

**REPUBLIQUE ALGERIENNE
DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

**MAGISTER PSYCHOPATHOLOGIE INFANTO JUVENILE ET GUIDANCE
PARENTALE**

Mémoire de magister

Prise en charge des enfants victime de maltraitance sexuelle

Application d'une thérapie cognitivo comportementale

Présenté par Khadîdja Amina BENMAHAMMED BAKTI

Sous la direction de Mme Souad RAHAOUI KAHLOULA

2010/2011

Remerciements

C'est par ces lignes que nous venons déposer dans vos cœurs la charge la plus vive de reconnaissance. Il n'est de plus agréable devoir que de remercier. Aussi est-ce un plaisir de rendre ici un vibrant hommage au Chef de Travaux, Souad Rahaoui Kahloula pour la direction de ce travail, et Mme Badra Motassem Mimouni. Elles nous ont guidées dans nos premiers pas sur les chemins de la recherche.

Nous ne saurons coudre nos lèvres devant les membres du jury, tous ces hommes et femmes qui, dans l'ombre, peinent pour que nous portions demain le nom de praticien et chercheure reconnue.

Nos remerciements s'adressent également et d'une manière spéciale à mon mari, mes parents, ma famille et mes amis pour leurs soutien et sollicitude.

Puissent toutes ces personnes, ainsi que celles que nous ne saurons nommer ici, recueillir en ces lignes nos sentiments les plus affectueux !

Dédicace

(Je dédie ce travail)

A mon père et ma mère pour le don de la vie,

A tous les enfants, épris de justice et de paix,

Aux parents et éducateurs qui se dévouent au service de la jeunesse, nous dédions ce travail.

Table des matières

Résumé	7
Mots clés :	8
Introduction	9
Problématique.....	11
Hypothèses de travail	12
Motifs du choix du sujet.....	12
Echantillon et lieu de la recherche.....	13
Approche méthodologique	14
Chapitre II : La maltraitance sexuelle	15
1. Introduction	16
2. Définition de la maltraitance	16
3. Définition de la maltraitance sexuelle (selon les critères de l’OMS)	16
4. Maltraitance sexuelle en milieu familial «L’inceste» :	17
5. Epidémiologie des maltraitances.....	18
5.1 Réflexions générales sur les recherches épidémiologiques :	18
5.2 Evolution des statistiques.....	19
5.3 Une étude menée sur la population générale.....	21
6. Conséquences des maltraitances sexuelles :	22
6.1 Troubles psycho traumatiques de type I	22
6.1.1 Réactions immédiates	22
6.1.2 La réaction aiguë à un facteur de stress :	23
6.1.3 Autres réactions immédiates	24
6.1.4 Réactions post immédiates	24
6.1.5 Etat de stress post traumatique et tableaux tardifs.....	25
6.1.6 L’état de stress post traumatique (ESPT)	25
6.1.7 Particularités de l’état de stress post traumatique chez l’enfant (TERR).....	26
6.2 Troubles psycho traumatiques de type II	28
6.2.1 Evolution des troubles psycho-traumatiques de type II	29
7. Facteurs de risque et de protection	30
7.1 Facteurs préalables	31

7.2 Traits de caractère de l'enfant et style de vie	31
7.3 Entourage et fonctionnement familial	32
7.4Caractéristiques propres à l'abuseur	32
7.5 Caractéristiques de l'abus	33
7.6 Au long terme.....	34
8. Conceptions théoriques : trois modèles de psycho-traumatisme	34
8.1 Modèle psychanalytique	35
8.2 Modèle cognitive comportemental.....	36
8.3 Modèle neurobiologique.....	37
9. Les difficultés du parcours judiciaire	38
9.1 Les effets potentiellement délétères du parcours judiciaire	39
9.2 Pourquoi ne pas parler	40
10. Les modalités de Traitement de l'ESPT.....	43
10.1Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	44
10.2Eye Movement for Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	50
10.3Psychothérapie dynamique :.....	51
10.4 Hypno thérapie.....	53
10.5 Interventions pharmacologiques :.....	54
11. Conclusion :.....	56
Chapitre III : Les thérapies cognitives et comportementales.....	58
2. Définition.....	59
3. Historique	59
3.1 Le courant comportementaliste (behaviorisme)	60
3.1.1. Behaviorisme Watsonien	60
3.1.2 Naville (1942) :.....	61
3.1.3. Travaux de Skinner	61
4. Travaux de Eysenck à l'hôpital de Mardsley (Londres) :	62
4.2. Champs d'application des théories cognitives et comportementales :	62
4.3. Les bases théoriques :	63
4.3.1. Le conditionnement classique ou répondant.....	63
4.3.2. Le conditionnement opérant.....	64
4.3.3. L'apprentissage social.....	65
4.3.4. Analyse fonctionnelle	66
4.3.5. Les techniques comportementales	67
4.4.1. Techniques opérantes	71

4.4.2. Techniques issues de l'apprentissage social	73
4.4.3. Techniques aversives.....	75
4.5. Techniques comportementales et cognitives	75
4.7. Les techniques cognitives.....	76
4.7.1. La technique de la restructuration cognitive	76
4.7.2. Différentes étapes de la reconstruction cognitive	77
5. Les TCC en pratique.....	78
Chapitre IV :Etude de cas.....	81
1. Méthodologie.....	82
2. Population étudiée	82
3. L'observation.....	83
4. L'Analyse fonctionnelle	84
4.2 Caractéristiques de l'analyse fonctionnelle :.....	84
5. Méthode de mesure : L'approche quantitative	86
6. Echelles d'évaluation.....	86
7. Le contrat thérapeutique	88
8. Stratégies et techniques d'intervention.....	88
9. L'entretien motivationnel	89
9.1 La psychoéducation	90
9.2 La relaxation par contrôle respiratoire.....	90
10. Description du déroulement d'une séance type.....	92
Premier cas de maltraitance sexuelle traité par TCC :.....	93
Deuxième cas de maltraitance sexuelle traité par TCC.....	105
Chapitre V : Analyse résultat et discussion des hypothèses.....	116
Analyse résultats.....	117
Discussion	118
Conclusion.....	121
Recommandation.....	123
Difficultés liés à la recherche :	124
Annexes	125
Echelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP).....	126
Children Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)	130
Le contrat thérapeutique.....	133
Bibliographie	134

Résumé

Frappée par la loi du silence, la maltraitance des enfants est pourtant une réalité bien présente dans notre pays. La Convention internationale des droits de l'enfant, en vigueur en Algérie depuis mai 1993, définit la maltraitance comme « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle ».

Les enfants victimes de maltraitements sexuels présentent souvent un traumatisme psychologique se traduisant par de l'anxiété, un état dépressif, des cauchemars, de l'insomnie qui nécessite une psychothérapie. Mais la durée de ces troubles et leur intensité dépendent essentiellement du comportement de l'entourage.

Les thérapies comportementales et cognitives représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Elles utilisent une méthodologie expérimentale pour comprendre et modifier les troubles psychologiques qui perturbent la vie du patient. Elles font référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage : conditionnement classique et opérant, apprentissage social qui mettent l'accent sur la modification des comportements observables.

Dans ce travail, après une étude approfondie du phénomène de la maltraitance sexuelle d'enfant, nous nous référerons à l'approche Cognitive Comportementale pour une prise en charge thérapeutique de ces enfants victimes :

Deux grands volets composent notre travail ; une partie théorique clarifiant les notions principales et une partie pratique comportant la méthodologie détaillée, les études de cas et l'analyse des résultats et, enfin, la conclusion.

Le contexte théorique comprend l'historique de la maltraitance sexuelle, ses définitions, son étiologie, ses formes, ses conséquences ainsi que les différentes modalités de son traitement, dont la thérapie cognitive et comportementale.

Dans le deuxième chapitre, nous allons étudier l'approche cognitive et comportementale, notamment ses définitions, son historique, ses différents courants, ses principes thérapeutiques, son application dans la maltraitance sexuelle et les

différentes études concernant cette approche dans l'ESPT (états de stress post traumatique).

Dans la partie pratique, nous aborderons la méthodologie de recherche et nous présenterons ensuite les deux cas cliniques diagnostiqués selon les critères du DSM IV de l'état de stress post traumatique. Nous les suivrons en thérapie cognitivo-comportementale. La démarche va faire appel à différentes techniques cliniques (entretien, observation), à l'analyse fonctionnelle, à la passation d'échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et l'évitement, ainsi que le questionnaire relative à l'ESPT. Mais aussi la pratique d'exercices de relaxation par contrôle respiratoire et de principes thérapeutiques issus de la TCC (thérapie cognitivo comportementale).

Enfin, le dernier chapitre présentera une discussion des résultats obtenus par la pratique de la thérapie cognitive-comportementale et leur concordance avec la littérature ainsi que l'affirmation ou l'infirmité des hypothèses de recherche. Le travail s'achèvera par quelques pistes de réflexion sur le sujet.

Mots clés :

Maltraitance sexuelle, traumatisme, enfant, thérapie cognitivo-comportementale, états de stress post traumatique.

Introduction

La maltraitance sexuelle est un problème majeur de santé publique. La reconnaître, soigner et prévenir, c'est d'abord y penser. Y penser, c'est systématiquement suspecter son existence, faciliter sa reconnaissance afin de favoriser l'émergence de la parole de la personne victime de maltraitance sexuelle (ou de ce qui peut la révéler). Ainsi, pour pouvoir parler de maltraitance sexuelle de l'enfant, il a fallu une évolution culturelle qui reconnaisse que l'enfant s'appartient à lui-même, qu'il est une personne à part entière.

Car, l'histoire nous le démontre, pendant longtemps, dans certaines civilisations, le chef de clan ou le père avait droit de vie ou de mort sur l'enfant et pouvait l'exercer en le condamnant à mourir. Aujourd'hui encore, bien des pays ne peuvent pas admettre qu'ils n'ont pas le droit de maltraiter les enfants ou de pratiquer des mutilations sexuelles prescrites dans leur culture.

Les conséquences de la maltraitance sexuelle comptent parmi les plus destructrices pour une personne humaine, à fortiori pour un enfant. Ce type d'expérience ébranle les fondements même d'une personnalité. Les effets de tels actes mettent en péril le développement de plusieurs éléments nécessaires à la croissance telle l'estime de soi, la confiance dans les autres ainsi que le développement social et sexuel.

Toutes les études sur la maltraitance sexuelle ont identifié des symptômes traumatiques immédiats, le syndrome de stress post-traumatique (Post Traumatic Stress Disorder ou PTSD de l'American Psychiatric Association, 1994) et des effets psychiques à plus long terme, principalement l'anxiété, les risques dépressifs, les sentiments de honte et de culpabilité, les difficultés d'ordre sexuel et domestique.

Comme elles ont déterminé d'autres conséquences telles ; les conduites addictives, les troubles du comportement alimentaire, les automutilations, les prises de risque ou encore les troubles des conduites sexuelles.

Une enquête nationale¹ a démontré qu'en Algérie, 10.000 enfants subissent des maltraitements chaque année et 3.000 enfants, dont l'âge varie entre 5 et 16 ans, sont victimes de maltraitements sexuels, celles-ci elles surviennent deux fois plus chez les filles que chez les garçons.

Il s'agit là d'un problème particulièrement grave et la guérison des victimes requiert un travail de longue haleine qui passe nécessairement par un combat fait de chutes et de rémissions.

La maltraitance sexuelle menace l'équilibre familial entraîne dans son sillage conflits, angoisses et culpabilité. Les bouleversements induits ont presque toujours des conséquences sur les relations et l'organisation de la famille.

Notre souci, à travers ce travail, est de montrer les graves répercussions psychologiques et sociales de la maltraitance sexuelle sur les enfants et les moyens d'y mettre un terme par une prise en charge et une psychothérapie adaptées. Mais aussi de démontrer que la responsabilité des parents et de la famille est capitale.

L'intérêt de l'enfant ne devrait sous aucun prétexte être sacrifié, quelles qu'en soient les conséquences et les retombées sur la famille. Les parents sont appelés à surveiller les fréquentations de leurs enfants mais aussi et surtout à briser avec leurs enfants le tabou de la sexualité. L'éducation sexuelle étant inexistante chez la famille algérienne, les enfants ignorent naturellement que certains adultes peuvent adopter des comportements dangereux et avoir à leur égard des gestes interdits comme les attouchements.

D'où l'intérêt d'apporter une aide à ces familles en les incluant dans les différentes phases de la prise en charge qui sera centrée sur une approche cognitive et comportementale. Approche qui, appliquée seule ou en association avec d'autres thérapies, représente un outil de choix face à la maltraitance sexuelle des enfants.

¹ www.djazairess.com

Même si aujourd'hui, en dépit des travaux qui en démontrent l'efficacité, ces thérapies restent encore très insuffisamment connues et reconnues des praticiens. D'où l'intérêt d'apporter une contribution dans l'édifice de la recherche.

A travers cette approche, notre objectif est de :

- Comprendre cette pathologie encore méconnue dans notre société.
- Tenter de changer les comportements et les sentiments inadéquats tels l'évitement, l'anxiété, la culpabilité et la honte.
- Travailler sur la motivation de ces enfants afin de les aider à briser la loi du silence et les préparer à la thérapie et aux changements.
- Agir sur les croyances rigides et irrationnelles que développent les patients au sujet de l'abus sexuel.
- Enfin, aider les patients à retrouver une vie familiale normale en impliquant les parents et la famille.

Afin de faire le point sur le potentiel et la place de cette approche cognitive et comportementale, ce travail se propose donc de répondre aux différentes questions soulevées par ce traitement.

Problématique

- Comment la thérapie cognitive et comportementale peut-elle aider les patients maltraités sexuellement ?
- Comment aider ces enfants à sortir du silence ?
- Comment amener les patients à développer l'estime de soi et à diminuer l'anxiété et l'évitement ?
- Et, enfin, comment la famille peut-elle apporter une aide durant le processus thérapeutique ?

Ces réflexions seront conduites sur la base des hypothèses de travail suivantes :

Hypothèses de travail

- La thérapie cognitive et comportementale permet de corriger les comportements inadéquats par l'application des principes thérapeutiques mais aussi de transformer les pensées dysfonctionnelles en pensées plus adaptées.

- Des entretiens motivationnels afin d'aider ces enfants à sortir de leurs silences par des exercices et le renforcement positif.

- Aider les patients à développer leur estime de soi, à diminuer l'anxiété et les comportements d'évitement par l'élaboration d'exercices de relaxation, la passation d'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété, de l'évitement et de l'ESPT. Ces techniques responsabilisent les patients et les amènent à vaincre les pensées rigides inadaptées.

- L'intégration de la famille dans la prise en charge des patients constitue un soutien non négligeable dans la réussite du processus thérapeutique.

Motifs du choix du sujet

La maltraitance sexuelle des enfants constitue dans notre société un sujet sensible et épineux, un tabou dont il ne faut surtout pas parler. Dans notre thèse, nous voulons briser la loi du silence et désigner les dysfonctionnements et difficultés qui empêchent la société de faire face à ce problème de santé publique. Nous tentons également de trouver des solutions concrètes au devenir de ces enfants victimes de maltraitance sexuelle.

Cette recherche fait suite à notre travail exploratoire autant que psychologue stagiaire au sein du service de médecine légale du CHU Oran, qui nous a permis de rencontrer des enfants victimes de maltraitance sexuelles. Nous avons réalisé des entretiens avec ses enfants et leurs familles, ce qui nous a

valu, dans un premier temps, d'approcher le phénomène de la maltraitance sexuelle des enfants mais aussi de cerner le vécu des enfants maltraités et la question de leur prise en charge, tant sur le plan psychologique qu'institutionnel.

Echantillon et lieu de la recherche

- Notre méthodologie étant de type qualitatif, nous avons approché une vingtaine d'enfants victimes de maltraitance sexuelle, au niveau du service de médecine légale du CHU Oran. Nous avons choisi de présenter deux (2) cas, la raison étant qu'une thérapie cognitivo comportementale demande du temps et de l'énergie. Et souvent, les parents ou tuteurs refusent de s'impliquer dans le processus thérapeutique.
- Ces enfants sont âgés entre 6 et 13 ans.

Bien qu'il soit trop limité pour être validé, cet échantillon permet malgré tout d'observer les différents facteurs intriqués lors de la prise en charge de l'enfant maltraité sexuellement.

Approche méthodologique

Nous présentons ici un bref résumé de l'organisation du travail. La démarche clinique et thérapeutique sera détaillée dans la partie pratique.

Deux grands volets composent notre travail : une partie théorique clarifiant les notions principales et une partie pratique comportant la méthodologie détaillée, les études de cas et l'analyse des résultats et, enfin, la conclusion.

Le contexte théorique comprend l'historique de la maltraitance sexuelle, ses définitions, son étiologie, ses formes, ses conséquences ainsi que les différentes modalités de son traitement, dont la thérapie cognitive et comportementale.

Dans le deuxième chapitre, nous allons étudier l'approche cognitive et comportementale, notamment ses définitions, son historique, ses différents courants, ses principes thérapeutiques, son application dans la maltraitance sexuelle et les différentes études concernant cette approche dans l'ESPT (états de stress post traumatique).

Dans la partie pratique, nous aborderons la méthodologie de recherche et nous présenterons ensuite les deux cas cliniques diagnostiqués selon les critères du DSM IV de l'ESPT. Nous les suivrons en thérapie cognitivo-comportementale. La démarche va faire appel à différentes techniques cliniques (entretien, observation), à l'analyse fonctionnelle, à la passation d'échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et l'évitement, ainsi que le questionnaire relative à l'ESPT. Mais aussi la pratique d'exercices de relaxation par contrôle respiratoire et de principes thérapeutiques issus de la TCC.

Enfin, le dernier chapitre présentera une discussion des résultats obtenus par la pratique de la thérapie cognitive-comportementale et leur concordance avec la littérature ainsi que l'affirmation ou l'infirmité des hypothèses de recherche. Le travail s'achèvera par quelques pistes de réflexion sur le sujet.

Approche théorique

Chapitre II : La maltraitance sexuelle

1. Introduction

Pour entamer l'état des lieux des maltraitances sexuelles, nous définirons la maltraitance, en générale, et la maltraitance sexuelle, en particulier. Puis, nous aborderons les données épidémiologiques récentes, les conséquences des maltraitances sexuelles, les difficultés du parcours judiciaire et, enfin, les modalités de traitement.

2. Définition de la maltraitance

«Tout acte accompli ou, à l'opposé, non réalisé, par des individus, des institutions ou la société dans son ensemble, et tout état qui découle de ces actes ou de leur absence et prive les enfants de leurs libertés ou de leurs droits, et/ou entrave leur développement, constitue par définition un mauvais traitement.»²

L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

3. Définition de la maltraitance sexuelle (selon les critères de l'OMS)

L'organisation mondiale de la santé (OMS) utilise le terme d'exploitation sexuelle plutôt que de maltraitance. *«L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de l'adulte. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs.»³*

Cette définition nuance différents types d'abus : Attitudes malsaines, abus sans toucher, abus avec toucher sans violence et abus avec violence entraînant des lésions de gravité variées.

On peut aussi distinguer deux types de maltraitances :

² Ciavaldini A, Choquet M (2004), Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext. p.19

³ Définition citée par Gabel Marcelline (1992), L'enfant victime d'abus sexuels, Paris, PUF. p.7

- 1) Les maltraitances passives (absence de protection, de règles, de lois, d'écoute, d'éducation et d'informations relatives à la sexualité, promiscuité sexuelle).
- 2) Les maltraitances actives (attouchements, manipulations génitales, inceste, viol, exploitation, prostitution, pornographie).

Les mutilations sexuelles s'apparentent à la maltraitance physique plus qu'à la maltraitance sexuelle car elles n'ont pas pour but la satisfaction sexuelle de celui qui les pratique.

Dans les classifications des maltraitances sexuelles, la très grande majorité des chercheurs différencient les maltraitances intrafamiliales de celles exercées par un étranger à la famille.

Dans l'étude qui suivra, ces distinctions seront prises en compte et une distinction sera faite entre abus sexuel intrafamilial définissant la situation d'inceste et celle d'abus sexuel effectué par un étranger à la famille.

4. Maltraitance sexuelle en milieu familial «L'inceste» :

L'inceste n'étant pas cité par le Code Pénal, il est statistiquement parlant difficile de le distinguer des autres agressions, quoique la mention «*par ascendant*» est de nature à donner quelques indications. L'étude nationale américaine de prévalence d'agressions sexuelles intrafamiliales sur les enfants entre 0 et 17 ans évalue celle-ci à un taux 1,9% sur un an (Finkelhor et col. 1997).

Une enquête finlandaise rapporte, pour les filles, des taux de 2% avec le père et de 3,7% avec le beau-père (Sariola et Uutela, 1996).

En France, les cas d'inceste constituent 20% des procès d'Assises et représentent 75% des situations d'agressions sexuelles sur enfants et plus de 57% des viols sur mineurs (Source ODAS)⁴.

L'étude canadienne de Fisher montre qu'en cas d'agression intrafamiliale, la première agression se déroule à un âge plus précoce que dans le cas d'une agression extra-familiale, la durée étant plus longue avec un fort niveau de traumatisme. Cependant,

⁴ Odas : Observatoire nationale de l'enfance en danger

on y enregistre moins l'usage de la force physique et plus l'injonction ferme à ne pas révéler l'agression (Fisher et Mc Donald, 1998).

Enfin, il est nécessaire d'évoquer les «*agressions sexuelles muettes*», invisibles, induites par un climat familial «*incestueux*», qui sont plus particulièrement le fait des mères. Il s'agit principalement de vérifications pouvant prendre la forme d'exploration, sous couvert d'hygiène des orifices anaux, génitaux, de très grande proximité physique, de pénétration régulières des espaces d'intimité, d'exhibitionnisme parental, de confidences érotiques mais aussi de dévalorisation morales ou physiques de l'enfant (Manciaux et col. 1997).

5. Epidémiologie des maltraitances

5.1 Réflexions générales sur les recherches épidémiologiques :

La recherche de données épidémiologiques sur les maltraitances sexuelles est difficile à plusieurs niveaux. Tout d'abord, en ce qui concerne l'épidémiologie descriptive : il faut définir le champ d'étude. Qu'est-ce que la maltraitance ?

En Algérie, la maltraitance n'est pas balisée. L'enfant en péril est celui qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas maltraité pour autant, Quant à la définition précise de la maltraitance sexuelle, la définition de l'OMS précédemment citée est la plus courante.

La deuxième difficulté concernant l'épidémiologie descriptive concerne le recueil des informations : Quelles sont les sources de recueil des données ? Il faut garder à l'esprit que beaucoup de victimes ne se font pas connaître et que les statistiques «*officielles*» sous-estiment probablement la réalité. Nous nous sommes appuyées sur les données statistiques publiées par la DGSN (direction générale de la sûreté nationale), la GN (Gendarmerie Nationale) et les services de police.

Enfin, la partie analytique de l'épidémiologie des maltraitances pose également problème. En effet, la plupart des études se basent sur des sujets hospitalisés ou pris en charge par une institution. Il faudrait, de ce fait, initier des enquêtes en population

générale pour évaluer plus finement les conséquences des maltraitances sexuelles car toutes les victimes ne ressentent pas le besoin d'être suivies ou ne sont pas repérées par les acteurs sociaux ou médicaux. Etant donné qu'aucune recherche de ce type n'a été effectuée en Algérie, nous nous sommes contentées des résultats d'une enquête réalisée en France.

5.2 Evolution des statistiques

Les chiffres de (la DGSN, de la GN et des services de polices) recensent les enfants signalés. Par signalement, on entend *«toute information préoccupante ayant donné lieu à une évaluation pluridisciplinaire, à l'issue de laquelle est décidée soit une mesure administrative, soit une action judiciaire»*.

Le nombre des enfants maltraités en Algérie s'élève à quelque 10.000 cas enregistrés annuellement. C'est, en tout les cas, le chiffre livré pour l'année 2010.

Ces 10.000 enfants se rapportent aux cas qui sont connus des différents services cités plus haut.

Tableau1 : Evolution du nombre d'enfants par type de maltraitance signalés par la DGSN⁵

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maltraitance générale	5091	5760	5635	5498	4987	4610
Maltraitance sexuelle	2472	2845	2878	2908	2925	2988
Totale	7563	8605	8638	8406	7912	7598

⁵ www.djazairess.com

A travers l'analyse du tableau, nous constatons que bien que les chiffres des maltraitances générales baissent à travers les années (2005 : 5091 cas, 2010 : 4610 cas), les chiffres des maltraitances sexuelles sur enfants connaissent, au contraire, une augmentation significative (2472 cas en 2005 contre 2988 cas en 2010)

Les chiffres de la Gendarmerie Nationale

Selon la Gendarmerie Nationale, durant l'année 2009, 1563 enfants, dont 958 filles et 605 garçons, ont subi des sévices sexuels. Un chiffre en hausse par rapport à celui des années précédentes.

S'il est vrai que près de 75% victimes d'abus sexuels sont remises à leurs familles, les autres sont placés dans des centres de rééducation, au même titre que les délinquants, faute d'infrastructures de prise en charge. Ce qui aggrave lourdement leur situation et les pousse souvent à basculer vers la délinquance, phénomène dont les chiffres ont atteint des seuils alarmants, ces dernières années.

En France, les sources fiables sont celles de l'ODAS (Observatoire National de l'Enfance en Danger) et du (SNATEM) Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée. Les signalements pour abus sexuels sur enfants, après avoir connu une faible régression (1995=5500, 1999=4800, soit une baisse d'un peu plus de 13%) connaissent actuellement de nouveau une nette progression (2000 = 5500 ; 2001 = 5900)

Évolution des situations d'abus sexuels entre 1995 et 2001 (source ODAS 2002)⁶

Années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Abus sexuel	5500	6500	6800	5000	4800	5500	5900
Total des enfants maltraités	20000	21000	21000	19000	18500	18300	18000

Les abus sexuels sur enfants représentent aujourd'hui un tiers des situations de maltraitances alors qu'il y a 8 ans, ils n'en représentaient qu'un peu plus du quart (27,5%).

⁶ www.odas.fr

C'est la seule maltraitance qui, comparée aux autres, ne connaît pas de véritable baisse dans le temps. Bien au contraire, alors que jusqu'en 1998 la tendance était à la baisse pour l'ensemble des maltraitances infantiles, on assiste depuis 1999 à une inversion de cette tendance pour les maltraitances sexuelles. Depuis cette date, l'abus sexuel devient la seule maltraitance qui croît.

5.3 Une étude menée sur la population générale

Pour ce rendre compte de l'évolution des maltraitances et de leur impact sur la population générale, et, en particulier, de la prévalence des maltraitances sexuelles, il nous est apparu intéressant de citer une étude réalisée en 1989. Elle n'est pas très récente mais ce type d'étude est difficile à réaliser, et il y en a si peu. L'évaluation des abus sexuels est compliquée du fait de leur reconnaissance récente et, donc, des tabous qui persistent, mais aussi à cause de la difficulté à donner une définition reconnue par tous et qui en fixerait les limites. Des études épidémiologiques anglo-saxonnes donnent des chiffres très différents mais elles portent aussi sur des populations très diverses. De surcroît, plus la révélation est tardive, plus la réalité des faits est difficile à reconstituer.

Nous avons choisi l'étude d'A. Lazartigues⁷, menée sur un échantillon important, d'une population assez jeune, donc proche des événements. En effet, le fait de s'adresser à une population jeune permet d'avoir une idée des maltraitances sexuelles subies dans l'enfance et non pas sur une vie entière.

