

## Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle

### Efficacy of group therapy for six to twelve years-old children victims of sexual abuse: A review of the literature

Anne-Claude Simoneau, Martine Hébert et Marc Tourigny

Volume 37, numéro 2, 2008

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1097003ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1097003ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Simoneau, A.-C., Hébert, M. & 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. <https://doi.org/10.7202/1097003ar>

Résumé de l'article

La présente recension a pour but d'offrir une analyse de 36 études évaluatives portant sur les interventions de groupe pour les enfants de 6 à 12 ans ayant été victimes d'une agression sexuelle afin de décrire les interventions et d'en déterminer l'efficacité. Les études évaluatives ont été repérées à partir de bases de données et sélectionnées en fonction de critères d'inclusion/exclusion préalablement déterminés. Les résultats démontrent le besoin de mener davantage d'études évaluatives ayant des devis méthodologiques solides. Tout de même, les études actuelles rapportent l'efficacité de la thérapie de groupe sur la réduction des symptômes tant pour ce qui est des troubles intériorisés et extériorisés. Les améliorations notées se maintiennent dans le temps. Des limites méthodologiques importantes sont notées pour une majorité des études réalisées et peu d'études ont exploré les effets cliniquement significatifs et les taux de revictimisation.

# Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle

## Efficacy of group therapy for six to twelve years-old children victims of sexual abuse: A review of the literature

A.-C. Simoneau<sup>1</sup>

M. Hébert<sup>2,3</sup>

M. Tourigny<sup>3,4</sup>

1. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
2. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
3. Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants
4. Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

La première auteure a bénéficié d'une bourse doctorale octroyée par le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

### Correspondance :

Martine Hébert

Département de sexologie,  
C.P. 8888

Succursale Centre-Ville,  
Montréal (Québec) CANADA,  
H3C 3P8,

Tél. : (514) 987-3000  
ext. 5697

Télé. : (514) 987-6787

hebert.m@uqam.ca

### Résumé

*La présente recension a pour but d'offrir une analyse de 36 études évaluatives portant sur les interventions de groupe pour les enfants de 6 à 12 ans ayant été victimes d'une agression sexuelle afin de décrire les interventions et d'en déterminer l'efficacité. Les études évaluatives ont été repérées à partir de bases de données et sélectionnées en fonction de critères d'inclusion/exclusion préalablement déterminés. Les résultats démontrent le besoin de mener davantage d'études évaluatives ayant des devis méthodologiques solides. Tout de même, les études actuelles rapportent l'efficacité de la thérapie de groupe sur la réduction des symptômes tant pour ce qui est des troubles intériorisés et extériorisés. Les améliorations notées se maintiennent dans le temps. Des limites méthodologiques importantes sont notées pour une majorité des études réalisées et peu d'études ont exploré les effets cliniquement significatifs et les taux de revictimisation.*

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

### Abstract

*The current review is an analysis of 36 evaluative studies on group treatment for six to twelve years-old children victims of sexual abuse. Treatments are described and results regarding the efficacy of interventions are summarized. Evaluative studies have been identified through various databases and selected with specific inclusion/exclusion criteria. Results indicate that more methodologically sound research is needed. However, existing evaluation studies suggest that group treatments are effective in reducing children's internalizing and externalizing symptoms. When reported, treatment gains seem to be maintained. Important methodological limitations are noted for the majority of studies and few studies have explored clinical effects and revictimization rates.*

**Keywords:** Sexual abuse, children, group intervention, literature review.

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 & Kolko, 2000; Hébert, Tremblay, Parent & Piché, 2006; Kendall-Tackett, Meyer-Williams & Finkelhor, 1993).

Ces conséquences néfastes ont mené à l'élaboration de programmes d'interventions curatives afin de pallier les répercussions des AS (Berliner & 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 & Walker, 1995; Beutler, Williams & Zetzer, 1994; Darveau-Fournier, Lindsay, Tessier & Beaudoin, 1993; Dufour & Chamberland, 2003; Fantuzzo & Twentyman, 1986; Finkelhor & Berliner, 1995; Green, 1993; James & Mennen, 2001; Jones & Ramchandani, 1999; Kitchur & Bell, 1989; MacMillan, 2000; Nurcombe, Wooding, Marrington, Bickman & Roberts, 2000; O'Donohue & Elliott, 1992; Reeker, Ensing & Elliott, 1997; Ross & O'Carroll, 2004; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000; Silovsky & Hambree-Kigin, 1994; Stevenson, 1999; Thomlison, 1988; Tourigny, 1997; Tremblay, Hébert & Simoneau, 2004; Trepper & Traicoff, 1983).

