

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES INTERVENTIONS DE GROUPE
AUPRÈS DES ENFANTS ÂGÉS DE SIX À DOUZE ANS
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PH.D.)

PAR
ANN CLAUDE SIMONEAU

FÉVRIER 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Après ces années d'études, j'ai compris que le travail doctoral va au-delà de la question de recherche et de l'implication dans la lecture ou l'écriture. C'est aussi un travail sur soi qui permet la découverte de ses forces et de ses failles. J'y ai plongé et j'en ressors grandie. Dans cette recherche (de moi), j'ai été accompagnée de personnes extraordinaires qui ont laissé une trace importante dans la personne que je suis devenue. Je tiens à les remercier pour leur apport à mon projet doctoral mais aussi pour leur soutien humain tout au long de ce projet.

Je tiens à accorder mon premier et plus gros merci à Martine Hébert, ma directrice de thèse, une femme généreuse d'une douceur ferme et soutenue. Merci Martine d'avoir été mon tuteur lorsque ma plante en croissance a manqué d'eau et de force. Je me souviendrai toujours que dans le plus profond de mon découragement, tu m'as prise par la main et tu m'as accompagnée vers la route que j'avais pourtant laissée. Sans toi cette thèse n'aurait jamais vu sa fin.

Merci aussi à Marc Tourigny, mon co-directeur. Merci pour nos après-midi d'un certain été où j'ai pu plonger dans le farfrelu et me perdre dans mon questionnement et mes intérêts de recherche. Je regarde maintenant avec amusement cette période où tout savoir devenait si important mais à la fois si confondant. Merci d'avoir su me nourrir de ce désir d'aller au bout des interrogations tout en me ramenant par la suite vers l'essentiel.

Je veux envoyer un gros clin d'œil à Manon Robichaud, coordonnatrice du laboratoire, puisque son côté méthodique a su compenser pour mon dynamisme souvent désordonné. Merci d'avoir remis de l'ordre dans mon projet, dans mes idées. Merci d'avoir accueilli mes incertitudes et certaines de mes difficultés.

Comment ne pas mentionner tout le soutien du CIASF, de Huguette Joly et de Teena Davis. Merci de nous avoir permis l'accès à votre centre. Merci de vous être montrées dans

toute votre authenticité afin de permettre à notre œil extérieur de venir regarder ce qui se passe chez vous.

Merci aussi à toutes ces familles, enfants et parents, que j'ai rencontrés et qui se retrouvent aujourd'hui dans l'anonymat de ces pages. Je garde un grand respect envers vous qui vous êtes ouverts à nous et qui nous avez fait confiance dans la réalisation de cette recherche. Ce projet ne vous a pas apporté beaucoup à vous personnellement mais permet de faire progresser notre savoir et ainsi les services offerts aux prochains en besoin. Merci pour votre 'don de soi'.

Je ne veux passer sous silence ma reconnaissance envers des gens qui sont loin et qui ne pourront fort probablement pas lire ces lignes. Mon parcours m'a menée à aller travailler aux États-Unis et il m'y a fait découvrir une équipe de psychologues extraordinaires. Merci à Esther Deblinger, Melissa Runyon et Marianne Clark qui m'ont permis de bien saisir les enjeux de la thérapie et de la recherche auprès des enfants victimisés.

Mon projet de recherche s'est en quelque sorte terminé en même temps que mon escapade au Centre d'Expertise en Aggression Sexuelle Marie-Vincent. Merci de m'avoir confrontée avec mon savoir et de m'avoir fait vivre la complexité de la mise en place de services avec cette clientèle.

Un merci tout spécial à ces étudiantes du laboratoire du CRIVAS qui ont donné de leur temps pour tous ces voyages à Hull. Merci pour votre complicité et vos suggestions. Merci pour nos debriefing sur le chemin du retour. Merci pour ces fous rires de nuit et pour votre patience (ou non) lors de mes excès (de vitesse entre autres). Cette collaboration a permis de briser la solitude qui s'installe forcément lors du doctorat.

Il est difficile de nommer tous ceux envers qui je souhaite exprimer ma reconnaissance. Tous ceux (ma famille, mes amis, mes collègues de travail, mes employeurs et autres), qui ont franchi mon parcours pendant ces six dernières années, et même avant, et qui m'ont accompagnée vers l'atteinte d'un de mes objectifs de vie. Un merci tout chaleureux, donc, à

toutes ces personnes d'ici et de là qui ont ponctuellement permis de me mettre/remettre en piste, qui m'ont redonné la force de poursuivre, qui ont corrigé ma trajectoire. Vous reconnaissez-vous; je l'espère.

Finalement, merci à Nicolas, mon conjoint, qui a su être stable et là malgré toute mon inconsistance. Merci de ton énorme patience, de ton aide renouvelée. Merci Nicolas de m'avoir 'botté le derrière' et aussi d'avoir arrêté de le faire quand c'était le temps. Merci de t'être adapté à ce tourbillon et d'avoir respecté mon rythme. Tu as su relever là tout un défi ! Deux petits derniers mercis à Elizabeth et Beatrice qui ont pu redonner du souffle à mon désir de terminer afin de consacrer mon temps à ce nouveau projet qu'est la maternité. Je vous aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	x
RÉSUMÉ	xii
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
1.1 Incidence et prévalence	2
1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle.....	3
1.3 Interventions thérapeutiques pour les VAS.....	5
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉTUDES ÉVALUATIVES DES INTERVENTIONS DE GROUPE DESTINÉES AUX ENFANTS DE SIX À DOUZE ANS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	11
2.1 État de la question sur l'efficacité des traitements offerts aux enfants VAS	12
2.1.1 Limites des recensions des écrits.....	14
2.2 Objectifs de la recension	15
2.3 Méthodologie de la recension	16
2.3.1 Repérage des études	16
2.3.2 Critères d'inclusion	16
2.4 Résultats de la recension	18
2.4.1 Description des programmes d'intervention	18
2.4.2 Description de la méthodologie de recherche des études.....	27
2.4.3 Effets liés à l'intervention	30
2.5 Conclusion	51
2.5.1 Bilan des caractéristiques des interventions offertes.....	52

2.5.2	Efficacité des interventions évaluées.....	53
2.5.3	Limites des études recensées.....	54
	Annexe : Objectifs thérapeutiques poursuivis par les différentes études.....	58
CHAPITRE III : ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE POUR ENFANTS DE SIX À TREIZE ANS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE.....		60
3.1	Méthodologie.....	64
3.1.1	Devis.....	64
3.1.2	Mesures.....	64
3.1.3	Échantillon et procédures.....	71
3.1.4	Présentation du centre d'intervention.....	74
3.2	Résultats.....	77
3.2.1	Assiduité des participants et uniformité du traitement offert.....	77
3.2.2	Analyse des effets de l'intervention de groupe.....	78
3.2.3	Analyses complémentaires.....	81
3.3	Discussion.....	92
CHAPITRE IV : CONCLUSION DE LA THÈSE.....		99
4.1	Synthèse des résultats obtenus.....	100
4.2	Position du programme de traitement du CIASF par rapport à la documentation scientifique existante.....	101
4.2.1	Sélection des participants.....	102
4.2.2	Caractéristiques des groupes.....	102
4.2.3	Caractéristiques des intervenants.....	104
4.2.4	Caractéristiques de l'approche.....	104

4.3	Comparaison du modèle thérapeutique au CIASF avec la TF-CBT	105
4.3.1	Description de la TF-CBT	106
4.3.2	Similitudes et différences	107
4.4	Forces et limites de l'étude	112
4.4.1	Échantillon	112
4.4.2	Mesures	113
4.5	Retombées de l'étude au niveau des pratiques cliniques	114
4.6	Autres pistes pour les recherches futures	117
	RÉFÉRENCES	119
	APPENDICE A : LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 1 POUR PUBLICATION.....	132
	APPENDICE B : COURRIEL DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 2 POUR PUBLICATION.....	134
	APPENDICE C : APPROBATION DU PROJET DE RECHERCHE PAR LE COMITÉ DE DÉONTOLOGIE DU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL.....	136
	APPENDICE D : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	138
	APPENDICE E : QUESTIONNAIRES.....	149
	APPENDICE F : SOMMAIRE DU PROGRAMME D'INTERVENTION DE GROUPE POUR LES ENFANTS DE SIX À TREIZE ANS DU CENTRE D'INTERVENTION EN AGRESSION SEXUELLE POUR LA FAMILLE.....	169

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 2.1	Description des programmes d'intervention offerts.....19
Tableau 2.2	Résumé des résultats liés à l'efficacité des thérapies de groupe31
Tableau 3.1	Correspondance entre les instruments de mesures et les objectifs thérapeutiques du CIASF65
Tableau 3.2	Caractéristiques socio-démographiques des participants et des agressions sexuelles subies75
Tableau 3.3	Efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles telle que mesurée auprès de l'enfant.....79
Tableau 3.4	Efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles telle que mesurée auprès du parent.....80
Tableau 3.5	Pourcentage des participants présentant un score clinique selon le temps de mesure83
Tableau 3.6	Maintien des acquis, tel que rapporté par les enfants, entre le post-test et la relance pour les enfants ayant participé à la thérapie de groupe84
Tableau 3.7	Maintien des acquis, tel que rapporté par les parents, entre le post-test et la relance pour les enfants ayant participé à la thérapie de groupe85
Tableau 3.8	Effet du genre de l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par l'enfant87
Tableau 3.9	Effet du genre de l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par le parent.....88
Tableau 3.10	Effet du lien entre l'agresseur et l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par l'enfant89
Tableau 3.11	Effet du lien entre l'agresseur et l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par le parent.....90
Tableau 3.12	Effet du groupe d'âge sur les gains moyens aux mesures complétées par l'enfant91

Tableau 3.13	Effet du groupe d'âge sur les gains moyens aux mesures complétées par le parent.....	92
--------------	--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AS	Agression sexuelle
CALACS	Centre d'Aide et de Lutte contre les Agressions à Caractère Sexuel
CAVAC	Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CDC	<i>Child Dissociative Checklist</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i>
CGAS	Indice de fonctionnement global de l'enfant
CIASF	Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille
CITES	<i>Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised</i>
CJ	Centre Jeunesse
CJM	Centre Jeunesse de la Montérégie
CJO	Centre Jeunesse de l'Outaouais
CLSC	Centres Locaux de Services Communautaires
CPTS-RI	<i>Child Post-Traumatic Stress Reaction Index</i>
CRIPCAS	Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles
CSBI	<i>Child Sexual Behavior Inventory</i>
DARE	<i>Database of Abstracts of Reviews of Effects</i>
DSM-IVTR	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4 ^e édition) Texte révisé
e.t.	Écart-type

FQRSC	Fonds québécois sur la recherche sur la société et la culture
GE	Groupe expérimental
GT	Groupe témoin
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
RCMAS	<i>Revised Children's Manifest Anxiety</i>
<i>SPPC</i>	<i>Self-Perception Profile for Children</i>
<i>TF-CBT</i>	<i>Trauma-Focussed Cognitive-Behavioral Therapy</i>
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
VAS	Victime d'agression sexuelle

RÉSUMÉ

Les agressions sexuelles (AS) affectent un nombre considérable d'enfants. Plusieurs services d'aide thérapeutiques ont été développés afin de résoudre le trauma engendré chez les enfants. Parmi les modalités d'intervention, la thérapie de groupe est largement rapportée dans la documentation scientifique; par ailleurs, les effets spécifiques de cette modalité pour les enfants de six à douze ans ne semblent pas avoir été démontrés. Les objectifs visés dans ce document sont d'abord de faire état des connaissances en matière d'intervention de groupe pour les enfants de six à douze ans agressés sexuellement et ensuite, d'analyser l'efficacité d'une intervention de groupe offerte dans la région de l'Outaouais québécois.

Suivant l'introduction du contexte de la recherche (Chapitre I), le Chapitre II présente les résultats d'une recension des écrits des interventions de groupe s'adressant aux enfants âgés entre six et douze ans ayant vécu une expérience d'AS. Elle offre une analyse de 36 études évaluatives afin de décrire les interventions et d'en déterminer l'efficacité. Cette recension met à jour les données existantes en matière d'intervention de groupes pour les enfants en comblant les lacunes identifiées dans les recensions antérieures consultées. Afin de réaliser une recension exhaustive et de qualité, les critères de la *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE, 2006) ont été dûment appliqués.

Les objectifs de cette recension étaient de décrire: a) les interventions de groupe offertes aux enfants victimes d'agressions sexuelles (VAS) de six à douze ans; b) les qualités méthodologiques des études recensées; et c) les effets spécifiques sur le plan statistique et clinique des études évaluatives (dont les effets positifs, nuls, négatifs et le taux de revictimisation).

Une grande diversité au niveau des caractéristiques des modèles d'intervention recensés a été constatée. Les résultats démontrent le besoin de mener davantage d'études évaluatives ayant des devis méthodologiques solides. Tout de même, les études actuelles démontrent l'efficacité de la thérapie de groupe sur la réduction des symptômes pour ce qui est des troubles intériorisés et extériorisés. Ces améliorations se maintiennent dans le temps. Finalement, peu d'études ont exploré les effets cliniquement significatifs et les taux de revictimisation sexuelle.

Le Chapitre III porte plus spécifiquement sur l'évaluation d'une intervention de groupe pour enfants âgés de six à treize ans. L'étude vise à combler certaines lacunes méthodologiques rapportées dans la documentation scientifique par, entre autres, l'utilisation d'un échantillon raisonnablement élevé de participants, le recours à plusieurs mesures standardisées couvrant un éventail de symptômes liés à l'AS et administrées à la mère et à l'enfant. Le devis comporte un groupe expérimental de 43 enfants participant à l'intervention de groupe et un groupe de comparaison de 14 enfants recevant les services traditionnels d'un Centre Jeunesse. Les résultats permettent d'observer que les enfants ayant participé à la thérapie de groupe évoluent différemment des enfants n'ayant pas reçu d'intervention en ce

qui concerne l'estime de soi et les comportements sexualisés. Des analyses subséquentes ont permis de démontrer que les enfants du groupe expérimental présentent une réduction significative de la fréquence des comportements sexualisés et une augmentation significative de l'estime de soi alors que les enfants du groupe de comparaison ne démontrent pas de changements significatifs sur ces variables. Par contre, les enfants des deux groupes présentent des améliorations comparables sur les autres variables à l'étude. Une des hypothèses émises pour expliquer l'absence de différence significative entre les deux groupes sur une majorité de variables est qu'une majorité d'enfants du groupe témoin ont reçu des services thérapeutiques préalables à la passation du premier questionnaire ou entre les deux temps de mesure. Finalement, des analyses supplémentaires ont été réalisées à titre exploratoire afin de répondre à d'autres lacunes identifiées dans la recension des écrits en évaluant le maintien des effets lors d'un suivi post-traitement, en analysant les effets cliniquement significatifs et en explorant les effets possibles de variables modératrices, soit le genre et le groupe d'âge de l'enfant et le type d'agression vécue (intra- ou extrafamiliale).

La conclusion de cette recherche (Chapitre IV) situe l'étude évaluative présentée au Chapitre III dans l'ensemble des études recensées au Chapitre II. Les résultats de cette étude ont démontré que les services évalués se comparent bien aux services décrits dans la documentation scientifique. Le modèle d'intervention a ensuite été comparé à un modèle d'intervention ayant été reconnu comme la pratique de pointe dans le domaine : l'approche *Trauma-Focussed Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)*. Dans l'ensemble, les résultats de cette étude démontrent la pertinence des interventions de groupe auprès des enfants victimes d'agression sexuelle. En conclusion, des pistes de recherches futures sont avancées.

Mots-clés : Agression sexuelle, efficacité, enfants, évaluation, traitement, groupe, recension.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Les agressions sexuelles (AS) envers les enfants représentent un problème social important qui a été reconnu à la fin des années 1970 avec la lancée du courant féministe (Rush, 1980). Malgré plusieurs écrits scientifiques publiés au cours des 20 dernières années, il n'existe pas de consensus sur la définition des agressions sexuelles utilisée dans les études (Haugaard, 2000; Mannon et Leitschuch, 2002). Si les différentes études offrent des définitions variables de l'agression sexuelle, le gouvernement du Québec, dans les orientations gouvernementales en matière d'AS, la définit comme suit :

« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (Ministère de la Santé et des Services Sociaux - MSSS, 2001, p. 22). »

Dans le but de situer l'importance de l'intervention auprès des enfants victimes d'AS, les prochaines sections aborderont les taux d'incidence et de prévalence et les conséquences trop souvent dévastatrices vécues par les victimes. Puis, les principales interventions offertes aux enfants VAS seront rapidement explorées.

1.1 Incidence et prévalence

Finkelhor (1994) estimait qu'aux États-Unis, en 1993, le taux d'incidence des AS s'élevait à 2,4 enfants pour 1 000. Les données d'incidences québécoises sont deux fois moins élevées que celles colligées aux États-Unis. Annuellement, on estime que 0,9 enfant québécois sur 1 000 est agressé sexuellement et est signalé à la Protection de la jeunesse, soit près de 1 500 enfants (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé, Hélie, Bouchard, Chamberland, Cloutier, Jacob, Boucher et Larrivée, 2003).

Les données d'incidence ne représentent toutefois pas l'ampleur réelle des AS puisque plusieurs cas d'agression ne sont pas dévoilés (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt et Tjersland, 2005; Ross et O'Carroll, 2004; Staller et Nelson-Gardell, 2005). Bohn et Holz (1996) rapportent que les enfants peuvent avoir reçu des menaces à l'effet qu'un dévoilement pourra entraîner des représailles graves pour l'enfant ou pour sa famille. Les données du sondage réalisé auprès d'un échantillon québécois d'adultes révèlent qu'une victime sur cinq n'a jamais dévoilé les AS et que la moitié des victimes le fait au moins cinq ans après la première agression (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, Joly, sous presse). Le rapport du Ministère de la Sécurité Publique du Québec (2007) rapporte que 8% des victimes ont pris jusqu'à 21 ans avant de dévoiler leur agression sexuelle.

Putnam (2003) rapporte que les données de prévalence des agressions sexuelles subies dans l'enfance se situent généralement entre 12% et 35% pour les femmes et entre 4% et 9% pour les hommes. MacMillan (2000) rapporte les données de prévalence du *Ontario Mental Health Supplement* qui indiquent que, sur un échantillon composé de 10 000 résidents de plus de 15 ans, 12,8% des femmes et 4,3% des hommes auraient répondu avoir été agressés sexuellement dans leur enfance. Les résultats d'un récent sondage téléphonique auprès d'un échantillon de québécois adultes démontrent que 9% des hommes et 22% des femmes déclarent avoir vécu de la violence sexuelle dans leur enfance (Hébert et al., sous presse). Le rapport du Ministère de la Sécurité Publique du Québec (2007) indiquait que, en 2006, le taux d'infractions sexuelles à l'endroit des jeunes filles était près de quatre fois plus élevé que chez les garçons.

Les études sur l'incidence et la prévalence ont permis de démontrer l'ampleur du phénomène de l'AS et ont documenté les caractéristiques des AS en ce qui concerne l'identité de l'agresseur, de la victime et les caractéristiques des actes de violences sexuelles. Au plan des caractéristiques de l'agresseur, les données suggèrent que l'agresseur est le plus souvent un homme avec des taux variant de 89% à 95% (Finkelhor, 1994; Van der Kolk, Crozier et Hopper, 2001). Dans la majorité des cas, l'agresseur est connu de sa victime (Wood et Porter, 2008). Le rapport du Ministère de la Sécurité Publique du Québec (2007) indique que les jeunes (de moins de 18 ans) ont subi une agression sexuelle intrafamiliale dans 44% des cas, que ce soit le parent (19 %), un autre membre de la famille immédiate (18 %) ou un parent éloigné (7 %). Ils ont été victimes d'une personne représentant un symbole d'autorité dans 6 % des cas et d'une personne inconnue dans 10 % des cas. Au Québec, près d'une victime sur deux a été agressée sexuellement par une personne connue sans lien de parenté avec elle (Hébert et al., sous presse). Les écrits empiriques suggèrent qu'il est très rare que les enfants aient des signes physiques apparents à la suite de l'agression sexuelle (Finkel et Giardino, 2002) ce qui nuit au repérage précoce de la situation d'agression en cours.

1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle

Les AS engendrent chez les victimes une détresse psychologique importante pouvant avoir des répercussions sur leur développement et leur fonctionnement à court et à long terme. À long terme, les effets de l'AS sont multiples et impliquent des conséquences somatiques, psychologiques, relationnelles et sexuelles (Berliner et Kolko, 2000; Cicchetti et Toth, 1995). Bohn et Holz (1996) indiquent que, en comparaison à un groupe de personnes n'ayant pas vécu d'agression, les femmes agressées affichent un plus haut taux de dépression, de douleur chronique, de problème d'abus de substances, d'insomnie et de troubles sexuels. Des problèmes de santé physique ont aussi été identifiés; ainsi, les femmes victimes d'une agression sexuelle seraient plus nombreuses à rapporter des problèmes gastro-intestinaux, des douleurs pelviennes, des maux de tête et des maux de dos. Ces femmes sont d'ailleurs deux

fois plus enclines à consulter pour des soins médicaux. Davis et Petretik-Jackson (2000) rapportent que parmi les adultes agressés alors qu'ils étaient enfants une forte proportion présente des symptômes de stress post-traumatique, dissociation, dépression et des idéations suicidaires. De plus, certaines études révèlent que l'AS serait associée à un risque plus élevé de vivre des relations amoureuses empreintes de violence (Arata, 2000; Hébert, Lavoie, Vitaro, McDuff et Tremblay, 2008).

À court terme, les enfants victimes d'une agression sexuelle sont susceptibles de montrer des symptômes sur les plans physique et psychologique. Ainsi les symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique et de dissociation seraient plus fréquents chez les enfants AS que chez les enfants des groupes de comparaison (Collin-Vézina et Hébert, 2005; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006a). Le trouble de stress post-traumatique serait présent chez les enfants victimes d'agression sexuelle (VAS) dans une proportion allant de 50 à 100% (Ackerman, Newton, McPherson, Jones et Dykman, 1998). Parmi les symptômes les plus fréquemment rapportés, le trouble de dépression majeure serait rapporté pour environ 67% des enfants (Morrissette, 1999). Les enfants VAS pourraient également éprouver de la honte, de la culpabilité, une baisse d'estime de soi, de troubles de comportements intériorisés, extériorisés et des comportements sexuels inappropriés (Berliner et Kolko, 2000; Harford, 2007; Mannon et Leitschuch, 2002). Selon certains auteurs, la présence de comportements sexuels inappropriés distingue les enfants victimes d'AS de ceux qui ont subi une autre forme de traumatisme (Deblinger et Helfin, 1996). Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick et Veronen (1992) rapportent que les enfants victimisés ont quatre fois plus de risques de développer des problèmes d'ordre psychiatrique.

Les études menées au cours des dernières années ont rapporté une importante variabilité des effets de l'agression sexuelle associée à un ensemble de facteurs pouvant avoir un effet d'intensification de la réaction (Saywitz, Mannarino, Berliner et Cohen, 2000). Parmi ces facteurs, les caractéristiques de l'événement (identité de l'agresseur, durée, sévérité) ont été considérées (Beutler, Williams et Zetzer, 1994; Cicchetti et Toth, 1995; Ross et O'Carroll, 2004; Saywitz et al. 2000). Il semble que les enfants qui subissent une AS plus sévère ou plus intrusive ont des symptômes plus importants (Deblinger et Helfin, 1996; Sawyer, 2008). Les

AS fréquentes ou réparties sur une longue période de temps (Becker et Bonner, 1998), l'usage de force physique ou de la coercition (Becker et Bonner, 1998), le nombre d'agresseurs (Becker et Bonner, 1998) et le lien entre la victime et l'agresseur (Deblinger et Helfin, 1996) sont également d'autres aspects ayant une influence potentielle sur la sévérité des symptômes des jeunes victimes.

De plus, les facteurs familiaux (Tremblay, Hébert et Piché, 1999) et personnels tels les stratégies d'adaptation (Hébert et al., 2006a), l'âge et le genre de l'enfant sont identifiés parmi les aspects pouvant moduler l'intensité des symptômes. Le soutien du parent suite au dévoilement de l'agression sexuelle constitue une aide directe pour l'enfant et semble être un facteur important de résilience (Deblinger, McLeer et Henry, 1990). La crise liée au dévoilement entraîne souvent une détresse significative chez le parent et peut avoir un impact sur la relation qu'il entretient avec son enfant et sur sa capacité à le soutenir. Pour ces raisons, plusieurs auteurs ont souligné la pertinence d'intervenir simultanément auprès de l'enfant et du parent (Corcoran et Pillai, 2008).

Ainsi, la plupart des auteurs s'entendent pour dire qu'un bon nombre d'enfants réagissent à la suite d'une agression sexuelle mais aucun syndrome spécifique ne peut être attribué à l'ensemble de la population des enfants VAS (Saywitz et al., 2000). Par ailleurs, ce ne sont pas tous les enfants victimisés qui développeront des symptômes et certains sont considérés comme résilients (Dufour, Corbière et Nadeau, 2001; Hébert, Parent, Daignault et Tourigny, 2006).

1.3 Interventions thérapeutiques pour les VAS

Le nombre important d'enfants victimisés et les conséquences néfastes qu'entraînent les agressions sexuelles ont amené l'élaboration et l'implantation de programmes d'interventions curatives afin de pallier aux répercussions des AS (Berliner et Elliott, 2002). Un bon nombre d'interventions sont détaillées dans la documentation scientifique à savoir : des interventions individuelles pour les victimes, les parents non-abuseurs, les membres de la fratrie; des

interventions dyadiques pour le parent non abuseur et son enfant victimisé, pour le couple de parents; des interventions familiales avec ou sans la personne ayant commis l'agression sexuelle; des interventions de groupe pour les victimes ou pour la famille (Sattler, 1998). Par contre, parmi les enfants VAS en besoin de traitement, Berliner et Kolko (2000) rapportent que seulement 24% ont reçu des services thérapeutiques.

Les cliniciens appelés à intervenir auprès des enfants victimes d'agression sexuelle sont confrontés à la tâche difficile de formuler et d'offrir des traitements ayant démontré leur efficacité (Saunders, Berliner et Hanson, 2004). Dans leur *Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment*, Saunders et son équipe (2004) ont, entre autres, recensé les traitements les plus couramment offerts aux victimes de mauvais traitements dont les agressions sexuelles. Les auteurs ont établi des lignes directrices permettant d'évaluer les différents traitements offerts dans les milieux cliniques selon sept critères bien définis (base théorique bien documentée, documentation clinique, étude randomisée, protocole de traitement et manuel de traitement disponible, acceptation générale dans le milieu de pratique, aucune évidence de risque associée au traitement). D'après ces critères, les services d'aide ont reçu une note entre 1 (intervention efficace et appuyée par des études évaluatives) et 6 (intervention nécessitant davantage d'évaluation et potentiellement dangereuse). Un des constats principaux de ces lignes directrices est à l'effet que plusieurs protocoles de traitement n'ont pas de solides bases théoriques. Une autre proportion importante d'approches thérapeutiques, malgré leur appui sur des bases théoriques acceptables, sont largement acceptées par les cliniciens, mais n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques rigoureuses ayant permis de démontrer leur efficacité.

Dans leur méta-analyse réalisée en 2007, Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery rapportaient que l'effet moyen obtenu pour les traitements psychologiques des enfants et adolescents victimes d'agression sexuelle est de $d = .72$ ($SE = .02$) démontrant ainsi que les services offerts à ces victimes résultent en un allègement de la symptomatologie. Par ailleurs, l'ampleur de l'efficacité notée semble varier en fonction du type de traitement offert. La thérapie par le jeu serait plus efficace pour développer les habiletés de l'enfant concernant son fonctionnement social alors que la thérapie cognitive ou non-dirigée, qu'elle soit offerte

en format individuel ou de groupe, serait plus efficace pour réduire les troubles de comportement. Selon ces mêmes auteurs, la thérapie de groupe serait plus efficace pour augmenter l'estime de soi des participants. La méta-analyse de Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery (2007) permettent de nuancer l'efficacité des traitements offerts en indiquant que la thérapie est efficace dans la mesure où elle considère et s'adapte à la symptomatologie de l'enfant et qu'ainsi, une seule modalité de traitement ne peut être efficace pour l'ensemble des victimes d'agression sexuelle.

Le format d'intervention de groupe semble celui qui présente le meilleur rapport coûts/bénéfices (Aoto-Sullivan, 2000; Reeker, Ensing et Elliott, 1997; Saunders et Berliner, 2002). De plus, certains auteurs conçoivent que la thérapie de groupe serait plus efficace que la thérapie individuelle (Nurcombe, Wooding, Marrington, Bickman et Roberts, 2000) en adressant des enjeux importants pour les VAS. Tout d'abord, le format de groupe permet de briser les sentiments de stigmatisation, d'isolation et de secret entourant l'agression (Friedrich, 2002; Reeker et al., 1997; Silovsky et Hambree-Kigin, 1994). Aussi, en groupe, les enfants se voient à même de réaliser des apprentissages par imitation des pairs (Silovsky et Hambree-Kigin, 1994) ou par renforcements positifs (Bédard et Berteau, 1995). Si dans certains cas, la présence des pairs peut également avoir une influence négative auprès des participants, la présence d'intervenants selon un ratio plutôt limité (généralement 1 ou 2 intervenants pour 5 à 8 enfants) permet d'intervenir rapidement auprès des enfants et même d'utiliser le matériel soulevé entre les enfants (Théôret, Bourdon et Ouellette, 1990). Finalement, dans un groupe, l'enfant peut confronter ses craintes à l'égard des autres dans un endroit sécurisant (Bédard et Berteau, 1995).

Un large éventail de professionnels de tous domaines et de formations variées travaillent auprès des VAS. Les objectifs thérapeutiques poursuivis diffèrent selon l'étiologie assumée et les conséquences des AS estimées par ces intervenants. De même, une variété de soins visant à réduire les conséquences négatives des agressions sexuelles est offerte pour ces enfants. La documentation scientifique suggère qu'en plus des différences notées entre les intervenants, le même intervenant peut adapter ses pratiques curatives en fonction des caractéristiques de la victime qu'il rencontre (Beutler et al., 1994).

De toutes les interventions documentées, peu font état d'études scientifiques rigoureuses démontrant leur efficacité réelle (Berliner et Kolko, 2000; Beutler et al., 1994; James et Mennon, 2001; Saunders et al., 2004). De plus, parmi ces quelques études, peu ont été menées dans des milieux naturels tels des organismes communautaires. Malgré les besoins criants en matière d'intervention pour les VAS, le nombre de ressources offertes aux enfants et aux familles ayant été confrontés à une situation d'agression demeure restreint (Hébert, Robichaud, Tremblay, Saint-Denis, Damant, Lavoie et al., 2002; Tremblay, Hébert et Simoneau, 2004;), et ce, dans toutes les régions du Québec (MSSS, 2001).

Plusieurs recensions d'études évaluant les interventions de groupe offertes aux enfants victimes d'agression sexuelle ont été publiées depuis 1988 et une majorité d'entre elles présentent des limites ne permettant pas de statuer clairement sur l'efficacité des traitements. Les principales limites concernent les méthodes de repérage des études évaluatives, les critères d'inclusion et d'exclusion des études, l'étendue des objectifs et des populations visées par les recensions et le manque d'exhaustivité. Finalement, aucune recension n'a porté spécifiquement sur les enfants âgés de six à douze ans qui ont été VAS et qui reçoivent un traitement de groupe. L'état des connaissances dans ce domaine précis reste à établir. Enfin, soulignons que les dernières recensions publiées ont plus de cinq ans; la mise à jour des connaissances en ce domaine est donc nécessaire.

Tout comme les recensions réalisées, les études évaluatives recensées antérieurement ne sont pas sans certaines limites méthodologiques (Tourigny, 1997). Les principales limites ont observé a) des échantillons souvent petits, b) des devis méthodologiques qui n'incluent pas systématiquement de groupe contrôle, c) l'omission d'évaluer le maintien des acquis thérapeutiques, d) des mesures utilisées qui ne présentent pas toujours des propriétés psychométriques satisfaisantes et qui sont souvent administrées à une seule personne et finalement, e) des taux de participation et d'attrition qui ne sont pas régulièrement rapportés. Plusieurs lacunes méthodologiques empêchent donc de dresser un portrait juste de l'efficacité des interventions de groupe pour les victimes d'AS.

En résumé, la prévalence des AS envers les enfants est élevée. Les séquelles psychologiques sont invalidantes et variées et, pour plusieurs des enfants, amputent leurs capacités de développement. Certaines modalités de traitements ont vu le jour, mais peu ont fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité. Ne pouvant statuer avec certitude sur l'efficacité d'une intervention curative, il est primordial de poursuivre la recherche afin de mieux documenter les effets des interventions offertes.

Ce document a pour but de présenter une recherche réalisée en vue de l'obtention du doctorat en psychologie. Deux articles scientifiques sont issus de cette recherche. Tout d'abord, une recension exhaustive des études évaluatives portant sur les interventions de groupe auprès des enfants de six à douze ans ayant été agressés sexuellement. Cette recension vise à mettre à jour les connaissances dans le domaine de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agression sexuelle tout en palliant aux lacunes méthodologiques identifiées dans les recensions antérieures. Cette recension a été publiée dans la *Revue de psychoéducation* dans un article s'intitulant « *Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle* ».

Un deuxième objectif poursuivi par cette recherche est de mener une évaluation de l'efficacité d'une intervention de groupe offerte dans la région de l'Outaouais québécois. L'évaluation a comblé certaines des lacunes méthodologiques identifiées dans les études évaluatives antérieures par: a) l'utilisation d'un échantillon plus élevé de participants; b) le recours à plusieurs mesures standardisées couvrant un éventail de symptômes liés à l'AS; c) l'emploi, pour l'évaluation des changements, de plus d'une source d'informations; et d) un devis qui implique un groupe témoin composé d'enfants VAS recevant les services habituellement offerts dans les milieux naturels. La standardisation de l'intervention et l'assiduité des enfants sont aussi considérées. Cet article présentant les résultats d'une étude évaluative a été publié dans la *Revue québécoise de psychologie* pour un numéro spécial portant sur les agressions sexuelles dans un article portant le titre « *Évaluation d'une intervention de groupe pour enfants de six à treize ans victimes d'agression sexuelle* ».

Le projet de recherche se démarque par sa forte pertinence sociale, clinique et scientifique. Il répond à un besoin formulé par le milieu clinique afin de mieux identifier les besoins de leur clientèle en matière d'intervention et ainsi d'adapter leurs interventions selon les résultats de recherche obtenus. Il répond également au besoin du milieu scientifique d'élucider la question sur l'efficacité des interventions de groupe pour ces enfants victimisés. Les résultats de cette recherche permettront d'approfondir un champ de connaissance encore en développement. Une meilleure compréhension de l'efficacité des interventions de groupe offertes permettra le développement de services plus adaptés ou l'exportation de l'expertise développée dans d'autres régions du territoire québécois afin que plus d'enfants bénéficient des services.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉTUDES ÉVALUATIVES DES INTERVENTIONS DE GROUPE DESTINÉES AUX ENFANTS DE SIX À DOUZE ANS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Les agressions sexuelles (AS) envers les enfants représentent un problème social majeur qui a été reconnu à la fin des années 1970 avec la lancée du courant féministe (Mrazek, 1981). Putnam (2003) rapporte que les données de prévalence des agressions sexuelles subies avant l'âge de 18 ans se situent généralement entre 12% et 35% pour les femmes et entre 4% et 9% pour les hommes. Les AS sont associées à une détresse psychologique pouvant avoir des répercussions sur le développement et le fonctionnement à court et à long terme. Les enfants victimes d'une AS sont notamment susceptibles de montrer des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, de la honte, de la culpabilité, une baisse d'estime de soi, des troubles de comportements intériorisés, extériorisés et des comportements sexuels inappropriés (Berliner et Kolko, 2000; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006a; Kendall-Tackett, Meyer-Williams et Finkelhor, 1993).

Ces conséquences néfastes ont mené à l'élaboration de programmes d'interventions curatives afin de pallier les répercussions des AS (Berliner et Elliott, 2002; Finkelhor, 1994). Au cours des dernières années, plusieurs études portant sur l'évaluation des traitements offerts aux enfants victimes d'agression sexuelle (VAS) ont été publiées. Ces études ont fait l'objet de nombreuses recensions depuis 1988 (Aoto-Sullivan, 2000; Becker, Alpert, Bigfoot, Bonner, Geddie, Henggeler, Kaufman et Walker, 1995; Beutler, Williams et Zetzer, 1994; Darveau-Fournier, Lindsay, Tessier et Beaudoin, 1993; Dufour et Chamberland, 2003; Fantuzzo et Twentyman, 1986; Finkelhor et Berliner, 1995; Green, 1993; James et Mennen, 2001; Jones et Ramchandani, 1999; Kitchur et Bell, 1989; MacMillan, 2000; Nurcombe, Wooding, Marrington, Bickman et Roberts, 2000; O'Donohue et Elliott, 1992; Reeker, Ensing et Elliott, 1997; Ross et O'Carroll, 2004; Saywitz, Mannarino, Berliner et Cohen,

2000; Silovsky et Hambree-Kigin, 1994; Stevenson, 1999; Thomlison, 1988; Tourigny, 1997; Tremblay, Hébert et Simoneau, 2004; Trepper et Traicoff, 1983).

Les recensions publiées varient beaucoup en termes d'ampleur, de critères retenus et d'exhaustivité. Une recension de qualité est importante puisque les données qu'elle procure orientent les interventions et donc les services reçus par la population. La *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE, 2006)¹ propose une série de critères permettant de juger de la qualité d'une recension. La DARE considère qu'une recension doit faire une analyse des études évaluatives. Ainsi, cette définition élimine donc tous les textes qui recensent des pratiques curatives qui n'ont pas été évaluées. Plusieurs des recensions publiées ne rencontrent pas les critères proposés par la DARE. Premièrement une majorité d'auteurs n'ont pas utilisé de critères d'inclusion/exclusion précis et plusieurs ont omis de spécifier les méthodes de recherche des études rapportées. De plus, parmi les recensions étudiées, seulement quelques auteurs identifient des critères pour juger de la qualité méthodologique des études rapportées. Finalement, peu d'auteurs ont rapporté de façon consistante, dans le corps du texte ou sous forme de tableau, les détails des études primaires qu'ils ont consultées. Ainsi, seulement sept recensions publiées répondent aux critères de la DARE et seront rapportées dans ce texte (Darveau-Fournier et al., 1993; Finkelhor et Berliner, 1995; O'Donohue et Elliott, 1992; Reeker et al., 1997; Stevenson, 1999; Thomlison, 1988; Tourigny, 1997). La recension de Nurcombe et ses collègues (2000) présente un grand nombre de qualités méthodologiques puisque les auteurs ont considéré uniquement les études à devis expérimentaux. Nous avons donc choisi de l'inclure dans le présent résumé des recensions antérieures malgré qu'elle ne réponde pas aux critères de DARE en ce qui concerne l'explication des méthodes de repérage des études.