Dans un auto-questionnaire proposé pour une recherche sur le SIDA, trois questions sur les abus sexuels ont été intégrées. L'enquête a été faite sur une population représentative de mille étudiants de première ou deuxième année des universités parisiennes. 26% de femmes et 11% d'hommes disent avoir été victimes d'au moins un abus proposé dans le questionnaire.

⁷ Lazartigues A., Perard D., Lisandre H., Pailleux T. (1989), Les abus sexuels, étude sur une population de 1000 étudiants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1989, 37 (5-6), 223-229.

L'exhibitionnisme apparaît le plus fréquemment (22% des femmes et 8% des hommes) puis le harcèlement sexuel (3% et 4%), le viol (3% et 2%) et, enfin, l'inceste (1% pour les deux sexes). On constate chez ces étudiants des différences de comportements (tendance suicidaire, tendance dépressive, conduites d'addiction plus importantes que les autres) mais pas d'inhibition intellectuelle particulière.

Nous voyons que la maltraitance sexuelle ayant eu lieu dans l'enfance concerne une grande partie de la population générale et, pourtant, on en parle relativement peu.

6. Conséquences des maltraitements sexuels :

La survenue d'un événement traumatique chez l'enfant peut générer des troubles psychiques. Ces troubles psychiques secondaires à une agression sont appelés syndromes post traumatiques.

Chez l'enfant, nous allons étudier la description de Terr⁸, reprise par Vila⁹, qui distingue les troubles psychos traumatiques de type I quand l'évènement traumatique est unique et des troubles psychos traumatiques de type II quand l'évènement est répété. Les quatre principaux signes retenus par Terr sont les reviviscences envahissantes, les «jeux» répétitifs, les phobies spécifiques liées au traumatisme et les changements dans les rapports aux autres, à la vie, à l'avenir. Détaillons donc la description clinique des tableaux psychiatriques risquant d'apparaître après une maltraitance sexuelle.

6.1 Troubles psycho traumatiques de type I

Ces troubles répondent à un traumatisme unique comme, par exemple, un viol ou un épisode d'attouchements. On distingue les réactions immédiates, les tableaux cliniques post immédiats et l'état de stress post traumatique.

6.1.1 Réactions immédiates

Chez les enfants, les réactions immédiates sont décrites a posteriori, à partir du récit du sujet ou de son entourage. Outre la réaction aiguë à un facteur de stress que nous

⁸ Leonore C. Terr. Childhood traumas : an outline and overview. Am J Psychiatry 1991; 148:1: 10-20.

⁹ Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999.

allons décrire en détail, on peut observer des attaques de panique, des troubles dissociatifs sévères (amnésie psychogène, fugue psychogène) ou un état confusionnel. Mais revenons à la réaction aiguë à un facteur de stress qui donne une illustration condensée des réactions immédiates possibles.

6.1.2 La réaction aiguë à un facteur de stress :

La réaction aiguë à un facteur de stress est décrite dans la CIM-10.¹⁰ Elle répond aux critères diagnostiques suivants :

A- Confrontation à un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel.

B- Survenue immédiate de symptômes (dans l'heure qui suit la confrontation).

C- Les symptômes sont répartis en deux groupes. Selon le nombre de symptômes de chaque groupe, l'intensité est cotée : légère (groupe 1), moyenne (groupe 1 plus au moins deux symptômes du groupe 2), sévère (groupe 1 plus au moins quatre symptômes du groupe 2).

Groupe 1 : vécu de peur, signes neuraux végétatifs.

Groupe 2 : composante comportementale.

- Retrait par rapport aux interactions sociales attendues.
- Rétrécissement du champ de l'attention.
- Désorientation apparente.
- Colère ou agressivité verbale.
- Désespoir ou perte d'espoir
- Hyperactivité inappropriée ou sans but.
- Affliction incontrôlable et excessive compte tenu des normes culturelles.

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Genève, Masson, 2000.

D - Quand le facteur de stress est transitoire ou quand il est possible d'y remédier, les symptômes doivent commencer à diminuer dans les huit heures. Quand le facteur de stress reste actif, les symptômes doivent commencer à s'atténuer dans les quarante-huit heures.

La réaction aiguë à un facteur de stress d'intensité sévère peut aussi correspondre aux critères d'une stupeur dissociative : présence d'une diminution importante ou d'une absence des mouvements volontaires et d'une réactivité normale à des stimuli externes tels que la lumière, le bruit ou le toucher, mais l'examen clinique et les examens complémentaires ne mettent en évidence aucun élément en faveur d'une cause physique. Par ailleurs, on dispose d'arguments en faveur d'une origine psychogène du trouble dans la mesure où il est possible de mettre en évidence des événements ou des problèmes stressants récents.

6.1.3 Autres réactions immédiates

Les autres réactions immédiates incluent des angoisses de séparation, des somatisations, des décompensations de pathologies préexistantes, des troubles du sommeil. Les tableaux de psychose réactionnelle brève sont rares.

6.1.4 Réactions post immédiates

Dans les jours suivant un événement traumatique, les tableaux cliniques observés sont variés. Citons entre autres:

- Les troubles de l'adaptation
- Les psychoses réactionnelles brèves
- L'état de stress aigu
- Les tentatives de suicide,
- L'agressivité, l'opposition, les troubles de conduites
- Les troubles du sommeil
- Les troubles des conduites alimentaires

- Le syndrome de refus global
- L'abus d'alcool ou de substances psycho actives

6.1.5 Etat de stress post traumatique et tableaux tardifs

L'état de stress post traumatique fait suite aux manifestations précoces ou survient classiquement après un intervalle libre. Nous allons d'abord rappeler l'état de stress post traumatique tel qu'il est décrit dans la CIM 10 puis nous verrons les particularités propres aux enfants.

6.1.6 L'état de stress post traumatique (ESPT)

A- Confrontation brève ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

B- Le facteur de stress est constamment remémoré ou «*revécu*» comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes (*flashbacks*), de souvenirs intenses, de rêves répétitifs ou d'un sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier.

C- Evitement ou tendance à l'évitement, non présente avant l'exposition au facteur de stress ou associée à ce dernier.

D- Soit (1) soit (2) :

(1) Incapacité partielle ou complète à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress.

(2) Présence de symptômes persistants traduisant une hyper sensibilité psychique et une hyper vigilance (non présentes avant l'exposition au facteur de stress), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- Difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil
- Irritabilité ou accès de colère
- Difficultés de concentration

- Hyper vigilance

- Réaction de sursaut exagérée

E- Survenue des critères B, C et D dans les six mois suivant l'évènement stressant ou à la fin d'une période de stress.

6.1.7 Particularités de l'état de stress post traumatique chez l'enfant (TERR)

Le traumatisme peut être vécu sans peur, sans sentiment d'impuissance ni d'horreur mais avec un comportement désorganisé ou agité. D'ailleurs, en ce qui concerne les maltraitances sexuelles, le DSM IV précise que «*chez les enfants, les éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées par rapport au développement, sans violence ou blessure grave ou réelle* »¹¹.

N'importe quelle maltraitance sexuelle, et pas seulement un viol ou une maltraitance sexuelle associée à des violences physiques, peut donc induire un état de stress post traumatique. L'entourage rapporte des «*jeux*» répétitifs, effectués sans plaisir à la différence du jeu normal. Ces «*jeux*» expriment des thèmes ou des aspects du traumatisme. On les retrouve plus facilement que les souvenirs répétitifs et envahissants qui constituent le syndrome de reviviscence de l'adulte.

L'enfant a aussi des agissements soudains. C'est comme si l'évènement traumatique allait se produire : reconstitutions spécifiques du traumatisme, remises en actes. Les rêves récurrents de reviviscence traumatique de l'adulte prennent chez l'enfant (surtout jeune) la forme de rêves effrayants, sans contenu reconnaissable. De même, les souvenirs visualisés sous forme d'illusions ou de *flashbacks* sont plus rares chez l'enfant (surtout jeune).

L'enfant ou l'adolescent peut développer des peurs spécifiques comme la peur du noir après une agression dans un lieu sombre. Ceci peut se rapprocher de l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme.

La classique amnésie psychogène post traumatique est assez rare chez l'enfant qui, en revanche, présente vis-à-vis des évènements traumatiques des distorsions des

¹¹ Cité par Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999.

perceptions et des cognitions souvent marquées. En particulier, l'enfant peut relater l'évènement avec beaucoup de détails mais en changeant la chronologie des faits.

L'hyper réactivité neurovégétative se traduit chez l'enfant par des troubles du sommeil, une irritabilité, des accès de colère, un état d'alerte, des réactions exagérées de sursaut. Les troubles de l'attention et de la concentration se répercutent sur la scolarité. Ajoutons les plaintes somatiques, fréquentes chez l'enfant.

L'enfant peut, en outre, présenter un fatalisme (conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement), un profond sentiment de vulnérabilité et la perte de la confiance habituellement accordée aux adultes protecteurs. Cette attitude changée vis-à-vis des gens, de la vie et de l'avenir est caractéristique des psychos traumatismes de l'enfant.

Les troubles associés à l'état de stress post traumatique :

Les troubles anxieux regroupent les idées obsédantes, l'anxiété et les phobies sociales, l'anxiété généralisée et le trouble panique. L'anxiété de séparation est un trouble spécifique de l'enfance qui peut être réactivé par le traumatisme.

Les troubles de l'humeur (syndrome dépressif majeur) seraient l'association Comorbide la plus fréquente aux états de stress post traumatiques.

Comme chez l'adulte, des troubles somatiques peuvent apparaître telle la pelade, les diabètes, l'asthme... On peut aussi observer des symptômes conversés ou des comportements régressifs comme l'énurésie secondaire, la reprise de la succion du pouce...etc.

Evolution de l'état de stress post traumatique (ESPT) et des troubles associés :

Selon le DSM IV, la moitié des ESPT évoluerait vers une résolution complète dans les trois mois suivant le traumatisme. L'ESPT persisterait au-delà de douze mois dans la plupart des cas restant. Une durée supérieure à six mois serait, d'après les études citées par Vila, aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Quant aux troubles associés tels que les troubles anxieux et dépressifs, ils s'intensifient durant le premier semestre post traumatique. Les troubles anxieux s'atténuent ensuite plus rapidement que les troubles de l'humeur qui peuvent persister pendant plusieurs années. On retrouve chez les adultes dont l'ESPT a commencé dans l'enfance plus de dépression et de troubles somatiques que dans la population générale. Chez les enfants, ceci peut avoir un retentissement sur la scolarité (difficultés de concentration, absentéisme). Soulignons aussi le risque suicidaire associé aux troubles dépressifs.

Les sujets ayant subi un psycho-traumatisme présentent plus souvent que la population générale des troubles des conduites (délinquance), des abus d'alcool ou d'autres substances psycho actives, des troubles des conduites alimentaires et des troubles sexuels.

Etudions, à présent, les troubles psycho-traumatiques de type II.

6.2 Troubles psycho traumatiques de type II

Ces troubles sont consécutifs à l'exposition prolongée ou répétée à des événements extrêmement délétères. Ils se distinguent des troubles psycho-traumatiques de type I par l'absence de surprise, voire la résignation, qu'ils entraînent chez l'enfant ou l'adolescent, y compris durant leur survenue. Il s'agit souvent de maltraitances graves, physiques ou sexuelles.

Comme dans les symptômes psycho traumatiques de type I, on retrouve l'état de stress post traumatique que nous avons déjà longuement décrit, le syndrome de répétition, les peurs spécifiques liées au traumatisme et l'évitement délibéré de ce qui a trait au traumatisme, le fatalisme, l'absence de confiance en autrui et en l'avenir, l'hyperréactivité neurovégétative, les troubles de l'humeur et les plaintes somatiques.

Mais certaines manifestations cliniques sont plus spécifiques des psycho-traumatismes répétés : Plus qu'un simple évitement, on peut observer un déni massif du traumatisme. Le secret est longtemps gardé. L'émoussement intellectuel, émotionnel et affectif, le détachement avec restriction des intérêts et des relations est plus marqué que pour les troubles psycho-traumatiques de type I.

L'amnésie de pans entiers de souvenirs de l'enfance (souvent manifeste dès l'adolescence), le manque d'empathie, l'indifférence à la douleur, peuvent être rapprochés de phénomènes d'auto hypnose et de dissociation de la conscience (anesthésie corporelle ou émotionnelle, amnésie dissociative, dépersonnalisation). Nous pouvons appréhender ces phénomènes comme des mécanismes psychiques de défense que l'enfant développe pour échapper à des stress répétés insupportables.

L'enfant peut s'établir dans un état de passivité extrême. Il peut même développer des liens de dépendance pathologique vis-à-vis de son agresseur. Ceci peut alterner avec des moments de rage qui se traduisent par des attaques au corps, des tentatives de suicide, des abus de substances toxiques, des conduites prédélinquantes.

6.2.1 Evolution des troubles psycho-traumatiques de type II

Les troubles psychos traumatiques de type II peuvent évoluer vers des troubles de la personnalité de type borderline, antisociale, narcissique, dont certains traits apparaissent parfois dès l'enfance ou l'adolescence. La CIM 10 décrit un trouble de la personnalité spécifique des conséquences à long terme des psycho-traumatismes : *«Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe»*. Le DSM IV recense le *«trouble personnalité multiple»* qui est un trouble dissociatif de la personnalité, exceptionnel dans l'enfance.

Dans le cadre de maltraitances sexuelles, l'enfant peut développer des troubles du développement psycho sexuel, proportionnellement à la fréquence des maltraitances.

Ainsi, «les femmes victimes de maltraitances sexuelles répétées dans l'enfance sont plus sujettes que les victimes d'agression unique à développer des troubles du désir et de l'orgasme. On observe chez ces adolescentes et jeunes adultes deux types de troubles qui peuvent coexister : une aversion pour la sexualité ou au contraire une préoccupation plus importante avec des comportements sexuels à risque, des

grossesses à l'adolescence, des expériences homosexuelles plus fréquentes que la population générale »¹².

L'enfant ou l'adolescent peut donc présenter des troubles de la sexualité : L'excitation sexuelle se manifeste par des conduites inadaptées de voyeurisme et d'exhibitionnisme ainsi que par l'exploration sexuelle d'autres enfants.

L'enfant ou l'adolescent qui vit ainsi un «*allumage précoce*» de sa sexualité s'expose à d'autres adultes maltraitants.

Les troubles psycho-sexuels peuvent être compris comme des manifestations de la perte de réactivité générale, de l'évitement ou de la compulsion de répétition propres aux syndromes psycho traumatiques et à l'état de stress post traumatique. Ils traduisent aussi les modifications de la personnalité secondaire à un psycho-traumatisme.

Cependant, tous les enfants victimes de maltraitances sexuelles ne développent pas les mêmes troubles psychiatriques. Nous allons donc relever les facteurs de risque et de protection vis-à-vis de ces troubles. Nous nous arrêterons plus particulièrement sur les facteurs de risque et de protection propres aux maltraitances sexuelles.

7. Facteurs de risque et de protection

Notons simplement qu'une symptomatologie post traumatique initiale sévère est fortement prédictive d'une évolution prolongée et sévère de l'état de stress post traumatique. Cette symptomatologie initiale peut être retrouvée par l'interrogatoire.

Nous allons détailler les autres facteurs de risques et de protection. Les caractéristiques de l'abus et de l'abuseur retiendront notre attention.

¹² Fremy D., Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

7.1 Facteurs préalables

Selon les études, les filles sont recensées comme deux à cinq fois plus fréquemment maltraitées sexuellement que les garçons.

7.2 Traits de caractère de l'enfant et style de vie

En ce qui concerne le risque d'être confronté à un abus sexuel, Hayez¹³ distingue les enfants qui s'exposent «*volontairement*» de ceux qui sont exposés «*involontairement*».

Un enfant curieux, fureteur, défiant, provocateur, matérialiste, amoral, en recherche de privilèges affectifs, solitaire par choix, présentera un plus grand risque «*volontaire*» d'être confronté à l'abus.

Mais un enfant naïf, suggestible, peu informé, trop protégé, peu habitué à affronter les risques seul, anxieux (de type conformiste), inhibé, solitaire de fait, aura un plus grand risque «*involontaire*» d'être confronté à l'abus.

Enfin, un enfant lucide, intelligent, déterminé, fort, prudent, bien informé et entraîné à se protéger, anxieux (de type agitation bruyante) aura moins de risque d'être confronté à l'abus.

Au niveau des conséquences de l'abus sexuel, un enfant anxieux, peu confiant dans sa valeur, se culpabilisant facilement, sera plus à risque de développer un syndrome de stress post traumatique. En revanche, un enfant matérialiste, amoral, risquera plus de réagir par un «*allumage précoce*» de la sexualité. Un enfant habituellement résilient, intelligent et mûr, apte à analyser correctement ce qui lui arrive, sera quant à lui plus protégé que la moyenne par rapport aux conséquences de l'abus sexuel sur son développement.

¹³ Hayez J-Y. , Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel, in Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

7.3 Entourage et fonctionnement familial

Un entourage hyper protecteur (l'enfant n'est pas entraîné à la lucidité ni à l'auto défense), tyrannique (la terreur morale empêche toute opposition de la part de l'enfant), dépressif, indifférent, absent, laxiste, immoral, négligeant la surveillance, constitue pour l'enfant ou l'adolescent un risque d'être plus confronté à l'abus.

En ce qui concerne les conséquences de l'abus, un entourage hyper protecteur (car générateur d'angoisses excessives), pessimiste, prédisposant à des culpabilités indues, violent, effrayant, va plutôt favoriser le développement d'un syndrome de stress post traumatique. Mais un entourage laxiste, immoral, pervertissant, accentuera le risque d'«*allumage précoce*» de la sexualité.

Enfin, un entourage présent, ayant un rapport correct aux règles, structuré, communiquant clairement, encourageant l'enfant à se définir et s'affirmer, protégera l'enfant du risque d'être confronté à l'abus et aidera à limiter les conséquences de l'atteinte.

7.4 Caractéristiques propres à l'abuseur

Le risque d'être confronté à l'abus augmente d'autant plus que :

- L'enfant identifie l'abuseur comme adulte (par son statut et son âge).
- Un lien de sang existe entre les deux et est investi par l'enfant.
- Un lien affectif bien investi existe.
- L'enfant attribue une autorité morale à l'adulte.
- L'enfant reconnaît dans celui qui le sollicite un savoir sur la vie et la sexualité.
- L'enfant attribue à l'adulte le pouvoir de la force (c'est-à-dire le pouvoir de lui faire du mal s'il résiste).

Quand aux motivations de l'abuseur, elles peuvent schématiquement être classées par ordre croissant de potentiel nuisible :

- Amour vécu comme sincère pour l'enfant.
- Proposition de relations sexuelles «*pour le plaisir*», sans passer outre au «*consentement*» du mineur.
- Enfant appréhendé comme une chose sexuelle.
- Idée que l'enfant doit souffrir moralement ou physiquement.
- Idée que toute la vie de l'enfant doit appartenir à l'abuseur (sa sexualité mais aussi toutes les dimensions de sa vie quotidienne).

Le sexe de l'abuseur ne semble pas intervenir dans les critères de gravité. Le risque de gravité du traumatisme augmente en revanche avec le nombre d'abuseurs et avec l'existence d'un adulte au courant des faits, mais qui reste passif.

7.5 Caractéristiques de l'abus

Les facteurs de moindre gravité sont :

- Un abus isolé ou se produisant très rarement, dont la mise en route est «*contrôlée*» largement ou totalement par l'enfant.
- Une ambiance calme lors des faits.
- L'absence de prosélytisme (l'abuseur utilise l'enfant mais ne cherche pas à l'initier).
- L'existence d'un lien interpersonnel en dehors de l'activité sexuelle.
- Une argumentation douce pour obtenir le silence de l'enfant.
- L'acceptation partielle ou totale par l'enfant de ce qui se passe.
- L'absence de pénétration ne protège pas contre un traumatisme important si d'autres critères sont présents.

En revanche, les facteurs de gravité sont :

- La longue durée des abus et leur fréquence élevée, l'imprévisibilité du retour.

- Le fait que l'abuseur impose sa volonté.
- Une ambiance violente, effrayante ou très ludique (partouze) lors des faits.
- Le fait que l'abuseur initie l'enfant aux plaisirs de la sexualité.
- L'absence de lien entre les deux : l'enfant est la chose sexuelle de l'adulte, jeu du chat et de la souris.

7.6 Au long terme

L'enfant victime peut adopter des comportements inadaptés qui l'enferment dans des cercles vicieux, en particulier s'il réagit à l'abus par un «*allumage précoce*» de sa sexualité, qui le conduit à chercher d'autres expériences. Ainsi, cet enfant de 13 ans, rencontré au CHU Oran, suite à des viols commis par un adulte bien investi affectivement. Il nous confiera avoir «*envie de recommencer*» et cela provoquait en lui un grand désarroi. L'enfant ou l'adolescent qui réagit ainsi risque de s'exposer à une nouvelle maltraitance ou de vivre une sexualité désorganisée.

Un autre facteur de gravité peut être la persistance de l'adulte à nier les faits. On retrouve aussi comme facteur de risque de «*sur traumatisme*» le fait d'interrompre brutalement une relation pédophile ou incestueuse entre un enfant et un adulte bien investi affectivement par sa victime. L'enfant ou l'adolescent risque paradoxalement de se sentir puni, privé de l'adulte qu'il investit affectivement, alors que cette rupture visait à le protéger en l'éloignant de l'auteur de la maltraitance.

Pour clore cette partie sur les conséquences psychiatriques des psycho-traumatismes, rappelons les principaux modèles théoriques de psycho -traumatisme.

8. Conceptions théoriques : trois modèles de psycho-traumatisme

Nous résumerons trois modèles de psycho-traumatisme : le modèle psychanalytique, le modèle cognitive comportemental et le modèle neurobiologique.

8.1 Modèle psychanalytique

Dans une perspective métapsychologique, Freud ¹⁴ avait intégré la notion de traumatisme dans sa théorisation sur l'organisation de la psyché. Puis il a introduit l'aspect économique de sa théorie et la notion de pulsion de mort. En travaillant sur les névroses traumatiques liées à la guerre, Freud précise sa conception de psycho traumatisme comme ouvrant une brèche dans le bouclier de protection contre les stimuli. Cette effraction du pare excitation est rendue possible par l'intensité extrême de ces stimuli qui déborde les mécanismes de défense du Moi. Le syndrome de répétition et, en particulier, les rêves répétitifs sont des illustrations cliniques de la compulsion de répétition et de la fixation au traumatisme, mises en œuvre à la suite de la sidération et du débordement traumatique des défenses.

Freud interprète ces phénomènes comme des tentatives répétées pour parvenir à une maîtrise du traumatisme, dans un contexte économique de régression narcissique, à l'origine de la réorganisation névrotique de la personnalité.

Anna Freud ¹⁵ et D. Burlingham ont publié les premières observations de psycho traumatisme de l'enfant à la fin de la seconde guerre mondiale. Elles ont repéré les mécanismes de déni, de projection et d'identification à l'agresseur, considérés comme défenses du Moi. Elles insistent sur la réaction des parents durant l'évènement traumatique, sur l'influence de l'anxiété maternelle post traumatique et sur le jeu comme mode d'expression privilégié.

Plus récemment, L.C. Terr, aux Etats-Unis, a relancé l'intérêt pour les psychos traumatismes de l'enfant, qu'elle sépare en psycho traumatismes de type I et II, comme nous l'avons déjà vu. Elle insiste sur les mécanismes de déni, de refoulement, de dissociation du Moi, d'identification à l'agresseur, de retournement de l'agressivité contre soi et le développement de relations objectales sadomasochistes de dépendance. Ces modalités défensives, utilisées de façon massive et exclusive, entravent le

¹⁴ Ferenczi S., Le traumatisme, Paris, Payot, 2006.

¹⁵ Freud A., Le normal et le pathologique chez l'enfant, Paris, Gallimard, 1968.

développement affectif et pourraient conduire, à terme, à de graves perturbations de l'organisation de la personnalité.

8.2 Modèle cognitive comportemental

Dans ce modèle, l'état de stress post traumatique est considéré comme un trouble anxieux stimulus dépendant. Par le conditionnement classique, l'évènement stressant agit comme un stimulus inconditionnel qui provoque une réponse inconditionnelle réflexe chez l'enfant, se caractérisant par une peur intense et, sur le plan cognitif, par la perception de son impuissance.

Des indices cognitifs, affectifs physiologiques et environnementaux deviennent alors des stimuli conditionnés. Ces indices traumatiques deviennent, à leur tour, capables d'entraîner une réponse prenant la forme de symptômes de l'état de stress post traumatique. Par le conditionnement opérant, les enfants apprennent rapidement à réduire les symptômes de réactivation anxieuse post traumatique grâce aux évitements cognitifs et comportementaux.

Ces conduites aboutissent à la généralisation du stimulus tout en empêchant l'extinction de l'anxiété liée à l'évènement traumatique. Ceci peut se résumer dans le schéma suivant :

Vulnérabilité biologique vulnérabilité psychologique

colère/détresse : vraie alarme

Alarme apprise

Appréhension anxieuse

Évitements et émotions bloquées

Modération : soutien social et réponses adaptatives

***Figure 1: modèle du stress post traumatique de barlow (2002)*¹⁶**

¹⁶ Cité par : Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, 2004. p.77

Comme dans le modèle psycho dynamique, c'est à la fois le caractère objectif de la menace et sa perception subjective qui détermineraient la réponse individuelle au stimulus initial.

Ainsi, les indices traumatiques émotionnels, somatiques ou cognitifs (perceptions et croyances) pourraient être touchés par la généralisation du stimulus puis par l'évitement. Ces mécanismes expliqueraient, en partie, les altérations de la perception de la chronologie des événements, les modifications des croyances, des conceptions de la vie et de la confiance dans les autres.

8.3 Modèle neurobiologique

Les modèles neurobiologiques de l'état de stress post traumatique sont surtout développés chez l'adulte. Ils associent plusieurs phénomènes¹⁷ :

- L'augmentation de la réactivité sympathique
- L'hyperactivité adrénargique
- Les anomalies de l'axe hypothalamus hypophysaire
- L'accroissement des fonctions thyroïdiennes
- Les anomalies de la régulation du système opioïde
- L'exagération de la réaction de sursaut
- La dérégulation des systèmes du sommeil et des rêves
- De probables anomalies des systèmes monoaminergiques, sérotoninergiques et dopaminergiques
- Une probable sensibilisation des noyaux limbiques, avec des perturbations concernant les récepteurs GABA-benzodiazépines et NMDA
- De probables anomalies immunologiques

¹⁷ Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999

Chez l'enfant, le stress lié à une menace vitale augmenterait l'activité du locus coeruleus et du noyau tegmental ventral. Cela aboutirait à une augmentation de la transmission noradrénergique qui a un rôle sur l'éveil, l'attention, la vigilance, les affects, l'irritabilité, les comportements, le sommeil, la réaction de sursaut et la réaction de stress.

Une menace intense sensibiliserait les récepteurs à des stimulations ultérieures semblables. Une menace d'intensité ou de fréquence excessive entraînerait l'activation généralisée, mal adaptée des réactions d'alerte correspondant cliniquement aux manifestations de l'état de stress post traumatique.

Ces trois modèles apportent des éclairages différents sur l'apparition de troubles psychologiques après un traumatisme. Cela nous conforte dans l'intérêt que nous portons à la dimension psychologique de la prise en charge des maltraitances sexuelles. Mais avant de continuer dans cette voie, revenons au parcours judiciaire qui sert de toile de fond à toute maltraitance sexuelle révélée.

9. Les difficultés du parcours judiciaire

Une victime d'une maltraitance sexuelle peut être réticente à en parler. La difficulté pour les acteurs de terrain consiste donc à l'accompagner, sans contraintes, dans la procédure de révélation, tout en l'informant sur la nature des procédures, de leurs enjeux mais aussi des aléas.

