

## **Effet de la Thérapie Cognitive et Comportementale axée sur le Trauma (TF-CBT) sur le trouble stress post-traumatique chez un enfant algérien victime d'une agression sexuelle : une illustration clinique**

### **Effect of Trauma-focused cognitive-behavioral therapy on post-traumatic stress disorder in an Algerian child victim of sexual assault: a clinical illustration**

HAFFAF Hassiba <sup>1</sup>,

Département des Sciences Humaines et Sociales (Université de Bejaia)

hassibahaffaf@gmail.com

HATEM Wahiba

Département des Sciences Humaines et Sociales (Université de Bejaia)

guiraahatemwahiba@gmail.com

Reçu	16-03-2020	Accepté	02-06-2020
------	------------	---------	------------

#### **Résumé**

Ce papier présente une illustration clinique d'un enfant algérien de 8 ans qui a subi une agression sexuelle, et ce en évaluant l'effet de la thérapie Cognitive et Comportementale axée sur le Trauma (TF-CBT) sur le trouble stress post-traumatique, engendré par cette agression. Ce traitement développé aux Etats-Unis, est spécialement conçu pour les enfants ayant vécu un événement traumatique, et il implique la participation du parent.

Pour ce faire, nous avons utilisé la cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), une échelle mesurant l'index de réaction au stress post-traumatique de l'enfant (*CPTS-RI*), plus un entretien semi-directif avec la maman et l'enfant. L'évaluation a été faite avant et après le traitement.

Les résultats montrent une diminution significative des symptômes post-traumatiques chez l'enfant après la thérapie, et l'acquisition de facultés de verbalisation et d'expression des idées et des émotions relatifs à l'abus sexuel, sans pour autant éprouver une détresse significative.

**Mots clés :** Agression sexuelle, Enfant algérien, Trouble Stress Post-Traumatique, TF-CBT,

#### **Abstract**

This paper presents a clinical illustration of an 8-year-old Algerian child, who has suffered a sexual assault and this by evaluating the effect of the Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) on post-traumatic stress disorder, generated by this aggression. This treatment, developed in the United States, is specially designed for children who have experienced a traumatic event, and it involves the parent's participation.

To do this, we used the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, a Child Post-Traumatic Stress-Reaction Index (*CPTS-RI*), and a semi-structured interview, with the mother and the child. The assessment was done before and after the treatment.

The results show a significant reduction in post-traumatic symptoms of the child after therapy, obtained verbalization skills and the expression of ideas and emotions relating to sexual abuse, without experiencing significant distress.

**Keywords:** Algerian child, Post-Traumatic Stress Disorder, sexual assault, TF-CBT.

---

<sup>1</sup>Auteur correspondant

## Introduction

L'agression sexuelle est considérée comme l'une des plus graves maltraitances que peut subir une personne, car elle met en jeu l'intégrité physique, psychologique et sexuelle et peut engendrer de graves conséquences à court et à long terme.

Les enfants sont malheureusement la cible privilégiée des prédateurs sexuels, Ils sont vulnérables, sans défense, dépendants et soumis à l'autorité des adultes. Il est beaucoup plus facile de les manipuler, de les menacer et de les contraindre au silence, et en raison de leur immaturité, ils leur est difficile d'identifier ce qu'ils ont subi (Salmona, 2015), ils ignorent donc totalement la gravité de l'acte, bien qu'ils savent néanmoins inconsciemment que ce qu'ils vivent n'est pas normal, mais ne disent rien, de crainte d'aggraver la situation (Simon, 2004).

Il est facile de penser que l'enfant va oublier, que plus rien ne restera de ses expériences douloureuses, mais toute la clinique nous montre le contraire (Suzanne & Ouvray, 1998). En effet, les réactions des enfants suite à une expérience d'agression sexuelle varient considérablement, un large éventail de symptômes physiques, psychologiques et sexuels y résulte et peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte (Guénette-Robert, 2010).

Ils sont souvent représentés par des difficultés émotionnelles, qui apparaissent à travers non seulement des troubles intériorisés englobant : des symptômes d'anxiété et de dépression, des troubles somatiques, et des comportements d'isolement social. Mais aussi des troubles de comportement ou troubles extériorisés, qui peuvent être : le sentiment de colère, l'agressivité, des troubles de conduite, des problèmes d'adaptation au milieu scolaire, trouble de déficit de l'attention et hyperactivité, trouble oppositionnel, ainsi que des comportements sexuels inappropriés. On retrouve également des distorsions de la pensée, qu'elles soient orientées vers soi, vers les autres ou vers la perception du monde en général, ce qui les mènent à développer de la méfiance envers autrui, une faible estime de soi, ou encore un sentiment de honte et de culpabilité, voir même une dissociation (Deblinger et al., 2015, Hébert et al., 2011, Briere & Elliott, 1994).

Par ailleurs, les enfants victimes d'agression sont aussi plus susceptibles de répondre aux critères du trouble de stress post-traumatique en raison de l'expérience traumatisante qu'ils ont vécue, qui est le diagnostic le plus commun, les groupes de symptômes relatifs à ce trouble comprennent : les comportements d'évitement, l'hyperexcitation et la reviviscence.