Les recensions publiées varient beaucoup en terme 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)<sup>1</sup> 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 & Berliner, 1995; O'Donohue & 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.

### **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 & Berliner, 1995; Stevenson, 1999; Tourigny, 1997). Par contre, les comportements agressifs et sexualisés seraient plus résistants au changement (Finkelhor & 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; Tremblay et al., 2004). 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 & 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 lorsqu'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).

### **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 difficiles (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 & Chamberland, 2003; Green, 1993; Ross & 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 & Chamberland, 2003; James & Mennen, 2001; MacMillan, 2000; Stevenson, 1999). Très peu d'études ont investigué les effets de la thérapie de groupe uniquement (Bédard & Berteau, 1995; Kitchur & 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.

## Objectif 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 & Aronson, 2000). Les objectifs de cette recension sont de 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).

## Méthodologie de la recension

### Repérage des études

Afin de repérer les études évaluatives pertinentes, les bases de données suivantes ont été consultées: a) Education: ASAGE Full-Text Collection; b) ERIC; c) Psychology: ASAGE 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*)).

### 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 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 rapporte les principales conclusions des études recensées au niveau de l'efficacité des interventions à réduire la symptomatologie des enfants.

## **Résultats de la recension**

### **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 & Boston, 1988; Berliner & Saunders, 1996; Berman, 1990; Burke, 1988; Deblinger, Stauffer & Steer 2001; De Luca, Boyes, Grayston & Romano, 1995; Doyon, 1990; Gilbert, 1990; Hack, Osachulk & De Luca, 1994; Kitchur & Bell, 1989; McGain &

**Tableau 1. Description des programmes d'intervention offerts**

	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 fermé	Formation des intervenants	Présence d'étudiants	Nombre d'intervenants par groupe	Genre des intervenants	Approches	Objectifs	Techniques	
<b>Devis pré-expérimentaux de type post-test</b>															
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	Psycho-dynamique	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	
<b>Devis pré-expérimentaux de type prétest/post-test</b>															
6. Ancha (2003)	Oui	Oui	ND	Oui	<12 ans >12 ans	Non	Non	ND	Oui	2	ND	Cognitive Psychoéducatif	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	Psychoéducatif 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 Psychoéducatif Non-directif	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	Psycho- dynamique Psychoéducatif Cognitive	Oui	Oui
18. Rushton et Miles (2000)	Non	Oui	ND	ND	6-14 ans	F	ND	Travail social	Non	ND	ND	Psycho- dynamique 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 Psychoéducatrice	Oui	Oui
21.Watson (2001)	Oui	Oui	3	Non	6-10 ans	F	Oui	Psychologie	Oui	2	F	Cognitive	Oui	Oui
<b>Devis quasi-expérimental avec comparaison de deux groupes de traitement</b>														
22.Nolan et al. (2002)	Non	Oui	ND	ND	8-17 ans	ND	ND	Pédopsychiatrie Psychologie Psychothérapie Travail social	Non	ND	ND	Psycho dynamique Non-dirigée Cognitive	Non	Non
<b>Devis quasi-expérimentaux avec groupe de comparaison sans traitement</b>														
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
----------------------------------	-----	-----	--------	-----	---------	-----	-----	-------------------------------	-----	------	---	-----------	-----	-----

---

#### Devis quasi-expérimental de type corrélationnel

29. Tourigny et al., (1998)	Non	Oui	ND	Oui	6-17 ans	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Cognitive Humaniste Systémique	Oui	Non
-----------------------------	-----	-----	----	-----	----------	----	----	----	----	----	----	--------------------------------------	-----	-----