Certains mineurs victimes de maltraitances sexuelles s'en défendent par des conduites provocantes voire délictueuses. Comment, sans confusion, articuler de façon claire et cohérente leur protection et leur soin en même temps que les éventuelles sanctions de leurs propres délits ?

Enfin, en cas de maltraitance sexuelle alléguée par un membre de la famille ou de l'entourage, dans un contexte de divorce conflictuel, l'enfant risque fort de voir sa parole exploitée et d'être lui-même pris dans des conflits de loyauté.

9.1 Les effets potentiellement délétères du parcours judiciaire

Pendant le parcours judiciaire, l'absence de coordination entre les services médicaux et les services sociaux constitue un premier risque de traumatisme secondaire. Le second risque, souvent évoqué, réside dans la lenteur des procédures judiciaires et la multiplication des confrontations¹⁸.

Mais les décisions judiciaires elles-mêmes peuvent avoir des effets délétères. Si l'enfant est retiré de sa famille, il peut vivre cette protection comme une punition, doublement injuste à ses yeux si l'abuseur n'est, par ailleurs, pas inquiété. Il peut y répondre par une recrudescence symptomatique ou une escalade de la violence institutionnelle, dont il est la première victime.

L'inculpation de l'agresseur ne règle pas tout, non plus. Cela peut remanier profondément les liens familiaux s'il s'agit d'un membre de la famille et l'enfant peut être stigmatisé comme «*celui qui a détruit la famille*»¹⁹. Mais même si les choses se passent mieux que cela, ses projections d'avenir peuvent être bornées par la date de libération, sans compter la crainte que l'agresseur puisse bénéficier d'une sortie anticipée.

La place donnée à la parole n'est pas simple non plus... La «*sacraliser*» n'est pas anodin. Si toute l'attention portée à l'enfant ou l'adolescent passe par sa parole, il va y fixer son narcissisme. Un «*non-lieu*» pourra alors déclencher un effondrement narcissique du sujet, qui vivra cette décision comme un désaveu.

Parler ne doit pas non plus nuire au développement de l'enfant. Il doit pouvoir comprendre qu'il peut «*cacher des choses*» non parce qu'il y est contraint, mais parce cela lui permet d'avoir une intimité.

¹⁸ Porchy M-P., Histoire juridique et sociale de la maltraitance sexuelle et de sa prise en charge, in Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

¹⁹ Portelli S., Vers qui et comment orienter la victime d'une maltraitance sexuelle, quelles sont les principales modalités du parcours judiciaire ? Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

Cela nous amène à une constatation difficile à comprendre pour les tiers : Parfois, les enfants victimes de maltraitance ne veulent pas parler ! A moins qu'ils ne le puissent pas.

9.2 Pourquoi ne pas parler

Pour comprendre pourquoi les enfants victimes de maltraitance sexuelle se sentent coupables, nous allons reprendre la théorie psychanalytique. Le besoin de savoir au niveau de la sexualité apparaît très tôt chez l'enfant. Dans son cheminement, il rencontre des adultes qui ont des réponses évasives, contradictoires ou qui n'offrent pas la même qualité de dialogue que pour d'autres questions. *«L'enfant éprouve alors le sentiment qu'il ne faut pas transgresser un interdit et qu'il faut dissimuler aux parents ce qu'on apprend d'une autre source sous peine d'un grand danger»* (Lebovici, Soulé, 1970)²⁰. On voit donc que le secret et la culpabilité (*«c'est mal d'en parler»*) sont associés à l'éveil des premières curiosités sexuelles.

Parler de culpabilité, c'est faire référence à une instance morale qui légifère sur ce qui est bien ou mal. Cette instance est d'abord externe au sujet (valeurs morales des parents et de la société) mais, peu à peu, l'enfant construit son surmoi, à l'image du surmoi des parents.

Dans ses dimensions consciente et inconsciente, la culpabilité est très présente chez l'enfant en raison des différents mécanismes décrits précédemment, auxquels nous devons ajouter un mécanisme spécifique : l'identification à l'agresseur. Ferenczi décrit ainsi ce mécanisme :

*«Par identification, disons par introjection de l'agresseur, celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intrapsychique. Mais le changement significatif, provoqué dans l'esprit de l'enfant par l'identification anxieuse avec le partenaire adulte, est l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte : le jeu jusqu'à présent anodin apparaît maintenant comme un acte méritant une punition.»*¹⁸ Les enfants se

²⁰ Cité par Gabel Marcelline (1992), L'enfant victime d'abus sexuels, Paris, PUF. p.61

sentent physiquement et moralement sans défense, leur personnalité est encore trop faible pour pouvoir protester, même en pensée.

Cependant, l'approche interactive nous apporte encore un autre éclairage, en particulier dans le cadre des violences intra familiales. Dès la naissance, l'enfant est en proie à des forces pulsionnelles, sources de tensions et d'excitations, dont il n'a que partiellement la maîtrise. La mère va jouer un rôle de contenant, de «*pare excitation*», pour que l'enfant ne reçoive, parmi les stimulations externes, que celles qu'il peut intégrer. Ainsi, progressivement, l'enfant va découvrir son corps et s'éveiller à la sensualité dans ses relations avec des adultes qui s'ajusteront constamment à son niveau de développement. Lebovici et Soulé écrivent ainsi en 1970 : «*Toute excitation extérieure qui ne correspond pas au degré de l'évolution intérieure de l'individu et à ses possibilités d'intégration physique et affective est perturbatrice*».²¹

Quand nous entrons en contact avec des familles où l'enfant est exposé à des maltraitances, il est essentiel d'évaluer les relations parents enfant, tant du point de vue des parents que de l'enfant. S'il y a maltraitance et/ou négligence, c'est toujours dans le cadre de perturbations relationnelles que ces mouvements s'inscrivent. C'est l'interaction entre la vie psychique des parents et celle du bébé (interaction fantasmatique) qui oriente les interactions comportementales et leur donne un sens.

Du point de vue du parent, quand la maltraitance s'inscrit dans une répétition intra familiale, l'enfant vient, tour à tour, rendre présent le parent maltraitant qu'il a eu lui-même, ou l'enfant maltraité qu'il a été. Le parent a très peu de possibilités de dégager l'enfant, dans sa réalité, de ses propres projections. Si l'on se situe du point de vue de l'enfant, sujet en devenir, sa vie fantasmatique va rencontrer les fantasmes parentaux. Cette rencontre peut susciter une excitation qui le déborde. Mais l'enfant a aussi appris un mode relationnel et une loi où l'adulte est tout puissant ; il sait s'ajuster aux besoins de l'adulte. L'enfant et l'adulte peuvent alors être pris dans un système relationnel

²¹ Cité par Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), *L'enfant victime d'abus sexuels*, Paris, PUF. p.66.

fermé qui s'auto entretient. Le risque est que l'enfant sollicite d'autres adultes à fonctionner sur ce mode relationnel.

Summit²², dans un article de 1983, décrit le syndrome d'adaptation de l'enfant victime d'abus sexuel. Le moment de la découverte constitue un traumatisme pour l'enfant car il se heurte à l'incompréhension et à l'incrédulité des adultes.

Les comportements de l'enfant sont à l'opposé de l'attente des adultes, c'est-à-dire de la projection de leurs propres réactions en tant qu'adultes. C'est pourquoi ils doutent de la parole de l'enfant.

Les réactions décrites par Summit²³ et qui renforcent les adultes dans leurs préjugés, sont au nombre de cinq :

- Le secret : L'enfant ne dit rien par crainte de la punition ou pensant les adultes incapables de le protéger de la violence de l'abuseur. Il ne fait plus confiance à l'adulte.
- Le sentiment d'impuissance : L'enfant est dans une relation d'autorité à l'adulte. On lui a appris à se méfier des étrangers mais aussi à obéir à tout adulte qui s'occupe de lui. Or l'abuseur, dans la majorité des cas, est un familier de l'enfant et a établi une relation de confiance avec celui-ci.
- L'enfant s'adapte à cette situation : S'il n'a pas immédiatement cherché de l'aide et n'a pas été protégé, la seule option pour lui est d'apprendre à accepter la situation et survivre au prix d'un renversement de ses valeurs morales et de remaniements psychiques dommageables pour sa personnalité.
- Le dévoilement retardé est non convaincant.
- La rétractation : devant le risque de catastrophe que provoque la révélation, l'enfant choisira de se rétracter. Il est fondamental que les professionnels qui entourent l'enfant

²² Koss, M. and M. Harvey, The rape victim: Clinical and community approaches to treatment. 1987, Lexington: Stephen Greene Press.

²³ Roland C. Summit. Le syndrome d'accommodation de l'enfant abusés. l'enfant abusé et négligé. vol 7, pp 177,193, 1983

ne craignent pas les conséquences de la révélation plus que les conséquences de l'abus sur son développement et son fonctionnement psychique.

10. Les modalités de Traitement de l'ESPT²⁴

Les interventions précoces après le trauma :

Les psychothérapies de groupe pour victimes sont les plus utilisées dans les centres de soins pour femmes victimes de viol aux USA (Koss et Harvey, 1987). Basée sur la théorie de crise, ces interventions utilisent l'information, l'écoute active et le soutien. De nombreux experts de l'ESPT ont attiré l'attention sur la nécessité d'une intervention précoce pour éviter l'installation d'un ESPT chronique (Bell 1995). La plupart des interventions sont sur le modèle du débriefing, qui inclut 7 phases sur 3 jours avec un petit groupe de victimes centrées sur l'événement traumatique. L'efficacité de cette méthode, malgré des études contrôlées, est loin d'avoir été prouvée.

(Kilpatrick et al) ont évalué un programme court de traitement comportemental pour réduire les symptômes apparus après le viol. L'interprétation en est difficile car il n'y a pas assez de mesures de l'ESPT et l'exemple est trop petit. D'autres recherches sont nécessaires pour prouver leur efficacité et leur utilité dans le stress post-traumatique aigu.

Foa²⁵ a réalisé une étude sur un programme court de prévention pour des femmes victimes d'agression. Ce programme utilisait un ensemble de stratégies permettant de diminuer le risque d'évoluer vers un ESPT chronique : exposition, relaxation et restructuration cognitive. Cette étude contrôlée compare l'évolution d'un groupe de 5 femmes violées depuis 15 jours en moyenne et un groupe témoin. Le programme est

²⁴ État de stress post traumatique

²⁵ Foa, E.B., D. Hearst-Ikeda, and K.J. Perry, Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 1995. 63(6): p. 948-55.

effectué sur quatre semaines, un mois après l'agression. Toutes les participantes présentent des critères d'ESPT. Les symptômes de ESPT chez les femmes victimes de viol ont diminué de 73% d'intensité par rapport au groupe contrôle qui n'a eu que 33% d'amélioration. Là aussi, l'exemple bien qu'encourageant porte sur un trop petit nombre. L'intérêt d'une intervention thérapeutique précoce est discuté.

En conclusion, le traitement précoce de l'État de Stress Aigu montre une efficacité mais doit être expérimenté plus rigoureusement. Il semble que les victimes traitées deux semaines après le trauma s'amélioreraient mieux que celles qui sont traitées immédiatement après, quand elles sont encore en situation de choc.

Les interventions sur l'ESPT chronique :

10.1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Depuis les années 80, de nombreuses études montrent l'efficacité des méthodes cognitivo-comportementales dans le traitement de l'ESPT consécutif à des situations traumatiques autre que la guerre : victimes de catastrophes naturelles, victimes de viol, victimes d'accident, etc.

Ces techniques sont développées pour traiter les trois symptômes principaux de l'ESPT (intrusion, évitement et activation neurovégétative) en adaptant les techniques étudiées dans les troubles anxieux et dépressifs ou dans la gestion du stress. Elles se composent d'un ensemble de stratégies : exposition (E), désensibilisation systématique (DS), thérapie cognitive (TC), entraînement à la relaxation, gestion du stress et résolution de problème. Ces études incluent l'évaluation des symptômes cibles, la comparaison entre groupe et la définition des protocoles permettant la réplication de la procédure.

Modèles théoriques TCC

Le modèle théorique des thérapies comportementales repose sur le fait que le comportement humain normal ou pathologique est essentiellement appris. Les mécanismes de base de l'apprentissage sont le conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur) et le conditionnement opérant (apprentissage du

comportement de fuite). Le concept comportemental de l'ESPT a mis le conditionnement classique et opérant au centre du développement de la réaction au traumatisme, le traumatisme étant une situation d'horreur qui provoque des réactions émotionnelles angoissantes sur trois niveaux : moteur, physiologique et cognitif. Cela expliquerait le développement et le maintien de l'ESPT.

Dans cette situation, maints stimuli (lieux, bruits, objets, couleurs, type d'homme...) sont associés à l'événement traumatique selon le modèle de conditionnement classique (Stimulus-Réponse) et vont secondairement provoquer la même réponse anxieuse que l'événement déclenchant.

Le conditionnement opérant permet de prendre en compte la persistance et la généralisation du trouble. Dans ce modèle, le sujet s'aperçoit très vite que l'anxiété diminue lorsqu'il fuit la situation (lieux, bruits, objets...) qui réveille la même anxiété et la même douleur que l'événement. Cette diminution renforce le comportement d'évitement et, par conséquent, provoque son augmentation (renforcement négatif).

Ainsi, les comportements d'évitement des situations ou des émotions se répètent car ils diminuent l'anxiété immédiatement. L'extinction de ces réponses ne se fait pas (malgré les intrusions qui sont comme de mini-expositions, mais trop brèves pour permettre l'extinction) par le fait même que le sujet, évitant tout ce qui le mettrait en présence du souvenir traumatique, empêche la mémorisation du souvenir entier (exposition à la mémoire globale) qui, seule, peut permettre une extinction et la disparition des symptômes. Ce modèle de conditionnement a incité les thérapeutes à utiliser les techniques d'exposition qui ont pour but de déconnecter cette association et de rendre à nouveau neutres les stimuli devenus signaux de danger. En empêchant l'évitement pendant suffisamment longtemps, l'exposition montre au sujet que l'anxiété diminue de toute façon et plus définitivement. De plus, ce résultat persiste et s'améliore en multipliant les confrontations à l'angoisse.

L'exposition travaille sur le souvenir et l'émotion suscités par le traumatisme et non pas sur les cognitions produites par l'événement traumatique ; Le changement cognitif sera secondaire au changement comportemental.

Plusieurs critiques ont été faites à ce modèle, (il n'explique pas la présence des intrusions, l'hyperactivité neurovégétative) et ont amené les différents chercheurs à décrire de nouveaux modèles, intégrant les données historiques du sujet. Le modèle de Janoff-Bulman²⁶ tente d'intégrer les données actuelles sur les facteurs biologiques, cognitifs et comportementaux. Il comporte cinq (5) facteurs expliquant le développement et le maintien de l'ESPT. La vulnérabilité biologique et psychologique du sujet est le premier facteur.

Le deuxième facteur est composé des caractéristiques du traumatisme lui-même : son intensité et sa gravité, son caractère imprévisible, incontrôlable et la menace qu'il fait peser sur la vie du sujet. L'alarme apprise est le facteur suivant. C'est la réponse conditionnée aux stimuli intero et extéroceptifs associés à l'alarme vraie.

Pour créer un ESPT, il faut que le sujet appréhende l'apparition de cette «*alarme apprise*» (4ème facteur) par une série de composantes cognitives et émotionnelles responsables de la ré-expérience et provoquant une hyper vigilance qui, à son tour, augmente l'anxiété.

Le cinquième et dernier facteur se compose des variables modératrices (présence ou non d'un soutien social de bonne qualité, ou d'une bonne gestion du stress). Certains de ces facteurs, particulièrement la vulnérabilité psychologique, sont contestables, de nombreuses études ayant démontré l'absence de corrélation entre pathologies psychologiques antérieures et apparition de l'ESPT.

MacFarlane²⁷ propose un modèle interactif entre les différents éléments de l'ESPT. Pour lui, l'événement traumatique conduit à la création d'une image intrusive (critère B). Cette image provoque alors un évitement de la situation (critère C) qui devient à son tour un signal provoquant la survenue de l'image intrusive. Il y a ainsi une interaction entre l'évitement et les images intrusives, qui s'amplifient et s'entretiennent mutuellement. On pourra observer cette même interaction entre la réactivité

²⁶ Janoff-Bulman, R., *Shattered Assumptions : Toward a New Psychology of Trauma*. 1992, New York: The Free Press.

²⁷ McFarlane, A.C., Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: the nature of the association. *Addict Behav*, 1998. 23(6): p. 813-25.

neurovégétative et les idées intrusives. Le fait que le trouble, soit ou non maintenu, dépend de l'efficacité de l'individu à faire face à l'événement.

Pour Foy²⁸, les caractéristiques et l'intensité du stressor sont suffisantes et nécessaires pour obtenir une réaction selon le modèle de conditionnement classique et opérant, mais les variables intermédiaires biologiques, psychologiques et sociales sont responsables de la chronicité du trouble. Le support social, la capacité habituelle d'adaptation du sujet, celle de l'entourage, les antécédents familiaux, l'histoire personnelle agiront comme facilitateurs ou comme protecteurs face à l'ESPT (vulnérabilité - résilience)

Le caractère imprévisible et incontrôlable du traumatisme est le principal agent pathogène. Cette perception ébranle les croyances initiales du sujet sur la confiance qu'il peut avoir en lui et en son environnement.

Ce modèle permet d'introduire la perception cognitive des conséquences psychologiques provoquées par le traumatisme. Selon les hypothèses cognitives, le sujet se trouve confronté par cette expérience traumatique à des situations complètement différentes de celles qu'il a pu imaginer auparavant. Cette confrontation peut changer et inverser radicalement les croyances et les attitudes de la victime.

Les différents modèles étiologiques offrent des éléments de compréhension de l'ESPT tout à fait utiles pour le thérapeute. Cependant, une perspective globale de la conceptualisation de ce trouble reste encore à élaborer pour intégrer les facteurs étiologiques prédisposant, déclenchant et d'entretien de l'ESPT, et permettre de rendre compte de tous les symptômes du trouble.

Efficacité des traitements cognitivo-comportementaux

Les stratégies thérapeutiques actuelles font appel à un ensemble d'interventions comportementales et cognitives évaluées et codifiées : exposition prolongée, thérapie, gestion du stress, en association.

²⁸ Foy, D.W., *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*, ed. D.W. Foy. 1992, New York: The Guilford Press. 172.

Exposition

L'exposition est la confrontation du sujet aux situations angoissantes pour lui. Dans le cadre du traumatisme, le sujet se confronte d'une part au souvenir, aux émotions liées au souvenir et, d'autre part, aux situations qu'il évite depuis l'événement. Foa a décrit la technique d'exposition prolongée au souvenir du traumatisme (15 séances de 90 minutes pendant lesquelles on demande au sujet de raconter et décrire l'agression en cherchant à le confronter à l'émotion et aux pensées que cela suscite (Sabouraud-Seguin)²⁹

L'exposition peut être également faite au travers de l'écriture du récit traumatique). Une autre forme d'exposition (exposition in vivo) est de confronter la victime aux situations redoutées et évitées (en veillant bien sûr que ce soit des situations de sécurité normale). Ces expositions sont répétées jusqu'à ce qu'elles ne suscitent plus de peur. La technique d'exposition a été expérimentée sous des formes variées : en imagination ou in vivo.

L'exposition est le traitement qui a montré la plus forte efficacité dans la diminution des symptômes de l'ESPT. Il existe quelques contre-indications qu'il convient cependant de respecter telle la culpabilité extrême, la colère, la dissociation...

Désensibilisation systématique

La désensibilisation systématique (DS) a été utilisée dans plusieurs types de traumatismes mais assez peu dans le cas d'agression sexuelle et se révèle efficace (Frank)³⁰ mais peu interprétable (manque de groupe contrôle, victimes très récentes et non chroniques). Globalement, cette technique effectuée seule n'est pas suffisante à diminuer les symptômes, la relaxation composant la DS n'étant pas nécessaire aux séances d'exposition.

²⁹ Sabouraud-Seguin, A., Traitement cognitivo-comportemental du stress post-traumatique, in Psychothérapie des victimes. 1998, Dunod: Paris.

³⁰ Frank, E.A., B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D., Efficacy of cognitive therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. Behavior Therapy, 1988. 19: p. 403-420

Thérapie cognitive

En réponse à la complexité des modèles, les cliniciens ont développé des stratégies composites associant plusieurs techniques.

La thérapie cognitive (CT) est efficace pour diminuer les symptômes traumatiques vérifiés dans deux études contrôlées (niveau A). A elle seule, la thérapie cognitive n'est pas suffisante et la plupart des cliniciens préconisent de l'associer à l'exposition.

Un protocole de traitement cognitif pour les femmes battues, reprenant l'ensemble de stratégies décrites par Kubany³¹, montre que le traitement cognitif est efficace pour diminuer les sentiments de culpabilité et de honte.

Le Stress Inoculation Training (SIT) a été utilisé avec succès dans quatre études 'Foa' dont deux seulement ont été bien contrôlées (niveau A) sur un groupe de femmes violées. Le SIT a été expérimenté seulement chez les femmes victimes de viol. De même le CPT (Cognitive Processus Therapy) a été spécialement conçu pour les victimes de viol. Ces techniques sont moins efficaces que l'exposition et demandent plus d'expérience du thérapeute mais se révèlent utiles dans les cas complexes, difficiles ou chez les sujets qui ne sont pas encore prêts à affronter leur peur.

Entraînement à l'affirmation de soi

Ce n'est pas un traitement spécifique de l'ESPT mais une composante adjuvante pour améliorer les compétences sociales souvent déficitaires après un traumatisme ou un état dépressif.

Relaxation, biofeedback

³¹ . Kubany, E.S., E.E. Hill, and J.A. Owens, Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. J Trauma Stress, 2003. 16(1): p. 81-91.

Cette technique n'est pas efficace pour diminuer les symptômes du ESPT mais fait partie intégrante de nombreux programmes de traitement pour le trouble.

Technique de gestion du stress, résolution de problème

Comme la Relaxation et le biofeedback, cette technique n'est pas non plus efficace dans l'atténuation des symptômes du ESPT mais fait partie intégrante de nombreux programmes de traitement pour ce trouble.

10.2 Eye Movement for Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Il s'agit d'une nouvelle technique (Shapiro)³² qui s'apparente à la technique d'exposition couplée à des mouvements saccadés des yeux. On demande au patient d'imaginer une scène choisie dans le scénario traumatique. Le patient doit se concentrer sur les émotions et les pensées qui accompagnent les pensées et les émotions suscitées par l'image intrusive, cible du traitement. En même temps, le thérapeute demande au patient de fixer du regard ses doigts qu'il fait bouger de droite à gauche. Le thérapeute répète cette séquence jusqu'à diminution de l'anxiété et lui demande de modifier ses cognitions négatives vers des cognitions plus adaptées. Cette technique a été le sujet d'une importante controverse. Des études comparatives (EMDR versus Exposition) ont été effectuées et montrent une efficacité positive (Shapiro); d'autres études attestent des résultats positifs, (Lipke), (Wolpe) mais sont difficilement interprétables du fait d'un manque de rigueur (pas de double aveugle, pas de groupe de contrôle). Rothbaum³³ conduit une étude randomisée sur 21 femmes victimes de viol, évaluée en double aveugle et comparée à une liste d'attente. Il y a eu une nette amélioration par rapport au groupe contrôle, l'ESPT s'améliorant dans tous les groupes comparés à la liste d'attente. L'EMDR améliore de façon importante les intrusions. D'autres études montrent des résultats mitigés : Jensen ne trouvent pas de différence entre EMDR et

³² . Shapiro, F., Eye movement desentization : A new treatment for PTSD. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1989. 3: p. 211-217.

³³ Rothbaum, B.O., A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. Bull Menninger Clin, 1997. 61(3): p. 317-34.

les thérapies habituelles. Vaughnaun compare EMDR avec exposition au souvenir, relaxation et une liste d'attente.

Cette étude qui inclut de nombreuses évaluations de l'ESPT et des cliniciens indépendants ne montre pas de différence entre les procédures. Pitman³⁴ (1996) compare EMDR, avec et sans mouvements oculaires, chez 17 vétérans. Il trouve une amélioration modérée des mesures de l'ESP plus importante pour le groupe sans mouvements que le groupe avec mouvement oculaire. Les principales revues récentes de la littérature scientifique en matière de psychothérapie éditées par des organismes officiels sont parvenues à la conclusion que l'EMDR est une méthode de traitement efficace, comparable à la thérapie cognitive comportementale (Chambless, 1998) (Chemtob, 2000) (UK Department of Health, 2001) (BMJ Publishing Group, 2002) ; mais elles ne se rapportent pas au traitement de l'agression sexuelle.

Au total, L'EMDR présente un fort consensus clinique pour son efficacité mais la méthodologie n'est pas encore suffisamment rigoureuse pour affirmer l'amélioration spécifique des mouvements oculaires sur l'ESPT.

10.3 Psychothérapie dynamique :

La psychanalyse est un traitement fondé sur l'analyse de la relation qui s'établit entre le thérapeute et son patient dans un cadre établi par le thérapeute et auquel le patient doit se soumettre. Les thérapeutes utilisant cette technique avec des victimes ont adapté les règles pour établir un cadre différent afin d'éviter le rapport de dominance qui est le type de relation que la victime d'agression sexuelle a subi. La psychothérapie dynamique a souvent été préconisée comme un composant des interventions de crises (Burgess)³⁵. Il y a très peu d'études sur son efficacité et a souvent été utilisée pour le traitement des victimes en groupe ou individuellement.

³⁴ Pitman, R.K., et al., Emotional processing during eye movement desentization and reprocessing therapy of vietnam veterans with chronic pposttraumatic stress disorder, 1996. (p. 419).

³⁵ . Burgess, A.W. and L.L. Holmstrom, Recovery from rape and prior life stress. Research in nursing and health, 1978. 1: p. 165-174

Il n'y a pas de théorie explicite du lien existant entre le maintien des symptômes et les propositions thérapeutiques ni de preuves de leur efficacité à diminuer le risque de chronicité.

La seule exception est la théorie du traumatisme d'Horowitz³⁶. Le but de la thérapie brève décrite par Horowitz est plus de résoudre les conflits intrapsychiques provoqués par l'événement traumatique que de diminuer les symptômes spécifiques de l'ESPT. Bien que les thérapies psychodynamiques dérivent de théories très intéressantes sur le trauma et ses conséquences, elles n'ont pas été testées dans des études contrôlées et celles qui existent souffrent de nombreuses difficultés méthodologiques. Les résultats sont contradictoires et il existe peu d'études sur les victimes d'agressions sexuelles récentes.

Une courte thérapie dynamique chez 9 femmes victimes de viol (Cryer)³⁷ a montré une amélioration de la peur et de l'hostilité, trois des 9 femmes ont vu leur niveau de détresse diminuer significativement. Mais il n'y a pas d'étude contrôle.

Roth³⁸ a traité 13 femmes victimes d'agression sexuelle en groupe avec un traitement codifié: discussion du modèle du trauma d'Horowitz, partage de l'expérience traumatique et soutien interpersonnel dans le groupe. Il y a un groupe contrôle mais pas de randomisation et de facteurs non contrôlés (traitement individuel, seulement 7 inclusions.) Après 20 séances, le groupe thérapeutique montre une diminution de la peur et des intrusions. Cependant, il n'y a pas de données sur le groupe contrôle. L'amélioration est maintenue à six mois. Après un an de thérapie, il y a une grande amélioration du groupe surtout dans les mesures sur la dépression.

³⁶ Horowitz, M.J., C. Stinson, and M. Ewert, Topics and signs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993. p. 421-430.