En plus de la gravité des conséquences, l'agression sexuelle envers les enfants est une problématique dont l'ampleur est importante ; selon une enquête de victimation effectuée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans 133 pays en 2014, 18% des filles et 7,6% des garçons ont subi des violences sexuelles, cette même organisation considère que ces valeurs ne reflètent pas la réalité, du fait de l'existence de multiples facteurs empêchant la révélation (Salmona, 2018).

Pour ce qui est de l'Algérie, d'après les services de la Direction Générale de la Sureté Nationale, il y'a eu pour l'année 2010, 1523 plaintes d'agression sexuelle contre des enfants âgés de moins de 18 ans, 1737 pour l'année 2012, 1663 pour l'année 2014 ; et 1536 cas durant l'année 2015, les types d'agression varient entre le viol, l'attentat à la pudeur, l'inceste, les attouchements sexuels ainsi que la pornographie infantile (Aït-Zaï, 2015 ;Hachim, 2016).

La gravité des conséquences liées à l'agression sexuelle durant l'enfance, ainsi que l'ampleur de ce phénomène, ont mené à l'élaboration de différents programmes d'intervention, dont l'objectif est d'atténuer les répercussions chez les enfants et les adolescents. Ces pratiques s'inspirent d'une variété d'approches, telles que l'approche psychoéducative, psychodynamique, axée sur le trauma, cognitive et comportementale, thérapie par le jeu ...etc. et qui varient largement quant au nombre et la durée des sessions, ainsi qu'aux modalités, à savoir intervention individuelle, de groupe ou familiale.

En Algérie, la seule étude portant sur un traitement destiné à des enfants victimes d'agression sexuelle à notre connaissance, est celle de Hachim (2016). Le chercheur a conçu un programme de thérapie cognitive et comportementale, puis a étudié son efficacité sur 10 enfants victimes d'agression sexuelle, âgés entre 9 et 12 ans, l'intervention a pu faire diminuer les symptômes du trouble de stress post-traumatique ainsi que ceux de la dépression, comme elle a aidé à faire augmenter le degré d'estime de soi chez ces enfants.

Pour ce qui est de l'efficacité des interventions, Silverman et al (2008), ont évalués 21 études de traitements psychosociaux pour les enfants et les adolescents exposés à des événements traumatiques, selon un continuum de rigueur méthodologique, et selon le niveau de preuve empirique disponible. Les auteurs ont abouti au fait que la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (*trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT)*) soit le seul traitement dont l'efficacité est très bien établie [traduction libre].

Néanmoins, Fonts (1995), affirme que le traitement dans le domaine de la maltraitance à l'égard des enfants touche de nombreuses questions délicates fortement influencées par les convictions ethniques et religieuses, à titre d'exemple, les croyances sur la sexualité, la virginité, la nudité, les pratiques disciplinaires, les limites familiales et les relations parents-enfants sont très influencées par des facteurs culturels. De plus, des auteurs tels qu'Abncy (1986), Carrillo (1998) et Fonts, ont identifié des facteurs culturels potentiels à prendre en compte lorsque l'on travaille avec des enfants maltraités issus de divers groupes ethniques et leurs familles. Ceci dit, la culture peut avoir une incidence sur les pratiques d'éducation des enfants, la formation de symptômes affectifs et comportementaux, les attitudes à l'égard des abus, le traitement psychologique ainsi que la réponse au traitement [traduction libre] (Cohen et al.,2001).

Il est important de noter que pour la société algérienne confrontée à une triple dimension culturelle, formée de traditions coutumières millénaires établies par les habitants de l'Algérie, notamment les amazighs, des traditions arabo-musulmanes et de la culture occidentale, la sexualité représente un tabou bien gardé, qu'il ne faut approcher que dans le respect des mœurs et des coutumes de la société. Ainsi, l'agression sexuelle contre les enfants est quasi inadmissible en Algérie sur le plan social, culturel et religieux, et elle est punie par la loi.

À la lumière de ce qui a été dit, nous voulons démontrer à travers cette contribution l'effet de la Thérapie Cognitive et Comportementale axée sur le Trauma (*TF-CBT*) sur le trouble stress post-traumatique, en l'appliquant sur un enfant algérien de 8 ans, victime d'une agression sexuelle, et ce en répondant à la question suivante : la *TF-CBT* peut-elle diminuer les symptômes du trouble stress post-traumatique consécutif à une agression sexuelle chez un enfant algérien victime d'agression sexuelle ?

## **Aspects théoriques**

### **L'Aggression sexuelle chez un enfant**

« L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'agression sexuelle chez un enfant comme : l'implication d'un enfant dans une activité de nature sexuelle, qu'il ou elle ne peut entièrement comprendre, dont il lui est impossible de donner un consentement éclairé, ou pour laquelle l'enfant n'est pas préparé dû à son niveau développemental ou qui va à l'encontre des lois ou des tabous de la société. Les enfants peuvent être abusés sexuellement par des adultes ou par d'autres enfants qui sont, en vertu de leur âge ou de leur niveau développemental, dans une position de responsabilité, de confiance ou de pouvoir envers la victime » [traduction libre] (Cyr et al., 2013, p. 144).

