

**Université de Montréal**

**Contenu verbalisé par l'enfant victime d'agression sexuelle lors de la thérapie  
(TF-CBT) et diminution des symptômes**

**Par Valérie Mercier**

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Doctorat en Psychologie clinique (D.Psy)

Septembre 2014

© Valérie Mercier, 2014

## Résumé

Cette étude exploratoire vise à examiner le lien entre le contenu verbalisé (nombre et types de détails) par l'enfant victime d'agression sexuelle (AS) lors de la *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* et la diminution des symptômes après la thérapie. L'échantillon est composé de 28 enfants âgés entre 6 à 13 ans. Les résultats pré-thérapie et post-thérapie observés à l'aide des versions françaises du *Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised* et du *Child Behavior Checklist* ont permis de répartir les enfants en deux groupes; soit si l'on observe une diminution ou une persistance des symptômes de stress post-traumatique, des symptômes intériorisés et extériorisés après la thérapie. Les verbatims des séances de thérapie concernant les détails associés à l'AS ont été transcrits et cotés en tant que nouveaux détails (divulgués une seule fois) ou détails répétés ainsi qu'en 12 catégories. Les résultats aux tests de Mann-Whitney n'indiquent aucune différence significative entre les groupes pour ce qui est du nombre moyen total de détails nouveaux et répétés divulgués. Toutefois, lorsque comparé au groupe persistance des symptômes, le groupe diminution des symptômes a verbalisé significativement plus de nouveaux détails pour les catégories action et lieu.

**Mots-clés:** agression sexuelle, enfant, thérapie cognitivo-comportementale, exposition au trauma, symptômes, psychologie clinique

## **Abstract**

This exploratory study examined the relationship between the content (number and types of details) verbalized by the child victim of sexual abuse (SA) during trauma-focused cognitive-behavioural therapy and the reduction of symptoms after therapy. The sample was made up of 28 children between the ages of 6 and 13 years. On the basis of the pre- and post-therapy results observed using the French versions of the Children's Impact of Traumatic Events Scale–Revised and the Child Behavior Checklist, the children were divided into two groups: those with a reduction of and those with a persistence of post-traumatic stress symptoms and internalized and externalized symptoms following therapy. Verbatim accounts of therapy sessions concerning SA-related details were transcribed and scored as new details (disclosed only once) or repeated details in 12 detail categories. The Mann-Whitney test results indicated no significant difference between the two groups with regard to the total average number of new details and repeated details disclosed. However, compared with the persistence of symptoms group, the reduction of symptoms group verbalized significantly more new details for the action and place categories.

**Keywords:** sexual abuse, children, cognitive-behavioral therapy, trauma exposure, symptoms

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	i
<b>Abstract</b> .....	ii
<b>Liste des tableaux</b> .....	iv
<b>Liste des abréviations</b> .....	v
<b>Remerciements</b> .....	vi
Contenu verbalisé par l'enfant victime d'agression sexuelle lors de la thérapie ( <i>TF-CBT</i> ) et diminution des symptômes.....	vii
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Méthodologie</b> .....	4
<b>Résumé</b> .....	7
<b>Discussion</b> .....	8
<b>Références</b> .....	15
<b>Biographie des auteurs</b> .....	17
<b>Annexes</b> .....	18

## Liste des tableaux

### Tableau 1

Comparaison du nombre moyen de détails nouveaux et répétés (écart-type) divulgués selon les catégories de détails et les groupes d'appartenance .....15

## Liste des abréviations

AS	Agression sexuelle
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CEMV	Centre d'Expertise Marie-Vincent à Montréal
CITES-II	<i>Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV</i>
DSM-V	<i>Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-V</i>
<i>ET</i>	Écart-type
<i>M</i>	Moyenne
<i>n</i>	Nombre
NS	Non significatif
SA	<i>Sexual Abuse</i>
TF-CBT	<i>Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy</i>

## Remerciements

C'est avec nostalgie et des souvenirs pleins la tête que se termine pour moi cette belle étape de ma vie. Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice d'essai doctoral, Mireille Cyr, pour son soutien, sa présence et sa confiance tout au long de mon parcours. Je désire également remercier Martine Hébert, ma co-directrice, Pierre McDuff et Laurence Séguin-Brault pour leur apport précieux dans la réalisation de ce projet.

Je tiens aussi à remercier mes merveilleux collègues de recherche avec lesquels j'ai partagé fous rires et beaux moments au cours de ces dernières années et qui m'ont aidée dans toutes les étapes de mon cheminement : Valérie, Karine, Jonathan, Agnès et Mélanie. Je me considère particulièrement chanceuse de vous avoir eu à mes côtés et d'avoir pu travailler avec une si belle équipe. Aussi, un grand merci aux intervenantes, à l'équipe de recherche du Centre d'expertise Marie-Vincent et aux familles qui ont rendu possible l'accomplissement de ce projet.

Je tiens à remercier les Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC), le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRICPAS), la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants et l'Équipe violence et santé (ÉVISSA) qui m'ont aidée financièrement tout au long de mes études doctorales.

Finalement, je tiens à remercier tout particulièrement Mickaël, mes amies, dont Catherine, Dominique, Ève, Mélodie, Sara, Valérie et tous les autres, ainsi que mon père, ma mère, ma sœur et ma belle-mère pour leur encouragement et leur soutien dans mes hauts et mes bas. Votre présence au quotidien a fait de ces dernières années une aventure merveilleuse parsemée de plaisir, de folies et d'agréables moments. Sans vous, cela aurait été différent, sans vous, je n'y serais pas arrivée. Bref, merci d'être vous, merci d'avoir cru en moi. Merci d'être là.

Contenu Verbalisé par l'Enfant Victime d'Agression Sexuelle lors de la Thérapie (*TF-CBT*) et  
Diminution des Symptômes

Soumis pour publication : Mercier, V., Cyr, M. & Hébert, M. (2014). Contenu verbalisé par l'enfant victime d'agression sexuelle et diminution des symptômes après la thérapie (TF-CBT). *Travail Social Canadien*, 16 (1), 10-22.

Au cours des dernières décennies, plusieurs programmes d'intervention ont été élaborés afin d'intervenir le plus rapidement et le plus efficacement possible auprès des enfants victimes d'agression sexuelle (AS). Toutefois, il semblerait que les diverses approches thérapeutiques n'auraient pas toutes la même efficacité (Berliner, 2005). Les résultats de plusieurs études indiquent que les thérapies cognitivo-comportementales sont particulièrement efficaces pour le traitement des enfants et adolescents victimes d'AS (Saywitz *et coll.*, 2000; Harvey et Taylor, 2010). Parmi celles-ci se retrouve la *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)* (Deblinger et Helfin, 1996; Cohen *et coll.*, 2006), considérée comme un traitement exemplaire pour ce groupe d'enfants (Silverman *et coll.*, 2008; Hébert *et coll.*, 2011).

La *TF-CBT* est une thérapie cognitivo-comportementale offerte aux enfants ayant vécu un traumatisme et a pour objectif la diminution des difficultés affectives, cognitives, comportementales et relationnelles (Deblinger et Heflin, 1996; Cohen *et coll.*, 2006). Elle se déroule généralement sur 12 séances d'environ 90 minutes et comprend des séances individuelles avec l'enfant ainsi qu'avec son parent et des séances dyadiques parent-enfant. Le volet enfant se divise en plusieurs composantes, dont la narration du traumatisme, qui constitue l'un des objectifs primordiaux de la *TF-CBT* (Simoneau *et coll.*, 2011). Le thérapeute, dans un environnement sécurisant, amène l'enfant à élaborer l'histoire de son AS en décrivant les détails associés ainsi que les pensées et les émotions qui y sont liées. La préparation d'un récit narratif sur le traumatisme repose sur le principe de l'exposition cognitive et a pour objectifs de contrer les stratégies d'évitement employées par l'enfant ainsi que de diminuer les sentiments négatifs et les pensées erronées associés à l'AS.

Plusieurs études ont évalué l'efficacité de la *TF-CBT*, notamment en la comparant avec d'autres types d'intervention comme les traitements usuels offerts (Deblinger *et coll.*, 1996) ou la

*Child-Centered Therapy for Treating Posttraumatic Stress Disorder* (Cohen *et coll.*, 2004). Les résultats de ces études révèlent une diminution significative des symptômes de stress post-traumatique, des symptômes extériorisés ainsi que des symptômes dépressifs chez les enfants qui participent à la *TF-CBT* relativement aux enfants ayant bénéficié d'autres types d'intervention. Des mesures suivies ont aussi été effectuées afin de documenter les effets à plus long terme de la *TF-CBT* (Deblinger *et coll.*, 1999; Deblinger *et coll.*, 2006) et les résultats indiquent que les acquis chez les enfants victimes d'AS se maintiennent sur une période de deux ans suivant les interventions.

### **L'exposition cognitive et le récit verbal**

Le récit narratif est une composante du traitement *TF-CBT* qui repose sur l'exposition cognitive. Cette dernière découle des concepts du conditionnement classique et du conditionnement opérant et se base, de façon plus spécifique, sur le processus d'habituation (Wolpe, 1958; Stampfl et Levis, 1967). Ce processus consiste en la diminution graduelle de l'intensité de la réactivité émotionnelle à la suite d'une présentation répétée du stimulus qui en est la cause. Ainsi, selon ce principe, plus l'enfant victime d'AS est exposé de façon répétée au récit de l'événement vécu, moins il ressentira d'émotions négatives (p. ex., honte, anxiété) et de symptômes associés au traumatisme. Des études soutiennent l'efficacité de l'exposition cognitive afin de diminuer les symptômes dans le traitement de différents troubles, notamment les troubles anxieux, la dépression et le trouble de stress post-traumatique (Foa et Rothbaum, 1998; Foa *et coll.*, 1999 ; Rothbaum *et coll.*, 2000).

Les mécanismes qui permettent d'expliquer les effets de l'exposition par narration du traumatisme ne sont pas encore élucidés. Toutefois, les écrits scientifiques font mention d'une théorie principale, soit la théorie des changements cognitifs (Pennebaker, 1997; Pennebaker et

Chung, 2007; Pennebaker et Chung, 2011). Cette théorie propose que le fait de transformer des souvenirs et des images en mots modifie la façon dont la personne organise et pense à son traumatisme. Ainsi, en intégrant les pensées et les émotions, la personne peut construire plus facilement un discours cohérent de son expérience. Une fois l'événement reconstruit, il peut être plus facilement résumé et emmagasiné de façon efficace. Cette dernière théorie nécessite toutefois davantage d'appui scientifique.

En ce sens, maintes études ont été effectuées dans les dernières années afin de comprendre les facteurs qui influencent la réussite ou l'échec de l'exposition. Pennebaker et Chung (2011) rapportent qu'il n'y aurait pas de différence individuelle significative (p. ex., degré d'anxiété, d'hostilité et d'inhibition), ni de différence culturelle ou de langage qui permettrait d'expliquer pourquoi certaines personnes bénéficient davantage des récits écrits. Analyser le contenu des verbalisations lors de l'exposition pourrait être une façon de mieux cerner les facteurs influençant les bénéfices physiques et mentaux qui y sont liés.

Aussi, une récente étude (Philippot *et coll.*, 2010) indique que les participants ayant exploré en détail les aspects spécifiques d'une situation anxiogène (versus explorer de façon générale ces aspects ou ne pas faire d'exposition verbale) sont ceux qui ont rapporté le niveau d'anxiété le plus faible après l'exposition. Ces résultats rejoignent ceux d'études antérieures qui indiquent que le fait de discuter de façon détaillée d'un événement spécifique en explorant les émotions, les sensations et les pensées qui y sont liées est associé à un niveau plus faible d'intensité émotionnelle ressentie (Philippot *et coll.*, 2006; Raes *et coll.*, 2006).

En ce sens, la présente étude exploratoire vise à examiner le lien entre le contenu verbalisé par l'enfant victime d'AS lors de l'exposition au traumatisme et la diminution des symptômes à la suite de la thérapie. En nous basant sur les recherches antérieures rapportant les

études évaluatives de la *TF-CBT*, ainsi que sur les principes de l'exposition par récit verbal, nous formulons l'hypothèse voulant que plus les enfants auront verbalisé de détails concernant l'AS lors de la thérapie, plus l'exposition aura été complète et plus importante sera la diminution des symptômes de stress post-traumatique ainsi que des symptômes intériorisés et extériorisés suivant la thérapie. Différentes catégories de détails seront également considérées afin d'en explorer leur influence sur la présence des symptômes.

## Méthodologie

### Participants

L'échantillon de cette étude se compose de 28 enfants victimes d'AS ayant suivi une thérapie *TF-CBT* au Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) à Montréal entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 30 juillet 2012 et leur parent non-agresseur. Les enfants, 6 garçons et 22 filles, sont âgés de 6 à 13 ans ( $M= 9,3$  ans;  $ET= 2,1$ ). Parmi ces derniers, 8 (29 %) ont subi un seul incident d'AS, 12 (42 %) ont subi quelques épisodes d'AS et 8 enfants (29 %) ont subi des épisodes répétitifs ou chroniques d'AS. Les agresseurs étaient soit une figure parentale ( $n=7$ ), un membre de la fratrie ( $n=6$ ), un membre de la famille élargie ( $n=7$ ), une connaissance ( $n=7$ ) ou un étranger ( $n=1$ ). Les événements rapportés par les enfants étaient des AS très graves, impliquant une pénétration ou tentative de pénétration ( $n=15$ ), des AS graves, impliquant des contacts physiques sous les vêtements ou avec déshabillage ( $n=11$ ) ou des AS moins graves, impliquant des contacts physiques par-dessus les vêtements ou des expériences sexuelles sans contact physique ( $n=2$ ).

Le choix des participants a été déterminé en fonction de deux critères. Tout d'abord, les enfants et leur parent devaient avoir complété la thérapie ainsi que les deux questionnaires requis pour le présent projet, et ce, au début et à la fin de la thérapie. Ensuite, la totalité des

enregistrements vidéos des séances devait être disponible. Au départ, 93 enfants répondaient à ces critères. Une analyse de regroupement (cluster) à l'aide des scores de différence (T2-T1 sur les trois types de symptômes) a été effectuée et a permis de diviser l'échantillon en quatre groupes distincts. Les participants faisant partie du groupe s'étant le plus amélioré et ceux du groupe s'étant le moins amélioré à la fin de la thérapie en tenant compte des scores totaux combinés sur les trois types de symptômes (*CITES-II* et *CBCL*: scores intériorisés et extériorisés) requis pour l'étude ont été sélectionnés. Finalement, 14 enfants ont été inclus pour le groupe persistance des symptômes et 14 enfants ont été retenus pour le groupe diminution des symptômes.

## **Mesures**

La version française (Hébert, 2006) du *Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised* (*CITES-II*, Wolfe, 2002) a été remplie par les enfants. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 55 questions pour lequel l'enfant doit choisir l'une des trois réponses (faux, un peu vrai ou très vrai). Le questionnaire tient compte des trois symptômes principaux de l'état de stress posttraumatique selon le DSM-IV: les symptômes de réexpérimentation, d'hypervigilance et d'évitement. Le *CITES-II* permet donc d'évaluer la présence de symptômes de stress posttraumatique chez les enfants et couvre les critères B, C et D du DSM-IV. Le score total du questionnaire (incluant les symptômes de réexpérimentation, d'hypervigilance et d'évitement) a été considéré pour les analyses. À noter que selon la plus récente version du DSM (DSM-5), un groupe de symptômes additionnel s'ajoute, soit l'humeur et les cognitions négatives. Toutefois, comme la cueillette de données s'est réalisée avant la parution du DSM-5, ce groupe de symptômes n'a pas été considéré.

La version française du *Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL 6-18)*, Vermeersch et Fombonne, 1997; Achenbach et Rescorla, 2001) est un questionnaire rempli par les parents qui permet d'évaluer la présence de symptômes intériorisés et extériorisés chez l'enfant. Le questionnaire est composé de 113 points associés aux catégories suivantes : le retrait social, la somatisation, l'anxiété, la dépression, les problèmes sociaux, les problèmes attentionnels, les comportements agressifs et délinquants. Dans cette étude, les scores globaux combinés référant aux troubles intériorisés et extériorisés ont été considérés.

### **Procédures**

Les enregistrements des séances de thérapie ont été visionnés pour les 28 enfants de l'échantillon. Le verbatim anonymisé, concernant les détails associés à l'AS, a été transcrit et les détails verbalisés par l'enfant ont été cotés à l'aide d'une grille déjà élaborée (Lamb *et coll.*, 1996, traduite par Cyr *et coll.*, 2002). Les détails des verbalisations, définis en unité de mots, ont ensuite été classés en 12 catégories selon qu'ils concernent les actions (p. ex., « *il n'arrêtait pas de m'embrasser* »), les lieux (p. ex., « *c'est arrivé dans le salon* »), le temps (p. ex., « *c'était durant l'été* »), le suspect (p. ex., « *il avait une moustache* »), les témoins (p. ex., « *ma mère dormait dans sa chambre* »), la victime (p. ex., « *j'avais un pyjama* »), les émotions (p. ex., « *j'avais peur* »), les perceptions sensorielles (p. ex., « *il sentait l'alcool* »), les pensées (p. ex., « *je voulais partir* »), les parties du corps (p. ex., « *ma vulve et mes fesses* »), le contenu verbal (p.ex., « *il m'a dit: « dis le pas »* ») ou autres (p. ex., « *oui* », « *non* »). Les informations données par l'enfant ont également été cotées en tant que nouveau détail (divulgué une seule fois par l'enfant) ou détail répété (ayant été divulgué à plus d'une reprise).

Avant de codifier les 28 transcriptions, deux coteurs ont été formés à utiliser la grille jusqu'à l'obtention d'un accord interjuges satisfaisant. Neuf transcriptions ont été cotées par les

deux coteurs afin de s'assurer de la fidélité interjuges dont le taux moyen est de 0,93 (corrélation intraclasse).

## Résultats

Tout d'abord, des analyses (chi-deux et test-t) ont été effectuées afin de vérifier s'il y avait des différences entre les groupes sur le plan de l'âge des enfants, du lien avec l'agresseur, de la durée des AS et de la sévérité des gestes vécus. Les résultats n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes à l'exception de la durée des AS ( $\chi^2(1) = 9,58, p < .01$ ) indiquant qu'une proportion plus grande d'enfants a vécu des agressions répétées ou chroniques dans le groupe 2 (persistance des symptômes) lorsque comparé au groupe 1 (diminution des symptômes). Toutefois, un test-t effectué n'indique pas de différence significative pour ce qui est du nombre de détails nouveaux ( $t(24) = 9,74, ns$ ) ou répétés ( $t(24) = ,42, ns$ ) divulgués par les enfants selon la durée des AS. De plus, aucun lien significatif n'existe entre l'âge des enfants et le nombre de détails nouveaux ( $r = ,28, ns$ ) ou répétés ( $r = ,01, ns$ ) divulgués par ces derniers. C'est pourquoi cette variable ne sera pas considérée dans les analyses.

Comme plusieurs variables à l'étude ne permettent pas de répondre aux postulats de base des tests paramétriques ni leurs transformations et compte tenu de la faible taille de l'échantillon, des analyses non paramétriques de Mann-Whitney pour l'ensemble des variables ont été effectuées afin de comparer le nombre moyen total de détails verbalisés (nouveaux et répétés) ainsi que le nombre moyen de détails verbalisés pour chacune des catégories selon les groupes (voir le Tableau 1).

De façon générale, les enfants des deux groupes ont rapporté un nombre moyen plus élevé de nouveaux détails concernant les catégories : action, pensée, contenu verbal, temps et

lieu. Pour ce qui est des détails répétés, les catégories de détails les plus souvent divulguées indépendamment des groupes sont les suivantes : action, contenu verbal et autre.

Les résultats du Test Mann-Whitney ne démontrent aucune différence significative entre les deux groupes pour ce qui est du nombre moyen total de détails nouveaux ( $U=69$ ,  $z=-1,33$ , *ns*,  $r=0,25$ ) et répétés ( $U=84$ ,  $z=-0,64$ , *ns*,  $r=0,12$ ) divulgués par les enfants. Aussi, bien que les enfants chez qui on observe une diminution des symptômes à la suite de la thérapie (Gr. 1) ont verbalisé, en moyenne, un nombre plus élevé pour 11 des 12 catégories de nouveaux détails et pour 8 des 12 catégories de détails répétés que les enfants chez lesquels on observe une persistance des symptômes (Gr. 2), les résultats du Test Mann-Whitney n'indiquent pas de différences significatives entre les groupes pour la majorité des catégories de détails. Toutefois, lorsque comparé au groupe persistance des symptômes (Gr. 2), le groupe diminution des symptômes (Gr. 1) a verbalisé significativement plus de nouveaux détails pour la catégorie action ( $U=54,5$ ,  $z=-2$ ,  $p<.05$ ,  $r=0,38$ ) et la catégorie lieu ( $U=52$ ,  $z=-2,12$ ,  $p<.05$ ,  $r=0,41$ ).

## **Discussion**

L'objectif principal de cette recherche exploratoire consistait à examiner le lien entre le contenu verbalisé par l'enfant victime d'AS lors de l'exposition au traumatisme et la diminution des symptômes à la suite de la thérapie. La discussion aborde deux aspects, soit le nombre total de détails ainsi que les catégories et les types de détails.

### **Nombre total de détails**

Les résultats de cette étude n'indiquent pas de différence significative entre les deux groupes (diminution ou persistance des symptômes) pour ce qui est du nombre moyen total de détails nouveaux et répétés verbalisés par les enfants victimes d'AS lors de la narration du

traumatisme. Ces résultats vont à l'encontre de l'hypothèse énoncée précédemment. Les résultats ne permettent donc pas d'apporter une réponse claire concernant les facteurs qui peuvent influencer la réussite ou l'échec des séances d'exposition. Toutefois, puisqu'en moyenne, le groupe présentant une diminution des symptômes à la suite de la thérapie a divulgué un nombre moyen total de nouveaux détails et de détails répétés plus élevé que le groupe présentant une persistance des symptômes, il est important de considérer que l'absence de différences significatives puisse être liée à un manque de puissance statistique compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

De plus, Deblinger *et coll.* (2011) mentionnent que la *TF-CBT* avec narration du traumatisme semble être plus bénéfique pour la diminution des symptômes intériorisés (p.ex., anxiété et peur) alors que la *TF-CBT* sans narration du traumatisme serait plus efficace pour la diminution des problèmes de comportement, tels que rapportés par les parents (p.ex., problèmes sociaux, comportements agressifs et délinquants). Il semble donc que l'exposition au traumatisme pourrait ne pas être aussi bénéfique, notamment comme première phase du traitement, lorsque les symptômes extériorisés sont prédominants chez les enfants. Des études futures devraient tenir compte des types de symptômes présents afin de voir si l'exposition est moins prioritaire comme modalité de traitement ou devrait être précédée d'une approche ciblant les troubles de comportement, lorsque les symptômes extériorisés sont prédominants chez les enfants.

Il semble également pertinent de prendre en considération le fait que les détails verbalisés par les enfants n'ont pas été classés en ordre de priorité pour eux. En ce sens, un enfant peut avoir verbalisé un petit nombre de détails qu'il juge importants (p.ex., détails suscitant beaucoup d'anxiété, de peur et de honte chez l'enfant; détails n'ayant jamais été dévoilés à une autre

personne auparavant) et ainsi bénéficier davantage des effets de l'exposition qu'un enfant ayant verbalisé beaucoup de détails qu'il juge moins importants. Cet aspect, très difficile à mesurer, peut influencer l'interprétation des résultats.

Il est aussi possible de se questionner sur l'influence de variables, autre que le nombre de détails, sur la réussite de l'exposition cognitive. Les écrits scientifiques rapportent que les personnes qui commenceraient leur récit narratif avec une histoire cohérente de l'événement traumatique bénéficieraient moins des séances d'exposition étant donné qu'ils auraient déjà organisé et intégré leurs souvenirs traumatiques (Pennebaker et Chung, 2011). Cet aspect est toutefois difficile à évaluer chez les enfants. Également, la période sur laquelle se déroulent les séances d'exposition pourrait avoir un impact sur les résultats obtenus. Toutefois, cet aspect n'a pas été pris en compte puisqu'il semblerait que l'exposition par récit narratif serait aussi bénéfique si elle est effectuée sur une même journée que sur plusieurs jours (Chung et Pennebaker, 2008).

### **Catégories et type de détails**

Les résultats de la présente étude indiquent toutefois que les enfants chez lesquels on observe une diminution des symptômes à la suite de la *TF-CBT* ont divulgué un nombre significativement plus élevé de nouveaux détails concernant les actions et les lieux. Plusieurs éléments sont à considérer dans l'interprétation de ces résultats.

La catégorie action est celle qui a été la plus souvent verbalisée par les enfants des deux groupes, ce qui pourrait expliquer que la différence entre les groupes soit significative contrairement à la plupart des autres catégories. Ensuite, selon Cyr *et coll.* (2002), les détails verbalisés par les enfants victimes d'AS peuvent être catégorisés comme étant des détails centraux (essentiels à la compréhension des AS) ou des détails périphériques (non essentiels à la

compréhension des AS). En ce sens, les catégories action et lieu sont plus susceptibles de contenir des détails centraux (p. ex., « *il me touchait dans la chambre* ») contrairement à d'autres catégories telles que les catégories victime, pensée, émotion, témoin et suspect, qui sont plus susceptibles de contenir des détails périphériques (p. ex., « *je portais un chandail rose* »). Il est donc possible de croire que la verbalisation de détails centraux, puisqu'elle permet une meilleure compréhension des AS et donc possiblement une meilleure intégration et cohérence de ces événements, augmente les bénéfices liés à l'exposition. Cela pourrait expliquer, en partie, les différences significatives obtenues entre les groupes.

Selon les résultats significatifs pour ces deux catégories, il apparaît plus bénéfique pour les enfants d'élaborer de nouveaux détails que de répéter des détails déjà divulgués auparavant. Pennebaker et Graybeal (2001) mentionnent que lorsque la structure et la cohérence de l'événement traumatique sont établies, l'individu ressent un sentiment d'achèvement et de contrôle lui permettant de mieux s'adapter à son traumatisme. En ce sens, il est possible de croire que la répétition des détails, puisqu'elle ne favorise pas directement la cohérence et la structure des AS, n'est pas aussi bénéfique que l'élaboration de nouveaux détails.

### **Limites de l'étude**

Cette étude comprend certaines limites, dont la faible taille de l'échantillon. En effet, afin de s'assurer de n'avoir que des groupes extrêmes, ce projet n'a pu répertorier que 28 participants, ce qui pourrait influencer la précision et la fiabilité des résultats.

Également, certains facteurs pouvant influencer les résultats, dont les caractéristiques des intervenantes et le type de questions posées par celles-ci, n'ont pas été considérés. Bien que la formation préalable sur la *TF-CBT* et la formation professionnelle des intervenantes soient similaires (c.-à-d.. psychologie, sexologie, psychoéducation), plusieurs intervenantes ont réalisé

les séances de thérapie (10 dans le groupe 1 et 7 dans le groupe 2) et il est possible que des facteurs non considérés dans la présente étude influent sur les résultats. Aussi, plusieurs auteurs (Hershkowitz, 2001; Cyr et Lamb, 2009) indiquent que l'utilisation de questions ouvertes (p.ex., « *parle-moi de l'agression* ») avec les enfants victimes d'AS, contrairement à des questions directes (p.ex., « *il t'a touché sur ou sous les vêtements ?* ») ou des questions fermées (p. ex., « *est-ce qu'il t'a fait mal?* »), entraîne un nombre plus important de détails. Cela pourrait donc influencer le nombre total de détails verbalisés par les enfants. Une autre limite de l'étude est la présence d'autres événements significatifs de nature traumatique chez les enfants pendant les séances de thérapie. En effet, d'autres événements parfois vécus par les enfants victimes d'AS et qui peuvent être très anxiogènes pour eux, comme un placement en famille d'accueil ou un témoignage à la cour, n'ont pas été considérés. Malgré l'influence possible de ces événements, il est très difficile d'en évaluer l'apport spécifique sur les symptômes présents chez les enfants à la fin du traitement.

Finalement, Pennebaker et Chung (2011) mentionnent que les effets des séances d'exposition peuvent apparaître quelques jours, quelques semaines ou même quelques mois suivant l'élaboration du récit narratif. Puisque les questionnaires ont été administrés à la fin des séances de thérapie, il n'est pas possible d'observer les effets à long terme des séances d'exposition sur les symptômes des enfants. De futures recherches tenant compte de ces limites devraient être effectuées afin de contrôler et de vérifier leur influence.

### **Implications cliniques**

Les résultats de cette étude exploratoire soulignent des éléments pertinents à prendre en compte dans les pratiques d'intervention auprès des enfants victimes d'AS. En effet, il est possible de se questionner sur l'importance en tant qu'intervenant d'encourager davantage les

enfants à verbaliser des détails concernant les événements qu'ils ont vécus. Selon les résultats de cette étude, il semblerait que cela pourrait être souhaitable, notamment pour ce qui est des actions et des lieux reliés aux AS. Cela pourrait contribuer à effectuer une exposition au traumatisme qui serait possiblement plus complète, influençant ainsi la diminution des symptômes présents chez ces derniers. Toutefois, de futures recherches sur le sujet, comportant un échantillon d'enfants plus vaste, sont nécessaires afin de répondre de façon définitive à cette question.

Tableau 1

*Comparaison du nombre moyen de détails nouveaux et répétés (écart-type) divulgués selon les catégories de détails et les groupes d'appartenance*

Catégories (détails)	Détails nouveaux		Mann-Whitney	Détails répétés		Mann-Whitney
	Diminution symptômes (n=14)	Persistence symptômes (n=14)		Diminution symptômes (n=14)	Persistence symptômes (n=14)	
Action	81(79)	38(33)	54,5*	15(21)	11(10)	97
Pensée	45 (41)	33 (28)	91,5	5 (6)	3 (5)	90
Contenu verbal	40 (48)	25 (24)	88	8 (11)	4 (7)	74,5
Temps	40 (50)	21 (14)	76	2 (3)	5 (6)	79
Lieu	30 (33)	11 (6)	52*	6 (9)	2 (2)	71
Témoin	16 (19)	11 (13)	90	3 (4)	2 (4)	79,5
Émotion	15 (10)	13 (7)	80,5	2 (2)	2 (2)	91,5
Partie du corps	14 (14)	8 (6)	68,5	5 (7)	5 (8)	95,5
Suspect	11 (8)	8 (8)	73,5	1 (2)	2 (4)	87
Autre	9 (7)	8 (7)	91	9 (8)	5 (5)	70,5
Victime	8 (12)	3 (5)	82,5	2 (3)	1 (4)	89
Perception sensorielle	5 (12)	5 (6)	71,5	3 (7)	0 (0)	82,5
Total	313 (261)	183 (91)	69	61 (52)	43 (22)	84

*Note.* \* $p < .05$

## Références

- ACHENBACH, T.M. et RESCORLA, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Form and Profile*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- BERLINER, L. (2005). « The results of randomized clinical trials move the field forward », *Child Abuse and Neglect*, 29, 103-105.
- CHUNG, C.K. et PENNEBAKER, J.W. (2008). « Variations in the spacing of expressive writing sessions », *British Journal of Health Psychology*, 13, 15-21.
- COHEN, J. A., DEBLINGER, E., MANNARINO, A.P. et STEER, R.A. (2004). « A multi-site randomized controlled trial for children with abused-related PTSD symptoms », *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- COHEN, J.A., MANNARINO, A.P. et DEBLINGER, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*, New York, NY, Guilford Press.
- CYR, M. et LAMB, M.E. (2009). « Assessing the effectiveness of the NICHD investigative interview Protocol when interviewing French-speaking alleged victims of child sexual abuse in Quebec », *Child Abuse and Neglect*, 33, 257-268.
- CYR, M., DION, J., PERREAULT, R. et RICHARD, N. (2002). *Analyse du contenu et de la qualité de l'entrevue: Manuel de cotation des entrevues d'investigation*, Montréal, Canada: Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles (CRIPCAS).
- DEBLINGER, E. et HEFLIN, A.H. (1996). *Treating Sexually Abused Children and their Nonoffending Parents: A cognitive-behavioral approach*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- DEBLINGER, E., LIPPMANN, 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., MANNARINO, A.P., COHEN, J.A., RUNYON, M.K. et STEER, R.A. (2011). « Trauma-Focused cognitive behavioural therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length », *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- DEBLINGER, E., MANNARINO, A.P., COHEN, J.A. et STEER, R.A. (2006). « Follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms: examining predictors of treatment response », *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484.
- 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 et Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- FOA, E.B. et ROTHBAUM, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*, New York, NY, Guilford Press.
- FOA, E.B., DANCU, C.V., HEMBREE, E.A., JAYCOX, L.H., MEADOWS, E.A. et STREET, G.P. (1999). « A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- HARVEY, S.T. et TAYLOR, J.E. (2010). « A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents », *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.

- HÉBERT, M. (2006). Traduction française du Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II; Wolfe, 2002), Document inédit, Montréal, QC, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- HÉBERT, M., BERNIER, M.-J. et SIMONEAU, A.C. (2011). « Effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle », in M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pages 205- 252), Québec, QC, Presses de l'Université du Québec.
- HERSHKOWITZ, I. (2001). « Children's responses to open-ended questions: A field study of forensic interviews », *Legal and Criminological Psychology*, 6, 49-63.
- LAMB, M.E., HERSHKOWITZ, I., STERNBERG, K.J., ESPLIN, P.W., HOVAV, M., MANOR, T. et YUDILEVITCH, L. (1996). « Effects of investigative utterance types on Israeli children's responses », *International Journal of Behavioral Development*, 19, 627-637.
- PENNEBAKER, J.W. (1997). « Writing about emotional experiences as a therapeutic process », *Psychological science*, 8(3), 162-166.
- PENNEBAKER, J.W. et CHUNG, C.K. (2007). « Expressive writing, emotional upheavals, and health », in H. Friedman et R. Silver (dir.), *Handbook of health psychology* (pages 264-282), New York, NY, Oxford University Press.
- PENNEBAKER, J. W. et CHUNG, C. K. (2011). « Expressive writing: Connections to physical and mental health », in H. S. Friedman (dir.), *The Oxford handbook of health psychology* (pages 417-437), New York, NY, Oxford University Press.
- PENNEBAKER, J.W. et GRAYBEAL, A. (2001). « Patterns of natural language use: disclosure, personality, and social integration », *Current Directions in Psychological Science*, 10, 90-93.
- PHILIPPOT, P., BAEYENS, C. et DOUILLIEZ, C. (2006). « Specifying emotional information: Modulation of emotional intensity via executive processes », *Emotion*, 6, 560-571.
- PHILIPPOT, P., VRIELYNCK, N. et MULLER, V. (2010). « Cognitive processing specificity of anxious apprehension: Impact on distress and performance during speech exposure », *Behavior therapy*, 41, 575-586.
- RAES, F., HERMANS, D., WILLIAMS, J.M.G. et EELEN, P. (2006). « Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation », *Cognition and Emotion*, 20, 402-429.
- ROTHBAUM, B.O., MEADOWS, E.A., RESICK, P. et FOY, D.W. (2000). « Cognitive-behavioral therapy », dans E.B. Foa, T.M. Keane et M.J. Friedman (dir.), *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pages 60-83), New York, NY, Guilford Press.
- SAYWITZ, K.J., MANNARINO, A.P., BERLINER, L. et COHEN, J.A. (2000). « Treatment for sexually abused children and adolescents », *American Psychologist*, 55, 1040-1049.
- SILVERMAN, W.K., ORTIZ, C.D., VISWESVARAN, C., BURNS, B.J., KOLKO, D.J., PUTMAN, F.W. et AMAYA-JACKSON, L. (2008). « Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
- SIMONEAU, A.C., DAIGNAULT, I.V. et HÉBERT, M. (2011). « La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma », dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pages 363-398), Québec, Presses de l'Université du Québec.

- STAMPFL, T.G. et LEVIS, D.J. (1967). « Essentials of implosive therapy: A learning-based psychodynamic behavioral therapy », *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- VERMEERSCH, S et FOMBONNE, E (1997). « Le *Child Behavior Checklist* : résultats préliminaires de la standardisation de la version française », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(10), 615-620.
- WOLFE, V.V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*, Document non publié, London, ON, Canada, London Health Science Centre.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, CA, Stanford University Press.

**Valérie Mercier** est titulaire d'un baccalauréat bidisciplinaire en psychologie et psychoéducation et est candidate au doctorat en psychologie clinique (D. Psy) à l'Université de Montréal. Elle s'intéresse principalement aux enfants et adolescents qui vivent différentes problématiques, dont les agressions sexuelles. Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) en plus de faire partie de l'Équipe violence sexuelle et santé (ÉVISSA). Elle est également boursière du Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec (FRQSC).

**Mireille Cyr** (Ph. D. en psychologie) est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal depuis plus de 20 ans. Elle est également la directrice scientifique du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), cotitulaire de la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, en plus de faire partie de l'Équipe violence sexuelle et santé (ÉVISSA). Ses projets de recherche ont porté sur la thématique des agressions sexuelles envers les enfants. Elle s'intéresse particulièrement aux séquelles des agressions sexuelles chez les enfants et les adolescents, aux déterminants du soutien parental et à l'entrevue d'enquête auprès des jeunes enfants soupçonnés d'agression sexuelle.

**Martine Hébert** (Ph. D. en psychologie) est professeure titulaire au Département de sexologie de l'UQAM. Elle s'intéresse à l'agression sexuelle envers les enfants et à la violence dans les relations amoureuses des adolescents et des jeunes adultes. Les projets en cours se centrent sur l'identification des facteurs liés à l'adaptation chez les jeunes ayant récemment dévoilé une agression sexuelle de même que sur l'évaluation des programmes d'intervention. Les recherches en cours tentent aussi de dégager les facteurs de risque liés aux trajectoires de victimisation et de revictimisation, à l'aide de devis longitudinaux, et de dégager les facteurs liés aux profils de résilience. Elle est responsable de l'Équipe FRQSC - Violence sexuelle et santé - (ÉVISSA), cotitulaire de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, responsable de l'Équipe des IRSC sur les traumatismes interpersonnels et membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).