



# Profils différenciés chez les jeunes victimes d'agression sexuelle Implications pour l'évaluation et l'intervention

Martine Hébert, Ph.D.  
UQAM

Rencontre nationale des Centres d'appui aux enfants  
Février 2020



CHAIRE de  
RECHERCHE  
du CANADA | sur les TRAUMAS  
INTERPERSONNELS  
et la RÉSILIENCE





CONTEXTE

# Considérations pour l'évaluation des besoins des enfants et adolescent.e.s victimes d'agression sexuelle

- ✓ Évaluation fait appel à une **variété de méthodes** (entrevue clinique, observations, consultation de rapports et analyse de dossiers, utilisation d'outils d'évaluation standardisés, etc.).
- ✓ Une évaluation basée sur **plusieurs sources d'information** offrira un portrait juste et complet des symptômes éprouvés par l'enfant.
- ✓ Une **évaluation plus détaillée** peut s'avérer nécessaire pour les enfants éprouvant des symptômes particuliers (trouble de langage, déficience intellectuelle, présence de troubles comorbides, idéations suicidaires).
- ✓ Mettre en place un **système de monitoring** afin de suivre l'évolution des symptômes en cours de traitement.

# Critères considérés

Indicateurs sensibles aux changements (permettre d'examiner l'évolution en cours de thérapie)

Cibler des mesures générales (troubles intériorisés et extériorisés) et spécifiques (SPT, dissociation)

Intégrer des mesures visant les facteurs qui influent sur les conséquences (présence de d'autres traumas, variables personnelles et familiales pouvant faciliter ou entraver le processus de résolution du trauma)

Importance de considérer des facteurs de protection. Certains enfants n'éprouveront pas de symptômes atteignant le seuil clinique lors de l'évaluation initiale.

Élaborer un protocole d'évaluation distinct pour les enfants et les adolescent.e.s pour tenir compte des spécificités développementales.

Enfants	Adolescent.e.s
Symptômes de stress post-traumatique	Symptômes de stress post-traumatique
Symptômes de dissociation	Symptômes de dissociation
Problèmes de comportement	Problèmes de comportement
Symptômes d'anxiété	Comportements délinquants
Symptômes de dépression	Consommation (drogue/alcool)
Estime de soi	Comportements autodestructeurs
Solitude	Estime de soi
Victimisation par les pairs	Violence dans les relations amoureuses
Fonctions exécutives	Cyberviolence dans les relations amoureuses
Confiance interpersonnelle	Attachement dans les relations amoureuses
Attributions	Culpabilité
Culpabilité	Désespoir/pessimisme
Alexithymie	Alexithymie
Stratégies d'adaptation	Régulation des émotions
Régulation des émotions	Stratégies d'adaptation
Sécurité d'attachement	Soutien lié à l'agression sexuelle
Soutien lié à l'agression sexuelle	Soutien social
Soutien social	Facteurs de résilience
Facteurs de résilience	



# CHILD DISSOCIATIVE CHECKLIST

## DIMENSION

- Symptômes de dissociation

## VERSION UTILISÉE

- CDC, composé de 20 items

## CLIENTÈLE

- Enfants âgés de 6 à 12 ans

## RÉPONDANTS

- Parents
- Adultes ayant soin de l'enfant

## UTILISER CET INSTRUMENT

Le CDC est du domaine public, il peut être utilisé gratuitement.

La version française du CDC est présentée à l'annexe A.

La version originale de l'instrument peut être obtenue dans Putnam et al. (1993).

## CONTACT

Non disponible

## DESCRIPTION

Le Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers & Trickett, 1993) mesure le niveau de dissociation chez les enfants et les adolescents âgés de 4 à 16 ans en documentant une liste de 20 symptômes. Les énoncés réfèrent conceptuellement à six domaines de comportements dissociatifs : (1) Amnésie dissociative; (2) Changements rapides de la conduite, de l'accès à l'information, des connaissances, des capacités et des comportements appropriés à l'âge; (3) États de transe spontanés; (4) Hallucinations; (5) Altérations de l'identité; et (6) Comportement agressif et sexuel. Cet instrument doit être complété par un adulte très familier des comportements de l'enfant. Il a ainsi été développé pour être utilisé auprès des parents, des parents d'accueil, des enseignants et toute autre adulte observateur ayant des contacts fréquents avec l'enfant évalué.