2.1 État de la question sur l'efficacité des traitements offerts aux enfants VAS

Les prochaines lignes présenteront une synthèse des conclusions des auteurs quant à l'efficacité des interventions offertes aux VAS; notons que les interventions rapportées dans les recensions ne se limitent pas aux interventions de groupe.

Les recensions suggèrent que les études évaluatives offrent un regard prometteur et que plusieurs interventions ont démontré des effets positifs. Les services dispensés paraissent être associés à une réduction de la symptomatologie globale des enfants VAS (Darveau-Fournier et al., 1993; Finkelhor et Berliner, 1995; Stevenson, 1999; Tourigny, 1997). Par contre, les comportements agressifs et sexualisés seraient plus résistants au changement (Finkelhor et Berliner, 1995; Stevenson, 1999; Tourigny, 1997). Même si la thérapie permet l'atténuation des symptômes, Tourigny (1997) indique que la situation d'une proportion d'enfants ne s'améliore pas ou même se détériore suite au traitement, et ce, particulièrement dans les programmes où plus d'une modalité de traitement (thérapie individuelle, dyadique, de couple et de groupe) est utilisée.

En ce qui concerne l'approche théorique privilégiée, bien que certaines interventions d'approche psychodynamique offrent des résultats dans le sens des effets positifs du traitement, elles ont moins souvent fait l'objet de recherches évaluatives (Tourigny, 1997). Les interventions d'approche cognitive-béaviorale ont davantage été évaluées; évaluations qui ont documenté des retombées positives de l'intervention (Nurcombe et al., 2000; O'Donohue et Elliott, 1992; Stevenson, 1999). Selon Reeker et ses collègues (1997), le contexte thérapeutique pourrait aussi jouer un rôle sur l'efficacité du traitement. Ces auteurs indiquent que les services thérapeutiques offerts en milieux naturels comblent mieux les besoins des VAS que ceux offerts en milieux contrôlés (par ex.: milieu universitaire de recherche). Par ailleurs, selon Nurcombe et ses collègues (2000), aucune étude effectuée à ce jour n'a permis de déterminer si les traitements offerts en milieux contrôlés s'avèrent aidant lorsque implantés dans les milieux naturels.

Le débat demeure quant à la modalité de traitement à privilégier. Ainsi, certains auteurs indiquent une meilleure efficacité de la thérapie de groupe comparativement à la thérapie individuelle (Nurcombe et al., 2000), alors que d'autres indiquent des bénéfices plus importants de la thérapie individuelle sur la thérapie de groupe (Stevenson, 1999). D'autres encore conçoivent que la thérapie individuelle démontre des résultats se démarquant davantage lorsqu'elle est combinée à une thérapie de groupe par le jeu (Nurcombe et al.,

2000). Pour sa part, Tourigny (1997) précise que, dans un contexte où une variété de services thérapeutiques est offerte aux familles confrontées à l'AS (thérapie individuelle, familiale et de groupe), une plus grande participation à la thérapie de groupe était corrélée à des changements négatifs sur certaines variables (lieu de contrôle et sentiment de compétence).

Des sept recensions retenues, seulement deux ont exploré plus spécifiquement la question des effets de la thérapie de groupe sur les enfants VAS (Reeker et al., 1997; Tourigny, 1997). Reeker et ses collègues (1997) ont effectué une des rares méta-analyses permettant d'établir une mesure quantitative de l'efficacité des traitements de groupe pour les enfants VAS. À l'aide de 15 études, les auteurs ont situé la taille de l'effet moyen à $d = 0,79$. Ce résultat correspond à un effet large selon les critères de Cohen (1988). L'analyse de variables modératrices concernant le type de groupe de traitement, l'âge et le genre des participants ainsi que la source de données (provenant du parent ou de l'enfant) n'ont révélé aucune influence significative sur l'efficacité des traitements (Reeker et al., 1997).

2.1.1 Limites des recensions des écrits

Les recensions antérieures ont permis d'identifier certains indices quant à l'efficacité des traitements offerts aux enfants VAS et suggèrent des pistes intéressantes visant la conduite des études évaluatives futures. Néanmoins, les recensions publiées à ce jour présentent quelques limites. Tout d'abord, les méthodes de repérage utilisées pour identifier les études évaluatives ne sont pas toujours précisées de façon détaillée. Puis, certains auteurs ont combiné et comparé les interventions thérapeutiques et préventives rendant ainsi l'interprétation des résultats difficile (Darveau-Fournier et al., 1993).

En outre, certaines recensions ne portent que sur les études publiées dans des revues scientifiques éliminant ainsi les recherches non concluantes qui souvent ne sont pas publiées (Stevenson, 1999). Les recensions des écrits antérieures diffèrent quant aux objectifs et populations visés et aucune ne fait preuve d'exhaustivité. D'autres n'ont considéré que les études expérimentales, perdant ainsi des informations intéressantes qui pourraient être

offertes dans des études à devis quasi-expérimentaux (corrélational ou avec groupe contrôle sans traitement) qui, même, peuvent s'avérer être des devis plus forts que des études randomisées sans groupe témoin n'ayant pas reçu de traitement (Nurcombe et al., 2000).

Bien que plus de la moitié des recensions se limitent aux traitements offerts aux enfants VAS, d'autres auteurs incluent dans leur recension des traitements offerts aux adultes (Becker et al., 1995; Darveau-Fournier et al., 1993; Dufour et Chamberland, 2003; Green, 1993; Ross et O'Carroll, 2004; Stevenson, 1999) ou combinent des interventions thérapeutiques et préventives (Darveau-Fournier et al., 1995). Certaines recensions considèrent plus d'une forme de victimisation (Becker et al., 1995; Dufour et Chamberland, 2003; James et Mennen, 2001; MacMillan, 2000; Stevenson, 1999). Très peu d'études ont investigué les effets de la thérapie de groupe uniquement (Bédard et Berteau, 1995; Kitchur et Bell, 1989; Reeker et al., 1997; Tourigny, 1997). Finalement, aucune n'a ciblé uniquement les enfants âgés de 6 à 12 ans qui ont été VAS et qui reçoivent un traitement de groupe. L'état des connaissances dans ce domaine précis reste à démontrer. Enfin, soulignons que les dernières recensions publiées ont plus de cinq ans, la mise à jour des connaissances en ce domaine est donc nécessaire.

2.2 Objectifs de la recension

Le présent article vise à pallier les lacunes identifiées en offrant une revue exhaustive et structurée à partir des critères de la *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE, 2006), des études évaluatives qui porteraient uniquement sur les traitements de groupe pour les enfants de 6 à 12 ans ayant été victimes d'une agression sexuelle. Cette analyse permettra de répondre à un besoin essentiel compte tenu que les interventions de groupe pour les enfants semblent de plus en plus utilisées dans les milieux de pratiques (Lomonaco, Scheidlinger et Aronson, 2000). Les objectifs de cette recension consiste à décrire: a) les interventions de groupe offertes aux enfants VAS de 6 à 12 ans; b) les qualités méthodologiques des études recensées; et c) les effets spécifiques sur le plan statistique et

clinique des études évaluatives (dont les effets positifs, nuls, négatifs et le taux de revictimisation).

2.3 Méthodologie de la recension

2.3.1 Repérage des études

Afin de repérer les études évaluatives pertinentes, les bases de données suivantes ont été consultées: a) Education: A SAGE Full-Text Collection; b) ERIC; c) Psychology: A SAGE Full-Text Collection; d) PsycINFO; e) Social Services Abstracts; f) Sociological Abstracts; g) Sociology: A SAGE Full-Text Collection; h) Medline; i) Web Science. Cette étape a permis de repérer 986 articles à partir de la ligne de commande suivante appliquée au titre et aux descripteurs de chaque article: *((child* or school-age* or school* or latency or pre-adolescen* or preadolescen* or young) and (sexual abus* or sexual maltreat* or sexual misuse* or sexual violen* or incest* or sexual victim* or sexual assault* or sexual mistreat* or sexual trauma* or sexual molest* or molest* or sexual aggression or sexually abus* or sexually maltreat* or sexually violen* or incest* or sexually victim* or sexually assault* or sexually misuse* or sexually mistreat* or sexually trauma* or sexually molest* or molest* or sexually aggress*) and (treat* or therap* or psycho-therap* or psychotherap* or intervention*) and (group) and (effect* or efficienc* or evaluati* or investigation* or impact* or outcome* or result* or follow-up or stud* or finding*)) not (women or woman or men or adult)).*

2.3.2 Critères d'inclusion

Pour être retenue, l'étude évaluative doit répondre aux critères suivants: a) date de publication: étude publiée entre 1970 et 2005; b) langue: étude rédigée en français ou en anglais; c) type de mauvais traitements: l'échantillon doit être composé uniquement d'enfants ayant été victimes d'une agression sexuelle. Les études relatant des services offerts à une

population ayant vécu plus d'un type de violence ne sont pas incluses si des analyses spécifiques au groupe d'enfants ayant vécu une agression sexuelle ne sont pas détaillées; d) interventions: l'évaluation porte sur une intervention de groupe à visée curative ayant pour objectifs la réduction des séquelles de l'agression sexuelle chez l'enfant; e) nombre de participants: les études doivent comporter un échantillon de trois participants ou plus; f) âge des participants: les interventions s'adressent à des enfants dont les âges se situent, ou chevauchent, 6 à 12 ans; g) démarche évaluative: les documents retenus témoignent d'une démarche d'évaluation des services offerts et comportent une section élaborant la méthodologie de recherche dont les variables dépendantes et indépendantes, une description de l'échantillon choisi et de la procédure de cueillette systématique des données; h) résultats: les études considérées rapportent des résultats comparant des données avant et après le traitement, de même que la ou les méthodes d'analyses des résultats retenues.

De l'ensemble des articles repérés à l'aide des bases de données ($n = 986$), plusieurs se sont avérés moins pertinents et ont été soustraits du résultat de recherche dès la lecture du titre ($n = 634$) ou du résumé disponible à partir du moteur de recherche ($n = 135$). L'analyse des documents restants a permis d'identifier 36 études évaluatives répondant aux critères retenus, parmi ces études se trouve un rapport de recherche n'ayant jamais été publié (Smyth, 1992). Ces études seront tout d'abord comparées en ce qui concerne les caractéristiques des participants, des intervenants et des services offerts. Les données descriptives de ces études sont présentées dans le Tableau 2.1 en ce qui concerne les critères de sélection des participants et les caractéristiques des groupes, des intervenants et de l'approche thérapeutique. Puis, dans un deuxième temps, l'efficacité des services offerts au niveau statistique et clinique sera explorée. La question des effets nuls ou négatifs sera également abordée. Le Tableau 2.2 rapporte les principales conclusions des études recensées au niveau de l'efficacité des interventions à réduire la symptomatologie des enfants.

2.4 Résultats de la recension

2.4.1 Description des programmes d'intervention

2.4.1.1 Sélection des participants

Afin de mieux situer les résultats des programmes d'intervention offerts, il semble crucial de détailler les caractéristiques des enfants recevant les services. Des informations touchant le recrutement des participants et les critères d'inclusion et d'exclusion seront résumés.

Recrutement

Un peu plus du deux tiers des études recensées (69%) offrent des informations sur la provenance des enfants participant à l'intervention de groupe. La plupart des participants ont été orientés vers les services thérapeutiques par les services sociaux de protection de l'enfance (Ancha, 2004; Bentovim, Elburg et Boston, 1988; Berliner et Saunders, 1996; Berman, 1990; Burke, 1988; Deblinger, Stauffer et Steer 2001; De Luca, Boyes, Grayston et Romano, 1995; Doyon, 1990; Gilbert, 1990; Hack, Osachuk et De Luca, 1994; Kitchur et Bell, 1989; McGain et McKinsey, 1995; Perez, 1987; Rust et Troupe, 1991; Stauffer et Deblinger, 1996; Théoret et al., 1990; Watson, 2001), par les services légaux (Carozza et Heirsteiner, 1982; Hsu, 2003; Merrick, Allan et Crase, 1994) ou par d'autres cliniques offrant des services thérapeutiques (Burke, 1988; Grayston et De Luca, 1995; Nelki et Watters, 1989; Trowell, Kolvin, Weeramanthri, Sadowski, Berelowitz, Glasser et Leitch, 2002). D'autres enfants ont été recrutés auprès de centres de réadaptation (Carozza et Heirsteiner, 1982), d'écoles ou d'églises environnantes (McGain et McKinsey, 1995). Ainsi, les services de protection de l'enfance demeurent les organismes les plus souvent impliqués auprès de cette clientèle.

Tableau 2.1
Description des programmes d'intervention offerts

Études	Sélection des participants		Caractéristiques des groupes					Caractéristiques des intervenants			Caractéristiques de l'approche thérapeutique			
	Procédures de recrutement	Critères d'inclusion et d'exclusion	Nombre d'enfants par groupe	Groupe distinct	Groupe d'âge	Mixité des groupes	Groupe féminin	Formation des intervenants	Présence d'étudiants	Nombre d'intervenants par groupe	Genre des intervenants	Approches	Objectifs	Techniques
<u>Devis pré-expérimentaux de type post-test</u>														
1. Bentovim et al. (1988)	Oui	Non	6-8	Oui	3-16 ans	J	ND	ND	ND	2	FH	Intégrée	Oui	Oui
2. Corder et al. (1990)	Oui	Oui	8	Non	6-9 ans	F	Oui	ND	ND	ND	ND	ND	Oui	Oui
3. Grammer et Shannon (1992)	Non	Oui	5	Non	8-12 ans	F	Oui	ND	ND	ND	ND	Psychodynamique	Oui	Non
4. Grosz et al. (2000)	Non	Oui	3-8	Oui	4-6 ans 7-12 ans 13-14 ans	J	Non	Médecine Pédopsychiatrie Psychologie Travail social	Oui	2	FH	ND	Oui	Non
5. Sturkie (1983)	Non	Non	8	Non	7-12 ans	F	Non	Travail social	Oui	3	ND	ND	Oui	Oui
<u>Devis pré-expérimentaux de type prétest/post-test</u>														
6. Ancha (2004)	Oui	Oui	ND	Oui	<12 ans >12 ans	Non	Non	ND	Oui	2	ND	Cognitive Psychoéducatrice	Oui	Oui
7. Berman (1990)	Oui	Oui	11	Non	9-12 ans	F	Non	Psychologie	Oui	2	ND	ND	Oui	Oui
8. Carozza et Heirsteiner (1982)	Oui	Non	6-10	ND	9-17 ans	F	Oui	ND	ND	2	ND	Psychoéducatrice Art-thérapie	Oui	S
9. De Luca et al. (1993)	Non	Non	7	Non	10-11 ans	F	Oui	Psychologie	Oui	2	F	ND	Oui	S

10. Friedrich et al. (1992)	Non	Non	ND	Non	4-16 ans	G	Non	Psychothérapie	Oui	2	FH	Intégrée	Non	Non
11. Hack et al. (1994)	Oui	Oui	6	Non	8-11 ans	G	Oui	Psychologie	Oui	2	H	ND	Oui	S
12. Hall-Marley et Damon (1993)	Non	Non	ND	ND	4-7 ans	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Intégrée	Oui	S
13. Hiebert-Murphy et al. (1992)	Oui	Oui	6	Non	7-9 ans	F	Oui	Psychologie	Oui	2	F	ND	S	Non
14. Hsu (2003)	Oui	Oui	ND	Oui	enfants adolescents	ND	ND	Psychologie	Oui	2	ND	Cognitive Psychoéducative Non-directive	Oui	Oui
15. Kitchur et Bell (1989)	Oui	Oui	7	Non	11-12 ans	F	Oui	Psychologie Travail social	Non	2	F	ND	Oui	Oui
16. Merrick et al. (1994)	Oui	Non	ND	Oui	4-6 ans / 7-9 ans 10-12 ans 13-17 ans	ND	Oui	ND	ND	2/gr	ND	Intégrée	Oui	S
17. Nelki et Watters (1989)	Oui	Non	6	Non	4-8 ans	F	Oui	ND	ND	2	FH	Psychodynamique Psychoéducative Cognitive	Oui	Oui
18. Rushton et Miles (2000)	Non	Oui	ND	ND	6-14 ans	F	ND	Travail social	Non	ND	ND	Psychodynamique ND	Non	Non
19. Smyth (1992)	Non	Non	ND	Oui	8-10 ans 11-13 ans 14-17 ans	F	Oui	ND	ND	ND	ND	ND	Oui	Non
20. Théoret et al. (1990)	Oui	Oui	5	Non	6-8 ans	Oui	Oui	ND	ND	2	FH	Non-dirigée Psychoéducative	Oui	Oui
21. Watson (2001)	Oui	Oui	3	Non	6-10 ans	F	Oui	Psychologie	Oui	2	F	Cognitive	Oui	Oui
<u>Devis quasi-expérimental avec comparaison de deux groupes de traitement</u>														
22. Nolan et al. (2002)	Non	Oui	ND	ND	8-17 ans	ND	ND	Pédopsychiatrie Psychologie Psychothérapie Travail social	Non	ND	ND	Psychodynamique Non-dirigée Cognitive	Non	Non

<u>Devis quasi-expérimentaux avec groupe de comparaison sans traitement</u>														
23. Doyon (1990)	Oui	Oui	4	Non	6-12 ans	F	Oui	ND	ND	2-3	V	Art-thérapie	Oui	Oui
24. De Luca et al. (1995)	Oui	Non	6-8	ND	7-12 ans	F	Oui	Psychologie	Oui	ND	F	ND	Oui	S
25. Grayston et De Luca (1995)	Oui	Oui	6	Non	7-10 ans	G	Oui	Psychologie	Non	2	FH	ND	R	S
26. McGain et McKinsey (1995)	Oui	Non	ND	Non	9-12 ans	F	Non	ND	ND	ND	ND	ND	Oui	Non
27. Rust et Troupe (1991)	Oui	Non	5-6	Oui	9-18 ans	F	Non	Travail social	Non	2	ND	ND	Non	Non
28. Stauffer et Deblinger (1996)	Oui	Oui	max. 4	Non	2-6 ans	Oui	Oui	Psychologie Travail social	Oui	2/gr	F	Cognitive	Oui	Oui
<u>Devis quasi-expérimental de type corrélationnel</u>														
29. Tourigny et al., (1998)	Non	Oui	ND	Oui	6-17 ans	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Cognitive Humaniste Systémique	Oui	Non
<u>Devis expérimentaux avec répartition aléatoire à deux groupes de traitement</u>														
30. Berliner et Saunders (1996)	Oui	Oui	ND	Oui	4-6 ans 7-10 ans 11-13 ans	J	Oui	Travail social	Non	2	F	Cognitive Non-dirigée	Oui	S
31. Deblinger et al. (2001)	Oui	Oui	ND	ND	2-8 ans	Oui	Oui	ND	ND	ND	ND	Cognitive Humaniste	Oui	Oui
32. Gilbert (1990)	Oui	Oui	4-5	Non	9-14 ans	F	Oui	Nursing	Oui	1	F	Nursing	Oui	Oui
33. Hyde et al. (1995) Monck et al. (1994)	Non	Oui	ND	Oui	<7 ans / 7-9 ans 10-12 ans >12 ans	J	ND	Pédopsychiatrie Psychologie Travail social	Non	ND	ND	ND	Oui	Oui
34. Trowell et al. (2002)	Oui	Oui	5	ND	6-14 ans	F	ND	Psychothérapie	Non	2	FH	Psychodynamique Psychoéducative	Non	Non
<u>Devis expérimentaux avec répartition aléatoire à un groupe contrôle sans traitement</u>														
35. Burke (1988)	Oui	Oui	3-8	ND	8-13 ans	F	Oui	Psychologie	Oui	2	FH	Behaviorale	Oui	S
36. Perez (1987)	Oui	Oui	2-5	Oui	4-6 ans 7-9 ans	Non	Oui	Travail social	Non	1	F/H	Non-dirigée Thérapie par le jeu	S	S

Légende: (ND) Les informations ne sont pas mentionnées dans le texte; **Mixité des groupes:** (F) filles seulement, (G) garçons seulement, (J) mixtes pour les enfants plus jeunes; **Genre des intervenants:** (F) femme, (H) homme, (V) variable d'un groupe à l'autre; **Objectifs et techniques:** (R) Référence dans le texte, (S) Sommaire.

Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Il importe de distinguer deux types d'études évaluatives existant dans la documentation scientifique: les études d'efficacité et les études d'efficience. Les études d'efficacité font référence à une évaluation sur un groupe d'enfants choisis en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion rigoureusement appliqués et d'un traitement standardisé pour tous les groupes d'enfants rencontrés. Ces études permettent de valider l'efficacité des traitements auprès d'un échantillon 'pur' d'enfants ne présentant pas de problématique comorbide pouvant influencer les résultats thérapeutiques. En contraste, le but de l'étude d'efficience est de permettre d'identifier ou de valider l'efficacité du traitement en cours sans en modifier les paramètres. Ces services sont alors offerts à l'ensemble des enfants se présentant pour recevoir des services selon des critères de sélections minimaux (Saunders, Berliner et Hanson, 2004).

La connaissance des critères d'inclusion/exclusion des participants permet donc de comprendre quels sont les éléments qui permettent de s'assurer que le modèle d'intervention préconisé répond aux besoins d'une clientèle donnée. En plus de l'âge et du genre de l'enfant, un vaste nombre de critères ont été repérés et chaque auteur accorde davantage d'importance à certains éléments plutôt qu'à d'autres. Les critères les plus souvent rapportés sont l'exclusion: a) des enfants présentant des troubles sévères du comportements (Ancha, 2004; Burke, 1988; Grayston et De Luca, 1995; Grosz, Kempe et Kelly, 2000); b) des enfants qui présentent un retard de développement (Ancha, 2004; Deblinger et al., 2001; Grammer et Shannon, 1992; Grayston et De Luca, 1995; Grosz et al., 2000); c) des enfants qui ne souhaitent pas participer à la thérapie de groupe (Doyon, 1990; Grammer et Shannon, 1992; Grayston et De Luca, 1995; Hack et al., 1994; Kitchur et Bell, 1989; Nolan, Carr, Fitzpatrick, O'Flaherty, Keary, Turner et al., 2002); d) et certains auteurs assurent l'uniformité de leur groupe en imposant un critère quant au délai entre le dévoilement ou le dernier épisode d'agression et la prise en charge pour le suivi thérapeutique (Burke, 1988; Hyde, Bentovim et Monck, 1995; Monck, Bentovim, Goodall, Hyde, Lwin, Sharland et Elton, 1994; Perez, 1987; Trowell et al., 2002).

Plusieurs autres critères sont mentionnés ayant trait à l'identité de l'agresseur, au type d'agression, au parcours judiciaire depuis le dévoilement, au milieu de vie ou à la symptomatologie de l'enfant ou du parent qui en a la garde. La présence ou non de thérapie individuelle préalable ou concomitante a aussi été un facteur considéré. Grammer et Shannon (1992) n'offrent la thérapie de groupe que si les enfants ont eu une thérapie individuelle au préalable alors que Gilbert (1990) et Perez (1987) ne vont pas offrir leurs services thérapeutiques aux enfants qui ont déjà fait une thérapie antérieurement. Un autre auteur (Doyon, 1990) choisit d'abord les enfants dont les parents participent à la thérapie de groupe sans pour autant exclure les enfants dont les parents ne participent pas au groupe. Il semble pertinent de considérer le fait que les groupes d'enfants de chacune des études ne sont donc pas constitués du même type d'enfants, les critères d'inclusion/exclusion variant d'une étude à l'autre. En définitive, la détermination des critères d'inclusion/exclusion est principalement liée aux modalités d'interventions mises en place dans les milieux.

2.4.1.2 Caractéristiques des groupes

Selon les études recensées, les groupes évalués sont constitués d'entre deux et onze enfants par groupe avec une moyenne se situant autour de six enfants par groupe. Plus de la moitié (58%), des groupes offerts sont fermés; c'est-à-dire que tous les participants débutent la thérapie en même temps et qu'aucun participant n'est admis dans le groupe par la suite. Il est à noter que l'information concernant le type de groupe (ouvert/fermé) n'a pas été mentionnée dans 22% des études.

L'âge des enfants varie grandement en fonction des études recensées. Par ailleurs, 21 des 36 études ont pris des précautions pour que les groupes thérapeutiques soient plutôt homogènes au niveau de l'âge et du niveau de développement des participants; soit ils indiquent offrir des groupes distincts en fonction de l'âge des enfants, soit leur échantillon comprend des enfants d'âges similaires (trois ans d'écart au maximum). Feeny, Foa, Treadwell et March (2004) mentionnaient l'importance de considérer les facteurs développementaux qui peuvent influencer l'efficacité du traitement (le niveau de langage, les

capacités d'abstraction, le développement cognitif). Un seul auteur a fait des analyses de résultats des enfants selon leur âge (Smyth, 1992). De plus, il n'est pas toujours indiqué si, malgré le large éventail d'âges couverts, des services en groupes distincts sont offerts à la clientèle. Il est à noter que cette information n'est pas disponible pour 8 des 36 études recensées.

Les thérapies sont parfois exclusives à la population féminine (n=19), masculine (n=3) ou mixte (n=9). Les groupes sont mixtes, surtout pour les enfants d'âge préscolaire. La participation des parents est aussi requise dans 69% des programmes de traitement évalués. Cette participation peut prendre la forme d'une thérapie individuelle, de couple, familiale ou de groupe pour le parent vu séparément ou encore en thérapie conjointe avec l'enfant.

2.4.1.3 Caractéristiques des intervenants

Selon la documentation scientifique recensée, la majorité des groupes ont été co-animés par au moins deux intervenants (64%) et dans 26% des études, les services thérapeutiques étaient offerts exclusivement par des étudiants gradués. Psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, psychiatres et autres ont offert, selon les articles recensés, des services d'aide thérapeutique. Bien qu'il puisse être intéressant de s'attarder sur les différentes approches préconisées par ces intervenants à formations variées, aucune étude ne semble avoir exploré cet aspect. Notons qu'environ 30% des études n'ont pas rapporté de données concernant la formation et le nombre d'intervenants.

Le genre des intervenants est moins régulièrement rapporté dans les études. Étant donné la nature même du trauma, le genre des thérapeutes pourrait avoir une influence potentielle sur la relation thérapeutique et ainsi sur la réceptivité de l'enfant à recevoir des services et donc sur l'efficacité des services (Beutler et al., 1994; Kitchur et Bell, 1989). Alors que certaines études rapportent que les groupes étaient dirigés par des intervenantes seulement (surtout en ce qui concerne les services offerts aux filles), d'autres indiquent que la présence d'un homme pouvant offrir un modèle masculin positif peut avoir un impact non négligeable

sur l'évolution de l'enfant en thérapie (Fricdrich, Luecke, Beilke et Place, 1992; Hack et al., 1994). L'influence du genre de l'intervenant n'a toutefois pas fait l'objet d'une analyse spécifique à ce jour.

2.4.1.4 Caractéristiques de l'approche thérapeutique

Si les objectifs thérapeutiques et les techniques d'intervention sont très souvent énoncés dans les articles (voir l'annexe), les approches thérapeutiques le sont bien moins souvent (61% des études définissent l'approche thérapeutique privilégiée). À cet effet, même si 86% des études nomment les objectifs thérapeutiques visés, très peu ont des mesures spécifiques pour évaluer les changements en fonction de chacun de leurs objectifs.

Une certaine confusion demeure en ce qui concerne la distinction entre les termes 'approches thérapeutiques' et 'techniques d'intervention'. Certaines études identifient des techniques d'intervention que d'autres appelleront approche thérapeutique (par exemple l'art-thérapie). Il paraît complexe de faire de ces différentes approches des catégories mutuellement exclusives ou d'identifier le cadre théorique de certains auteurs qui intègrent des éléments de différentes approches thérapeutiques. Ainsi, les ingrédients actifs des pratiques curatives présentées restent à définir plus avant. De plus, Saunders et al. (2004) indiquaient que, alors que plusieurs établissent l'importance de déterminer le cadre thérapeutique afin d'offrir des interventions de pointe (*state of the art*) et basées sur des approches théoriques reconnues, les milieux cliniques semblent par moment perméables à l'application d'un seul modèle d'intervention, pratique qu'ils peuvent considérer rigide et moins adaptée à leur réalité.

Notons toutefois que certains auteurs ont manualisé leurs interventions et qu'une référence à ces manuels de traitement permet déjà une meilleure compréhension de la thérapie offerte (Ancha, 2004; Berliner et Saunders, 1996; De Luca et al., 1995; Deblinger et al., 2001; Grayston et De Luca, 1995; Hall-Marley et Damon, 1993; Hsu, 2003; Hyde et al.,

1995; Rust et Troupe, 1991; Théoret et al., 1990; Trowell et al., 2002). De plus, ces documents facilitent l'implantation et une plus grande conformité au modèle prévu.

Une analyse de la documentation scientifique existante sur les différentes formes de traitements offerts aux enfants VAS et sur les caractéristiques des enfants ciblés a permis de mettre à jour la très grande variété existant dans ces services. Ces distinctions entre les traitements offrent parfois des aspects complémentaires et parfois des différences tellement importantes qu'il devient difficile de trouver des points de comparaisons pour chaque traitement.

2.4.2 Description de la méthodologie de recherche des études

Les prochains paragraphes présentent les caractéristiques de la méthodologie de recherche utilisée dans les études. En effet, si les résultats obtenus par les différentes études sont importants, les sources ayant permis l'identification d'effets thérapeutiques et le choix du devis de recherche peuvent aussi influencer sur les données recueillies et méritent d'être discutés.

2.4.2.1 Choix des sources d'information et des types de mesures

Les auteurs des études recensées utilisent pour la plupart des questionnaires standardisés afin de mesurer les effets du traitement (90%). Dans leur recension des écrits, Becker et al. (1995), Beutler et al. (1994), Finkelhor et Berliner (1995), Thomlison (1988) et Trepper et Traicoff (1983) établissaient le besoin criant d'utiliser pour la recherche des mesures validées et auto-complétées auprès des populations étudiées. O'Donohue et Elliott (1992) faisaient remarquer que les questionnaires standardisés sont nécessaires mais probablement pas suffisant pour l'évaluation des enfants. Ils suggèrent d'inclure d'autres outils d'évaluation (entrevue diagnostique, observation). Quelques études ont également utilisé des grilles d'observations (23%), le dessin (3%), les entrevues d'évaluation clinique (10%) et les

questionnaires maisons (des mesures bâties par le milieu clinique pour répondre à leurs besoins spécifiques en matière d'évaluation et dont la validité interne n'a pas encore été établie, 6%). Toutefois, peu ont utilisé à la fois les questionnaires standardisés et une autre forme de mesure (10%). Les informations sont recueillies auprès du parent (75%), de l'enfant (58%), de l'intervenant (31%) ou de d'autres informateurs externes tels l'enseignant ou un autre observateur neutre (11%).

2.4.2.2 Type de devis

Les premières études évaluatives des effets de la thérapie de groupe auprès des enfants VAS (réalisées en 1983 et 1988) ont utilisé des devis avec des mesures d'efficacité administrées après le traitement seulement sans aucun groupe contrôle. Les résultats rapportés dans ces études sont de portée limitée et l'utilisation de plus d'un temps de mesure est nécessaire afin de s'assurer que les changements observés sont attribuables à l'intervention (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). Seize études ont utilisé un devis pré-expérimental évaluant les changements du groupe de thérapie en comparant les résultats aux différentes mesures avant et après le traitement (devis prétest/post-test).

Le besoin de recourir à un devis scientifique robuste a été énoncé dès les premières recensions des écrits (Thomlison, 1988) alors que les deux seules études randomisées venaient d'être publiées (Burke, 1988; Perez, 1987). À la suite de ces deux études expérimentales avec groupe de comparaison sans traitement, aucune autre étude randomisée avec un groupe contrôle ne recevant pas d'intervention n'a été publiée. Les devis qui s'en rapprochent le plus ont utilisé un groupe d'enfants recevant des services 'tels qu'offerts dans la communauté' (Doyon, 1990; Gilbert, 1990). Plusieurs ont souligné le dilemme éthique (ou même la pratique illégale selon Berman (1990)) que soulève la constitution d'un groupe d'enfants souffrant des séquelles d'une AS mais qui se voient privés d'un service thérapeutique. Le recours à un groupe comparatif n'ayant pas reçu de traitement reste, par contre la seule façon de s'assurer des effets spécifiques à la thérapie (Rossi et al., 1999).

Ainsi, différents 'compromis' ont été proposés afin de tenter de combler le besoin du groupe de comparaison. Pour pallier cette lacune, Stauffer et Deblinger (1996) ont choisi d'administrer deux pré-tests à leur groupe d'enfants, à trois mois d'intervalle, avant que le traitement ne débute. Ainsi, les analyses sur les résultats entre la première et la deuxième évaluation ont permis de démontrer qu'il n'y a pas de changement significatif de l'état de santé psychologique des enfants avant le traitement et que le passage du temps a peu d'influence. Une autre technique utilisée visait à comparer les enfants VAS à des enfants n'ayant pas été agressés. Deux études ont comparé les enfants en traitement à la suite d'une agression sexuelle à des enfants dits 'normaux' (De Luca et al., 1995; Rust et Troupe, 1991). Par contre, tel que mentionné par ces auteurs, les résultats obtenus présentent certaines limites quant à la portée des conclusions possibles étant donné que la symptomatologie attendue chez les enfants du groupe 'normal' est de moindre importance et donc les changements observés chez ce groupe d'enfants ne démontrent probablement qu'un effet 'plancher'.

Deux études ont comparé les résultats du groupe de traitement à ceux d'un groupe de comparaison (Grayston et De Luca, 1995; McGain et McKinsey, 1995). Elles ont d'abord constitué le groupe de traitement et les enfants s'étant présentés par la suite ont été maintenus en liste d'attente jusqu'au départ du prochain groupe de thérapie. Bien qu'elle assure un groupe de comparaison, cette méthode a l'inconvénient potentiel de créer des groupes disparates où les facteurs socio-démographiques ne sont pas contrôlés (de Vaus, 2001). D'autres études (n=7) ont utilisé un devis quasi-expérimental en comparant l'effet de deux types de traitements (avec ou sans répartition aléatoire au groupe de traitement). Les résultats obtenus par ces auteurs indiquent que les deux groupes d'enfants recevant une thérapie d'approche cognitive-béaviorale ou une thérapie non-dirigée (*non directive therapy*) s'améliorent (Deblinger et al., 2001). Lorsque la modalité de groupe est comparée à un traitement individuel, des résultats positifs et comparables sont notés pour les deux modalités de thérapie (Nolan et al., 2002; Perez, 1987; Trowell et al., 2002).

Peu importe le type de groupe de comparaison, en l'absence d'un groupe ne recevant pas de traitement, ces études évaluatives comportent des limites quant à l'attribution du

changement à l'effet de la thérapie ou du passage du temps. Tourigny, Péladeau, Doyon et Bouchard (1998) innovent en considérant le traitement comme étant une variable continue. Ainsi, alors que les participants de cette étude reçoivent un nombre inégal de rencontres, l'évaluation de l'effet de l'intensité du traitement devient possible. Par ailleurs, malgré la grande variation quant aux devis utilisés, les résultats rapportés constituent tous des indices quant à l'efficacité des interventions.

2.4.3 Effets liés à l'intervention

Les prochaines sections présentent: a) les changements s'avérant significatifs d'un point de vue statistique en fonction des symptômes les plus couramment rapportés dans la documentation scientifique, b) le taux de revictimisation des enfants, c) le maintien des effets thérapeutiques, puis d) les effets cliniquement significatifs.

2.4.3.1 Effets statistiquement significatifs en fonction des symptômes

Afin de dresser un meilleur portrait des résultats obtenus dans les études évaluatives, les données seront présentées sous différentes rubriques: a) les résultats sur la symptomatologie globale des enfants (c'est-à-dire le fonctionnement global de l'enfant ou le score total aux mesures évaluant les troubles de comportements), b) les troubles de comportements intériorisés (estime de soi, troubles anxieux, troubles de l'humeur), c) les troubles de comportements extériorisés (trouble de l'attention, comportements agressifs, délinquants ou sexualisés), et d) le fonctionnement familial.

Symptomatologie globale et trouble de comportements (n=15)

En ce qui concerne les cotes globales, 15 études ont rapporté des informations sur la symptomatologie de l'enfant soit en se référant à leur impression générale du fonctionnement; soit à l'aide de l'indice de fonctionnement global de l'enfant (CGAS: DSM-IVTR; APA, 1994) ou en référant aux troubles de comportement de l'enfant, le plus souvent

évalués à l'aide du *Child Behavior Checklist* (CBCL - Achenbach, 1991; Achenbach et Rescorla, 2001).

Les résultats quant aux changements sur le fonctionnement de l'enfant présentent un effet positif de la thérapie auprès des enfants. Bien que les mesures des troubles de comportements soient le plus souvent relevées auprès des parents, dans l'étude de Hyde et ses collègues (1995) des questionnaires ont aussi été administrés aux enseignants. Ceux-ci offraient une vision plus modérée des effets thérapeutiques. En effet, pour cette étude, aucun changement au niveau des troubles de comportements n'était décelé par les enseignants. Finalement, lorsque les enfants sont directement questionnés, parfois des effets positifs de la thérapie sont rapportés (Gilbert, 1990), d'autres fois aucun effet n'est indiqué (Nolan et al., 2002).

Quelques études ont considéré l'effet des thérapies de groupe sur le rendement scolaire des enfants (n=3). Les résultats de trois études démontrent que les enfants bénéficient des interventions offertes: ils semblent plus à même de réussir aux tests de rendement scolaire à la suite de la thérapie de groupe (Gilbert, 1990; Rust et Troupe, 1991) ou présentent de meilleurs résultats académiques (Friedrich et al., 1992). Carozza et Heirsteiner (1982) indiquent que les intervenants interviewés à la suite de la thérapie de groupe mentionnent également une amélioration au niveau scolaire pour les enfants sans préciser, par contre, sur quoi ils basent ce jugement.

Troubles de comportements intériorisés (n=14)

Les changements liés à l'intervention au plan des troubles de comportements intériorisés, la plupart étant évalués à l'aide du CBCL, ont été considérés par 14 des 36 études recensées. Onze de ces études concluent à un effet positif de l'intervention de groupe alors que deux études n'ont trouvé aucun changement et une autre rapporte un effet négatif de la thérapie sur les troubles de comportements intériorisés.

Tableau 2.2
Résumé des résultats liés à l'efficacité des thérapies de groupe

Études	Participants	Traitement (type, durée, participation, abandon, suivi ¹)	Services offerts aux parents	Troubles intériorisés ²	Comp. groupes ³	Troubles extériorisés ²	Comp. groupes ³	Autres symptômes ²	Comp. groupes ³
<u>Devis pré-expérimentaux de type post-test</u>									
1.	180 enfants 3 à 16 ans AS intra: 100%	1. Varié (dont groupe): durée variable Participation: - Familles: 46% ont complété 36% qq sessions - Enfant: 47% ont complété 27% qq sessions	Variable: Individuel Familial Groupe					Selon le travailleur social (qui suit la famille mais n'offre pas le service): amélioration notée chez 61% des enfants, détérioration notée pour 10%	
2.	8 filles 6 à 9 ans AS intra: 100%	1. Groupe: 5 mois 20 sessions 1 heure Abandon: 2	Variable: Individuel Groupe Devoirs					Symptomatologie: I+, P+, Ens+ Habilités préventives: E+	
3.	5 filles 8 à 12 ans AS intra: 100%	1. Groupe: 6 mois 24 sessions 1.5 heure Abandon: 1	Individuel Groupe Devoirs	Anxiété: I+, P+ Tr. sommeil: I+, P+				Affirmation de soi: I+, P+ Habilités préventives: I+, P+	
4.	143 filles, 103 garçons 4 à 14 ans AS intra: 0%	1. Groupe: (n=71) Intervention de crise: (n=56) Référence: (n=57)	Individuel Groupe					Selon le parent: améliorations notées pour 46 à 75% des enfants	

		entre 6 et 9 mois (variant d'une seule rencontre à 15 mois) 1.5 heure			
		Abandon: 198 questionnaires non- retournés			
5.	24 filles 7 à 12 ans AS intra et extra	1. Groupe: 8 semaines 1.5 heure (participation à plus d'un groupe possible)	Groupe		Enfants impliqués dans des procédures judiciaires ont fourni les informations nécessaires au tribunal Placement en famille d'accueil moins long Revictimisation: 0%
<u>Devis pré-expérimentaux de type prétest/post-test</u>					
6.	43 filles, 14 garçons 6 à 18 ans AS intra: 63%	1. Groupe: 16 semaines 1 à 1.5 heure Abandon: 39 ont complété (13 sessions/16) 9 questionnaires au post-test	Groupe		Relations familiales: P= Attribution: E=
7.	11 filles 9 à 12 ans	1. Groupe: 18 mois 54 sessions 1.5 heure Abandon: 2	Aucun		Selon l'intervenant, 66% des enfants travaillent sur des obj. de niveau élevé à la fin de la thérapie

8.	36 filles 9 à 17 ans AS intra: 100%	1. Groupe: 22 sessions Participation: 80 à 100% Abandon: 5	Variable: Familial Individuel Couple Groupe			Dessins: I + Communication: I+ Performance scolaire: I+ Revictimisation: 2
9.	7 filles 10 à 11 ans AS intra: 100%	1. Groupe: 10 semaines 1.5 heure Abandon: 1 Suivi: 9 mois, n=6		Tr. comp. inter.: P- Anxiété: E+= Estime: E+= Solitude: E=	Tr. comp. exter.: P+-	
10.	42 garçons 4 à 16 ans	1. Groupe, individuel et familial également: 8 mois 20 sessions (moy.) Abandon: 9	Individuel Familial	Tr. comp. inter.: P+ Anxiété: P+ Dépression: P+, E= Estime: E=	Tr. comp. exter.: P+ Tr. comp. sex.: P+, I=	Relations familiales: P=
11.	6 garçons 8 à 11 ans AS intra: 50%	1. Groupe: 12 sessions 1.5 heure Abandon: 1 Suivi : 7 mois, n=6	Individuel	Tr. comp. inter.: P+= Anxiété: E++ Dépression: E++ Estime: E++	Tr. comp. exter.: P+=	Revictimisation: 1
12.	7 filles, 6 garçons 4 à 7 ans	1. Groupe: 12 à 18 mois 1.5 heure	Groupe Individuel Familial	Tr. comp. inter.: P=	Tr. comp. exter.: P+ Tr. comp. sex.: P+	Tr. comp. total: P+
13.	6 filles 7 à 9 ans AS intra: 80%	1. Groupe: 9 semaines 1.5 heure Abandon: 1		Tr. comp. inter.: P+ Anxiété: E= Estime: E= Solitude: E-	Tr. comp. exter.: P+ Tr. comp. sex.: P+	Tr. comp. total: P+

14.	43 filles, 14 garçons 7 à 16 ans AS intra: 47,5%	1. Groupe: 12 sessions 1.5 heure Abandon: 24 Suivi: 3 mois, n=25	Groupe	Tr. comp. inter.: P+= Anxiété: E++ Attribution: E+= Dépression: E== Estime: E== Peur AS: E== Solitude: E== TSPT: E+=	Tr. comp. exter.: P+= Tr. comp. sex.: P==	Habiletés préventives: E+= Relations familiales: P==
15.	7 filles 11 à 12 ans AS intra: 100%	1. Groupe: 16 sessions 1 à 1.5 heure Abandon: 3	Aucun	Estime: E+		Observations de l'intervenant: +
16.	37 filles, 10 garçons 4 à 17 ans AS intra: 64%	1. Groupe: 6 mois 1 à 1.5 heure	Familial			Observations de l'intervenant: obj. atteints et placement moins long
17.	7 filles 4 à 8 ans AS intra: 66%	1. Groupe: 9 sessions 1 heure Abandon: 1	Groupe		Tr. comp. sex.: P-	Tr. comp. total: P+ Revictimisation: 0
18.	81 filles 6 à 14 ans	1. Groupe: 12 à 18 session Individuel: 2 à 30 session Abandon: 35	Groupe Individuel			82% s'améliorent: P+ 73% s'améliorent: Ps+

19.	38 filles 8 à 18 ans	1. Groupe (n=28) 16 à 20 semaines Abandon: 10		Tr. comp. inter.: P= Espoir: E+ Estime: E= Attribution: E=, I=	Tr. comp. exter.: P= Tr. comp. sex.: ?+	Atteinte des obj: I + Risque d'être agressé: I=
		2. Individuel (n=10) 16 à 20 semaines Abandon: 7	Groupe Individuel	Tr. comp. inter.: P= Espoir: E+ Estime: E= Attribution: E=, I=	Tr. comp. exter.: P= Tr. comp. sex.: ?+	Atteinte des obj: I + Risque d'être agressé: I=
20.	3 filles, 1 garçon 6 à 8 ans AS intra: 75%	1. Groupe: environ 60 sessions 2 heures Abandon: 0	Familial	Tr. comp. inter.: P+	Affirmation de soi: I+	Revictimisation: 0
21.	4 filles 6 à 10 ans AS intra: 0%	1. Groupe: 12 rencontres 1.5 heure Abandon: 1	Groupe	Anxiété: P=, E= Dépression: P=, E= Dissociation: P=, E= TSPT: E=	Tr. comp. sex.: P=, E= Colère: P=, E=	Relations familiale: P=, E=

 Devis quasi-expérimental avec comparaison de deux groupes de traitement

22.	32 filles, 6 garçons 8 à 17 ans AS intra: 66,6%	1. Individuel et groupe (n=18): Environ 6 mois durée moyenne de 20 heures Abandon: questionnaires complets disponibles pour n=2		Tr. comp. inter.: P+, E= Dépression: E+ Estime: E+	1=2 1=2 1=2	Tr. comp. exter.: P+, E= Colère: E+	1=2 1=2	Tr. comp. total: P+, E=	1=2
	Mêmes enfants AS intra: 30%	2. Individuel (n=20): Environ 6 mois durée moyenne de 18 heures Abandon: questionnaires complets disponibles pour n=12		Tr. comp. inter.: P+, E= Dépression: E+ Estime: E+		Tr. comp. exter.: P+, E= Colère: E+		Tr. comp. total: P+, E=	

 Devis quasi-expérimental avec groupe de comparaison sans traitement

23.	29 filles 6 à 12 ans AS intra: 100%	1. Groupe - Art plastique (n=8): 20 sessions 1 heure	Groupe	Anxiété: E+ Estime: E+	2<1et3	Tr. comp. sex.: P+	1>2et3	Tr. comp.: P+	1>2et3
		2. Groupe - Art dramatique (n=7): 20 sessions 1 heure	Groupe	Anxiété: E= Estime: E=		Tr. comp. sex.: P=		Tr. comp.: P=	
		3. Tx en milieu naturel (n=14)	?	Anxiété: E+ Estime: E+		Tr. comp. sex.: P=		Tr. comp.: P=	

24.	70 filles 7 à 12 ans AS intra: 100%	1. Groupe (n=35): 9 à 12 sessions 1.5 heure Abandon: 5 Suivi: 9 mois à 1 an, n=15		Tr. comp. inter.: P+= Anxiété: E+= 1=2 Estime: E+= 1>2		Tr. comp. exter.: P+-		
		2. Pas AS (n=35) Abandon: 14 Suivi: 9 mois à 1 an, n=21		Tr. comp. inter.: P+ Anxiété: E+ Estime: E=		Tr. comp. exter.: P+		
25.	15 garçons 7 à 10 ans	1. Groupe (n=9): 12 sessions 1.5 heure Abandon: 3	Aucun	Tr. comp. inter.: P+ 1=2		Tr. comp. exter.: P+ 1=2 Tr. comp. sex.: P+		
		2. Liste d'attente (n=6) Abandon: 1	Aucun	Tr. comp. inter.: P+		Tr. comp. exter.: P+ Tr. comp. sex.: P+		
26.	30 filles 9 à 12 ans	1. Groupe (n=15): 6 mois (participation à plus d'un groupe possible, 9 à 12 mois en tx)		Anxiété: ?+ 1>2		Agitation motrice: + 1>2 Agressivité: + 1>2 Tr. conduite: + 1>2		Tr. comp.: + 1>2
		2. Liste d'attente (n=15)		Anxiété: ?=		Agitation motrice: I= Agressivité: I= Tr. conduite: I=		Tr. comp.: P=
27.	50 filles 9 à 18 ans AS intra: 92%	1. Groupe (n=25): 6 mois	Groupe	Estime: E+ 1>2				Performances scolaires: E+ 1>2
		2. Pas de tx / AS (n=25)		Estime: E=				Performances scolaires: E+

28.	14 filles, 5 garçons 2 à 6 ans AS intra: 64%	1. Groupe (n=34): 11 sessions 2 heures Abandon: 15 Suivi: 3 mois, n=19	Groupe			Tr. comp. sex.: P+=	1>2	Relations familiales: P+=	1>2
		2. Liste d'attente:mêmes enfants, 3 mois plus tôt				Tr. comp. sex.: P=		Relations familiales: P=	
<u>Devis quasi-expérimental de type corrélationnel</u>									
29.	30 filles, 11 garçons 6 à 17 ans AS intra: 100%	1. Individuel et familial Durée variable; 8 mois entre chacun des temps de mesure. Participation:56% = aucune rencontre de groupe.	Variable: Individuel Dyadique Familial	Anxiété:E= Attribution:E- Dépression: E= Solitude: P+	2>1 2>1 2>1 1=2			Tr. comp.:P+ Affirmation de soi:E= Compétence: E- Relations sociales: E= Soumission: E=	1=2 1=2 2>1 1>2 1>2
		2. Groupe (et individuel et familial) Durée variable; 8 mois entre chacun des temps de mesure. Participation:51% n'ont pas eu de tx dyadique; 85% n'ont pas eu de tx fam.	Variable: Individuel Dyadique Familial	Anxiété: E+ Attribution: E+ Dépression: E+ Solitude: P+				Tr. comp.: P+ Affirmation de soi: E= Compétence: E+ Relations sociales: E- Soumission: E-	Revictimisation:8% Revictimisation:8%

 Devis expérimentaux avec répartition aléatoire à deux groupes de traitement

30.	154 enfants 4 à 13 ans AS intra: 50%	1. Groupe cognitivo- behavioral (n=48 au suivi 2 ans): 10 sessions Participation:min. 8 sessions/10 Suivi: 1 an - 2 an, n=48	Groupe	Tr. comp. inter.: P+= Anxiété: E++ Dépression: E+- Peur AS: E++	1=2 1=2 1=2 1=2	Tr. comp. exter.: P+= Tr. comp. sex.: P++	1=2 1=2		
	Même enfants AS intra: 75%	2. Groupe non-dirigé (n=32 au suivi 2 ans): 10 rencontres Participation:min. 8 sessions/10 Suivi: 1 an - 2 an, n=32	Groupe	Tr. comp. inter.: P+= Anxiété: E+= Dépression: E+- Peur AS: E++		Tr. comp. exter.: P+= Tr. comp. sex.: P++			
31.	67 enfants 2 à 8 ans AS intra: 52%	1. Groupe cognitivo- behavioral (n=21) 11 sessions Participation: min. 3 sessions moyenne 8 sessions Suivi: 3 mois, n=21	Groupe	Tr. comp. inter.: P+= TSPT: P+=	1=2 1=2	Tr. comp. exter.: P+= Tr. comp. sex.: P+=	1=2 1=2	Tr. comp. total: P+= Habilités préventives: E+=	1=2 1>2
	Abandon: 4 avant pré, 5 après 1 renc., 4 après 2 renc., 9 au post 1 au f-up	2. Groupe non-dirigé (n=23) 11 sessions Participation:min. 3 sessions /11 moyenne:8/11 Suivi: 3 mois, n=23	Groupe	Tr. comp. inter.: P+= TSPT: P+=		Tr. comp. exter.: P+= Tr. comp. sex.: P+=		Tr. comp. total: P+= Habilités préventives: E+=	

32.	47 filles 9 à 14 ans AS intra: 52,9%	1. Groupe (n=17; 52,9% ont aussi reçu d'autres forme de tx) 8 sessions 1 heure Abandon: 7 Suivi: 2 mois - 4 mois	Estime: E== Solitude: E==	1et3>2 3<1et2	Tr. comp.: E+= Affirmation de soi:E+ Compétences scolaires: E+= Compétences sociales: E== Dessin (estime): E= Sécurité dans la famille: E=	2>1et3 3>1et2 1=2=3 1=2=3 2<1et3 1=2=3
	Mêmes enfants AS intra: 53,8%	2. Tx agence/milieu naturel (84,7% ont reçu soit tx individuel ou familial) (n=13) Abandon: 9 Suivi: 2 mois - 4 mois	Estime: E== Solitude: E==		Tr. comp.: E+= Affirmation de soi:E+ Compétences scolaires: E+= Compétences sociales: E== Dessin (estime): E= Sécurité dans la famille: E=	
	Mêmes enfants	3. Pas AS/pas tx (n=17)	Estime: E== Solitude: E==		Tr. comp.: E+ = Affirmation de soi:E+ Compétences scolaires: E+= Compétences sociales: E== Dessin (estime):E= Sécurité dans la famille:E=	

33.	40 filles, 7 garçons, 4 à 16 ans AS intra: 100%	1. Réseau d'entraide et tx de groupe (n=15): de 6 à 20 semaines	Réseau d'entraide et tx de groupe	Dépression: E+ Estime: E=	1=2 1=2	Tr. comp.: P+, E+, I= Fonct. familial: I+ Progrès en thérapie: I+ Relations familiales: I+	1=2 1>2 1>2 1>2
		2. Réseau d'entraide (n=13): aux 4 à 6 semaines, certaines familles en tx pour plus d'un an	Réseau d'entraide	Dépression: E+ Estime: E=		Tr. comp.: P+, E+, I= Fonct. familial: I+ Progrès en thérapie: I+ Relations familiales: I+	
34.	81 filles 6 à 14 ans	1. Groupe (n=36): max. 18 sessions 1.5 heure Participation: moy.=88%; min. 30% des sessions Abandon: 7 Suivi: 2 an, n=26	Groupe	TSPT: E+= TSPT: P==	1=2 2>1	Fonct. global: E+= P==	1=2 1=2
		2. Individuel (n=35): max. 30 sessions 50 minutes Abandon: 6 Suivi: 2 an, n=28	Individuel	TSPT: E+= TSPT: P==		Fonct. global: E+= P==	

Devis expérimentaux avec répartition aléatoire à un groupe de contrôle sans traitement				
35.	25 filles 8 à 13 ans AS intra: 83%	1. Groupe (n=12): 6 sessions Suivi: 6 sem., n=11	Tr. comp. inter.: P+= Anxiété: E+= Dépression: E+= Peur AS: E==	1>2 1>2 1>2 1=2
		2. Liste d'attente (n=13) Suivi: 6 sem., n=10	Tr. comp. inter.: P== Anxiété: E== Dépression: E== Peur AS: E==	
36.	35 filles, 20 garçons 4 à 9 ans	1. Groupe (n=21): 12 sessions 1 heure	Attribution: E+ Estime: E+	1=2>3 1=2>3
		2. Individuel (n=18): 12 sessions 1 heure	Attribution: E+ Estime: E+	
		3. Liste d'attente (n=16)	Attribution: E= Estime: E=	

Notes :

1- Les changements observés lors des suivis sont présentés à l'aide d'un deuxième signe (+, -, =) pour chacun des symptômes rapportés (p. ex : E:++).

2- Les changements observés suite au traitement sont présentés à l'aide de signe (+, -, =). Lorsque deux signes de suite sont présentés pour une même source (par ex. E, P ou I), le premier signe se rapporte aux changements observés entre le prétest et le post-test alors que le deuxième signe indique les changements observés lors du suivi après le traitement.

3- Les résultats de la comparaison des groupes expérimentaux ne sont présentés qu'une seule fois pour les différents groupes expérimentaux, soit sur la ligne du premier groupe expérimental (traitement de groupe). Les résultats sont alignés avec le symptôme auquel ils réfèrent.

Légende des symboles et acronymes en ordre alphabétique:

(-): Un effet négatif de la thérapie est observé; (=): Aucun effet de la thérapie n'est observé (ou, dans la section comparaison des groupes, les changements des deux groupes sont équivalents); (+): Un effet positif de la thérapie est observé; (<): le premier groupe obtient des résultats significativement inférieurs au second groupe; (>): le premier groupe obtient des résultats significativement supérieurs au second groupe; (?): information non-disponible dans le texte; (**a**): année; (**AS**): agressés sexuellement; (**comp**): comportement; (**E**): Enfant; (**Ens**): enseignant; (**exter**): extériorisés; (**fonct**): fonctionnement; (**I**): intervenant; (**intra**): intrafamilial; (**inter**): intériorisés; (**m**): mois; (**min**): minimum; (**max**): maximum; (**moy**): moyenne; (**n**): nombre de participants; (**obj**): objectifs thérapeutiques; (**P**): parent; (**Ps**): psychiatre; (**qq**): quelques; (**sex**): sexualisés; (**Tr**): Trouble; (**TSPT**): Trouble de stress post-traumatique; (**Tx**): traitement.

Estime de soi (n=14)

Les résultats semblent partagés en ce qui concerne le potentiel de la thérapie de groupe pour améliorer l'estime de soi des enfants. Autant d'études démontrent une amélioration au niveau de l'estime de soi (n=8) qu'une absence de changement (n=6). Notons que tous ces résultats sont auto-rapportés par les enfants.

Troubles anxieux (n= 19)

Les agressions sexuelles envers les enfants semblent engendrer des séquelles telles qu'une vaste majorité d'enfants agressés sexuellement présentent un trouble anxieux sous une forme ou une autre (anxiété généralisée, trouble de stress post-traumatique ou phobie spécifique). En ce qui concerne l'anxiété chez les enfants, sur les treize études ayant évalué cette variable, dix rapportent un effet positif de la thérapie alors que trois études n'identifient pas de changement significatif.

Étant donné que l'agression sexuelle s'inscrit dans les événements potentiellement traumatisants, les enfants sont susceptibles de présenter des symptômes de stress post-traumatique. Par contre, seulement quatre études se sont penchées sur l'évaluation de la présence de ces symptômes. Les trois groupes d'enfants ayant répondu à un questionnaire spécifique sur la présence de stress post-traumatique (Hsu, 2003; Trowell et al., 2002; Watson, 2004) ont indiqué une amélioration statistiquement significative de ces symptômes à la suite de la thérapie. Lorsque les parents ont été questionnés sur la présence de stress post-traumatique, une étude (Deblinger et al., 2001) a rapporté un effet bénéfique de la thérapie alors que l'autre (Trowell et al., 2002) n'aurait pas repéré de changement chez leurs enfants une fois l'intervention terminée.

La peur spécifique aux agressions sexuelles a été considérée dans deux études (Berliner et Saunders, 1996; Burke, 1988) qui ont démontré que le traitement avait un effet bénéfique sur cette variable et par un autre auteur (Hsu, 2003) qui ne décèle pas de changement sur cette variable à la suite de l'intervention.

Trouble de l'humeur dépressive (n=8)

À l'instar des troubles anxieux, les troubles de l'humeur se répartissent aussi dans le DSM-IVTR (APA, 1994) en plusieurs volets. Par contre, les différents aspects (par exemple, la dysthymie ou la manie) n'ont pas fait l'objet d'évaluation chez les enfants VAS. Par ailleurs, on retrouve des études évaluant, en plus de la dépression, la solitude et les attributions qui peuvent être considérées comme des aspects de la dépression.

L'évaluation des changements au niveau de la dépression chez les enfants a été considérée par neuf études; six d'entre elles ont identifié des effets positifs de la thérapie alors que trois études n'ont trouvé aucun effet de la thérapie sur les symptômes de dépression. Ces informations relatives aux changements sur cette variable ont été évaluées auprès des enfants mais il est important de noter que, selon les versions du CBCL, une sous-échelle de dépression est aussi complétée par les parents. Les résultats identifiés par les parents sont mitigés (n=2). Une étude identifie des changements positifs alors qu'une autre ne décèle aucun changement dans les symptômes dépressifs des enfants rencontrés en thérapie.

Concernant le sentiment de solitude des enfants, Hiebert-Murphy, De Luca et Runtz (1992) rapportent un effet négatif de la thérapie. De Luca, Hazen et Cutler (1993), Gilbert (1990) et Hsu (2003), pour leur part, indiquent que la thérapie auprès des enfants n'aurait eu aucun effet sur leur sentiment de solitude. Finalement Tourigny et al. (1998) rapportent un effet positif lorsque le sentiment de solitude est évalué par les parents.

D'autres indices d'humeur dépressive concernent l'attribution des enfants quant aux causes possibles des événements qui leur arrivent. Un lieu d'attribution interne semble démontrer la perception des enfants comme ayant du contrôle sur leur vie. Ancha (2004) et Smyth (1992) ne décèlent aucun changement chez les enfants à la suite de leur participation à une intervention de groupe. Perez (1987) rapporte un changement vers un lieu de contrôle interne (donc une amélioration) pour les enfants ayant reçu une forme de thérapie. Les résultats de Tourigny et al. (1998) indiquent que les enfants ayant reçu un programme d'intervention combinant des rencontres individuelles, dyadiques et familiales s'améliorent

quant à leur lieu de contrôle alors que les enfants ayant reçu le même programme auquel des interventions de groupe étaient ajoutées semblent développer un lieu de contrôle externe.

Troubles de comportements extériorisés (n=12)

Les troubles extériorisés constituent un autre aspect des problèmes symptomatiques présentés par les enfants VAS. Dans leur évaluation, la plupart du temps réalisée à l'aide du CBCL, les parents indiquent que les troubles de comportements extériorisés chez les enfants VAS s'améliorent significativement à la suite de la thérapie (n=12). Par ailleurs, Nolan et ses collègues (2002) ont interrogé les enfants quant à leur perception des changements opérés à la suite de la thérapie en ce qui concerne leurs comportements extériorisés. Les enfants de cette étude ne percevaient aucun changement pour ce qui est de leurs comportements après l'intervention (Nolan et al., 2002).

D'autres difficultés psychologiques peuvent être regroupées sous la rubrique des troubles de comportements extériorisés dont l'agressivité, les troubles de l'attention (avec ou sans hyperactivité), les comportements délinquants et les comportements sexualisés.

Agressivité (n=6)

Selon une mesure administrée aux parents (CBCL), les enfants ayant reçu la thérapie de groupe semblent démontrer une baisse significative pour ce qui est des comportements agressifs. Les observations des intervenants dans l'étude de McGain et McKinsey (1995) semblent par ailleurs indiquer que la thérapie aurait peu d'effet sur le niveau d'agressivité des enfants.

Troubles de l'attention (n=5)

En plus de divergences au niveau de ce que cette sous-échelle du CBCL évalue, les résultats sont variables d'une étude à l'autre. Deux études ne rapportent aucun changement chez les enfants alors que trois autres rapportent des effets positifs de la thérapie.

Comportements délinquants (n=4)

Dans les quatre études ayant exploré les effets de la thérapie de groupe sur les comportements délinquants des enfants, trois indiquent que l'intervention n'a eu aucun effet et une seule rapporte que les enfants présentent moins de comportements délinquants.

Comportements sexuels inappropriés (n=11)

Parmi l'ensemble des symptômes, les troubles de comportements sexuels inappropriés seraient selon certains auteurs, le symptôme distinctif le plus important chez les enfants ayant vécu une agression sexuelle relativement aux enfants victimes d'une autre forme de trauma (Deblinger et Helfin, 1996). La présence de ces comportements n'a été évaluée que par 11 des 36 études recensées. Lorsque les parents sont interrogés à ce sujet, à l'exception de Hsu (2003) et de Nelki et Watters (1989), tous rapportent des changements positifs allant dans le sens d'une réduction des troubles de comportements sexuels inappropriés. Par ailleurs, lorsque les intervenants sont questionnés, Friedrich et ses collègues (1992) ne rapportent aucune baisse significative sur ce symptôme.

Fonctionnement familial (n=5)

Bien que la qualité des relations familiales ne soit pas la cible spécifique des interventions dans plusieurs des études, certains auteurs ont exploré les effets possibles d'une thérapie sur le fonctionnement de l'enfant dans sa famille ou sur l'adaptabilité ou la cohésion familiale. Selon l'évaluation faite par les intervenants de l'étude menée par Monck et ses collègues (1994), la thérapie offerte à l'enfant et à sa famille aurait un effet positif sur le fonctionnement de la famille et sur les relations qu'entretiennent les mères avec leurs enfants. Par contre, dans les études d'Ancha (2004) et Hsu (2003), les parents ne rapportent aucun changement dans les relations entre les membres de leur famille. Cependant, les parents questionnés dans l'étude de Deblinger et ses collègues (2001) percevraient, eux, des effets bénéfiques de la thérapie sur leur relation avec leur enfant. Notons que les parents de ce groupe reçoivent une intervention de groupe soutenue ciblant les habiletés parentales en plus des enjeux spécifiques au traumatisme vécu. De plus, les enfants de cette étude sont âgés entre 2 et 6 ans et se distinguent donc nettement des enfants des études d'Ancha (2004) ou de Hsu (2003) qui ont entre 7 et 16 ans.

Notons que très peu d'études explorent les effets négatifs et lorsque ces effets sont répertoriés, ils le sont pour une partie des résultats, pour une variable spécifique ou pour un sous-groupe d'enfants donné. Tourigny et al. (1998) indiquent que la thérapie de groupe semble être associée, pour certains enfants, à davantage de soumission, une réduction du sentiment de compétence et un lieu de contrôle externe chez les enfants. Hiebert-Murphy et al. (1992) rapportent également un effet négatif de la thérapie sur le sentiment de solitude. Finalement, Nolan et ses collègues (2002) rapportent aussi des effets négatifs soit une augmentation de la colère et des symptômes anxio-dépressifs.

2.4.3.2 Revictimisation

Le taux de revictimisation des enfants, très peu souvent rapporté dans les études (n=6), varie de 0 à 29%. Bien que la prévention de la revictimisation peut être perçue comme étant un but en soi de la thérapie auprès des enfants, seulement quinze des interventions répertoriées en font un énoncé clair dans leurs objectifs thérapeutiques et, de ces quinze études, seulement trois utilisent des mesures spécifiques afin d'évaluer les changements au plan des connaissances liées aux agressions sexuelles ou aux habiletés d'auto-protection (Deblinger et al., 2001; Gilbert, 1990; Hsu, 2003). Ces études montrent que selon les données recueillies auprès des enfants VAS à la suite de la thérapie, ceux-ci s'affirment plus et auraient développé des habiletés d'auto-protection. Grammer et Shannon (1992) ont, pour leur part questionné les parents qui indiqueraient que les enfants auraient développé ces habiletés à la suite de la thérapie. Les enfants de l'étude de Corder, Haizlip et DeBoer (1990) rapporteraient, lors d'entrevues cliniques, de meilleures connaissances en matière de prévention. Smyth (1992) rapporte l'opinion des intervenants quant au potentiel de revictimisation des enfants. Ceux-ci identifient que ce risque ne semble pas diminuer significativement que la thérapie soit individuelle ou en groupe. De fait, des analyses selon les groupes d'âges des enfants indiquent que le risque perçu augmente pour les enfants plus jeunes.

2.4.3.3 Maintien des effets thérapeutiques

Entre trois mois et deux ans à la suite de la thérapie, plusieurs gains semblent être maintenus en ce qui concerne les compétences scolaires (Gilbert, 1990), l'anxiété (Burke, 1988; De Luca et al., 1993, 1995), le trouble de stress post-traumatique (Deblinger et al., 2001; Hsu, 2003; Trowell et al., 2002), les peurs liées aux agressions sexuelles (Burke, 1988), la dépression (Burke, 1988), l'estime de soi (De Luca et al., 1993, 1995; Gilbert, 1990), de l'estime de soi sociale (Gilbert, 1990), le sentiment de solitude (Gilbert, 1990), les attributions (Hsu, 2003), les troubles de comportements intériorisés ou extériorisés (Burke, 1988; De Luca et al., 1995; Deblinger et al., 2001; Gilbert, 1990; Hsu, 2003), les troubles de comportements sexuels inappropriés (Stauffer et Deblinger, 1996; Deblinger et al., 2001), les relations familiales (Stauffer et Deblinger, 1996) et les habiletés de prévention (Deblinger et al., 2001; Hsu, 2003).

Il est intéressant de noter que l'anxiété (Hack et al., 1994; Hsu, 2003), la dépression (Hack et al., 1994) et l'estime de soi (Hack et al., 1994), qui montraient déjà des gains à la suite de la thérapie poursuivent leur progression, et ce plusieurs mois après la thérapie. Par contre, selon certains auteurs, les effets bénéfiques de la thérapie semblent être moins durables en ce qui concerne les troubles de comportement. En effet, De Luca et al. (1993, 1995) rapportent que les troubles de comportement se retrouvent à leur niveau de base (pré-test) neuf mois après la fin du traitement; indiquant ainsi que les gains n'ont pas été maintenus.

L'étude de Berliner et Saunders (1996) est celle qui détaille le plus les effets à long terme de la thérapie. Bien que les auteurs ne rapportent pas dans le texte les résultats obtenus lors des suivis un an et deux ans après le traitement, l'inspection visuelle des tableaux permet de constater que certaines variables présentent des gains continus. En ce qui concerne les peurs spécifiques aux agressions sexuelles et les comportements sexuels inappropriés, les enfants des deux groupes continuent de s'améliorer suite au post-test. Les résultats se maintiennent pour les troubles de comportements. Pour l'anxiété, les enfants du groupe expérimental s'améliorent entre le post-test et le suivi d'un an alors que les scores se maintiennent pour le

groupe de comparaison. Finalement, certains changements semblent être notés au niveau de la dépression. Le groupe d'enfants ayant reçu des exercices de relaxation et de l'exposition graduée présente une tendance vers le retour de symptômes dépressifs deux ans après le traitement alors que les enfants du groupe de comparaison semblent éprouver à nouveau des symptômes après un an.

En conclusion, certains gains thérapeutiques se maintiennent à la suite de la thérapie alors que la permanence des effets bénéfiques semble être moins assurée pour ce qui est de d'autres variables. En effet, la dépression et les troubles de comportement sont des variables considérées par différents auteurs et qui montrent des résultats contradictoires selon les études.

2.4.3.4 Effets cliniques

La question des effets cliniquement significatifs est rarement abordée par les auteurs alors qu'elle permet pourtant de renseigner sur la portée du traitement de façon plus individuelle en identifiant le nombre d'enfants qui s'améliorent, qui voient leurs symptômes inchangés ou qui se détériorent et ce, d'un point de vue clinique (c'est-à-dire des changements ayant un impact réel sur l'enfant). Ces analyses cliniques répondent aux préoccupations des intervenants des milieux de pratique qui, indépendamment des résultats obtenus par les moyennes de groupe, jugent certains changements chez l'enfant comme étant significatifs (Finkelhor et Berliner, 1995; O'Donohue et al., 1992; Tourigny et al., 1998). Seulement 4 des 36 études ont présenté des analyses se basant sur des changements d'ordre clinique pour chacun des enfants rencontrés (Ancha, 2004; Berliner et Saunders, 1996; Friedrich et al. 1992; Nolan et al., 2002).

Considérant que peu d'études ont observé les effets cliniques, considérant également les aspects qui distinguent ces études, il devient difficile de les comparer entre elles et d'en tirer des conclusions solides. Aussi, les analyses cliniques menées ont porté sur un ensemble de variables différentes (attributions, relations familiales, anxiété, dépression, troubles de

comportements intériorisés ou extériorisés, comportements sexuels inappropriés et troubles de stress post-traumatique). Seule l'observation des changements au niveau des troubles de comportements semble avoir fait consensus entre les auteurs.

L'analyse des quatre études indique que globalement, il est possible de dire qu'entre 5 et 83% des enfants démontrent des améliorations cliniques sur les variables étudiées. Une portion importante d'enfants présente aussi une détérioration cliniquement significative sur ces mêmes variables à l'étude (entre 3 et 33%). Toutefois, aucun enfant ne présente de détérioration cliniquement significative en ce qui concerne les symptômes de stress post-traumatique ou de dépression dans les études répertoriées.

Selon Ancha (2004), les effets négatifs ne sont pas nécessairement signes d'une conséquence négative du traitement puisque les interventions d'approche cognitive-comportementale visent à briser les comportements d'évitement et les défenses dissociatives pour que les participants expérimentent des états affectifs et cognitifs congruents. Ainsi, il est possible que certains clients semblent se détériorer avant de montrer des améliorations au niveau de leur symptomatologie (Ancha, 2004). Berliner et Saunders (1996) indiquent que les effets négatifs décelés chez une proportion des enfants peuvent ne pas être dus aux effets du traitement. Il est fort possible que les enfants se seraient détériorés avec ou sans traitement; la thérapie ayant peut-être eu un effet modérateur sur la détérioration. Tout en considérant les limites de l'analyse découlant de seulement quatre études, la découverte d'effets négatifs pour certains enfants met en évidence que tous les traitements ne sont pas efficaces pour tous les enfants et que certains enfants voient peut-être leurs symptômes se détériorer à la suite de une intervention. Ceci souligne la pertinence d'explorer les effets cliniquement significatifs de façon plus systématique dans le cadre des études futures.

2.5 Conclusion

La présente recension a permis de dresser un portrait des interventions de groupe offertes auprès des enfants d'âge scolaire VAS et des études évaluatives réalisées. Certaines lacunes

ayant trait aux études évaluatives menées à ce jour ont été ciblées et des recommandations pour la conduite d'études futures peuvent être formulées.

2.5.1 Bilan des caractéristiques des interventions offertes

Un premier constat est qu'il est difficile de tirer des conclusions claires puisque les services offerts sont très variables en ce qui a trait à la modalité de traitement. Si l'ensemble des études ont été recensées parce qu'elles offraient, au minimum, des services thérapeutiques de groupe pour les victimes, 52% des études offrent en plus des services de groupe pour les parents, des services de thérapies individuelles pour les enfants (32%), individuelles pour les parents (19%), familiales (29%) ou conjugales (6%)¹. Parmi les études recensées, 71% mentionnaient que la participation du parent était requise ou fortement suggérée.

De par la variété des services offerts, il devient difficile de se prononcer sur les ingrédients actifs du traitement. À ce jour, aucune étude sur le traitement de groupe n'a spécifiquement exploré si la participation du parent avait un effet sur l'évolution de l'enfant en thérapie. Notons par contre que la thérapie dyadique, lorsque comparée à la thérapie individuelle, est associée à des gains plus importants (Deblinger, McLeer et Henry, 1990). Bien que l'effet d'une thérapie individuelle préalable ou concomitante n'ait pas fait l'objet d'une étude spécifique chez les enfants, les résultats présentés par Hébert et Bergeron (2007) suggèrent que chez des femmes adultes agressées sexuellement dans l'enfance, la participation à une thérapie individuelle n'influence pas les gains associés à la participation à l'intervention de groupe.

Il est aussi difficile d'établir l'influence des variables liées à l'âge ou au nombre de participants dans le groupe. Les groupes comportent de 2 à 11 enfants d'âges variables. À cet

¹ Noter que ces pourcentages ne peuvent être additionnés puisque plus d'un service peut être offert à la fois.

effet, il ne semble pas y avoir consensus entre les auteurs sur l'écart d'âges maximal pouvant exister entre les enfants d'un même groupe. Certains auteurs vont offrir des thérapies différentes selon les groupes d'âge, mais seulement un auteur rapporte des données spécifiques aux différents groupes d'âges (Smyth, 1992). Les groupes sont unisexes ou mixtes (surtout en ce qui a trait aux services aux enfants d'âge préscolaire). Les intervenants proviennent de différents domaines des sciences sociales et utilisent des approches thérapeutiques variées n'ayant souvent pas été standardisées. Peu d'auteurs ont évalué l'adéquation entre le traitement prévu et celui effectivement offert.

2.5.2 Efficacité des interventions évaluées

Les résultats découlant des recherches évaluatives semblent offrir une vision parfois neutre et parfois positive de l'efficacité du traitement de groupe. Afin d'explorer l'impact possible des caractéristiques des interventions sur les résultats obtenus en thérapie, des comparaisons ont été tentées sur les différentes caractéristiques des études (selon les variables présentées au Tableau 1) mais aucun élément ne semble permettre de distinguer les études trouvant des effets positifs des études qui n'en trouvent pas.

L'évaluation de l'efficacité des interventions a porté sur un ensemble de variables et a été réalisée avec autant de mesures. Cette grande variabilité en ce qui concerne les effets attendus de la thérapie et donc les mesures choisies compliquent les comparaisons possibles. Certains points importants peuvent néanmoins être résumés quant aux effets des interventions de groupe auprès des enfants VAS. Premièrement, les troubles de comportements (intériorisés et extériorisés) et les comportements sexuels inappropriés des enfants VAS, tels qu'évalués par les parents, diminuent à la suite de l'intervention de groupe. Deuxièmement, selon les études ayant exploré cet aspect, les enfants seraient plus aptes à faire des apprentissages scolaires à la suite de leur thérapie de groupe. Troisièmement, les enfants rapportent moins de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de dépression à la suite de leur participation à une intervention de groupe. Les résultats semblent plus mitigés en ce qui concerne le sentiment de solitude.

Lorsque le maintien des acquis à la suite de la thérapie de groupe est considéré (pour 25% des études recensées), les changements observés sur les symptômes de trouble de stress post-traumatique, les peurs liées aux agressions sexuelles, la dépression, l'estime de soi, les troubles de comportements, les relations familiales et les habiletés de prévention semblent se maintenir jusqu'à deux ans après le traitement.

La question des effets cliniquement significatifs n'a été considérée que par 11% des auteurs recensés (Ancha, 2004; Berliner et Saunders, 1996; Friedrich et al. 1992; Nolan et al., 2002). Les résultats diffèrent selon les variables étudiées. Ainsi, entre 0% et 33% des enfants se détériorent à la suite de l'intervention de groupe [0% des enfants dans l'étude de Berliner et Saunders (1996) sur la sous-échelle des peurs liées aux agressions sexuelles et 33% des enfants dans l'étude Ancha (2004) sur l'évaluation des attributions]. Par ailleurs, de 5 à 83% des enfants bénéficient de la thérapie [5% des enfants dans l'étude de Nolan et al. (2002) sur le trouble de stress post-traumatique et 83% des enfants dans l'étude Berliner et Saunders (1996) sur l'évaluation des troubles de comportements extériorisés]. Rappelons qu'il n'y a pas de consensus sur les critères pour considérer un changement comme étant cliniquement significatif.

La taille de l'effet (Cohen, 1988) est un autre indicc permettant d'établir une mesure quantitative de l'efficacité des traitements de groupe pour les enfants VAS. Par ailleurs, seulement 13% des études ont rapporté des informations à ce sujet; indiquant une taille de l'effet variant de 0,79 à 0,96 (Deblinger et al., 2001; Gilbert, 1990; Nolan et al., 2002; Trowell et al., 2002); ce qui correspond à un effet large selon Cohen (1988). Monck et ses collègues (1994) semblent avoir obtenu des résultats moindres sur cet indicc.

2.5.3 Limites des études recensées

Les études recensées concluent à un effet positif de la thérapie de groupe pour les enfants agressés sexuellement. Par ailleurs, des limites méthodologiques restreignent la portée des résultats. De plus, peu d'auteurs ont considéré d'autres indices d'efficacité du traitement que

les données statistiques (par exemple la taille de l'effet ou les effets cliniques). Davantage d'études évaluatives devraient être menées pour permettre d'étoffer les connaissances en matière d'efficacité des interventions de groupe pour les enfants victimes d'agressions sexuelles. L'implantation des programmes d'évaluation dans les milieux de pratique crée un défi important. Les chercheurs font face à la perte de participants entre deux temps de mesure et le taux d'attrition est rarement mentionné. De plus, le taux de participation n'est qu'occasionnellement considéré dans ces analyses. Une variabilité est notée dans les délais entre les passations des questionnaires (certains intervalles ayant jusqu'à deux ans de différence). L'importance de systématiser les processus de cueillette de données a d'ailleurs été identifiée (Ancha, 2004; Smyth, 1992). De plus, le recours à un protocole d'évaluation standardisé avec des mesures choisies faciliterait la recension et la comparaison des études évaluatives.

En plus des difficultés rencontrées lors de la mise en place d'une étude évaluative, la recension des écrits a permis de mettre à jour plusieurs limites inhérentes aux protocoles de recherche utilisés. Premièrement, des différentes études recensées, peu comportent un nombre de participants suffisamment élevé pour assurer de la puissance aux tests statistiques utilisés (Becker et al., 1995). Plusieurs études évaluatives présentent des données individuelles. Ces données, même lorsque présentées sous forme de moyenne de groupe, de rang ou d'histogramme, ne permettent pas de se prononcer sur un effet thérapeutique statistiquement significatif. Aussi, les échantillons comportant un nombre limité de participants ne permettent pas de considérer d'autres variables pouvant moduler les gains associés au traitement. En dehors du fait qu'aucun devis expérimental n'ait été utilisé depuis 1988 pour évaluer la thérapie de groupe, il semble y avoir un effort marqué pour améliorer la qualité des devis expérimentaux. En effet, aucune étude de moins de 15 participants n'a été publiée depuis 1995 et chacune des études rapportées dans la documentation scientifique comporte une forme de groupe comparatif.

Des limites attribuables aux mesures utilisées sont aussi identifiables pour un bon nombre d'études. Certains auteurs rapportent des résultats basés sur des entrevues cliniques réalisées auprès des intervenants et n'ont pas eu recours à des mesures standardisées. Parmi les auteurs

utilisant des questionnaires, certains ont des mesures ne démontrant pas nécessairement de propriétés psychométriques adéquates, c'est-à-dire des indices satisfaisants de fidélité et de validité (Zumbo et Rupp, 2004). De plus, les mesures utilisées ne sont pas toujours adaptées selon le niveau de développement des enfants (Ancha, 2004; Hack et al., 1994; Hiebert-Murphy et al., 1992; Watson, 2001).

Parmi les autres limites méthodologiques à souligner notons que les données sont souvent recueillies auprès d'un seul répondant, le plus souvent la mère. Plusieurs auteurs ont souligné que l'évaluation de la mère pouvait introduire un certain biais ou du moins ne démontrer qu'une partie de la réalité intrinsèque à l'enfant. Par exemple, la perception de la mère quant à la symptomatologie de son enfant peut être influencée par plusieurs facteurs dont a) son propre état de santé psychologique, b) son désir de continuer ou de cesser de bénéficier des services thérapeutiques ou c) le type de symptômes de l'enfant, la symptomatologie intériorisée étant plus difficile à déceler par un évaluateur externe. Une évaluation menée auprès de plus d'un informateur (enfants, parents, enseignants, intervenants, évaluateurs externes au processus de traitement) permettrait d'obtenir un portrait plus global et plus juste de l'éventail des difficultés de l'enfant (De Luca et al., 1993; Hall-Marley et Damon, 1993; Hiebert-Murphy et al., 1992; Stauffer et Deblinger, 1996).

De plus, les mesures dépendantes considérées demeurent souvent liées à des symptômes (dépression, anxiété, etc.) et les taux de revictimisation sont très rarement rapportés. Aussi, alors qu'un ensemble d'habiletés sont enseignées aux jeunes victimes lors des rencontres, très peu d'auteurs se sont penchés sur l'évaluation de l'acquisition de ces habiletés (Deblinger et al., 2001). Aussi, peu d'auteurs ont considéré l'évaluation des symptômes de stress post-traumatique, une variable pourtant centrale chez les enfants VAS.

La majorité des études évaluatives n'ont pas évalué le maintien des effets thérapeutiques, laissant ainsi un doute quant à l'effet à long terme des thérapies dispensées et à la résurgence potentielle des symptômes chez les enfants VAS. L'étude de variables modératrices du traitement est aussi très rare et aurait avantage à être exploitée afin de mieux comprendre le phénomène des effets neutres ou négatifs. Les facteurs associés à une plus grande efficacité

du traitement tels le contexte thérapeutique (type, durée et fréquence des interventions; type, nombre et genre des intervenants; participation des parents; intervention en milieu naturel ou contrôlé, etc.) de même que les caractéristiques de la clientèle rencontrée (enfants asymptomatiques ou résilients, motivation des clients, famille d'origine, âge des participants, genre, type d'agression, lien avec l'agresseur) pourraient faire l'objet d'analyses.

Finalement, les caractéristiques des traitements (les modèles théoriques adoptés, les objectifs, les procédures et les techniques utilisées) sont peu détaillées (Rust et Troupe, 1991). Il demeure donc difficile de mener des analyses comparatives et d'obtenir des éléments permettant d'affirmer la prédominance d'une approche. Ainsi, Tourigny (1997) suggère que les études offrent plus d'informations sur l'implantation des interventions en documentant, entre autres, le taux de participation de la clientèle afin de valider que le traitement offert est effectivement celui reçu par les participants.

En terminant, cette recension aura permis de dresser un portrait des interventions et des études évaluatives existantes en ce qui concerne le traitement de groupe pour les enfants VAS. Les études futures devraient tenter de répondre aux limites identifiées et idéalement éclairer sur les parcours de vie des enfants et les effets de la thérapie à plus long terme.

Note 1. La *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE, 2006) est une base de données de recensions systématiques des écrits sur l'efficacité des interventions en matière de soins de santé physique et mentale. Un des objectifs de la DARE est de permettre un repérage rapide des travaux en matière de pratiques curatives afin de faciliter l'application de ces pratiques dans les milieux d'intervention. Il est donc d'importance que la qualité des études recensées puisse être démontrée. Pour être incluses dans la base de données, les recensions doivent répondre à un minimum de critères. Premièrement, les critères d'inclusion/exclusion des études recensées doivent être clairement énoncés. Ensuite, les méthodes de repérage des études doivent être précisées. Et finalement, l'auteur doit avoir énoncé les méthodes d'évaluation de la qualité méthodologique des études trouvées ou il doit avoir détaillé les études primaires consultées dans le corps du texte ou sous forme de tableaux.

Annexe

Objectifs thérapeutiques poursuivis par les différentes études

Les objectifs thérapeutiques peuvent être classifiés sous cinq grandes catégories: a) Les habiletés reliées aux interactions avec l'environnement; b) Le regard positif de soi; c) La résolution de l'agression sexuelle; d) L'identification et l'expression des émotions; et e) Les rôles complémentaires du groupe.

A – Les habiletés reliées aux interactions avec l'environnement:

- Développer l'affirmation de soi
- Développer les habiletés de communication
- Développer les habiletés sociales
- Améliorer la relation avec la mère
- Améliorer la relation avec le père
- Améliorer la relation avec les membres de la fratrie
- Améliorer la relation avec les pairs
- Développer la capacité de faire confiance en l'autre
- Développer l'empathie
- Développer des rôles et des limites interpersonnelles clairs

B – Favoriser le regard positif de soi

- Augmenter la confiance en soi
- Augmenter l'estime de soi
- Favoriser une conscience du corps (intégrité corporelle et hygiène corporelle)
- Développer le sentiment d'efficacité personnelle

C – Résoudre l'agression sexuelle et ses conséquences

- Comprendre et discuter l'agression sexuelle
- Favoriser un coping d'approche
- Développer les habiletés de gestion du stress (relaxation)
- Développer les habiletés de résolution de problèmes
- Identifier les attributions de la responsabilité de l'agression sexuelle
- Développer les habiletés de prévention des agressions sexuelles
- Offrir du soutien pour les procédures judiciaires
- Éduquer sur une sexualité saine
- Discuter du dévoilement et de ses retombées et conséquences

D – Identifier et discuter des émotions

- Discuter de l'ambivalence
- Diminuer l'anxiété
- Diminuer la colère
- Diminuer la culpabilité
- Diminuer la dépression
- Diminuer la solitude
- Diminuer la peur
- Discuter des émotions envers l'agresseur
- Discuter des émotions envers le parent non-agresseur
- Développer l'espoir

E – Rôle du groupe

- Offrir un modèle d'adulte positif
- Offrir du soutien
- Permettre la régression
- Permettre la mise à l'essai de nouveaux comportements

CHAPITRE III

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE POUR ENFANTS DE SIX À TREIZE ANS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE²³

L'agression sexuelle (AS) envers les enfants est reconnue comme un problème social qui touche un nombre considérable d'enfants. Une étude québécoise a estimé qu'en 1998, 0,9 enfant québécois sur 1 000 a été agressé sexuellement et signalé à la Protection de la jeunesse, soit près de 1 500 enfants (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé, Hélié, Bouchard, Chamberland, Cloutier, Jacob, Boucher et Larrivée, 2003). Ces données ne représentent pas l'ampleur réelle du phénomène puisque plusieurs agressions sexuelles ne sont pas dévoilées (Staller et Nelson-Gardell, 2005). Les enfants victimes sont susceptibles d'afficher des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique (TSPT), des sentiments de honte, une baisse d'estime de soi et des troubles de comportement lorsque comparés à des enfants non agressés (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006a).

Le nombre important d'enfants victimisés et les conséquences négatives associées ont mené au développement d'une grande variété de services thérapeutiques et de modalités de traitement dont la thérapie individuelle, dyadique, familiale ou de groupe (Tremblay, Hébert et Simoneau, 2004). Le débat demeure quant à la modalité de traitement à privilégier. Certains auteurs soulignent que l'intervention de groupe serait plus efficace que l'intervention individuelle (Nurcombe, Wooding, Marrington, Bickman et Roberts, 2000), d'autres militent en faveur d'une préséance de l'intervention individuelle sur l'intervention de groupe (Stevenson, 1999). Reeker, Ensing et Elliott (1997) ont effectué une méta-analyse permettant d'établir une mesure quantitative de l'efficacité des traitements de groupe pour les

² La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée par le Fonds québécois sur la recherche sur la société et la culture (*FQRSC*) au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (*CRIPCAS*).

³ Une version abrégée ce chapitre a été publié dans la Revue québécoise de psychologie (2008), 29(3), 27-43.

enfants victimes d'agression sexuelle (VAS). À l'aide de 15 études, les auteurs ont situé la taille de l'effet moyen à $d = 0,79$ (*e.t.* = 0,44), ce qui représente un effet de grande taille (Cohen, 1988).

L'intervention de groupe aurait l'avantage d'offrir un milieu qui permet de travailler sur deux enjeux importants pour les enfants VAS : la stigmatisation et le sentiment d'isolement qui ne sont pas facilement traités par d'autres modalités thérapeutiques (Friedrich, 2002). Aussi, Reeker et ses collègues (1997) indiquent que l'intervention de groupe permet de rejoindre un plus grand nombre de personnes en besoin tout en mobilisant moins d'intervenants. De plus, par les interactions possibles avec d'autres participants, l'intervention de groupe offre la possibilité d'un apprentissage social par imitation et peut réduire la résistance au traitement (Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery, 2007). Selon Bédard et Berteau (1995), le format de groupe oriente également l'enfant vers la reconstruction de sa confiance envers les autres et, compte tenu que les agresseurs impliqués sont souvent des adultes, les enfants peuvent se sentir plus à l'aise dans un groupe où ils côtoient leurs pairs. Finalement, le partage en groupe brise l'impression de secret entourant les AS (Bédard et Berteau, 1995).

À partir d'une recension exhaustive de 36 études portant sur l'efficacité des thérapies de groupe, Simoneau, Hébert et Tourigny (2008) concluent que les résultats démontrent l'efficacité de l'intervention de groupe sur la réduction des symptômes et que les améliorations notées se maintiennent dans le temps. Certaines études ont été menées afin de comparer les effets d'une intervention de groupe aux effets d'une intervention de crise ou de services généralement offerts par les centres de la protection de l'enfance (Doyon, 1990; Gilbert, 1990; Hyde, Bentovim et Monck, 1995; Monck, Bentovim, Goodall, Hyde, Lwin, Sharland et Elton, 1994). Les résultats indiquent que les deux groupes d'enfants évoluent de façon similaire sur un ensemble de variables. Gilbert (1990) a conduit une étude auprès de 47 filles AS âgées de 9 à 14 ans et exploré les effets distinctifs d'une thérapie de groupe ($n = 17$) et des services habituellement offerts dans la communauté ($n = 13$). Les résultats sont à l'effet que les services habituellement offerts dans la communauté seraient parfois plus efficaces que la thérapie de groupe, tel que démontré par les changements dans la qualité des

dessins produits par l'enfant et l'amélioration au niveau des troubles de comportement (auto-évalué par l'enfant à l'aide du *Youth Self-Report*). Par contre, l'étude n'a pas permis de relever de changement quant au sentiment de sécurité dans la famille, au sentiment de solitude et à l'estime de soi des enfants des deux groupes.

Hyde et ses collègues (1995) ont comparé les effets d'une thérapie de groupe à ceux d'un réseau d'entraide. Les informations ont été recueillies auprès de 28 enfants âgés de 4 à 16 ans (15 ayant reçu la thérapie de groupe et 13 ayant bénéficié du réseau d'entraide). Alors que les intervenants ont été directement interrogés sur leurs impressions cliniques quant à l'effet de l'intervention, ceux-ci ont perçu une plus grande amélioration chez les enfants ayant bénéficié de la thérapie de groupe (sur la symptomatologie de l'enfant et des relations familiales). Cependant, une limite importante a été notée en ce qui concerne la validité de ces résultats; en effet, les cliniciens ont été appelés à coter leurs impressions sur les changements réalisés par leurs propres clients. Quelques mesures ont été complétées par les enfants ou les parents et démontrent des changements significatifs (entre les deux temps de mesure) de même ampleur pour les deux groupes à l'étude au niveau de leurs symptômes de dépression et de leurs troubles de comportement. Par contre, on ne note pas de changement entre les deux temps de mesure, quelque soit le groupe, sur la mesure d'estime de soi.

Les études évaluatives recensées ne sont pas sans certaines limites méthodologiques (Simoneau et al., 2008). D'abord, plusieurs études ont été menées auprès de petits échantillons ($n < 25$) et n'incluent pas de groupe contrôle composé d'enfants ne recevant pas le traitement évalué. Aussi, plusieurs études ne vérifient pas le maintien des acquis chez les enfants ayant participé à une intervention de groupe. De plus, certaines études basent leurs analyses sur des questionnaires maisons, des impressions cliniques ou sur des mesures complétées par une seule source d'informations, le plus souvent la mère.

Ce projet de recherche répond à la fois à un besoin scientifique de mieux documenter l'efficacité des services thérapeutiques offerts aux enfants victimisés et également à un besoin identifié par le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) de la nécessité de documenter les besoins de leur clientèle et ainsi d'adapter les interventions selon

les besoins identifiés. Étant donné le fort taux d'utilisation des services du CIASF (près de 6 groupes par année pour les enfants de 6 à 13 ans, près de 25 groupes par année pour l'ensemble des services offerts), il apparaît primordial de documenter les retombées des interventions offertes aux enfants victimes et leurs parents. Les interventions ont été évaluées telles que dispensées par le milieu; ainsi, le protocole de traitement sous études est celui qui est appliqué les intervenants du CIASF.

Dans ce contexte, la présente étude vise à évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe pour des enfants VAS de 6 à 13 ans. L'étude vise à combler certaines lacunes méthodologiques rapportées dans la documentation scientifique par : a) l'utilisation d'un échantillon raisonnablement élevé de participants; b) le recours à plusieurs mesures standardisées couvrant un éventail de symptômes liés à l'AS; c) l'emploi, pour l'évaluation des changements, de plus d'une source d'informations; d) un devis qui implique un groupe témoin composé d'enfants VAS recevant les services offerts par le Centre Jeunesse (CJ); et e) la considération de la standardisation de l'intervention et de l'assiduité des enfants au traitement.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes : les enfants recevant l'intervention de groupe s'amélioreront de façon statistiquement significative entre le prétest et le post-test sur les variables à l'étude contrairement aux enfants du groupe témoin ne recevant pas l'intervention indexée. Il est donc attendu que les enfants recevant l'intervention de groupe du CIASF voient une amélioration significative de leur estime de soi et de leurs connaissances en matière d'agression sexuelle. Aussi, l'intervention de groupe allégera les symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique et de culpabilité chez les enfants bénéficiaires. Et finalement, les enfants recevant l'intervention de groupe présenteront significativement moins de troubles de comportement intériorisés, extériorisés et sexualisés que les enfants n'ayant pas reçu l'intervention de groupe du CIASF.

3.1 Méthodologie

3.1.1 Devis

L'évaluation des effets de l'intervention de groupe repose sur un devis quasi expérimental avec trois temps de mesure (T1 prétest, T2 post-test et T3 suivi 4 mois après la fin de l'intervention). Le groupe expérimental (GE) est composé d'enfants VAS recevant l'intervention de groupe alors que les enfants du groupe témoin (GT) reçoivent les services habituellement offerts par le CJ.

Groupes	Prétest	Intervention	Post-test	Suivi 4 mois
Expérimental	O ₁	X	O ₂	O ₃
Témoin	O ₁	--	O ₂	--

3.1.2 Mesures

Afin de vérifier l'atteinte des objectifs thérapeutiques formulés par le CIASF, plusieurs questionnaires ont été sélectionnés. La correspondance entre les instruments de mesures choisis et les objectifs thérapeutiques est présentée au Tableau 3.1. Les instruments ont été choisis sur la base de leurs qualités conceptuelles (i.e. en lien avec les objectifs d'intervention et les conséquences généralement identifiées auprès des victimes) et psychométriques. Tous ces instruments ont été au préalable traduits en français et utilisés dans des projets auprès des enfants victimes d'agression sexuelle d'âges comparables (Hébert, 2002; Tourigny, Péladeau, Doyon et Bouchard, 1998).

Tableau 3.1 Correspondance entre les instruments de mesures et les objectifs thérapeutiques du CIASF

<i>Objectifs évalués</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Répondant</i>	<i>Acronyme du test</i>	<i>Auteurs</i>
Diminuer les troubles de comportement chez l'enfant	Comportements de l'enfant	Parent	CBCL	Achenbach et Rescorla, 2001
	Comportements sexualisés de l'enfant	Parent	CSBI	Friedrich et al., 1992
	Dissociation	Parent	CDC	Putnam, 1988
	Stress post-traumatique de l'enfant	Parent	CPTS-RI	Frederick et al. 1992
		Enfant	CITES	Wolfe et al., 1991
	Anxiété	Enfant	RCMAS	Reynolds et Richmond, 1985
Dépression	Enfant	CDI	Kovacs, 1985	
Diminuer la perception de l'isolement social ressenti par les enfants	Isolement social	Enfant	CITES	Wolfe et al., 1991
Sécuriser l'enfant à l'égard de son importance comme personne à part entière	Sentiment de pouvoir	Enfant	CITES	Wolfe et al., 1991
Améliorer la perception que l'enfant a de lui-même	Estime de soi de l'enfant	Enfant	SPPC	Harter, 1982
Augmenter l'estime de soi chez l'enfant		Enfant	CITES	Wolfe et al., 1991
Diminuer et enrayer le sentiment de	Culpabilité	Enfant	CITES	Wolfe et al., 1991

culpabilité ressenti par l'enfant en lien avec l'abus sexuel				
Prévention de la revictimisation	Connaissances en agression sexuelle	Enfant	Q. maison	Tutty, 1995; Wurtele et al., 1989

3.1.2.1 Questionnaire administré à l'enfant

Le questionnaire de l'enfant vise à recueillir les informations relatives aux variables suivantes : connaissances en matière d'agression sexuelle, dépression, anxiété, stress post-traumatique et estime de soi.

Connaissances en matière d'agression sexuelle. Cette mesure de 11 items a été dérivée du *Children's Knowledge of Abuse Questionnaire* (Tutty, 1995) et du *Personal Safety Questionnaire* (Wurtele, Kast, Miller-Perrin et Kondrick, 1989). Les enfants doivent identifier si un énoncé est vrai ou faux, par exemple : « Même quelqu'un que tu aimes pourrait te toucher d'une façon qui te rend mal à l'aise. ». Ils peuvent également indiquer qu'ils ne connaissent pas la réponse. Ce questionnaire adaptée par Hébert et Poitras (1996) démontre une consistance interne satisfaisante ($\alpha = 0,70$). La stabilité des résultats a été estimée auprès de 36 enfants dans un intervalle de deux semaines et indique un coefficient test-retest adéquat ($r = 0,80$) (Hébert, Lavoic, Piché et Poitras, 2001).

Symptômes de dépression. Les symptômes de dépression ont été évalués par la version brève (10 items) du *Children's Depression Inventory (CDI - Kovacs, 1985)* qui considère cinq aspects : humeur négative, problèmes interpersonnels, sentiment d'inefficacité, anhédonie et estime de soi négative. Chaque item compte trois énoncés reflétant un degré d'intensité du sentiment subjectivement ressenti. L'enfant doit choisir la description qui correspond le mieux à son état depuis les quinze derniers jours. St-Laurent (1990) rapporte que la version française

de l'instrument possède des caractéristiques psychométriques adéquates et tout-à-fait comparables à la version originale anglaise, soit un coefficient de consistance interne de 0,92 ainsi qu'une fidélité test-retest à huit semaines d'intervalle de 0,70. Pour cette échelle, un score est considéré comme étant cliniquement significatif lorsqu'il se situe à 1,5 écart-type de la moyenne.

Symptômes d'anxiété. Le niveau d'anxiété de l'enfant a été évalué par une sous-échelle du *Revised Children's Manifest Anxiety (RCMAS - Reynolds et Richmond, 1985; traduction française de Hébert et Parent, 1999a)* qui comporte, dans sa forme originale, 28 items auxquels l'enfant doit répondre par vrai ou faux. Les coefficients de fidélité varient entre 0,78 et 0,87 selon le genre et l'âge des enfants. Une fidélité test-retest, calculée pour une version antérieure de l'instrument, de 0,68 a été obtenue auprès d'une population de 534 enfants d'âge scolaire après un intervalle de 9 mois (Reynolds, 1981). Une consistance interne de 0,83 et 0,85 a été obtenue par les auteurs de l'instrument (Reynolds et Richmond, 1985). Pour la présente étude, une seule sous-échelle de 11 items évaluant les inquiétudes et l'hypersensibilité a été administrée. Les coefficients de fidélité pour cette sous-échelle varient de 0,76 à 0,81. Selon les auteurs, un score est considéré comme étant cliniquement significatif lorsqu'il se situe à 1,0 écart-type de la moyenne.

Symptômes de stress post-traumatique. Le *Children's Impact of Traumatic Events Scale - Revised (CITES - Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, Wolfe, 1991; traduction française de Hébert et Parent, 1999b)* vise à évaluer la perception de l'enfant face à la situation d'agression et comprend, dans sa version originale, 78 items mesurant onze dimensions. Les qualités psychométriques de l'instrument révèlent une consistance interne allant de 0,57 à 0,88 selon les échelles. L'enfant répond aux items à l'aide d'une échelle en trois points (faux, un peu vrai, très vrai). Une version brève du questionnaire a été dérivée en français (Hébert et Parent, 1999b) et comprend 40 items. Trois sous-échelles sont utilisées pour dériver un score de stress post-traumatique (évitement de ce qui rappelle la situation d'agression, hyperréactivité physiologique et intrusions cognitives), de même que quatre autres sous-échelles évaluant des facteurs liés (culpabilité, sentiment de pouvoir, perception de soutien social face à l'agression et perception de soutien maternel face à l'agression).

Estime de soi. L'estime de soi de l'enfant a été évaluée par une version abrégée du *Self-Perception Profile for Children (SPPC)* – Harter, 1982). Le questionnaire original, adapté en français par Hébert (1996), comporte 36 items où l'enfant doit se situer sur une échelle en quatre points, le niveau 1 représentant une faible estime de soi et le niveau 4 représentant une forte estime de soi. Les six dimensions mesurées par l'instrument sont l'estime globale, les compétences scolaires, l'acceptation sociale, les compétences athlétiques, l'apparence physique et le comportement. Les coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) des échelles d'une version antérieure de cette mesure se situent entre 0,75 et 0,86, selon les échantillons de sujets étudiés (Harter, 1982). Pour cette étude, seule la dimension d'estime de soi globale, composée de six items, a été utilisée.

3.1.2.2 Questionnaire administré au parent

Le questionnaire administré au parent vise à recueillir les informations relatives aux variables suivantes : Troubles de comportements intériorisés et extériorisés, symptômes de stress post traumatique, de dissociation et comportements sexualisés.

Symptômes de stress post-traumatique. La version française (Hébert et Daignault, 2002) du *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)* évalue la présence et le niveau de sévérité des symptômes de stress post-traumatique (TSPT) chez l'enfant (Frederick, Pynoos et Nader, 1992). Cette échelle comporte 20 items développés à partir des critères diagnostiques du syndrome TSPT tels que documentés dans le DSM-IV (APA, 1994). La version révisée de l'instrument inclut une échelle de réponse de type Likert en 5 points allant de « Aucun » (0) à « La plupart du temps » (4) (Pynoos et Nader, 1988). Trois facteurs sont évalués, soit la réexpérimentation du trauma, l'insensibilité / évitement et l'hypervigilance / éveil physiologique. Plusieurs études ont démontré la fidélité et la validité du CPTS-RI; Nader et Fairbanks (1994) ont, entre autres, établi un score de consistance interne à 0,78. À l'aide de comparaisons empiriques entre les scores à cette échelle et des évaluations cliniques pour des niveaux sévères de TSPT, les auteurs ont établi qu'un score inférieur à 12 indique qu'il n'y a pas de stress post-traumatique, entre 12 et 24 on considère un faible niveau de

TSPT, un score entre 25 et 39 suggère un niveau modéré, un score entre 40 et 59 indique un niveau sévère de TSPT et un score égal ou supérieur à 60 indique une réaction très sévère.

Troubles de comportement. L'adaptation française du *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991; Achenbach et Rescorla, 2001) comporte 113 items énonçant divers comportements problématiques, que le parent est appelé à décrire à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points : "Ne s'applique pas", "Plutôt vrai" ou "Très vrai". Le CBCL distingue les comportements internalisés des comportements extériorisés et permet d'observer la présence de trouble comportements anxieux, dépressifs, agressifs, autodestructeurs, de retrait, de somatisation; de même que les compétences sociales. La cohérence interne de l'instrument conçu pour les 4-18 ans a été évaluée à 0,95 et à 0,99 tandis que la fidélité test-retest est évaluée à 0,84 et à 0,97, pour les problèmes comportementaux et la compétence sociale respectivement. La fidélité inter-juges observée en comparant les questionnaires remplis par un parent avec l'aide d'un interviewer est également très élevée, avec des coefficients de 0,96 pour les problèmes de comportement et de 0,93 pour la compétence sociale. Elle est également très forte lorsque les questionnaires sont remplis par chacun des parents, puisqu'elle est de 0,99 pour les problèmes comportementaux et de 0,98 pour la compétence sociale. Un seuil clinique a été établi pour les scores atteignant 70 ou plus. Les enfants présentant des scores se situant entre 65 et 70 sont considérés comme se situant dans une zone limite entre le score clinique et le score dit 'normal'.

Symptômes de dissociation. Le niveau de dissociation chez l'enfant a été évalué à l'aide de la version française (Hébert et Parent, 2000) du *Child Dissociative Checklist* (CDC – Putnam, 1988) qui comporte 20 items dont certains traduisent des comportements pathologiques (par ex., avoir plusieurs personnalités, tomber en état de transe, etc.) et d'autres comportements qui peuvent être considérés comme normaux, selon le stade de développement de l'enfant (par ex., parler à ses jouets). La consistance interne de l'instrument se situe à 0,95 alors que la fidélité test-retest à un an d'intervalle est de 0,69 (Putnam, Helmers et Trickett, 1993). L'auteur du test identifie qu'un score de 12 et plus au CDC peut être considéré comme étant cliniquement significatif.

Comportements sexualisés. La version française du *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI) de Friedrich, Damon, Hewitt, Koverola, Lang, Wolfe et Broughton (1992) a été traduite par Wright, Sabourin et Lussier (1994). Les énoncés sont évalués à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points invitant la mère à indiquer la fréquence ("Jamais", "Moins d'une fois par mois", "Une à trois fois par mois" et "Au moins une fois par semaine") de comportements sexuels spécifiques (autostimulation, agression, comportements liés au rôle sexuel, violation des frontières personnelles, etc.) observés chez son enfant au cours des six derniers mois. Friedrich et al. (1992) ont évalué la cohérence interne de l'instrument à 0,82 pour un échantillon de 880 enfants recrutés dans la population normale comparativement à 0,93 pour un échantillon clinique composé de 276 enfants agressés sexuellement. Le coefficient de stabilité s'élève à 0,85 dans l'échantillon populationnel, pour un intervalle de quatre semaines et de 0,43 dans le groupe clinique qui bénéficiait d'un traitement pour un intervalle de trois semaines. La sensibilité du test varie entre 0,70 et 0,92 selon l'âge et le sexe des enfants, tandis que sa spécificité varie entre 0,35 et 0,55.

Données socio-démographiques. Finalement, un questionnaire d'informations sociodémographiques comportant 13 items a permis de recueillir les informations quant à la composition de la famille et le milieu habité par l'enfant.

3.1.2.3 Questionnaire de l'intervenant

Outre les données recueillies auprès du parent et de l'enfant, les informations ayant trait aux caractéristiques des agressions sexuelles (durée, sévérité, agresseur et type d'agressions sexuelles) et aux caractéristiques de la participation de l'intervention de groupe ont été colligées auprès des intervenants. La participation des enfants était cotée sur une échelle allant de très mauvaise (1) à excellente (5). Ces informations ont servi à documenter le niveau d'implantation des services auprès de l'enfant. De plus, afin de s'assurer de l'adéquation du contenu des interventions proposées, des grilles d'observations complétées par les intervenants ont permis de répertorier les éléments de contenu spécifiques à chacune des rencontres tout au long de l'intervention.

3.1.3 Échantillon et procédure

Le recrutement des familles pour le groupe de traitement a été fait au Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) par des assistantes de recherche et se déroula entre le 1^e janvier 2003 et le 31 décembre 2004. Lors de la première rencontre de groupe, les parents se sont vus expliquer le projet de recherche, Ils ont été assurés de leur liberté de participer ou non au projet de recherche et que leur refus n'affecterait en rien les services qu'ils recevraient au CIASF. Leur participation et celle de leur enfant ont été confirmées par la signature du formulaire de consentement.

Au total, 51 familles se sont présentées pour participer à l'intervention de groupe et toutes ces familles ont été sollicitées pour l'étude. De cet échantillon, 49 parents ou tuteurs ont accepté que leur enfant participe à la recherche et 42 parents ou tuteurs ont eux-mêmes consenti à y participer. Lors du T2, 43 enfants et 34 parents ont complété les questionnaires. Les abandons entre le T1 et T2 sont dus à une enfant qui a été transférée dans le groupe pour adolescents et cinq familles qui ont abandonné le traitement.

Vingt-trois familles ont participé au suivi (T3). Ainsi, 20 participants ont abandonné l'étude entre le deuxième et le troisième temps de mesure. Les abandons peuvent être expliqués comme suit : huit participants n'ont pas pu être rejoints puisqu'ils avaient déménagés (changement de numéro de téléphone (n=7) ou changement de famille d'accueil (n=1)); trois familles n'ont pas retourné les appels téléphoniques qui leur ont été faits; trois familles n'étaient pas présentes aux rendez-vous fixés avec elles; quatre familles ont refusé de participer et deux familles ont été rejointes dans des délais trop importants pour que leurs données ne soient cumulées avec le reste de l'échantillon.

Le recrutement pour le GT a été effectué au CJ de la Montérégie (CJM) et s'est échelonné sur une période de deux ans également. Le recrutement des familles pour le groupe témoin a été fait grâce à un partenariat établi avec le CJM. Un appel a été lancé aux intervenants impliqués auprès de familles confrontées à une situation d'agression sexuelle. Ceux-ci ont offert les noms et coordonnées de 32 familles pouvant potentiellement participer

à la recherche. Ces familles ont ensuite été contactées afin d'obtenir un premier consentement verbal. De ce nombre, 18 ont refusé de participer au projet de recherche. Les 14 autres familles ont été rencontrées une première fois, à leur domicile pour compléter les mesures du T1. Lors du deuxième temps de mesure, douze familles ont pu être rencontrées. Une famille n'a pas retourné nos appels et une famille d'accueil a refusé que son enfant participe à la deuxième évaluation. Afin d'assurer un nombre suffisant de participants dans le GT, deux enfants en attente de services au CIASF ont également été inclus. Il est entendu que les données de ces deux enfants n'ont pas été incluses dans les résultats des enfants du GE.

Les enfants du GT ont été sélectionnés de sorte que l'équivalence entre le GE et le GT était assurée en ce qui concerne les variables 'âge', 'genre' et 'sévérité des agressions sexuelles'. Aucune intervention de groupe spécialisée en agression sexuelle n'a été offerte aux enfants du GT mais tous les enfants ont reçu les services généralement offerts par le CJM. Par ailleurs, neuf enfants ont également bénéficié de services dans d'autres milieux d'intervention (thérapie de groupe pour troubles de comportement, familiale, individuelle, suivi en pédopsychiatrie ou par le psychologue de l'école).

Les enfants du GE ont été rencontrés à trois reprises (prétest, post-test et relance) alors que les enfants du GT n'ont été rencontrés qu'à deux reprises (prétest et post-test). Dans une période de deux ans, nous n'avons pu recruter qu'un nombre très limité de participants pour le GT (n=12). Compte tenu du temps requis pour obtenir un échantillon de 12 participants dans le groupe témoin et du taux d'attrition entre le post-test et la mesure de suivi dans le GE, il a été estimé que trop peu de participants seraient disponibles dans le GT pour la mesure de relance; limitant ainsi la portée des analyses statistiques possible. Une mesure de suivi n'a donc pas été obtenue auprès de ce groupe ce qui constitue une limite importante de ce devis de recherche.

3.1.3.1 Caractéristiques socio-démographiques et des AS dévoilées

Le Tableau 3.2 présente les caractéristiques socio-démographiques des enfants rencontrés

et les caractéristiques des AS subies. Les participants, dont 78,9 % de filles, sont âgés entre 6 ans et 13 ans avec une moyenne de 9,19 ans ($e.t. = 2,00$). Le lien avec l'agresseur est majoritairement intrafamilial (54,5 %) et celui-ci est le plus souvent âgé de 20 ans ou plus (66,1 %). Environ le tiers des enfants a vécu un épisode unique d'agression sexuelle (28,8 %), un autre tiers a expérimenté quelques épisodes d'agression mais répartis sur une période de moins de six mois (34,6 %) et le dernier tiers a été agressé de façon répétée et sur un intervalle de temps de plus de six mois (36,5 %). Finalement, une majorité d'enfants a subi une agression impliquant des attouchements aux parties sexuelles mais sans pénétration (66,0 %) alors que 30,2 % auraient subi une AS impliquant une pénétration.

Des tests-t et des analyses de Chi carré réalisés pour vérifier si les deux groupes étaient comparables au T1 sur l'ensemble des mesures montrent qu'à l'exception du type de famille et de l'âge de l'agresseur, les enfants des deux groupes présentent des profils semblables. Les enfants du GE proviennent plus souvent de familles recomposées par rapport aux enfants du groupe de comparaison qui sont plus souvent placés en famille d'accueil. Des corrélations entre les scores de gain (soit la différence entre le score du T2 et du T1) et la variable liée au type de famille ont permis d'établir que les résultats relatifs au score de dépression, tel qu'évalué par l'enfant, semble associé au type de famille ($r = .325$; $p = .014$; $n = 57$). De plus, les enfants du GE ont plus souvent été agressés par d'autres enfants ou adolescents alors que les participants du GT l'ont plus souvent été par des adultes. Les corrélations indiquent que les résultats à la sous-échelle d'hyperréactivité physiologique du score de TSPT, tel qu'évalué par l'enfant, sont associés à l'âge de l'agresseur ($r = -.303$; $p = .024$). Les variables 'type de famille' et 'âge de l'agresseur' ont donc été utilisées comme covariables dans les analyses explorant les changements liés à l'intervention.

3.1.4 Présentation du centre d'intervention

Les enfants du groupe expérimental ont été recrutés au Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF). Le CIASF est un organisme à but non lucratif de la région de l'Outaouais qui offre, depuis 1993, des services à la fois aux victimes et aux familles confrontées à une situation d'agression sexuelle. Les services du CIASF sont offerts aux enfants âgés de 3 à 18 ans et aux adultes. Des services sont offerts également aux hommes et aux adolescents agresseurs. Les familles sont référées au CIASF par différents organismes tels que les Centres jeunesse de l'Outaouais (CJO), les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), le Centre d'Aide et de Lutte contre les Agressions à Caractère Sexuel (CALACS), le Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels (CAVAC). Cette étude évaluative cible uniquement les services dispensés aux enfants de 6 à 13 ans ayant participé à l'intervention de groupe.

3.1.4.1 Description de l'intervention de groupe (variable indépendante)

Les enfants bénéficiant de l'intervention de groupe ont été répartis selon leurs âges respectifs et les groupes étaient composés de trois à cinq participants. Les enfants âgés de 6 à 8 ans ont participé à 12 rencontres hebdomadaires de 90 minutes. Ils étaient accompagnés de leurs parents pour les cinq premières rencontres. Les filles âgées de 9 à 13 ans ont bénéficié de 9 rencontres de 120 minutes et leurs parents ont participé aux quatre premières séances. Les groupes d'enfants âgés de 6 à 8 ans étaient mixtes alors que le CIASF a choisi de voir les garçons et les filles séparément à partir de neuf ans. Les garçons de neuf ans et plus ont été vus individuellement étant donné qu'ils étaient peu nombreux à réclamer des services, ils ne sont donc pas inclus dans cette étude évaluative qui porte spécifiquement sur l'évaluation de l'intervention de groupe.

Tableau 3.2 Caractéristiques socio-démographiques des participants et des agressions sexuelles subies

	N	Total	Groupe expérimental	Groupe témoin	Tests statistiques
Âge moyen - victime	57	M = 9,2	M = 8,9	M = 10,0	$t_{(55)} = 1,77$ ns
Pourcentage de filles	57	78,9%	76,7%	85,7%	$\chi^2_{(1)} = 0,51$ ns
Type de famille	56				
D'origine		21,1%	25,6%	7,1%	$\chi^2_{(1)} = 15,19$ **
Monoparentale		36,7%	34,9%	42,9%	
Recomposée		22,8%	30,2%	0,0%	
D'accueil		19,3%	9,3%	50,0%	
Scolarité de la mère	42				
Primaire - Secondaire		50,0%	48,5%	55,6%	$\chi^2_{(1)} = 0,14$ ns
Collégial - Universitaire		50,0%	51,5%	44,4%	
Sévérité de l'agression	53				
Moins sévère		3,8%	4,7%	0,0%	$\chi^2_{(2)} = 0,50$ ns
Modérée		66,0%	65,1%	70,0%	
Sévère		30,2%	30,2%	30,0%	
Fréquence de l'agression	52				
Un épisode unique		28,8%	30,2%	22,2%	$\chi^2_{(2)} = 1,73$ ns
Quelques événements		34,6%	37,2%	22,2%	
Chronique		36,5%	32,6%	55,6%	
Identité de l'agresseur	55				
Intra-familial		54,5%	46,5%	41,7%	$\chi^2_{(1)} = 0,09$ ns
Extra-familial		45,5%	53,5%	58,3%	
Âge de l'agresseur	56				
19 ans et moins		33,9	44,2	0,0%	$\chi^2_{(1)} = 8,69$ **
20 ans et plus		66,1	55,8	100,0%	
% femmes agresseurs	56	1,8%	2,3%	0,0%	$\chi^2_{(1)} = 0,31$ ns

** $p < 0,01$

Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été considérés pour être admis dans les groupes d'intervention, l'enfant devait : a) avoir entre 6 et 13 ans; b) s'exprimer en français; c) avoir dévoilé une situation d'agression sexuelle; d) avoir franchi le processus d'enquête et de déposition filmée; e) ne pas présenter de problèmes graves restreignant sa capacité d'interagir dans un groupe et f) être accompagné d'un adulte significatif ayant le rôle de tuteur auprès de l'enfant. Les enfants ne pouvaient pas être absents plus de deux fois auquel cas ils étaient retirés du groupe et pourront reprendre le processus thérapeutique lors du départ d'un nouveau groupe.

Les groupes sont dirigés par deux intervenantes possédant un baccalauréat en psychologie. Afin de soutenir et guider les intervenantes, des supervisions hebdomadaires d'une durée variable selon les besoins, étaient offertes par la directrice générale. L'approche théorique utilisée au CIASF s'apparente à un modèle intégré où un mariage de plusieurs éléments thérapeutiques en provenance de plusieurs cadres théoriques est utilisé. Ainsi, les activités thérapeutiques ont été développées en fonction des objectifs thérapeutiques et de l'étiologie perçue sur les troubles présentés par les enfants.

Le but de l'intervention était de réduire les séquelles des AS subies. Les objectifs spécifiques de l'intervention auprès des enfants étaient : a) de diminuer la perception de l'isolement social ressenti; b) d'améliorer la perception que les enfants avaient d'eux-mêmes; c) de diminuer les troubles de comportement; d) de favoriser le rapprochement entre le parent et son enfant; et e) de diminuer et d'enrayer le sentiment de culpabilité en lien avec l'AS. Les interventions offertes ont été documentées dans un manuel de traitement (Simoncau, 2002).

L'intervention comporte diverses techniques thérapeutiques comme la restructuration cognitive (par des discussions de groupe sur des thèmes variés), l'éducation à la prévention des AS (à l'aide de matériel vidéo), l'expression des pensées et émotions par l'art (par des bricolages, chansons, pièces de théâtre), l'identification et expression des émotions en discussion de groupe, l'exposition graduée (par le récit de l'agression vécue par l'enfant), le développement d'habiletés d'affirmation de soi (par des jeux de rôles) et l'éducation sexuelle (à l'aide de livres thématiques).

Chaque rencontre présente généralement la même structure et porte sur un thème spécifique. Les dynamiques de groupes particulières sont respectées et des objectifs individuels sont établis selon les besoins de chaque enfant. Bien qu'un manuel du thérapeute ait été créé pour assurer la standardisation des interventions dispensées, ce document demeure la propriété du CIASF et n'est pas diffusé à l'extérieur de l'organisme. Les personnes intéressées à obtenir le manuel de traitement ou une formation spécifique sur l'application de l'intervention dispensée au CIASF sont invitées à contacter la Direction du CIASF. Un aperçu du protocole de traitement est présenté en appendice. Autre que le carnet de bord rempli par l'enfant à la fin des rencontres, le CIASF n'utilise pas de manuel du participant (ni pour l'enfant, ni pour le parent).

3.2 Résultats

3.2.1 Assiduité des participants et uniformité du traitement offert

Le taux moyen de participation aux rencontres est de 95 %. En moyenne, les enfants ont eu 0,6 absence aux rencontres et 25 jeunes n'ont manqué aucune rencontre. De fait, seulement 14 % des enfants ont eu plus d'une absence au groupe. La participation des enfants à chacune des activités a été cotée comme allant de 'bonne' à 'excellente' avec quelques exceptions d'enfants qui auraient moins participé, notamment lors des discussions de groupe. Aucun enfant n'a reçu la cote 'mauvaise participation'. La moyenne de la qualité de la participation rapportée par l'intervenante est de 4,13.

Bien que les activités centrales à l'intervention aient été maintenues d'un groupe à l'autre, certaines activités secondaires ont été ajoutées, d'autres retirées selon les besoins de chacun des groupes. Les grilles comportent plusieurs données manquantes mais l'analyse des données suggère que 51 % des enfants ont abordé tous les contenus prévus alors que 49% ont été sensibilisés à plus de 75 % des contenus prévus.

3.2.2 Analyse des effets de l'intervention de groupe

À l'aide d'analyses de la variance à mesures répétées (Groupe x Temps), les effets d'interaction ont été examinés afin de tester l'hypothèse prédisant que les enfants du GE s'amélioreraient davantage entre les deux temps de mesure (pré-test et post-test) au niveau de leur symptomatologie que les enfants du GT. Les variables liées au type de famille et à l'âge de l'agresseur ont été insérées comme covariables afin de contrôler leur effet. Les résultats (voir Tableaux 3.3 et 3.4) indiquent qu'à la fin de l'intervention, les enfants ayant reçu l'intervention de groupe présentent une meilleure estime d'eux-mêmes ($F(1, 57)=20,70$, $p<0,001$, $d = 1,20$) et significativement moins de comportements sexualisés que les enfants du GT ($F(1, 41)=8,53$, $p<0,01$, $d = 1,02$).

Par ailleurs, pour la plupart des autres indicateurs de changement, les enfants des deux groupes semblent évoluer de façon similaire et voir leurs symptômes diminuer entre le premier et le deuxième temps de mesure. En effet, les enfants des deux groupes présentent significativement moins de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de dissociation. Ils affichent également moins de culpabilité, moins de troubles de comportement extériorisés et démontrent une meilleure connaissance en matière d'AS. L'analyse de la taille de l'effet a été calculée afin de calculer l'effet temps obtenu et révèle une taille de l'effet allant de 0,23 à 1,74.

Toutefois, aucune différence significative n'est notée, pour les deux groupes d'enfants, en ce qui a trait aux sentiments de dépression, aux troubles de comportement intériorisés et au sentiment de pouvoir.

Tableau 3.3 Efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles telle que mesurée auprès des enfants

	Groupe expérimental (n = 43)								Groupe témoin (n = 14)				Effets			
	Prétest		Post-test		Prétest		Post-test		Temps		Groupe		Temps x Groupe			
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	F _(1,57)	d	F _(1,57)	F _(1,57)	d			
Connaissance en matière d'agression sexuelle	7,26	2,07	8,44	1,50	7,14	2,11	7,86	2,18	14,23 ***	1,42	0,44 ns	0,88 ns				
Estime de soi	16,88	4,42	19,45	4,62	18,36	4,68	12,57	6,37	3,07 ns		5,23 *	20,70 ***	1,20			
Symptômes d'anxiété	5,80	3,13	4,95	3,40	6,07	2,73	4,57	3,55	7,36 **	1,74	0,00 ns	0,56 ns				
Symptômes de dépression ¹	4,35		2,77		3,15		1,67		4,29 *	1,37	2,00 ns	0,01 ns				
Symptômes de SPT ²	21,83	7,39	19,20	8,20	20,50	10,06	16,29	10,06	9,16 **	0,90	0,82 ns	0,49 ns				
Hyperréactivité physiologique ³	5,90		4,94		5,88		4,65		8,93 **	0,88	0,03 ns	0,09 ns				
Évitement	8,88	3,08	8,59	3,18	7,71	3,83	7,36	3,32	0,43 ns	0,23	1,87 ns	0,01 ns				
Réexpérimentation	6,82	3,75	5,60	3,86	7,07	4,71	4,07	4,26	13,68 **	1,05	0,34 ns	2,41 ns				
Culpabilité	1,35	1,72	0,79	1,32	1,57	1,60	0,64	1,15	11,46 **	1,09	0,01 ns	0,69 ns				
Sentiment de pouvoir	8,03	3,13	9,46	2,5	8,93	2,34	9,43	1,99	3,35 ns	1,11	0,45 ns	0,78 ns				

* p < 0,05, ** p < 0,01 et *** p < 0,001

¹-Moyennes ajustées pour considérer l'effet du type de famille

²-Stress post-traumatique

³-Moyennes ajustées pour considérer l'effet de l'âge de l'agresseur

Tableau 3.4 Efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles telle que mesurée auprès des parents

	Groupe expérimental (30)								Groupe témoin (11)				Effets					
	Prétest				Post-test				Prétest				Temps		Groupe		Temps x Groupe	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	F _(1,41)	d	F _(1,41)	F _(1,41)	d			
Comportements sexuels inappropriés	3,33	4,13	1,65	2,08	2,30	2,58	4,54	3,52	0,17	ns			1,03	ns	8,53	**	1,02	
Symptômes de SPT ¹	26,15	15,15	21,65	15,60	21,16	13,50	13,70	13,32	6,04	*	0,88		1,74	ns	0,37	ns		
Hyperréactivité physiologique	6,03	3,81	4,64	3,62	5,47	4,33	4,08	4,53	2,71	ns	0,90		0,21	ns	0,00	ns		
Évitement	6,48	4,43	5,10	4,65	5,16	2,31	3,00	3,37	7,96	**	1,12		1,63	ns	0,38	ns		
Réexpérimentation	11,37	6,89	9,90	7,53	8,95	7,28	5,90	5,80	3,60	ns	0,66		1,95	ns	0,43	ns		
Symptômes de dissociation	6,33	6,07	4,65	4,88	5,09	5,15	3,21	3,43	7,58	**	0,83		0,60	ns	0,03	ns		
Troubles de comportement	62,33	11,93	58,17	10,44	58,48	13,83	54,64	10,97	10,05	**	0,88		0,92	ns	0,02	ns		
Intériorisés	62,13	11,92	57,33	11,66	56,18	15,36	54,27	10,89	3,72	ns	0,82		1,31	ns	0,69	ns		
Extériorisés	62,37	11,87	58,83	9,04	60,27	11,15	55,55	10,81	10,48	**	0,91		0,58	ns	0,22	ns		
Difficultés relationnelles	61,87	9,27	57,93	7,24	59,91	9,52	56,82	6,57	7,63	**	1,13		0,34	ns	0,11	ns		
Troubles de la pensée	61,00	9,93	57,40	6,91	60,64	10,78	57,09	8,68	7,64	**	1,02		0,01	ns	0,00	ns		
Troubles de l'attention	63,03	10,53	60,53	8,18	59,91	8,28	56,55	5,68	6,78	*	0,77		1,48	ns	0,15	ns		

* p < 0,05 et ** p < 0,01

¹-Stress post-traumatique

3.2.3 Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires ont été réalisées afin d'étayer les connaissances sur l'efficacité du traitement évalué et de répondre à certaines limites identifiées dans la recension des écrits. Ainsi, des analyses relatives aux effets cliniquement significatifs, au maintien des acquis thérapeutiques et à certaines variables modératrices ont été effectuées.

3.2.3.1 Effets cliniquement significatifs

Une des limites identifiées dans la recension des écrits est que peu d'auteurs considèrent les effets cliniquement significatifs dans l'évaluation des changements après le traitement. Afin de pousser plus avant la compréhension des résultats de l'évaluation du programme d'intervention, des analyses quant à la proportion d'enfants qui présentent des seuils cliniques sur les différentes échelles administrées ont été réalisées. Des Chi carré de McNemar ont permis d'évaluer si le taux d'enfants présentant un seuil clinique était différent à travers les deux moments de mesure et cela pour chacun des deux groupes d'enfants. Les résultats indiquent qu'au prétest les deux groupes de participants ne se distinguent pas quant à la proportion d'enfants atteignant le seuil clinique sur les symptômes de dépression, d'anxiété, de dissociation, de stress post-traumatique et de troubles de comportement intériorisés ou extériorisés.

Les analyses de Chi carré révèlent que, pour les enfants ayant reçu le traitement indexé, une plus faible proportion d'entre eux présente des niveaux cliniques pour les troubles de comportement extériorisés à la fin de l'intervention de groupe (prétest 50,0 %, post-test 23,3 %) et pour les troubles de la pensée (prétest 30,0 %, post-test 6,7 %), témoignant ainsi d'une baisse statistiquement significative. En ce qui concerne les enfants du groupe témoin, aucun changement significatif n'est répertorié. Toutefois, plusieurs analyses statistiques n'ont pas été possibles pour le groupe témoin puisque pour plusieurs échelles, aucun enfant ne présentait de seuil cliniquement significatif lors du post-test (dissociation, somatisation, difficultés relationnelles et trouble d'attention). Les résultats situant les changements

cliniquement significatifs sont présentés dans le Tableau 3.5.

3.2.3.2 Maintien des acquis thérapeutiques

L'évaluation du maintien des acquis à court et à long terme suivant la fin de l'intervention est d'importance afin d'assurer que les effets de l'intervention dispensée aux enfants observés se poursuivent dans le temps. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs déjà rapporté qu'en l'absence d'un suivi post-traitement, il s'avérait difficile de statuer sur l'efficacité réelle de la thérapie (Ross et O'Carroll, 2004; Tourigny, 1997). Pour mieux comprendre les résultats obtenus dans cette étude évaluative, une mesure de suivi a été administrée aux enfants du groupe expérimental. Ces analyses complémentaires ont été réalisées à titre exploratoire étant donné qu'un nombre important de participants n'ont pas complété le suivi quatre mois après la fin du traitement et qu'aucune donnée n'est disponible pour les enfants du groupe témoin.

Tout d'abord, des analyses statistiques (Test-t et Chi carré) ont été réalisées pour vérifier si les enfants qui ont complété le suivi se distinguent des enfants qui n'y ont pas participé. Aucune différence significative n'a été décelée entre les deux groupes en ce qui concerne les variables socio-démographiques et les scores obtenus sur les variables dépendantes au premier temps de mesure (prétest). Puis, des Test-t pairés (entre le post-test et la relance) ont été menés sur le sous-échantillon des 23 participants ayant reçu l'intervention de groupe et ayant participé au suivi post-traitement. Les résultats du suivi sont présentés aux Tableau 3.6 pour ce qui est des mesures administrées aux enfants et au Tableau 3.7 pour les mesures administrées aux parents.

Tableau 3.5 Pourcentage des participants présentant un score clinique selon le temps de mesure

	Groupe expérimental			Groupe témoin		
	Prétest	Post-test	sig	Prétest	Post-test	sig
Symptômes d'anxiété	25,0%	20,0%	ns	23,1%	23,1%	ns
Symptômes de dépression	11,6%	7,0%	ns	7,7%	7,7%	ns
Symptômes de dissociation	16,7%	6,7%	ns	9,1%	0,0%	†
Symptômes de stress post-traumatique ^E	43,9%	29,3%	ns	42,9%	28,6%	ns
Symptômes de stress post-traumatique ^P	81,2%	67,7%	ns	54,5%	63,6%	ns
Troubles de comportements	50,0%	33,3%	ns	36,4%	27,3%	ns
Intériorisés	46,7%	33,3%	ns	36,4%	27,3%	ns
Anxiété	16,7%	16,7%	ns	27,3%	18,2%	ns
Dépression/retrait	16,7%	6,7%	ns	18,2%	9,1%	ns
Somatisation	16,7%	10,03%	ns	18,2%	0,0%	†
Extériorisés	50,0%	23,3%	**	36,4%	18,2%	ns
Agressivité	36,7%	16,7%	ns	27,3%	18,2%	ns
Délinquance	23,3%	6,7%	ns	18,2%	27,3%	ns
Difficultés relationnelles	20,0%	13,3%	ns	9,1%	0,0%	†
Trouble de la pensée	30,0%	6,7%	*	27,3%	18,2%	ns
Trouble d'attention	20,0%	16,7%	ns	18,2%	0,0%	†

* $p < 0,05$ et ** $p < 0,01$.

† Un nombre insuffisant de participants empêche les analyses statistiques pour cette variable.

E Tels que rapportés par l'enfant.

P Tels que rapportés par le parent.

Tableau 3.6 Maintien des acquis, tel que rapporté par les enfants, entre le post-test et la relance, pour les enfants ayant participé à l'intervention de groupe

	Post-test		Relance		Effet
	M	ET	M	ET	t _(1,42)
Connaissances en matière d'agressions sexuelles	9,00	1,04	8,00	1,83	3,06 **
Estime de soi	19,30	5,11	18,30	5,38	1,22 ns
Symptômes d'anxiété	5,91	3,12	5,09	3,46	1,51 ns
Symptômes de dépression	3,09	2,95	3,13	3,22	-0,11 ns
Symptômes de stress post-traumatique	20,45	8,42	16,91	8,56	1,94 ns
Hyperréactivité physiologique	5,17	3,53	4,70	3,76	0,79 ns
Évitement	8,93	3,09	8,13	3,35	0,88 ns
Réexpérimentation	6,35	3,98	4,09	3,88	2,45 *
Culpabilité	0,91	1,65	1,09	1,86	-0,81 ns
Sentiment de pouvoir	8,87	2,83	8,75	2,87	0,20 ns

* p < 0,05 et ** p < 0,01.

Tableau 3.7 Maintien des acquis, tel que rapporté par les parents, entre le post-test et la relance pour les enfants ayant participé à l'intervention de groupe

	Post-test		Relance		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,29)	
Comportements sexuels inappropriés	1,54	2,02	1,79	2,74	-0,51	ns
Symptômes de stress post-traumatique	18,20	12,50	17,93	8,72	0,16	ns
Hyperréactivité physiologique	4,53	3,70	4,55	3,14	-0,05	ns
Évitement	4,14	3,48	4,44	2,44	-0,46	ns
Réexpérimentation	7,59	5,50	7,78	4,33	-0,22	ns
Symptômes de dissociation	4,93	4,92	4,32	4,93	0,77	ns
Troubles de comportements	59,16	9,28	57,95	11,73	0,95	ns
Intériorisés	57,42	10,93	56,26	10,87	0,78	ns
Anxiété	58,37	9,08	58,21	8,24	1,67	ns
Dépression/retrait	58,32	6,67	57,74	6,24	0,41	ns
Somatisation	57,84	8,16	57,95	6,88	-0,09	ns
Extériorisés	59,26	9,27	60,58	10,67	-1,26	ns
Agressivité	62,00	10,17	64,21	11,56	-2,25	*
Délinquance	56,58	7,16	56,51	6,16	0,29	ns
Difficultés relationnelles	58,53	7,52	58,68	6,25	-0,12	ns
Troubles de la pensée	56,74	5,74	54,26	6,06	1,91	ns
Troubles de l'attention	61,68	8,00	58,79	10,27	2,23	*

* $p < 0,05$.

Les résultats de ces analyses exploratoires indiquent que les acquis sont maintenus quatre mois après la fin du groupe, en ce qui concerne les comportements sexualisés et l'estime de soi des enfants. Les résultats obtenus dans les analyses comparatives entre le post-test et la relance montrent également que les enfants ayant participé à la relance semblent présenter significativement moins de troubles de la pensée et moins d'intrusions cognitives (réexpérimentation du trauma) lors de la mesure quatre mois suivant le traitement ce qui laisse supposer d'un effet différé de l'intervention sur ces indicateurs.

Par contre, certains résultats négatifs ressortent également de ces analyses. Quatre mois après la fin du traitement, les enfants présentent significativement plus d'agressivité que

lorsqu'ils ont été rencontrés immédiatement après l'intervention de groupe (post-test). À ce troisième temps de mesure, ils démontreraient également une baisse significative au niveau de leurs connaissances en matière d'agressions sexuelles.

3.2.4.3 Variables modératrices

Finalement, d'autres analyses ont été menées afin de cibler si certaines variables socio-démographiques (âge et genre de l'enfant) ou certaines variables liées à l'AS (lien de l'enfant avec son agresseur) avaient un effet différentiel sur l'impact de l'intervention des enfants du groupe expérimental. Ces analyses visaient à explorer si certains sous-groupes d'enfants pourraient avoir bénéficié davantage de l'intervention de groupe. Pour ce faire, des scores de gains ont été calculés en soustrayant les scores de prétest des scores obtenus lors du post-test pour chacune des variables dépendantes. Des Test-t ont été réalisés entre les scores de gain de chacune des variables dépendantes et les variables modératrices ciblées.

Ces analyses présentées aux Tableau 3.8 à 3.13 n'ont pas fait ressortir d'effet distinctif du lien de l'enfant avec l'agresseur (AS intra ou extra-familiale) ou du groupe d'âge des participants. Ainsi, les activités offertes pour chacun de ces sous-groupes de participants offrent des résultats similaires. Les analyses menées en considérant la variable genre de l'enfant indiquent par contre que les gains associés à l'intervention de groupe semblent plus importants pour les garçons (gain moyen = 2,56, e.t. = 2,55) que pour les filles (gain moyen = 0,38, e.t. = 2,90) en ce qui concerne les symptômes d'anxiété ($t = -2,19$, $p = 0,05$). Rappelons toutefois que seulement les garçons plus jeunes sont admis dans les groupes. Ainsi, lorsque l'âge des participants est contrôlé, cette différence significative en faveur des garçons ne tient plus.

Tableau 3.8 Effet du genre de l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par l'enfant.

	Filles		Garçons		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,42)	
Connaissances en matière d'agressions sexuelles	-1,09	-1,57	-1,50	2,17	0,55	ns
Estime de soi	-2,74	4,27	-1,87	6,01	0,47	ns
Symptômes d'anxiété	0,38	2,90	2,56	2,55	-2,19	*
Symptômes de dépression	1,18	2,74	1,90	3,97	-0,66	ns
Symptômes de stress post-traumatique	2,93	7,79	1,56	8,76	0,43	ns
Hyperréactivité physiologique	1,34	3,02	0,50	2,76	0,83	ns
Évitement	0,18	3,20	0,67	3,97	-0,34	ns
Réexpérimentation	1,41	4,13	0,65	2,26	0,74	ns
Culpabilité	0,51	1,28	0,73	1,62	-0,40	ns
Sentiment de pouvoir	-1,30	2,89	-1,89	4,78	0,35	ns

*p<0,05

Tableau 3.9 Effet du genre de l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par le parent

	Filles		Garçons		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,29)	
Comportements sexuels inappropriés	1,45	3,91	2,61	3,22	0,75	ns
Symptômes de stress post-traumatique	4,64	12,85	3,95	18,42	0,09	ns
Hyperréactivité physiologique	1,23	4,35	2,00	4,86	-0,35	ns
Évitement	1,83	3,61	-0,65	4,69	1,11	ns
Réexpérimentation	1,49	6,12	1,42	8,61	0,20	ns
Symptômes de dissociation	1,82	3,57	1,08	5,11	0,34	ns
Troubles de comportements	4,33	7,63	3,50	6,38	0,28	ns
Intériorisés	5,58	10,80	1,67	7,00	1,09	ns
Anxiété	3,92	9,46	-0,17	6,62	1,23	ns
Dépression/retrait	3,88	8,15	-1,17	4,67	1,99	ns
Somatisation	2,92	7,64	1,33	7,28	0,47	ns
Extériorisés	3,46	8,05	3,83	6,34	-0,12	ns
Agressivité	3,67	7,91	5,17	9,06	-0,37	ns
Délinquance	3,88	6,68	3,33	9,61	0,13	ns
Difficultés relationnelles	4,63	7,87	1,17	4,96	1,34	ns
Troubles de la pensée	3,46	7,38	4,17	9,66	-0,17	ns
Troubles de l'attention	2,54	5,60	2,33	9,00	0,07	ns

Tableau 3.10 Effet du lien entre l'agresseur et l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées par l'enfant

	Extrafamilial		Intrafamilial		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,42)	
Connaissances en matière d'agressions sexuelles	-1,35	1,84	-1,04	1,61	-0,58	ns
Estime de soi	-2,76	4,15	-2,38	5,10	-0,26	ns
Symptômes d'anxiété	1,00	3,23	0,73	2,75	0,29	ns
Symptômes de dépression	0,90	3,23	1,74	2,38	-0,96	ns
Symptômes de stress post-traumatique	2,71	7,78	2,56	8,22	0,06	ns
Hyperréactivité physiologique	0,90	2,83	1,36	3,10	-0,51	ns
Évitement	0,19	2,79	0,38	3,81	-0,18	ns
Réexpérimentation	1,68	4,34	0,82	3,19	0,72	ns
Culpabilité	0,22	1,00	0,88	1,57	-1,65	ns
Sentiment de pouvoir	-1,16	3,32	-1,66	3,40	0,48	ns

Tableau 3.11 Effet du lien entre l'agresseur et l'enfant sur les gains moyens aux mesures complétées le parent

	Extrafamilial		Intrafamilial		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,29)	
Comportements sexuels inappropriés	2,29	4,26	0,99	3,11	0,97	ns
Symptômes de stress post-traumatique	7,74	12,01	0,51	15,25	1,40	ns
Hyperréactivité physiologique	1,63	4,66	1,11	4,17	0,31	ns
Évitement	2,25	2,63	0,38	4,81	1,30	ns
Réexpérimentation	3,27	6,15	-0,73	6,54	1,68	ns
Symptômes de dissociation	2,11	3,85	1,18	3,90	0,66	ns
Troubles de comportements	4,75	6,80	3,50	8,05	0,46	ns
Intériorisés	5,19	9,43	4,38	11,30	0,22	ns
Anxiété	3,25	8,34	2,93	10,06	0,09	ns
Dépression/retrait	2,50	7,53	3,29	8,33	-0,27	ns
Somatisation	3,31	6,10	1,79	8,96	0,54	ns
Extériorisés	4,25	6,94	2,71	8,55	0,54	ns
Agressivité	5,31	8,63	2,43	7,23	1,00	ns
Délinquance	3,81	8,10	3,71	6,22	0,04	ns
Difficultés relationnelles	4,50	7,11	3,29	8,01	0,44	ns
Troubles de la pensée	5,06	7,73	1,93	7,61	1,12	ns
Troubles de l'attention	3,13	6,69	1,79	5,83	0,59	ns

Tableau 3.12 Effet du groupe d'âge sur les gains moyens aux mesures complétées par l'enfant

	6 à 8 ans		9 à 13 ans		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,42)	
Connaissances en matière d'agressions sexuelles	-1,42	1,74	-0,95	1,68	-0,91	ns
Estime de soi	-2,79	5,18	-2,39	4,16	-0,26	ns
Symptômes d'anxiété	1,37	2,85	0,41	3,02	1,05	ns
Symptômes de dépression	1,90	2,26	0,82	3,20	1,28	ns
Symptômes de stress post-traumatique	2,21	8,16	2,99	7,89	-0,31	ns
Hyperréactivité physiologique	0,95	2,68	1,32	3,23	-0,40	ns
Évitement	0,37	3,70	0,22	3,07	0,14	ns
Réexpérimentation	0,98	2,87	1,45	4,47	-0,42	ns
Culpabilité	0,57	1,35	0,56	1,39	0,01	ns
Sentiment de pouvoir	-1,21	3,47	-1,62	3,28	0,39	ns

Tableau 3.13 Effet du groupe d'âge sur les gains moyens aux mesures complétées par le parent

	6 à 8 ans		9 à 13 ans		Effet	
	M	ET	M	ET	t _(1,29)	
Comportements sexuels inappropriés	2,48	3,86	0,99	3,65	1,08	ns
Symptômes de stress post-traumatique	5,64	13,19	3,43	14,72	0,43	ns
Hyperréactivité physiologique	1,86	3,84	0,97	4,92	0,55	ns
Évitement	1,40	4,13	1,37	3,73	0,03	ns
Réexpérimentation	2,23	6,36	0,78	6,84	0,59	ns
Symptômes de dissociation	1,82	4,15	1,55	3,67	0,19	ns
Troubles de comportements	3,57	8,11	4,69	6,74	-0,41	ns
Intériorisés	4,21	11,98	5,31	8,67	-0,28	ns
Anxiété	2,79	9,94	3,38	8,45	-0,17	ns
Dépression/retrait	2,00	8,83	3,62	6,94	-0,56	ns
Somatisation	3,71	7,59	1,63	7,47	0,76	ns
Extériorisés	4,21	6,92	2,94	8,39	0,46	ns
Agressivité	5,71	8,47	2,44	7,51	1,11	ns
Délinquance	3,86	7,46	3,69	7,14	0,06	ns
Difficultés relationnelles	5,21	8,69	2,81	6,21	0,86	ns
Troubles de la pensée	4,57	8,92	2,75	6,66	0,63	ns
Troubles de l'attention	3,50	7,63	1,63	4,79	0,79	ns

3.3 Discussion

L'objectif de la présente étude visait à analyser les effets d'une intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agression sexuelle. Les données recueillies documentent d'abord le profil des enfants du groupe expérimental. Ces enfants, une majorité de filles, qui ont une moyenne de 8,9 ans, ont le plus souvent vécu une agression intrafamiliale, presque toujours par un homme, adulte. Ils ont le plus souvent subi une agression impliquant des attouchements sans pénétration. Finalement, la fréquence des agressions subies se distribue uniformément entre des enfants qui ont vécu un seul épisode d'agression, quelques épisodes ou des agressions répétées sur une période de six mois ou plus.

Les analyses effectuées mettent en évidence l'efficacité de l'intervention de groupe pour

ce qui est d'augmenter l'estime de soi des enfants et de réduire la fréquence des comportements sexualisés. En effet, pour les deux indicateurs, les enfants du groupe expérimental s'améliorent significativement plus que les enfants n'ayant pas reçu de services. Ces résultats sont comparables à ceux de Perez (1987) qui note des améliorations significatives de l'estime de soi des enfants (n = 39) ayant participé à la thérapie (de groupe ou individuelle) de 12 rencontres alors que les enfants du groupe témoin (n = 16) ne présentaient aucune amélioration sur cet aspect. Selon cet auteur, la thérapie permet de développer d'une meilleure estime de soi.

Certains éléments de l'approche de groupe du CIASF visent spécifiquement la consolidation de l'estime de soi. Deux activités spécifiques sollicitaient la participation du parent. Lors de la première activité, le parent est invité à nommer un geste ou une action positive que l'enfant aurait démontré au courant de la semaine; dans la deuxième, le parent est invité à passer du temps de qualité avec son enfant lors d'un jeu libre au choix de l'enfant. À la lumière des résultats obtenus dans cette évaluation du programme d'intervention, cela suggère que l'implication des parents aux activités des enfants a eu un effet direct sur les changements positifs observés pour le groupe expérimental.

Nos résultats indiquent également une réduction significative des comportements sexualisés. Plusieurs études ont documenté la présence de comportements sexualisés chez les enfants victimes d'AS (Deblinger et Helfin, 1996; Friedrich et al., 1992) et certains auteurs mentionnent la nécessité d'intervenir pour réduire la fréquence et la sévérité de ces comportements (Chaffin, Berliner, Block, Cavanagh Johnson, Friedrich, Garza Louis, Lyon, Page, Prescott et Silovsky, 2006; Friedrich, 2002). Les données de la présente étude sont aussi similaires à ceux obtenus par Stauffer et Deblinger (1996) qui ont remarqué que les enfants ayant reçu la thérapie de groupe voient la fréquence de leurs comportements sexualisés diminuer. Ces auteurs expliquent que les parents ont développé des moyens d'aborder et d'encadrer ces comportements inappropriés avec leurs enfants. De plus, les comportements sexuels pouvant être la manifestation externe d'intrusions cognitives liées au trauma, le fait d'aborder les agressions sexuelles et d'apprendre à gérer les flash-back permettraient la réduction du besoin impulsif de passage à l'acte sexualisé.

Dans l'intervention de groupe du CIASF, parents et enfants étaient réunis afin de discuter de la sexualité à l'aide d'un livre d'exercices. Il est donc possible de croire que la participation du parent pour cette deuxième activité a également eu un rôle à jouer dans la disparition des comportements sexuels problématiques.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude démontrent que les deux groupes de participants s'améliorent avec le temps sur certains aspects. Ces résultats rejoignent ceux des études de Doyon (1990), Gilbert (1990) et Hyde et ses collègues (1995) qui ont démontré que les interventions offertes en milieu naturel aux enfants ne recevant pas le traitement de groupe procurent des bénéfices comparables au niveau de la réduction de l'anxiété, de la dépression et des troubles de comportement.

Monck et ses collègues (1994) ont mené une étude où les effets d'une thérapie de groupe ont été comparés aux effets d'un service habituellement rendu aux familles d'enfants ayant vécu une agression sexuelle. Ces auteurs ont aussi trouvé peu de différences entre les deux groupes à l'étude et ont émis l'hypothèse que des changements quant à la compréhension de l'enfant envers son agression sexuelle ont été faits mais que ces changements sont difficilement quantifiables avec les outils de mesures disponibles.

Une des hypothèses pouvant expliquer l'absence de différence significative sur une majorité de variables dans cette étude est à l'effet qu'une majorité des enfants du groupe témoin ont reçu des services thérapeutiques préalables à la passation du premier questionnaire ou entre les deux temps de mesure. Ces services avaient comme objectifs d'aider les enfants au niveau de leur adaptation dans différents milieux et d'atténuer leurs symptômes. Cette situation ne semble pas unique à notre étude puisque Gilbert (1990) rapportait également que les enfants de son groupe comparatif avaient été référés à d'autres formes de service.

De plus, les enfants du GT ont été sollicités par le biais de leur intervenant des Centre Jeunesse (CJ). Parmi les familles pouvant potentiellement participer à la recherche, 17 n'ont pu être rencontrées. Neuf parents ont refusé. Huit autres familles se trouvaient en situation de

crise lors du recrutement et comme la participation des familles est volontaire, les intervenants ont préféré ne pas solliciter ces familles. Ceci a pu introduire un biais important. Ainsi, il est possible que le peu de différences décelées entre les deux groupes résultent du fait que seulement les enfants démontrant moins de détresse et ayant en quelque sorte traversé la phase de symptômes aigus aient été sélectionnés par les intervenants. Une autre hypothèse pouvant être avancée est à l'effet que les familles composant le GT présentaient une motivation plus grande à vouloir changer. Également, avec le consentement des parents, un rapport sommaire d'évaluation de l'enfant était remis aux intervenants. Il est possible que les familles se soient décrites positivement dans l'espoir de voir leur dossier clos au CJ.

Par ailleurs, une autre hypothèse serait à l'effet que le traitement, tel que dispensé, n'est peut-être pas suffisamment efficace pour se différencier des services reçus par les enfants pris en charge par les Centre Jeunesse lorsque certains indicateurs sont considérés. Force est de constater que les deux formes d'aide doivent avoir leurs points forts respectifs permettant de répondre, en partie du moins, aux besoins des enfants en détresse.

Concernant les analyses complémentaires réalisées, plusieurs interprétations peuvent être avancées pour expliquer les résultats obtenus. Tout d'abord, pour ce qui est de l'analyse des effets cliniquement significatifs, il semble que, pour plusieurs variables (dissociation, somatisation, difficultés relationnelles et troubles de la pensée), aucun enfant du groupe témoin ne présente de seuil cliniquement significatif. Ceci semble aller dans le sens des interprétations amenées à l'effet que les enfants du groupe témoin ont également reçu des services qui ont permis d'alléger leur symptomatologie. Par ailleurs, la proportion d'enfant affichant un seuil clinique au post-test est moindre que celle affichant un seuil clinique au prétest pour les enfants du groupe expérimental sur les variables de trouble de comportement extériorisés et de trouble de la pensée; alors que les proportions sont similaires à travers les deux temps de mesure pour les enfants du groupe témoin. Ainsi, il est possible que, par les activités d'exposition aux souvenirs de leur agression, les enfants du groupe expérimental aient appris à gérer leur inconfort et qu'ils arrivent à restreindre leur fuite dans leurs pensées. Il apparaît par ailleurs que l'intervention de groupe est associée à une diminution significative du taux d'enfants affichant des troubles extériorisés atteignant le seuil clinique.

Pour les résultats obtenus au niveau des analyses exploratoires du maintien des acquis thérapeutiques, il est fort possible que les familles ayant accepté de participer au suivi post-traitement présentent des profils différents au niveau, entre autres, de la cohésion dans la famille, de l'importance attribuée au traitement et du niveau de motivation à poursuivre leur implication dans le projet de recherche. Ces caractéristiques pourraient être liées à un soutien plus important à l'enfant et donc de permettre que les bénéfices thérapeutiques se maintiennent et même que certains apprentissages se manifestent de façon différée chez l'enfant. Les informations concernant la relation parent-enfant auraient avantage à être investiguées plus avant. Par ailleurs, les enfants semblent également présenter une baisse au niveau de leurs connaissances en matière d'agressions sexuelles entre le post-test et la relance. À cet effet, il est possible que, puisque le contenu sur la prévention des agressions sexuelles est présenté sous forme de visualisation de bandes vidéo, les enfants aient moins d'occasions pour mettre en pratique leurs nouvelles habiletés. Des exercices ou activités à faire en milieu familial suite à l'intervention de groupe pourraient permettre de consolider et maintenir les acquis à travers le temps.

L'analyse des variables potentiellement liées aux gains thérapeutiques n'a pas identifié d'effet distinctif du lien entre l'enfant et son agresseur quant aux gains réalisés. Par ailleurs les données ne révèlent pas de gains différentiels liés au genre ni au groupe d'âge des participants. Ces résultats corroborent ceux obtenus par Perez (1987) qui a aussi constaté que l'âge des participants, leur genre ou le lien qu'ils ont avec leur agresseur ne semble pas avoir d'effet sur l'ampleur des changements observés en thérapie. Dans son évaluation de programme, Hsu (2003) n'a également pas trouvé de lien entre l'âge des participants, leur relation avec leur agresseur ou la sévérité de leur agression et les gains réalisés en thérapie. L'intervention de groupe offerte au CIASF semble donc s'appliquer tant aux enfants victimes d'AS intrafamiliale qu'extrafamiliale et les gains observés sont similaires pour les enfants plus jeunes et les plus âgés.

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques. Premièrement, l'utilisation de plus d'une source de données a permis de mettre en évidence les perceptions différentes des parents et des enfants quant à la symptomatologie des enfants. Les intervenants ont aussi été

invités à remplir des mesures quant à la standardisation du traitement, la présence des enfants ainsi que des données socio-démographiques concernant la situation d'AS vécue par l'enfant. Afin de dresser un portrait clinique plus étoffé, il aurait été intéressant que la perception de l'intervenant quant à la symptomatologie de l'enfant soit recueillie. Les études futures devront aussi obtenir, si possible, des informations auprès de l'enseignant et du pédiatre de l'enfant.

Deuxièmement, des questionnaires validés fiables et susceptibles de détecter des changements dans la symptomatologie ont été administrés. Troisièmement, les interventions offertes ont été documentées dans un manuel de traitement et des supervisions hebdomadaires ont permis d'assurer l'adéquation des activités planifiées avec les objectifs thérapeutiques et les besoins spécifiques des enfants de chaque groupe.

Bien qu'ayant permis de fournir une première analyse des effets de l'intervention de groupe destinée aux enfants, cette étude évaluative comporte néanmoins certaines limites méthodologiques. Tout d'abord, le questionnaire d'informations socio-démographiques complété par le parent devrait répertorier des données quant aux services thérapeutiques reçus par l'enfant depuis le dévoilement de l'agression sexuelle (type d'intervention, intensité, objectifs de l'intervention etc.), ce qui permettrait de mieux contextualiser les résultats. Par ailleurs une évaluation des bénéfices à plus long terme devrait être menée auprès d'un échantillon plus important et inclure une relance auprès des participants du groupe témoin afin de mieux qualifier les retombées de l'intervention. Un groupe de comparaison n'ayant reçu aucune forme de traitement ou de suivi aurait été essentiel afin de déterminer les effets spécifiques et uniques de l'intervention de groupe. Toutefois, restreindre l'accès à une forme d'aide ou de soutien à des enfants qui souffrent peut apparaître une atteinte importante à l'éthique professionnelle. Pour pallier à ce besoin, certains auteurs ont choisi d'administrer deux prétests à quelques mois d'intervalle (Stauffer et Deblinger, 1996), de comparer les enfants VAS à des enfants n'ayant pas été agressés (De Luca et al., 1995), ou de comparer deux modalités de traitement (Deblinger, Stauffer et Steer, 2001).

En conclusion, malgré les limites inhérentes à ce type d'études évaluatives, la présente

étude contribue au domaine de recherche. Les résultats de cette étude ont permis de documenter le profil des enfants AS demandant à recevoir des services thérapeutiques. Les résultats révèlent un effet positif de l'intervention de groupe sur l'estime de soi et sur la fréquence des comportements sexualisés. Il est recommandé que le processus d'évaluation se poursuive afin de connaître l'impact réel de l'engagement parental sur la symptomatologie de son enfant et sur sa propre symptomatologie puisque le soutien du parent auprès de son enfant semble avoir été documenté comme un des aspects facilitant le rétablissement de l'enfant (MacMillan, 2000).

CHAPITRE IV

CONCLUSION DE LA THÈSE

Le présent projet de recherche visait deux objectifs spécifiques et complémentaires. D'une part, une recension exhaustive de la documentation scientifique a regroupé 36 études évaluatives traitant des programmes d'intervention de groupe auprès des enfants de six à douze ans ayant été victimes d'agression sexuelle afin de mieux cibler l'efficacité de ces traitements offerts. D'autre part, les effets liés à la participation à une intervention de groupe pour enfants VAS ont été explorés. Étant donné que les connaissances sur ce domaine datent de plusieurs années, une mise à jour et une synthèse des informations existantes sur l'efficacité des traitements de groupe s'avérait essentielle. De plus, l'identification des limites méthodologiques existantes dans les études antérieures ont permis de guider le développement d'un devis de recherche plus rigoureux visant l'évaluation d'un traitement offert au Québec.

Cette section présentera d'abord une comparaison entre le programme de traitement évalué et les programmes recensés dans la documentation scientifique existante pour ce qui est de la sélection des participants, de la constitution des groupes, des caractéristiques des intervenants et de l'approche thérapeutique. Puis, le modèle thérapeutique du CIASF qui a été évalué sera comparé à une approche thérapeutique reconnue comme le traitement de choix auprès des enfants agressés sexuellement. Finalement, cette section se terminera sur une discussion des forces et faiblesses du projet de recherche et l'énoncé de différentes pistes de recherches éventuelles.

4.1 Synthèse des résultats obtenus

Lors de la recension des écrits, les études évaluatives ont été repérées à partir de bases de données et sélectionnées en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion préalablement déterminés. Afin d'assurer une recension de qualité, les critères de la *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE, 2006) ont été appliqués et respectés. Cette recension a permis plusieurs constats quant à l'efficacité des traitements offerts. Tout d'abord, il semble difficile de tirer des conclusions claires puisque la comparaison des études entre elles est compliquée par leur grande variabilité. Ainsi, les caractéristiques inhérentes à la sélection des participants (procédure de recrutement, critères d'inclusion et d'exclusion), à la constitution des groupes d'enfants (âge, genre et mixité, nombre d'enfants par groupe, groupe ouvert ou fermé), aux intervenants (nombre, genre, formation) et à l'approche thérapeutique diffèrent d'une étude à l'autre. Alors que toutes ces divergences offrent un point de vue complémentaire à certains égards, les conclusions que l'on peut dresser quant à l'efficacité d'une intervention spécifique sont limitées.

Certains constats peuvent tout de même être tirés des données colligées. En ce qui a trait aux impacts sur la symptomatologie des enfants, une majorité d'études recensées rapportent des effets positifs du traitement. En effet, les troubles de comportements (intériorisés, extériorisés) et les comportements sexualisés semblent diminuer suite au traitement. Les enfants rapportent moins de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de dépression à la suite de l'intervention de groupe. Finalement, après avoir reçu le traitement, les enfants seraient également plus aptes à faire des apprentissages scolaires. Les résultats concernant le sentiment de solitude seraient plus mitigés. Aussi, les quelques auteurs ayant évalué le maintien des acquis rapportent que les changements semblent se maintenir dans le temps. Toutefois, s'il y avait une grande variabilité concernant les caractéristiques des traitements dispensés, un manque d'uniformité se révèle également dans le choix des auteurs en ce qui concerne les symptômes qui doivent être évalués et les mesures de changement utilisées.

Les études d'efficacité réalisées ne sont pas sans certaines lacunes méthodologiques. Ainsi, la plupart utilisent des échantillons de petite taille, peu d'auteurs ont considéré les

effets cliniquement significatifs comme indicateur d'efficacité, les taux d'attrition et de participation sont rarement mentionnés et des devis expérimentaux sont rarement utilisés. Dans la majorité des études, une seule personne a complété les mesures (la mère ou l'enfant). Bien que, les études actuelles permettent de croire en l'efficacité des services curatifs offerts aux enfants VAS, d'autres études auraient avantage à être menées afin de répondre aux lacunes méthodologiques identifiées et permettre des conclusions plus fiables et valides.

Dans cette optique, le deuxième volet de la thèse a permis la réalisation de l'évaluation d'une intervention de groupe auprès des enfants de six à treize ans VAS ayant fait appel aux services du *Centre d'intervention en agression sexuelle pour la famille (CIASF)*. Cette étude a comblé certaines des insuffisances méthodologiques identifiées dans la documentation scientifique. Ainsi, les résultats de 43 enfants VAS participant à une intervention de groupe ont été comparés à ceux de 14 enfants VAS recevant les services tels qu'habituellement offerts dans la communauté par les services de protection de la jeunesse. Les informations recueillies démontrent que les enfants du groupe expérimental s'améliorent significativement plus que les enfants du groupe comparatif en ce qui a trait à l'estime de soi et aux comportements sexualisés. Par ailleurs, les enfants des deux groupes évoluent de façon similaire et présentent des changements significatifs en ce qui concerne les autres variables à l'étude (troubles de comportement, anxiété, dépression, stress post-traumatique, dissociation, connaissances en matière d'agression sexuelle). Les résultats obtenus soulèvent des questionnements quant à la constitution du groupe témoin.

4.2 Position du programme de traitement du CIASF par rapport à la documentation scientifique existante

La recension des écrits, présentée au Chapitre I a permis une meilleure compréhension des modèles d'intervention ayant fait l'objet d'une évaluation empirique. Dans le mouvement actuel où le développement et l'utilisation d'interventions illustrant les meilleures pratiques est de mise, l'évaluation des services se doit de documenter la position du programme d'intervention avec les pratiques en vigueur et les interventions dites 'exemplaires'. La

prochaine section permettra de situer le programme de traitement existant dans la région de l'Outaouais québécois par rapport aux services curatifs existants tel qu'identifié dans notre recension des écrits.

4.2.1 Sélection des participants

Tout d'abord, concernant la sélection des participants, il semble que les procédures de recrutement, détaillées dans 69% des études recensées, impliquent le plus souvent des partenariats avec les Centres de protection de l'enfance. Outre l'âge et de genre de l'enfant, les critères d'exclusion les plus souvent répertoriés concernent la présence de troubles de comportements sévères ou de retard de développement chez les enfants. Le programme au CIASF se compare donc bien aux autres études évaluatives recensées quant à la sélection des enfants.

4.2.2 Caractéristiques des groupes

Un autre aspect de la thérapie de groupe concerne la constitution des groupes. Ici, le nombre d'enfants par groupe au CIASF semble similaire avec la moyenne d'enfants par groupe répertoriée dans les études évaluatives recensées. Bien que les besoins pour des services thérapeutiques soient importants, il a été constaté que les intervenants du CIASF devaient parfois attendre plusieurs mois avant d'avoir assez d'enfants pour constituer un groupe homogène (ratio garçons/filles pour les groupes plus jeunes, caractéristiques des agressions vécues, type de famille, etc.). Le format de groupe s'avère donc, occasionnellement, un obstacle par rapport à un format individuel dans le contexte où certains enfants se retrouvent en attente d'un traitement.

La pertinence de l'homogénéité des groupes a souvent été mentionnée dans la documentation scientifique. Feeny, Foa, Treadwell et March (2004) mentionnaient l'importance de considérer les facteurs développementaux qui peuvent influencer l'efficacité

du traitement (le niveau de langage, les capacités d'abstraction, le développement cognitif). La répartition des enfants en des groupes distincts selon leur âge est essentielle afin de respecter le niveau de développement des enfants et la cohésion des membres du groupe (Uppcr et Ross, 1985) et a été considérée dans une majorité d'études évaluatives. Très peu de programmes évalués ont des groupes d'enfants ayant plus de six ans de différence (Ancha, 2004; Doyon, 1990; Friedrich, Luecke, Beilke, et Place, 1992); la majorité des études évaluatives recensées (60,8%) regroupant des enfants ayant un maximum de quatre ans d'écart. Par ailleurs, aucun auteur ne fait état de l'écart d'âge optimum et un seul auteur rapporte des données distinctes selon les groupes (Smyth, 1992). Dans l'étude évaluative au CIASF, des analyses statistiques ont été menées afin de comparer les résultats au prétest et au post-test selon l'âge des enfants (6 à 8 ans vs 9 à 12 ans). Aucune différence significative n'a été notée entre les enfants des deux groupes d'âges.

La mixité des groupes a été aussi considérée par le CIASF et dans la documentation scientifique. Plusieurs auteurs rapportent l'importance de réunir les enfants selon leur genre (Shechtman et Gluk, 2005), surtout pour les enfants plus vieux (d'âge scolaire) qui semblent aborder davantage des enjeux entourant la sexualité, enjeux apparemment plus faciles à discuter entre filles ou entre garçons. Au CIASF, garçons et filles sont vus ensemble dans les groupes de six à huit ans. Cet aspect semble distinguer le CIASF de la majorité des études où les garçons et filles d'âge préscolaire sont réunis mais vus séparément dès l'âge de 7 ans. Bien que le devis expérimental ne permette pas de répondre à cette question, il aurait été intéressant d'adresser les effets thérapeutiques distincts pour les enfants de six à huit lorsque les garçons et les filles sont vus en groupe unisexe ou lorsqu'ils sont vus en groupe mixte.

Finalement, les groupes d'enfants en thérapie peuvent être ouverts ou fermés. Par groupe ouvert, on entend un groupe dans lequel certains membres peuvent se joindre ou quitter le groupe selon l'atteinte de leurs objectifs personnels ou selon leur cheminement dans le groupe (Mackenzie, 1996). À l'opposé, les groupes fermés sont rigides sur la venue de nouveaux membres et impliquent que tous débutent et terminent le processus thérapeutique ensemble. Dans un format de groupe fermé, chaque membre du groupe traverse les stades (commencement, engagement, différenciation, conflits, travail intra et interpersonnel,

consolidation des acquis, fin du groupe) ensemble. La modalité à privilégier en thérapie de groupe ne semble pas faire consensus. Les auteurs sont parfois en faveur des groupes fermés (Mackenzie, 1996) et d'autres fois en faveur des groupes ouverts (Chapelier, 2000; Ganzarain, 1989). Parmi les études évaluatives recensées, 58,3 % évaluaient des groupes fermés. Ainsi, l'intervention de groupe offerte au CIASF ressemble à celle offerte par la majorité des études en ce qui a trait à la modalité 'groupe fermé'. Par ailleurs, une comparaison des deux modalités chez les adolescents AS n'indiquait pas d'effets différentiels (Tourigny et Hébert, 2007).

4.2.3 Caractéristiques des intervenants

Pour ce qui est du nombre d'intervenants par groupe, une majorité d'auteurs suggèrent qu'ils soient au nombre de deux. Le genre des intervenants ne fait pas consensus. Alors que certains préconisent un milieu unisexe féminin, d'autres suggèrent que la présence d'un homme permet aux enfants de côtoyer un modèle masculin approprié (Bentovim, Hyde et Elton, 1994; Théoret, Bourdon, et Ouellette, 1990). Au CIASF, les groupes ayant fait l'objet d'évaluation étaient dirigés par deux intervenantes de genre féminin; ce qui situe le programme évalué au niveau de ce qui a été recensés dans la documentation scientifique.

4.2.4 Caractéristiques de l'approche

Les objectifs thérapeutiques les plus souvent rapportés dans la documentation scientifique ciblent : a) la réduction de la honte et de la culpabilité; b) l'amélioration de l'estime de soi; c) la réduction des risques de revictimisation; et d) le développement d'une sexualité saine et normale (Berliner et Kolko, 2000; Finkelhor et Berliner, 1995). Le CIASF ne fait pas exception quant à ses thèmes et met également l'accent sur l'amélioration de la relation parent-enfant. Deblinger et Helfin (1996) rapportent que l'intervention auprès des parents non-agresseur est essentielle et liée à davantage de gains sur le plan des troubles de comportement chez l'enfant.

La recension réalisée révèle que l'approche théorique encadrant les interventions dispensées est souvent mal définie. Soixante-un pourcent (61%) des études évaluatives recensées n'exposent pas l'approche théorique utilisée. De plus, les interventions d'approche psychodynamique ont moins souvent fait l'objet de recherches évaluatives comparativement aux interventions d'approche cognitive-comportementale (Tremblay, Hébert et Simoneau, 2004). Ainsi, une apparente prédominance d'efficacité des interventions cognitive-comportementale ressort de la documentation scientifique. L'approche dite 'intégrée' ou 'éclectique' serait aussi largement rapportée dans les études. Par cette approche on entend un mariage de plusieurs éléments thérapeutiques en provenance de plusieurs cadres théoriques. L'approche théorique utilisée au CIASF s'apparente à un modèle intégré; les activités thérapeutiques ayant été développées en fonction des objectifs thérapeutiques et de l'étiologie perçue sur les troubles présentés par les enfants.

O'Donohue et Elliott (1992) expliquent que les modèles de traitement auraient avantage à être mieux définis afin que les études d'efficacité puissent être répétées ou afin que les traitements puissent être utilisés par les milieux de pratique. Becker, Alpert, Bigfoot, Bonner, Geddie, Henggeler, Kaufman et Walker (1995) appuient cette idée en indiquant que les études évaluatives devraient toutes pouvoir offrir un manuel de traitement afin de valider l'intégrité des traitements dispensés. À cet effet, seulement 36% des études recensées indiquent la présence d'un manuel de traitement. Au CIASF, ce manuel a été mis sur pied lors de l'implantation du processus d'évaluation afin de favoriser plus d'homogénéité d'un groupe de thérapie à l'autre (Simoneau, 2002). Les résultats de cette étude évaluative révèlent que, selon une grille d'observation complétée par l'intervenante du groupe, plus de 75% du contenu prévu a été dispensé aux enfants.

4.3 Comparaison du modèle thérapeutique au CIASF avec la TF-CBT

Les lignes directrices en matière d'interventions thérapeutiques auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles développées par Saunders, Berliner et Hanson (2004) ont

permis de mettre en lumière un ensemble d'approches au traitement. Ces lignes directrices ont l'avantage d'offrir au clinicien qui y recourt les références nécessaires pour obtenir de l'information sur les programmes d'interventions et les études évaluatives ayant été réalisées sur ces programmes. D'après les critères d'évaluation des interventions thérapeutiques formulés par Saunders et ses collègues (2004), un seul modèle de traitement a été reconnu auprès des enfants victimes d'agression sexuelle comme recevant la cote 1 (intervention efficace et bien documentée) : la *Trauma-Focussed Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)* (Cohen et Mannarino, 1998; Deblinger, McLeer et Henry, 1990; Deblinger, Steer et Lippmann, 1999). Ce modèle de traitement ayant été reconnu comme le plus efficace et le plus prometteur, il paraît pertinent de le comparer aux services curatifs offerts au CIASF afin d'en dégager les points de similitudes. Depuis 2004, ce modèle d'intervention a été adopté par différents milieux de pratique. La version originale de ce modèle de traitement développée par le Dre Deblinger, mise en place au NJCARES Institute (Stratford, New Jersey, États-Unis), sera comparée au programme d'intervention du CIASF.

4.3.1 Description de la TF-CBT

Le traitement TF-CBT peut être offert dans la modalité de groupe ou individuelle. L'intervention auprès de l'enfant consiste en une variété de méthodes d'intervention cognitive-comportementales incluant l'identification et l'expression des émotions, l'identification des pensées, l'exposition graduée, le modeling, l'éducation sur la sexualité et les agressions sexuelles, le développement des stratégies d'adaptation et des habiletés de protection de soi. Il consiste en douze rencontres thérapeutiques de 120 minutes. Dans la version de groupe au *NJCares Institute*, il est préconisé que les parents et enfants soient vus simultanément dans deux groupes distincts. Des activités conjointes sont prévues dès la première rencontre.

En tant que pierre angulaire de ce traitement, l'exposition graduée permet d'aider l'enfant agressé sexuellement à défaire les associations forgées entre l'anxiété (ou la honte) et les pensées, les souvenirs, les discussions liées à l'agression sexuelle. Ce lien est souvent

maintenu par l'adulte significatif pour l'enfant qui tente de minimiser la souffrance de ce dernier ou qui tente de le protéger des stimuli ou des discussions éveillant la détresse de l'enfant. Ces adultes renforcent par inadvertance l'association signalant que l'agression sexuelle est trop troublante pour être confrontée et discutée ouvertement.

Dans le contexte sécurisant de l'environnement thérapeutique, cette intervention expose, graduellement, mais de façon répétitive, l'enfant aux stimuli jusqu'à ce que l'anxiété de l'enfant diminue. L'exposition répétée facilite le processus d'habituation et une réponse de calme peut maintenant être associée aux stimuli préalablement anxiogènes. La réduction de cette peur ou de cette anxiété permet ainsi à l'enfant de gérer ses pensées, émotions et croyances reliées à son expérience d'agression sexuelle.

Ce traitement inclut également des interventions auprès du parent non-agresseur (tuteur ou gardien légal) de l'enfant. Pendant ces rencontres, le thérapeute enseigne au parent des habiletés lui permettant de répondre de manière appropriée aux comportements et difficultés de son enfant, par l'utilisation de modeling, d'exposition graduée, d'enseignement d'habiletés de prévention des agressions et d'habiletés parentales. Les parents apprennent à analyser leurs interactions avec leur enfant et à identifier les situations dans lesquelles ils ont pu, par inadvertance, favoriser le maintien des symptômes ou comportements de l'enfant. Les rencontres conjointes ont pour but de favoriser le développement de la communication entre le parent et l'enfant. Elles permettent à l'enfant de généraliser ses acquis en dehors du contexte thérapeutique et au parent d'offrir à son enfant le soutien dont il a (et aura) besoin (tout au long de la thérapie et lorsque celle-ci sera terminée).

4.3.2 Similitudes et différences

La thérapie de groupe offerte au CIASF se compare à la TF-CBT en ce qui concerne les variables liées au groupe des enfants (répartition selon l'âge, nombre d'enfants par groupe, groupe fermé). Le nombre d'heures et de rencontres de thérapie est aussi comparable. Les objectifs thérapeutiques de même que les techniques thérapeutiques se ressemblent

également. Les activités thérapeutiques abordent directement le trauma de l'enfant. Au CIASF, tout comme dans le traitement annoncé par Deblinger et Helfin (1996), un lien étroit est établi entre les intervenants et les Centres de la protection des enfants et les intervenants sont disponibles aux familles entre les rencontres. D'ailleurs, lorsqu'un enfant ne peut être présent à une rencontre de groupe, une rencontre individuelle est planifiée avec celui-ci afin que le contenu soit revu avec lui.

Berliner et Kolko (2000) indiquent que les caractéristiques suivantes identifient les traitements solides et efficaces : a) de l'éducation sur la nature des agressions sexuelles, le cycle de victimisation, l'identité de l'agresseur; b) de l'exposition graduée relative à l'événement traumatique; c) l'enseignement de techniques de relaxation; d) de la restructuration cognitive des pensées erronées; et e) l'enseignement d'habiletés parentales pour la gestion des comportements inappropriés des enfants (Berliner et Kolko, 2000; Finkelhor et Berliner, 1995). Les deux modèles de traitement ici comparés répondent tous deux à ces critères à l'exception des habiletés de relaxation qui ne sont pas enseignés aux enfants ayant reçu les services du CIASF. De plus, les interventions dispensées au CIASF semblent être moins intenses et moins personnalisées au niveau de l'exposition graduée des enfants à leur événement traumatique. Au-delà des points de similitudes, d'autres différences sont notées entre les deux formes de traitement en ce qui concerne le type d'activités thérapeutiques prédominantes et le rôle des parents dans la thérapie.

4.3.2.1 Type d'activités thérapeutiques

L'observation de matériel vidéo par l'enfant sur la prévention des agressions sexuelles et le développement d'habiletés de protection de soi occupe une très grande partie du temps total d'intervention au CIASF alors qu'aucun matériel vidéo n'est utilisé dans la TF-CBT. Dans la TF-CBT, les activités centrales se basent sur des jeux de rôle où la participation active de l'enfant est encouragée.

L'expression de soi par l'art plastique est une autre partie importante de la thérapie au CIASF. Cette période de thérapie non-directive a le potentiel de laisser émerger des enjeux chez les enfants. Au CIASF, l'art permet la construction de marionnettes et d'un masque mais aussi d'autoportrait sur différents thèmes. L'art est aussi utilisé dans la TF-CBT mais surtout en lien avec les agressions sexuelles comme complément à un récit narratif que l'enfant ferait de son agression.

La gradation des activités thérapeutiques est aussi différente entre le matériel présenté au CIASF et celui de la TF-CBT. Tout d'abord, au CIASF, les activités de prévention des AS sont introduites dès le début de la thérapie. La TF-CBT avance que le matériel introduit trop tôt a le potentiel de créer davantage de culpabilité chez l'enfant alors qu'il est mis au devant de chose qu'il aurait pu/dû faire pour se protéger. Selon cette approche, il est possible que cela résulte en une diminution de la motivation de l'enfant à dévoiler ses cognitions et ce qui l'a rendu vulnérable à être agressé sexuellement.

4.3.2.2 Rôle des parents

Tout d'abord, l'inclusion des parents dans les groupes d'enfants au CIASF se fait pendant les toutes premières rencontres alors que dans la TF-CBT, les rencontres conjointes se tiennent à la toute fin du processus thérapeutique. Au CIASF, le rationnel est que les enfants sont plus en confiance de parler lorsque leur parent est absent, mais qu'ils ont aussi besoin de leur parent dans les premières rencontres afin de développer une forme de confiance envers les membres du groupe et les intervenantes. Au CIASF, le parent est activement impliqué dans deux activités importantes avec son enfant : a) une activité de discussion entre parent et enfant sur la saine sexualité et b) une période de jeu 'un à un' entre le parent et son enfant. Pendant ces deux activités, les dyades parent-enfant se réunissent dans des pièces séparées. L'absence de l'intervenant lors de ces discussions parents-enfants est une différence marquante entre le CIASF et l'approche TF-CBT utilisée au *NJCARES Institute*.

Dans la TF-CBT, il est énoncé que l'enfant doit effectivement apprendre à parler à son parent mais qu'il a besoin de s'y préparer avant d'être en groupe avec lui. Par ailleurs, très rapidement dans le processus thérapeutique TF-CBT, parents et enfants seront amenés à échanger des compliments à la fin des rencontres. Ce moment d'échanges affectueux vise, entre autres, à rapprocher parent et enfant et à apprendre à l'enfant à dire quelque chose à son parent (ce processus se transformera graduellement en verbalisations de l'enfant à son parent à propos de son expérience d'agression sexuelle alors que le parent pratiquera des habiletés d'écoute active qu'il aura apprises en thérapie). Dans les deux formes de thérapie, des renforcements positifs sont offerts à l'enfant par son parent. La différence principale entre les deux approches thérapeutiques est que dans la TF-CBT, telle qu'appliquée aux États-Unis, le parent a pratiqué, en groupe de parent, à dire son renforcement verbal afin qu'il soit exempt de jugement ou d'ironie. Cette pratique permet d'assurer un maximum de réussite pour le parent et permet que l'enfant reçoive un renforcement qui soit purement positif et donc beaucoup plus efficace.

Dans les premières rencontres au CIASF, les enfants écoutent des films et discutent en groupe du contenu du film alors que les parents sont assis en retrait et observent. De cette façon, les parents ont la chance d'écouter les questionnements et les croyances de leur enfant et, en même temps, de voir un modèle d'adulte recevant et répondant aux interrogations des enfants. Dans la TF-CBT, le processus de verbalisations aux parents se fait graduellement et les discussions entourant l'agression se font avec la participation du parent qui a eu la chance de pratiquer en thérapie de groupe de parents comment répondre à son enfant.

La participation du parent à une thérapie de groupe est un autre aspect qui distingue l'approche TF-CBT implantée au *NJCares Institute* du programme d'intervention au CIASF. Les parents recevant les services du CIASF ne sont pas vus en thérapie de groupe. Des rencontres de groupe de soutien sont offertes aux parents qui en ressentent le besoin mais leur participation n'est pas mandatée. Si des rencontres de groupes pour les parents étaient offertes au CIASF, simultanément aux rencontres pour enfants, plusieurs avantages pourraient être retirés par les parents. Tout d'abord, les rencontres pourraient permettre une meilleure compréhension de la situation vécue et du processus thérapeutique de leur enfant.

Elles permettraient également de généraliser à la maison des habiletés travaillées avec l'enfant en thérapie et de développer, pour le parent, un ensemble de nouvelles habiletés dans la gestion des comportements inappropriés de son enfant.

La documentation scientifique nous indique largement que le soutien du parent suite au dévoilement de l'agression sexuelle constitue une aide directe pour l'enfant et semble être un facteur important de résilience (Deblinger et Helfin 1996; Saywitz, Mannarino, Berliner et Cohen, 1994; Stevenson, 1999). La crise liée au dévoilement entraîne souvent une détresse significative chez le parent et peut avoir un impact sur la relation qu'il entretient avec son enfant et sur sa capacité à le soutenir (Deblinger, Stauffer et Steer, 2001). Parmi les études recensées, 71% mentionnaient que la participation du parent était requise ou fortement suggérée. Le parent étant une source de soutien importante pour l'enfant, plusieurs auteurs s'entendent à dire que son inclusion dans le travail thérapeutique améliore l'efficacité à court et à long terme des traitements dispensés (Corcoran et Pillai, 2008; Darveau-Fournier, Lindsay, Tessier et Beaudoin, 1993; MacMillan, 2000). De fait, Avery, Massat et Lundy (1998) suggèrent même que la perception qu'a l'enfant du soutien offert par son parent non-abuseur serait très fortement liée à l'intensité de la symptomatologie de l'enfant et du parent.

À ce jour, l'ensemble de la documentation scientifique semble indiquer que le traitement des enfants ayant été agressés sexuellement est efficace (Recker, Ensing et Elliott, 1997; Simoneau, Hébert et Tourigny, 2008). Au niveau de la symptomatologie, ces interventions semblent efficaces pour réduire les troubles de comportements intériorisés et extériorisés (incluant les comportements sexuels problématiques), les symptômes d'anxiété, de stress post-traumatiques et de dépression et à augmenter les compétences scolaires (Simoneau et al., 2008). Par ailleurs, ces interventions a) sont plus efficaces lorsqu'elles sont spécifiques à l'agression sexuelle, b) réduisent davantage les symptômes de stress post-traumatique lorsque les enfants bénéficient directement du traitement (en comparaison à des interventions offertes uniquement aux parents); et c) sont plus efficaces lorsque les parents reçoivent une intervention parallèle (Berliner et Kolko, 2000; Celano, Hazzard, Webb et McCall, 1996; Finkelhor et Berliner, 1995).

4.4 Forces et limites de l'étude

La présente étude évaluative se joint à un ensemble d'études ayant déjà été publiées dans la documentation scientifique. Cette étude évaluative a permis de répondre à certaines lacunes méthodologiques en ayant, entre autres, un nombre plus élevé de participants que la majorité des études; un groupe comparatif; des questionnaires standardisés, validés et adéquats selon le niveau de développement des enfants et administrés à la mère et à l'enfant; enfin, des taux d'attrition, de participation et de revictimisation documentés. D'autres points positifs distinguent cette étude des autres études évaluatives. Les objectifs et techniques thérapeutiques sont énoncés. Malgré les forces identifiées, certaines limites ont également été décelées.

4.4.1 Échantillon

Tout d'abord, il est permis de croire que l'échantillon d'enfants obtenu est plus important que celui de la majorité des études recensées. Par contre, un plus grand nombre de participants permettrait des analyses plus détaillées, entre autres, lors de la mesure de suivi ou lors de comparaison sur des variables modératrices (âge de l'enfant, genre de l'enfant, type de famille, type d'agression et autres). Le taux d'attrition lors de la mesure de suivi est important et des incitatifs auraient avantage à être considérés afin de maintenir le contact avec ces familles une fois leur traitement terminé. Bander, Fein et Bishop (1982) rapportaient que, lors des évaluations de programmes, il est très souvent difficile d'obtenir le consentement des participants et de maintenir leur motivation à participer aux projets de recherche jusqu'à la fin de l'étude et même après, pour le suivi post-traitement. L'évaluation du programme d'intervention au CIASF s'est butée à cette réalité. Ainsi, bien que le taux d'attrition soit faible et que la participation au pré et au post-test soit assez bonne (43 familles sur une possibilité de 56), il s'est avéré difficile de revoir les familles à la fin du traitement.

Ensuite, dans la présente étude, il a été constaté que les enfants VAS du groupe témoin avaient, eux aussi, bénéficié de services thérapeutiques. Si la constitution d'un groupe

contrôle n'ayant pas reçu de traitement semblerait être la solution idéale afin de dresser des conclusions claires sur les effets du traitement, elle soulève un dilemme éthique important. Pour ce projet de recherche, l'ensemble des enfants VAS dans la région de l'Outaouais se sont vus offrir des services d'aide. Les enfants du groupe témoin, pour leur part, proviennent d'une région où la thérapie de groupe spécifique pour les enfants VAS n'était pas disponible au moment de l'étude ce qui permettait donc de répondre au besoin de la recherche sans restreindre l'accès à des services d'aide pour les enfants en besoin. Par ailleurs, cette étude nous a permis de constater que plusieurs autres services alternatifs existent et permettent de répondre, du moins en partie, à certains des besoins des enfants en souffrance. Des solutions alternatives au groupe contrôle ont déjà été proposées dans d'autres études telles l'évaluation de l'effet différentiel de deux formes de traitements, de deux approches thérapeutiques, de variables ayant un effet modérateur ou médiateur au traitement ou l'utilisation d'une liste d'attente. Les études futures devraient voir à mieux documenter les services reçus par les enfants du groupe contrôle (nombre d'heure de thérapie) afin de déterminer l'intensité du traitement reçu et son impact sur leur symptomatologie. Dans la mesure du possible, la constitution d'un groupe témoin n'ayant pas reçu de services thérapeutiques serait avantageuse.

Aussi, il est possible que les enfants du groupe expérimental aient eux aussi bénéficié de services d'aide avant, pendant ou après l'intervention de groupe reçue au CIASF. Cette information n'a pas été obtenue auprès des familles et constitue une limite importante qui incite à la modification des questionnaires d'informations socio-démographiques complétés par les parents pour les études futures.

4.4.2 Mesures

Notre étude a permis de répondre à une autre limite identifiée dans la documentation scientifique en administrant des questionnaires validés, correspondant au niveau de développement des enfants et ayant régulièrement été utilisés auprès d'échantillons d'enfants VAS. De plus, ces questionnaires ont été administrés à plus d'un répondant. Ainsi, la mère et

l'enfant ont été questionnés sur la symptomatologie de l'enfant. Par ailleurs, la présence de certains symptômes, tels la dissociation et les troubles de comportements extériorisés, aurait avantage à être abordée avec les enfants. De même, l'estime de soi, la culpabilité et le sentiment de pouvoir des enfants pourraient être investigués auprès du parent.

Les mesures utilisées pourraient également être administrées à plus d'un observateur. Par exemple, les intervenants pourraient être appelés à répondre, en plus des grilles de présence et de conformité du traitement, sur la symptomatologie de l'enfant. Comme dans d'autres études, les enseignants et les pédiatres pourraient aussi être invités à répondre (Daignault, 2008). Cette évaluation réalisée auprès de plus d'un observateur permettrait de corroborer les réponses de chacun et d'identifier le fonctionnement de l'enfant dans différentes sphères de sa vie.

L'administration du *CSBI* (Friedrich et al., 1992), une des mesures choisies et largement utilisées dans les études évaluatives recensées pour l'évaluation de la présence de comportements sexuels, est à revoir. En effet, cette mesure compile un ensemble de comportements sexuels qui sont parfois normaux et parfois inappropriés. Par ailleurs, l'utilisation qui en est régulièrement faite dans les études évaluatives consiste à compiler un score total sur cette échelle de sorte qu'il n'est plus possible de distinguer les comportements normaux de ceux qui sont anormaux. Une nouvelle cotation de cette mesure permettant de distinguer les enfants présentant des comportements sexualisés problématiques ou le développement d'une mesure spécifique à cette fin seraient pertinentes pour des études futures.

4.5 Retombées de l'étude au niveau des pratiques cliniques

Les données de la présente étude offrent plusieurs retombées au niveau des pratiques d'interventions visant à réduire les symptômes associés à l'agression sexuelle chez les jeunes enfants. Tout d'abord, certaines retombées directes et spécifiques concernant le CIASF ont été notées, et ce avant même la mise en place de la collecte de données nécessaire pour

l'étude évaluative. L'implantation de ce projet de recherche a permis de détailler le traitement offert dans un manuel de traitement disponible aux intervenants du CIASF. L'élaboration de ce manuel favorise une meilleure 'standardisation' des activités proposées et a permis de mieux documenter les différents outils utilisés. Un projet pilote réalisé auprès du CIASF avant de débiter le projet de recherche, a également favorisé une compréhension des réalités cliniques en terme d'organisation optimale de l'espace utilisé, de l'horaire et du mode d'entrée en relation avec la clientèle afin d'arrimer les réalités du milieu clinique aux défis et réalités impliqués quant à la conduite d'une étude évaluative permettant de documenter les effets de l'intervention. Cette étude a également permis la mise en place d'un protocole d'évaluation standardisé et exhaustif permettant d'obtenir un portrait des besoins de la clientèle du CIASF et par ailleurs offrant la possibilité d'adapter les objectifs d'intervention spécifiques à chaque enfant selon ses besoins propres. En outre, cette recherche étant réalisée en étroite collaboration avec le milieu, les résultats préliminaires ont été présentés aux membres du CIASF à différentes reprises au courant de la réalisation du projet de recherche, ce qui a permis une amorce de réflexion sur certaines modifications à envisager pour l'intervention de groupe à la fin du projet de recherche. D'ailleurs, l'équipe d'intervention s'est réunie suivant la cueillette de données et la diffusion des résultats afin d'identifier les changements à considérer (Joly, Simoneau, Hébert, 2005). Depuis, plusieurs modifications ont été apportées et une deuxième étude évaluative est en cours avec une nouvelle cohorte de participants. Les données suggèrent des effets probants quant à cette nouvelle version de l'intervention (Hébert et Tourigny, en préparation).

La comparaison des approches thérapeutiques (CIASF vs. TF-CBT mais également CIASF vs. l'ensemble des approches recensées dans la documentation scientifique disponible) permet par ailleurs d'énoncer certaines pistes pour optimiser les effets du programme d'intervention de groupe du CIASF. Premièrement, les données témoignent de résultats positifs quant à l'amélioration de l'estime de soi et la diminution des comportements sexuels inappropriés. Notre analyse postule que la participation des parents dans le cadre des activités de l'intervention de groupe est un élément qui favorise l'augmentation de l'estime de soi de l'enfant et la réduction des comportements sexualisés. Une option à considérer serait d'augmenter la fréquence et l'implication du parent lors des activités thérapeutiques.

Inclure un moment où parent et enfant sont invités à discuter de la situation vécue par l'enfant afin de répondre aux questions de ce dernier et ainsi de lui permettre d'aller chercher le soutien dont il a besoin auprès de son parent serait une alternative à privilégier. Cette approche aurait l'avantage de permettre une généralisation des acquis en dehors du contexte thérapeutique et, lors de la fin de la thérapie, de permettre à l'enfant de percevoir qu'un adulte significatif est disponible et en mesure de le soutenir en cas de besoin.

Par ailleurs, tel que conseillé dans le programme de la TF-CBT, le parent aurait avantage à être préparé et à pratiquer ses réponses avant de rencontrer et de discuter avec l'enfant. Une thérapie de groupe, offerte simultanément aux parents pourrait donc être envisagée. D'ailleurs, ceci permettrait d'optimiser le taux de présence aux rencontres et peut-être d'éviter certains abandons en cours de thérapie. La participation du parent dans un groupe parallèle au groupe d'enfants permettrait également d'aborder les habiletés parentales de gestion des comportements inappropriés. Deblinger, Lippman et Steer (1996) indiquaient d'ailleurs que les enfants VAS s'amélioraient davantage au niveau des comportements extériorisés lorsque les parents bénéficiaient directement de services thérapeutiques. Les rencontres spécifiques pour les parents pourraient par ailleurs aider ces derniers à surmonter l'épreuve qu'est, pour eux aussi, la victimisation de leur enfant et de prendre contact, le cas échéant, avec des enjeux qui leur sont propres, dont pour certaines mères, leur propre histoire de victimisation. Les données de recherche suggèrent que près de 50% des mères des enfants ayant dévoilé une AS ont elles mêmes été victimes d'une agression sexuelle (Hébert et al., 2007). Plusieurs auteurs (Ancha, 2004; Grosz, Kempe et Kelly, 2000; Merrick et al., 1994; Sturkie, 1994; Théoret et al., 1990) expriment d'ailleurs l'importance d'offrir des services curatifs au parent ou de l'impliquer le parent non-agresseur à la thérapie de son enfant afin de généraliser les acquis thérapeutiques en dehors du contexte du groupe.

Les données de l'étude évaluative révèlent que certains des acquis peuvent s'estomper avec le temps, notamment les connaissances liées à l'AS. Afin d'assurer que les connaissances se maintiennent dans le temps, certaines activités de pratique des habiletés de protection de soi sous forme de jeux de rôles pourraient être intégrées dans le cadre de l'intervention de groupe. D'ailleurs les données de recherches récentes indiquent que les

programmes de prévention qui intègrent des activités d'apprentissage où l'enfant est appelé à pratiquer les habiletés sont associés à des résultats plus probants (Hébert, Daigneault et Tourigny, sous presse). Suite à l'intervention de groupe des activités à faire à la maison pourraient être suggérées afin de consolider et favoriser le maintien des acquis.

4.6 Autres pistes pour les recherches futures

La recherche actuelle a comblé à la fois un vide au niveau scientifique et un besoin formulé par le milieu de pratique. Par ailleurs, d'autres avenues pourraient être considérées dans des recherches futures. Tout d'abord, le modèle thérapeutique TF-CBT pourrait être appliqué et évalué auprès d'une population québécoise. Une telle étude est présentement en cours au Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent.

D'autres interventions pourraient également faire l'objet d'évaluation. Par exemple, l'intervention auprès du parent non-agresseur pourrait être évaluée afin de mieux comprendre les besoins de cette clientèle en matière de traitement. Une avenue très peu fréquentée à ce jour consiste en l'évaluation des besoins thérapeutiques pour les membres de la fratrie des enfants VAS qui se trouvent à être des témoins secondaires de l'AS d'un membre de leur famille.

Ensuite, l'implantation réelle du traitement pourrait être mesurée à l'aide de différents outils tels des grilles d'observations complétées par les intervenants et les participants ou des enregistrements sonores ou vidéo des rencontres. Un facteur qui est rarement documenté dans la documentation scientifique concerne la cohésion de chacun des groupes de traitement et l'alliance thérapeutique établie avec l'intervenant. Ces variables pourraient être utilisées à titre de variables modératrices afin d'en vérifier l'impact sur l'efficacité thérapeutique.

Étant donné la grande diversité intra-échantillon, les études sur l'efficacité des traitements devraient évaluer l'impact des variables modératrices (Finkelhor et al., 1995; Becker et al., 1995; Saywitz et al. 2000). Thomlison (1988) mentionnait le besoin d'évaluer

les effets du traitement en fonction de la motivation des familles à participer au traitement. Ainsi, le fait que le traitement soit mandaté par les instances judiciaires ou de protection de l'enfance peut avoir un impact direct sur la participation des familles (tant au niveau de leur présence aux rencontres qu'au niveau de l'intensité de leur participation pendant ces rencontres) et sur l'impact du traitement sur la symptomatologie des enfants. Feeny et al. (2004) exprimaient aussi le besoin d'approfondir les connaissances sur les effets de la comorbidité, le fonctionnement familial et l'abandon du traitement. D'autres facteurs externes au traitement peuvent avoir un effet modérateur sur le traitement et mériteraient également d'être étudiés. Par exemple, les étapes franchies par les familles au niveau des poursuites judiciaires, des procédures de placement en famille d'accueil de même que les autres services reçus antérieurement ou en parallèle à la thérapie de groupe.

Étant donné que le phénomène des agressions sexuelles semble toujours aussi présent dans notre population et qu'un nombre important de nouvelles victimes sont répertoriées chaque année, la recherche mérite d'être poursuivie dans ce domaine. Les enfants VAS présentent des risques accrus de problèmes émotionnels, comportementaux, relationnels et sociaux. Les interventions actuellement dispensées dans les milieux cliniques sont prometteuses et semblent aider les enfants à gérer les problèmes actuels et à réduire les risques de présenter des problèmes futurs. Le développement de pratiques de pointe et l'évaluation des services permettent d'augmenter la fiabilité des services offerts.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, B. M., Jones, J. G. et Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Washington, D.C. : Author.
- Ancha, A. J. (2004). *Program evaluation of a time-limited, abused-focused treatment for child and adolescent sexual abuse victims and their families*. Point Richmond, CA : Argosy University.
- Aoto-Sullivan, S. Y. (2000). *The efficacy of short- and long-term therapy in the treatment of childhood sexual abuse: A review of the literature*. Biola University, La Mirada, CA.
- Arata, C. M. (2000). From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment. Special focus section: Repeat victimization*, 5(1), 28-38.
- Avery, L., Massat, C. R. et Lundy, M. (1998). The relationship between parent and child reports of parental supportiveness and psychopathology of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(3), 187-205.
- Bander, K. W., Fein, E. et Bishop, G. (1982). Evaluation of child-sexual-abuse programs. In S. Sgroi (Ed.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington, Massachusetts: Lexington Book.
- Bédard, C. et Berteau, G. (1995). Controverse actuelle sur l'intervention de groupe auprès des enfants abusés sexuellement : Un regard positif. *Intervention*, 101, 18-25.
- Becker, J. V., Alpert, J., L., Bigfoot, D. S., Bonner, B. L., Geddic, L. F., Henggeler, S. W., Kaufman, K. L. et Walker, C. E. (1995). Empirical research on child abuse treatment: Report by the Child Abuse & Neglect treatment working group, American Psychological Association. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(supplement), 23-46.

- Becker, J. V. et Bonner, B. (1998). Sexual and other abuse of children. IN R. J. Morris et T. R. Kratochwill (Eds). *The practice of child therapy* (3rd ed) (pp. 367-389). Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.
- Bédard, C. et Berteau, G. (1995). Controverse actuelle sur l'intervention de groupe auprès des enfants abusés sexuellement: Un regard positif. *Intervention, 101*, 18-25.
- Bentovim, A., Elburg, A. v. et Boston, P. (1988). The results of treatment. In *Child Sexual Abuse within the Family* (pp. 252-268). London, UK: Wright.
- Bentovim, A., Hyde, C. et Elton, A. (1994). The sexual abuse treatment programmes. In E. Monck, A. Bentovim, G. Goodall, C. Hyde, R. Lwin, E. Sharland et A. Elton (1994). *Child Sexual Abuse: A Descriptive and Treatment Outcome Study*. London: HMSO.
- Berliner, L. et Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In J. Briere et L. Berliner (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd Edition ed., pp. 51-71). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Berliner, L. et Kolko, D. J. (2000). What works in treatment services for abused children. In M. P. Kluger, G. Alexander et P. A. Curtis (Eds.), *What Works in Child Welfare*. Washinton, DC: CWLA Press.
- Berliner, L. et Saunders, B. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment, 1*(4), 294-309.
- Berman, P. (1990). Group therapy techniques for sexually abused preteen girls. *Child Welfare, LXIX*(3), 239-252.
- Beutler, L. E., Williams, R., E. et Zetzer, H., A. (1994). Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children, 4*(2), 156-175.
- Bohn, D. K. et Holz, K. A. (1996). Sequela of abuse: Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape. *Journal of Nurse-Midwifery, 41*(6), 442-456.
- Burke, M. M. (1988). *Short-Term Group Therapy for Sexually Abused Girls: A Learning Theory Based Treatment for Negative Affect*. Athens, Georgia : Wichita State University.
- Carozza, P. M. et Heirsteiner, C. L. (1982). Young female incest victims in treatment: Stages of growth seen with a group art therapy model. *Clinical Social Work Journal, 10*(3), 165-175.
- Cclano, M., Hazzard, A., Webb, C. et McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abuse girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*(1), 1-17.

- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Cavanagh Johnson, T., Friedrich, W.N., Garza Louis, D., Lyon, T.D., Page, J., Prescott, D. et Silovsky, J.F. (2006). *ATSA Task Force on Children with Sexual Behavior Problems*. Norman, OK : University of Oklahoma Health Science Center. Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Chapelier, J.-B. (2000). *Les psychothérapies de groupe*. Paris, France: Dunod.
- Cicchetti, D. et Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Cohen, H. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edition)*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J.A. et Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Collin-Vézina, D. et Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- Corcoran, J. et Pillai, V. (2008). A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice. Special Issue on the Florida Behavior Analysis Services Program*, 18(5), 453-464.
- Corder, B. F., Haizlip, T. et DeBoer, P. (1990). A pilot study for a structured, time-limited therapy group for sexually abused pre-adolescent children. *Child Abuse & Neglect*, 14, 243-251.
- Daignault, I. (2008). *Agression sexuelle et difficultés d'adaptation scolaire : Analyse des facteurs psycho-sociaux et identification de profils d'adaptation*. Thèse Doctorale. Montréal, Qc : Université du Québec à Montréal
- DARE (2006). Database of Abstracts of Reviews of Effects.
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>. Site consulté le 22/02/2006.
- Darveau-Fournier, L., Lindsay, J., Tessier, L. et Beaudoin, G. (1993). *Abus sexuels envers les enfants; intervention de groupe et évaluation*. Québec, Qc: École de service social, Faculté des sciences sociales.
- Davis, J. L. et Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.
- Deblinger, E. et Helfin, A. E. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents : A cognitive behavioral approach*. Thousands Oaks, CA : Sage Publications.

- Deblinger, E., Lippman, J. et Steer, R. A. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321.
- Deblinger, E., McLeer, S. V. et Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 747-752.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B. et Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- Deblinger, E., Steer, R.A. et Lippmann, J. (1999). Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- De Luca, R. V., Boyes, D. A., Grayston, A. D. et Romano, E. (1995). Sexual abuse: Effects of group therapy on pre-adolescent girls. *Child Abuse Review*, 4(4), 263-277.
- De Luca, R. V., Hazen, A. et Cutler, J. (1993). Evaluation of a group counseling program for preadolescent female victims of incest. *Elementary School Guidance and Counseling*, 28(2), 104-114.
- de Vaus, D. (2001). *Research Design in Social Sciences*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
<http://books.google.ca/books?vid=ISBN0761953477etid=aOcn7S9IMEECetpg=PR13ctlpg=PR13etdq=%22Research+design%22etsig=zjMa9u7Ns8xwGxWTf0i4TVFZ2U1cthl=fr> site consulté le 09/10/ 2006 13:01.
- Doyon, P. (1990). *Étude exploratoire de trois modalités d'intervention sur les conséquences du traumatisme*. St-Laurent, Qc : Fondation Marie-Vincent.
- Dufour, S. et Chamberland, C. (2003). *L'efficacité des interventions en protection de l'enfant: Recension des écrits*. Centre of Excellence for Child Welfare - Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants: Ottawa, Ontario, Canada.
- Dufour, M. H., Corbière, M. et Nadeau, L. (2001). Stratégies d'adaptation des victimes d'abus sexuels résilientes et toxicomanes. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(1), 149-162.
- Fantuzzo, J. W. et Twentyman, C. T. (1986). Child abuse and psychotherapy research: Merging social concerns and empirical investigation. *Professional Psychology*, 17(5), 375-380.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. et March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 466-476.

- Finkel, M. A. et Giardino, A. P. (2002). *Medical evaluation of child sexual abuse: A practical guide* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage Publication
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children*, 4, 31-53.
- Finkelhor, D. et Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408-1423.
- Frederick C., Pynoos R. et Nader K. (1992). *Childhood PTSD Reaction Index (CPTS-RI)*. Document inédit.
- Friedrich, W. N. (2002). An integrated model of psychotherapy for abused children. In J. E. B. Myers, B. Lucy, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny et T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd Edition, pp. 141-157). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Friedrich, W. N., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., Wolfe, V. et Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory : Normative and Clinical Comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L. et Place, V. (1992). Psychotherapy outcome of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 396-409
- Ganzarain, R. (1989). The "Bad Mother" group. In R. Ganzarain (Ed.), *Object relations group psychotherapy* (pp. 67-87). Madison, Connecticut: International Universities Press.
- Gilbert, C. M. (1990). *A structure group nursing intervention for girls who have been sexually abused using Roy's theory of the person as an adaptive system*. College of Nursing. Columbia, SC : University of South Carolina.
- Grammer, H. et Shannon, J. (1992). Survivor's group: Clinical intervention for the sexually abused child in treatment foster care. *Community Alternatives - International Journal of Family Care*, 4(1), 19-31.
- Grayston, A. D. et De Luca, R. V. (1995). Group therapy for boys who have experienced sexual abuse: Is it the treatment of choice? *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 5(2), 57-82.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects in intervention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 890-902.

- Grosz, C. A., Kempe, R. S. et Kelly, M. (2000). Extrafamilial sexual abuse: Treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 9-23.
- Hack, T., F., Osachuk, T. A. G. et De Luca, R. V. (1994). Group treatment for sexually abused preadolescent boys. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 217-228.
- Hall-Marley, S. E. et Damon, L. (1993). Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 3(1), 41-48.
- Harford, K. L. (2007). *Psychological consequences of child sexual abuse and the risk and protective factors influencing these consequences*. Dissertation. University of South Florida.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Haugaard, J. (2000). The Challenge of Defining Child Sexual Abuse, *American Psychologist*, 55(9), 1036-1039
- Hébert, M. (1996). *Traduction du "Self-perception for children" (Harter, 1985)*. Document inédit. Sainte-Foy, Qc : Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Hébert, M.,. (2002). *Protocole de recherche*. Montréal, Qc : Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M. et Bergeron, M. (2007). Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 37-61.
- Hébert, M. et Daignault, I. (2002). *Traduction française du "Child post-traumatic stress reaction index" de C.J. Frederick , R.S. Pynoos et K.O. Nader, (CPTS-RI; 1992)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Daigneault, I. et Tourigny, M. (sous presse). Victimization sexuelle et mesures de prévention. In M. Tardif, M. Jacob et R. Quenneville (Eds.), *La délinquance sexuelle des mineurs : Théorie, évaluation et traitement*. Édition DeBoeck.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C. et Poitras, M. (2001). Proximate effects of a child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 505-522.
- Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., McDuff, P. et Tremblay, R. E. (2008). Association of child sexual abuse and dating victimization with mental health disorder in a sample of adolescent girls. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 181-189.

- Hébert, M. et Parent, N. (1999a). *Traduction française et abrégée du "Revised children's manifest anxiety scale" de C.R. Reynolds et B.O. Richmond (RCMAS; 1978)*. Document inédit. Sainte-Foy, QC : Université Laval.
- Hébert, M. et Parent, N. (1999b). *Traduction française du "Children's impact of traumatic events scale-revised" de V. V. Wolfe, C. Gentile, T. Michienzi, et L. Sas (CITES-R; 1991)*. Document inédit. Sainte-Foy, QC : Université Laval.
- Hébert, M. et Parent, N. (2000). *Traduction française du "Child dissociative checklist" de F. Putnam, K. Helmers, et P. K. Trickett (CDC; 1993)*. Document inédit. Montréal, Qc : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V. et Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment, 11*(3), 203-216.
- Hébert, M. et Poitras, M. (1996). *Prévention de la violence envers les enfants : Élaboration d'outils d'évaluation pour le programme ESPACE*. Rapport final de recherche présenté au Fonds de services aux collectivités. Ministère de l'Enseignement Supérieur et des Sciences. Sainte-Foy, Qc : Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoic, F. et al. (2002). *Des interventions préventives et des services d'aide directe aux victimes en matière d'agression sexuelle: Description des pratiques québécoises* (Rapport de recherche). Montréal, Qc : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Hébert, M. et Tourigny, M. (en préparation). Effects of a group therapy for children reporting sexual abuse.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P et Joly, J. (sous presse). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. et Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 21*(5), 287-299.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M., Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents : An exploratory study. *Child Abuse & Neglect, 31*(2), 125-141.
- Hiebert-Murphy, D., De Luca, R. V. et Runtz, M. (1992). Group treatment for sexually abused girls: Evaluating outcome. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 205-213*.

- Hsu, E. (2003). *Parallel Group Treatment for Sexually Abused Children and their Non-Offending Parents: An Examination of Treatment Integrity and Child and Family Outcome and Satisfaction*. University of Nebraska, Lincoln, Nebraska.
- Hyde, C., Bentovim, A. et Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(11), 1387-1399.
- James, S. et Mennen, F. (2001). Treatment outcome research: How effective are treatments for abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(2), 73-95.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S. Reichelt, S. et Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413
- Joly, H., Simoneau, A.C. et Hébert, M. (2005). *Intervention de groupe auprès des enfants de six à douze ans agressés sexuellement*. Communication orale au 3e congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Gatineau (QC), Canada.
- Jones, D. P. et Ramchandani, P. (1999). *Child sexual abuse: Informing practice from research*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer-Williams, L. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kitchur, M. et Bell, R. (1989). Group psychotherapy with preadolescent sexual abuse victims: Literature review and description of an inner-city group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39(3), 285-310.
- Kovacs, M. (1985). The Children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-1124.
- Lomonaco, S., Scheidlinger, S. et Aronson, S. (2000). Five decades of children's group treatment—an overview. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(2), 77-96.
- Mackenzie, K. R. (1996). Time-limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46 (1). 41-60.
- MacMillan, H. (2000). Child maltreatment: What we know in the year 2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 702-709.
- Mannon, K. et Leitschuch, G. (2002). Child sexual abuse: A review of definitions, instrumentation, and symptomatology. *North American Journal of Psychology*. 4(1), 149-160.

- McGain, B. et McKinsey, R. K. (1995). The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1157-1169.
- Merrick, M. V., Allan, B. M. et Crase, S. J. (1994). Variables associated with positive treatment outcomes for children surviving sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(2), 67-87.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux - MSSS (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Sécurité Publique du Québec (2007). *Statistiques 2006 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Monck, E., Bentovim, A., Goodall, G., Hyde, C., Lwin, R., Sharland, E. et Elton, A. (1994). *Child sexual abuse : A descriptive and treatment outcome study*. London : HMSO.
- Morrisette, P. J. (1999). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse: Diagnostic and treatment considerations. *Child & Youth Care Forum*, 28(3), 205-219
- Mrazek, P. B. (1981). Group psychotherapy with sexually abused children. In *Sexually abused children and their families* (pp. 199-210). Oxford, England: Pergamon Press.
- Nader, K. et Fairbanks, L. (1994). The suppression of reexperiencing : Impulse control and somatic symptoms in children following traumatic exposure. *Anxiety, Stress and Coping : An International Journal*, 7, 229-239.
- Nelki, J. S. et Watters, J. (1989). A group for sexually abused young children: Unravelling the web. *Child Abuse & Neglect*, 13, 369-377.
- Nolan, M., Carr, A., Fitzpatrick, C., O'Flaherty, A., Keary, K., Turner, R. et al. (2002). A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: A treatment outcome study. *Child Abuse Review*, 11, 103-123.
- Nurcombe, B., Wooding, S., Marrington, P., Bickman, L. et Roberts, G. (2000). Child sexual abuse II: Treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 92-97.
- O'Donohue, W. T. et Elliott, A. N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 218-228.
- Perez, C. L. (1987). *A comparison of group play therapy and individual play therapy for sexually abused children*. Greeley, Colorado : University of Northern Colorado.
- Putnam, F. W. (1988). *Child dissociative checklist (Version 2.2)*. Document inédit, National Institute of Mental Health, Washington.

- Putnam, F. W. (2003). Ten-years research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278
- Putnam, F. W., Helmers, K. et Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731-741.
- Pynoos, R. S. et Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence : research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1(4), 445-473.
- Reeker, J., Ensing, D. et Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 669-680.
- Reynolds, C. R. (1981). Long-term stability of scores on the Revised children's manifest anxiety scale. *Perceptual and Motor Skills*, 53(3), 702.
- Reynolds, C. R. et Richmond, B. O. (1985). *"What I think and feel "* (RCMAS). Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Ross, G. et O'Carroll, P. (2004). Cognitive behavioral psychotherapy intervention in childhood sexual abuse: Identifying new directions from the literature. *Child Abuse Review*, 13, 51-64.
- Rossi, P. H., Freeman, H. W. et Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation : A systematic approach*. 6th Edition. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Rush, F. (1980). *The best kept secret : sexual abuse of children*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall
- Rushton, A. et Miles, G. (2000). A study of a support service for the current carers of sexually abused girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(3), 411-426.
- Rust, J. O. et Troupe, P. A. (1991). Relationships of treatment of child sexual abuse with school achievement and self-concept. *Journal of Early Adolescence*, 11(4), 420-429.
- Sattler, J. M. (1998). Evaluation and intervention in cases of child maltreatment. IN *Clinical and Forensic Interviewing of Children and Families : Guidelines for the Mental Health, Education, Pediatric, and Child Maltreatment Fields*. San Diego, CA : Sattler.
- Saunders, B. E. et Berliner, L. (2002). *Guidelines for the treatment of abused and traumatized children*. Paper presented at the 21st Annual Research and Treatment Conference, Montréal, Qc.
- Saunders, B.E., Berliner, L. et Hanson, R.F. (2004). *Guidelines for Psychosocial Treatment of Intrafamilial Child Physical and Sexual Abuse (Final Report)*. Charleston, SC.

- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G. et Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 189-204.
- Sawyer, G. K. (2008). *Heterogeneous symptom patterns of sexually abused youth in treatment*. Lincoln, Nebraska : University of Nebraska.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. et Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescent. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Shechman, Z. et Gluk, O. (2005). An Investigation of Therapeutic Factors in Children's Groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 9(2), 127-134.
- Silovsky, J. F. et Hambree-Kigin, T. L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children: A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(3), 1-20.
- Simoneau, A. C. (2002). *Manuel de traitement pour les interventions de groupe pour les groupes d'enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle*. Document inédit. Gatineau, Qc : Centre d'intervention en agression sexuelle pour la famille.
- Simoneau, A. C., Hébert, M. et Tourigny, M. (2008). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 245-288.
- Smyth, E. C. (1992). *Treatment of Child Sexual Abuse within a Comprehensive Service Model: Evaluation Report #3*. Winnipeg, Canada: Knowles Center Inc.
- Staller, K. M., Nelson-Gardell, D. (2005). "A burden in your heart" : Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1415-1432
- Stauffer, L. B. et Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children : A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1(1), 65-76.
- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 89-111.
- St-Laurent, L. (1990). Normalisation de l'inventaire de la dépression Kovacs pour experts. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 22(4), 377-384.
- Sturkie, K. (1983). Structured group treatment for sexually abused children. *Health and Social Work*, 299-308.

- Théoret, S., Bourdon, Y. et Ouellette, I. (1990). *L'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'abus sexuels: Un guide pour les intervenants*. Montréal, Qc: Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.
- Thomlison, R. J. (1988). *Division de la prévention de la violence familiale*. Calgary, Alberta: Centre national d'information sur la violence dans la famille. Santé et Bien-être social Canada.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement: Une recension des écrits. *Revue canadienne de psychoéducation*, 26(1), 39-69
- Tourigny, M. et Hébert, M. (2007). Comparison of open versus closed group interventions for sexually abused adolescent girls. *Violence and Victims*, 22(3), 2007, 334-349.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J. et Larrivée, M.-C. (2003). *L'étude d'incidence québécoise sur les signalements d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux. (ÉIQ)*. Montréal, Qc : Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociale.
- Tourigny, M., Péladeau, N., Doyon, M. et Bouchard, C. (1998). Efficacité d'un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement. *Child Abuse & Neglect*, 22(1), 25-43.
- Tremblay, C., Hébert, M. et Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Tremblay, C., Hébert, M. et Simoneau, A. C. (2004). Les interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle : Examen des pratiques curatives récentes. *Revue québécoise de psychologie*, 25(1), 203-229.
- Trepper, T. S. et Traicoff, M. E. (1983). Treatment of intrafamily sexuality: Issues in therapy and research. *Journal of Sex Education and Therapy*, 4, 14-18.
- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Brelowitz, M., Glasser, D. et Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 180, 234-247.
- Tutty, L. (1995). The Revised children's knowledge of abuse questionnaire : Development of a measure of children's understanding of sexual abuse prevention concepts. *Social Work Research*, 19, 112-120.
- Upper, D. et Ross, S. M. (1985). *Handbook of Behavioral Group Therapy*. New York, NY : Plenum Pub Corp.

- Van der Kolk, B. A., Crozier, J. et Hopper, J. (2001). Child abuse in America: Prevalence, costs, consequences, and intervention. In K. Franey, R. Geffner et R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do.* (pp. 223-241). San Diego: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Watson, C. M. P. (2001). *Treating child victim of sexual abuse in a multiple family group format: Cognitive-behavioral intervention.* Alliant University, San Diego.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. et Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale : A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment, 13*(4), 359-383.
- Wood, L. et Porter, L. (2008). Examining the relationship between sexual offenders and their victims: Interpersonal differences between stranger and non-stranger sexual offences. *Journal of Sexual Aggression, 14*(1), 61-75.
- Wright, J., Sabourin, S. et Lussier, Y. (1994). *Traduction en français et validation du Children's Sexual Behavior Inventory* [Translation of Children's Sexual Behavior Inventory]. Unpublished manuscript, Montréal, Qc : Université de Montréal.
- Wurtele, S. K., Kast, L. C., Miller-Perrin, C. L. et Kondrick, P. A. (1989). Comparison of programs for teaching personal safety skills to preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (4), 505-511.
- Zumbo, B. D. et Rupp, A. A. (2004). Responsible modeling of measurement data for appropriate inferences. IN D. Kaplan (Ed). *The Sage handbook of qualitative methodology for the social sciences.* Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

APPENDICE A

LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 1 POUR
PUBLICATION

NOM DE LA REVUE: Revue de psychoéducation
École de psychoéducation
Université de Montréal
Case postale 6128
Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

NOM DES ÉDITEURS : M. Serge Larivée

TITRE DE L'ARTICLE: "Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle" (Simoncau, Hébert et Tourigny).

**Revue de
psychoéducation**

École de psychoéducation/Université de Montréal
Case postale 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
(514) 343-6111 # 2522

Le 6 novembre 2007

Madame Martine Hébert
Département de sexologie
UQAM
C.P. 8888, succ. Centre-Ville
Montréal, Québec H3C 3P8

Chère collègue,

Vous trouverez ci-joint l'évaluation de trois lecteurs arbitres auxquels votre manuscrit a été soumis. Comme vous pourrez le constater les évaluateurs ont formulé somme toute peu de commentaires. Le lecteur A n'a visiblement rien à dire sur le contenu hormis sa première remarque. Ses commentaires sur la forme n'en nécessitent pas moins des réponses. Le lecteur B est un peu plus explicite et les précisions demandées m'apparaissent justifiées. Enfin, vous constaterez le caractère inhabituel de la brève évaluation du lecteur C.

Si vous m'indiquez clairement les corrections que vous aurez effectuées, votre manuscrit devrait être accepté pour publication.

Meilleures salutations,



Serge Larivée, Directeur

APPENDICE B

COURRIEL DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 2
POUR PUBLICATION

NOM DE LA REVUE: Revue québécoise de psychologie
Département de psychologie
Faculté des Arts et Sciences
Université de Montréal
C.P. 6128,
Succursale Centre-ville
Montréal QC
H3C 3J7

NOM DES ÉDITEURS : Huguette Bégin

TITRE DE L'ARTICLE: « *Évaluation d'une intervention de groupe destinée aux enfants âgés de 6 à 12 ans victimes d'une agression sexuelle* » (Simoneau, Hébert et Tourigny).

Montréal, le 24 septembre 2008

À l'attention de

Madame Ann-Claude Simoneau
Madame Martine Hébert
Monsieur Marc Tourigny

Chers collègues,

Il nous fait plaisir de vous faire part que votre *article Évaluation d'une intervention de groupe destinée aux enfants âgés de 6 à 12 ans victimes d'une agression sexuelle* a été accepté et sera publié en décembre 2008.

Vous recevrez éventuellement le « prêt à imprimer » pour vérification finale. Ce dernier vous sera envoyé par le secrétariat de la Revue québécoise de psychologie. Il faudra alors respecter le délai imposé.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à la Revue québécoise de psychologie.

Veillez accepter mes sincères félicitations.

Huguette Bégin, professeure
Responsable du numéro thématique
Département de psychologie
Université de Montréal

APPENDICE C

APPROBATION DU PROJET DE RECHERCHE
PAR LE COMITÉ DE DÉONTOLOGIE DU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL



Université du Québec à Montréal

Case postale 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A MONTRÉAL

Comité départemental de déontologie

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité de déontologie du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche suivant:

Responsable : Ann Claude Simoneau

Département : Psychologie

Titre : Evaluation de l'efficacité d'un programme d'intervention de groupe pour enfants de six à douze ans ayant été abusés sexuellement.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond entièrement aux normes établies par la "*Politique institutionnelle de déontologie*" de l'UQAM.

Le projet est jugé recevable sur le plan déontologique.

Membres du Comité:

<i>NOM</i>	<i>POSTE OCCUPÉ</i>	<i>DÉPARTEMENT</i>
Isabelle Rouleau	Professeure	Psychologie
Richard Bourhis	Professeur	Psychologie
Diane Marcotte	Professeure	Psychologie
Hélène Richard	Professeure	Psychologie

Isabelle Rouleau
Présidente du comité départemental

8 janvier 2003
Date

APPENDICE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

- CONSENTEMENT DU PARENT DU GROUPE EXPÉRIMENTAL
- CONSENTEMENT DU PARENT DU GROUPE TÉMOIN
- CONSENTEMENT DU PARENT DU GROUPE EXPÉRIMENTAL POUR UNE
RELANCE



CENTRE D'INTERVENTION EN ABUS SEXUELS POUR LA FAMILLE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION DE GROUPE
POUR ENFANTS DE 6-12 ANS AYANT ÉTÉ ABUSÉS SEXUELLEMENT**

Chercheurs: **Martine Hébert, Ph.D.**
 Marc Tourigny, Ph. D.
 Ann Claude Simoneau, M. A.

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à une étude menée, en collaboration avec le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF), par l'Université du Québec à Montréal. Cette étude porte sur les interventions qui aident les enfants d'âge scolaire à surmonter une agression sexuelle. Nous sollicitons la participation des parents et des enfants qui consultent le (CIASF) de janvier 2003 à décembre 2004.

But de l'étude

Le but de cette étude est de dresser un portrait détaillé des enfants agressés sexuellement avant et après les rencontres de groupe offertes par le CIASF afin d'évaluer l'efficacité des interventions auprès des enfants 6-12 ans.

Déroulement de l'étude

Votre collaboration et celle de votre enfant consisteront en trois rencontres avec un interviewer. La première rencontre se déroulera au cours de votre première rencontre de groupe au CIASF, la seconde se tiendra à la fin de la démarche entreprise par votre enfant et la troisième se déroulera 3 mois plus tard. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires complétés par votre enfant portent sur ses perceptions quant à ses comportements. Nous estimons qu'il faut environ une heure pour compléter les questionnaires s'adressant à l'enfant. Votre enfant sera accompagné pour les compléter. Les

questionnaires complétés par le parent s'intéressent aux comportements de l'enfant, aux relations familiales et aux conflits dans la famille. Nous estimons qu'il faut environ une heure et demie pour compléter le questionnaire s'adressant au parent. Vous serez libres de ne pas répondre à toutes les questions. Des informations seront aussi recueillies à partir du dossier tenu par les intervenants du CIASF.

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Les intervenants du CIASF seront informés des résultats compilés des questionnaires que vous avez remplis et pourront ainsi mieux adapter leurs interventions pour vos enfants. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants qui consultent au Centre nous permettra de mieux définir les caractéristiques de ces enfants et de mieux saisir les l'efficacité des interventions et ainsi de mieux cibler les objectifs et méthodes d'intervention.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, les intervenants du CIASF demeurent des personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet de recherche seront gardées confidentielles à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Elles seront gardées sous clé au laboratoire de recherche de la chercheuse principale et elles seront conservées durant trois ans. Par la suite, les questionnaires seront détruits. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble des enfants et des parents participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, l'identité du parent ainsi que celle de l'enfant ne sera pas dévoilée. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, ni l'identité de votre enfant ni la votre ne sera révélée lors de ces présentations. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Votre participation est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice. Votre décision n'affectera en rien vos relations présentes ou futures avec les membres du CIASF et n'aura aucun effet sur la qualité des soins qui seront offerts à vous et à votre enfant.

L'assistante de recherche est autorisée à obtenir le consentement si nécessaire.

Responsabilité des chercheurs

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions :

Concernant l'étude : Huguette Joly, Directrice du CIASF, (819) 595-1905
 Martine Hébert, Ph.D. (514) 987-3000 # 5697
 Marc Tourigny, Ph. D. (819) 821-8000 # 2807
 Ann Claude Simoneau, M. A. (514) 580-7580

Compensation

Une légère compensation vous sera remise lors de la rencontre pour vous remercier de votre participation.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION DE L'ENFANT

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- J'ai lu ce formulaire de consentement.
- J'accepte que mon enfant participe à cette étude.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les soins de santé de mon enfant.
- J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

 Nom et prénom de l'enfant

 Assentiment de l'enfant (Signature)
 (capable de comprendre la nature de ce projet)

 Date

Assentiment verbal de l'enfant, capable de comprendre
la nature de ce projet mais incapable de signer :

oui non

J'accepte que moi et mon enfant participions à ce projet de recherche

Nom et prénom du parent

Signature du parent

Date

Voici deux numéros où vous pourrez me rejoindre en cas de besoin :

(quel endroit : _____)

(quel endroit : _____)

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus (ou aux parents de l'enfant dont le nom figure ci-dessus) la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

Nom et prénom du chercheur (ou personne autorisée)

Signature du chercheur (ou personne autorisée)

Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION DU PARENT**En signant le présent formulaire, je certifie que :**

- J'ai lu ce formulaire de consentement.
- J'accepte volontiers de participer à cette étude.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence.
- J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.

Nom et prénom du parent

Signature du parent

Date

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus (ou aux parents de l'enfant dont le nom figure ci-dessus) la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

Nom et prénom du chercheur (ou personne autorisée)

Signature du chercheur (ou personne autorisée)

Date

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT
ÉVALUATION DE L'IMPACT D'UNE AGRESSION SEXUELLE
CHEZ LES ENFANTS DE 6-12 ANS

Chercheurs: **Martine Hébert, Ph.D.**
 Marc Tourigny, Ph. D.
 Ann Claude Simoneau, M. A.

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à une étude menée par l'Université du Québec à Montréal. Cette étude porte sur l'impact des agressions sexuelles chez les enfants d'âge scolaire et les facteurs qui les aident à surmonter cette épreuve.

Déroulement de l'étude

Votre collaboration et celle de votre enfant consisteront en quatre rencontres avec un interviewer. Les trois premières rencontres auront lieu à intervalle de trois mois et la dernière 9 mois plus tard. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires complétés par votre enfant portent sur ses perceptions quant à ses comportements. Nous estimons qu'il faut environ une heure pour compléter les questionnaires s'adressant à l'enfant. Votre enfant sera accompagné pour les compléter. Les questionnaires complétés par le parent s'intéressent aux comportements de l'enfant, aux relations familiales et aux conflits dans la famille. Nous estimons qu'il faut environ une heure et demie pour compléter le questionnaire s'adressant au parent. Vous serez libres de ne pas répondre à toutes les questions. Des informations seront aussi recueillies à partir du dossier tenu par les Centres jeunesse concernant la nature de l'agression subie.

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants victimisés nous permettra de mieux définir les caractéristiques de ces enfants et de mieux saisir les besoins en matière d'interventions.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet de recherche seront gardées confidentielles à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Elles seront gardées sous clé au laboratoire de recherche de la chercheuse principale et elles seront conservées durant trois ans. Par la suite, les questionnaires seront détruits. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble des enfants et des parents participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, l'identité du parent ainsi que celle de l'enfant ne sera pas dévoilée. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, ni l'identité de votre enfant ni la votre ne sera révélée lors de ces présentations. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Votre participation est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice.

Responsabilité des chercheurs

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions :

Concernant l'étude : Martine Hébert, Ph.D. (514) 987-3000 # 5697
 Marc Tourigny, Ph. D. (819) 821-8000 # 2807
 Ann Claude Simoneau, M. A. (514) 580-7580

Compensation

Une légère compensation vous sera remise lors des rencontres pour vous remercier de votre participation.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION DE L'ENFANT

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- J'ai lu ce formulaire de consentement.
- J'accepte que mon enfant participe à cette étude.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les soins de santé de mon enfant.
- J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

Nom et prénom de l'enfant

Assentiment de l'enfant (Signature)
(capable de comprendre la nature de ce projet)

Date

Assentiment verbal de l'enfant, capable de comprendre
la nature de ce projet mais incapable de signer :

oui non

J'accepte que moi et mon enfant participions à ce projet de recherche

Nom et prénom du parent

Signature du parent

Date

Voici deux numéros où vous pourrez me rejoindre en cas de besoin :

(quel endroit : _____)

(quel endroit : _____)

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus (ou aux parents de l'enfant dont le nom figure ci-dessus) la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

Nom et prénom du chercheur (ou personne autorisée)

Signature du chercheur (ou personne autorisée)

Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION DU PARENT**En signant le présent formulaire, je certifie que :**

- J'ai lu ce formulaire de consentement.
- J'accepte volontiers de participer à cette étude.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence.
- J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.

Nom et prénom du parent

Signature du parent

Date

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus (ou aux parents de l'enfant dont le nom figure ci-dessus) la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

Nom et prénom du chercheur (ou personne autorisée)

Signature du chercheur (ou personne autorisée)

Date

APPENDICE E

QUESTIONNAIRES

Questionnaire de l'intervenant(e) - Renseignements sur l'enfant

Description de la situation vécue par l'enfant

Complétez le tableau suivant selon qu'il y a un ou plusieurs agresseur(s) impliqués dans la situation.

	Agresseur 1	Agresseur 2	Agresseur 3
1. Quel âge a l'agresseur?	_____ ans	_____ ans	_____ ans
2. Quel est son sexe?	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
3. Quel est le délai entre l'agression et le dévoilement de l'agression ?	_____		
4. Quel est le délai entre le dévoilement et le début des services au Centre Jeunesse ?	_____		
5. Quel est le lien entre la victime et l'agresseur ?	_____		
6. Quel est le lien entre la mère et l'agresseur?	_____		
7. La mère habitait-elle avec l'agresseur au moment du dévoilement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8. La mère habite-elle avec l'agresseur en ce moment ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. L'enfant habitait-il avec l'agresseur au moment du dévoilement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. L'enfant habite-il avec l'agresseur en ce moment?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

1. Quelle est la relation de l'agresseur avec l'enfant ?
- | | |
|------------------------------------|--|
| 01. Inconnu | 11. Voisin |
| 02. Gardien | 12. Mari ou épouse du(de la) gardien(ne) |
| 03. Professeur ou entraîneur | 13. Cousin(e) |
| 04. Oncle-tante | 14. Grand-parent |
| 05. Fratrie | 15. Parent biologique |
| 06. Conjoint(e) actuel du parent | 16. Parent d'accueil |
| 07. Ex-conjoint du parent | 17. Enfant du(de la) conjoint(e) |
| 08. Enfant du gardien | 18. Ami de la famille |
| 09. Enfant de la famille d'accueil | 19. Ami du jeune |
| 10. Ami(e) de la fratrie | 99. Ne sait pas |
| 20. Autre. Préciser : _____ | |

Agresseur #1	Agresseur #2	Agresseur #3

2. À votre connaissance, quelle est la fréquence ou la durée de la situation d'agression vécue par l'enfant ?
01. Épisode unique
 02. Quelques événements (ou durée de moins de six mois)
 03. Chronique (six mois ou plus). Spécifier le nombre de mois : _____
 04. Ne sait pas

Agresseur #1	Agresseur #2	Agresseur #3

3. À votre connaissance, de quel type d'expérience sexuelle s'agissait-il ?
- | | |
|---|--|
| 01. Exposition | 10. Usage de langage sexuel |
| 02. Usage de pornographie | 11. Masturbation par-dessus les vêtements |
| 03. Exhibitionnisme | 12. Caresse par-dessus les vêtements |
| 04. Voyeurisme | 13. Contact physique sous les vêtements |
| 05. Baisers | 14. Attouchements génitaux |
| 06. Contact oral-génital | 15. Pénétration orale (ou tentative de) |
| 07. Actes sadiques, esclavagisme | 16. Pénétration vaginale (ou tentative de) |
| 08. Attouchements sexuels subis | 17. Pénétration anale (ou tentative) |
| 09. Attouchements qu'il(elle) a été forcé(e) de pratiquer chez l'agresseur(e) | |
| 99. Autre (préciser) _____ | |

Agresseur #1	Agresseur #2	Agresseur #3

Questionnaire complété par l'enfant

Instruments de mesure utilisés	Traduction /Adaptation	Distributeur
Children's Knowledge of Abuse Questionnaire (Tutty, 1995) Personal Safety Questionnaire (Wurtele, Kast, Miller-Perrin et Kondrick, 1989)	Hébert et Poitras (1995)	--
Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised (CITES-R; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas et Wolfe, 1991)	Hébert et Parent (1999)	--
Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985)	St-Laurent (1990)	Pearson Assessment / PsychCorp Multi-Health Systems
Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1985).	Hébert et Parent (1999)	PsyCan Multi-Health Systems
Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1982)	Hébert et Parent (1995)	--

Children's Knowledge of Abuse Questionnaire (Tutty, 1995)
 Personal Safety Questionnaire (Wurtele, Kast, Miller-Perrin et Kondrick, 1989)
 Adaptation par Hébert et Poitras (1985)

	Oui	Non	Ne sait pas
1. Un inconnu peut te toucher d'une manière qui te rend mal à l'aise, mais pas quelqu'un que tu connais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand tu as un problème, c'est important d'en parler à un adulte, même si le problème arrive dans la famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les personnes de ta famille sont les seules qui peuvent t'aider si tu as un problème.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si tu n'aimes pas comment une personne te touche c'est correct de dire NON.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. C'est de ta faute si quelqu'un te touche d'une manière qui te rend mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si tu parles d'un problème à un adulte et qu'il ne te croit pas, tu ne peux plus rien faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si tu te sens en danger avec quelqu'un, tu peux te sauver et crier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Même quelqu'un que tu aimes pourrait te toucher d'une manière qui te rend mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tu dois toujours garder le secret qu'un adulte te dit même si cela te rend triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si un adulte te dit de le caresser, tu dois toujours le faire même si tu es inconfortable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised
(CITES-R; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas et Wolfe, 1991)
Traduction Hébert et Parent (1999)

Je vais maintenant te poser des questions concernant ce qui est arrivé. Je ne vais pas te demander de me décrire ce qui s'est passé, j'aimerais plutôt connaître tes pensées et tes sentiments à propos de ce qui t'est arrivé. Je vais te lire une phrase et tu me diras si pour toi cette phrase est très vraie, un peu vraie ou pas vraie du tout. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vais te poser. Il est possible que certaines questions te rappellent des événements désagréables. Si une question te rend mal à l'aise, dis-le-moi et je passerai à la suivante.

	Faux	Un peu vrai	Très vrai
1. J'essaie de ne pas être en contact avec ce qui me rappelle ce qui est arrivé	0	1	2
2. Je me sens souvent irritable sans raison.....	0	1	2
3. J'ai de la difficulté à m'endormir parce que des images ou des pensées reliées à ce qui est arrivé me trottent dans la tête	0	1	2
4. Je fais des rêves ou des cauchemars.....	0	1	2
5. Ce qui est arrivé est de ma faute	0	1	2
6. J'ai de la difficulté à me concentrer parce que je pense souvent à ce qui est arrivé	0	1	2
7. On me fait facilement sursauter ou on me surprend facilement.....	0	1	2
8. Je pense à ce qui m'est arrivé même lorsque je ne veux pas	0	1	2
9. Je pense que c'est ma façon d'agir qui a provoqué cette situation	0	1	2
10. Des images de ce qui est arrivé surgissent souvent dans ma tête	0	1	2
11. Je me sens souvent agité(e) ou nerveux(se).....	0	1	2
12. Je me fâche facilement	0	1	2
13. J'essaie de ne pas penser à ce qui est arrivé.....	0	1	2
14. Des fois, j'ai de la difficulté à me souvenir de ce qui s'est	0	1	2

	Faux	Un peu vrai	Très vrai
passé.....			
15. J'ai l'impression que j'ai causé des problèmes à plusieurs personnes.....	0	1	2
16. Je me sens coupable de ce qui est arrivé.....	0	1	2
17. Il m'arrive de reproduire ce qui s'est passé lorsque je joue.....	0	1	2
18. Des fois, j'ai très peur lorsque je me souviens de ce qui est arrivé.....	0	1	2
19. J'ai quelquefois envie de pleurer lorsque je pense à ce qui est arrivé.....	0	1	2
20. Je ne suis plus autant intéressé(e) par certaines choses ou activités depuis ce qui est arrivé.....	0	1	2
21. Plusieurs choses me rappellent ce qui s'est passé.....	0	1	2
22. Lorsque quelque chose me rappelle ce qui est arrivé, j'essaie de penser à quelque chose d'autre.....	0	1	2
23. J'ai tenté d'oublier ce qui est arrivé.....	0	1	2
24. Parfois, je fais comme si ça n'est jamais arrivé ou bien que c'était un rêve.....	0	1	2
25. Maintenant, il est plus difficile pour moi d'aimer les gens.....	0	1	2
26. Une situation comme ça n'arrivera plus jamais.....	0	1	2
27. Si des adultes m'ennuient, je sais que je peux faire quelque chose pour les arrêter.....	0	1	2
28. J'ai le sentiment que ma vie sera meilleure dans le futur.....	0	1	2
29. La plupart des gens qui savent ce qui m'est arrivé sont gentils et compréhensifs.....	0	1	2
30. La plupart des gens me croient lorsque je parle de ce qui est arrivé.....	0	1	2
31. Si une situation comme ça m'arrivait encore, je serais capable de l'arrêter.....	0	1	2
32. Si une situation comme ça m'arrivait encore, je saurais	0	1	2

	Faux	Un peu vrai	Très vrai
quoi faire pour l'arrêter.....			
33. J'en connais maintenant assez sur ce genre de situation pour savoir quoi faire pour me protéger dans le futur...	0	1	2
34. Je connais quelqu'un avec qui je me sens à l'aise de parler de ce qui m'est arrivé.....	0	1	2
35. Ma mère me protégera afin qu'une telle situation ne m'arrive plus	0	1	2
36. Quand j'ai parlé de ce qui est arrivé à ma mère, je trouve qu'elle s'est bien occupée de moi	0	1	2
37. Depuis que les gens ont appris ce qui m'est arrivé, ils ont essayé de me protéger afin que ça n'arrive plus	0	1	2
38. Depuis que j'ai parlé de la situation, je sens que les travailleurs sociaux, les policiers ou les médecins que j'ai rencontrés m'ont aidé (e)	0	1	2
39. Depuis que ma mère sait ce qui m'est arrivé, elle m'aide beaucoup à vivre avec ça	0	1	2
40. Si j'ai besoin de parler de ce qui est arrivé, ma mère m'écouterà.....	0	1	2

Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1982)
Traduction Hébert et Parent (1995)

Je vais te lire une série de questions qui visent à mieux te connaître. À chaque fois, je vais te décrire deux types d'enfants. Dans un premier temps, je vais te demander de m'indiquer lequel te ressemble le plus. Par la suite, tu devras me dire jusqu'à quel point il te ressemble. Nous allons faire un exemple:

Tout à fait comme moi	Un peu comme moi					Un peu comme moi	Tout à fait comme moi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants préfèrent jouer à l'extérieur dans leurs temps libres.	MAIS	D'autres enfants préfèrent plutôt regarder la télé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Très bien. Maintenant commençons. Je vais te demander de m'indiquer lequel des deux types d'enfants te ressemble le plus et par la suite jusqu'à quel point il te ressemble.

	Tout à fait comme moi	Un peu comme moi				Un peu comme moi	Tout à fait comme moi
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants se mettent souvent en colère contre eux- mêmes.	MAIS	D'autres enfants sont assez contents d'eux- mêmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants n'aiment pas la vie qu'ils mènent.	MAIS	D'autres enfants aiment la vie qu'ils mènent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont la plupart du temps contents d'eux-mêmes.	MAIS	D'autres enfants sont souvent mécontents d'eux-mêmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants aiment le genre de personne qu'ils sont.	MAIS	D'autres enfants aimeraient être quelqu'un d'autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont très heureux d'être comme ils sont	MAIS	D'autres enfants voudraient être différents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ne sont pas très heureux de la façon dont ils font plusieurs choses.	MAIS	D'autres enfants pensent que la façon dont ils font les choses est correcte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire complété par le parent

Instruments de mesure utilisés	Traduction /Adaptation	Distributeur
Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL; Achenbach et Edelbrock, 1991)		Nelson Education Ltd
Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers et Trickett, 1993)	Hébert et Parent (2000)	--
Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: Parent Questionnaire (Frederick, 1995; Frederick, Pynoos et Nader, 1992; Nader, 1994)	Hébert et Daignault (2002)	--
Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich et al., 1992)	Wright et al. (1994)	Psychological Assessment Resources Inc. Western Psychological Services

Renseignements généraux

Données socio-démographiques

1. Code d'identification : _____ 2. Date de rencontre : $\frac{\quad}{jj} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aa}$
3. Date de naissance de l'enfant : $\frac{\quad}{jj} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aa}$ Il a donc : _____ ans
4. Niveau scolaire de l'enfant:
- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 88. Ne va pas à l'école | 03. Troisième année |
| 08. Prématernelle | 04. Quatrième année |
| 09. Maternelle | 05. Cinquième année |
| 01. Première année | 06. Sixième année |
| 02. Deuxième année | 07. Secondaire 1 |
5. Nous habitons à : 01. Aylmer 02. Buckingham
03. Gatineau 04. Hull
05. Autres Préciser: _____
6. Lien du répondant avec l'enfant : 01. Mère 02. Père
03. Autre (préciser : _____)
7. Composition de la famille :
- 10. Famille intacte (père + mère + enfant(s))
 - 20. Famille monoparentale
 - 21. Mère-enfant
 - 22. Père-enfant
 - 23. Garde partagée également (50% du temps chez chaque parent)
 - 30. Famille reconstituée
 - 31. Père + enfant + autre conjointe que la mère
 - 32. Mère + enfant + autre conjoint que le père
 - 33. Garde partagée également dont au moins une des deux familles est reconstituée
 - 40. Parents d'accueils + enfant
 - 50. Autre (préciser : _____)
- 7a. Nombre d'enfants dans la famille (incluant l'enfant qui bénéficie des services et les enfants des nouveaux conjoints, qu'ils habitent ou non avec cet enfant) :

Complément d'informations demandé par le CIASF

	Pauvre	Bonne	Excellente
Selon moi, <u>présentement</u> , la relation de mon enfant ...			
... avec ses frères et sœurs est...	1	2	3
... avec moi (nous) [parents] est...	1	2	3

Mon enfant a des amis/amies

0. Aucun
1. Un ou deux
2. Un petit groupe

Depuis que je sais que mon enfant a été abusé sexuellement, j'observe qu'il(elle)...

	Jamais	Parfois	Très souvent
...cherche à contrôler	1	2	3
j'observe qu'il(elle) exprime des paroles agressives...	1	2	3
... envers lui(elle)-même	1	2	3
... envers ses amis(es)	1	2	3
... à l'école	1	2	3
j'observe qu'il(elle) a des comportements violents...			
... envers lui-même	1	2	3
... envers les membres de la famille	1	2	3
... envers ses amis(es)	1	2	3
... à l'école	1	2	3

Depuis que je sais que mon enfant a été abusé sexuellement, j'observe qu'il(elle)...

	Jamais	Parfois	Très souvent
j'observe qu'il(elle) refuse de prendre soin de son corps au point de vue hygiène	1	2	3
j'observe qu'il(elle) digère mal	1	2	3
j'observe qu'il(elle) a des difficultés à l'école dans...			
... ses apprentissages	1	2	3
... sa concentration	1	2	3
j'observe qu'il(elle) manifeste des peurs exagérées ...			
... envers les adultes	1	2	3
... dans d'autres situations	1	2	3
j'observe qu'il(elle) manifeste de la difficulté à ...			
... se faire confiance à lui(elle)	1	2	3
... faire confiance aux adultes	1	2	3
j'observe qu'il(elle) se sent coupable...			
... de l'agression qu'il(elle) a vécue	1	2	3
... du dévoilement de cette agression	1	2	3
... des conséquences sur la famille	1	2	3

Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers et Trickett 1993)
Traduction Hébert et Parent (2000)

Voici une liste de comportements qui décrivent les enfants. Veuillez indiquer dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent le comportement de votre enfant au cours des **six derniers mois**. Veuillez encerclez le **2 si l'item est très vrai**, le **1 si l'item est un peu vrai ou vrai de temps en temps**. Enfin, si l'item n'est pas vrai, veuillez encerclez le **0**.

	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
1. Il(elle) ne se rappelle pas ou nie des expériences traumatisantes ou souffrantes qui se sont réellement produites.....	0	1	2
2. Il(elle) semble souvent en état de «transe» ou dans la lune. Ses enseignants peuvent rapporter qu'il(elle) fait des «rêves éveillés».....	0	1	2
3. Il(elle) peut avoir des changements très rapides de personnalité. Il(elle) peut passer de timide à social(e), de doux(ce) à agressif(ve), d'un comportement masculin à féminin (ou féminin à masculin).....	0	1	2
4. Il(elle) est particulièrement confus(e) à propos de choses qu'il(elle) devrait savoir. Il(elle) peut oublier le nom de ses amis, de ses enseignants ou de d'autres personnes importantes, il(elle) peut perdre des choses ou s'égarer facilement.....	0	1	2
5. Il(elle) n'a pas vraiment le sens du temps. Il(elle) peut penser que nous sommes le matin alors que c'est l'après-midi, devenir confus(e) à propos du jour que nous sommes ou à propos d'événements qui viennent de se produire.....	0	1	2
6. De jour en jour, ou même d'heure en heure, ses habiletés pour faire certaines choses peuvent changer. Par exemple, on peut noter des variations dans sa connaissance de choses qu'il(elle) a apprises (orthographe, tables de multiplication).....	0	1	2
7. Son comportement montre des régressions. Par exemple, une jeune de douze ans se met à parler comme un bébé, suce son pouce ou dessine comme un enfant de quatre ans...	0	1	2
8. Il(elle) a du mal à apprendre de son expérience; les explications, les punitions, la discipline courante	0	1	2

n'arrivent pas à changer son comportement			
9. Il(elle) continue à mentir ou à nier ses mauvaises actions en dépit de preuves évidentes.....	0	1	2
10. Lorsqu'il(elle) parle de lui-(d'elle-)même, il(elle) utilise la troisième personne (i.e. lui ou elle) ou il(elle) insiste pour qu'on l'appelle par un nom différent du sien. Il(elle) peut aussi prétendre que quelqu'un d'autre a fait certaines choses qu'il(elle) a faites.....	0	1	2
11. Il(elle) se plaint de maux physiques transitoires. Par exemple, il(elle) peut se plaindre d'avoir mal à la tête ou à l'estomac et semble oublier tout ça une minute plus tard	0	1	2
12. Il(elle) est très précoce au plan sexuel et peut adopter des comportements sexualisés avec d'autres enfants ou bien des adultes.....	0	1	2
13. Il(elle) a des blessures qu'il(elle) ne peut expliquer ou peut parfois se faire mal délibérément	0	1	2
14. Il(elle) rapporte entendre des voix qui lui parlent. Les voix peuvent paraître amicales ou agressives et peuvent provenir de ses "amis imaginaires" ou ressembler à celles de ses parents, de ses amis ou de ses enseignants.....	0	1	2
15. Il(elle) a un(des) ami(s) imaginaire(s). Il(elle) peut prétendre que c'est lui(eux) qui est(sont) responsable(s) de choses qu'il(elle) a faites.....	0	1	2
16. Il(elle) a des excès de colère sans cause apparente et peut déployer une force physique hors du commun durant certains épisodes	0	1	2
17. Il(elle) marche fréquemment pendant son sommeil (somnambule).....	0	1	2
18. Il(elle) a des expériences nocturnes inhabituelles. Par exemple, il(elle) peut rapporter avoir vu des fantômes ou que des choses arrivent au cours de la nuit qu'il(elle) ne peut pas expliquer (i.e., jouets brisés, blessures inexplicables, etc.)	0	1	2
19. Il(elle) se parle souvent à lui(elle-)même et peut à l'occasion utiliser une voix différente de la sienne ou se disputer avec lui(elle-)même.....	0	1	2
20. Il(elle) a au moins deux personnalités distinctes qui prennent le contrôle de son comportement	0	1	2

Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: Parent Questionnaire
 (Frederick, 1995; Frederick, Pynoos et Nader, 1992; Nader, 1994)
 Traduction Hébert et Dagnault (2002)

Voici une liste de questions concernant votre enfant portant sur ce qui lui est arrivé. Veuillez indiquer dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent le comportement de votre enfant. Veuillez encerclez la réponse qui correspond au comportement de votre enfant depuis l'événement selon le choix de réponse suivant :

	Jamais	Un peu	Quelquefois	Souvent	La plupart du temps
1. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de croire que ce qu'il(elle) a vécu serait difficile à vivre pour la plupart des enfants de son âge?	1	2	3	4	5
2. Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'avoir peur ou d'être triste ou fâché(e) quand il(elle) pense à ce qui s'est passé?.....	1	2	3	4	5
3. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de repenser à ce qui s'est passé, est-ce qu'il(elle) revoit des images ou est-ce qu'il entend des sons qui lui font penser à ce qui est arrivé?.....	1	2	3	4	5
4. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de penser à ce qui est arrivé même lorsqu'il(elle) ne veut pas y penser?.....	1	2	3	4	5
5. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de faire des cauchemars ou des rêves à propos de ce qui est arrivé?.....	1	2	3	4	5
6. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de penser que ça pourrait arriver encore?.....	1	2	3	4	5
7. Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'être aussi intéressé(e) par les choses qu'il aimait faire avant ce qui est arrivé comme jouer avec ses amis, faire du sport ou participer aux activités à l'école?	1	2	3	4	5
8. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de se sentir seul(e) avec lui(elle)-même, ou avec ses sentiments, comme si les autres ne comprenaient pas vraiment comment il(elle) se sent face à ce qui est arrivé?	1	2	3	4	5
9. Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'avoir si peur, ou d'être si triste ou fâché(e) qu'il(elle) ne veut pas vraiment savoir	1	2	3	4	5

- comment il(elle) se sent?.....
10. Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'avoir tellement peur ou d'être tellement triste ou fâché(e) qu'il(elle) ne peut même pas en parler ou pleurer? 1 2 3 4 5
 11. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de sursauter plus facilement ou de se sentir plus inquiet (inquiète) ou nerveux(se) qu'avant?..... 1 2 3 4 5
 12. Est-ce que votre enfant dort bien?..... 1 2 3 4 5
 13. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de se sentir mal ou coupable de ne pas avoir fait quelque chose qu'il aurait dû faire? Ou d'avoir fait quelque chose qu'il(elle) souhaiterait ne pas avoir fait, comme se sentir mal de ne pas avoir pu empêcher que quelque chose de se produire, d'aider quelqu'un ou encore de penser que ce n'était pas aussi pire pour lui(elle) que pour d'autres?..... 1 2 3 4 5
 14. Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'avoir des pensées ou des sentiments par rapport à ce qui est arrivé qui l'empêchent de se rappeler de certaines choses comme ce qu'il(elle) a appris à l'école ou à la maison?..... 1 2 3 4 5
 15. Est-ce qu'il arrive que ce soit aussi facile pour votre enfant de porter attention (de se concentrer) depuis ce qui lui est arrivé?.... 1 2 3 4 5
 16. Est-ce qu'il arrive à votre enfant de désirer éviter les choses qui lui rappellent ce qui lui est arrivé? 1 2 3 4 5
 17. Est-ce qu'il arrive à votre enfant, quand quelque chose lui rappelle ou lui fait penser à ce qui est arrivé, qu'il(elle) devienne nerveux(se), triste ou fâché(e)? 1 2 3 4 5
 18. Depuis l'événement, est-ce qu'il arrive à votre enfant de recommencer à faire des choses qu'il(elle) ne faisait plus? Comme vouloir que quelqu'un soit près de lui, dormir avec quelqu'un, sucer ou mordre son pouce ou ses doigts, ronger ses ongles ou faire pipi au lit?..... 1 2 3 4 5
 19. Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'avoir mal au ventre, à la tête, au cœur ou d'autres malaises depuis ce qui est arrivé?..... 1 2 3 4 5
 20. Est-ce qu'il arrive que ce soit plus difficile pour votre enfant d'éviter de faire des choses qu'il(elle) n'aurait jamais fait avant? Comme se battre, désobéir, faire de la bicyclette imprudemment, prendre plus de risques, grimper, sacrer après les gens, ou ne pas faire attention quand il(elle) traverse la rue ou quand il(elle) joue?..... 1 2 3 4 5

APPENDICE F

SOMMAIRE DU PROGRAMME D'INTERVENTION DE GROUPE
POUR LES ENFANTS DE SIX À TREIZE ANS
DU CENTRE D'INTERVENTION EN AGRESSION SEXUELLE POUR LA FAMILLE



CENTRE D'INTERVENTION EN ABUS SEXUELS POUR LA FAMILLE

Aperçu des rencontres de groupe pour les enfants de 6 à 13 ans

****Rappel :** Les enfants de 9 à 13 ans reçoivent 9 rencontres de 120 minutes alors que les enfants de 6 à 8 ans ont 12 rencontres de 90 minutes. Le contenu des rencontres est donc réparti différemment pour ces deux groupes d'âges. La structure des rencontres présentée ici s'applique au groupe d'enfants de 6 à 8 ans.

Rencontre préliminaire

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Évaluer la symptomatologie des enfants par la passation de questionnaires (temps 1).

Première rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Créer un lien de confiance entre l'intervenant et les participants.
- Créer un lien de confiance entre les parents et les enfants.
- S'amuser.
- Donner des moyens pour se protéger d'éventuelles agressions sexuelles.

Activité : Bonjour, comment ça va ?⁴

Brève description de l'activité : Parents et enfants nomment une chose qu'ils ont fait de bien durant la semaine.

Objectifs spécifiques de l'activité : Créer un lien de confiance entre l'intervenant et les participants et entre les parents et les enfants. Apprendre à connaître les autres. Rehausser l'estime de soi de l'enfant et sa place dans le groupe en tant que personne à part entière. Valoriser l'enfant en parlant de lui de façon positive.

Activité : Jeu un à un⁵

Brève description de l'activité : L'enfant choisi un jeu de table pour jouer avec son parent. Chaque dyade a un espace à lui seul.

Objectifs de l'activité : Offrir un temps privilégié pour l'enfant avec son parent. Rebâtir les liens parent-enfant. Valoriser l'enfant, avoir du plaisir ensemble. Évacuer l'anxiété vécue à l'idée de venir au groupe ou liée au contenu des premières minutes d'intervention. Augmenter l'estime de soi par la réussite d'une activité.

Activité : Leçon de prévention

Brève description de l'activité : Des histoires sont lues à l'enfant. Plusieurs questions sont adressées aux enfants tout au long de l'histoire.

⁴ Cette activité est reprise d'une rencontre à l'autre mais ne sera pas rapportée dans le texte à chaque fois.

⁵ Cette activité est reprise à chacune des rencontres où le parent est présent mais ne sera pas rapportée dans le texte à chaque fois.

Objectifs de l'activité : Outiller l'enfant dans des situations à risque. Donner des moyens de se protéger. Apprendre à dire NON. Identifier les difficultés de l'enfant, les pensées magiques et scénario erronés.

Activité : Journal de bord⁶

Brève description de l'activité. On demande à l'enfant de compléter des activités de type crayon-papier.

Objectifs de l'activité : Rappeler le contenu des leçons de prévention. Créer un journal de bord illustrant la participation et le progrès des enfants.

Deuxième rencontre :

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Créer un lien de confiance entre l'intervenant et les participants.
- Créer un lien de confiance entre les parents et les enfants.
- Développer la notion du sens d'appartenance du corps, de l'importance de le protéger, de porter attention au ressenti de notre corps et d'affirmer ces ressentis.

Activité : Leçon de prévention

Description de l'activité : Le film « Mon corps c'est mon corps » (1^{ère} partie) est visionné. Des questions sont adressées à l'enfant.

Objectifs de l'activité : Outiller l'enfant dans des situations à risque. Donner des moyens de se protéger. Apprendre à dire NON. Identifier les difficultés de l'enfant, les pensées magiques

⁶ Cette activité est reprise à chacune des rencontres mais ne sera pas rapportée à chaque fois.

et scénario erronés. Développer les notions abordées : importance du corps, sens d'appartenance à notre corps, ressenti de notre corps selon diverse situation.

Activité : Théâtre de marionnettes (pour les 6 à 8 ans), Masques (pour les 9 à 13 ans)

Description de l'activité : Les enfants débutent la réalisation d'un projet créatif.

Objectifs de l'activité : Créer un lien entre le parent et son enfant. Augmenter l'estime de soi par la réussite d'un bricolage.

Troisième rencontre:

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Reconnaître le caractère unique de nos parties privées, les nommer et comprendre comment en prendre soins.
- Développer des moyens pour reconnaître et dépister les situations risquées.
- Déculpabiliser l'enfant face à l'agression sexuelle.

Activité : Leçon de prévention

Description de l'activité : Le film « Mon corps c'est mon corps » (2^{ème} partie) est visionné. Des questions sont adressées à l'enfant.

Objectifs de l'activité : Identifier les parties privées. Identifier et normaliser les émotions que génère le fait de parler des parties privées. Définir les agressions sexuelles. Identifier que la responsabilité des gestes d'agression sexuelle revient toujours à la personne qui les a posés. Identifier que l'enfant n'est pas responsable d'avoir désirer une activité plaisante qui a pu mener à une situation à risque. Outiller l'enfant dans des situations à risque. Donner des

moyens de se protéger. Apprendre à dire NON. Identifier les difficultés de l'enfant, les pensées magiques et scénario erronés.

Quatrième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Développer une ouverture entre le parent et son enfant à discuter de sexualité.
- Augmenter les connaissances en ce qui concerne la sexualité.
- Identifier des moyens de se protéger contre les agressions sexuelles.

Activité : Leçon de prévention

Description de l'activité : Le film « Mon corps c'est mon corps » (3^{ème} partie) est visionné. Des questions sont adressées à l'enfant.

Objectifs de l'activité : Identifier les situations d'agression sexuelle. Identifier et normaliser les émotions que génère le fait de devoir dévoiler une agression sexuelle. Identifier les situations où une autre personne peut toucher aux parties privées d'un enfant. Déculpabiliser l'enfant d'avoir été victime ou de ne pas avoir révélé l'agression sexuelle. Identifier les personnes de confiance à qui l'enfant peut s'adresser en cas de besoin. Identifier les difficultés de l'enfant, les pensées magiques et scénarios erronés.

Cinquième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Renforcer les liens parent-enfant.
- Renforcer les bienfaits du dévoilement.
- Préparer les enfants à revenir au groupe scul.

Activité : Leçons de sexualité

Description de l'activité : Les dyades parent-enfant font la lecture et les activités d'un livre sur la sexualité.

Objectifs de l'activité : Offrir un temps privilégié pour l'enfant avec son parent. Rebâtir les liens. Valoriser l'enfant sur son importance, avoir du plaisir ensemble. Parler de la sexualité librement. Augmenter les connaissances de l'enfant en matière de saine sexualité.

Sixième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Développer les capacités à travailler en équipe et à gérer les conflits.
- Déculpabiliser face au dévoilement.
- Identifier les peurs et les craintes associées au dévoilement.
- Comprendre la nécessité de dévoiler.
- Renforcer les plaisirs d'être un enfant.

Activité : Leçon

Description de l'activité : La bande vidéo « Tout ira mieux » (1^{ère} partie) est visionnée. Le film est suivi d'une période de discussion.

Objectifs de l'activité : Normaliser les sentiments vécus à l'égard du dévoilement et ceux ressentis à l'égard de l'agresseur. Comprendre la nécessité de dévoiler l'agression sexuelle.

Activité : Identification des émotions

Description de l'activité : Un visage exprimant une émotion est collé sur le tableau et les enfants sont amenés à identifier des situations où ils ressentent cette émotion.

Objectifs de l'activité : Identifier les émotions positives et négatives vécues lors de la situation d'agression sexuelle et du dévoilement. Identifier les avantages et les inconvénients d'être un enfant.

Septième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Déculpabiliser face à l'agression sexuelle.
- Déculpabiliser face au dévoilement et face aux événements suivant le dévoilement.
- Reconnaître et valider la présence d'émotions contraires suite au dévoilement.
- Identifier la peine subie suite à l'agression sexuelle.

Activité : Personnages de papier

Description de l'activité : Les enfants réalisent une ribambelle de personnages de papier. Différentes croyances et perceptions sont mise à jour à l'aide d'auto-collants (par ex. : la responsabilité de l'agression sexuelle, la peine ressentie, etc.).

Objectifs de l'activité : Permettre à l'enfant d'exprimer ce qu'il ressent à l'égard des gens qui l'entourent en lien avec l'agression sexuelle et son dévoilement. Identifier le réseau de soutien de l'enfant.

Activité : Leçon

Description de l'activité : La bande vidéo « Tout ira mieux » (2^e partie) est visionnée. Le film est suivi d'une période de discussion.

Objectifs de l'activité : Normaliser les sentiments vécus à l'égard du dévoilement et ceux ressentis à l'égard de l'agresseur. Comprendre la nécessité de dévoiler l'agression sexuelle. Identifier et normaliser les réactions des gens qui entourent l'enfant.

Huitième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Développer la capacité à travailler en équipe et à gérer les conflits.
- Reconnaître et valider les peurs ressenties par l'enfant et trouver des moyens concrets pour gérer ses peurs.

Activité : Bande dessinée de Paul et Pascale

Description de l'activité : L'intervenante présente une bande dessinée qui touche des aspects précis des agressions sexuelles vécues par les enfants du groupe:

Objectifs de l'activité : Parler de l'agression sexuelle de l'enfant sans le pointer directement. Vérifier la position de l'enfant par rapport à son agression sexuelle. Vérifier l'atteinte des objectifs personnels à travailler dans le groupe.

Activité : Leçon

Description de l'activité : La bande vidéo « Tout ira mieux » (3^{ème} partie) est visionnée. Le film est suivi d'une période de discussion.

Objectifs de l'activité : Normaliser les sentiments de peur vécus pendant et après l'agression sexuelle. Identifier des moyens pour gérer la peur.

Activité : Livre d'or

Description de l'activité. L'enfant dessine quelque chose qui lui a fait peur (rêve, film, situation d'agression sexuelle ou autre) et, ensuite, il dessine une fin heureuse à l'événement apeurant.

Objectifs de l'activité : Connaître un nouveau moyen de gérer la peur. Rappeler le contenu de la leçon de prévention.

Neuvième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Développer la capacité à travailler en équipe et à gérer les conflits.
- Développer une meilleure gestion de la colère. Valider et explorer des moyens positifs d'exprimer la colère.

Activité : La colère

Description de l'activité : L'histoire d'un enfant en colère est lue et suivie d'une période de questions.

Objectifs de l'activité : Permettre à l'enfant de reconnaître la colère et de trouver des moyens de l'exprimer convenablement.

Activité : Leçon

Description de l'activité : La bande vidéo « Tout ira mieux » (4^{ème} partie) est visionnée et suivie d'une période de questions.

Objectifs de l'activité : Amener l'enfant à identifier les sources de colère et les façons de la gérer.

Activité : Chanson

Description de l'activité. Une pièce musicale sur les agressions sexuelles et le dévoilement est écoutée.

Objectifs de l'activité : Parler de l'agression sexuelle, de la responsabilité de l'agression sexuelle qui revient à l'agresseur et de la nécessité de dévoiler l'agression sexuelle.

Dixième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Déculpabiliser l'enfant face à l'agression sexuelle.
- Reconnaître les pertes et les gains liés au dévoilement.
- Permettre aux enfants de reconnaître le pouvoir qu'ils ont lorsqu'ils dévoilent une agression sexuelle.

Activité : Théâtre de marionnettes ou improvisation

Description de l'activité : Une histoire en lien avec une agression sexuelle est actée par les enfants.

Objectifs de l'activité : Permettre à l'enfant de travailler en équipe. Permettre à l'enfant de revoir des moyens de protection face à une agression sexuelle.

Activité : Leçon

Description de l'activité : La bande vidéo « Tout ira mieux » (5^{ème} partie) est visionnée et suivie d'une période de discussion.

Objectifs de l'activité : Amener l'enfant à identifier les façons de se protéger face à une agression sexuelle.

Onzième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Rassurer l'enfant quant à son potentiel de guérison.
- Réviser les moyens dont il dispose pour se protéger.

Activité : Révision

Description de l'activité : Période de discussion avec les enfants. Plusieurs questions leur sont adressées.

Objectifs de l'activité : Permettre à l'enfant de revoir le contenu de chaque rencontre.

Activité : Leçon

Description de l'activité : La bande vidéo « Tout ira mieux » (6^{ème} partie) est visionnée et suivie d'une discussion de groupe.

Objectif de l'activité : Donner espoir à l'enfant.

Douzième rencontre

Objectifs spécifiques à la rencontre :

- Évaluer la symptomatologie des enfants.
- Célébrer les acquis.

Parents et enfants se réunissent et partagent un goûter. Les enfants sont félicités pour leur participation et leurs progrès. Cette période de célébration est précédée d'une période où les questionnaires (temps 2) sont complétés par les enfants et les parents.