---

#### Devis expérimentaux avec répartition aléatoire à deux groupes de traitement

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)	Non	Oui	ND	Oui	<7 ans/7-9 ans	J	ND	Pédopsychiatrie	Non	ND	ND	ND	Oui	Oui
------------------------	-----	-----	----	-----	----------------	---	----	-----------------	-----	----	----	----	-----	-----

---

Monk et al. (1994)					10-12 ans >12 ans			Psychologie Travail social						
--------------------	--	--	--	--	----------------------	--	--	-------------------------------	--	--	--	--	--	--

---

34. Trowell et al. (2002)	Oui	Oui	5	ND	6-14 ans	F	ND	Psychothérapie	Non	2	FH	Psycho dynamique Psychoéducative	Non	Non
---------------------------	-----	-----	---	----	----------	---	----	----------------	-----	---	----	--	-----	-----

---

### Devis expérimentaux avec répartition aléatoire à un groupe contrôle sans traitement

---

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	Non	Oui	Travail social 7-9 ans	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.

McKinsey, 1995; Perez, 1987; Rust & Troupe, 1991; Stauffer & Deblinger, 1996; Théoret, Bourdon & Ouellette, 1990; Watson, 2001), par les services légaux (Carozza & Heirsteiner, 1982; Hsu, 2003; Merrick, Allan & Crase, 1994) ou par d'autres cliniques offrant des services thérapeutiques (Burke, 1988; Grayston & De Luca, 1995; Nelki & Watters, 1989; Trowell, Kolvin, Weeramanthri, Sadowski, Berelowitz, Glasser & Leitch, 2002). D'autres enfants ont été recrutés auprès de centres de réadaptation (Carozza & Heirsteiner, 1982), d'écoles ou d'églises environnantes (McGain & McKinsey, 1995). Ainsi, les services de protection de l'enfance demeurent les organismes les plus souvent impliqués auprès de cette clientèle.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion des participants**

Il importe de distinguer deux types d'études évaluatives existant dans la littérature: 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 & 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 & De Luca, 1995; Grosz, Kempe & Kelly, 2000); b) des enfants qui présentent un retard de développement (Ancha, 2004; Deblinger et al., 2001; Grammer & Shannon, 1992; Grayston & De Luca, 1995; Grosz et al., 2000); c) des enfants qui ne souhaitent pas participer à la thérapie de groupe (Doyon, 1990; Grammer & Shannon, 1992; Grayston & De Luca, 1995; Hack et al., 1994; Kitchur & 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 & Monck, 1995; Monck, Bentovim, Goodall, Hyde, Lwin, Sharland & 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. La détermination des critères d'inclusion/exclusion est principalement liée aux modalités d'interventions mises en place dans les milieux.

### **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. 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.

### **Caractéristiques des intervenants**

Selon la littérature 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 & 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 (Friedrich, Luecke, Beilke & 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.

### **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 & Saunders, 1996; De Luca et al., 1995; Deblinger et al., 2001; Grayston & De Luca, 1995; Hall-Marley & Damon, 1993; Hsu, 2003; Hyde et al., 1995; Rust & Troupe, 1991; Théôret 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 littérature 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.

### **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.

### **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 source 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%).

### **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 & Lipsey, 1999). Seize études ont utilisé un devis pré-experimental évaluant les changements du groupe de thérapie en comparant les résultats aux différentes mesures avant et après le traitement (devis prétest/post-test).

Tableau 2. Résumé des résultats liés à l'efficacité des thérapies de groupe

Études	Participants	Traitement (type, durée, participation, abandon, suivi <sup>1</sup> )	Services offerts aux parents	Troubles intériorisés <sup>2</sup>	Comp. groupes <sup>3</sup>	Troubles extériorisés <sup>2</sup>	Comp. groupes <sup>3</sup>	Autres symptômes <sup>2</sup>	Comp. groupes <sup>3</sup>
<b>Devis pré-expérimentaux de type post-test</b>									
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%
---	---	--------	---

---

Devis pré-expérimentaux de type prétest/post-test

---

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= 1=2	Tr. comp. exter.: P= Tr. comp. sex.: ?+	Atteinte des obj: I + Risque d'être agressé: I = 1=2