La mesure est constituée de 20 items et est complétée avec une réponse de réponse en trois points évaluant la fréquence des comportements de l'enfant ou de l'adolescent. Les répondants doivent indiquer si l'enfant ou l'adolescent manifeste les comportements selon les réponses suivantes : « Pas vrai » (0), « Un peu vrai ou vrai de temps en temps » (1), et « Très vrai » (2).

Les 20 items de l'échelle constitue habituellement une seule dimension. Toutefois, selon Wherry et al. (2009), les énoncés peuvent se diviser en trois sous-échelles : (1) Variabilité dissociative (9 items), (2) Dissociation pathologique (6 items), et (3) Dissociation extériorisée (5 items).

## MODE DE COMPILATION

Le score total ainsi que les scores des sous-échelles correspondent à la somme des réponses obtenus aux énoncés (voir le Tableau 1 pour la répartition des items). Le score total varie de 0 à 40.

**Tableau 1**  
Composition des sous-échelles du CDC

Sous-échelles	Items
Variabilité dissociative (0-18)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 18
Dissociation pathologique (0-12)	10, 14, 15, 17, 19, 20
Dissociation extériorisée (0-10)	8, 9, 12, 13, 16

Le seuil clinique est déterminé à 12 sur le score total composé des 20 items (Putnam et al., 1993). Un score égal ou supérieur à 12 suggère un comportement dissociatif significatif. Un tel résultat propose qu'une exploration plus approfondie des symptômes de dissociation devrait être réalisée.

La Tableau 2 présente les normes obtenues auprès d'un échantillon d'enfants âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.

**Tableau 2**  
Normes du CDC

	Symptômes de dissociation (0-40)	
	Filles	Garçons
Moyenne	7,26	7,20
Écart-type	5,95	5,30
RC 25	3,00	3,00
RC 50	6,00	7,00
RC 75	10,00	10,00

Score brut	RC	RC
0	6	4
1	15	15
2	23	22
3	32	28
4	39	37
5	46	42
6	53	48
7	58	57
8	65	64
9	69	73
10	75	79
11	79	80
12	82	84
13	85	86
14	88	88
15	90	90
16	91	91
17	93	95
18	94	96
19	96	97
20	96	98
21	97	98
22	98	98
23	98	99
24	99	99
25	99	99
26	99	99
27	99	99
28	99	99
29	99	99
30	99	99
31	99	99
32	99	99

**Tableau 2 (suite)**  
Normes du CDC

	Symptômes de dissociation (0-40)	
	Filles	Garçons
Score brut	RC	RC
33	99	99
34	99	99
35	99	99
36	99	99
37	99	99
38	99	99
39	99	99
40	99	99
Non clinique	79,2 %	80,9 %
Clinique	20,8 %	19,1 %

Note. RC 25 = 25<sup>e</sup> rang centile; RC 50 = 50<sup>e</sup> rang centile; RC 75 = 75<sup>e</sup> rang centile

Échantillon : 1 064 enfants (807 filles et 256 garçons) âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle

## RÉFÉRENCES

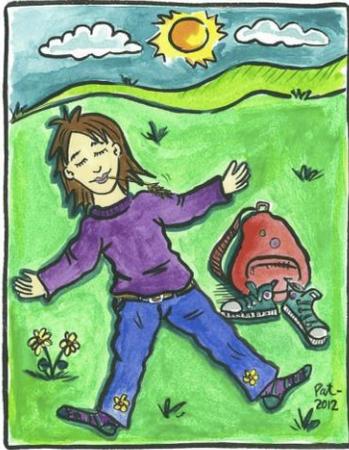
Hébert, M., & Parent, N. (2000). *Traduction française du Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993)*. Document inédit. Montréal, QC: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741. [Version 3.0 of the Checklist is printed on pp. 740-741] doi:10.1016/S0145-2134(08)80004-X

Wherry, J. N., Neil, D. A., & Taylor, T. N. (2009). Pathological dissociation as measured by the child dissociative checklist. *Journal of child sexual abuse*, 18(1), 93-102. doi:10.1080/10538710802584643

## Exemple d'item imagé du ACTS

2. Ici Alex se sent heureuse. À quelle fréquence te sens-tu heureuse ?



Hébert, M. (2006). Traduction et adaptation française du Angie / Andy Cartoon Trauma Scales (ACTS; Praver, 1996). Document inédit. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.