³⁷ Cryer, L., & Beutler, L., Group therap: An alternative treatment approach for rape victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1980. 6: p. 40-46. 39.

³⁸ Roth, S., Dye, E., & Lebowitz, L., Group therapy for sexual-assault victims. *Psychotherapy*, 1988. 25: p. 82-93.

Scarvalone, P., Cloitre, M., et Difede, J³⁹ présentent des résultats prometteurs de leur étude sur le traitement d'un groupe de femmes ayant été violées dans l'enfance en comparant un groupe traité par un processus dynamique interpersonnel avec une liste d'attente. Les auteurs d'une étude sur 112 victimes comparent l'hypnose, la désensibilisation, la psychothérapie psychanalytique et une liste d'attente. Les patients présentent les critères d'ESPT. Les trois techniques ont une efficacité supérieure à la liste d'attente mais peu de différences entre elles. Les scores de l'IES montrent 29% d'amélioration pour la psychanalyse, 34% pour l'hypnose et 41% pour la désensibilisation, comparés à 10 % pour la liste d'attente.

En résumé, les premières études sur l'efficacité des thérapies dynamiques présentent de sérieux défauts méthodologiques : Manque de groupe contrôle, manque d'évaluation des résultats, description vague des traitements. Ces résultats sont sujets à caution. Les plus récentes études qui ont employé une méthodologie plus rigoureuse montrent des résultats peu probants.

La psychothérapie dynamique peut être brève ou à long terme. Le patient et le thérapeute doivent être d'accord sur les buts et les objectifs du travail de thérapie qui doit se concentrer sur les conséquences du traumatisme. La thérapie brève nécessite que le patient soit intelligent, d'une bonne capacité à affronter ses émotions et une bonne aptitude à l'introspection. Les thérapies dynamiques sembleraient plus indiquées quand l'ESPT est associé à de grandes difficultés de vie ou de fonctionnement personnel.

10.4 Hypno thérapie

Déjà utilisée par Freud, qui tentait de produire une abréaction et une catharsis pour résoudre le conflit psychique, l'hypnose a continué à être utilisée pour traiter les

³⁹ Scarvalone, P., Cloitre, M., et Difede, J. Interpersonal process therapy for incest survivors. Preliminary outcome data. in Annual Convention of the Society for Psychotherapy Research. 1995 (juin). Vancouver, British Columbia.

victimes par le biais de théories variées. Spiegel⁴⁰ pense que l'hypnose est efficace dans l'ESPT pour deux raisons :

Le phénomène hypnotique comme une expérience de dissociation est fréquemment utilisé après un traumatisme pour en améliorer les conséquences. D'autre part, l'hypnose peut faciliter le souvenir de l'événement traumatique qui a été encodé de façon dissociative et qui ne peut revenir à la conscience. Les nombreux cas rapportés, (Kingsbury, Leung, Mac Hover, Spiegel), attestent de l'utilisation fréquente de cette méthode. Mais elles souffrent d'un manque de méthodologie qui ne rend pas exploitables leurs résultats.

Au total : L'hypnose est un processus adjuvant au traitement du ESPT et peut accélérer le processus de relation thérapeutique. Cette technique est une aide efficace pour les patients souffrant de douleur, d'insomnie et d'anxiété dissociative. Elle entre en synergie et raccourcit la durée des autres traitements du SPT.

10.5 Interventions pharmacologiques :

Parmi les différentes molécules essayées dans le traitement chimique de l'ESPT, il n'y a que six (6) études contrôlées (Solomon, Gerrity & Muffin 1992). A l'exception d'une étude avec l'alprazolam, les autres ont utilisé les antidépresseurs.

Les anxiolytiques : Les benzodiazépines présentent les mêmes intérêts et les mêmes inconvénients que dans la pathologie anxieuse et n'ont pas d'action spécifique sur le trouble traumatique. Les anxiolytiques permettent une amélioration de l'anxiété et du trouble du sommeil bien apprécié par les patients mais posent le problème de l'accoutumance de façon encore plus aiguë dans ce trouble. Il convient de les utiliser avec modération et pendant de courtes périodes car ils risquent d'aggraver le

⁴⁰ Spiegel, D., Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatr Clin North Am*, 1989. 12(2): p. 295-305.

ralentissement ainsi que les troubles de la mémoire et de la concentration, conséquences psycho traumatiques.

Les neuroleptiques : Ils présentent peu d'intérêt dans ce trouble sauf en cas de trouble psychiatrique antérieur ou d'état de dissociation grave. Une étude montre l'intérêt de l'apport d'un neuroleptique atypique pour améliorer l'état anxieux général (Sttar)⁴¹

Les Antidépresseurs : Les tricycliques (imipramine, desipramine et aminophylline) semblent diminuer globalement les symptômes même en l'absence de dépression majeure. Les études sur les tricycliques, ont des résultats positifs.

Les tricycliques ont des effets indésirables qui rendent la complaisance au traitement difficile.

Les IRSS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) : Il existe une étude contrôlée exclusivement sur un groupe de femmes victimes d'agression sexuelle présentant un ESPT chronique. La sertraline (IRSS) diminue les symptômes d'ESPT et les symptômes associés si le traitement est suffisamment long et bien dosé. Plusieurs études ont démontré la meilleure efficacité que le placebo de la fluoxétine pour améliorer les symptômes des vétérans et des femmes victimes d'agression sexuelle (Van der Kolk)⁴²

Les IMAO : Les études de Frank⁴³ ont des résultats contradictoires et les effets indésirables des IMAO rendent les résultats ininterprétables.

Les autres molécules testées dans ce trouble seulement chez les vétérans sont les anticonvulsivants (carbamapazépine) et les beta-bloquants. Les études ne sont pas concluantes en dehors de l'action à long terme sur les cauchemars et les réactions de sursaut avec l'association imipramine-clonidine, mais sans effets sur les évitements (Kinzie & Leung 1989).

⁴¹ Sattar, S.P., et al., Quetiapine therapy for posttraumatic stress disorder. *Ann Pharmacother*, 2002. 36(12): p.

⁴² Van der Kolk, B.A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., Fidler, R.E., & Saxe, G.N., Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical psychiatry*, 1994. 55 (12): p. 517-522.

⁴³ Frank, J.B., Kosten, T.R., Giller, E.L., & Dan, E., A randomised clinical trial of phenelzine and imipramine for post-traumatic stress disorder. *American Journal of psychiatry*, 1988. 145: p. 1289-1291.

11. Conclusion :

Quelque soit le référent théorique, la focalisation sur le traumatisme et ses conséquences est essentielle pour améliorer les symptômes et le fonctionnement général de la personne, de même que la position par rapport à la loi. La relation avec la personne victime doit être empathique : Ne pas rester dans le silence et éviter l'écueil d'une relation de dominance. La prise en charge d'une victime d'agression sexuelle nécessite une évaluation précise des troubles présentés, ceux-ci n'étant souvent pas exprimés spontanément par honte ou culpabilité. Dans le cadre d'un ESPT Aigu, c'est-à-dire très près de l'agression sexuelle et tant que l'état de choc est encore présent, il n'est pas utile de se précipiter pour effectuer une exposition. Il est préférable de soutenir, d'informer et, si nécessaire, d'utiliser les thérapies cognitives et de gestion du stress pour donner la possibilité d'un meilleur contrôle de l'anxiété, pour affronter les étapes judiciaires par exemple. Un appoint médicamenteux peut être proposé en cas de symptômes anxieux ou de trouble du sommeil persistant.

Dans le cas d'un ESPT installé, l'exposition est recommandée par les cliniciens expérimentés et par les résultats des études effectuées. Elle doit se faire par des thérapeutes connaissant la psycho traumatologie et formés à cette technique. Les antidépresseurs seront prescrits pour diminuer les symptômes généraux d'anxiété (attaque de panique, comportements obsessionnels) ou traiter un état dépressif. La souffrance provoquée par l'agression et la perte des repères de sécurité et de confiance doivent aussi être prise en compte et abordées dans le cadre d'une relation thérapeutique plus globale.

Les études sur l'efficacité de la psychanalyse dans les traitements des conséquences psychologiques des agressions sexuelles récentes sont équivoques du fait de leur mauvaise méthodologie et, de ce fait, nécessitent d'autres études mieux contrôlées pour affirmer leur place dans ce type de prise en charge.

Les études les mieux conduites sont celles qui portent sur les traitements comportementaux et cognitifs et démontrent clairement l'efficacité de la technique d'exposition prolongée, des techniques cognitives dans la réduction des symptômes de l'ESPT. La désensibilisation systématique n'est pas intéressante dans cette indication et la relaxation et la restructuration cognitive sont plus efficaces en accompagnement de l'Exposition plutôt qu'en thérapie seule.

L'EMDR n'a pas fait complètement ses preuves, les résultats des pourtant nombreuses études étant encore mitigés et ne faisant pas toutes preuve de suffisamment de rigueur.

Il est encore difficile de connaître l'impact d'un traitement chimique précoce dans l'évolution des symptômes, à moyen et long termes. La prescription médicamenteuse doit tenir compte des pathologies Co-morbides éventuelles. Il est nécessaire d'évaluer le moment opportun de proposer ou d'instaurer le traitement antidépresseur, une prescription trop précoce exacerbant les troubles anxieux. Il n'y a pas encore de données claires pour préciser sur quelle durée prescrire le traitement et il semble que celui-ci devrait être poursuivi sur plusieurs mois, voire plusieurs années, certains symptômes semblant s'améliorer au fil du temps.

Chapitre III : Les thérapies cognitives et comportementales.

1. Introduction

Le développement des thérapies comportementales puis cognitives s'est effectué d'abord dans les pays anglo-saxons et de l'Europe du nord, au début des années 1960. Elles ont essaimé ensuite dans l'ensemble des pays développés, comme en témoigne le caractère internationale des recherches et ouvrages qui ont été publiés. Elles se sont implantées en France à partir des débuts des années 1970 grâce à des associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive), fondée en 1972, et l'AFFORTHECC (Association Francophone de Formation et de Recherche En Thérapie Comportementale et Cognitive), fondée en 1994.

Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès et offrent un annuaire thérapeutes⁴⁴ destiné au corps médical.

2. Définition

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique et de la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées, dans un premier temps, sur les théories de l'apprentissage : Conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives ou de thérapie cognitivo comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

3. Historique

Hippocrate a, sans doute, été le premier à utiliser des méthodes d'exposition pour traiter les phobies. Le contrôle volontaire des fonctions physiologique a été mis en évidence, il y a des millénaires par les Yogis qui ne parlaient pas de biofeedback, de relaxation ou de contre-conditionnement. La modification cognitive des systèmes de

⁴⁴ www.aftcc.org

croyances a été utilisée par toutes les religions et tous les partis politiques. On l'a alors désignée soit sous le nom de conversation spirituelle, soit sous celui de prise de conscience idéologique. L'utilisation de systèmes de récompenses ou de promotion est aussi vieille que l'humanité qui ne savait pas alors qu'elle faisait du conditionnement opérant.

On pourrait poursuivre sans difficulté cette quête des origines qui montre simplement que les principes de l'apprentissage et de modification cognitive sont dans toutes les tentatives humaines de changement.

3.1 Le courant comportementaliste (behaviorisme)

Le terme behaviorisme désigne les recherches théoriques et philosophiques sur le comportement humain à partir des théories de l'apprentissage. L'aspect appliqué et pratique est appelé : «*Thérapie comportementale*»⁴⁵.

Le premier behavioriste est certainement Pavlov, prix Nobel 1904, dont l'ouvrage sur les réflexes conditionnels date de 1927. Les applications cliniques de ses découvertes fondamentales ont été tardives. Il a créé une méthode qui peut s'appliquer à l'ensemble des phénomènes psychologiques, y compris l'activité nerveuse supérieure et le langage.

3.1.1. Behaviorisme Watsonien

En 1913, l'américain John Watson a promu l'idée, dans son texte «*Psychology as the behaviorist views*», publié dans la *Psychological Review*, que la psychologie scientifique n'a pas à spéculer sur l'âme ou l'esprit, mais doit se limiter à étudier, par l'observation méthodique et l'expérimentation, des comportements, leurs facteurs environnementaux et psychologiques. Cette conception de la psychologie comme «*science du comportement*» est appelée «*behaviorisme*» ou «*comportementalisme*» (Cours EMC).

En 1914, Watson a pris connaissance des travaux de Pavlov sur le conditionnement et y a trouvé l'inspiration pour les expériences sur l'apprentissage et

⁴⁵ Cottraux J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 2004

pour une théorie selon laquelle les principes du conditionnement permettent de comprendre tous les comportements normaux ou anormaux.

3.1.2 Naville (1942) :

Dans son livre sur la psychologie du comportement, il définit le comportement de la façon suivante : «*Se comporter, c'est agir*». Le comportement c'est ce que l'organisme fait et dit.

Le comportement ne se limite pas aux mouvements du corps : il regroupe l'ensemble des réponses internes (couvertes) et externes (ouvertes) aux événements qui se déroulent dans l'environnement. Ceci inclut les réponses motrices verbales, les réponses motrices physiologique, les images mentales, les émotions, les affects (phénomènes psychologique correspondant aux phénomènes physiologique que sont les émotions), les pensées et les systèmes de croyances, les perceptions, la mémoire, l'attention.

Donc, le comportement peut s'exprimer de la manière la plus simple dans un schéma S-R (stimulus-réponse) en distinguant les réponses couvertes des réponses ouvertes. L'étude du comportement, c'est l'étude des relations fonctionnelles (de cause à effet), entre les stimuli et les réponses, de manière aussi objective que possible. Ce schéma initial a été reformulé par les différentes théories de l'apprentissage puis par les théories cognitives.

3.1.3. Travaux de Skinner

Skinner et l'école opérante : La contribution de F. Skinner (1904-1990) au développement des thérapies comportementales et cognitives, réside surtout dans des recherches fondamentales sur l'analyse et la modification des comportements. Il a analysé de façon décisive la façon dont la conduite est déterminée par les effets qu'elle produit. Partant des expériences de Thorndike sur «*la loi de l'effet*», il a mené, à l'université de Harvard, de nombreuses expériences qui ont permis de préciser les différences entre le conditionnement Pavlovien - qui consiste à apprendre de nouvelles

significations - et l'apprentissage opérant - qui consiste à apprendre des effets de comportements ou «*d'opération*» accomplies par un individu.

4. Travaux de Eysenck à l'hôpital de Mardsley (Londres) :

Il a élaboré diverses techniques, en particulier une forme «*d'exposition*» in vivo (sans relaxation), et définit la thérapie comportementale comme l'utilisation de la théorie de l'apprentissage pour expliquer et traiter des troubles psychologiques.

4.1. Le courant cognitiviste

Indépendamment de la thérapie comportementale, un courant de thérapie «*cognitive*» s'est développé ; il est l'œuvre de psychanalystes insatisfaits de leurs résultats thérapeutiques mais restés centrés sur l'univers «*intérieur*» de leurs patients.

Le premier est le psychologue new-yorkais Albert Ellis. L'autre grand pionnier de la cognitive therapy, qui fut d'ailleurs le premier à utiliser cette expression, est le psychiatre A. Beck. Au début des années 1960, il s'est mis à analyser les «*schémas de pensée dysfonctionnels*» qui suscitent, maintiennent ou accentuent les processus dépressogènes et névrotisants. Il a développé la thèse que tous les syndromes psychopathologiques se caractérisent par une erreur de perception et d'interprétation «*distorsions cognitives*»³⁰. (Cours EMC).

Corrélativement, il a élaboré une forme de psychothérapie qui consiste à déconstruire des schémas cognitifs et à les remplacer activement par d'autres, choisis de façon réfléchie.

4.2. Champs d'application des théories cognitives et comportementales :

Au départ, les indications privilégiées des TC étaient les troubles anxieux (surtout les phobies), celles des thérapies cognitives, la dépression et les difficultés relationnelles. Les progrès de recherches et d'intégration des deux courants ont permis un élargissement considérable des applications (Ladouceur, Cottraux, Fontaine 1993) : Troubles de la personnalité, troubles psychotiques, troubles chez l'enfant, conflits

familiaux, troubles du comportement alimentaire tels l'anorexie mentale sur laquelle nous nous penchons dans ce travail et la boulimie, les problèmes de sexualités, les douleurs chroniques, l'aide aux mourants, la prévention des toxicomanies, l'amélioration de la qualité de vie dans les institutions psychiatriques et gériatriques, etc....

4.3. Les bases théoriques :

On distingue trois mécanismes de conditionnement : Le conditionnement classique, le conditionnement opérant et l'apprentissage social. Détaillons maintenant chacun de ces mécanismes.

4.3.1. Le conditionnement classique ou répondant

Le conditionnement classique de l'anxiété postule qu'une réponse anxieuse à un objet ou à une situation, se développe secondairement à l'association entre la peur et un stimulus neutre. Par exemple, un enfant qui regarde un film dans lequel un homme blesse une femme à la tête, peut avoir peur des têtes de poupées car elles ont été associées à la peur éprouvée lorsqu'il regardait le film. Ainsi, la ressemblance et la contiguité spatiale entre deux stimuli peuvent favoriser le développement d'un trouble phobique. Plusieurs stratégies thérapeutiques tentent de briser le lien établi entre l'anxiété et le stimulus phobogène. Ce sont la désensibilisation systématique, l'inversion et l'exposition graduelle. Le principe de ces techniques consiste à exposer le patient à des stimuli faibles suscitant une peur minimale et à augmenter progressivement leur intensité ou bien, dans le cas de l'immersion, à présenter d'emblée des stimuli fortement anxiogènes pour le patient. Sur le plan clinique, l'exposition au stimulus anxiogène entraîne la diminution de l'anxiété⁴⁶.

Mais les réactions d'anxiété sont désagréables voire aversives, et provoquent souvent des réponses d'évitement actives, nouvellement acquises, visant à empêcher la confrontation à la situation redoutée.

⁴⁶ Bouvard M., Cottraux J., Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Issy les Moulineaux, Masson, 2008.

4.3.2. Le conditionnement opérant

Le conditionnement opérant se fait par l'intermédiaire des stimuli qui suivent une réponse donnée ou qui en sont les conséquences. Le comportement est modifié par ces conséquences. Ainsi, il s'établit une relation fonctionnelle entre le comportement et le stimulus ou les stimuli qui suivent ce comportement : Ce sont les renforcements. Le renforcement positif augmente la probabilité d'apparition d'un comportement, le renforcement négatif (qui est désagréable pour le sujet) augmente également la probabilité d'apparition d'un comportement mais que l'on peut qualifier d'évitement ou d'échappement.

Il a été mis en évidence par l'utilisation expérimentale d'une boîte (la boîte de Skinner ou un animal était enfermé). La boîte contenait un levier : Si l'animal découvrait par hasard que la pression de la barre lui permettait d'avoir de la nourriture, il aurait tendance à répéter cette action qui était enregistrée dans ses répétitions sur une courbe par un stylet relié au levier.

Selon Skinner, la variable dépendante à étudier dans tout comportement est la réponse et son débit. L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répétera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont renforcées par leurs conséquences.

Le conditionnement classique est un apprentissage par la substitution de stimulus de telle sorte que les fonctions du stimulus inconditionnel soient acquises par association répétée par le stimulus conditionnel.

Le conditionnement opérant est l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement.

Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (renforcement positif) et, inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitements à la situation susceptible de provoquer des désagréments (renforcement négatif).

L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entrainera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Skinner a étudié ce qu'il appelle : «*Le monde à l'intérieur de la peau*». Il a élaboré la notion de comportement gouverné par des règles car une partie des conduites que nous émettons n'est pas le résultat d'une exposition directe aux contingences. Il en résulte une économie d'apprentissage et la culture représente simplement la transmission des connaissances sur la liaison qui unit le comportement à ses conséquences.

Le conditionnement «*couvert*» ou sensibilisation interne représente une autre évolution vers le cognitivisme. Par comportement couvert, l'on entend le comportement physiologique ainsi que les pensées, affects et images mentales. Le monde interne des images mentales est une copie, une reproduction du monde externe qui obéit aux mêmes lois d'apprentissage. L'existence d'opérants internes a été avancée pour appliquer la théorie du conditionnement opérant à la pensée. La pensée dans cette perspective est définie comme une parole à basse amplitude.

4.3.3. L'apprentissage social

L'observation est l'un des mécanismes de l'apprentissage social qui est à l'origine de certaines phobies. Notamment sociales, (Bandura 1980), les techniques d'affirmation de soi, issues de l'apprentissage social, sont un ensemble de procédures thérapeutiques qui visent l'atténuation de la peur du regard critique d'autrui (Wolpe 1975) de plusieurs descriptions empiriques sont nées des techniques thérapeutiques telles que les techniques d'exposition (qui confrontent le patient à la situation source d'une réaction anxieuse jusqu'à ce que cette situation invalidante disparaisse), les techniques opérantes (qui utilisent des facteurs de renforcement qui aideront le sujet au changement), les techniques d'entraînement aux habilités sociales ou les techniques d'affirmations de soi (qui permettent de modifier les croyances, les représentation associées à des événements). Nous décrivons dans ce chapitre chacune de ces

techniques avec sa définition, sa description et, parfois, les difficultés liées à leur utilisation.

4.3.4. Analyse fonctionnelle

En pratique clinique, la difficulté du thérapeute réside dans l'indication des techniques avant de proposer un contrat thérapeutique au patient. Ce choix se fait au détour de l'analyse fonctionnelle. L'évaluation initiale du patient permet de connaître les comportements problématiques du sujet qui vient consulter dans leur diachronie et leur synchronie. Pour ce faire, le thérapeute comportementaliste prend soin de relever minutieusement les situations redoutées par le patient pour tracer le plan thérapeutique visant à les aborder et lui apprendre des comportements incompatibles avec l'anxiété ou avec l'adoption de comportements pathologiques (rituels obsessionnels, comportements d'évitement...). Il en résulte des hypothèses sur la constitution du trouble. A partir de ces hypothèses fonctionnelles permettant une conceptualisation du cas, le thérapeute choisira telle ou telle technique. Pour un même patient, il est possible d'utiliser plusieurs techniques, soit chronologiquement, l'une après l'autre, soit simultanément, par alternance d'une séance sur l'autre.

Les entretiens d'évaluation constituent, par conséquent, un des moments les plus importants permettant de poser l'indication de thérapie comportementale ou non. Cette évaluation de départ obéit à des règles techniques spécifiques et inclut non seulement une évaluation clinique mais aussi, comme nous l'avons nommée, une analyse fonctionnelle et une évaluation quantitative des troubles à l'aide de questionnaires et d'échelles appropriées. Cette objectivation des troubles permet au patient d'accéder à une meilleure connaissance de ses symptômes avant thérapie (Mirabel-Sarron et Vera1995).

Ainsi, pour le thérapeute comportementaliste, le symptôme correspond à la persistance d'un comportement acquis ayant pu avoir une valeur de protection : le contexte ayant changé, il cesse d'être adopté. L'objectif du comportementaliste est, par des techniques fondées sur l'apprentissage, de faire disparaître la réponse inappropriée, donc le symptôme

1^{ère} phase : L'analyse fonctionnelle :

Elle porte sur l'observation des comportements, des pensées et des émotions définissant le problème afin d'en étudier les conditions de déclenchement et de maintien. On en précisera les circonstances de survenue, la fréquence, l'intensité et le retentissement sur l'individu et son entourage. Les facteurs de renforcement seront évalués avec soins.

2^{ème} phase : La définition des cibles pathologiques :

L'analyse fonctionnelle permet de mettre à jour l'actualité des symptômes tels qu'ils sont vécus au quotidien. Des hypothèses communes concernant le développement du trouble sont élaborées avec le patient, celui-ci définissant une hiérarchie des problèmes suivant l'importance qu'il leur attribue et l'intensité du handicap.

3^{ème} phase : L'élaboration d'un programme thérapeutique :

Les différents programmes reposent sur le principe d'une intervention structurée, spécifique, délivrée au sein d'une relation pédagogique dans laquelle le thérapeute développe chez le patient des capacités d'auto contrôle adaptées au contexte. Le but est d'élaborer une véritable stratégie thérapeutique visant à étudier et à neutraliser les symptômes cibles définis précédemment.

4^{ème} phase : L'évaluation de la méthode et des résultats :

A tout moment, les objectifs et les moyens thérapeutiques sont évalués et adaptés à la situation du malade, dont la motivation et l'implication personnelle dans la thérapie doivent être manifestes. Les succès et les échecs ou les difficultés sont discutés en commun dans le souci d'une réflexion partagée, utile et pragmatique.

4.3.5. Les techniques comportementales

Abordons chacune des techniques thérapeutiques :

I- Technique d'exposition :

Les techniques d'exposition sont considérées comme des techniques de réduction des peurs et des phobies par conditionnement d'une réponse apprise. Le thérapeute

apprendra au sujet une réponse inhibitrice du processus de peur. La réponse la plus communément substituée est la réponse de relaxation qui est antagoniste à la réponse anxieuse. Ce processus est intitulé le principe d'inhibition réciproque par (Wolpe 1958).

A- La désensibilisation systématique :

La désensibilisation systématique proposée par Wolpe est la technique la plus connue. Il s'agit d'une méthode d'exposition en imagination qui comporte plusieurs étapes :

- L'apprentissage à la relaxation : Utilise volontiers la méthode de (Jacobson 1980). Six à dix séances d'une durée de 20 minutes environ sont nécessaires. Il est conseillé au thérapeute d'effectuer la séance en même temps que le patient pour lui servir de modèle en cas de difficulté à comprendre les différents mouvements. Il est cependant difficile quelques fois d'apprendre au sujet à se relaxer, à fermer les yeux, à rester allongé, immobile... Différentes aides techniques sont alors proposées telles que l'utilisation d'une méthode de relaxation hypnotique ou bien l'utilisation de techniques ventilatoires.

- La constitution de la hiérarchie : Est pratiquée au cours des séances et affinée par le patient à son domicile. Une hiérarchie comporte une dizaine de situations sources d'angoisses présentées par intensité de stress croissant. L'intensité de l'anxiété est évaluée de manière subjective, le sujet lui-même attribue une note entre zéro (0) et cent (100) dans une unité intitulée «*unité subjective d'inconfort*».

- Le travail en imagination : Débute après avoir vérifié les capacités d'imagerie mentale du patient. Si le patient n'arrive pas à imaginer les scènes, les séances d'exposition s'effectueront dans la réalité et l'on abandonnera la désensibilisation systématique. Le thérapeute demande au patient de se relaxer jusqu'à obtenir un niveau de détente suffisant ; il propose ensuite une scène de la hiérarchie qu'il évoque avec beaucoup de détails afin que le patient se représente dans la situation. Chaque évocation dure de 05 à 10 secondes et est entrecoupée de pauses de relaxation. De trois à cinq évocations en imagerie sont proposées par séance. Le patient est régulièrement

évalué sur son niveau d'anxiété et si son angoisse augmente beaucoup au cours de l'évocation d'une scène, il se manifeste par un geste (se lever par exemple).

- La désensibilisation systématique in vivo : Propose au sujet une exposition aux différents items de la hiérarchie construite en réalité. Le sujet utilise la relaxation comme méthode de contre-conditionnement.

- La désensibilisation de contact : Fait participer le thérapeute plus activement ; il va servir de modèle au patient et donner de nombreuses informations sur les perceptions.

- La désensibilisation automatique : S'effectue grâce à un programme de séances préalablement enregistré sur cassette audio, la hiérarchie étant préparée avec le thérapeute au préalable.

- L'auto désensibilisation : Se pratique à l'aide d'un manuel ; le thérapeute n'est alors qu'un consultant éventuel.