### **Trouble de stress post-traumatique**

« L'enfant ou l'adolescent qui a vécu un événement traumatisant ou qui en a été témoin, qui a appris qu'un membre de sa famille ou un ami a subi un tel événement (ex:

accident d'auto, suicide, agression, abus sexuel, désastre naturel, guerre, etc.) ou qui a été soumis à l'exposition extrême et répétée de détails choquants d'événements traumatiques (ex. : premiers intervenants qui racontent des histoires d'horreur) peut éprouver des difficultés importantes dans son fonctionnement quotidien. De telles difficultés peuvent se manifester par des troubles du sommeil, des cauchemars, un comportement d'évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatisant, le fait d'être toujours sur le qui-vive ou de revoir la situation par des reviviscences (*flashbacks*), etc. Il vit dès lors un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce trouble se caractérise par :

- Des souvenirs envahissants de l'événement (le jeune revit l'expérience traumatique) ;
- L'évitement (il tente de chasser le souvenir de son esprit) ;
- Une hypervigilance (il éprouve des difficultés de concentration ou démontre une réaction d'alarme exagérée).

Possédant moins d'aptitudes à anticiper le danger, le jeune enfant est plus vulnérable aux effets de l'exposition à un traumatisme. Comme il ne peut transposer ses émotions en paroles, il les traduit souvent en comportements agressifs ou impulsifs. Difficile à consoler, il peut manifester des frayeurs et régresser en perdant des habiletés déjà acquises » (Ben Amor et al., 2017, p. 114-115).

**La thérapie cognitive et comportementale axée sur le trauma (TF-CBT)**

C'est un traitement d'approche Cognitivo-Comportementale, développé aux Etats-Unis, spécialement conçu pour les enfants ayant vécu un événement traumatique, et a pour objectif la diminution des difficultés affectives, cognitives, comportementales et relationnelles. L'intervention est centrée sur l'enfant qui requiert l'implication du parent ; ce dans l'optique où le parent est un agent de changement pour son enfant, elle comprend ainsi des sessions individuelles pour l'enfant, des sessions individuelles pour le parent ainsi que des sessions conjointes parent-enfant (Mercier, Cyr & Hébert, 2014 ; Guénette-Robert, 2010). Les principales composantes se résument par l'acronyme anglais **PRACTICE**.

**Tableau (1) : Principales composantes du traitement TF-CBT**

<b>composantes et séances</b>	<b>Objectifs thérapeutiques</b>	<b>Exemples d'exercice</b>
<p><b>Psychoeducation and parenting skills</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoéducation</li> <li>- Évaluation</li> <li>- pratiques parentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expliquer à l'enfant et aux parents ce qu'est une agression sexuelle et quels sont les réactions relatives à celle-ci ; donner un aperçu du plan du traitement en insistant sur l'importance d'une collaboration active ; instaurer une relation de confiance.</li> <li>-Mesurer l'impact du traumatisme sur l'enfant et en informer les parents.</li> <li>-Aborder le renforcement positif, l'ignorance intentionnelle des comportements inadéquats et le retrait.</li> </ul>	
<p><b>Relaxation skills</b> (Techniques de relaxation)</p>	<p>Habilitété de relaxation enseignée tant à l'enfant qu'au parent.</p>	<p>La respiration diaphragmatique, la relaxation musculaire, le dessin, le sport...</p>
<p><b>Affective modulation skills</b> Reconnaissance et expression des émotions</p>	<p>Développement d'habiletés de reconnaissance, d'expression et de gestion des émotions.</p>	<p>Ecrire une liste des différentes émotions ; mimer les émotions par jeu de rôles ; utiliser des</p>

		images de visages ; dessiner des émoticônes.
<b>Cognitive coping</b> Reconnaitances des pensées et restructuration cognitive	Développement d'habiletés de reconnaissance et de restriction des pensées ; habiletés visant une meilleure compréhension des liens entre les pensées, les émotions et les comportements associés au trauma.	Bandes dessinées, scénarios avec enfants fictifs ; entretiens socratiques.
<b>Trauma narrative</b> Narration du trauma	-Exposition graduelle, encourageant l'enfant à raconter, à affronter et à raconter ses souvenirs, et à décrire ses pensées liées au trauma. -Réduire la détresse émotionnelle du parent, et offrir à l'enfant un modèle de stratégie positive d'adaptation.	Narration de la situation traumatisante ; la dessiner.
<b>In-vivo mastery of trauma reminders</b> Maîtrise in vivo des rappels du traumatisme	Désensibilisation relative aux souvenirs liés au trauma et maîtrise des émotions liées au trauma.	
<b>Conjoint parent-child sessions</b> Volet dyade	- Renforcement des liens entre le parent et son enfant et l'établissement d'une communication optimale entre eux. - Encourager l'enfant à discuter de son expérience d'agression à une personne autre que son thérapeute, tout en se sentant à l'aise.	Discussion sur le trauma vécu
<b>Enhancing personal safety and optimal development</b> Éducation sexuelle et habiletés de protection et prévention de nouvelles agressions sexuelles	Éducation sexuelle et élaboration des stratégies d'adaptation et d'affirmation de soi, ainsi que des habiletés de protection de soi afin de promouvoir la sécurité et le développement optimal de l'enfant.	Programme d'éducation sexuelle syrien

Source : (Hébert & al, 2011).