## Exemple d'item imagé du ACTS

13. Ici, Alex a l'impression d'être dans un rêve mais elle est vraiment réveillée. À quelle fréquence as-tu l'impression d'être dans un rêve quand tu es réveillée ?



Hébert, M. (2006). Traduction et adaptation française du Angie / Andy Cartoon Trauma Scales (ACTS; Praver, 1996). Document inédit. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.



## Réponses émotionnelles et comportementales

## ANGIE / ANDY CARTOON TRAUMA SCALE

## DIMENSIONS

- Modulation de la colère
- Épisodes de dissociation et de dépersonnalisation
- Désespoir et impuissance

## VERSION UTILISÉE

- Sélection de trois sous-échelles totalisant 15 items

## CLIENTÈLE

- Enfants âgés de 6 à 12 ans

## RÉPONDANTS

- Enfants âgés de 6 à 12 ans

## UTILISER CET INSTRUMENT

Le ACTS et le PRS sont du domaine public, ils peuvent être utilisés gratuitement. La version française abrégée de l'instrument est présentée à l'annexe A.

La version originale anglaise de l'instrument peut être obtenue dans Praver (1996).

## CONTACT

Dr. Frances Praver  
5 Marseilles Drive  
Locust Valley, NY 11560  
Courriel : drfranpraver@cs.com  
http://www.drfranpraver.com/

## DESCRIPTION

Le Angie / Andy Cartoon Trauma Scale (ACTS; Praver, 1996, Praver et al., 2000) mesure les réponses émotionnelles et comportementales des jeunes enfants, âgés de 6 à 12 ans, qui ont vécu de la violence interpersonnelle de manière chronique. La version complète de cet instrument (Praver, 1996, Praver et al., 2000) est constituée initialement de 87 items, dont 22 items évaluent les symptômes de stress post-traumatique et 65 items concernent les symptômes associés. Dix-huit (18) items positifs ont été ajoutés afin de réduire la valence négative des autres items présentés aux enfants. Les items positifs sont les items inversés des symptômes de cinq des six domaines de fonctionnement. Le Tableau 1 présente les six domaines et leurs sous-échelles respectives.

Tableau 1  
Domaines et sous-échelles du ACTS

Domaines & sous-échelles	Nombres d'items
<b>I. Altérations de la régulation des affects et des impulsions</b>	16
A. Régulation des affects	4
B. Modulation de la colère *	6
C. Auto-destructivité	1
D. Préoccupations suicidaires	1
E. Difficulté à moduler l'implication sexualité	5
F. Prise de risques excessive	4
<b>II. Altérations de l'attention ou de la conscience</b>	
A. Amnésie	5
B. Épisodes de dissociation et dépersonnalisation *	4
<b>III. Altérations de la perception du soi</b>	
A. Inefficacité	2
B. Dommages permanents	4
C. Culpabilité et responsabilité	7
D. Honte	5
E. Sentiment d'être incompris	1
F. Minimisation	1

Tableau 2  
Normes du ACTS

	Modulation de la colère		Épisodes de dissociation et de dépersonnalisation (0-18) 1		Désespoir et impuissance (0-15) 2	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Moyenne	4,57	4,57	3,44	2,85	3,36	2,64
Score-type	3,06	3,21	2,98	3,14	3,21	2,74
RC 25	3,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00
RC 50	4,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00
RC 75	6,00	6,00	5,00	4,00	6,00	4,00
Score brut	RC	RC	RC	RC	RC	RC
0	6	6	18	31	23	26
1	13	17	32	44	38	47
2	24	26	44	55	51	58
3	41	44	57	68	60	69
4	57	55	68	76	70	77
5	66	68	76	82	73	82
6	77	76	84	87	80	90
7	84	81	88	90	87	92
8	89	86	92	91	91	95
9	93	91	95	94	94	97
10	95	91	97	95	95	98
11	96	97	98	97	97	99
12	97	97	99	99	98	99
13	98	98			99	99
14	99	98			99	99
15	99	99			99	99
16	99	99				
17	99	99				
18	99	99				

Note: RC 25 = 25<sup>e</sup> rang centile; RC 50 = 50<sup>e</sup> rang centile; RC 75 = 75<sup>e</sup> rang centile; RC = Rang centile.  
1 Échantillon: 884 enfants (581 filles et 263 garçons) âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.  
2 Échantillon: 367 enfants (246 filles et 121 garçons) âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.