- La désensibilisation par auto contrôle : Est une procédure aux objectifs plus larges. Le but est de développer chez le sujet des procédures pour faire face à n'importe quelle situation stressante. Aussitôt que le patient revient, on repère la moindre manifestation de son anxiété, il met en jeu les procédures de relaxation. La hiérarchie n'est plus centrée autour d'un thème principal, c'est un ensemble de situations dans lesquelles le sujet s'est, par le passé, senti tendu, nerveux ou anxieux.

- La désensibilisation systématique : Est pratiquée en groupe avec cinq à six sujets se plaignant de la même peur. La hiérarchie est construite en collaboration avec tout le groupe. La vitesse de progression des séances en imagination suivra les sujets qui ont le plus de difficultés.

- La désensibilisation systématique vicariante en groupe : Projette à l'ensemble du groupe un film vidéo représentant une thérapie de désensibilisation systématique pour la même peur que celle ressentie par des participants.

B- Exposition in vivo :

L'exposition aux stimuli qui suscitent l'anxiété du malade, doit préciser la durée de cette confrontation (intervalles courts ou longs). La pente d'approche qui peut être prononcée progressive, les stimuli (concrets, filmés), le procédé qui peut être en groupe ou en individuel, l'auto exposition entre les séances de traitement et l'utilisation d'un modèle effectuant une exposition analogue. Il est admis que la forme de l'exposition est un facteur important mais pas déterminant du succès thérapeutique : Pour s'améliorer, le patient ne doit pas entraver le déroulement du traitement d'exposition ni s'en désintéresser mais bien s'impliquer entièrement et agir sur le stimulus. Un autre facteur d'efficacité thérapeutique concerne l'apprentissage au patient à s'exposer de lui-même à la situation anxiogène (exposée imposée en milieu réel).

C- Prévention de la réponse :

Une modalité différente d'exposition employée dans le TOC (trouble obsessionnel compulsif) est la prévention de la réponse, cette technique intègre l'exposition aux stimuli. Elle consiste, d'abord, à aider le patient à s'aventurer dans les situations anxiogènes (en imagination ou en réalité) en présence du thérapeute, et empêcher de réaliser ses rituels, aussi bien idéatifs (compter, remplacer une image angoissante par une autre neutre...) que compulsifs (vérifier, se laver, poser des questions absurdes...). Le but est de montrer au patient qu'au bout de quelques minutes ou quelques heures, l'anxiété diminue sans avoir recours à ses rituels et l'un des objectifs thérapeutiques est de rompre le lien entre l'anxiété et la réalisation de rituels.

Souvent, il est demandé à la famille de participer au traitement par prévention de la réponse car l'exposition avec prévention de la réponse en milieu réel est un élément thérapeutique de première importance et est utilisée de plusieurs façons : expositions répétées plus ou moins espacées, chaque exposition ayant une durée variable de quelques minutes jusqu'à 90 minutes. Si le patient est hospitalisé, l'équipe soignante participe également au traitement.

D- Arrêt de la pensée :

Cette technique est souvent utilisée dans les TOC. En effet, les pensées obsessionnelles, sans rituels, sont beaucoup plus difficiles à traiter que les comportements compulsifs. En général, il est proposé de s'exposer aux pensées inopportunes, en leur laissant libres cours, puis de les interrompre à plusieurs reprises.

L'apprentissage à interrompre et à reprendre les pensées obsessionnelles, c'est-à-dire la régulation de la pensée, a été systématisé sous la forme d'une technique connue sous le nom d'arrêt de la pensée (Cautela1969). Il est difficile de se prononcer sur l'efficacité de cette technique car les obsessions ont tendance à être remplacées par d'autres.

Les nouvelles pensées peuvent être angoissantes à tel point que beaucoup de patients «*s'accrochent*» à celles qu'ils ont déjà. L'arrêt de la pensée apporte une aide, dans la mesure où la régulation de la pensée peut être vue comme une façon d'apprendre à affronter un problème. Nous avons l'impression qu'il s'agit plutôt d'acquérir des habilités générales et non spécifiquement la disparition des idées obsessionnelles.

E- Immersion :

Parmi les techniques sans relaxation préalable, l'immersion est une approche soudaine et prolongée en imagination des stimuli anxiogènes. On peut distinguer une variante de la technique d'immersion : «*L'implosion*», technique qui utilise un matériel d'imagerie mentale faisant appel, à la fois, aux théories du conditionnement mais aussi aux thérapies psychanalytiques. Ainsi, le thérapeute abordera les stimuli internes qui contribuent au maintien de la peur.

4.4.1. Techniques opérantes

Il s'agit des techniques les plus utilisées universellement en psychologie. Elles reposent sur le postulat que les comportements humains peuvent être acquis et maintenus selon certaines lois psychologiques, dont la loi de l'effet (Thorndike 1932), qui indique que le comportement est contrôlé par ses propres conséquences.

A- Renforcement :

Skinner reprend la notion de conditionnement opérant qui tient compte des contingences de récompense. Il définit des stimuli appelés renforcement qui, s'ils sont dit positifs, permettent d'augmenter la probabilité de production du comportement, les renforcements négatifs diminuant cette probabilité. L'objectif des programmes utilisant les renforcements est d'obtenir la généralisation du comportement acquis par conditionnement opérant ou bien la diminution du comportement jugé indésirable (extinction). Ces programmes sont largement utilisés dans l'enseignement aux élèves dans la gestion des attitudes des enseignants ou en clinique.

Après l'acquisition du comportement, son maintien est fondamental et l'intervention régulière de renforcements positifs permet de conserver cet acquis. Les principes de conditionnement opérant sont largement utilisés dans les troubles des conduites alimentaires.

B- Attribution des tâches progressives :

La définition «*attribution des tâches progressives*» a pour but l'organisation d'une séquence comportementale afin d'aider les patients déprimés à adopter un comportement complexe qu'ils désirent réaliser mais que la fatigue et le ralentissement rendent irréalisable.

En outre, l'attribution des tâches évite au patient le processus de décision ; cette stratégie thérapeutique n'a pas fait l'objet d'études contrôlées, elle agit à un niveau symptomatique.

C- Estompage et guidage :

Les techniques de Fading (estompage) et de prompting (guidage) peuvent également être associées aux renforcements dans de tels programmes :

- L'estompage consiste à ajouter des stimuli à la situation anorexique. Exemple : A un patient qui a de fortes manifestations d'anxiété lorsqu'il entend des sirènes d'alarme d'ambulance, on fera écouter des morceaux de musique comportant

des sirènes d'alarmes. Au cours des séances, on baissera la musique et le son de la sirène sera de plus en plus distinct. Le but est d'entraîner le sujet à s'efforcer à rechercher la sirène au lieu d'éviter de l'écouter.

- Le guidage est une procédure dans laquelle on utilise un signal afin d'aider le patient à trouver le comportement adapté. Cette procédure est particulièrement indiquée lors de l'entraînement à disséminer un stimulus précis.

D- Programme d'activités :

Le principe consiste à se baser sur le conditionnement opérant, intégrer des méthodes qui s'en éloignent (entraînement aux habilités sociales, mesure des caractéristiques subjectives en terme de plaisir, relaxation, affirmation de soi et planification des activités). Cinq études contrôlées évaluent l'efficacité de ce programme mais la disparité des échantillons et des méthodes de recherche ne permet pas de conclure (Blackburn et Cottraux 1988).

4.4.2. Techniques issues de l'apprentissage social

Les techniques d'affirmation de soi constituent une aide thérapeutique efficace chez les patients présentant une altération significative du fonctionnement social et/ou professionnel et qui possèdent une faible estime de soi. Ces techniques sont d'un abord psychologique axé sur l'atténuation des manifestations anxieuses et sur l'apprentissage de comportements de communication. L'affirmation de soi peut être proposée en groupe ou en individuel comme dans le cas d'anorexie mentale où les troubles de l'image corporelle ne sont qu'un écran qui cache une mauvaise estime de soi. Les procédures thérapeutiques utilisées sont le jeu de rôle, le Modeling, le feed-back, le renforcement externe, l'autoévaluation et l'autorenforcement. Les techniques d'affirmation de soi ont été adaptées (entraînement des habiletés sociales) aux patients schizophrènes. (Favrod et Barrelet 1993).

A- Jeu de rôle :

Le jeu de rôle a pour but d'aider le sujet à se sentir à l'aise face à des comportements nouvellement acquis et à les reproduire facilement dans les situations

sociales appropriées. Le jeu de rôle comportemental demande au patient de faire «*comme si*» il était en situation réelle et de se comporter de façon affirmée. Le jeu de rôle est une technique employée dans l'apprentissage à l'affirmation de soi.

B- Modeling :

Dans le Modeling ou apprentissage par imitation, un modèle présente un comportement à imiter (modelage positif) ou à éviter (modelage négatif). Par exemple, comment aborder des personnes qu'on ne connaît pas. Il s'agit d'un procédé d'apprentissage où le comportement individuel ou de groupe se modèle par rapport à un stimulus (attitudes, comportements ou pensées) par observation de ce modèle. Ce programme s'avère très efficace dans les conduites addictionnelles : Alcool et trouble de conduites alimentaires, anorexie et boulimie.

C- Façonnement de la réponse :

Ils consistent à aider le sujet à affirmer ses comportements nouvellement acquis au moyen de la rétroaction et du renforcement. La rétroaction ou feed-back permet de donner au sujet des informations spécifiques et descriptives sur son propre comportement. Le feed-back négatif consiste à informer le patient qu'un changement de comportement est nécessaire tandis qu'un feed-back positif l'informe sur l'adéquation de son comportement. Le renforcement est utilisé, la plupart du temps, sous forme d'approbation ou de félicitations au moment où le patient montre une amélioration de son comportement. Le renforcement est donné soit par un thérapeute, soit par les membres du groupe thérapeutique, soit encore en favorisant les capacités du patient à s'autorenforcer. Les procédures cognitives sont également associées pour modifier directement la perception des situations sociales comme étant des situations «à risque».

4.4.3. Techniques aversives

Les techniques aversives restent utilisées dans des cas ponctuels, dans le respect de l'éthique et des données scientifiques. Des publications rendant compte de l'utilisation de ces techniques dans la réduction de la fréquence d'un comportement invalidant, mutilant, sont toujours d'actualité. Les indications les plus courantes sont les conduites addictionnelles : Toxicomanie, troubles alimentaire, boulimie...

Les stimuli aversifs utilisés peuvent être des sons désagréables, le gout amer d'une boisson, une odeur repoussante..., c'est le type de programme aversif issu du conditionnement pavlovien. Dans le conditionnement opérant, le stimulus aversif est délivré par un membre du personnel soignant à chaque fois que le patient accomplit le comportement inadapté.

4.5. Techniques comportementales et cognitives

Toutes les procédures techniques discutées précédemment sont définies comme méthodes de modification d'un comportement permettant d'aboutir à son extinction. Cependant, ces différents processus de changement incluent des variables cognitives qui ne sont pas prises en considération en tant que telles. En pratique clinique, un travail complémentaire sur les cognitions peut être pratiqué selon les techniques cognitives classiques. Ces programmes comportementaux et cognitifs sont parmi les plus employés à l'heure actuelle.

4.6. Thérapies de groupe

Elles sont proposées pour la majorité des techniques précédemment citées (désensibilisation systématique, exposition in vivo, programme de renforcement, techniques cognitives). Le thérapeute doit alors connaître les procédures de gestion du groupe.

4.7. Les techniques cognitives

Des techniques purement cognitives peuvent être utilisées lorsque les patients anorexiques développent des croyances rigides et irrationnelles au sujet du poids, de la nourriture et de l'image corporelle. Des croyances fondées sur la peur se développent et contribuent à entretenir l'ensemble des troubles, les techniques suivantes peuvent être employées :

- Compréhension des relations entre croyances, affects et comportements ;
- Correction entre perception de sa valeur et apparence physique ;
- Mise à distance des émotions ;
- Examen de la valeur adaptative et fonctionnelle des croyances ;
- Mise à distance des croyances dysfonctionnelles ;
- Recherches d'explications alternatives aux croyances ;
- Développement des sentiments réalistes.⁴⁷

4.7.1. La technique de la restructuration cognitive

Elle consiste à prendre conscience des mécanismes de distorsion de notre mental et à modifier notre manière de penser pour améliorer notre état émotionnel. Elle se base sur le traitement cognitif de l'information selon lequel chaque individu interprète une situation donnée d'une manière personnelle en lui attribuant une signification, engendrant ainsi une émotion ; Quand l'interprétation est biaisée / déformée, les émotions qui lui sont relatives sont sources de souffrance pour l'individu.

- Les distorsions cognitives :

Se sont des pensées automatiques (monologues intérieurs) et des postulats qui font référence le plus souvent à la notion de danger. Elles se basent sur :

- 1- Le raisonnement dichotomique : C'est bon ou mauvais, sans nuance.
- 2- La personnalisation : Il s'agit de la tendance à attribuer les événements à ses caractéristiques personnelles plutôt qu'aux variables de l'environnement.

⁴⁷ Loretta Sala : «Etude des variables cliniques, psychologiques et discursives chez des patientes souffrante de trouble du comportement alimentaire», thèse pour l'obtention d'un doctorat en technique 2008 France, P : 113.

Exemple : Le patient imputera l'abus dont il a été victime à une faiblesse de sa personnalité plutôt qu'à l'agresseur.

3- La pensée superstitieuse : Les patients établissent une relation de cause à effet entre les événements non contingents. Cette pensée magique peut sous-entendre des rituels.

4- La maximalisation et minimalisation : La première consiste à donner une importance excessive aux échecs et la deuxième à banaliser les succès. Exemple : Les enfants maltraités ont une tendance malade à surévaluer leurs progrès et à sous-évaluer leurs problèmes.

1- L'abstraction (ou interprétation) sélective : C'est le fait de s'attacher à des détails isolés de telle sorte que la signification de l'ensemble de la situation n'est plus perçue.

2- La généralisation : On extrait une règle sur la base d'un événement puis on l'applique à des situations qui ne sont pas semblables. Exemple : *«Une patiente pense que si son père, en qui elle avait confiance, a abusé d'elle, tous les hommes sont pareilles».*

3- L'inférence arbitraire : Tirer des conclusions sans preuves.

4- La pensée catastrophique.

4.7.2. Différentes étapes de la reconstruction cognitive

- Identification des pensées automatiques (ci-dessus).
- Modification des pensées automatiques : On essaiera d'aider les patients à modifier les pensées automatiques en discutant les arguments pour ou contre la maltraitance sexuelle, les crises d'anxiété... Généralement, après cet examen contradictoire, la croyance en la validité des pensées diminue. Une fois les pensées dysfonctionnelles discutées et remises en questions par les patients, il sera possible d'affronter la situation redoutée par exposition en imagination puis in vivo pour essayer de modifier ces pensées définitivement.

- Formulation de pensées plus réalistes :

Le but est d'aider les patients à remplacer les pensées initiales catastrophiques (peur d'être agressé, sentiment de honte et de culpabilité) par d'autres, plus réalistes, qui les aideront à affronter les situations redoutées (il y a des gens pour me protéger, je suis victime, je ne suis pas responsable). Le but est de généraliser le principe à toutes les situations problématiques.

Les techniques pour mettre à jour ces pensées automatiques :

- Technique de la flèche descendante :

La technique de la flèche descendante (BlackBurn et Cottraux 1988)⁴⁸ consiste à demander au patient de décrire, à partir de pensées automatiques survenant au cours d'une situation problématique, la pire conséquence, ce que cela représente pour lui ...

Par cette méthode, on essaiera de parvenir au noyau central de la pensée anxiogène.

5. Les TCC en pratique

Sur le plan pratique, les TCC sont des thérapies structurées qui se déroulent généralement sur 10 à 20 séances, en individuel ou en groupe.

Les thérapies comprennent généralement plusieurs phases :

- Diagnostic clinique selon les critères du (DSM IV).
- Analyse fonctionnelle.
- Entretiens d'évaluation (à l'aide d'échelles et questionnaires ou tests).
- Analyse motivationnelle : Qu'est-ce que le patient désire changer ?
- Communication du diagnostic au patient, construction et établissement d'un contrat thérapeutique.
- Interventions thérapeutiques.
- Evaluation des résultats en fin de thérapie.

• 48 Blackburn IM, Cottraux J. : «*Thérapie cognitive de la dépression*». Paris : Masson, 1988.

Différents éléments sont importants dans la prise en charge :

- Une alliance thérapeutique de qualité est nécessaire ; le thérapeute aura un contrat chaleureux, sincère, empathique avec le patient.
- Le travail sur «*l'ici et maintenant*» est important mais les éléments passés sont également à prendre en compte.
- La structure des entretiens est assez conventionnelle : Synthèse de la semaine et tâches à accomplir, choix d'un thème à analyser et prescriptions pour la semaine à venir, auto-observation et auto-évaluation.
- Les entretiens sont généralement distants d'une semaine et durent en moyenne 30 à 45 minutes, selon les stratégies choisies ;
- La durée de la thérapie est d'environ quatre mois, 12 à 15 séances sont généralement nécessaires pour aborder un comportement dysfonctionnel⁴⁹

Style du thérapeute :

Les thérapeutes diffèrent selon leur personnalité, leur savoir et le problème qu'ils traitent. Toutefois, depuis le début des pratiques cognitivo-comportementales, la grande majorité adhère aux principes suivants :

Climat de collaboration :

Le thérapeute agit comme un pédagogue respectueux de l'«*apprenant*», soucieux de le faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Il évite l'établissement d'une relation caractérisée par l'obéissance et l'autorité, l'affection ou l'amour. Il s'efforce d'instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique, qui favorise une alliance thérapeutique.

- Transparence :

Le thérapeute explicite en toute clarté les principes, les objectifs, les méthodes, les contrats, les critères d'évaluation, les résultats. Il propose éventuellement les lectures qui permettent au patient de bien comprendre les processus qui le perturbent et la logique du traitement. Il s'abstient d'utiliser un jargon incompréhensible.

⁴⁹ Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives. Ed Masson 2001.

- **Incitation à l'action :**

Le patient, qui veut se libérer des réactions bien ancrées, ne peut se contenter de parler et de recevoir des interprétations pendant une ou deux heures par semaine. Il doit effectuer, dans la vie quotidienne des «*taches thérapeutiques*» c'est-à-dire des exercices personnels destinés à :

- Observer ses réactions et leurs contingences ;
- Analyser son recueil d'observations, comprendre des enchaînements ;
- Formuler des objectifs réalistes et concrets ;
- Expérimenter de nouvelles façons de percevoir, d'interpréter et d'agir ;
- Evaluer la façon nuancée des changements positifs et des échecs ;
- Répéter et consolider les acquis.
- Eventuellement, étendre les acquis à d'autres secteurs de l'existence.

Le thérapeute a pour rôle primordial d'aider le patient à réaliser de tels apprentissages. A cette fin, il adopte un style relativement directif : Il pose souvent des questions, il répond explicitement à celles du patient, il reformule et synthétise les propos du patient, lui demande de faire de même, l'informe sur des processus psychologiques, lui donne des schémas, lui fournit des enregistrements à écouter ou des brochures à lire et à discuter, l'encourage à «*expérimenter*» de nouveaux comportements, lui montre comment tenir un carnet de notation de conduites, insiste pour réaliser des évaluations précises. Parfois, il accompagne le patient dans des situations anxiogènes pour faciliter la confrontation et l'apprentissage d'une meilleure régulation émotionnelle.⁵⁰

⁵⁰ P. Légeron, J Van Rillaer : «*Approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte*». Encyclopédie Médico-chirurgicale 37-820-A-40.

Chapitre IV
Etudes de cas

1. Méthodologie

Il s'agit d'une méthode expérimentale à visée Thérapeutique, qui s'appuie sur des techniques Cognitivo-Comportementale (TCC) pour comprendre et modifier la psychopathologie.

2. Population étudiée

Nous avons approché un nombre important d'enfants victimes d'abus sexuel. Deux ont particulièrement retenu notre attention car ils ont tenu à nous revoir et à maintenir la relation, avec l'accord du parent accompagnateur.

Notre expérience, en tant que psychologue stagiaire auprès du service de médecine légale CHU Oran, nous a permis d'approcher cette population et de mieux cerner le phénomène de la maltraitance sexuelle des enfants.

Deux enfants de sexe différent ont été suivis : Il s'agit d'une fille âgée de 7ans et d'un garçon âgé de 11ans, tout les deux scolarisés dans le cycle primaire, la fille en 2^{ème} année et le garçon en 4^{ème} année.

La fille nous a été adressée par une collègue du Centre intermédiaire de sante mentale (Cism) de Jean Kraft et le garçon, nous a été confié par le médecin du service de médecine légale du CHU⁵¹ Oran où nous avons effectué un stage de 6 mois dans le cadre de la préparation de notre magistère en «*Clinique infanto-juvénile et guidance parentale*».

Les deux enfants ont été accompagnés de leurs tuteurs légaux.

C'est avec ces deux enfants que nous avons expérimenté une psychothérapie d'inspiration cognitivo-comportementale.

3. Déroulement de la prise en charge

Nous avons rencontré les enfants une fois par semaine, pendant les six mois de stage, soit une quinzaine de séances durant lesquelles nous avons expérimenté une prise en charge de type thérapie cognitivo-comportementale.

⁵¹ Centre hospitalier universitaire

- La durée des séances était d'environ 45 minutes.
- Les deux cas présentaient un tableau de troubles caractérisés par l'ESPT consécutives à des maltraitances sexuelles (diagnostiquée selon les critères du DSM IV).

Nous avons basé ce travail sur une évaluation multimodale incluant :

- Une échelle d'auto évaluation.
- Des entretiens cliniques motivationnels.
- Un travail sur l'observation directe
- Les techniques issues de la thérapie cognitivo-comportementale telles que l'exposition aux situations anxiogènes et la relaxation par la pratique du contrôle respiratoire.
- La correction des distorsions cognitives à l'aide de techniques de la restructuration cognitive par la résolution de problème basés sur l'appréciation des «*pour et contre*», de «*la flèche descendante*» et «*des pensées alternatives*».
- Enfin, des techniques psycho-éducatives destinées tant aux enfants qu'à leurs famille et qui leur apporte des informations sur les conséquences de la maltraitance sexuelle, ses caractéristiques, son évolution, son traitement ainsi que les attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à ce fléau.

Dans cette prise en charge, on distingue quatre phases: L'observation des faits, l'analyse fonctionnelle, l'expérimentation et l'analyse des résultats.

Détaillons à présent chacune d'elles:

3. L'observation

Est un outil méthodologique ayant pour but de relever un certain nombre de faits à partir desquels il sera possible de former une ou plusieurs hypothèses qu'on soumettra à la vérification expérimentale. L'observation constitue la phase fondamentale de l'expérimentation.

L'observation psychologique vise à connaître l'individu ou le groupe d'individus à travers sa conduite, de déceler ses déficiences et ses aptitudes et de trouver les moyens d'épanouir sa personnalité¹. Pour le psychologue, tout est observable car supposé apporter une foule d'informations qui échappent parfois à la connaissance même du sujet.

Dans notre pratique du terrain au cours du stage, l'observation que nous avons menée, avant même de choisir les cas à étudier, nous a grandement aidé à nous interroger et à nous questionner ; non seulement à propos des enfants maltraités qui viennent au service mais également sur l'accueil qui leur était réservé par le personnel soignant.

Intelligemment menée, l'observation permet de mieux comprendre le terrain et d'affiner les hypothèses de recherches. Toute recherche qui ne s'appuie pas sur une observation rigoureuse perd de sa pertinence.

4. L'Analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle permet de définir et de comprendre le fonctionnement actuel et passé d'une. Il s'agit donc d'une approche qualitative dont le but est de déterminer, pour une séquence comportementale, les facteurs de déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un environnement donné. Les comportements à problèmes, de même que n'importe quel comportement, sont sous l'effet de contrôle de différentes natures qui peuvent être identifiées et objectivées pour être ensuite utilisées dans le traitement. Il faut spécifier les comportements observés de façon claire. Ceci est valable aussi bien pour les comportements «*ouverts*» que «*couverts*». Trois systèmes sont principalement explorés : le système moteur, le système cognitif et le système physiologique et émotionnel.

4.1 Méthode d'analyse fonctionnelle :

Bien qu'il existe plusieurs méthodes d'analyse fonctionnelle, nous avons choisis de présenter celle que nous avons appliquée durant notre travail.

- **La grille SECCA :** Dont la visée est didactique et pratique, comprend une partie synchronique (actuelle) qui permet d'analyser une séquence comportementale stimulus-émotion-cognition-comportement-anticipation et leurs relations avec l'entourage social. Elle comprend une partie diachronique (historique) qui permet de structurer l'histoire passée du patient.

4.2 Caractéristiques de l'analyse fonctionnelle :

L'analyse fonctionnelle n'est pas effectuée d'emblée mais, en général, lors deuxième entretien. Le premier entretien est plus desiné à une prise de contact, l'établissement d'une relation, la mise en place ou la vérification d'un diagnostic et, finalement, l'étude de la faisabilité d'une thérapie. Une fois les possibilités d'un traitement

établies, l'on passe à l'étape suivante : L'entretien d'analyse fonctionnelle dont nous allons donner les principales caractéristiques.

Cet entretien est directif, c'est-à-dire dirigé vers le recueil de données précises, concernant le ou les comportements problèmes que le patient présente: Depuis quand le comportement problème a-t-il lieu ? Où est-il apparu ? Quand ? Comment ? Combien de fois par unité de temps choisie ? Avec qui ou quoi ? Qu'est-ce qui précède le comportement problème ? Qu'est-ce qui diminue le comportement problème et qu'est ce qui l'augmente ? Qu'est-ce qui inhibe le comportement problème ?

Ce sont, dans tous les cas, les principales relations entre l'environnement et le comportement qui doivent être précisées. Ces relations peuvent être établies d'une manière plus ou moins directive mais ce sont les éléments nécessaires à la construction d'un programme efficace.

Il est expérimental : A partir des données recueillies de différentes manières, il y a induction d'une hypothèse de travail qui est formulée avec le sujet et aboutit à définir le problème comportemental et la méthode pour le modifier. Ainsi, ce que thérapeute et patient peuvent attendre l'un de l'autre est clairement spécifié. Il y a donc agrément mutuel sur les buts et les résultats escomptés de la thérapie.

Il y a aussi construction d'une hypothèse qui se vérifiera ou pas après application de la thérapie (variable indépendante) sur un ou plusieurs comportements (variable dépendantes).

La chaleur, la capacité d'écoute, la tolérance, l'empathie et l'objectivité sont certainement parmi les traits de comportement que chaque thérapeute cherche à mettre en œuvre. Le thérapeute se centre sur l'«*ici et maintenant*» dans sa relation avec le patient, c'est le présent qui est en cause. Mais le passé n'est pas négligé. On recherchera un épisode de conditionnement initial, une situation répétitivement traumatique. Cependant, la fiabilité de telles données est difficile à affirmer sur le plan pratique, le travail sur le passé n'a de sens que pour modifier le comportement présent.

L'entretien implique la motivation : Celle du thérapeute comme celle du patient. Cela peut se faire facilement en précisant les attentes des deux parties. Il s'agit de provoquer chez le patient une attitude active, de définir une hypothèse de travail efficace et de mettre en œuvre une technique dans un climat relationnel positif.

Enfin, il faut souligner que toute analyse fonctionnelle prend du temps. Mais plus minutieuse aura été l'analyse, plus précis sera le programme et plus grandes seront les chances d'aboutir à un résultat satisfaisant.

5. Méthode de mesure : L'approche quantitative

Le but des méthodes d'évaluation est de définir une ligne de base du (des) comportement (s) problème (s) avant tout traitement. Pour cela, une durée suffisamment longue d'étude du comportement et de sa variation est nécessaire.

