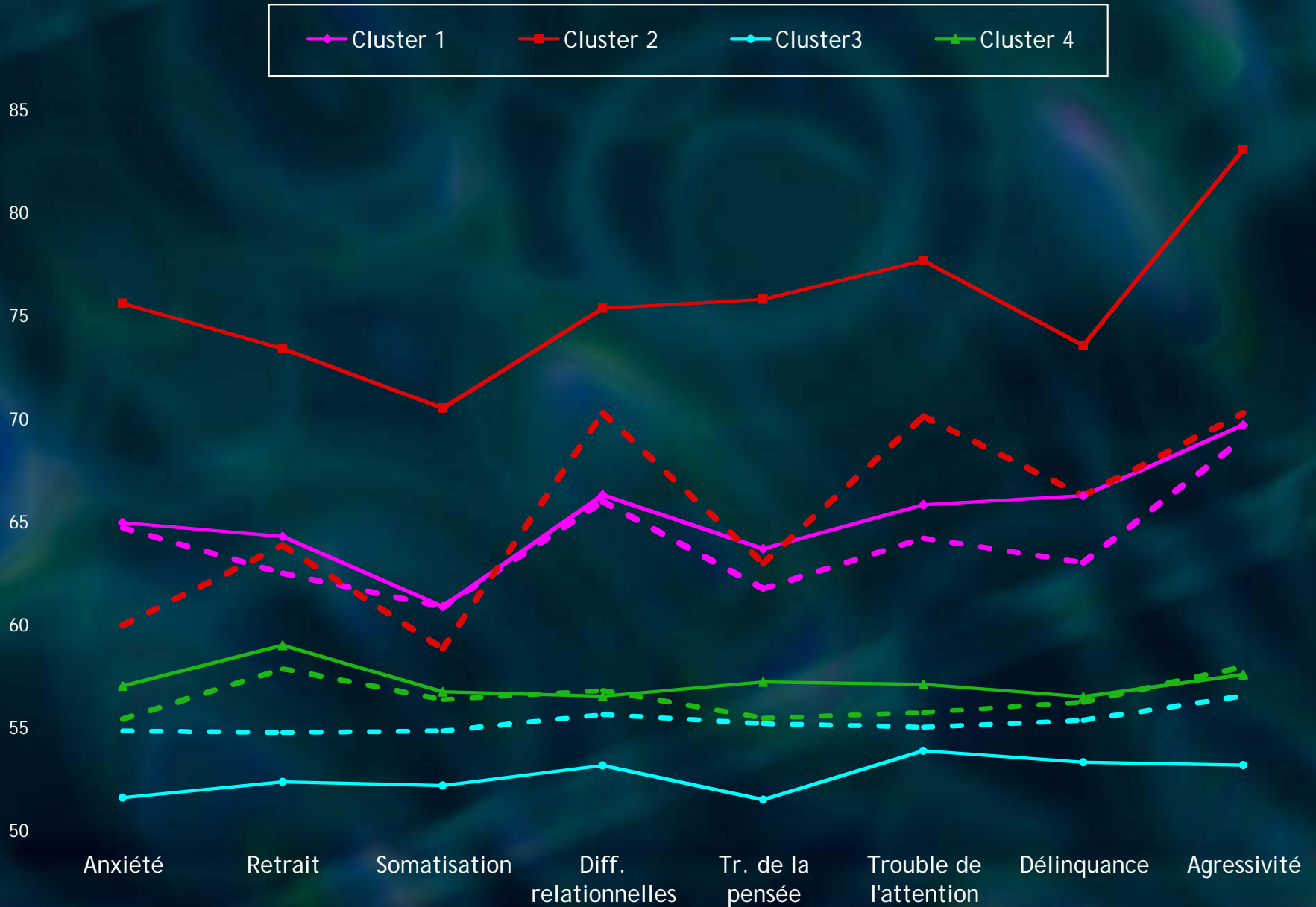
# Typologie des enfants victimes d'AS (n = 290)