## RÉFÉRENCES

- Hébert, M. (2006). Traduction et adaptation française du Angie / Andy Cartoon Trauma Scales (ACTS; Praver, 1996). Document inédit. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.  
Praver, F. (1996). Validation of child measure for post-traumatic stress responses to interpersonal abuse. St-John's University, New York, NY. (UM No. 9703648)  
Praver, F., DiGiuseppe, R., Pelcovitz, D., Mandel, F. S., & Gaines, R. (2000). A preliminary study of a cartoon measure for children's reactions to chronic trauma. *Child Maltreatment*, 3(3), 273-285. doi:10.1177/107755590005003007  
Praver, F., Pelcovitz, D., & DiGiuseppe, R. (1993). *Angie / Andy Parent Rating Scales*. Unpublished measure.

Tableau 1 (suite)  
Domaines et sous-échelles du ACTS

Domaines & sous-échelles	Nombres d'items
<b>IV. Altérations des relations avec les autres</b>	
A. Inhabileté à faire confiance et relations avec autrui altérées	10
B. Revictimisation	2
C. Victimer les autres	1
<b>V. Somatisation (non illustré)</b>	
A. Système digestif	2
B. Douleur chronique	1
C. Symptômes cardiopulmonaires	1
D. Symptômes de conversion	1
E. Symptômes sexuels	1
<b>VI. Altération des systèmes de croyances</b>	
A. Désespoir *	5
B. Perte de croyances antérieures	5
<b>VII. Module de stress posttraumatique</b>	
<b>1. Réexpiation</b>	
A. Intrusivité	5
B. « Flashbacks »	1
<b>2. Évitements des stimuli</b>	
A. Comportements d'évitement	1
B. Perte d'intérêt / dépression	10
C. Comportements régressifs	2
D. Affects contraints	1
<b>3. Comportements d'éveil</b>	
A. Peurs	3
B. Difficulté de concentration	2
C. Réactivité physiologique	1
D. Réponse de surprise exagérée	1

Note: Les \* indiquent les échelles utilisées dans le cadre de l'évaluation.

Tous les items, sauf ceux portant sur la somatisation, sont accompagnés d'une illustration de la situation décrite. Ainsi, l'administrateur du test lit l'énoncé et simultanément montre l'image à l'enfant. Ensuite, l'enfant indique, à l'aide d'un thermomètre disposé selon une échelle à quatre points, la fréquence de chacune des situations, allant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (4). Une version de l'instrument est également disponible pour être administré aux parents (Angie / Andy Parent Rating Scales (PRS); Praver, Pelcovitz, & DiGiuseppe, 1993).

Pour les besoins de l'évaluation, seulement les items de trois sous-échelles sont administrés : A. Modulation de la colère, B. Épisodes de dissociation et de dépersonnalisation, et C. Désespoir. Les dessins de la version originale anglaise n'étant pas disponibles, les images servant à l'administration de l'instrument

ont été reproduites à partir des exemples figurant dans Praver et al. (2000).

## MODE DE COMPILATION

Avant de comptabiliser les scores, les items sont recodés. Le choix de réponse étant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (4) devient « Jamais » (0) à « Très souvent » (3). De plus, les réponses de deux items formulés positivement (items #2 et 11) doivent être inversées. Ainsi, les réponses sont transformées de la manière suivante : (0=3) (1=2) (2=1) (3=0).

Les trois sous-scores sont obtenus en additionnant les réponses à leurs items respectifs. Le score de Modulation de la colère est composé des items 1, 3, 4, 6, 10 et 11, le score varie de 0 à 18. Le score évaluant les épisodes de dissociation et de dépersonnalisation inclut les items 5, 7, 13 et 15 et varie de 0 à 12. Le score de désespoir intègre les items 2, 8, 9, 12 et 14 et s'étend de 0 à 15.

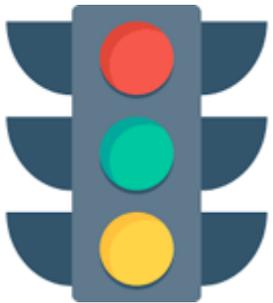
La Tableau 2 présente les normes obtenues auprès d'un échantillon d'enfants âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.



Le profil sommaire illustre à l'aide de graphiques et diagramme en bâtons, les résultats obtenus.