## Méthode

La nature de notre étude nous oblige à nous inscrire dans le registre des recherches expérimentales, qui selon Luissier et Alain, représentent « une grande famille d'études à l'intérieur de laquelle le chercheur a recours à une mise en situation » (Ionescu, 2009, p. 77). Nous avons opté pour le protocole A-B quasi expérimental, qui comporte trois étapes au cours desquelles la mesure répétée d'un ou plusieurs comportements est effectuée.

1. Une ligne de base appréciant le comportement avant tout traitement (phase A).
2. Une phase de traitement où est mise en place la procédure thérapeutique (phase B).
3. Une phase de suivi (*follow-up*) où est évaluée le maintien ou la disparition des changements comportementaux obtenus (Bouvard & Cottraux, 2002, p. 22).

## Outils d'évaluation

- Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5) : Nous n'avons pas effectué de diagnostic pour le trouble stress post-traumatique, mais nous avons vérifié l'existence d'au moins cinq de ses critères, sans tenir compte de la durée de ceux-ci, puisque nous avons commencé l'intervention directement après l'accueil de l'enfant, à environ une semaine après son agression.
- L'index de réaction au stress post-traumatique de l'enfant- Child Post-Traumatic Stress-Reaction (CPTS-RI) de Frederick et al (1992) : Échelle destinée à des enfants de 6 à 16 ans,

qui évalue les symptômes d'ESPT après l'exposition à des événements traumatiques variés (Oliac, 2013, p 97). De plus, c'est un outil flexible et qui a pu être adapté à des enfants ou adolescents de différentes cultures, confrontés à diverses expériences traumatiques (Oliac, 2013, p 98).

Il est important de préciser que nous avons procédé à la traduction de l'échelle en langue arabe académique, puis une expertise a été faite par des enseignants en littérature arabe maîtrisant la langue française. (Le choix de l'arabe académique comme langue de traduction, a été fait par rapport au fait qu'elle soit la langue d'enseignement en Algérie, vu la diversité des dialectes existants).

- **L'entretien clinique semi-directif**

Afin d'avoir un maximum d'information sur l'évènement traumatique et ses répercussions sur l'enfant, nous avons jugé qu'il était nécessaire d'utiliser un entretien clinique avec l'enfant et sa maman.

### **Présentation du cas**

Mehdi est un enfant de 8 ans, élève en 5<sup>ème</sup> année primaire, il a été orienté par réquisition de police au service médecine légale suite à une agression sexuelle, l'examen médico-légal a révélé la présence de spermatozoïdes au niveau de l'anus, ce qui a confirmé l'acte contre nature.

Mehdi est le frère unique d'une jeune fille de 20 ans, il vit avec sa mère et sa sœur, ses parents étant divorcés alors qu'il n'avait que 2 ans, et depuis il n'a jamais revu son père, emprisonné pour trafic de drogue. Sa mère de 35 ans, actuellement femme au foyer, s'est remariée il y a un an, son beau-père ne vit pas avec eux, vu qu'il a une première femme et des enfants dans une autre ville, il rejoint la maman de Mehdi les weekends mais dans un foyer autre que celui des enfants.

Celle-ci le décrit comme un homme bienveillant, qui la traite bien, et qui s'occupe très bien des enfants, que ça soit sur le plan matériel ou affectif, même s'il n'est pas toujours présent physiquement, elle dit que Mehdi l'aime beaucoup, et qu'avant son mariage il lui demandait souvent s'il n'y avait pas de papa à vendre dans les vitrines, elle dit que c'est la raison pour laquelle elle a décidé de se remarier.

La situation socio-économique de la famille a toujours été satisfaisante, la maman travaillait dans la vente de l'immobilier avant de se remarier, celle-ci dit qu'actuellement elle n'a plus besoin de travailler, puisque son mari est aisé, et répond à tous leurs besoins.

La famille vit dans un bon quartier situé dans une zone urbaine, l'enfant avait son groupe d'amis qui était du voisinage, avec qui il jouait souvent au vélo dans la cour du quartier, c'est un enfant bien portant, charmant, bien entretenu, sa mère dit qu'elle le gâtait beaucoup, et qu'elle lui achetait toujours des vêtements de luxe, et tout ce qu'il souhaitait.

L'agresseur est un maçon de 30 ans, qui travaillait dans un appartement en chantier dans le même immeuble où habitait Mehdi. Celui-ci avait apparemment déjà remarqué que l'enfant avait le bricolage de vélos comme centre d'intérêt. Un après-midi où Mehdi était en train de jouer avec ses amis, l'agresseur lui proposa de l'accompagner chez lui pour lui réparer son vélo, chose que l'enfant a fait sans hésitation. Quelques temps après, ne le voyant pas revenir, l'un de ses amis est allé prévenir sa maman, celle-ci est directement partie chercher son fils à l'appartement en question en frappant très fort à la porte, l'agresseur est sortie en compagnie de l'enfant qui était devenu tout pâle, la maman a demandé à l'homme ce qu'il a fait de son fils, celui-ci à nier en lui disant qu'il était juste en train de jouer avec lui. Celle-ci ne l'ayant bien-sûr pas cru, a pris son fils directement au commissariat de police, et il a ensuite été transféré au service de la médecine légale.