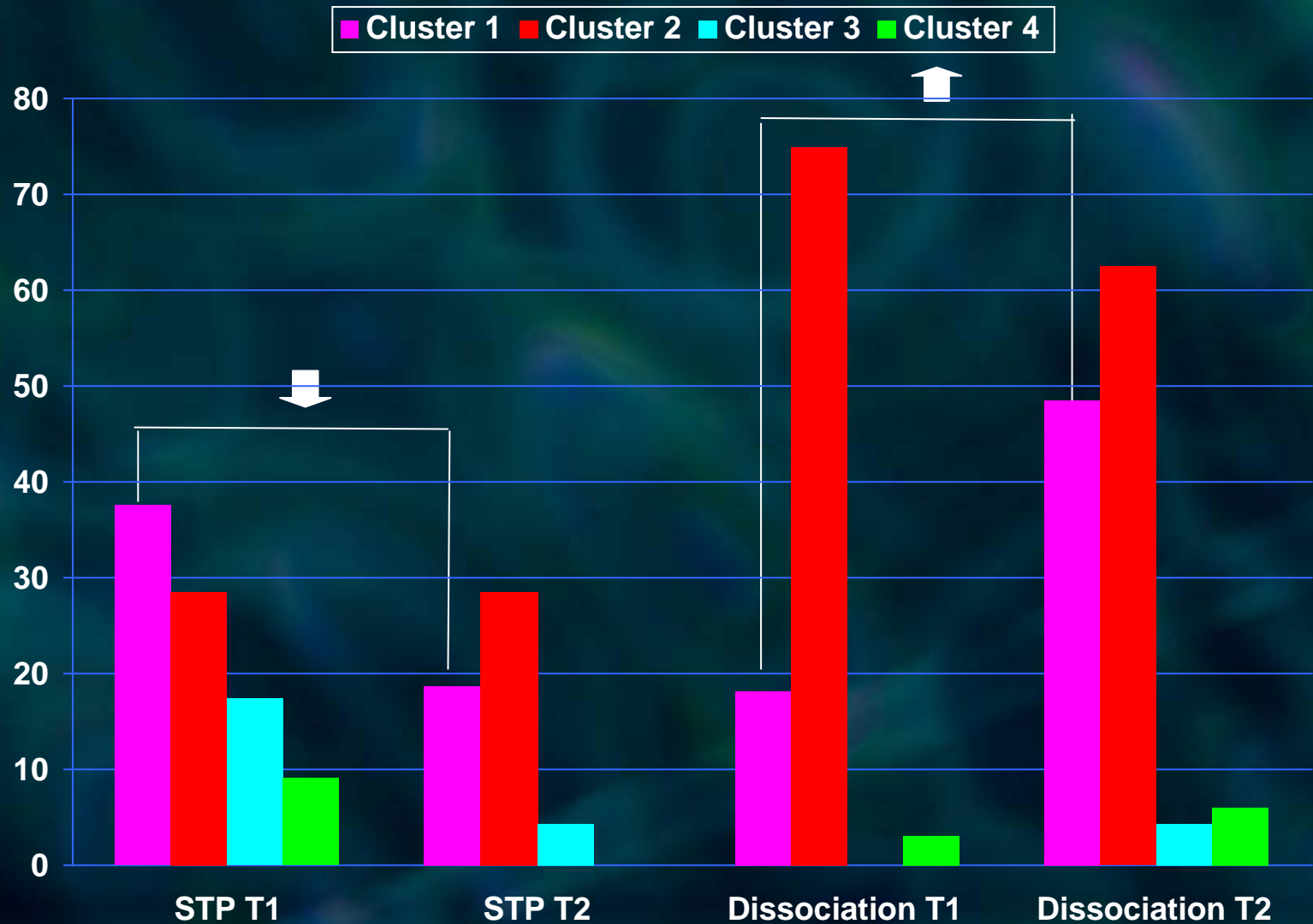
# % des cas atteignant le seuil clinique au Temps 1



# Évolution au T2 (n= 97)



# % des cas atteignant le seuil clinique au T1 et au T2



# Tableau récapitulatif

|  | Cluster 1      | Cluster 2   | Cluster 3       | Cluster 4               |
|--|----------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| <b>Troubles intérieurs et extérieurs</b> | + Clinique     | ++ Clinique | Dans les normes | Un peu + que les normes |
| <b>Évolution</b>                         | =              | Troubles ↓  | Troubles ↑      | =                       |
| <b>% Clinique SPT</b>                    | Élevé          | Élevé       | Moyen           | Moyen                   |
| <b>Évolution</b>                         | SPT ↓          | =           | SPT ↓           | =                       |
| <b>% Clinique Dissociation</b>           | Élevé          | Très élevé  | Faible          | Faible                  |
| <b>Évolution</b>                         | Dissociation ↑ | =           | =               | =                       |



**PRATIQUES  
EXEMPLAIRES AU PLAN  
DE L'ÉVALUATION DES  
BESOINS**

# Évaluation des enfants AS

- Mesures générales
  - Échelle de comportement (CBC) + CDI + RCMAS
  - Module diagnostique (K-SADS)
  - Adaptation scolaire (CBC-TRF)
  - Estime de soi (SPPC)
  - Hâbiletés préventives
- Mesures spécifiques
  - Comportements sexualisés (CSBI)
  - PTSD (CITES + PTSD-RI)
  - Dissociation (CDC + Récits narratifs)
- Contexte familial (FES)
- Attachement/relations avec les parents (SS)
- Expériences de violence concomitante (CTS)
- Événements de vie
- Événements suivant le dévoilement



# Évaluation des besoins des enfants AS

- Facteurs liés aux profils des enfants AS
  - Stratégies d'adaptation (SRCS)
    - Générale vs. spécifique
  - Soutien perçu (SSSC)
    - Générale vs. spécifique
    - Parental
    - Amis
    - Fratrie (SRQ)
  - Attributions (CITES)
    - Général vs spécifique
    - Perceptions de contrôle, sentiments de culpabilité
    - Sentiment d'espoir
- Évaluation des mères
  - Détresse psychologique, PTSD, dissociation
  - Antécédents

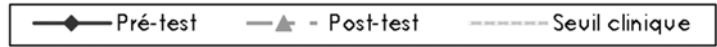
# Défis au niveau de l'évaluation des enfants AS

- Sources d'informations multiples
  - Évaluation de la mère
  - Évaluation de l'enfant
  - Évaluation de l'intervenant
  - Évaluation de l'enseignant
- Types de mesures
  - Standardisées (seuil clinique)
  - Validées pour la population québécoise
  - Mesures permettant d'orienter les interventions
  - Mesures sensibles aux changements