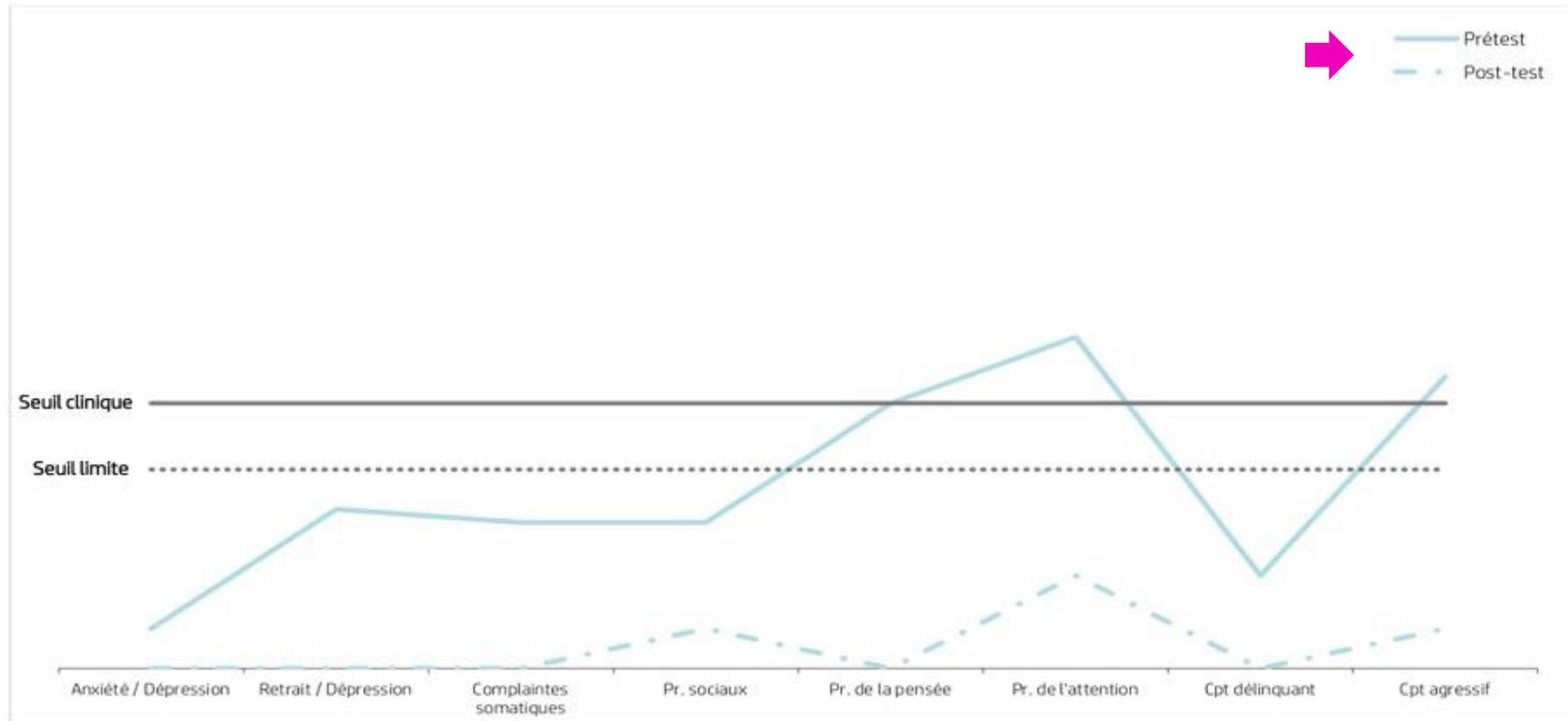


Le profil sommaire fournit également le rang centile correspondant au score permettant de comparer l'enfant à la moyenne des enfants victimes d'agression sexuelle selon les normes dérivées.



Un algorithme permet de classier les réponses des jeunes, à partir de leurs scores à différentes échelles de mesures, en trois profils distincts.

## Troubles de comportement (P)



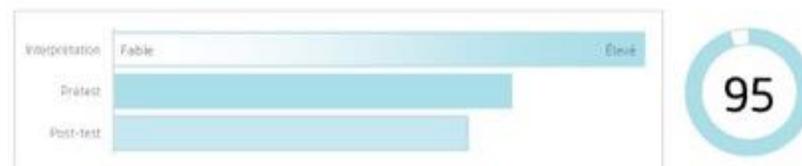
## Section II - Facteurs personnels, familiaux et de protection

### Sentiment de culpabilité / blâme lié à l'agression sexuelle vécue



Note: Les normes (rangs centiles) ont été obtenus avec le score de 3 items tandis que le graphique en barres représente le score de 9 items.