- Au début du traitement, il faut évaluer
- En cours de traitement, il faut estimer l'effet du traitement (variable indépendante) sur le comportement (variable dépendante).
- Après traitement, il faut évaluer le résultat par rapport à la ligne de base.
- Lors du suivi qui est effectué après la fin du traitement, à intervalles de temps prédéterminés (par exemple un mois, trois mois, six mois...etc.), on évaluera le maintien ou la détérioration des modifications comportementales obtenues. En effet, un résultat n'a de valeur que s'il se maintient au moins six mois ou un an.

6. Echelles d'évaluation

Il existe de nombreuses échelles d'auto et d'hétéro-évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapeutiques. Elles ont reçu une validation qui rend possible l'étude de problèmes psychopathologiques variés.

Dans les échelles d'évaluation, on souhaite surtout avoir des «*instantanés*», photographies d'un état actuel que l'on va comparer à d'autres photographies.

Certaines échelles permettent d'évaluer plus spécifiquement l'ESPT : Ce sont avant tout des instruments destinés en pratique à apprécier le changement par la thérapie. Cet entretien d'évaluation quantitative se pratique généralement après l'analyse fonctionnelle. En fonction des hypothèses diagnostiques, ces échelles peuvent être complétées par d'autres questionnaires ou tests.

Dans ce travail, nous avons choisis d'appliquer :

- Une échelle comportementale d'anxiété phobique.
- Le questionnaire Children Post Traumatic Stress Reaction

- **L'échelle comportementale d'anxiété phobique.**

Applications : Ce questionnaire français a pour objectif d'évaluer les peurs des jeunes de 8 à 18 ans, dans les domaines d'activités quotidiens, sociaux, familiaux, scolaires et image de soi.

Mode de passation : Il s'agit d'un questionnaire que les sujets peuvent remplir à partir de 8 ans. Il suffit de cocher une des trois colonnes «*presque jamais*», «*quelquefois*», «*souvent*» situées en face des items.

Cotation : Le questionnaire comprend deux échelles : Une échelle de peur (76 items) qui donne une note totale d'intensité des peurs et une échelle d'évitement (21 items) qui donne une note totale d'intensité ou de fréquence de l'évitement phobique. Les items de l'échelle d'évitement sont précédés d'un astérisque. La réponse «*presque jamais*» est cotée 1 point, la réponse «*quelquefois*» est cotée 2 points, la réponse «*souvent*» est cotée 3 points. Il suffit, ensuite, d'additionner les items correspondant aux deux échelles.

Une note à l'échelle d'anxiété supérieure ou égale à 124 nécessite une exploration clinique, la note étant probablement en rapport avec un trouble anxieux. Une note à l'échelle d'évitement supérieure ou égale à 32 est significative d'un évitement phobique.

- **Children Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)**

Objectifs : Evaluation des symptômes de stress post-traumatique après exposition à des événements traumatiques variés.

Caractéristiques : La CPTSD-RI est une échelle de 20 items, dérivée du Reaction Index for adults (Frederick 1985).

Catégorie de réponse : Chaque item de l'échelle est coté en 5 niveaux : (0jamais, 1 presque jamais, 2 parfois, 3 souvent, 4 le plus souvent). Le score global varie entre 0 et 80.

Mode de passation, cotations, scores : Cette échelle est très utilisée lors d'entretiens semi-structurés. Des instructions sont données aux interviewers pour adapter l'échelle à l'événement traumatique étudié. L'enquêté doit rapporter ses symptômes à l'événement ayant eu lieu auparavant.

La gradation en 4 catégories selon le score est la suivante : Un score entre 12 et 24 indique un niveau de PTSD faible, entre 25 et 39 un niveau modéré, entre 40 et 59 un niveau sévère et un score de plus de 60 un niveau très sévère.

Durée de passation : 15 à 20 minutes

Population cible : Cette échelle est utilisée pour des enfants de 6 à 16 ans.

Intérêts et limites : Il s'agit d'une des échelles les plus utilisées dans le monde pour évaluer les troubles de stress post-traumatique chez l'enfant car le temps de passation est court, la concordance est bonne et il existe des scores de gravité.

Une limite réside dans le fait que cette échelle ne recouvre pas tous les items des critères du DSM IV.

7. Le contrat thérapeutique

L'élaboration du contrat thérapeutique s'effectue après l'annonce du diagnostic, l'élaboration de l'analyse fonctionnelle et la passation des échelles d'autoévaluation de l'ESPT. Après avoir posé l'indication d'une prise en charge thérapeutique cognitive et comportementale, le contrat thérapeutique est construit en collaboration avec le patient et formule les différents objectifs concrets à atteindre et les moyens techniques pour y parvenir.

Le contrat thérapeutique pourra s'établir entre l'enfant et ses parents (dans le cas des enfants) si l'accord des participants (parents, enfants, thérapeute) est unanime. L'amorce du bon déroulement de la thérapie repose sur une collaboration étroite et authentique entre enfant/parents/thérapeute. L'objectif étant, avant tout, de créer un climat de confiance et non de dépendance.

8. Stratégies et techniques d'intervention

Une fois le contrat thérapeutique établi et les objectifs à atteindre déterminés, le traitement en tant que tel pourra débuter. Plusieurs techniques comportementales et cognitives peuvent être proposées dans l'ESPT:

Les techniques motivationnelles pour briser le silence des enfants

Les séances psycho éducatives avec parents et enfants

Séances de relaxation par la technique du contrôle respiratoire

Les techniques d'exposition aux situations anxiogènes

La restructuration cognitive : technique de la flèche descendante, bilan des (pour et contre), les pensées alternatives

Il faut noter que les différentes méthodes thérapeutiques sont, en général, combinées et sont complémentaires.

9. L'entretien motivationnel

Dans le cas de la maltraitance sexuelle, le déni de l'agression ou, tout au moins, l'ambivalence par rapport à elle peut présenter en soi une bonne indication à l'utilisation de l'entretien motivationnel. Le principe général dans cette technique consiste à développer les motivations personnelles du patient au changement.

L'entretien motivationnel aide l'enfant à mettre en évidence sa propre ambivalence en éclairant les contradictions existant entre son comportement actuel et ses aspirations. Par une écoute en «*écho*», le praticien exprime de l'empathie et une acceptation sans jugement. La capacité du patient à changer dépend du stade du changement auquel il se situe selon le modèle de Prochaska et Di Clémente⁵². L'entretien motivationnel a pour but de faire progresser le patient vers des stades de changement plus opérants. Ces différents stades ont été décrits de la façon suivante :

La pré-contemplation : L'enfant ne reconnaît pas sa pathologie comme problématique car il n'en perçoit que les aspects positifs ; le thérapeute tente de comprendre plus que de convaincre pour amener l'enfant à décrire sa situation.

La contemplation : L'ambivalence de l'enfant face au changement amène le thérapeute à utiliser la technique de l'analyse basée sur «*le pour et le contre*».

La décision : Le patient est décidé à faire des changements mais n'est pas encore passé à l'acte. A l'enfance, cette phase est souvent influencée par l'environnement.

L'action : L'enfant opère des modifications dans son style de vie. Le thérapeute soutiendra ses efforts par un renforcement positif.

La pratique des entretiens motivationnels avec les enfants :

Il s'agit d'entretiens semi-structurés visant à faire réfléchir l'enfant sur ses ambivalences et ses résistances par rapport au changement. La position d'écoute active du thérapeute est essentielle pour lutter contre ces résistances. L'entretien motivationnelle regroupe quatre techniques : Les questions ouvertes, le renforcement, l'écoute réflexive et les résumés :

Les questions ouvertes : S'opposent aux questions fermées et donc appellent une réponse autre que «*oui ou non*», elles poussent le patient à développer ses idées et ses réflexions et visent à mieux connaître l'enfant pour consolider «*l'alliance thérapeutique*».

⁵² Prochaska, J. O., Di Clémente, C. C., et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Le renforcement : Met en évidence les forces et les ressources des patientes grâce à l'actualisation d'expériences antérieures. Cette technique permet à l'enfant d'entre-apercevoir sa capacité à évoluer, à modifier ses comportements et relancer la réflexion.

L'écoute réflexive : Consiste à reformuler ce que le patient énonce afin de vérifier la concordance de ses idées. L'objectif est de mettre en valeur un élément en particulier abordé par l'enfant et de l'approfondir.

Les résumés consistent à synthétiser la pensée de l'enfant sur un ou plusieurs discours, sur une ou plusieurs séances. Il est important, à la fin d'un résumé, d'inviter le patient à donner son avis avec pour objectif qu'il valide la proposition du thérapeute, la précise ou la complète.

Ces différentes techniques renforcent l'alliance thérapeutique car l'enfant se sent écouté et compris, ce qui permet au thérapeute de l'accompagner de façon plus adéquate vers ses buts thérapeutiques.

9.1 La psychoéducation

L'information constitue une étape très importante de la prise en charge thérapeutique. Le thérapeute donnera des informations pertinentes sur les troubles engendrés par la maltraitance sexuelle sur enfants et leurs parents, il mettra en avant l'incidence des troubles sur la population générale et, en particulier, chez les enfants, insistera sur les conséquences somatiques de ce trouble. Il expliquera également le mécanisme de ce trouble, les facteurs étiologiques les éléments qui peuvent contribuer à son maintien ou son déclenchement. Il aura recours à des schémas pour expliquer les troubles. La présentation doit être basée sur des données objectives mettant l'accent sur le fait que «*c'est une maladie*», éviter les propos culpabilisant pour le patient ou pour ses parents tout en mettant l'accent sur l'importance de la collaboration de tous.

9.2 La relaxation par contrôle respiratoire

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives ; elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatiques. Il existe plusieurs méthodes de relaxation (Jacobson, Shultz...etc.). Nous avons choisi une méthode simple et facile qui est la relaxation par contrôle respiratoire :

Toutes les méthodes utilisent un vecteur commun, la respiration, essentiellement la respiration ventrale. Le système respiratoire est le seul grand système du corps humain qui offre la particularité de pouvoir se piloter en manuel alors qu'il fonctionne habituellement en pilotage automatique. Le passage en manuel, ce que nous appelons

la respiration contrôlée, est la clé de la régulation physiologique et mentale apportée par la relaxation. En se concentrant sur sa respiration, la personne apaise progressivement son agitation mentale et active le système nerveux parasympathique qui gère la récupération physique et le bien-être corporel.

Toutes les techniques visent également la stimulation des sensations corporelles. La détente mentale et le relâchement musculaire permettent de redécouvrir le corps à travers des sensations oubliées ou étouffées sous la cuirasse des tensions accumulées.

Les bénéfices physiques immédiats d'une séance :

A travers les vecteurs physiques que sont la respiration et les sensations, la relaxation permet au patient de se retrouver présent à lui-même, incarné dans son corps ici et maintenant.

En psychothérapie, la relaxation permet par exemple de travailler sur la relation à l'autre, l'image et l'estime de soi, les processus de deuil, les dépendances ou encore la libération des scénarios et croyances inadaptés.

(a) Régulation cardiaque

La technique de Valsalva est une méthode qui, par stimulation du système vagal (par sollicitation du réflexe Baro-sinusien de Valsalva), va permettre de diminuer la fréquence cardiaque. Nous demandons ainsi à au patient de réaliser durant 3 à 5 secs une hyperpression abdominale en gonflant le ventre, ce qui a pour effet de ralentir rapidement le rythme cardiaque. Cette manœuvre peut être répétée une dizaine de fois jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement assimilée.

(b) Régulation respiratoire

Cette technique permet de contrôler et d'optimiser la respiration en effectuant 10 à 8 cycles respiratoires par mn (en inspirant lentement par le nez, en gonflant le ventre et en expirant lentement par la bouche).

10. Description du déroulement d'une séance type

Elle est structurée généralement selon un même plan :

- Résumé de la dernière séance,
- Revue des tâches,
- Agenda de séance,
- Travail TCC proprement dit, sur un exemple concret,
- Récapitulations fréquentes,
- Renforcement positif,
- Agenda de la prochaine séance,
- Résumé de la séance, feedback.

Premier cas de maltraitance sexuelle traité par TCC :

Date de début de la prise en charge : 02/03/2010

Première séance (durée 30mn) :

Motif et analyse de la demande

Fatima est une fillette de 7 ans, scolarisée. Adressée par une collègue du CISM de Jean Kraft pour : Terreur nocturne, anxiété, phobie social, cauchemars, hyper vigilance. Évoluant depuis six mois suite à des attouchements sexuels commis par le père.

La demande est formulée par la mère.

Nous avons tenté de rassurer la mère en lui proposant une prise en charge à titre ambulatoire.

Deuxième séance (durée 45mn) :

Fatima s'est présentée accompagnée de sa mère, elle semblait fatiguée, la mère nous a dit que sa fille dormait mal et qu'elle faisait des cauchemars.

Cette séance a porté sur l'anamnèse ou l'histoire de la patiente, les événements de la vie marquant ainsi que les principaux facteurs déclenchant les troubles de la patiente.

L'entretien débouche sur un diagnostic du DSM IV et des propositions thérapeutiques.

Antécédents familiaux :

- Le père : âgé de 43 ans, gardien de voiture, toxicomane.
- La mère âgée de 29 ans, femme au foyer. En bon état de santé.
- Parents divorcés depuis six mois.
- Pas de lien de consanguinité entre les parents.

Fatima est fille unique. Depuis le divorce de ses parents, elle vit chez ses grands parents maternels avec sa mère, ainsi que deux oncles mariés et leurs 5 enfants.

Niveau socioéconomique décrit par la mère comme précaire.

Antécédents personnels :

Absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux,

Absence de traumatisme crânien ou de comitialité.

Absence de suivi psychiatrique.

Scolarisée en 2^{ème} année primaire.

Commentaire : L'analyse des antécédents personnels d'un sujet est toujours difficile à faire car elle fait appel aux souvenirs lointains avec toutes les omissions, déformations que cela suppose ; d'où l'intérêt d'associer la famille (parents) à ces entretiens. Si cette période de la vie (enfance) explique comment la patiente s'est structurée dans son répertoire cognitif, comportemental et émotionnel, il est quasi impossible d'en faire le recueil de manière un tant soit peu élaborée, on préférera donc saisir les éléments dans l'«*ici et le maintenant*».

Biographie :

Fatima est née d'une grossesse désirée. Accouchement par voie basse. Allaitement mixte, développement psycho moteur décrit comme normal, enfant décrite comme calme, contrôle sphinctérien acquis à deux ans et demi, scolarisée à six ans, son rendement scolaire était moyen. Or depuis le traumatisme d'abus sexuel, elle a nettement fléchi dans ces résultats scolaires.

Elle avait des copines dans son ancienne école mais depuis le déménagement chez ses grands parents, Fatima n'a plus d'amis et elle évite tout contact avec les gens, même ses cousins.

Fatima nous dit qu'elle aime rester seule, qu'elle ne se sent en sécurité qu'avec sa mère.

Histoire des troubles :

Le début des troubles remonte, selon la mère, à six mois suite à des attouchements à connotation sexuelle commis par le père, pendant ses jours de visites qui ont suivi le divorce.

La mère nous rapporte qu'elle était en désaccord avec son mari depuis leur mariage car ce dernier ne travaillait pas et s'adonnait à la drogue ; ce qui l'a incitée à quitter le domicile conjugal et à entamer une procédure de divorce.

Elle nous a raconté qu'après s'être installée chez ses parents, le père venait chercher Fatima les week-ends pour passer la journée avec elle. Mais, après quelques semaines de visite, elle avait remarqué d'importants changements dans le comportement de sa fille : «*Elle se réveille en pleine nuit en hurlant. Ses professeurs se plaignent de son*

rendement scolaire et de son manque de concentration. Elle s'isole de plus en plus. Fatima a des crises de larmes surtout quand elle revient de chez son père. »

Notre interlocutrice a ajouté: *«Je pensais que ces changements de comportement étaient dus au divorce mais, en lui faisant prendre son bain un jour, j'ai découvert des marques «suçons» sur son corps. Quand je lui en ai demandé l'origine, elle n'a d'abord pas voulu parler puis elle a commencé à pleurer en me confiant les horreurs que mon ex-mari lui a faites.»* Cette révélation a bouleversé la famille, surtout la mère, qui a attaqué son ex-mari en justice pour lui enlever ses droits de visites.

Depuis la révélation de l'abus, Fatima a peur de tout et refuse tout contact avec un homme : Si son grand-père ou ses oncles essayent de la prendre dans leurs bras, elle s'enfuit et pleure ; elle fait cauchemars plusieurs fois par semaine. A l'école, elle n'a plus d'amis.

Fatima nous a affirmé: *«Je déteste mon père, c'est quelqu'un de méchant»*. Et elle ne veut plus jamais le revoir. Elle se rappelait bien des attouchements que son père a eus envers elle et elle nous a confié: *«Je me sens responsable du divorce de mes parents même si je suis contente de ne plus avoir de contact avec mon père.»*

Le double traumatisme de l'abus et celui de la révélation est incompréhensible pour Fatima, surtout à son âge, et cette situation a provoqué un état d'anxiété pouvant expliquer les terreurs nocturnes et les cauchemars ainsi que la reviviscence dans l'imaginaire de la scène traumatique.

Fatima a généralisée la peur de l'agression de son père sur toute la gent masculine

Elle fait des crises d'anxiété déclenchées par le rapprochement d'un homme d'elle.

Commentaire : La biographie, l'histoire des troubles (antécédents immédiats) et comportement problème, fournissent des éléments tout à fait essentiels pour comprendre comment le trouble s'est installé, quelles sont les paramètres internes (fragilité de la personnalité, abus sexuel, manque de confiance en soi, culpabilité) ou externes (la pression de la famille, divorce des parents, déménagement chez les grands parents) qui l'ont déterminée.

Il ne s'agit pas ici seulement de recueillir une histoire mais de comprendre à travers elle quels éléments du milieu externe ont modifié les conduites du sujet (réponses) pour aboutir à la pathologie (conséquence).

Diagnostique somatique

Un examen gynécologique réalisé par le médecin du service de médecine légale, montre que l'hymen est intacte.

Hypothèse diagnostique (selon les critères du DSM4)

Devant la symptomatologie suivante :

La présence de facteur déclenchant : Traumatisme répétitif d'abus sexuel commis par le père.

Un syndrome de répétition : Cauchemar récidivant.

Reviviscence du trauma.

Impulsion de conduite défensive face au traumatisme : Décharge émotionnelle (tremblement, larmes, agitation)

Crise d'angoisse.

Troubles réactionnels : Crise d'anxiété, réaction de sursaut, phobie scolaire, terreur nocturne.

Nous pouvons émettre le diagnostique **d'état de stress post-traumatique** (selon le DSM4).

3^{ème} séance (durée 45mn):

Après avoir fait part à Fatima et sa mère du diagnostic clinique établi, nous les informons d'une possibilité de traitement par thérapie cognitive et comportementale, recommandée dans ce cas.

La psychothérapie par TCC a pu être mise en place. Les grands principes d'une telle thérapie et les conditions matérielles de déroulement (nombre de séances, durée approximative du traitement...) ont pu être décrites à la mère et la fille.

Nous leur avons également décrit les différentes étapes du déroulement thérapeutique à savoir:

Une analyse fonctionnelle consistant à évaluer et analyser précisément ses «*comportements problèmes*», la réalisation de questionnaires et échelles d'évaluation qui nous serviront de support lors de la thérapie, la mise en place d'un contrat thérapeutique avec les objectifs à atteindre et les méthodes proposées pour y parvenir, les entretiens thérapeutiques proprement dits, une réévaluation et un bilan en fin de thérapie.

L'analyse fonctionnelle (Grille SECCA) : Synchronique

Anticipation

Attente anxieuse d'une rencontre avec son père, stratégies d'évitements et isolement.

Situation

Elle devient anxieuse dès qu'un homme (grand père, oncle ou autre...) s'approche d'elle ou quand on la questionne sur son traumatisme.

Émotion

Anxiété, tremblement, pleurs, sentiments de honte et de culpabilité.

Cognition

- Les monologues intérieurs de danger vis-à-vis d'une situation de rencontre avec le père et de culpabilité de type : «*Tout est de ma faute*».

- Signification personnelle : Evènements infantiles (trauma d'abus sexuel, séparation des parents).

Comportement

Evitement, isolement, cauchemars, chute scolaire.

Protocole thérapeutique proposé :

Nous informons Fatima et sa mère qu'il y aura une douzaine de séances, à raison d'une séance par semaine, d'une durée moyenne de 45 mn.

Le déroulement de la thérapie s'est effectué en 3 phases principales.

a) Phase d'évaluation

Elle a été consacrée à l'anamnèse, les antécédents cliniques, l'histoire des troubles, la démarche diagnostique clinique, l'information concernant la démarche thérapeutique en TCC, l'analyse fonctionnelle et l'établissement des objectifs et du contrat de soins.

b) Phase de traitement

Cette phase est consacrée à l'apprentissage et la gestion des réactions physiologiques de l'anxiété (par des méthodes de relaxation, contrôle respiratoire, méthode de

Valsalva...), au travail cognitif (restructuration cognitive), à l'exposition aux situations anxiogènes, à l'évaluation des résultats au cours de la thérapie et à l'apprentissage de techniques d'affirmation de soi.

c) Phase de suivi

Elle consiste en une évaluation clinique régulière et la réalisation d'échelles et de questionnaires d'évaluation, si besoin.

Objectifs

Différents objectifs à atteindre ont été fixés :

- Dans un premier temps, prise en charge thérapeutique de l'ESPT et de ses conséquences diverses tels l'anxiété, l'évitement et les cauchemars. Avec informations concernant les techniques d'exposition aux situations anxiogènes rapportées par la mère (notamment être en contact, seule, avec une personne de sexe masculin ...)
- Dans un deuxième temps, en rapport avec l'existence de sentiment de culpabilité et de honte, un travail sur l'affirmation de soi. Le but et les objectifs du traitement étant d'aider Fatima à retrouver une vie familiale et sociale satisfaisante.

A la fin de la troisième séance d'entretien, on explique avec des mots simples ce qu'on attend d'elle et le déroulement des séances par relaxation, exposition aux situations anxiogènes, reconstruction cognitive, affirmation de soi.

Le traitement durera six mois.

Echelles d'évaluation

- Une échelle comportementale d'anxiété phobique.
- Un questionnaire Children Post Traumatic Stress Reaction.

Cette évaluation quantitative nous a aidé à la constitution du contrat thérapeutique ainsi qu'à étudier la variation des scores avant, pendant et après la thérapie.

Déroulement de la thérapie

Lors des trois premières séances, nous nous sommes attaché à recueillir les éléments biographiques et anamnésiques de Fatima et d'établir un diagnostic clinique : ESPT (état de stress post traumatique).

Après ces trois séances incluant la prise de contact, le diagnostic, l'analyse fonctionnelle et la psychométrie, la thérapie proprement dite, qui allait durer dix séances, a débuté.

Des premières mesures d'évaluation ont été réalisées à partir de certains questionnaires et échelles. Les premiers résultats ont été les suivants :

1. Concernant le questionnaire Children Post Traumatic Stress Reaction.

Le score obtenu est de 37, ce qui correspond à un ESPT modéré.

2. Concernant l'échelle comportementale d'anxiété phobique.

Le score obtenu est :

A l'échelle d'anxiété = 126

A l'échelle d'évitement = 34

Séances 4 (durée 45mn):

Cette séance a été consacrée à donner et fournir des informations à Fatima sur le mécanisme de l'anxiété ainsi qu'à lui décrire et lui expliquer les techniques spécifiques destinées à agir, à la fois, sur les phénomènes physiques de l'anxiété et sur les interprétations que les patients en font. Le but étant de tenter de démystifier et de dédramatiser les symptômes rencontrés par la patiente.

Puis, dans un second temps, après cette phase d'information, nous avons appris à Fatima à gérer et contrôler les réactions physiologiques d'anxiété. Ainsi, les techniques de contrôle respiratoire lui ont été enseignées.

Séances 5 :

En début de séance, nous avons revu brièvement ce que Fatima avait appris précédemment ; elle nous a souligné se sentir plus détendue depuis qu'elle effectuait les exercices, ce qui a semblé renforcer sa motivation pour la thérapie. Nous avons ensuite décidé d'aborder ensemble un deuxième volet de la thérapie : l'exposition aux situations anxiogènes.

Pour cela, nous avons établi avec Fatima et sa mère une liste des situations anxiogènes que nous avons hiérarchisées par ordre décroissant d'anxiété (De la situation la plus anxiogène (100) à la moins anxiogène (0)).

Elle est la suivante :

- Rencontrer son père 100.
- Parler de son père 100.
- Aller à l'école accompagnée de son grand-père 80.
- Rester seul en présence de son grand-père ou des ses oncles 80.
- Jouer avec ses oncles 80.
- Embrasser son grand-père ou ses oncles sur la joue 40.
- Parler avec son grand-père et ses oncles 30.

- Sourire à son grand-père et à ses oncles 30.

Une fois cette liste établie, nous avons expliqué à Fatima et sa mère le principe d'exposition en soulignant que le temps d'exposition aux situations anxiogènes devrait être suffisamment long (1 à 2 heures) pour arriver jusqu'à extinction de l'anxiété. Nous leur avons également indiqué que les expositions se feraient de manière graduelle, que nous débiterions par la situation qui génèrerait le moins d'anxiété jusqu'à atteindre progressivement la situation la plus anxiogène.

Nous avons décidé ensemble de la tâche à réaliser d'ici la prochaine séance, à savoir, l'exposition in vivo aux situations les moins anxiogènes répertoriées sur la liste (sourire au grand-père et le laisser l'embrasser). Nous avons de plus rappelé à la patiente qu'elle devrait parallèlement poursuivre les exercices de gestion de l'anxiété appris et les appliquer si nécessaire.

Séance 6 (durée 45mn) :

Durant cette séance, l'implication active et la motivation au changement sont primordiales. Il s'agit de renforcer la motivation de la patiente au changement, son implication ainsi que son engagement actif dans la thérapie

La patiente est arrivée petit à petit à atténuer ses angoisses par le contrôle respiratoire et nous a dit qu'elle est parvenue à sourire à son grand-père sans avoir peur.

Séance 7 (durée 45mn) :

Fatima a dit avoir pu s'exposer sans difficulté à la deuxième situation anxiogène fixée et informé que la fréquence de ses crises d'anxiété avait diminué. Nous l'avons félicité et encouragée pour sa motivation et ses progrès effectués.

Dans un second temps, nous avons décidé d'aborder les deux situations anxiogènes suivantes à savoir : Parler avec son grand-père et ses oncles et embrasser son grand-père sur la joue.

Fatima avait semblé confiante et se disait prête à affronter in vivo les deux situations anxiogènes que nous venions d'examiner durant cette séance. Ce serait l'objectif fixé pour la prochaine séance.

Séance 8 (durée 45mn) :

Fatima nous a rapporté avoir effectué sans problème majeur la première situation fixée lors de la séance No 7 mais qu'elle n'avait pas pu se confronter «entièrement» à la situation suivante (embrasser son grand-père sur la joue). Elle a souligné avoir eu une crise d'angoisse (peur, palpitations, vertiges, pleurs...), eu peur et s'est donc enfuie du salon. Elle a décrit l'apparition fréquente de certaines pensées. Nous avons alors décidé de consacrer cette séance à un travail cognitif en rapport avec cette situation redoutée.

Pour cela, nous lui avons proposé de s'aider des *trois colonnes de Beck* pour mettre à jour ses pensées automatiques afin de tenter de corriger ses distorsions cognitives.