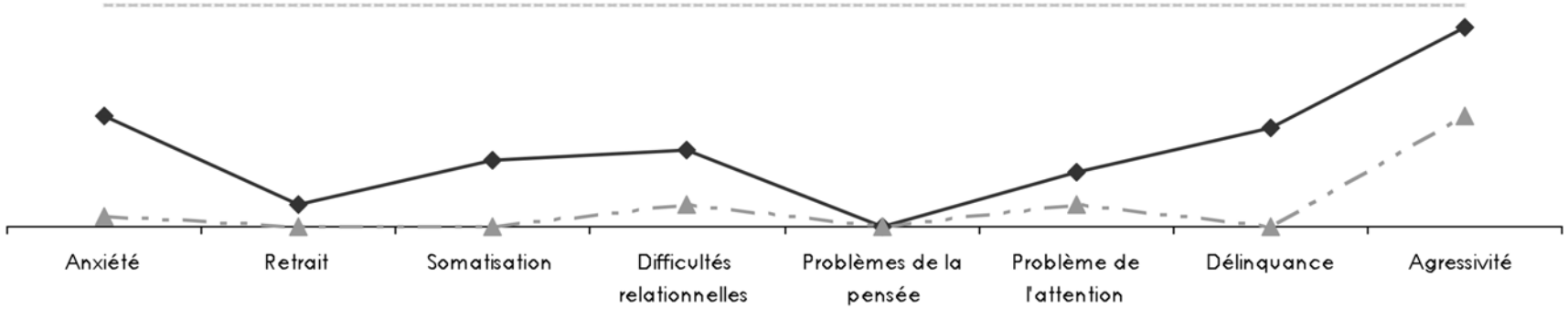


## Troubles de Comportements

(Child Behavior Checklist; Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A., 2001)



Zone clinique



urs, sentiment de  
e parfaite, ne se  
imé, se sent  
nervoux, anxieux,  
é, centré sur lui-  
iations  
s, inquiétudes.

Se comporte comme  
l'autre sexe, isolation, refus  
de parler, renfermé, timide,  
manque d'énergie, triste,  
retraité.

Cauchemars, constipation,  
étourdissement, fatigue,  
maux physiques sans cause  
médicale reconnue

Dépendant, solitude, ne  
s'entend pas avec les  
autres, jaloux, paranoïa, se  
blesse, est taquiné, n'est  
pas aimé, maladroit,  
problème de langage,  
joue avec des enfants plus  
jeunes.

Obsessions, mutilation,  
suicide, entend des bruits,  
tics, se gratte, compt.  
sexuels, compulsions,  
illusions, insomnie,  
cumulation de choses,  
comportements bizarres,  
idées étranges,  
sommambulisme.

Difficultés d'attention,  
agitation, confusion,  
rêvasse, impulsivité,  
difficultés scolaire,  
lunatique.

Ne se sent pas coupable,  
pica, se tient avec des  
enfants qui attirent le  
trouble, ment, préfère les  
enfants plus vieux, fugue,  
pyromanie, problèmes  
sexuels, vols, grossier, école  
buissonnière, consomme  
alcool ou drogue,  
vandalisme.

Argumente, cruel,  
demande de l'attention,  
destruction, désobéissant,  
bataille, attaque, crie,  
irritable, entêté, saute  
d'humeur, boude,  
suspçonne, agace,  
colère, menace, bruyant.

PRATIQUES EXEMPLAIRES  
AU PLAN DE  
L'INTERVENTION AUPRÈS  
DES VICTIMES

# Therapist gets jail in 'rebirthing' death

## Woman receives minimum 16-year prison sentence

Associated Press

GOLDEN, COLO.—A therapist was sentenced to 16 years in prison Monday in the death of a 10-year-old girl who suffocated while wrapped in blankets during a "rebirthing" session.

Connell Watkins, 54, received the minimum sentence for the death of Candace Newmaker. The therapist could have gotten 48 years behind bars.

"I failed Candace and I failed her mother," Watkins told Judge Jane Tidball. "I failed to keep Candace out of harm's way."

The girl was covered in blankets and pillows meant to simulate the womb and was encouraged to push her way out during the April 2000 session. Therapists hoped she would emerge "reborn" to bond with her adoptive mother.

A jury convicted Watkins of reckless child abuse in April. A second therapist, Julie Ponder, who led the session in Watkins' home, was convicted of the same charge and awaited sen-

tencing later Monday.

Prosecutor Steve Jensen argued for the maximum sentence, saying Watkins had shown little remorse. He called the therapy "torturous cruelty of a sickening and depraved nature."

But the judge noted that Watkins had no criminal record and said there was no indication she had ever meant to hurt Candace.

Tidball said the sentence would send a powerful message to other therapists.

A videotape of the 70-minute therapy session was shown to the jury.

Four adults leaned on Candace with pillows, applying several hundred pounds of pressure.

The girl had been diagnosed with attachment disorder, in which children resist forming loving relationships and are violent and unmanageable.

Colorado has since outlawed the New Age form of therapy.

Candace's adoptive mother, Jeane Newmaker, is scheduled to go on trial in November on charges of criminally negligent child abuse.

Watkins' office manager and an intern await trial in September.



---

# **Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment**

Revised Report: April 26, 2004

---

Prepared by:

**National Crime Victims Research and Treatment Center**  
Medical University of South Carolina  
Charleston, South Carolina

**Center for Sexual Assault and Traumatic Stress**  
Harborview Medical Center  
Seattle, Washington

A cooperative agreement funded by the:

**Office for Victims of Crime**  
Office of Justice Programs  
U.S. Department of Justice

# Critères de Saunders et al.

- Critères: modèles théoriques, littérature clinique disponible, niveau d'acceptation des milieux de pratique, ratio bénéfice/potentiel de risque et ampleur de l'évidence empirique disponible permettant d'attester des effets de la thérapie.
- Saunders et ses collègues (2004) attribuent une cote de 1 à 6:
  - «1» (intervention jugée efficace et bien soutenue par la littérature empirique)
  - «6» (intervention considérée en phase expérimentale nécessitant d'autres travaux avant d'en qualifier l'efficacité ou encore approche qui présente un potentiel de risque plutôt que des bénéfices).
- Parmi les 24 interventions répertoriées, une seule se voit attribuer la cote «1» soit un TCC: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT).