### Désespoir / Pessimisme



### Alexithymie ou difficulté dans l'expression verbale des émotions



Note: Les normes (rangs centiles) ont été obtenus avec le score de 4 items tandis que le graphique en barres représente le score de 5 items.

### Difficulté à réguler les émotions





# ANALYSE TYPOLOGIQUE



Sophie



Sébastien



Amélia

# Analyse typologique

- ✓ Approche centrée sur la personne (« person-oriented approach »)

Particulièrement adaptée pour explorer la diversité des profils en permettant l'identification de sous-groupes homogènes, qui partagent certaines constellations ou patrons de réponses mais qui se distinguent des autres sous-groupes

- ✓ 861 enfants âgés de 6 à 12 ans (594 filles et 267 garçons) victimes d'AS
- Centre d'expertise Marie-Vincent
- Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine
- Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF)
- Centre-Jeunesse Mauricie Centre-du-Québec
- Parents-Unis

## Modèle:

Symptômes de stress post-traumatique classique

Trauma complexe

Profil de résilience



**Symptômes de TSPT**

Reviviscence  
Évitement  
Hyperéveil



**Cognition**

Trouble de l'attention

**Biologie**  
Somatisation



**Régulation du comportement**

Comportements agressifs

**Régulation des émotions**

Modulation de la colère



**Concept de soi**

Estime de soi

**Altération de la conscience**

Dissociation



**Attachement**

Attachement à la mère  
Attachement au père  
Difficultés relationnelles





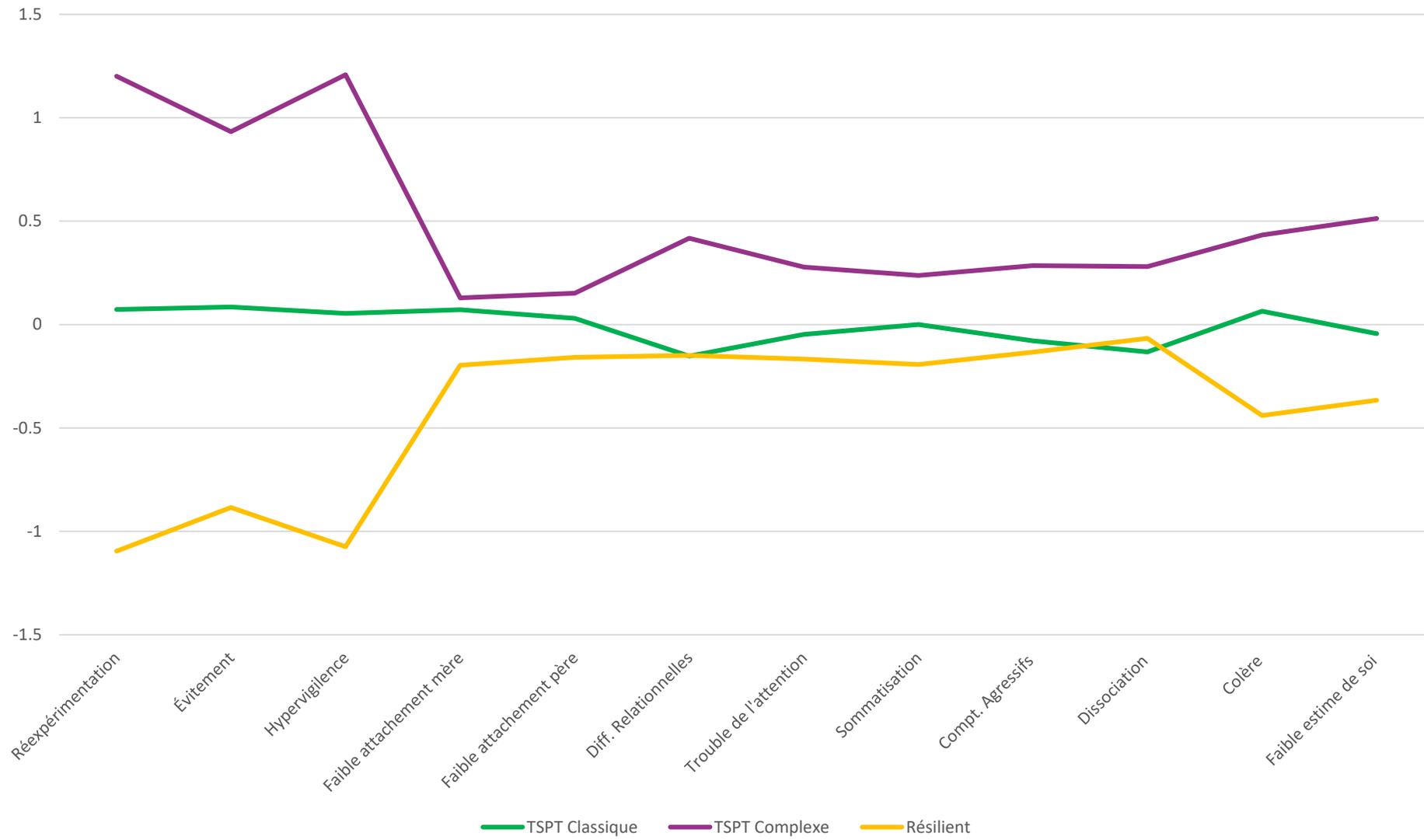
26%



41%



33%



n = 861 enfants âgés de 6 à 12 ans

# Profil résilient



Variables liées à l'AS  
Sévérité de l'AS  
Nb de traumas

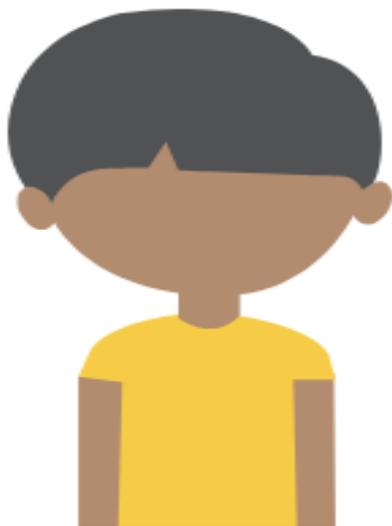


Détresse parentale  
Isolement social/Solitude  
Victimisation par les pairs  
Coping d'évitement  
Coping d'approche



Selon les enseignants :  
compétence sociale, relations  
positives avec les pairs, adaptation  
sociale, performance académique





Psychoéducation  
Consolider les facteurs de protection  
Réduire risque de revictimisation  
Soutien aux parents  
Réévaluation périodique



Tx axé sur le trauma  
(TF-CBT)



