



Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe

Mylène Villeneuve Cyr, B.A. and Martine Hébert, Ph.D.

Volume 57, Number 1, 2011

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1006245ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1006245ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Villeneuve Cyr, M. & Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, 57(1), 15–30. <https://doi.org/10.7202/1006245ar>

Article abstract

This study explores the characteristics and the outcomes of sexual abuse (SA) according to the victim's sex. The children (aged from 6 to 12 years old) and their non abusive parent ($n = 118$) were evaluated in parallel to a comparison group of non sexually abused children. Analyses revealed few differences in symptoms related to victim's sex. A Group x Sex interaction is found for anxiety and posttraumatic stress symptoms (marginal), suggesting that female victims report more symptoms than male victims. Results also reveal that victims are more symptomatic than children without a history of SA for all variables considered. While some characteristics of SA children appear different according to sex, they did not contribute to the prediction of outcomes.

Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe*

**Mylène Villeneuve Cyr
Martine Hébert**

RÉSUMÉ

Cette étude explore les caractéristiques de l'agression sexuelle (AS) et les conséquences associées en fonction du sexe de l'enfant victime. Les enfants (âgés de 6 à 12 ans) et leur parent non agresseur ($n = 118$) ont été évalués en parallèle avec un groupe de comparaison d'enfants non victimes d'AS. Les analyses identifient peu de différences quant aux symptômes en fonction du sexe. Ainsi, une interaction Groupe x Sexe est apparente seulement pour les symptômes d'anxiété et de stress post-traumatique (marginale), indiquant que les filles victimes manifesteraient davantage ces symptômes que les garçons victimes. Les résultats révèlent par ailleurs que les victimes présentent plus de symptômes que les enfants sans histoire d'AS sur l'ensemble des variables considérées. Bien que certaines caractéristiques des AS soient différentes selon le sexe de l'enfant, elles ne contribuent pas à la prédiction des symptômes chez les enfants victimes.

Mots-clés : Agression sexuelle; enfance; conséquences; caractéristiques de l'agression.

ABSTRACT

This study explores the characteristics and the outcomes of sexual abuse (SA) according to the victim's sex. The children (aged from 6 to 12 years old) and their non abusive parent ($n = 118$) were evaluated in parallel to a comparison group of non sexually abused children. Analyses revealed few differences in symptoms related to victim's sex. A Group x Sex interaction is found for anxiety and posttraumatic stress symptoms (marginal), suggesting that female victims report more symptoms than male victims. Results also reveal that victims are more symptomatic than children without a history of SA for all variables considered. While some characteristics of SA children appear different according to sex, they did not contribute to the prediction of outcomes.

Keywords: Sexual abuse; childhood; consequences; abuse characteristics.

* Cette recherche est tirée du mémoire de la première auteure, déposé comme exigence partielle pour l'obtention d'un diplôme de deuxième cycle en sexologie. Une bourse de maîtrise de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants ainsi qu'une bourse de soutien aux études supérieures de l'Équipe FQRSC Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) ont été accordées à la première auteure. Cette recherche a été réalisée grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada accordée à la deuxième auteure. Nous tenons à remercier les familles qui ont participé à cette étude et tout le personnel du Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à Martine Hébert, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal (Québec), Canada, Tél. : (514) 987-3000 poste 5697, Fax : (514) 987-6787, Courriel : hebert.m@uqam.ca.

L'agression sexuelle (AS) envers les enfants est un phénomène social important qui retient l'attention de maints acteurs dans le milieu de la recherche et de l'intervention. Sans évoquer systématiquement les différences selon le sexe, les études révèlent que les victimes d'AS vivent une variété de troubles émotionnels et comportementaux (Kendall-Tackett, Meyer Williams et Finkelhor, 1993; Wolfe, 2006), des difficultés d'adaptation scolaire (Bromberg et Johnson, 2001; Dagnault et Hébert, 2004) et qu'elles sont davantage susceptibles d'entretenir des idéations suicidaires que des personnes n'ayant pas vécu d'AS (Brezo, Paris, Vitaro, Hébert, Tremblay et Turecki, 2008). Par ailleurs, plusieurs études constatent que les conséquences perdurent jusqu'à l'âge adulte (Banyard, Williams et Siegel, 2004); ceci souligne l'importance d'intervenir rapidement auprès des jeunes victimes en leur offrant des interventions adaptées.