## **Évaluation et psychoéducation**

### **Avec la maman**

La psychoéducation avec la maman a été consacré au tout début à présenter les différentes stratégies des prédateurs sexuels. Et ce, en vue d'une diminution de deux sentiments confus qu'elle ressentait, le premier étant celui de la culpabilité, croyant qu'elle n'a pas assez tenue en garde son fils sur ce genre de situation, le deuxième est le fait d'en vouloir à Mehdi d'avoir suivi l'homme alors que c'est un parfait inconnu, et qu'elle l'a déjà prévenu qu'il y a des enfants qui se font kidnappés chaque jour.

Ce premier travail a consisté à lui faire comprendre que les agresseurs sexuels avaient des stratégies auxquelles les enfants ne pouvaient pas échapper. Dans un deuxième temps, nous avons expliqué à la maman en quoi consistait la thérapie, ses objectifs, sa durée, sa fréquence ainsi que la nécessité de sa présence et de sa collaboration active, mais avant cela, nous l'avons d'abord informé qu'il s'agissait d'un travail de recherche, et qu'elle pouvait accepter tout comme refuser ce que nous lui proposons.

Après cette étape vient celle de l'évaluation, la maman nous avait déjà fourni spontanément un certain nombre d'informations concernant les changements de comportements de son fils après l'agression sexuelle, (isolement, tristesse, agressivité, cauchemars, hypervigilance, refuse que sa maman l'aide à prendre sa douche comme d'habitude...). Nous avons également profité pour lui donner des informations sur l'impact des traumatismes sur les enfants, plus précisément des agressions sexuelles, afin que la maman comprenne que ce que présente son fils actuellement est tout à fait normal après ce qu'il a vécu, et qu'il a besoin d'aide pour s'en remettre.

En plus de cela, nous avons travaillé avec la maman pour identifier ce qui pouvait renforcer les comportements problématiques de l'enfant en usant de l'analyse fonctionnelle ABC.

Nous avons ensuite fait part à la maman de la manière dont un comportement peut apparaître et être maintenu, ainsi que les différentes stratégies parentales positives, telles que les éloges, l'ignorance active, l'attention sélective...etc, et ce, afin qu'elle puisse gérer les différents problèmes de comportements de son fils.

### **Avec l'enfant**

Avant de commencer l'évaluation, nous avons d'abord rassuré l'enfant du fait que nous pouvons comprendre ce qu'il ressent par rapport à ce qui lui ai arrivé, et qu'il n'est pas le seul enfant à avoir vécu cela, afin de diminuer son sentiment de solitude et d'isolement, et que ce qui s'est passé n'était pas du tout de sa faute, afin qu'il ressente moins de culpabilité. Nous lui avons ensuite passé l'échelle, qui a permis à l'enfant de verbaliser et de donner pas mal de détails sur ce qu'il était en train de vivre, et qu'il ne pouvait pas exprimer, tel que les flashbacks, le sentiment de solitude et de ne pas être compris, la perte de plaisir à faire les choses qu'il aime, le sentiment de culpabilité, l'agressivité, l'évitement... etc.

Au fil des séances, l'enfant s'est habitué à nous et a pris confiance, ce qui nous a permis de lui donner quelques notions sur ce qui était une agression sexuelle, qui sont les agresseurs sexuels et ce que pouvait ressentir un enfant victime d'une telle agression.

## **Techniques de relaxation**

### **Avec la maman**

Un autre aspect important que nous avons travaillé avec la maman, est celui de la relaxation. Nous avons commencé par expliquer l'importance de cette pratique et son effet sur le corps et l'esprit, ainsi que son importance pour l'efficacité du traitement. Nous lui avons appris deux techniques que nous avons jugé facile à appliquer, que ce soit en clinique, à la maison ou dans d'autres situations, celles de la relaxation abdominale et la relaxation

musculaire progressive, la maman a tout de suite opté pour la relaxation abdominale, qui selon elle est plus facile et dont le résultat est instantané.

#### **Avec l'enfant**

Nous avons appris à Mehdi une technique de relaxation abdominale adaptée aux enfants, et nous lui avons expliqué les moments où il pouvait la pratiquer, et à quel point ça pourrait l'aider, comme nous avons énuméré ensemble quelques activités que Mehdi appréciait, et qu'il pouvait pratiquer lorsqu'il est anxieux ou qu'il se sent mal afin de se détendre.

### **Reconnaissance et expression des émotions**

#### **Avec la maman**

Dès les premiers entretiens, la maman exprimait ses émotions vis-à-vis de ce qui est arrivé à son fils, et de ses peurs, donc le travail sur ce point n'a pas été difficile avec elle, par contre nous avons insisté sur l'importance qu'elle travaille sur ça avec Mehdi entre les séances, en lui donnant les méthodes adéquates, tout en s'adaptant à leur mode de vie.

#### **Avec l'enfant**

Le travail a commencé par des explications sur ce qui est une émotion, puis écrire ensemble une liste qui comprend toutes les émotions que peut avoir une personne. Pour l'aider à les trouver, on présentait des situations et on lui demandait quelle était l'émotion appropriée à celle-ci, nous avons utilisé des images d'enfants avec des émotions différentes, on lui demandait également de dessiner des émojis des différentes émotions, comme nous avons pratiqué différents jeux de rôles.

Dans un deuxième temps, nous avons demandé à l'enfant d'identifier des émotions qu'il a pu ressentir dans des situations qu'il a vécues durant la semaine entre les deux séances.

Nous avons également insisté à ce que le même travail se fasse avec la maman entre les deux séances, puis on en discutait en séance.