	2. Individuel (n=10) 16 à 20 semaines  Abandon: 7	Groupe Individuel	Tr. comp. 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+, 1=2 E= Dépression: E+ 1=2 Estime: E+ 1=2	Tr. comp. exter.: P+, 1=2 E= Colère: E+ 1=2	Tr. comp. total: P+, 1=2 E=
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<1&3	Tr. comp. sex.: P+	1>2&3	Tr. comp.: P+	1>2&3
	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			Tr. comp. inter.:P+= Anxiété: E+= 1=2 Estime: E+= 1>2			Tr. comp. exter.: P+-	
	Abandon: 5 Suivi: 9 mois à 1 an, n=15							
	2. Pas AS (n=35)			Tr. comp.inter.: P+ Anxiété: E+ Estime: E=			Tr. comp. exter.: P+	
	Abandon: 14 Suivi: 9 mois à 1 an, n=21							
25. 15 garçons 7 à 10 ans	1. Groupe (n=9): 12 sessions 1.5 heure	Aucun		Tr. comp. inter.: P+ 1=2			Tr. comp. exter.: P+ Tr. comp. sex.: P+	1=2
	Abandon: 3							
	2. Liste d'attente (n=6)	Aucun		Tr. comp. inter.: P+			Tr. comp. exter.: P+ Tr. comp. sex.: P+	
	Abandon: 1							

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: + Agressivité: + Tr. conduite: +	1>2 1>2 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	Groupe				Tr. comp. sex.: P+=	1>2	Relations familiales: P+=	1>2
	Abandon: 15 Suivi: 3 mois, n=19								
	2. Liste d'attente:mêmes enfants, 3 mois plus tôt					Tr. comp. sex.: P=		Relations familiales: P=	

#### Devis quasi-expérimental de type corrélational

29. 30 filles, 11 garçons 6 à 17 ans AS intra: 100%	1. Individuel et familial	Variable: Individuel	Anxiété:E= Attribution:E-	2>1 2>1		Tr. comp.:P+ Affirmation de soi:E=	1=2 1=2
	Durée variable; 8 mois entre chacun des temps de mesures.	Dyadique Familial	Dépression: E= Solitude: P+	2>1 1=2		Compétence: E- Relations sociales: E= Soumission: E=	2>1 1>2 1>2
	Participation: 56% = aucune rencontre de groupe.					Revictimisation: 8%	

2. Groupe (et individuel et familial)	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%
Durée variable; 8 mois entre chacun des temps de mesures.			
Participation: 51% n'ont pas eu de tx dyadique; 85% n'ont pas eu de tx fam.			

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  Abandon: 4 avant pré, 5 après 1 renc., 4 après 2 renc.,	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+= 1=2 Habilités préventives: 1>2 E+=
	Participation: min. 3 sessions moyenne: 8 sessions Suivi: 3 mois, n=21						

9 au post 1 au f-up	2. Groupe non-dirigé (n=23) 11 sessions	Groupe	Tr. comp. inter.: P+= TSPT: P+=	Tr. comp. exter.: P+= Tr. comp. sex.: P+=	Tr. comp. total: P+= Habiletés préventives: E+=
	Participation:min. 3 sessions moyenne 8 sessions Suivi: 3 mois, n=23				
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		Estime: E== 1&3>2 Solitude: E== 3<1&2		Tr. comp.: E+= 2>1&3 Affirmation de soi:E+ 3>1&2 Compétences scolaires: E+= 1=2=3 Compétences sociales: E== 1=2=3 Dessin (estime): E= 2<1&3  Sécurité dans la famille: E= 1=2=3
	Abandon: 7 Suivi: 2 mois - 4 mois				
Mêmes enfants AS intra: 53,8%	2. Tx agence/milieu naturel (84,7% ont reçu soit tx individuel ou familial) (n=13)		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=
	Abandon: 9 Suivi: 2 mois - 4 mois				
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+=1>2 Anxiété: E+= 1>2 Dépression: E+= 1>2 Peur AS: E== 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+ 1=2>3 Estime: E+ 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 (p. 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.

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 (et même illégal 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 suite à 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 & De Luca, 1995; McGain & 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.

### *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 littérature, b) le taux de revictimisation des enfants, c) le maintien des effets thérapeutiques, puis d) les effets cliniquement significatifs.