Tx axé sur le trauma (TF-CBT)  
+  
modules spécifiques

### Sommaire des résultats en lien avec les profils

Profil Résilient      Profil SPT Classique      Profil SPT Complexe

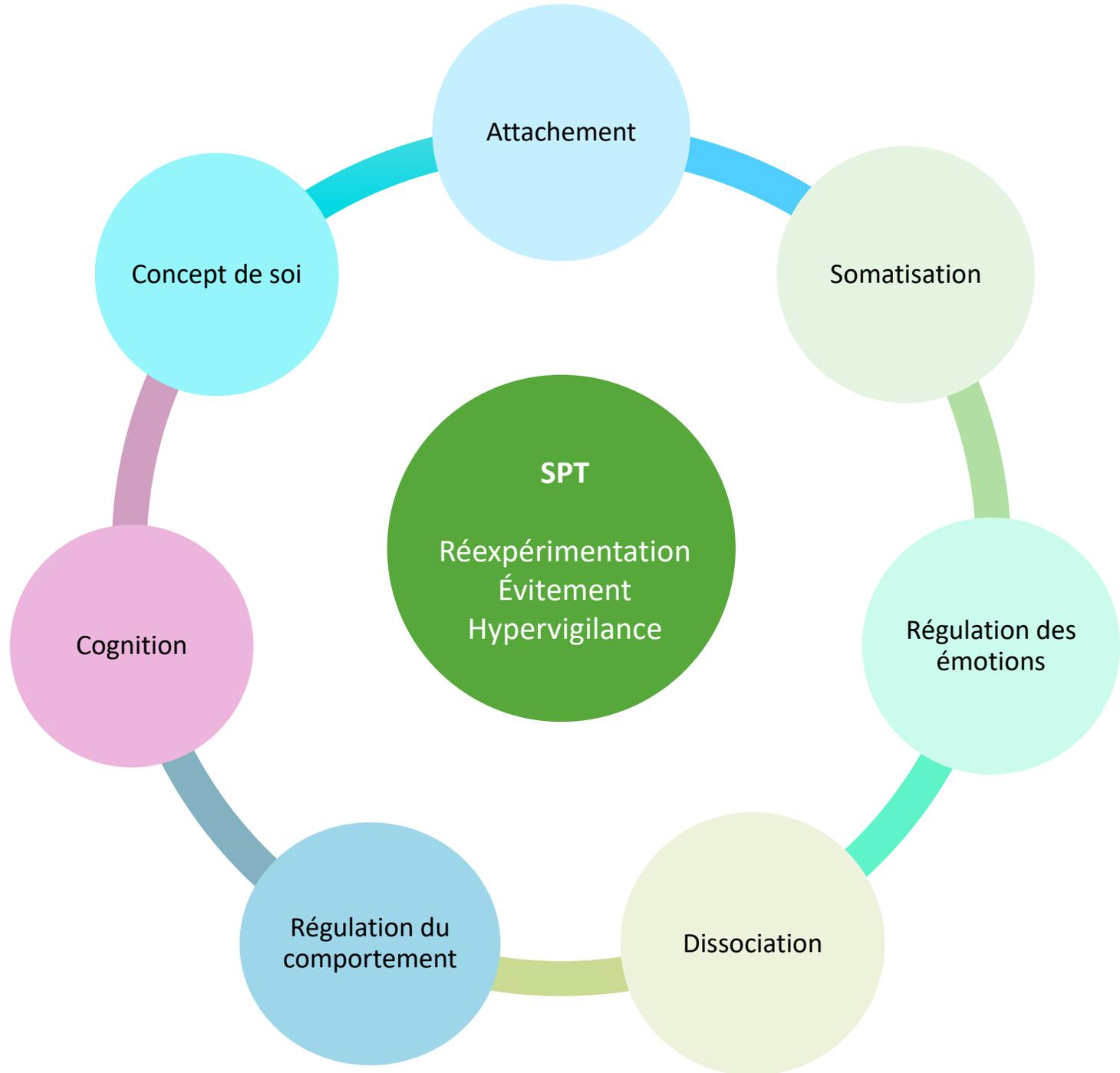
            

#### SPT classique

Symptômes de stress post-traumatique		
--------------------------------------	---	--

#### SPT complexe

Attachement		
Cognition		
Dissociation		
Régulation des émotions		
Régulation du comportement		
Concept de soi		
Somatisation		
Système de sens		



# Implications

- Pour la clinique
  - Pertinence d'une évaluation détaillée non seulement des caractéristiques des AS mais des facteurs de protection
  - Identification de profils différenciés
  - Approche personnalisée pour le traitement.
- Pour la recherche
  - Suivi longitudinal pour évaluer la stabilité des profils.
  - Approfondir l'étude des facteurs liés aux profils de résilience.
  - Évaluer l'efficacité des services thérapeutiques offerts en fonction des profils identifiés.
  - Approche personnalisée pourrait favoriser une progression plus rapide en cours de thérapie



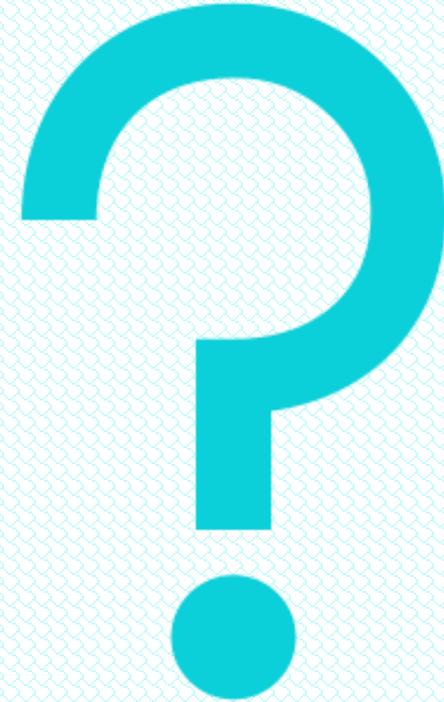
## Pour plus d'informations:

Martine Hébert, Ph.D. (psychologie)  
Département de sexologie  
UQAM

Courriel: [hebert.m@uqam.ca](mailto:hebert.m@uqam.ca)

Twitter: @DrMartineHebert

Site web: [www.martinehebert.uqam.ca](http://www.martinehebert.uqam.ca)



CHAIRE de  
RECHERCHE  
du CANADA

sur les TRAUMAS  
INTERPERSONNELS  
et la RÉSILIENCE