## Résumé de la classification des protocoles de traitement \*

| Protocole de traitement  | Base théorique                | Littérature Clinique      | Acceptation/utilisation en milieux cliniques | Potentiel de dommages/ratio risques-bénéfices | Soutien empirique |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|---|-------------------|
| <b>Interventions centrées sur l'enfant</b>   |                               |                           |  |   |                   |
| CBT/Psychodynamic Children with Sexual Behavior Problems                             | CBT-Solide Dynamique-Nouvelle | Substantielle Peu         | Accepté Utilisation limitée                  | Risque faible Certain risque                  | 3                 |
| Cognitive Processing Therapy (CPT)   | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 3                 |
| Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)                                 | Nouvelle/Raisonnable          | Substantielle             | Utilisation moyenne                          | Risque faible                                 | 3                 |
| Child/Parent Physical Abuse CBT  | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 3                 |
| Resilient Peer Training Intervention   | Solide                        | Peu                       | Utilisation limitée                          | Risque faible                                 | 3                 |
| Therapeutic Child Development Program  | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 3                 |
| Trauma-Focused CBT   | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 1                 |
| Trauma-Focused Integrative-Eclectic Therapy  | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 3                 |
| Trauma-Focused Play Therapy  | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 4                 |
| <b>Interventions centrées sur la famille, la relation parent-enfant et le parent</b> |                               |                           |  |   |                   |
| Attachment-Trauma Therapy  | Nouvelle/Raisonnable          | Moyenne                   | Accepté                                      | Risque faible                                 | 4                 |
| Behavioral Parent Training   | Solide                        | Moyenne                   | Utilisation moyenne                          | Risque faible                                 | 3                 |
| Attachment Therapy   | Questionnable                 | Peu                       | Utilisation limitée                          | Risque important                              | 6                 |
| Family Focused, Child Centered Treatment   | Nouvelle/Raisonnable          | Moyenne                   | Utilisation moyenne                          | Certain risque                                | 3                 |
| Family Resolution Therapy  | Nouvelle/Raisonnable          | Moyenne                   | Utilisation moyenne                          | Certain risque                                | 4                 |
| Treatment of Dissociative Symptomatology   | Nouvelle/Raisonnable          | Moyenne                   | Utilisation moyenne                          | Risque faible                                 | 4                 |
| Intensive Family Preservation  | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Risque faible                                 | 4                 |
| Multisystemic Therapy (MST)  | Solide                        | Peu avec enfants agressés | Utilisation limitée avec cas agressés        | Risque faible                                 | 3                 |
| Parent-Child Education/Physical Abuse  | Solide                        | Substantielle             | Utilisation moyenne                          | Risque faible                                 | 3                 |
| Parent-Child Interaction Therapy   | Solide                        | Peu                       | Utilisation moyenne                          | Risque faible                                 | 3                 |
| Physical Abuse Family Therapy  | Solide                        | Peu                       | Utilisation limitée                          | Risque faible                                 | 3                 |
| Parents United   | Nouvelle/Raisonnable          | Moyenne                   | Utilisation moyenne                          | Certain risque                                | 4                 |
| Parents Anonymous  | Nouvelle/Raisonnable          | Moyenne                   | Utilisation moyenne                          | Certain risque                                | 4                 |
| <b>Interventions pour les agresseurs</b>   |                               |                           |  |   |                   |
| Adolescent Sex Offender Therapy  | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Certain risque                                | 3                 |
| Adult Child Molester Therapy   | Solide                        | Substantielle             | Accepté                                      | Certain risque                                | 2                 |

\* Tiré et traduit en français de Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.). (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, p. 100-101

# Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (<http://tfcbt.musc.edu>)



**MUSC**  
MEDICAL UNIVERSITY  
OF SOUTH CAROLINA  
National Crime Victims  
Research and Treatment  
Center

**ALLEGHENY**  
**GENERAL HOSPITAL**  
Center for Traumatic Stress  
in Children and Adolescents

**CARES**  
**INSTITUTE**  
Child Abuse Research, Education & Service

A PARTNER IN  
**NCTSN**

The National Child  
Traumatic Stress Network

[Register](#) | [Login](#) | [Introduction](#) | [Resources](#) | [Contact Us](#)

## TF-CBT*Web*

A web-based learning course for  
**TRAUMA-FOCUSED  
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY**

- ▶ Psychoeducation
- ▶ Stress Management
- ▶ Affect Expression and Modulation
- ▶ Cognitive Coping
- ▶ Creating the Trauma Narrative
- ▶ Cognitive Processing
- ▶ Behavior Management Training
- ▶ Parent-Child Sessions
- ▶ Evaluation

*A Strategy to Help*

[System Requirements](#) | [Credits](#)

[CEU Statement](#)

Copyright 2005  
Medical University of South Carolina  
All Rights Reserved

# Études évaluatives de la TF-CBT

- Étude randomisée (n = 229 enfants) (Cohen et al., 2004). Enfants assignés à la condition TF-CBT participent à 12 sessions de thérapie alors que les enfants du groupe de comparaison participent à une thérapie de soutien.
- Meilleures améliorations chez les enfants ayant bénéficié de la TF-CBT au plan des symptômes de SPT, de dépression, d'anxiété, de honte et des comportements. Amélioration des pratiques parentales et moins de symptômes de dépression chez les parents.
- Enfants ont vécu une moyenne de 3.6 types de trauma suggérant que la TF-CBT est associée à des effets positifs même dans les cas de co-occurrence de violence.
- Cohen, Mannarino et Knudsen (2005): Relance 1 an. Les gains sont maintenus.