### *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 & 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 indiqué 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 suite à la thérapie de groupe (Gilbert, 1990; Rust & Troupe, 1991) ou présentent de meilleurs résultats académiques (Friedrich, Luecke, Beilke & Place, 1992). Carozza et Heirsteiner (1982) indiquent que les intervenants interviewés suite à 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.

#### *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. Presqu'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 suite à 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 & 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 suite à 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 suite à 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 suite à la thérapie (n=12). Par ailleurs, Nolan et ses collègues (2002) ont interrogé les enfants quant à leur perception des changements opérés suite à la thérapie en ce qui concerne leurs comportements extériorisés. Les enfants de cette étude ne percevraient 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 & 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.

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 Monk et ses collègues (1995), 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 de 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 de 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.

### *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 suite à 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 suite à 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.

### *Maintien des effets thérapeutiques*

Entre trois mois et deux ans suite à 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 & Deblinger, 1996; Deblinger et al., 2001), les relations familiales (Stauffer & 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 suite à 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 scores 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 suite à 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.

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 & Berliner, 1995; O'Donohue et al., 1992; Tourigny et al., 1997). 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 & Saunders, 1996; Friedrich et al. 1992; Nolan et al., 2002).

Considérant que peu d'études ont étudié 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-béaviorale 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 suite à une intervention. Ceci souligne la pertinence d'explorer les effets cliniquement significatifs de façon plus systématique dans le cadre des études futures.

## 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.

### 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%)<sup>1</sup>. 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 & 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 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.

---

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

## 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). 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 suite à l'intervention de groupe. Deuxièmement, selon les études ayant exploré cet aspect, les enfants seraient plus aptes à faire des apprentissages scolaires suite à leur thérapie de groupe. Troisièmement, les enfants rapportent moins de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de dépression suite à 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 suite à 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 & 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 suite à 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 (2003) 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 indice 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). Monk et ses collègues (1995) semblent avoir obtenu des résultats moindres sur cet indice.

### **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 recherches 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 littérature 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 &

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 & Damon, 1993; Hiebert-Murphy et al., 1992; Stauffer & 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, sexe, 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 & 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.

## 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., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- \*Ancha, A. J. (2004). Program Evaluation of a Time-Limited, Abused-Focused Treatment for Child and Adolescent Sexual Abuse Victims and their Families. Argosy University, Point Richmond, California.
- 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.
- Becker, J. V., Alpert, J., L., Bigfoot, D. S., Bonner, B. L., Geddie, L. F., Henggeler, S. W., Kaufman, K. L., & Walker, C. E. (1995). Empirical research on child abuse treatment: Report by the child abuse and neglect treatment working group, American Psychological Association. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(supplement), 23-46.
- Bédard, C. & 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., & Boston, P. (1988). The results of treatment. In *Child Sexual Abuse within the Family* (pp. 252-268). London, UK: Wright.
- Berliner, L. (1993). *Treating Fear and Anxiety in Sexually Abused Children*. Presented at the 27th Annual Convention of the Association for the advancement of behaviour in treatment; Atlanta
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In J. Briere & L. Berliner (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd Edition ed., pp. 51-71). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Berliner, L., & Kolko, D. J. (2000). What works in treatment services for abused children. In M. P. Kluger, G. Alexander & P. A. Curtis (Eds.), *What Works in Child Welfare*. Washinton, DC: CWLA Press.
- \*Berliner, L., & 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., & Zetzer, H., A. (1994). Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children, 4*(2), 156-175.
- \*Burke, M. M. (1988). *Short-Term Group Therapy for Sexually Abused Girls: A Learning Theory Based Treatment for Negative Affect*. Wichita State University, Athens, Georgia.
- \*Carozza, P. M., & 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.
- Cohen, H. (1988). *Statistical Power Analyses for the Behavioral Sciences (2nd edition)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- \*Corder, B. F., Haizlip, T., & 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.
- Darveau-Fournier, L., Lindsay, J., Tessier, L., & Beaudoin, G. (1993). *Abus sexuels envers les enfants; intervention de groupe et évaluation*. Québec, Qc: École de service social, Faculté des sciences sociales.
- DARE (2006) Database of Abstracts of Reviews of Effects. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>. Site consulté le 22/02/2006.
- \*De Luca, R. V., Boyes, D. A., Grayston, A. D., & 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., & 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=ISBN0761953477&id=aOcn7S9IMEEC&pg=PR13&lpg=PR13&dq=%22Research+design%22&sig=zjMa9u7Ns8xwGxWTF0i4TVFZ2UI&hl=fr> site consulté le 09/10/06 13:01.
- Deblinger, E., & Helfin, A. H. (1996). *Treating Sexually Abused Children and their Nonoffending Parents. A Cognitive Behavioral Approach*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., & 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., & 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.
- \*Doyon, P. (1990). *Étude exploratoire de trois modalités d'intervention sur les conséquences du traumatisme*. St-Laurent: Fondation Marie-Vincent.
- Dufour, S., & 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.
- Fantuzzo, J. W., & 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., & 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.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children, 4*, 31-53.
- Finkelhor, D., & 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.
- \*Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). Psychotherapy