Nous lui avons demandé de retrouver les pensées automatiques survenues lorsqu'elle était dans le salon avec son grand-père et fait une crise d'anxiété.

Les 3 colonnes de Beck sont ainsi remplies par la patiente :

Situation	Emotion	Pensées automatiques
Embrasser son grand-père sur la joue	Peur, palpitations vertiges, pleurs.	«Je n'aime pas qu'on me touche», «On va me faire du mal comme mon père »

A partir de ces pensées automatiques, identifiées par la patiente, nous avons utilisé la *technique de la flèche descendante* pour mieux mettre à jour le ou les postulats (en lui demandant d'imaginer successivement la pire conséquence pour elle...et alors ?...).

Nous avons retrouvé la séquence suivante :

Ainsi, le postulat a pu être isolé et pourrait être le suivant : «*Si un homme s'approche trop de moi, il va me faire des mêmes choses mal, comme mon père.*»

Après avoir pris conscience et réalisé l'importance et la justesse de cette croyance, nous avons décidé de discuter cette hypothèse.

Nous avons alors appliqué ensemble la *méthode de résolution de problème*, arguments «*pour et contre*» ce postulat : «*Si un homme s'approche trop de moi, il va me faire des choses mal, comme mon père.*»

Arguments « <i>pour</i> »	Arguments « <i>contre</i> »
Je faisais confiance à mon père, et il m'a trahie.	Tous les hommes ne sont pas comme mon père. Mon père est malade. Mon grand-père m'aime et il ne m'a jamais fait de mal.

Après examen contradictoire, le degré de croyance qui était initialement de **80 %** n'est plus que de **30 %**.

Ainsi, les pensées alternatives chez Fatima pourraient être les suivantes:

«Le thérapeute m'a appris à gérer mes crise d'anxiété»

«Je sais que mes symptômes sont dus à l'angoisse»

«Mon père est malade et tous les homme ne sont pas comme lui»

«Mon grand-père est différent et il est la pour me protéger»

Après cette première approche cognitive, Fatima s'est dit rassurée et moins appréhender les situations à affronter. Nous avons donc résolu, en accord avec la patiente, pour la prochaine séance, de renouveler l'exposition qui lui a posé problème et de remplacer ses pensées catastrophiques initiales par les pensées alternatives mises en évidence pendant cette séance.

Séance 9 (durée 45mn) :

Fatima nous a appris qu'elle avait réussi à s'exposer à la situation redoutée antérieurement, qu'elle avait mis en application les exercices de contrôle respiratoire lorsqu'elle ressentait les premiers signes d'anxiété et que cela avait bien marché. La mère nous dit que sa fille dort mieux et qu'elle avait fait beaucoup moins de cauchemars. Le travail cognitif semblait de plus avoir beaucoup aidé Fatima qui avait mis en application les pensées alternatives (décrites à la séance No 8).

Nous avons félicité Fatima puis lui avons fait passé différentes échelles et questionnaires d'évaluation qui ont mis en évidence une amélioration des scores. Les résultats sont consignés en fin de mémoire dans le chapitre *«Résultats»*.

Pour la séance suivante, nous lui avons proposé comme objectif de s'exposer in vivo aux situations anxiogènes suivantes répertoriées sur la liste hiérarchique (jouer avec ses oncles ou son grand-père ...).

Nous lui avons conseillé de continuer parallèlement à se confronter, de nouveau, aux situations anxiogènes déjà surmontées.

Séance 10 (durée 45mn) :

Fatima nous a rapporté avoir pu jouer avec ses oncles en la présence de sa mère. Cependant, certaines pensées automatiques lui étaient apparues à plusieurs reprises générant un fond d'anxiété. Fatima avait cependant réussi à contrôler cette angoisse par les techniques de contrôle respiratoire.

Nous lui avons alors demandé de nous exposer ces pensées qui l'ont perturbée: *«Si je joue avec eux, ils vont peut-être me faire du mal comme mon père, et peut-être que je le mérite. Tout est de ma faute, je suis responsable du divorce de mes parents»*, a été sa réponse.

Alors nous avons fait intervenir la mère pour corriger certaines pensées inadaptées. Celle-ci a expliqué à sa fille qu'elle n'était pas la cause du divorce, qu'il y avait des problèmes entre ses parents bien avant qu'elle vienne au monde et que la seule personne responsable de l'abus était le père.

Nous sommes intervenues pour faire comprendre à Fatima qu'elle généralisait ses peurs, qu'elle n'était qu'une enfant et que c'était son père, l'adulte qui avait commis un délit dont elle est la victime.

Séance 11 et 12 (durée 45mn) :

Fatima était souriante et paraissait détendue. Elle nous a rapporté qu'elle avait réussi à s'exposer à d'autres situations anxiogènes, notamment à partir à l'école accompagnée de son grand-père et rester seul avec lui dans le salon.

Fatima nous dit qu'elle n'avait plus peur le soir pour dormir et que les cauchemars avaient presque disparu.

La patiente a également indiqué avoir de meilleures relations avec ses oncles et ses cousins. Sa mère la félicite et encourage dans ses efforts.

Elle a mentionné aussi avoir repris contact avec ses copains d'école.

Après l'avoir aussi félicitée pour tous ses efforts, nous avons encouragé Fatima à poursuivre l'exposition aux situations auxquelles elle s'était déjà confrontée afin de consolider ses progrès et ses acquis.

Nous lui avons ensuite suggéré de réaliser les objectifs suivants, mentionnés sur la liste de situations anxiogènes, d'ici la prochaine séance.

Séance 13 (durée 45mn) :

L'exposition en imagination s'était relativement bien passée. Fatima a souligné avoir pris peur au début en évoquant son père mais le soutien de sa mère l'a aidée à parler de lui sans ressentir une crise d'anxiété.

Par ailleurs, Fatima a consolidé ses résultats acquis par exposition régulière aux autres situations anxiogènes auxquelles elle s'était déjà confrontée les semaines précédentes.

Elle s'est dite plus autonome, n'appréhendant plus de rester seul, s'est dite soulagée et plus détendue, «*moins envahie*» par ses idées et pensées automatiques et qu'elle arrivait maintenant à les modifier plus facilement.

Il n'avait plus de crise d'anxiété et la peur de faire une nouvelle crise d'angoisse avait pratiquement disparue.

Nous l'avons félicité pour sa persévérance et la motivation dont elle a fait preuve durant la prise en charge.

Nous avons encouragée à poursuivre régulièrement les expositions aux situations anxiogènes ainsi que le travail cognitif déjà entrepris et la'vens informée que nous réaliserions lors de la prochaine séance, un bilan d'évaluation de fin de thérapie.

Séance 14 (durée 45mn) :

Cette séance a donc été consacrée à effectuer le bilan de la prise en charge par thérapie cognitive et comportementale entreprise chez Fatima. Pour nous y aider, nous lui avons demandé de remplir les échelles et questionnaires d'évaluation dont les résultats sont consignés au travers des différents tableaux reportés au chapitre «*Résultats*». Les objectifs fixés en début de thérapie ont donc été atteints à savoir :

- Fatima n'a maintenant plus de crise d'anxiété et a acquis des techniques de régulation respiratoire et cardiaque et de relaxation qu'elle a pu mettre en application et qui ont prouvé leur efficacité,
- Fatima parvient à sourire et parler avec son grand-père et ses oncles (phobie 1), aller à l'école accompagnée de son grand-père (phobie 2) et réussit sans difficultés à aller dans d'autres lieux publics,
- Fatima se dit beaucoup moins anxieuse, son humeur est correcte et stable ; elle commence à retrouver une vie quotidienne «*normale*», tant sur le plan familial que relationnel et social.
- Enfin, Fatima souligne avoir plus de confiance en elle.

Les résultats des questionnaires et échelles d'évaluation confirment cette amélioration clinique

Suivi à un mois

Fatima semble avoir conservé ses acquis et les bénéfices de la thérapie.

Elle se rend régulièrement à l'école seule, sans appréhension ni évitement.

Elle rapporte pouvoir même gérer son angoisse en cas de stress à l'aide des techniques apprises qu'elle continue à appliquer.

Durant cet entretien, nous avons également réalisé des tests et questionnaires d'évaluation qui ont pu confirmer l'amélioration des troubles de Fatima (cf. chapitre «*Résultats* »).

Deuxième cas de maltraitance sexuelle traité par TCC

Date du début de la prise en charge: 28/03/2010

Première séance (durée 20mn) :

Motif et analyse de la demande

Il s'agit de l'enfant Nabil, âgé de 11 ans, demeurant à Oran, scolarisé en quatrième année primaire, adressé par le médecin du service de médecine légale du CHU Oran pour : Terreur nocturne, angoisse massive, phobie sociale suite à un abus sexuel commis par son demi-frère.

La demande est formulée par la grand-mère qui est sa tutrice.

Deuxième séance (durée 45mn) :

Nabil s'est présenté accompagné de sa grand-mère. Il semblait nerveux et irritable. La grand-mère nous dit que son petit-fils avait beaucoup d'insomnie et qu'il faisait des cauchemars presque tous les soirs.

Cette séance a porté sur l'anamnèse ou l'histoire du patient, les événements marquants de la vie ainsi que les principaux facteurs déclenchant les troubles du patient.

L'entretien a débouché sur un diagnostic du DSM IV et des propositions thérapeutiques.

Antécédents familiaux :

Père âgé de 49 ans, en bonne santé.

Mère âgée de 37 ans, en bonne santé.

Grand-mère âgée de 69 ans.

Grand-père décédé.

Absence de liens de consanguinité entre les parents.

Parents divorcés depuis 10 ans, les deux remariés.

Nabil a un demi-frère et deux demi-sœurs, du second mariage de sa mère.

Il n'a plus de contact avec son père.

Depuis le divorce de ses parents, il vit chez ses grand-parents maternels.

Niveau socioéconomique qualifié de modeste par la grande mère.

Antécédents personnels :

Absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux.

Absence trauma crânien et de comitialité.

Scolarisé en quatrième année primaire (il a refait l'année).

Biographie :

Nabil est né d'une grossesse non désirée. Accouchement par césarienne, allaitement au biberon, développement psychomoteur qualifié de normal, enfant décrit comme hyperactif et violent, contrôle sphinctérien acquis à trois ans. Scolarisé à six ans, son rendement scolaire était moyen ; or depuis le traumatisme, il a chuté dans ces résultats et a refait l'année scolaire. Nabil a un niveau de quatrième année primaire.

Histoire des troubles :

La grand-mère nous a rapporté que les troubles de Nabil ont commencé cinq mois auparavant suite à la mort de son grand-père : *«Il fait des cauchemars, ne dort pas bien, se bat avec des garçons plus petits que lui, a développé des jeux «sexualisés», chuté dans ses résultats scolaires, ne sort plus et reste collé à moi».*

Nabil nous a facilité la tâche puisqu'il s'est bien exprimé, mettant des mots sur ses maux, a dit que ses peurs avaient commencé depuis le décès de son grand-père, qu'il faisait des cauchemars chaque nuit : il rêvait que sa grande mère avait décédé et qu'il restait seul, il avait peur dès que sa grand-mère le quittait même pour un bref moment.

Mais, la première fois, Nabil a refusé qu'on aborde l'agression sexuelle dont il avait été victime, il disait qu'il n'aimait pas en parler. Nous avons respecté son silence. Mais quand la grand-mère nous a raconté les détails de l'agression, Nabil a écouté avec attention sans émettre la moindre objection.

La grande mère nous rapporté qu'*«Une fois par mois, la mère de Nabil le prend pour le week-end dans sa nouvelle famille. Son nouveau mari a déjà deux garçons d'un précédent mariage, l'aîné est âgé de 20 ans et le deuxième de 17 ans. C'est ce dernier qui abuse de Nabil depuis un an».*

La grand-mère a ajouté : *«Je l'ai découvert, un jour, avec son petit cousin dans une chambre avec le pantalon baissé. Cela m'avait choqué, je l'ai frappé et je lui ai*

demandé comment il pouvait faire des choses pareils, interdites (haram), il m'a répondu que son demi-frère lui faisait les mêmes choses et pire encore.»

Dans sa biographie on retient :

Une grossesse non désirée

Parents divorcé et démissionnaires (Nabil vit chez ses grand-parents)

Grand-père décédé depuis cinq mois.

Niveau scolaire : Quatrième année primaire (a redoublé).

Enfant décrit comme turbulent et hyperactif.

Notion de terreur nocturne, cauchemars ainsi que reviviscence.

Abus sexuel commis par le demi-frère âgé de 17 ans.

Relation symbiotique avec la grand-mère «*il dort collé à elle*» et une peur d'abandon qui apparaît comme une position de retrait défensif, le choix de l'évitement dans lequel il se réfugie dès qu'il se sent menacé par l'établissement d'une relation trop proche

Diagnostic somatique

Un examen gynécologique réalisé par le médecin du service de médecine légale, relève la présence de cicatrices sur l'anus de l'enfant, résultat d'un viol.

Hypothèse diagnostique

Devant la symptomatologie suivante :

La présence de facteur déclenchant : Traumatisme répétitif d'abus sexuel commis par le demi-frère.

Traumatisme de la perte du grand-père.

Présence de cauchemar récidivant.

Impulsion de conduite défensive face au traumatisme, décharge émotionnelle (tremblement, larmes, agitation)

Réaction de sursaut (peur exagérée) et hypersensibilité aux stimuli (crise d'angoisse).

Troubles réactionnels : crise d'anxiété, phobie sociale, terreur nocturne et insomnie.

Un remaniement de la personnalité avec régression aboutissant à une dépendance affective

Nous pouvons émettre le diagnostic **d'état de stress post-traumatique** selon les critères du DSM 4.

L'analyse fonctionnelle (Grille SECCA) Synchronique

Anticipation

Stratégies d'évitements et isolement.

Situation

Il devient anxieux dès qu'on l'éloigne de sa grand-mère

Émotion

Anxiété, tremblement, pleurs, sentiment de honte.

Cognition

- Les monologues intérieurs de danger vis-à-vis d'une situation d'abandon et de culpabilité de type : «*Tout est de ma faute*», et de dévalorisation «*personne ne m'aime*».

- Signification personnelle : Evènements infantiles (trauma d'abus sexuel, abandon des parents, mort du grand-père).

Comportement

Evitement, isolement, agressivité, cauchemars.

B) facteurs historiques de maintien possibles

- Traumatisme : Décès du grand-père.
- Traumatisme d'abus sexuel commis par le demi-frère.
- Relation très fusionnelle avec sa grand-mère, cette dernière étant décrite comme surprotectrice et «*trop compréhensive*»,
- Divorce des parents.

- Traits de personnalité dépendants chez le patient,
- Phobie sociale.

c) Facteurs déclenchant initiaux invoqués

- 1ère crise d'angoisse après le décès brutal de son grand-père.
- Déclenchement d'autres CA lors de son départ à l'école.

Contrat

La thérapie s'est déroulée sur dix séances. A la fin de la troisième séance d'entretien, nous avons expliqué avec des mots simples ce qu'on attendait de Nabil, et le déroulement des séances par relaxation, exposition aux situations anxiogènes et affirmation de soi.

Echelles d'évaluation

- Une échelle comportementale d'anxiété phobique.
- Un questionnaire Children Post Traumatic Stress Reaction.

Déroulement de la thérapie

Lors des trois premières séances, nous nous sommes attachés à recueillir les éléments biographiques et anamnésiques de Nabil, et d'établir un diagnostic clinique : ESPT. Après ces trois séances incluant la prise de contact, le diagnostic, l'analyse fonctionnelle et la psychométrie, la thérapie proprement dite a débuté. Elle allait prendre huit séances.

Des premières mesures d'évaluation ont été réalisées à partir de certains questionnaires et échelles. Les premiers résultats ont été les suivants :

1. Concernant le questionnaire Children Post Traumatic Stress Reaction.
Le score obtenu est de 40, ce qui correspond à une ESPT sévère.
2. Concernant l'échelle comportementale d'anxiété phobique.
Le score obtenu est :
A l'échelle d'anxiété = 132
A l'échelle d'évitement = 36

Séances 4 (durée 45mn):

Cette séance a été consacrée à fournir à Nabil et sa grand-mère des informations concernant le mécanisme de l'anxiété ainsi qu'à décrire et expliquer les techniques spécifiques destinées à agir à la fois sur les phénomènes physiques de l'anxiété et sur les interprétations que les patients en font. Le but étant de tenter de démystifier et de dédramatiser les symptômes rencontrés par le patient. Mais aussi renforcer la motivation de Nabil pour la thérapie

Puis dans un second temps, après cette phase d'information, nous avons appris à Nabil à gérer et contrôler les réactions physiologiques de l'anxiété par les techniques de relaxation.

Séance 5 (durée 45mn) :

En début de séance, nous avons revu brièvement ce qui avait été appris la fois précédente. Nabil nous a affirmé se sentir plus détendu depuis qu'il effectuait les exercices qui lui ont été proposées, ce qui semblait avoir renforcé sa motivation pour la thérapie.

Nous avons ensuite décidé d'aborder ensemble le deuxième volet de la thérapie, l'exposition aux situations anxiogènes. Pour cela, nous avons élaboré avec Nabil et sa grand-mère, une liste des situations anxiogènes que nous avons hiérarchisées par ordre décroissant d'anxiété (De la situation la plus anxiogène (100) à la moins anxiogène (0)). Elle est la suivante :

Dormir seul, dans une chambre 100.

Se rendre seul à l'école 100.

Aller seul dans un magasin 60.

Aller dans un magasin accompagné 50.

Jouer avec les voisins 30

Une fois cette liste établie, nous avons expliqué à Nabil et sa grand-mère le principe d'exposition et souligné que le temps d'exposition aux situations anxiogènes devait être suffisamment long (1 à 2 heures) pour arriver jusqu'à extinction de l'anxiété.

Nous leurs avons ensuite indiqué que les expositions se feraient de manière graduelle, que nous débiterions par la situation qui générerait le moins d'anxiété jusqu'à atteindre progressivement la situation la plus anxiogène.

Nous avons décidé ensemble de la tâche à réaliser d'ici la prochaine séance, à savoir, l'exposition in vivo aux situations les moins anxiogènes répertoriées sur la liste (jouer avec les voisins). Il est de plus rappelé au patient qu'il devrait en parallèle poursuivre les exercices de gestion de l'anxiété appris et les appliquer si nécessaire.

Séance 6 (durée 45mn) :

Nabil dit avoir pu s'exposer à la première situation anxiogène fixée sans difficultés. Il a également rapporté que la fréquence de ses crises d'anxiété avait diminué. Nous l'avons félicité pour sa motivation et les progrès effectués.

Dans un second temps, nous avons résolu d'aborder les deux situations anxiogènes suivantes à savoir, aller dans un magasin accompagné puis seul.

Nabil nous a semblé confiant et s'est dit prêt à affronter in vivo les deux situations anxiogènes que nous venions d'examiner durant cette séance. Cela allait être l'objectif fixé pour la prochaine séance.

Séance 7 (durée 45mn) :

Nabil nous a rapporté avoir effectué sans problèmes la première situation fixée lors de la séance No6 mais qu'il n'avait pas pu se confronter «*entièrement*» à la situation suivante (aller *seul* dans un magasin). Il a souligné avoir fait une crise d'angoisse (avec sensation d'étouffement, palpitations, vertiges...), a eu peur et, donc, ressorti rapidement du magasin. Il a avoué aussi n'avoir pas eu le temps d'effectuer les exercices de contrôle respiratoire et décrit l'apparition fréquente de certaines pensées.

Nous avons alors décidé de consacrer cette séance à un travail cognitif en rapport avec cette situation redoutée.

Pour cela, nous lui avons proposé de s'aider des *trois colonnes de Beck* pour mettre à jour ses pensées automatiques afin de tenter de corriger ses distorsions cognitives.

Nous lui demandé de retrouver les pensées automatiques survenues lorsqu'il était dans le magasin et fait une crise d'angoisse.

Les 3 colonnes de Beck sont ainsi remplies par le patient :

Situation	Emotion	Pensées automatiques
Aller dans un magasin seul.	Palpitations, sensations d'étouffement, vertiges.	« <i>Je vais me perdre</i> », « <i>Je vais me retrouver seul</i> »

A partir de ces pensées automatiques, identifiées par le patient, nous avons utilisé la *technique de la flèche descendante* pour mieux mettre à jour le ou les postulats (en lui demandant d'imaginer successivement la pire conséquence pour lui...et alors ?...).

On retrouve la séquence suivante :

Ainsi, le postulat a pu être isolé et pourrait être le suivant : «*Si je reste seul, on va m'abandonner et je vais mourir*».

Après avoir pris conscience et réalisé l'importance et la justesse de cette croyance, nous avons décidé ensemble de discuter cette hypothèse.

Nous appliquons alors ensemble la *méthode de résolution de problème*, arguments «*pour et contre*» ce postulat : «*Je vais me perdre, abandonné, et je vais mourir* ».

Arguments « <i>pour</i> »	Arguments « <i>contre</i> »
« <i>J'ai l'impression d'étouffer, d'avoir une gêne</i> »	« <i>Mes symptômes physiques ressentis sont dus à l'angoisse</i> »
« <i>Mes parents mon abandonné et mon grand-père aussi</i> »	« <i>Si j'ai une crise d'anxiété, j'ai les moyens de contrôler ma respiration comme me l'a appris le thérapeute</i> »
	« <i>Ma grand-mère m'aime et elle sera toujours là pour moi</i> »
	« <i>Mon grand père ne ma pas abandonné il était malade et il est mort</i> »

Après examen contradictoire, le degré de croyance qui était initialement de **80%** était redescendu à **40%**.

Ainsi, les pensées alternatives pourraient être les suivantes chez Nabil :

«*Le thérapeute m'a appris à gérer mes crise d'anxiété*»

«*Je sais que mes symptômes sont dus à l'angoisse* »

«*Ma grand-mère m'aime et elle ne m'abandonnera pas* »

Après cette première approche cognitive, Nabil s'est dit plus rassuré et déclarer moins appréhender les situations à affronter.

Nous avons alors décidé, en accord avec le patient, pour la prochaine séance, de renouveler l'exposition qui lui avait posé problème et de remplacer ses pensées catastrophiques initiales par les pensées alternatives mises en évidence pendant cette séance.

Séance 8 (durée 45mn) :

Nabil nous apprend qu'il avait réussi à s'exposer à la situation redoutée antérieurement, qu'il avait mis en application les exercices de contrôle respiratoire lorsqu'il ressentait les premiers signes d'anxiété et que cela avait bien marché...

Le travail cognitif semblait de plus avoir beaucoup aidé Nabil qui avait mis en application les pensées alternatives (décrites à la séance No 7). Nous l'avons félicité et encouragé.

Puis, nous lui avons fait passer différentes échelles et questionnaires d'évaluation qui ont mis en évidence une amélioration des scores.

Ces résultats sont consignés en fin de mémoire dans le chapitre «*Résultats*».

Pour la séance suivante, nous lui avons proposé de s'exposer in vivo aux situations anxiogènes suivantes répertoriées sur la liste hiérarchique.

Nous lui avons conseillé de continuer parallèlement à se confronter de nouveau, aux situations anxiogènes déjà surmontées.

Séance 9 (durée 45 mn) :

Nabil nous a rapporté avoir pu jouer avec ses copains sans violence. Cependant, certaines pensées automatiques lui étaient apparues à plusieurs reprises générant un fond d'anxiété. Nabil a cependant réussi à contrôler cette angoisse par les techniques de contrôle respiratoire apprises.

Nous lui avons alors demandé de nous exposer ces pensées qui l'avaient perturbé, il nous les a rapportés : *«Si je joue avec eux, ils vont peut-être me faire du mal comme mon demi-frère, et tout est de ma faute, je suis responsable du divorce de mes parents»*.

Alors, nous avons fait intervenir la grand-mère pour corriger certaines pensées inadaptées. Elle lui a expliqué qu'il n'était pas la cause du divorce et qu'il y avait des problèmes entre ses parents bien avant qu'il ne vienne au monde et que le demi-frère était la seule personne responsable de l'abus.

Séance 10 (durée 45mn) :

Nabil était nerveux. Il nous a rapporté qu'il avait réussi à s'exposer à d'autres situations anxiogènes, notamment partir à l'école seul. Le patient a également rapporté avoir de meilleures relations avec ses copains. Sa grand-mère la félicité et encouragé dans ses efforts.

Il a mentionné aussi avoir repris contact avec ses amis à l'école.

Après avoir félicité Nabil pour tous les efforts accomplis, nous l'avons encouragé à poursuivre l'exposition aux situations auxquelles il s'était déjà confronté afin de consolider ses progrès et ses acquis.

Nous avons ensuite suggéré de réaliser les objectifs suivants, mentionnés sur la liste de situations anxiogènes, d'ici la prochaine séance.

Séance 11 (durée 45mn) :

L'exposition in vivo s'est bien passée. Nabil a même affirmé avoir pris plaisir à partager des moments de complicité avec ses amis.

Par ailleurs, le patient a consolidé ses résultats acquis par exposition régulière aux autres situations anxiogènes auxquelles il s'était déjà confronté les semaines précédentes.

Il s'est jugé plus autonome, n'appréhendant plus de rester seul, et s'est dit soulagé et plus détendu, «*moins envahi*» par ses idées et pensées automatiques, qu'il arrivait à présent à modifier facilement.

Il n'avait plus de crise d'anxiété et la peur de faire une nouvelle crise d'angoisse avait pratiquement disparu.

Nous avons félicité Nabil pour sa persévérance et de la motivation dont il avait fait preuve durant la prise en charge et l'avons encouragé à poursuivre régulièrement les expositions aux situations anxiogènes ainsi que le travail cognitif déjà entrepris. Nous l'avons informé que nous réaliserions, lors de la prochaine séance, un bilan d'évaluation de fin de thérapie.

Séance 12 (durée 45mn) :

Cette séance a donc été consacrée à effectuer le bilan de la prise en charge par thérapie cognitive et comportementale entreprise chez Nabil. Pour nous y aider, nous lui avons demandé de remplir les échelles et questionnaires d'évaluation dont les résultats sont consignés au travers des différents tableaux reportés au chapitre «*Résultats*».

Les objectifs fixés en début de thérapie ont donc été atteints :

- Nabil n'a plus de crise d'anxiété et acquis des techniques de régulation respiratoire et cardiaque et de relaxation qu'il avait pu mettre en application et qui ont prouvé leur efficacité,
- Le patient peut se rendre seul à son école, jouer seul et réussit sans difficulté à aller dans d'autres lieux publics.
- Nabil se dit beaucoup moins anxieux, son humeur est correcte et stable ; il commence à retrouver une vie quotidienne «*normale*», tant sur le plan familial que social.

Les résultats des questionnaires et échelles d'évaluation confirment cette amélioration clinique.

Suivi à un mois

Nabil semble avoir conservé ses acquis et les bénéfices de la thérapie.

Il se rend régulièrement dans à l'école seul, sans appréhension ni évitement.

Il rapporte pouvoir même gérer son angoisse en cas de stress à l'aide des techniques apprises qu'il continue, d'ailleurs, à appliquer.

Nous avons réalisé également durant cet entretien des tests et questionnaires d'évaluation, qui ont pu confirmer l'amélioration des troubles de Nabil (cf. chapitre «*Résultats*»).

Chapitre V :
Analyse résultat et discussion des hypothèses

Analyse résultats

Résultats du questionnaire Children Post Traumatic Stress Reaction (20items)

Séances	Séance 4	Séance 8	Séance 12	Suivi à 1 mois
Cas 1	37	30	20	18
Cas 2	39	34	23	20

La gradation en 4 catégories selon le score est la suivante : Un score entre 12 et 24 indique un niveau de PTSD faible, entre 25 et 39 un niveau modéré, entre 40 et 59 un niveau sévère et un score de plus de 60 un niveau très sévère.