### **Reconnaissance des pensées et restructuration cognitive**

Dans ce volet, l'objectif est que l'enfant et la maman comprennent comment est-ce que les pensées affectent nos sentiments, nos réactions physiologiques, ainsi que nos comportements ; ce que c'est qu'une pensée dysfonctionnelle (irrationnelle ou contreproductive), et comment la transformer en une pensée positive (Herbert et al., 2011).

#### **Avec la maman**

Ça était fait à partir d'exemples concrets, qu'elle a elle-même fourni après avoir compris le concept, à partir d'idées concernant l'agression sexuelle de son enfant et de son devenir. Nous avons aidé la maman à prendre conscience de l'importance d'observer ses pensées et celles de son enfant afin de l'aider à changer positivement ses émotions ainsi que ses comportements.

#### **Avec l'enfant**

Nous avons commencé par expliquer à Mehdi ce qu'est « une pensée », en utilisant des scénarios qu'on illustre sous forme de petites bandes dessinées, puis comment une idée pouvait être le résultat d'une émotion quelconque, d'une sensation corporelle ou d'un comportement, et de quelle manière une idée pouvait lui nuire comme elle pouvait l'aider, et ce à travers des personnages d'enfants fictifs dans des situations particulières, puis en l'invitant à nous donner des exemples réels que nous avons travaillé ensemble.

### **La narration du trauma**

Dans ce volet, l'enfant est amené à raconter, soit par l'écriture ou avec n'importe quelle manière qu'il souhaite, son expérience traumatique. Avec Mehdi, cela s'est fait graduellement au cours des volets précédents, l'enfant a pu nous décrire ses émotions et ses pensées pendant

l'agression sexuelle, au moment de l'enquête avec la police, ainsi qu'au moment où nous étions, c'était donc une exposition progressive.

Et comme les capacités de rédaction de Mehdi n'étaient pas très développées vu son jeune âge, et qu'il a réussi à acquérir des compétences de verbalisation assez importantes, il a pu nous raconter avec précision ce qu'il a vécu, en décrivant ses émotions à chaque moment.

### **Volet dyade**

Concernant ce volet, nous nous sommes beaucoup plus basé sur le renforcement du lien entre l'enfant et sa maman, et l'établissement d'une communication optimale entre eux, et de faire en sorte qu'ils appliquent les compétences acquises entre les séances.

Un autre objectif important de ce volet, était que l'enfant et sa mère discutent de l'évènement traumatique sans gêne, mais cet objectif n'a pas pu être atteint, puisque la maman nous a révélé dès les premiers entretiens qu'elle a elle-même était victime d'une agression sexuelle par son beau-père à l'âge de 21 ans. Ce traumatisme non résolu a ressuscité chez elle de fortes manifestations après l'agression de son fils, surtout pendant les premières semaines, ce qui a engendré une incapacité à entendre les détails de ce qu'a vécu son enfant, chose qu'elle nous a exprimé directement et qu'on a bien évidemment respectée.

D'ailleurs, il est indiqué que dans certains cas, le partage du récit avec le parent peut être contre-indiqué en raison de son instabilité émotionnelle. [Traduction libre] (Deblinger, Mannarino & Choen, 2015).

### **Éducation sexuelle**

L'objectif principal de cette partie de l'intervention est la prévention contre une agression sexuelle future, pour ce faire, nous nous sommes inspirés d'un programme syrien de prévention contre les agressions sexuelles destinés aux enfants, vu l'inexistence de programmes algériens. Ce choix a été fait vu les similitudes culturelles et religieuses entre la Syrie et l'Algérie, contrairement aux pays occidentaux.

À travers ce programme, nous avons pu transmettre à Mehdi des notions importantes telles que : les parties intimes du corps, et les personnes qui ont le droit de les voir ou de les toucher (médecin, parents en cas de nécessité), la différence entre le toucher sain et malsain, le droit de dire « non » si quelqu'un essaye de le toucher de manière étrange, prévenir une personne de confiance de l'incident...etc

### **Résultats et discussion**

Le score obtenu au CPTS-RI au moment de la première évaluation, c'est-à-dire avant de commencer l'intervention était de 39, ce qui correspond selon les critères proposés par Frederick à une gravité modérée des réactions post-traumatiques (Bouvard, 2008). Nous tenons à préciser que la passation de ce test a été faite 3 semaines après l'agression sexuelle, ce qui correspond à la deuxième séance de la thérapie.

Le score après l'intervention qui a duré 12 séances est passé à 18, ce qui correspond à une gravité légère (Bouvard, 2008).

On constate donc d'après ces résultats une nette diminution du degré des symptômes post-traumatiques chez Mehdi. Sur le plan clinique, l'enfant a manifesté des améliorations remarquables, séance après séance.

Les premières observations faites ont concernées le sentiment de culpabilité, qui a diminué au fil des séances grâce à la psychoéducation, l'item n° 13 du CPTS-RI qui est passé de « souvent » à « jamais » nous le démontre clairement, ce qui a amené l'enfant à discuter de plus en plus ouvertement de l'agression sexuelle en général et de la sienne en particulier. Gauthier et ses collaborateurs (2017), pensent que c'est le fait de se sentir coupable par rapport à la situation d'agression sexuelle, qui incite les enfants à utiliser des stratégies d'évitement, ce qui augmente le risque de manifester des symptômes anxieux.

On cite également le sentiment d'isolement qui a aussi diminué chez Mehdi, après avoir compris qu'il n'est pas le seul enfant à qui cela est arrivé, surtout qu'il croisait parfois à la salle d'attente d'autres enfants, et nous demandait si eux aussi ont vécu la même chose que lui, et on ressentait chez lui un soulagement mélangé à de la compassion quand on répondait par oui.

De plus, alors qu'il évitait carrément de sortir jouer avec ses amis les premières semaines après son agression, et qu'il s'isolait très souvent dans sa chambre, celui-ci a recommencé à sortir, à se réunir avec sa famille, jouer...etc. Mais cela c'est fait graduellement.

La psychoéducation a beaucoup aidé la maman à comprendre ce qui est arrivé à son enfant, à comprendre ses comportements et à savoir comment y faire face, ça l'a également aidée à se délivrer du sentiment de culpabilité qui lui causait une grande souffrance et qui rendait difficile la prise en charge de son enfant. Ça lui a également permis de se débarrasser de quelques idées dysfonctionnelles qui provoquaient chez elle une grande anxiété, telles que « *mon fils deviendra homosexuel, il ne sera jamais un homme comme les autres...etc.* ».

Sur le plan émotionnel, l'enfant a acquis au fur et à mesure la compétence d'exprimer ses émotions avec exactitude. Vers les dernières séances, celui-ci est devenu capable de nous faire part de l'émotion ressentie lors d'un événement qu'il a vécu au cours de la semaine, sans même qu'on lui demande. Il nous a également fait part de ses sentiments au moment de son agression (dégout, honte, peur et culpabilité), et au moment de l'enquête avec la police (anxiété, énervement, irritabilité, peur et culpabilité). La maman a largement contribué à cela, en incitant son enfant à lui faire part de ce qu'il ressentait à chaque fois que l'occasion se présentait.

Pour ce qui est de la restructuration cognitive, les résultats n'ont pas été très satisfaisants, car au moment où le travail sur ce volet a commencé, la maman a arrêté d'accompagner son enfant, et son oncle maternel a pris le relais, ce qui n'a pas permis à Mehdi de s'entraîner suffisamment sur cet aspect entre les séances, en plus de la difficulté à repérer quelle idée a pu engendrer telle ou telle émotion.

Malgré cet état de fait, Mehdi a pu nous faire part de quelques idées qui lui venaient à l'esprit et qui le rendait anxieux, telles que « *l'agresseur va sortir de prison et va se venger de moi ; quelqu'un d'autre pourrait me faire la même chose...etc.* », sur lesquelles nous avons travaillé ensemble.

L'efficacité de l'intervention a été constatée surtout lors de l'audience où l'agresseur de Mehdi a été jugé. D'après la maman et l'enfant lui-même, celui-ci a raconté en présence de son agresseur, comment l'agression s'est déroulée, avec les détails les plus importants, sans qu'il manifeste une détresse significative. Mehdi nous a confié qu'il a eu peur, et qu'il a ressenti du dégoût et de l'anxiété en voyant son agresseur, mais qu'il s'est petit à petit débarrassé de ces sentiments, quand il a pensé au fait que grâce à son témoignage, son agresseur va être emprisonné pour longtemps. Il a dit aussi qu'après avoir fini, il a ressenti de la joie et surtout de la fierté.

Nous tenons à préciser que cette audience a eu lieu environ 9 séances après le début du traitement, nous avons déjà accompli presque la totalité des volets de la thérapie, et la veille de l'audience nous avons eu une séance avec Mehdi, où nous lui avons annoncé qu'il y aurait le jugement le lendemain. Nous avons fait ensemble de la relaxation abdominale ainsi que des jeux de rôle, et nous avons effectués avec lui des entretiens motivationnels, nous lui avons également indiqué de faire les exercices de relaxation à chaque fois qu'il ressentira de la peur, et qu'il change ses idées négatives en d'autres positives et motivantes comme nous l'avons fait pendant la séance.

Nous pouvons donc dire que cette audience est considérée comme une exposition in vivo pour Mehdi, où il a pu gérer sa peur et son anxiété, même en présence de son agresseur,

en plus d'être une narration du trauma, chose que nous avons renforcé en lui offrant une médaille, celle de l'enfant le plus courageux.

Nous avons également constaté l'efficacité de la thérapie lorsque Mehdi a rencontré à la salle d'attente une fillette de son âge, il lui a demandé la raison pour laquelle elle était ici, et ils ont tous les deux échangé à propos de leurs agressions.

Deblinger et ses collaborateurs (2015), expliquent cela par le fait qu'avec le temps, les expositions répétées à des stimuli liés à la violence dans un milieu thérapeutique sécuritaire entraîneront une diminution du niveau d'anxiété. Ainsi, l'exposition graduelle vise à perturber les associations mal adaptées entre les indices inoffensifs liés à la violence et les émotions négatives plus extrêmes qui se développent à la suite du conditionnement répondant. De plus, lorsque l'accoutumance se produit, de nouvelles associations remplacent les anciennes, c'est-à-dire que les réactions adaptatives telles que les sentiments de contrôle, de confort, de bravoure et/ou de fierté sont liées à des souvenirs, des situations, des pensées et/ou des discussions qui provoquaient auparavant l'anxiété.