# Recension des études évaluatives des interventions destinées aux enfants AS

- Skowron et Reinemann (2005): Méta-analyse des tx offerts aux enfants victimisés (abus physique, agression sexuelle et négligence physique). Seules les études incluant un groupe contrôle ont été recensées.
- Effet  $d = 0,54$  (effet de niveau moyen) dans l'analyse des 21 études répertoriées suggérant qu'en moyenne les participants ayant bénéficié d'une intervention se portaient mieux que 71% des enfants des groupes de comparaison.
- Les tx visant l'agression sexuelle obtiennent des effets plus importants ( $d = 0,69$ ) que les traitements visant la maltraitance en général ( $d = 0,40$ ).

# Recension des études évaluatives des interventions destinées aux enfants AS

- Hetzel-Riggin et al. (2007): Méta-analyse de 28 études évaluatives de tx offerts aux enfants et aux adolescents agressés sexuellement.
- Critères: devis pré/post-test,  $n > 10$ , étude publiée en anglais dans une revue arbitrée (entre 1975 et 2004).
- Effet moyen de  $d = .72$ . La comparaison des cas en traitement et des enfants n'ayant pas bénéficié de traitement ( $d = .46$ ) suggère que l'effet de n'importe quel traitement est plus efficace que l'absence de traitement.
- Effets + larges pour certaines variables évaluées (troubles de comportement, détresse psychologique, concept de soi) et plus modéré dans d'autres (ex., fonctionnement social).

# Bilan des études évaluatives

- Les données probantes disponibles sur les interventions destinées aux enfants ayant dévoilé une agression sexuelle favorisent les TCC.
- Bien que certaines interventions d'approche psychodynamique sont associés à des effets positifs, elles ont moins souvent fait l'objet de recherches évaluatives.
- Les principaux objectifs d'un TCC visent à encourager l'expression des sentiments et des cognitions liés à l'expérience d'AS, à clarifier les pensées erronées concernant l'agression et l'attribution de la responsabilité, à enseigner à l'enfant des habiletés de protection, et à faire diminuer les sentiments d'isolement et de stigmatisation.

An aerial photograph of a forest, rendered with a blue-green color palette. The trees are arranged in a grid-like pattern, creating a textured, wavy appearance. The lighting is soft, and the overall tone is cool and serene.

# QUELQUES APPROCHES IMPLANTÉES EN SOL QUÉBÉCOIS



CENTRE D'INTERVENTION EN ABUS SEXUELS POUR LA FAMILLE

- Durée des groupes:
  - 14 semaines pour les 6-8 ans – 1.5h/ semaine
  - 14 semaines pour les 9-12 ans – 2h / semaine
- Participation des parents:
  - 4 premières rencontres (6-8 ans)
  - 3 premières rencontres (9-12 ans)

### Objectifs thérapeutiques

- Diminuer les sentiments d'isolement
- Augmenter l'estime de soi
- Améliorer la relation parent-enfant et les compétences parentales
- Diminuer la symptomatologie des enfants et réduire les sentiments de culpabilité
- Prévenir la revictimisation

### Méthodes d'intervention

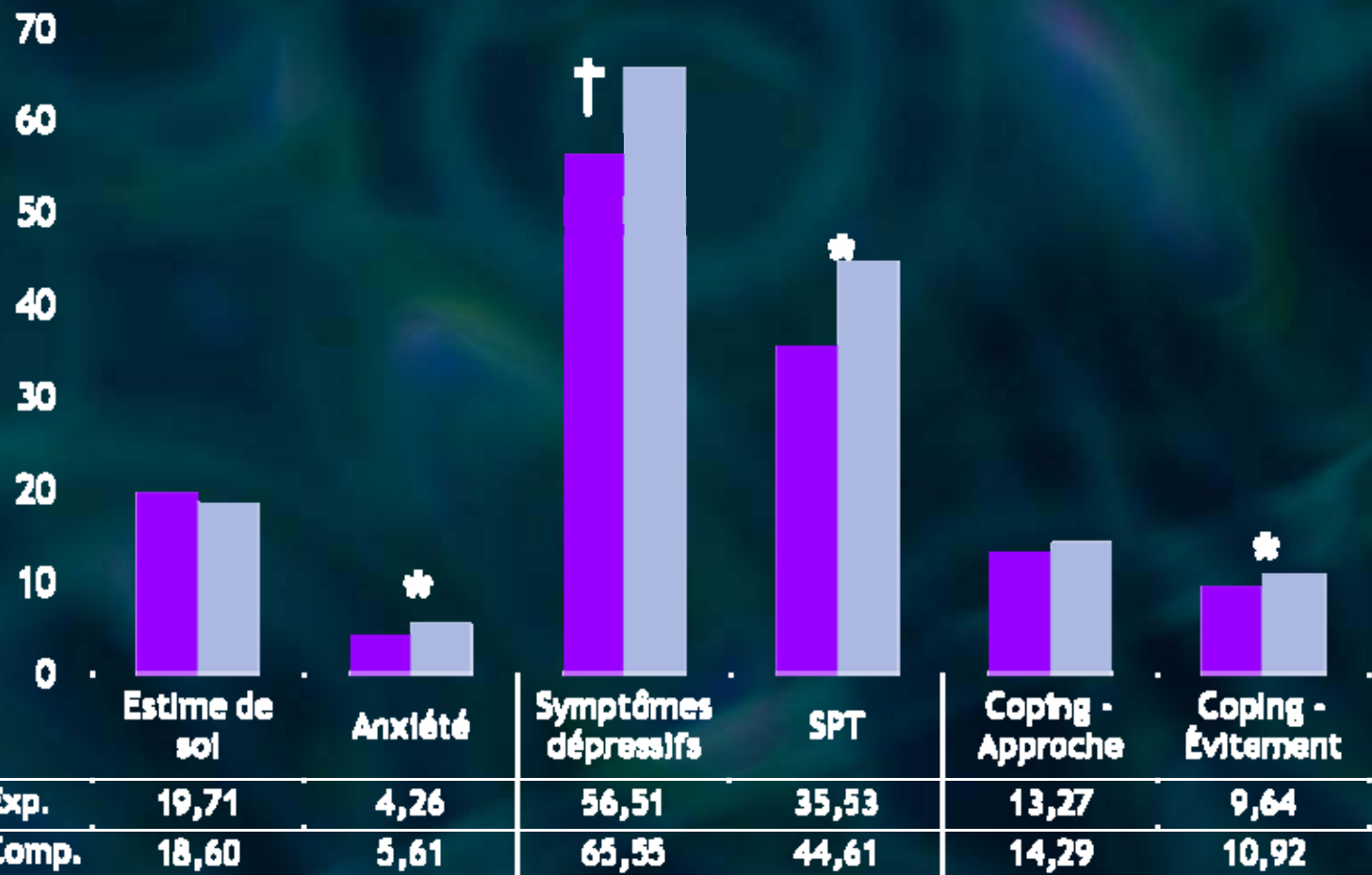
- Expression des émotions
- Restructuration cognitive
- Éducation/prévention
- Exposition graduée
- Jeux de rôle
- Activités/Arts

# Exemple: Personnages de papier



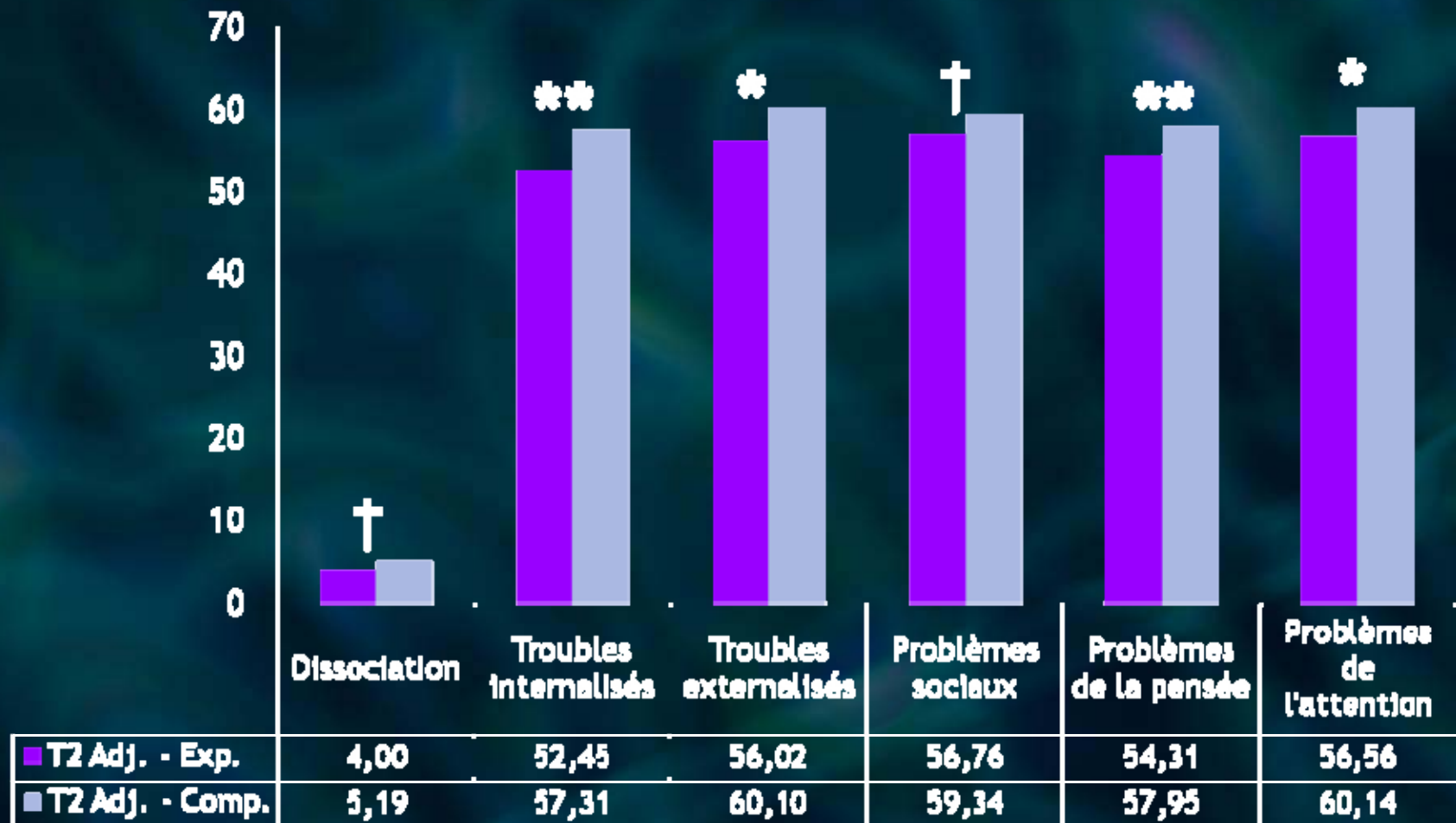
# Effets de l'intervention de groupe

## Symptômes rapportés par les enfants



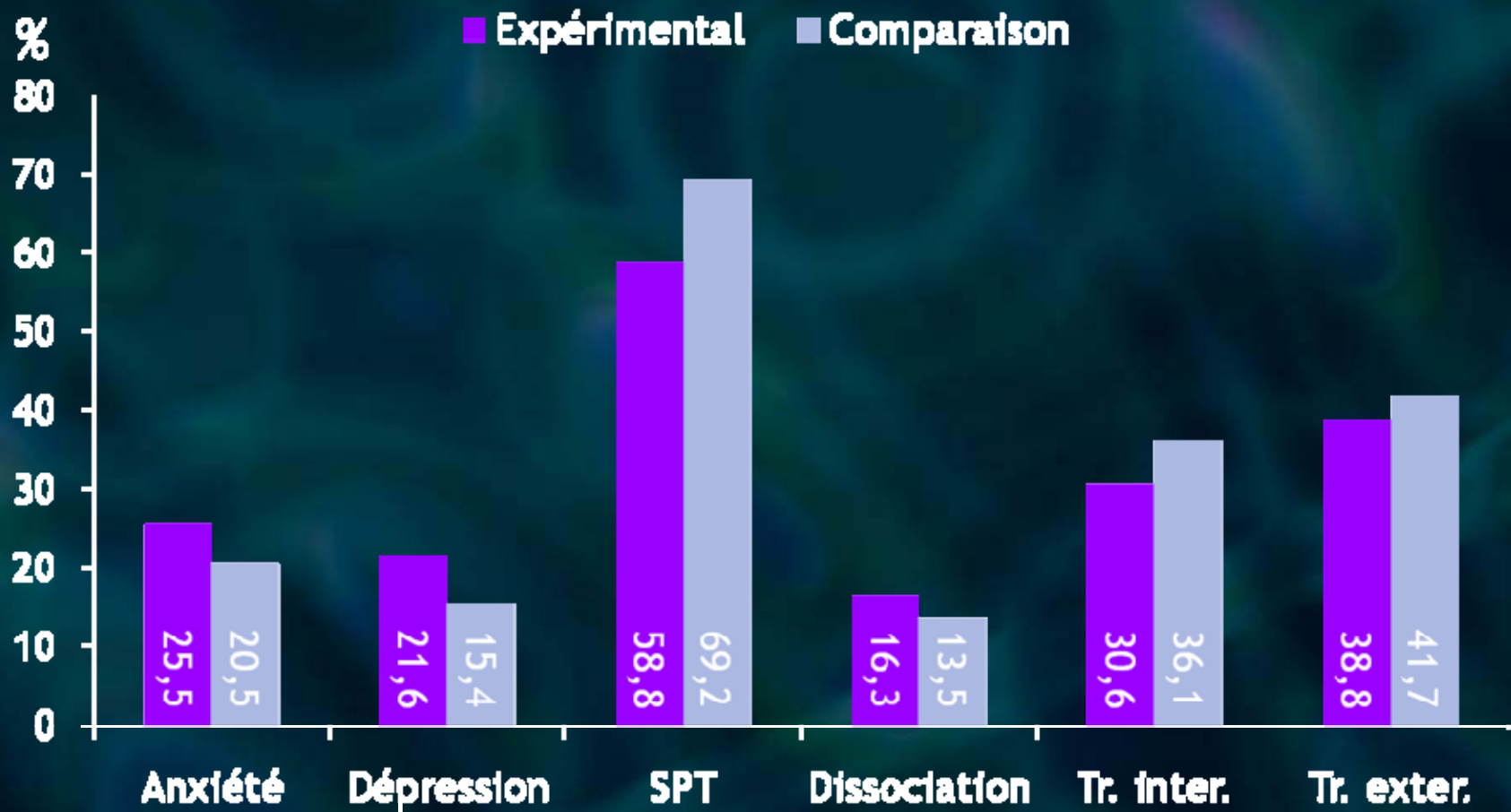
# Effets de l'intervention de groupe

## Symptômes rapportés par les parents

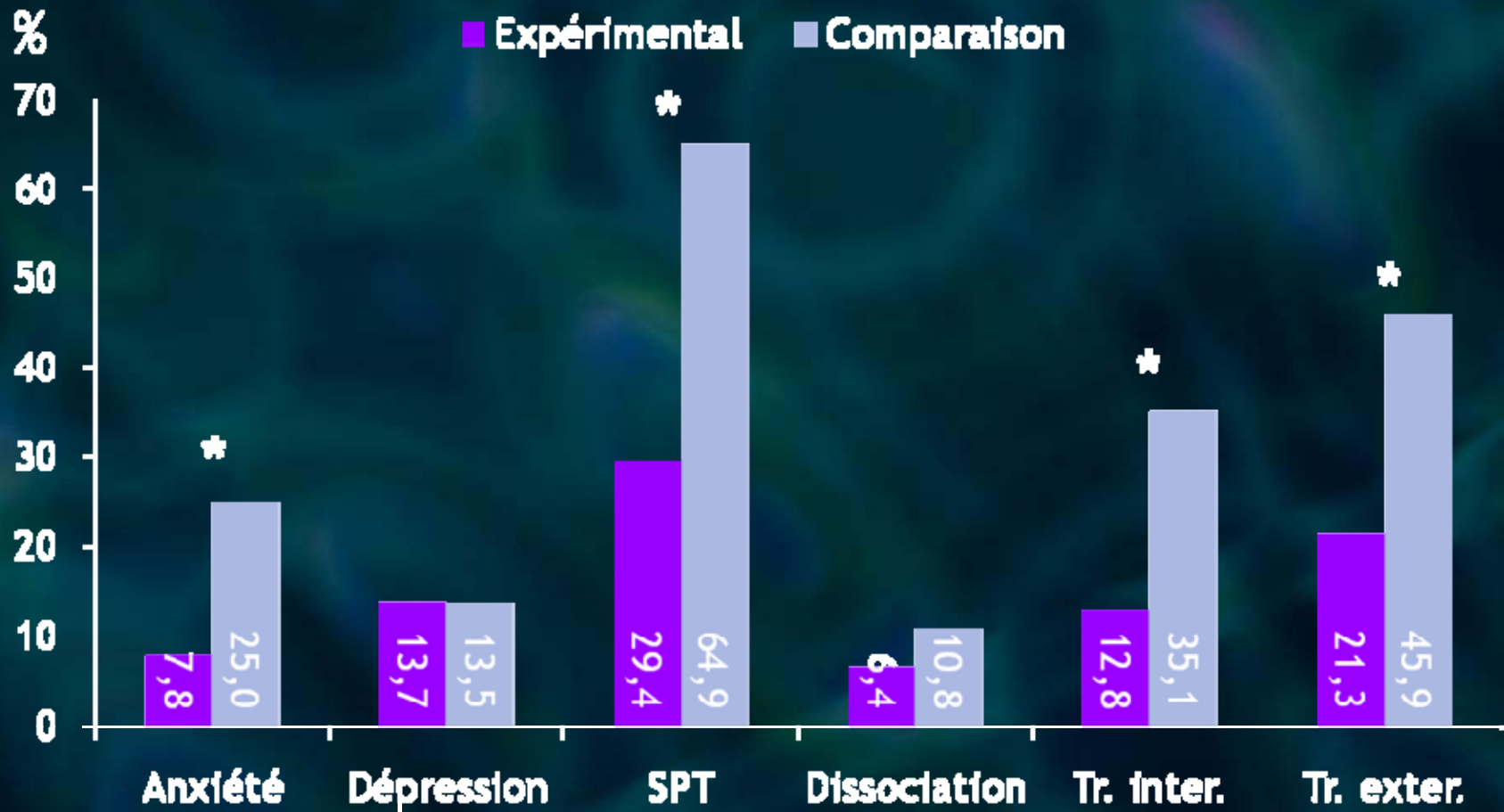


# % de cas atteignant le seuil clinique

## Comparaison des groupes au T1



# % de cas atteignant le seuil clinique Comparaison des groupes au T2



# Traitement centré sur la résolution du trauma

## Modalités du traitement

- Interprétation du TF-CBT
- Formation des intervenants par l'équipe de E. Deblinger
- Approche d'intervention individuelle
- Durée: 12 rencontres (90 minutes par rencontre)
- Rencontres individuelles avec enfant/avec parents + rencontres conjointes parents-enfant (4 rencontres)
- Rencontres peuvent impliquer les membres de la fratrie ou d'autres membres de la famille au besoin

Outils d'intervention développés

Évaluation des effets liés à l'intervention en cours