Même s'il ne fait aucun doute qu'un nombre important de victimes sont des garçons, la majorité des études publiées témoignant des symptômes associés à l'AS comportent des échantillons à prédominance féminine (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). En fait, la sous-représentation des victimes masculines dans les études serait possiblement liée à une moins grande prévalence de l'AS chez les garçons et les hommes (Fontanella, Harrington et Zuravin, 2000; Pereda, Guilera, Forns et Gómez-Benito, 2009). Par ailleurs, les cas d'agression chez les jeunes garçons demeurent souvent non déclarés (Dhaliwal, Gauzas et Antonowicz, 1996; Holmes et Slap, 1998), ces derniers étant moins enclins que les filles à dévoiler l'AS (O'Leary et Barber, 2008; Shin Shin Tang, Freyd et Wang, 2008). En outre, les agresseurs utiliseraient davantage de menaces de violence auprès des garçons, ce qui pourrait les placer dans un état d'intimidation face au dévoilement plus important que dans le cas des filles (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). Qui plus est, les attitudes sociales et les stéréotypes sur les rôles des femmes et des hommes entravent le dévoilement des AS vécues par les garçons (Banyard *et al.*, 2004). Ce contexte renforce la croyance populaire voulant que les garçons soient rarement agressés, ou encore, qu'ils soient moins affectés par les AS que les filles, ce qui en retour transmet aux garçons le message qu'il n'est pas essentiel pour eux de dévoiler la situation.

De nombreuses études ont été consacrées aux filles et aux femmes victimes d'AS pendant l'enfance et la plupart des connaissances accumulées reposent sur cette population. Toutefois, quelques études ont exploré les différences liées aux sexes, sans arriver cependant à des conclusions unanimes. D'une part, certaines études sur les femmes et les hommes victimes d'AS en enfance constatent qu'ils ne subissent pas les mêmes types d'AS en fait de gestes posés et de sévérité des actes impliqués (Banyard *et al.*, 2004 ; Dubé, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong et Giles, 2005; Kendall-Tackett et Simon, 1992); ces différences pourraient mener à des symptômes distincts chez les victimes féminines et masculines. Plus précisément, certains soutiennent que les femmes victimes d'AS dans l'enfance (Banyard *et al.*, 2004) et que les filles victimes (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010) sont plus susceptibles d'avoir vécu une pénétration que les hommes et garçons victimisés. Au contraire, d'autres études portant sur les enfants victimes d'AS concluent qu'il n'y a pas de différence significative quant au type d'AS vécu, notamment quant à la fréquence des agressions impliquant une pénétration (Fergusson et Mullen, 1999; Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009). Par ailleurs, une étude récente rapporte qu'en termes de durée de l'AS et de présence d'autres formes de maltraitance, les résultats se révèlent similaires pour les filles et les garçons (Maikovich *et al.*, 2009).

Certains résultats permettent d'affirmer que les caractéristiques des agresseurs varient selon le sexe de la victime et ces distinctions pourraient également être liées à des symptômes différentiels chez les filles et les garçons. Ainsi, certaines études portant sur les adultes victimes en enfance et d'autres sur les enfants victimes semblent indiquer que les filles seraient plus susceptibles d'avoir été agressées par un membre de leur famille que les garçons (Banyard *et al.*, 2004; Gold, Elhai, Lucenko, Swingle et Hughes, 1998), tandis que ces derniers seraient plus à risque d'être victimes d'AS par des individus extérieurs à la famille (Edinburgh, Saewyc et Levitt, 2006; Holmes et Slap, 1998; Kendall-Tackett et Simon, 1992). Outre ce fait, selon certaines données, les AS extrafamiliales comporteraient plus de violence physique alors que les agresseurs intrafamiliaux auraient davantage recours aux menaces verbales pour assujettir l'enfant aux actes sexuels; les enfants victimes d'AS au sein de leur famille seraient généralement plus jeunes et plus proches de l'agresseur, ce qui occasionnerait des agressions comportant moins fréquemment une pénétration (Magalhaes, Taveira, Jardim, Santos, Matos et Santos, 2009). Par ailleurs, les agresseurs des garçons seraient en moyenne moins âgés que ceux agressant les filles (Edinburgh *et al.*, 2006; Whealin, Zinzow, Salstrom et Jackson, 2007).

Les quelques études répertoriées portant sur les enfants victimes d'AS et comportant un groupe de comparaison révèlent que les enfants qui ont été victimes d'AS manifestent plus fréquemment et plus intensément des troubles de comportement intériorisés et extériorisés que les jeunes qui ne l'ont pas été (par ex. : Garnefski et Arends, 1998; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006; