Aider les jeunes enfants victimes d'agression sexuelle: l'implantation de l'approche TF-CBT dans un Centre d'appui aux enfants

Martine Hébert, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants
Chaire du Canada sur les traumas interpersonnels et la résilience

Sophie Bousquet, M.Ps.
Coordonnatrice des services cliniques
Fondation Marie-Vincent

Colloque Violences interpersonnelles
Mai 2018

Plan

- Choix de l’approche TF-CBT
- Objectifs et principales composantes du TF-CBT
- Évaluation des effets
- Conditions optimales pour l’application du traitement
  - Vignette clinique
- Défis rencontrés et adaptations requises pour des cas particuliers

Choix de l’approche TF-CBT

Choix de l’intervention

- Ouverture du Centre en 2005
- Variété d’approches (psychoéducative, cognitivo-comportementale, psychodynamique, centrée sur le trauma, thérapie par le jeu)
- Variation quant au nombre et durée des sessions, de la modalité proposée (intervention individuelle, de groupe ou familiale)
- Saunders : TF-CBT est la seule intervention obtenant la cote « 1 »
- Recensions et méta-analyses :
    - Importante disparité quant aux effets des traitements mais les données probantes favorisent les interventions d’approche cognitivo-comportementale

Objectifs
et
principales composantes du TF-CBT

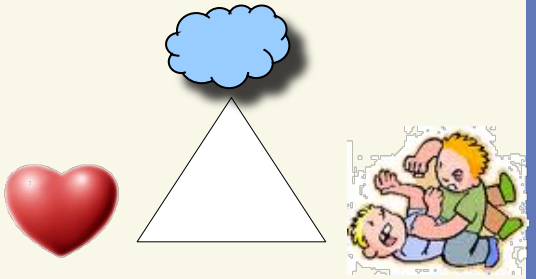
Objectifs du traitement

- Augmenter le sentiment de pouvoir d’agir
- Diminuer la détresse et les symptômes liés à l’AS
- Aider l’enfant à retrouver un bon niveau de fonctionnement général
- S’assurer que l’enfant (et son accompagnateur) n’entretient pas d’erreurs de pensées ou des pensées nuisibles face à l’AS
- Diminuer les risques de revictimisation
- Renforcer certains apprentissages appropriés
- Augmenter la communication parent(s)-enfant (ou accompagnateur-enfant)
- Semer de l’espoir

Composantes du traitement

- Identification et expression des émotions

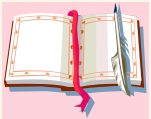
- Triangle cognitif : relation entre les pensées, les émotions et le comportement



- Habiletés de gestion des émotions et/ou des comportements

Composantes du traitement (suite)

- **Information et discussion sur l'agression sexuelle**
- Exposition graduée → récit narratif



- **Traitement des cognitions et affects en lien avec l'agression sexuelle**
- Éducation à la sexualité
- **Habiletés de protection de soi**

Évaluation des effets

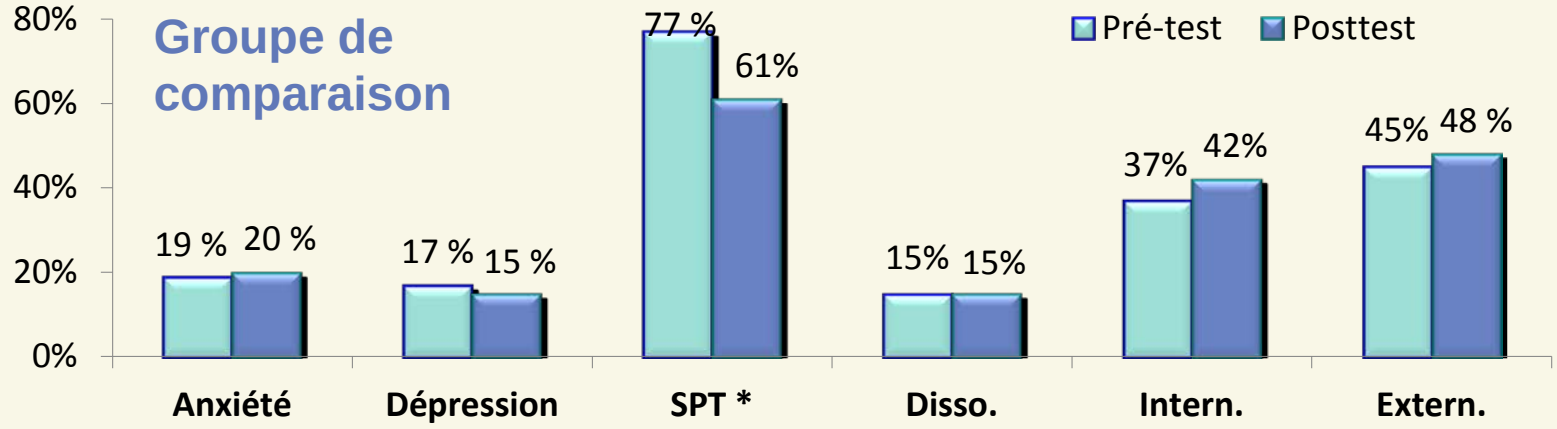
Effets du traitement – Enfants

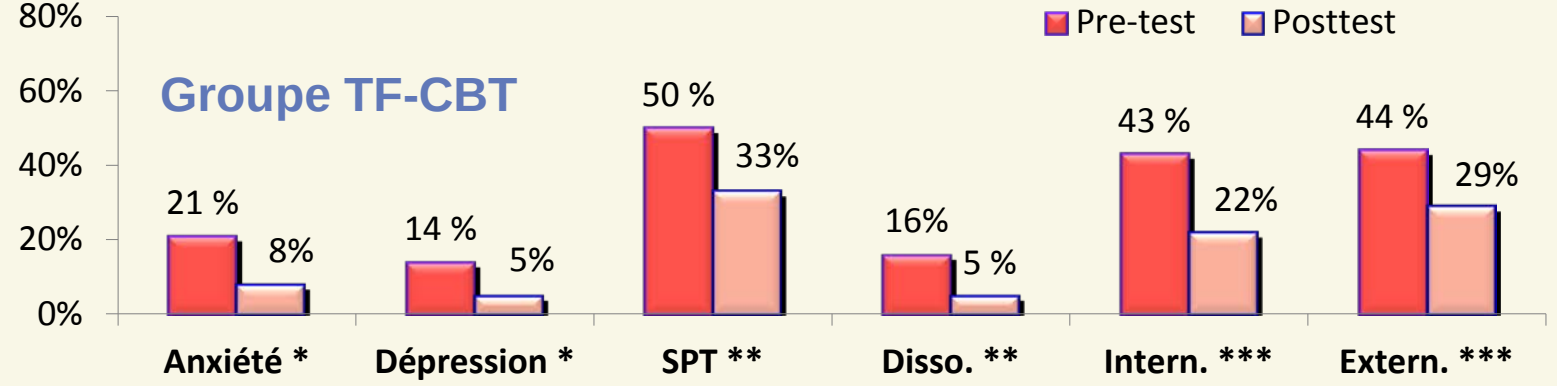
Selon l'enfant		Selon le parent	
STP	***	STP	***
Anxiété	**	Dissociation	***
Dépression	**	Troubles intériorisés	***
Culpabilité/blâme	***	Troubles extériorisés	**
Estime de soi	**		
Soutien maternel	.08		
Attachement mère	**		
Coping d'approche	ns		
Coping d'évitement	***		

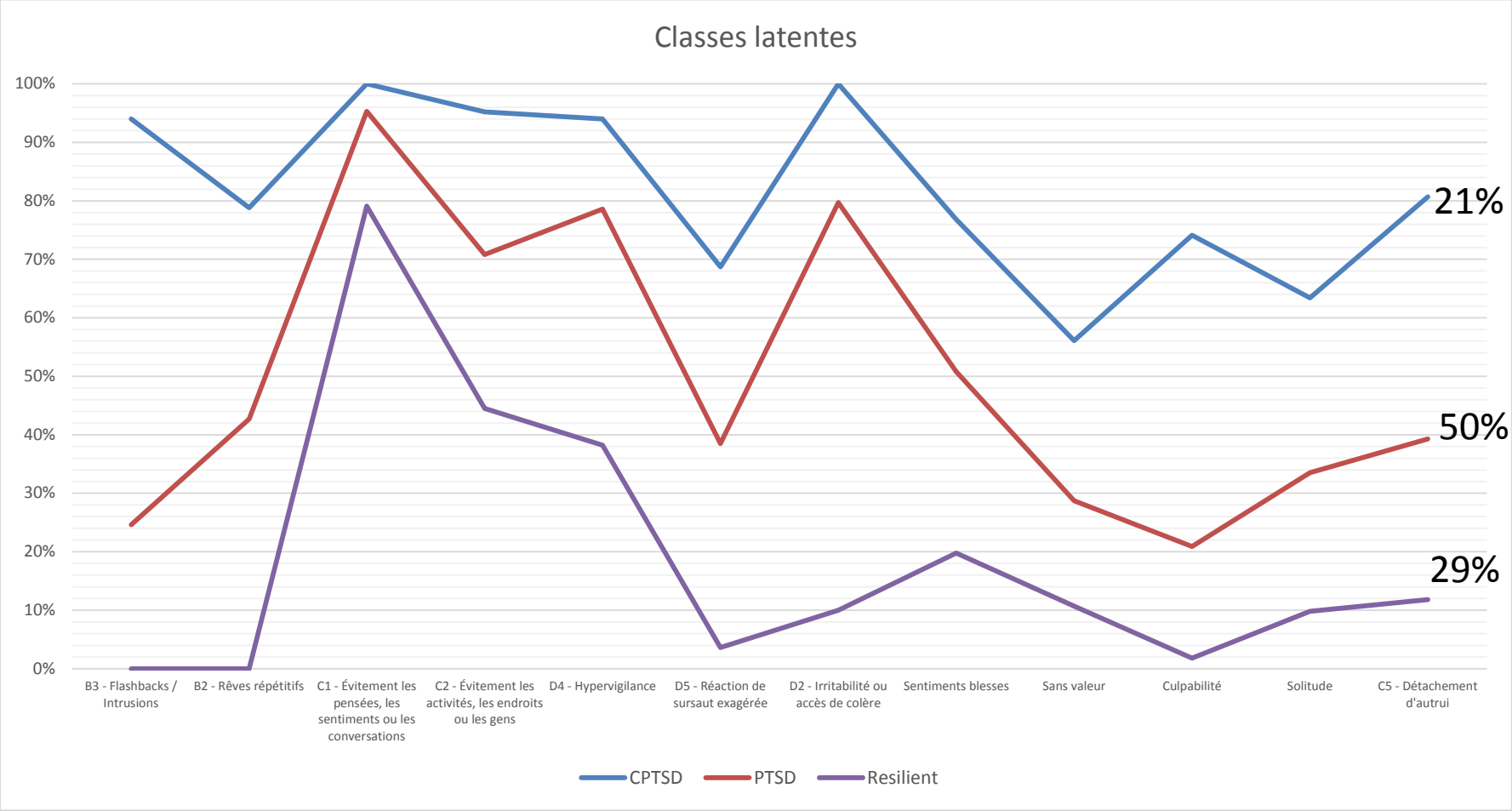
Effets du traitement – Parents

STP	**
Détresse psychologique	**
Culpabilité/blâme	**

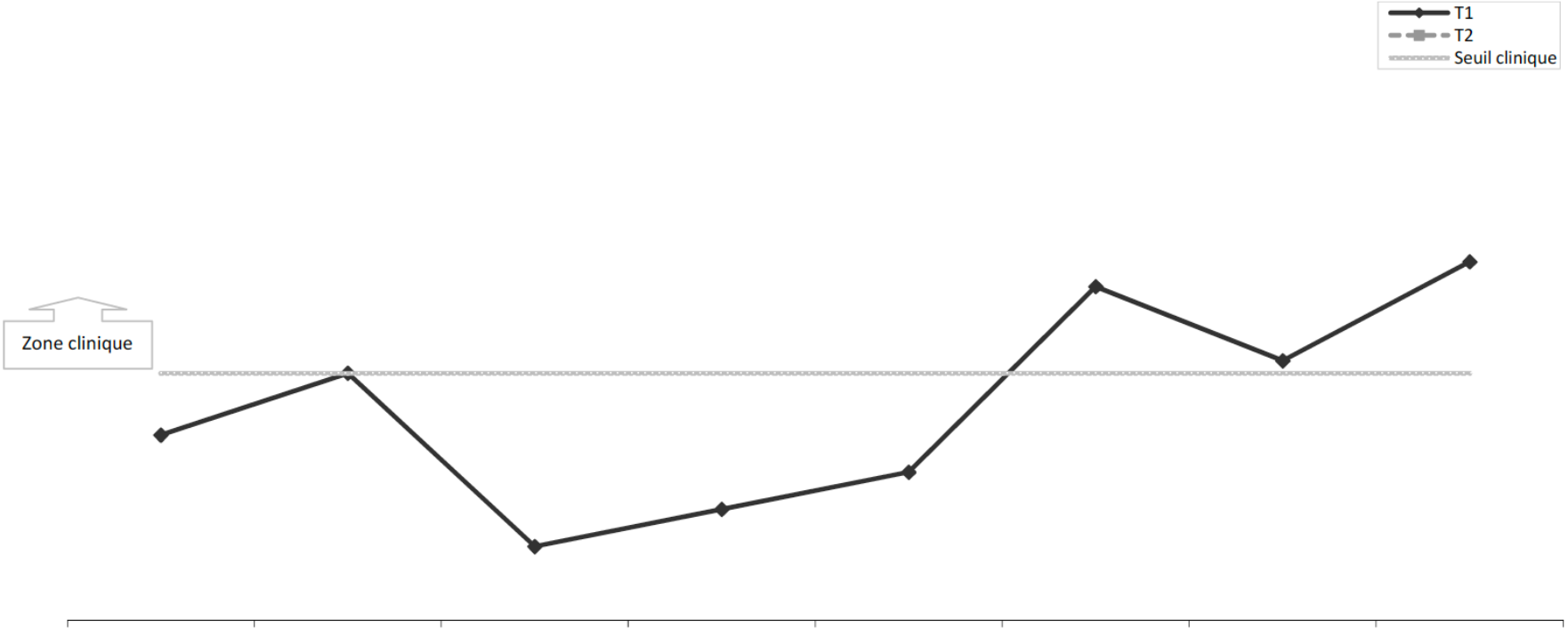
Cas atteignant le seuil clinique



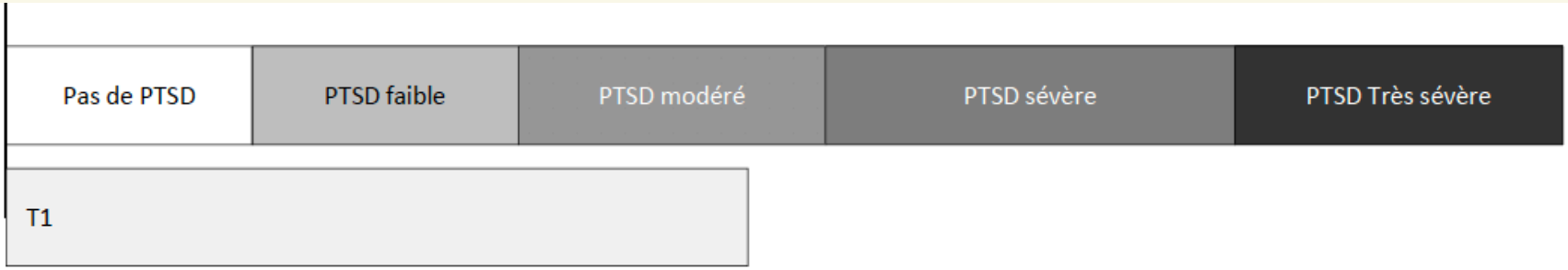


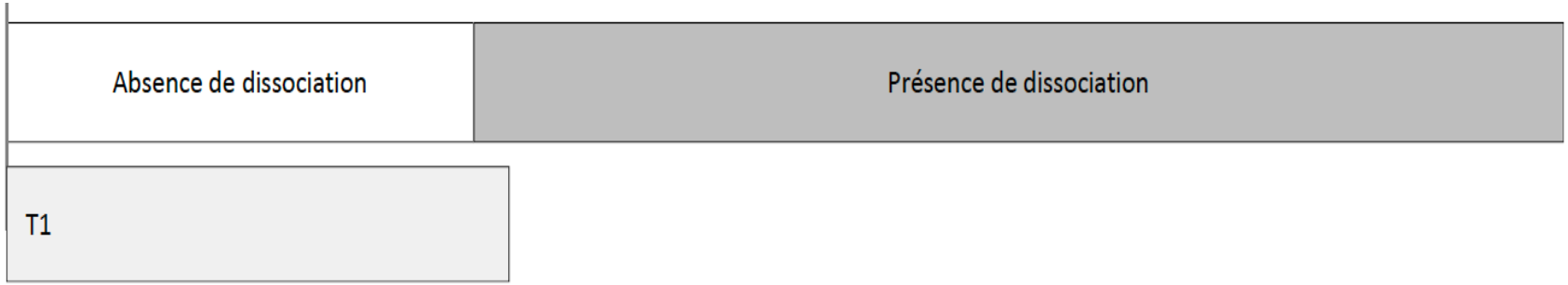

Classes latentes
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
B3 - Flashbacks / Intrusions
B2 - Rêves répétitifs
C1 - Évitement les pensées, les sentiments ou les conversations
C2 - Évitement les activités, les endroits ou les gens
D4 - Hypervigilance
D5 - Réaction de sursaut exagérée
D2 - Irritabilité ou accès de colère
Sentiments blesses
Sans valeur
Culpabilité
Solitude
C5 - Détachement d'autrui
21%
50%
29%
CPTSD
PTSD
Resilient

Conditions facilitantes : Vignette clinique (Alicia)



Anxiété	Retrait	Somatisation	Tr. relationnels	Tr. de la pensée	Tr. de l'attention	Cpts délinquants	Cpts agressifs
Pleurs, peurs, sentiment de devoir être parfait, ne se sent pas aimé, se sent inférieur, nerveux, anxieux, culpabilité, centré sur lui-même, idéations suicidaires, inquiétudes.	Se comporte comme l'autre sexe, isolation, refus de parler, renfermé, timide, manque d'énergie, triste, retiré.	Cauchemars, constipation, étourdissement, fatigue, maux physiques sans cause médicale reconnue	Dépendant, solitude, ne s'entend pas avec les autres, jaloux, paranoïa, se blesse, est taquiné, n'est pas aimé, maladroit, problème de langage, joue avec des enfants plus jeunes.	Obsessions, mutilation, suicide, entend des bruits, tics, se gratte, cpts sexuels, compulsions, illusions, insomnie, cumulation de choses, comportements bizarres, idées étranges, somnambulisme.	Difficultés d'attention, agitation, confusion, rêvasse, impulsivité, difficultés scolaire, lunatique.	Ne se sent pas coupable, pica, se tient avec des enfants qui attirent le trouble, ment, préfère les enfants plus vieux, fugue, pyromanie, problèmes sexuels, vols, grossier, école buissonnière, consomme alcool ou drogue, vandalisme.	Argumente, cruel, demande de l'attention, destruction, désobéissant, bataille, attaque, crie, irritable, entêté, saute d'humeur, boude, soupçonne, agace, colère, menace, bruyant.


Pas de PTSD
PTSD faible
PTSD modéré
PTSD sévère
PTSD Très sévère
T1

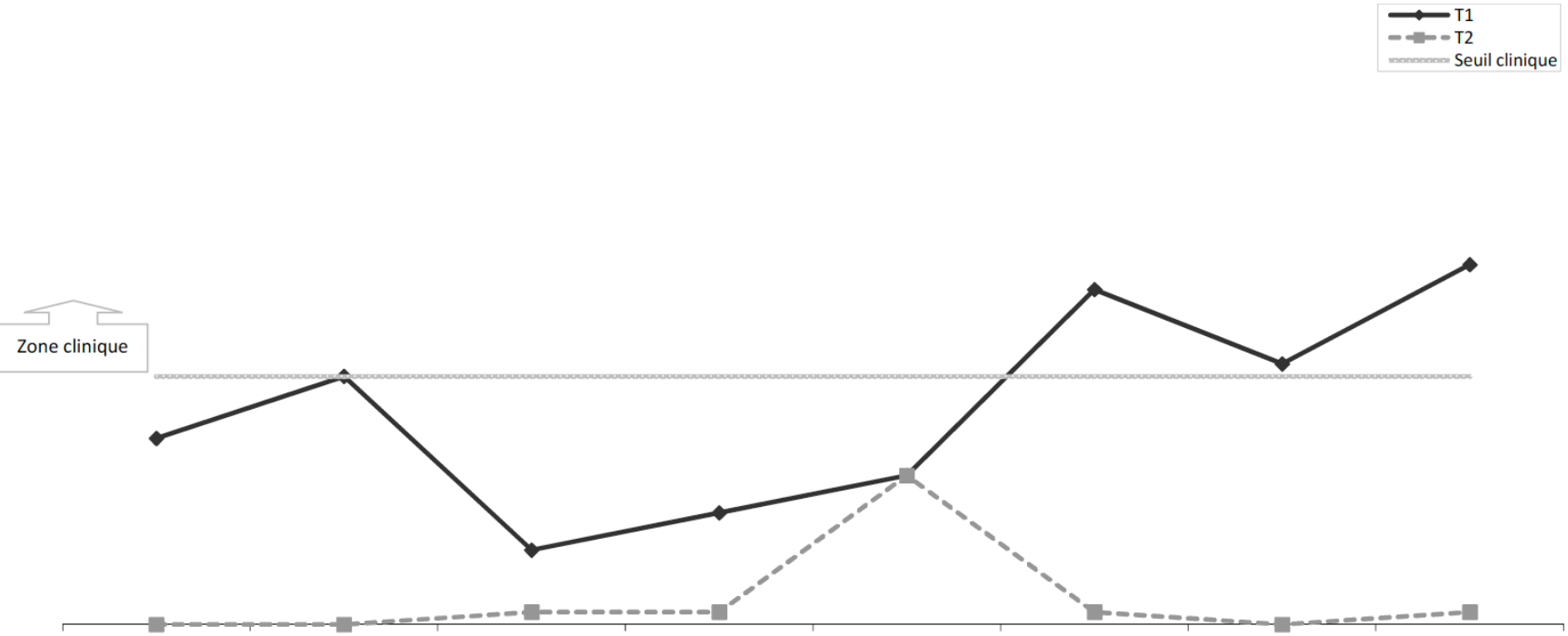

Absence de dissociation
Présence de dissociation
T1

Conditions ayant facilité la thérapie d’Alicia

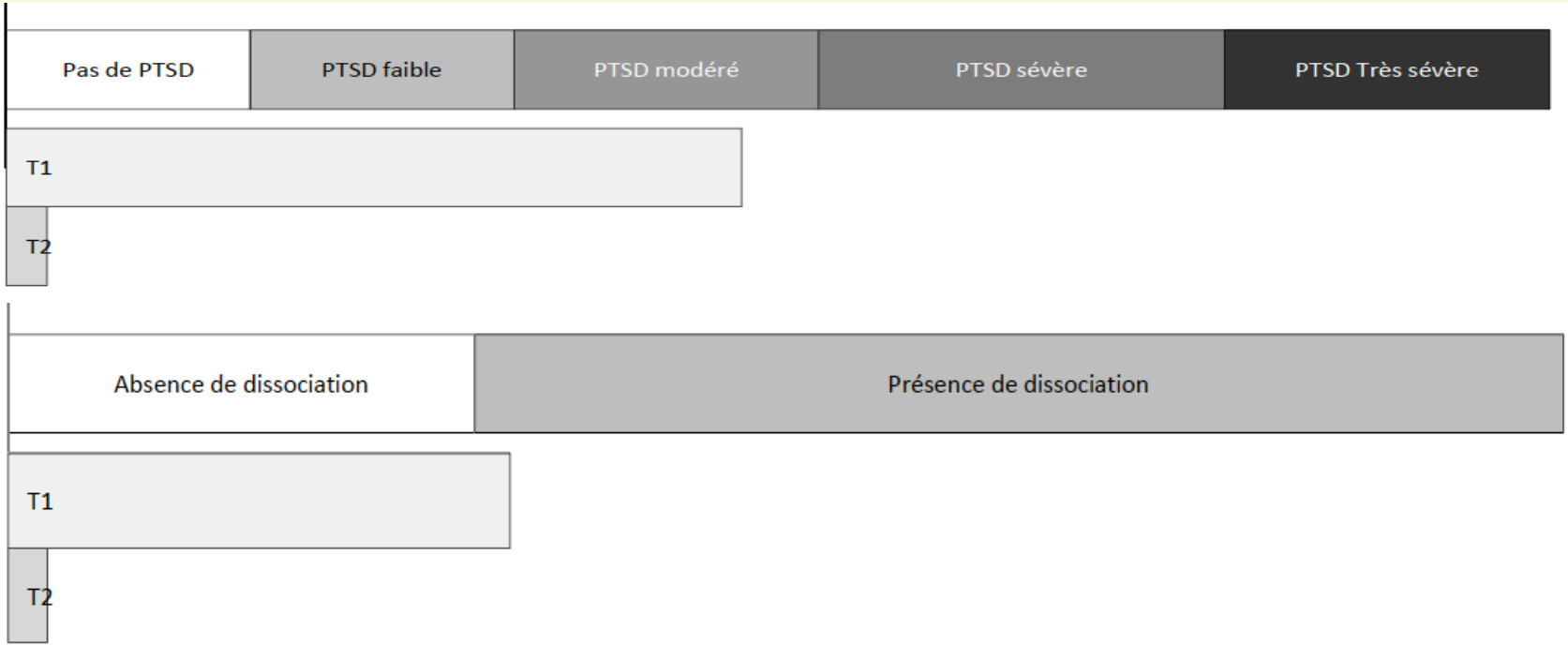
- Le contexte de l’agression sexuelle et du dévoilement
- Régularité des rendez-vous
- Assiduité de la famille
- Constance de l’adulte-accompagnateur (mère)
- Lien d’attachement significatif entre l’enfant et sa mère
- Autorisation de communiquer de l’informations aux partenaires impliqués auprès de la famille
- Implication de ceux-ci et collaboration au besoin

Conditions ayant facilité la thérapie d’Alicia

- Participation active de l’enfant ET de la mère
- Capacité d’introspection chez l’enfant ET la mère
- Réinvestissement des acquis entre les rencontres par l’enfant ET par la mère
- Absence de commorbidité
- Aucun ou peu d’autres événements de vie difficiles rapportés
- Bon niveau de fonctionnement antérieur à l’agression sexuelle
- Environnement soutenant: réussite scolaire, réseau social de qualité, activités de loisirs, etc.



Anxiété	Retrait	Somatisation	Tr. relationnels	Tr. de la pensée	Tr. de l'attention	Cpts délinquants	Cpts agressifs
Pleurs, peurs, sentiment de devoir être parfait, ne se sent pas aimé, se sent inférieur, nerveux, anxieux, culpabilité, centré sur lui-même, idéations suicidaires, inquiétudes.	Se comporte comme l'autre sexe, isolation, refus de parler, renfermé, timide, manque d'énergie, triste, retiré.	Cauchemars, constipation, étourdissement, fatigue, maux physiques sans cause médicale reconnue	Dépendant, solitude, ne s'entend pas avec les autres, jaloux, paranoïa, se blesse, est taquiné, n'est pas aimé, maladroit, problème de langage, joue avec des enfants plus jeunes.	Obsessions, mutilation, suicide, entend des bruits, tics, se gratte, cpts sexuels, compulsions, illusions, insomnie, cumulation de choses, comportements bizarres, idées étranges, somnambulisme.	Difficultés d'attention, agitation, confusion, rêvasse, impulsivité, difficultés scolaire, lunatique.	Ne se sent pas coupable, pica, se tient avec des enfants qui attirent le trouble, ment, préfère les enfants plus vieux, fugue, pyromanie, problèmes sexuels, vols, grossier, école buissonnière, consomme alcool ou drogue, vandalisme.	Argumente, cruel, demande de l'attention, destruction, désobéissant, bataille, attaque, crie, irritable, entêté, saute d'humeur, boude, soupçonne, agace, colère, menace, bruyant.


Pas de PTSD
PTSD faible
PTSD modéré
PTSD sévère
PTSD Très sévère
T1
T2
Absence de dissociation
Présence de dissociation
T1
T2

Défis: Vignette clinique (Alicia)

Éléments qui auraient pu nuire au rétablissement d’Alicia

- **Disparition du père**
- **« Deuil » de la famille élargie**
- **Réaction de la fratrie**
- **Épuisement de la mère en début de processus**

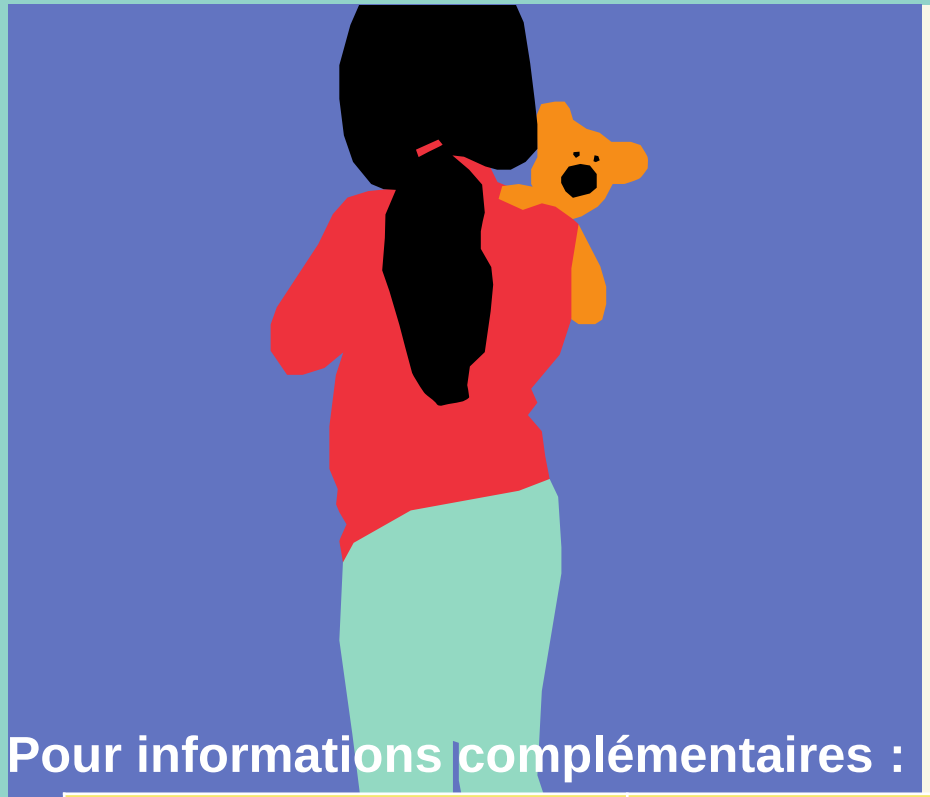
Défis fréquemment rencontrés

- Contexte de l’agression sexuelle et du dévoilement
- Autres traumas ou expériences de vie adverses
- Passé traumatique chez le parent
- Autres situations survenant pendant le traitement
- Relation peu ou pas significative avec l’adulte accompagnateur
- Refus de l’enfant de recevoir de l’aide

- Démobilisation de l’adulte accompagnateur
- Impossibilité d’assurer la régularité des rendez-vous
- Instabilité du milieu de vie dans lequel évolue l’enfant et incapacité de celui-ci à le soutenir
- Comorbidité
- Autres facteurs expliquent davantage les symptômes et difficultés de l’enfant

Conclusion

- L’approche TF-CBT a été implantée avec succès au CEMV
- Le traitement est associé à des effets positifs: on constate une diminution des symptômes tant chez les enfants que chez les parents
- L’approche apparaît aussi efficace pour les cas présentant un profil de symptômes s’apparentant au trauma complexe
- On constate également une amélioration du fonctionnement chez les enfants du profil Résilient
- Certaines adaptations dont la modulation de certaines composantes de traitement permettent de tenir compte des défis rencontrés dans des situations particulières



UQÀM
Université du Québec à Montréal

fondation marie-vincent

Période d'échanges

Pour informations complémentaires :

Martine Hébert, Ph.D.	hebert.m@uqam.ca
Sophie Bousquet, M.Ps.	sophie.bousquet@marie-vincent.org