Nous remarquons également que les absences répétées de la maman, surtout aux dernières séances, ainsi que son refus d'écouter le récit traumatique de la part de son enfant, n'a pas altéré le déroulement du traitement, ni l'efficacité de celui-ci. Pourtant, l'étude de Deblinger et al (1999), démontre que le groupe où les parents ont participé activement à la mise en œuvre de la TF- CBT a montré des améliorations significatives dans les pratiques parentales, et leurs enfants ont montré des réductions importantes des problèmes de comportement extériorisés ainsi que de la dépression par rapport au groupe où les parents n'ont pas participé au TF-CBT. Néanmoins, cette étude ne s'est pas intéressée aux symptômes post-traumatiques chez les enfants.

Nous voudrions également souligner un point important quant à ces résultats, celui de la réaction de la maman face au fait que son fils soit devenu plus expressif, et qu'il verbalise ses idées et ses ressentis plus librement, celle-ci pense qu'il est devenu audacieux. Nous pouvons expliquer cela par le fait que cette maman tienne encore au caractère traditionnel de l'éducation, qu'elle a elle-même reçu, (d'après ses propos), où l'enfant qui s'exprime librement devant ses parents ou en présence d'autres personnes adultes est considéré comme audacieux, voir même irrespectueux.

## Conclusion

À partir des observations cliniques effectuées, ainsi que des résultats du CPTS-RI, nous pouvons dire que la thérapie cognitive et comportementale axée sur le trauma (TF-CBT) a prouvé son efficacité avec ce cas, malgré la spécificité culturelle et religieuse de la société algérienne, et malgré les multiples absences de la maman et de son instabilité émotionnelle relative à son propre trauma. Cependant ce résultat reste spécifique à cet enfant, et ne peut pas être généralisé à tout enfant algérien ayant vécu une agression sexuelle.

## Bibliographie

### 1- Bibliographie en langue arabe

1- هشيم طاوس، (2016)، فعالية برنامج سلوكي معرفي في تعديل سلوك أطفال الاعتداء الجنسي (رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر)

### 2- Bibliographie en langue étrangère

2- Ait-Zair, Nadia, (2015), *les violences sexuelles à l'encontre des adolescentes en Algérie*. [https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Etude%20Violence%20sexuelle%20chez%201%27adolescente-NadiaAit-Zai-2\\_0.pdf](https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Etude%20Violence%20sexuelle%20chez%201%27adolescente-NadiaAit-Zai-2_0.pdf)  
OnLine :(visite le : 15.05.2019)

- 3- mor, L. B., L'Abbé, Y., Morin, P., et Cousineau, D. (2017), *Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents : prévenir, repérer tôt, intervenir*, Canada, Éditions du CHU Sainte-Justine.
- 4- Bouvard, M. (2008), *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent, Volume 2*, France, Elsevier Health Sciences.
- 5- Bouvard Martine, et Cottraux Jean, (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, France, Elsevier Masson.
- 6- Briere, J. N., et Elliott, D. M. (1994), Immediate and long-term impacts of child sexual abuse, *The future of children*, 54-69.
- 7- Briere, J., et Elliott, D. M. (2003), Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child abuse & neglect*, 27(10), 1205-1222.
- 8- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., et de Arellano, M. A. (2001), The importance of culture in treating abused and neglected children: An empirical review. *Child maltreatment*, 6(2), 148-157.
- 9- Cyr, C., Michel, G., et Dumais, M. (2013). Child maltreatment as a global phenomenon: From trauma to prevention, *International Journal of Psychology*, 48(2), 141-148.
- 10- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., et Heflin, A. H. (2015), *Child sexual abuse: A primer for treating children, adolescents, and their nonoffending parents*. Oxford University Press.
- 11- Deblinger, E., Steer, R. A., et Lippmann, J. (1999), Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child abuse & neglect*, 23(12), 1371-1378.
- 12- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., et Daspe, M. È. (2017), Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle : Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*, 50(1), 181-201.
- 13- Guénette-Robert, Mélanie (2010), *Évaluation d'une intervention destinée aux enfants victimes d'agression sexuelle*, (Thèse de Doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada).
- 14- Hébert, M., Cyr, M., et Tourigny, M. (2011), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Vol. 1), Canada, PUQ.
- 15- Ionescu Serban. (2009), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, France, Presses universitaires de France.
- 16- Mercier Valérie, Cyr Mireille, et Hébert Martine, (2015), Contenu verbalisé par l'enfant victime d'agression sexuelle lors de la thérapie (TF-CBT) et diminution des symptômes. *Canadian Social Work/Travail social canadien*, 16(1), 10-22.
- 17- Olliac, B. (2013). *Événements de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent* (Thèse de Doctorat, Université Toulouse III-Paul Sabatier, France).
- 18- Salmona Murielle (2018), *Le livre noir des violences sexuelles-2e éd*, Paris, Dunod.
- 19- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., et Amaya-Jackson, L. (2008), Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
- 20- Simon Victor (2004), *Abus sexuel sur mineur*, France, Armand Colin.
- 21- Susanne, R., et Robert-Ouvray, (2001), *Enfant abusé, enfant médusé : éd. augmentée d'une Lettre ouverte aux parents*, France, Desclée de Brouwer.