DÉFIS QUANT À  
L'IMPLANTATION DES  
PRATIQUES EXEMPLAIRES

# Implication des parents

- Près de la moitié des mères affiche un niveau de détresse psychologique atteignant le seuil clinique. Entre 50 et 60% des mères rapportent avoir elles-mêmes vécu une AS.
- Le fait d'avoir vécu une AS est associée à un risque trois fois plus élevé d'afficher un niveau de détresse atteignant le seuil clinique (Hébert et al., 2007).
- L'approche TF-CBT demeure une intervention centrée sur l'enfant. Si mères présentent une histoire de trauma antérieur (AS) ou actuel (VC); doit-on référer pour une intervention spécifique? Si oui cette intervention doit-elle être proposée de façon concomitante?



# Clientèle typique ou atypique?

- Une proportion importante des enfants victimes d'agression sexuelle vivent d'autres formes de mauvais traitements. Quel trauma est considéré 'prioritaire'?
- Quels sont les effets de l'intervention en milieu 'contrôlé' vs. milieu naturel?
- Défis liés au fait de vouloir témoigner des effets de l'intervention vs. une demande accrue de services.



# Études futures

- Identifier les composantes du traitement qui sont particulièrement efficaces (par ex., composantes cognitives vs. comportementales).
- Mieux documenter les facteurs liés à l'abandon du tx.
- Estimer la valeur relative de chaque composante et tenter d'identifier les ingrédients actifs, responsables des changements positifs.
- Explorer par quels processus le changement opère: Est-ce les techniques visant la gestion des comportements difficiles, les composantes du tx qui aident le parent à gérer sa propre détresse, le fait de mieux soutenir l'enfant ou le fait de faciliter le transfert des habiletés apprises par les enfants dans leur quotidien qui sont les ingrédients les essentiels et responsables du changement?



# Période d'échanges et de questions



Pour information complémentaire:

Martine Hébert

Courriel: [hebert.m@uqam.ca](mailto:hebert.m@uqam.ca)