- outcome of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 396-409.
- \*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*. University of South Carolina.
- \*Grammer, H., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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.
- Hébert, M. & 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., Tremblay, C., Parent, N., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioural outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- \*Hiebert-Murphy, D., De Luca, R. V. & 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., & 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., & Mennen, F. (2001). Treatment outcome research: How effective are treatments for abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(2), 73-95.
- Jones, D. P., & Ramchandani, P. (1999). *Child Sexual Abuse: Informing Practice from Research*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Kendall-Tackett, K.A., Meyer-Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- \*Kitchur, M., & 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.
- Lomonaco, S., Scheidlinger, S., & Aronson, S. (2000). Five decades of children's group treatment - an overview. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(2), 77-96.
- MacMillan, H. (2000). Child maltreatment: What we know in the year 2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 702-709.
- \*McGain, B., & 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., & Crase, S. J. (1994). Variables associated with positive treatment outcomes for children surviving sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(2), 67-87.
- \*Monck, E., Bentovim, A., Goodall, G., Hyde, C., Lwin, R., Sharland, E., & Elton, A. (1994). *Child Sexual Abuse: A Descriptive and Treatment Outcome Study*. London: HMSO.

- Mrazek, P. B. (1981). Group psychotherapy with sexually abused children. In *Sexually abused children and their families* (pp. 199 - 210). Oxford, England : Pergamon Press.
- \*Nelki, J. S., & 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., & 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., & Roberts, G. (2000). Child sexual abuse ii: Treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 92-97.
- O'Donohue, W. T., & 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*. University of Northern Colorado, Greeley, Colorado.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21 (7), 669-680.
- Ross, G., & 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., & Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation : A systematic approach. 6th Edition*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- \*Rushton, A., & 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., & 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.
- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (2004). *Guidelines for Psychosocial Treatment of Intrafamilial Child Physical and Sexual Abuse (Final Report)*. Charleston, SC.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescent. *American Psychologist*, 55 (9), 1040-1049.
- Silovsky, J. F., & Hambree-Kigin, T. L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children: A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(3), 1-20.
- \*Smyth, E. C. (1992). *Treatment of Child Sexual Abuse within a Comprehensive Service Model: Evaluation Report #3*. Winnipeg, Canada: Knowles Center Inc.
- \*Stauffer, L. B., & 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.
- \*Sturkie, K. (1983). Structured group treatment for sexually abused children. *Health and Social Work*, 299-308.
- \*Théoret, S., Bourdon, Y., & Ouellette, I. (1990). *L'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'abus sexuels: Un guide pour les intervenants*. Montréal: 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., Péladeau, N., Doyon, M., & Bouchard, C. (1998). Efficacité d'un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement. *Child Abuse & Neglect*, 22(1), 25-43.
- Tremblay, C., Hébert, M., & 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., & 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., Berelowitz, M., Glasser, D., & Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 180, 234-247.
- \*Watson, C. M. P. (2001). *Treating Child Victim of Sexual Abuse in a Multiple Family Group Format: Cognitive-Behavioral Intervention*. Alliant University, San Diego.
- Zumbo, B. D., & 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.

## 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