Au vue des résultats obtenus, nous constatons une nette diminution du taux de stress

Résultats Concernant l'échelle comportementale d'anxiété phobique.

Cas 01

Séances	Séance 4	Séance 8	Séance 12	Suivi à un mois
L'échelle d'anxiété	126	112	105	97
L'échelle d'évitement	34	28	21	20

Cas 02

Séances	Séance 4	Séance 8	Séance 12	Suivi à un mois
L'échelle d'anxiété	132	121	110	100
L'échelle d'évitement	36	30	25	23

Une note à l'échelle d'anxiété supérieure ou égale à 124 nécessite une exploration clinique, la note étant probablement en rapport avec un trouble anxieux. Une note à l'échelle d'évitement supérieure ou égale à 32 est significative d'un évitement phobique.

Discussion

La prise en charge thérapeutique est essentielle devant la gravité des conséquences de la maltraitance sexuelle d'enfants telles que la destruction de la confiance en soi et dans les autres, la perturbation ou la destruction des liens sociaux et familiaux, les évitements réduisant l'espace de liberté...etc.

A partir de nos hypothèses de travail qui sont les suivantes :

-La thérapie cognitive et comportementale permet de corriger les comportements inadéquats par l'application des principes thérapeutiques mais aussi transformer les pensées dysfonctionnelles en pensées plus adaptées.

- Des entretiens motivationnels afin d'aider ces enfants à sortir de leurs silences par des exercices et le renforcement positif.

- Aider les patients à développer leur estime de soi, diminuer l'anxiété et les comportements d'évitement par l'élaboration d'exercices de relaxation, la passation d'échelle d'auto-évaluation de (l'anxiété, l'évitement, et de l'ESPT). Ces techniques responsabilisent les patients et les amènent à vaincre les pensées rigides et inadéquates.

- L'implication de la famille des patients dans la prise en charge des patients, constitue un soutien non négligeable dans la réussite du processus thérapeutique.

L'efficacité de l'application de la TCC s'est avérée à travers la confirmation de nos hypothèses de travail.

Hypothèse 1

La thérapie cognitive et comportementale permet de corriger les comportements inadéquats par l'application des principes thérapeutiques mais aussi transformer les pensées dysfonctionnelles en pensées plus adaptées.

Nous avons pu ainsi observer (sur le plan clinique et au vu des résultats des différents questionnaires d'évaluation) une atténuation de l'anxiété ainsi qu'une diminution significative des évitements des situations antérieurement phobogènes, ex :

Le cas1 : Le score obtenu à l'échelle comportementale d'anxiété phobique au début du traitement était :

126 pour l'échelle d'anxiété et de 34 pour l'échelle d'évitement,

A la fin du traitement, le score était de 97 pour l'échelle d'anxiété et de 20 pour l'échelle d'évitement

Le cas 2 : Le score obtenu a l'échelle comportementale d'anxiété phobique au début du traitement était de :

132 pour l'échelle d'anxiété et de 36 pour l'échelle d'évitement

A la fin du traitement, le score était de 100 pour l'échelle d'anxiété et de 23 pour l'échelle d'évitement

Hypothèse 2

Des entretiens motivationnels et des exercices de motivations transforment et renforcent les motivations des enfants abusés.

Il est intéressant de souligner également que l'amélioration des troubles objectivés au cours de la thérapie, semble avoir réellement débuté surtout à partir du moment où nous avons expliqué au patients la définition du stress post traumatique, de ses conséquences et les différentes techniques de contrôle respiratoire et cardiaque pour contrôler les crises d'anxiété.

Hypothèse 3

Aider les patientes à diminuer l'anxiété et les comportements d'évitement par l'élaboration d'exercices de relaxation, la passation d'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété, l'évitement, et de l'ESPT. Ces techniques responsabilisent les patients et les amènent à vaincre les pensées rigides inadaptées.

Hypothèse 4

L'intégration de la famille des patients, dans la prise en charge des patients, constitue un soutien non négligeable dans la réussite du projet thérapeutique. Les patients nous rapportent également une meilleure qualité de vie tant sur le plan familial que social, grâce au travail sur l'extinction des comportements d'évitement. Ainsi, les patients ont pu reprendre contact avec leurs anciens amis, ils arrivent à faire des sorties en familles sans avoir des crises d'angoisse

Il faut enfin mettre en avant l'importance de la participation active des patients et de leurs familles, qui ont pleinement adhéré à la prise en charge proposée ; ce qui a contribué, sans aucun doute, aux résultats obtenus.

Par ailleurs, la prise en charge par TTC a prouvé son efficacité notamment au niveau de la compréhension du mécanisme physiologique de l'anxiété et de la gestion du stress, des évitements agoraphobique ainsi qu'au niveau cognitif.

Nous avons pu ainsi constater que la prise en charge par thérapie cognitive et comportementale que nous avons proposée aux patients s'est avérée efficace.

Conclusion

Frappée par la loi du silence et de l'omerta, la maltraitance sexuelle des enfants est pourtant une réalité bien présente dans notre société. La famille, berceau d'amour et d'affection pour les enfants, peut devenir un foyer de violence, de souffrance et de négligences.

Les chiffres à la disposition de la DGSN et de la Gendarmerie nationale ne représentent que la partie émergée de l'iceberg. La réalité peut laisser penser peut-être au double des statistiques établies.

Une estimation récente de l'OMS relève que, dans le monde, 40 millions d'enfants âgés de 0 à 14 ans souffrent de mauvais traitements. Outre les lourdes retombées psychologiques sur la victime elle-même, la charge de morbidité liée aux traumatismes subis est très contraignante du point de vue des coûts et du développement socioéconomique.

Nous avons choisi dans ce mémoire d'axer notre travail sur la prise en charge par TCC de la maltraitance sexuelle. Nous avons suivi pendant quelques mois (06 mois) deux patients : une fille et un garçon, âgés respectivement de 7 et 11 ans, qui souffraient d'état de stress post traumatique dû a des maltraitements sexuelles dont ils ont été victimes. De plus, il s'est avéré que les patients présentaient également des éléments de phobie sociale.

Nous avons proposé aux patients et leurs parents une prise en charge par TCC en leur expliquant en quoi consiste la technique du point de vue application et résultats.

Nous avons pu constater assez rapidement une amélioration clinique chez ces patients, avec amendement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux (diminution des crises d'anxiété et de la plupart des conduites d'évitement..) avec retour à une vie «normale» tant sur le plan familial que social.

Il apparaît que la prise en charge thérapeutique s'est avérée efficace et que très vraisemblablement, la TCC illustre, dans ces cas clinique, l'efficacité des traitements.

Quant au maintien des résultats positifs à long terme, il est difficile de se prononcer, sachant que l'évolution d'ESPT est souvent chronique (malgré une thérapie bien conduite et efficace).

Nous espérons cependant que les patients continuerons à mettre en pratique les techniques cognitives et comportementales que nous leurs avons enseignées lors de la thérapie afin de minimiser les risques de rechute.

Ce travail a été conclu par des résultats favorables avec notre problématique et nos hypothèses de travail mais il reste beaucoup à faire en ce qui concerne la prise en charge psycho-sociale qui s'impose dans la perspective de briser la loi du silence, étape fondamentale, et de favoriser une meilleure insertion. Une insertion qui obéit à des critères de méta-communication, clé de nombreux malaises qui font de l'individu une victime incontestable de la souffrance psychologique et de la tourmente. Comme il reste à instaurer une coordination entre les différents services chargés de la protection des enfants afin d'assurer une prise en charge efficiente.

Recommandation

Il faudrait mettre au point des campagnes de sensibilisation vis-à-vis des familles et des programmes spécifiques à l'école par une coordination étroite entre les différents services (police, gendarmerie, justice, école, société civile...).

Il existe un déficit dans la prise en charge institutionnelle, les filles victimes de violence sexuelle sont transférées vers des centres réservés aux filles délinquantes. La mise en place d'un centre d'accueil pour les filles maltraitées est nécessaire.

L'éducation sexuelle des enfants est importante, il faut inciter la famille algérienne à briser le tabou de la sexualité et d'oser en parler avec leurs enfants.

Pour conclure, outre les problèmes de santé, les enfants maltraités ont des difficultés scolaires, des problèmes de toxicomanie et des démêlés avec la justice. Les pouvoirs publics doivent prendre conscience qu'il s'agit d'un problème de santé publique d'une importance capitale, nécessitant des initiatives et des actions urgentes. Pour ce faire, l'on préconise de mettre en place un système national de collecte de données sur les mauvais traitements infligés aux enfants et d'établir des estimations de l'impact de ces cas sur la santé publique et de leur coût; échanger des informations sur les interventions et les méthodes les plus efficaces en matière de prévention; initier des recherches sur la prévention des mauvais traitements sur les enfants; enfin, élaborer des programmes nationaux de prévention ainsi que des programmes d'aide sociale aux victimes et aux familles.

Difficultés liés à la recherche :

Tout au long de notre recherche, nous avons rencontrés certaines difficultés concernant la documentation sur la maltraitance sexuelle. Mais aussi le manque de collaboration des familles des victimes. Nous vous résumons ci-dessous les principaux obstacles que nous avons rencontrés :

Il est très difficile d'évaluer exactement l'ampleur du phénomène de la maltraitance sexuelle en Algérie, les raisons sont multiples :

Le sujet reste tabou.

L'absence d'études nationales, basée sur une méthodologie rigoureuse et des standards codifiés.

Jusqu'à ce jour aucune étude nationale basée sur une approche multidisciplinaire, incluant acteurs gouvernementaux, ONG, enseignants- chercheurs n'a été réalisée. Les études menées sont peu nombreuses, la maltraitance sexuelle est très mal documentée : peu ou pas de données statistiques, définitions imprécises, méthodologie non spécifique.

Les données officielles recueillies par la police et la justice, ne reflètent qu'une partie de la réalité car basées exclusivement sur les cas qui leur sont présentés. Souvent la police n'intervient que si l'enfant est hospitalisé, et même dans ces cas, l'enfant par peur de représailles préfère taire la vérité.

Le manque de coordination entre les différents services chargés de la protection des enfants, et de leurs prises en charge prise en charge efficiente.

Concernant les familles des enfants victimes, il apparaît que la plupart refuse de collaborer.

Annexes

Echelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP)

NOM :

TOTAL :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

INSTRUCTION : Voici un certain nombre de choses ou de situations qui peuvent provoquer des sensations désagréables (peur, inquiétude). Lisez attentivement chaque phrase et indiquez si elle s'applique à vous presque jamais, quelquefois ou souvent, en mettant une croix (x) dans la case de votre choix. Si vous évitez à cause de la peur, mettez également une croix dans la case de votre choix.

	Presque jamais	Quelque fois	Souvent
1. J'ai peur de parler avec les adultes.			
1. J'évite de parler avec les adultes.			
2. J'ai peur de parler avec les enfants de mon âge.			
2. J'évite de parler avec les enfants de mon âge.			
3. J'ai peur que les élèves se moquent de moi.			
4. J'ai peur de redoubler.			
5. J'ai peur d'aller à l'école.			
3. J'évite d'aller à l'école.			
6. J'ai peur que les professeurs se moquent de moi.			
7. J'ai peur de me tromper.			
8. J'ai peur de ne pas savoir répondre si on m'interroge en classe.			
9. J'ai peur de lever la main en classe pour être interrogé(e).			
4. J'évite de lever la main en classe pour être interrogé(é).			
10. J'ai peur de ne pas pouvoir passer mon bac.			
11. J'ai peur le soir de m'endormir en sachant que je me réveillerai pour aller à l'école.			
12. J'ai peur de paniquer à un devoir.			
13. J'ai peur quand le professeur hausse la voix.			

14. J'ai peur de ce que les autres enfants pensent de moi.			
15. J'ai peur de ce que les professeurs peuvent dire sur moi.			
16. J'ai peur d'être loin de mes parents (colonie de vacances, classe de neige etc.).			
5. J'évite d'être loin de mes parents (colonie de vacances, classe de neige etc.).			
17. J'ai peur de rester seul(e) à la maison.			
6. J'évite de rester seul(e) à la maison.			
18. J'ai peur de répondre à une question en classe.			
7. J'évite de répondre à une question en classe.			
19. J'ai peur de rater une interrogation.			
20. J'ai peur de manger à la cantine de l'école.			
21. J'ai peur de prendre le métro.			
8. J'évite de prendre le métro.			
22. J'ai peur d'être critiqué(e) par les autres.			
23. J'ai peur de me disputer avec un ami.			
24. J'ai peur de parler de moi.			
9. J'évite de parler de moi.			
25. J'ai peur de certaines matières scolaires.			
26. J'ai peur d'avoir l'air bête.			
27. J'ai peur de mourir.			
28. J'ai peur d'être quelque part sans mes parents.			
10. J'évite d'être quelque part sans mes parents.			
29. J'ai peur d'aller dormir chez des amis.			
11. J'évite d'aller dormir chez des amis.			
30. J'ai peur des piqûres (d'un docteur).			
31. J'ai peur de parler dans un groupe.			
12. J'évite de parler dans un groupe.			
32. J'ai peur de rougir.			
33. J'ai peur d'être ridicule.			
34. J'ai peur de refuser ou de dire non.			
35. J'ai peur de demander quelque chose aux autres.			
13. J'évite de demander quelque chose aux autres.			
36. J'ai peur quand on m'observe travailler.			
37. J'ai peur d'aller dans les magasins.			

14. J'évite d'aller dans les magasins.			
38. J'ai peur quand on me fait un compliment.			
39. J'ai peur que les autres remarquent ma gêne.			
40. J'ai peur de rencontrer un camarade dans la rue.			
41. J'ai peur de la réception à l'école.			
42. J'ai peur de jouer avec les autres.			
15. J'évite de jouer avec les autres.			
43. J'ai peur de prendre l'ascenseur.			
16. J'évite de prendre l'ascenseur.			
44. J'ai peur de certains camarades.			
45. J'ai peur qu'on me demande de lire en classe.			
46. J'ai peur d'aller au tableau.			
17. J'évite d'aller au tableau.			
47. J'ai peur de parler au téléphone.			
18. J'évite de parler au téléphone.			
48. J'ai peur de tomber malade.			
49. J'ai peur de me blesser.			
50. J'ai peur du noir.			
51. J'ai peur de ce que mes parents vont me dire.			
52. J'ai peur de faire du sport avec les autres.			
19. J'évite de faire du sport avec les autres.			
53. J'ai peur d'aller aux toilettes en dehors de chez moi.			
20. J'évite d'aller aux toilettes en dehors de chez moi.			
54. J'ai peur de ne pas pouvoir apprendre une leçon.			
55. J'ai peur de ce qui pourrait arriver à mes parents.			
56. J'ai peur que personne ne s'intéresse à moi.			
57. J'ai peur de ne pas avoir d'amis.			
58. J'ai peur d'avoir un accident.			
59. J'ai peur de ce que je deviendrai dans quelques années.			
60. J'ai peur des dentistes.			
61. J'ai peur du tonnerre.			
62. J'ai peur des chiens.			

63. J'ai peur qu'on me dise que je ne fais pas bien les choses.			
64. Je m'inquiète de la meilleure chose à faire.			
65. J'ai peur d'entrer dans une pièce ou d'autres personnes sont déjà assises			
66. J'ai du mal à me décider.			
67. Je me fais beaucoup de souci.			
68. J'ai peur de ne pas plaire aux autres.			
69. J'ai peur des serpents.			
70. J'ai peur de devenir fou.			
71. J'ai peur des fantômes.			
72. J'ai peur des couteaux ou des armes.			
73. J'ai peur des morts.			
74. J'ai peur d'aller dans un hôpital.			
75. J'ai peur de me perdre dans un endroit inconnu.			
76. J'ai peur d'avaler.			

Applications :

Ce questionnaire français a pour objectif d'évaluer les peurs des jeunes de 8 à 18 ans dans les domaines des activités quotidiennes, social, familial, scolaire et image de soi.

Mode de passation :

Il s'agit d'un questionnaire que les sujets peuvent remplir à partir de 8 ans. Il suffit de cocher une des trois colonnes «*presque jamais*», «*quelquefois*», «*souvent*» situées en face des items.

Cotation :

Le questionnaire comprend deux échelles : une échelle de peurs (76 items) qui donne une note totale d'intensité des peurs et une échelle d'évitement (21 items) qui donne une note totale d'intensité ou de fréquence de l'évitement phobique. Les items de l'échelle d'évitement sont précédés d'un astérisque. La réponse «*presque jamais*» est cotée 1 point, la réponse «*quelquefois*» est cotée 2 points, la réponse «*souvent*» est cotée 3 points. Il suffit ensuite d'additionner les items correspondant aux deux échelles.

Une note à l'échelle d'anxiété supérieure ou égale à 124 nécessite une exploration clinique, la note étant probablement en rapport avec un trouble anxieux. Une note à l'échelle d'évitement supérieure ou égale à 32 est significative d'un évitement phobique.

Children Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)

Objectifs : Evaluation des symptômes de stress post-traumatique après exposition à des événements traumatiques variés.

Caractéristiques : La CPTSD–RI est une échelle de 20 items, dérivée du Reaction Index for adults (Frederick 1985).

Catégorie de réponse : Chaque item de l'échelle est coté en 5 niveaux : (0 jamais, 1 presque jamais, 2 parfois, 3 souvent, 4 le plus souvent). Le score global varie entre 0 et 80.

Mode de passation, cotations, scores : Cette échelle est très utilisée lors d'entretiens semi-structurés. Des instructions sont données aux interviewers pour adapter l'échelle à l'événement traumatique étudié. L'enquêté doit rapporter ses symptômes à l'événement ayant eu lieu auparavant.

La gradation en 4 catégories selon le score est la suivante : Un score entre 12 et 24 indique un niveau de PTSD faible, entre 25 et 39 un niveau modéré, entre 40 et 59 un niveau sévère et un score de plus de 60 un niveau très sévère.

Durée de passation : 15 à 20 minutes

Population cible : Cette échelle est utilisée pour des enfants de 6 à 16 ans.

Intérêts et limites : Il s'agit d'une des échelles les plus utilisées dans le monde pour évaluer les troubles de stress post-traumatique chez l'enfant car le temps de passation est court, la concordance est bonne et il existe des scores de gravité.

Une limite réside dans le fait que cette échelle ne recouvre pas tous les items des critères du DSM IV.

Questionnaire : Children Post Traumatic Stress Reaction Index

Consigne : *Lis les propositions et réponds en cochant la réponse qui correspond le mieux à ton cas*

1. Ce qui t'est arrivé aurait-il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?

Jamais Presque jamais Parfois Souvent Presque tous les jours

2. As-tu peur, es-tu de mauvaise humeur ou es-tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?

3. Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé, ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?

5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais-tu d'autres sortes de cauchemars ?

6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver?

7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet évènement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?

8. Te sens-tu tout (e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?

9. As-tu si peur, es-tu si inquiet (e) ou si triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?

10. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?

11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens-tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'évènement ?

12. Dors-tu bien ?

13. Te sens-tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple : aider quelqu'un, etc....). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas voulu faire ?

14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'évènement ?

15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres-tu aussi facilement qu'avant l'évènement ?

16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'évènement ?
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'évènement ? Par exemple: Vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'évènement ?
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots... ?

Le contrat thérapeutique

Le contrat thérapeutique

Je prends conscience des conséquences engendrées par la maltraitance sexuelle dans l'ESPT qui regroupe tout les symptômes de la maltraitance sexuelle tels : l'anxiété, l'évitement, phobie sociale, cauchemars, sentiment de honte et de culpabilité....etc.

Je m'engage à suivre une TCC dans les objectifs sont les suivant :

Diminuer le niveau d'anxiété et d'évitement.

Changer les pensées inadaptées telles que les sentiments de honte et de culpabilité, avec d'autres pensées alternatives adaptées.

Retrouver une vie familiale et sociale heureuse et harmonieuse (normale).

C'est mon contrat thérapeutique, j'en ai choisi les objectifs et les étapes concrètes, j'ai conscience de la gravité de mon problème et je sais que je ne pourrais le résoudre qu'en m'engageant à 100% à atteindre les buts que je viens de décrire. Je promets d'être aussi honnête que possible avec moi-même et avec ceux qui m'entourent. On signant ce contrat, je m'engage à atteindre ces objectifs.

J'affirme avoir accepté les termes de ce contrat

Signature et date

Bibliographie

1. Bouvard M., Cottraux J., Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Issy les Moulineaux, Masson, 2008.
2. Chiland C., Problèmes soulevés par la maltraitance sexuelle et ses conséquences, *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
3. Ciavaldini A., Choquet M., Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
4. Coinçon Y., Thévenot J.-P., Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
5. Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, 2004.
6. Daligand L., L'enfant et le diable, Paris, L'Archipel, 2004.
7. Duverger Ph., Laurent B., Gohier B., Garre J.B., Accueil et prise en charge d'enfants témoins de la mort violente, par suicide, de leurs parents. La revue française de psychiatrie et psychologie médicale, Octobre 2000, Tome IV, N°41.
8. Fremy D., Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
9. Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), L'enfant victime d'abus sexuels, Paris, PUF.
10. Haidar M. (1999), Place du stress post traumatique dans l'abus sexuel. La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, mars 1999, n°26, p.100-101.
11. Hayez J.-Y., Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel, *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
12. Hochard F., Garret-Gloanec N., Comment aborder et traiter une maltraitance récente chez l'enfant et l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

13. Huerre P., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
14. Lazartigues A., Perard D., Lisandre H., Pailleux T. (1989), Les abus sexuels, étude sur une population de 1.000 étudiants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1989, 37 (5-6), 223-229.
15. Nathanson M., Guettier B., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 3 ans à la puberté ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
16. Nezelof S., Quels sont les effets potentiels du parcours judiciaire, de l'attitude des professionnels rencontrés, des examens cliniques, des auditions, des confrontations sur la santé de la victime ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
17. Organisation Mondiale de la Santé ; Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Genève, Masson, 2000.
18. Parret C., Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle lorsque la victime est un enfant ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004
19. Porchy M-P., Histoire juridique et sociale de la maltraitance sexuelle et de sa prise en charge, *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
20. Portelli S., Vers qui et comment orienter la victime d'une maltraitance sexuelle, quelles sont les principales modalités du parcours judiciaire ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
21. Leonore C. Terr., Childhood traumas : An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1: 10-20.
22. Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999.
23. Ferenczi S., Le traumatisme, Paris, Payot, 2006.
24. Freud S., Psychopathologie de la vie quotidienne, Paris, Payot, 1997.

25. Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.
26. Mazet Ph., Houzel D., Développement affectif, *in* Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Maloine, 1995.
27. Resnick, H.S., et al., Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*, 1993. 61(6): p. 984-91.
28. Koss, M. and M. Harvey, The rape victim: Clinical and community approaches to treatment. 1987, Lexington: Stephen Greene Press.
29. Mitchell, A.M., K. Kameg, and T.J. Sakraida, Post-traumatic stress: clinical implications. *Disaster Manag Response*, 2003. 1(1): p. 14-8.
30. Raphael, B., L. Meldrum, and A. Mc Farlane, Does debriefing after psychological trauma works ? *British Medical Journal*, 1995. 310: p. 1479-1480.
31. Kilpatrick, D.G. and C.L. Best, Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion. *Behavior Therapy*, 1984. 15: p. 421-423.
32. Foa, E.B., D. Hearst-Ikeda, and K.J. Perry, Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 1995. 63(6): p. 948-55.
33. Wessely, S., J. Bisson, and S. Rose, Counselling can add to post-disaster trauma. *psychotherapy and Psychosomatics*, 2003. 72: p. 176-.
34. Mowrer, O.A., Learning theory and behavior. 1960, New York: Wiley.
35. Janoff-Bulman, R., Shattered Assumptions : Toward a New Psychology of Trauma. 1992, New York: The Free Press.
36. McFarlane, A.C., Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: the nature of the association. *Addict Behav*, 1998. 23(6): p. 813-25.
37. Foy, D.W., Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies, ed. D.W. Foy. 1992, New York: The Guilford Press. 172.
38. Sabouraud-Seguin, A., Traitement cognitivo-comportemental du stress post-traumatique, *in* Psychothérapie des victimes. 1998, Dunod: Paris.

39. Foa, E.B. and B.O. Rothbaum, Treating the Trauma of rape : Cognitive-behavioral therapy for PTSD. 1998, New York: Guilford Press.
40. Rothbaum, B.O., et al., Posttraumatic stress disorder in rape victims: autonomic habituation to auditory stimuli. *J Trauma Stress*, 2001. 14(2): p. 283-93.
41. Kozak, M., E.B. Foa, and B.O. Rothbaum, Posttraumatic Stress disorder in rape victims: Automatic habituation to auditory stimuli. 1992.
42. Foa, E.B., G.S. Steketee, and B.O. Rothbaum, Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 1989. 20: p. 155-176.
43. Keane, T.M., et al., Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 1989. 20: p. 245-260.
44. Keane, T.M. and D.G. Kaloupek, Imaginal flooding in the treatment of PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982. 50: p. 138-140.
45. Foa, E.B., et al., Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*, 1991. 59(5): p. 715-23.
46. Frank, E.A., B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D., Efficacy of cognitive therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 1988. 19: p. 403-420.
47. Kubany, E.S., E.E. Hill, and J.A. Owens, Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *J Trauma Stress*, 2003. 16(1): p. 81-91.
48. Foa, E.B., et al., The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999. 67: p. 194-200.
49. Resick, P.A. and M.K. Schnicke, Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 1992. 60(5): p. 748-56.
50. Shapiro, F., Eye movement desentization : A new treatment for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1989. 3: p. 211-217.

51. Lipke, H.J., & Botkin, A. L., Case studies of eye movement desentization and retroprocessing (EMDR) with chronic posttraumatic stress disorder; *Psychotherapy*, 1992. 4: p. 591-595.

52. Loretta Sala : «Etude des variables cliniques, psychologiques et discursives chez des patientes souffrante de trouble du comportement alimentaire», thèse pour l'obtention d'un doctorat en technique 2008 France, P : 113.

53. Wolpe, J., & Abrams, J., PTSD overcome by eye movement desentization : A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1991. 22(1): p. 39-43.

54. Rothbaum, B.O., A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bull Menninger Clin*, 1997. 61(3): p. 317-34.

55. Renfrey, G. and C.R. Spates, Eye movement desentization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1994. 25(3): p. 231-239.

56. Pitman, R.K., et al., Emotional processing during eye movement desentization and reprocessing therapy of vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder;. *Comprehensive Psychiatry*, 1996. 37(6): p. 419-429.

57. Burgess, A.W. and L.L. Holmstrom, Recovery from rape and prior life stress. *Research in nursing and health*, 1978. 1: p. 165-174.

58. Horowitz, M.J., C. Stinson, and M. Ewert, Topics and signs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993. 61: p. 421-430.

59. Cryer, L., & Beutler, L., Group therap: An alternative treatment approach for rape victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1980. 6: p. 40-46.

60. Roth, S., Dye, E., & Lebowitz, L., Group therapy for sexual-assault victims. *Psychotherapy*, 1988. 25: p. 82-93.

61. Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., Wilner, N.R., & Kaltreiter, N.B., A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of psychiatry*, 1988. 145: p. 209-209.

62. Weiss, D.S. and C.R. Marmar, Teachinf time limited dybamic psychotherapy for PTSD and pathological grief. *Psychotherapy*, 1993. 30: p. 181-193.

63. Sattar, S.P., et al., Quetiapine therapy for posttraumatic stress disorder. Ann Pharmacother, 2002. 36(12): p. 1875-8.

Site internet :

www.djazairess.com

www.aftcc.org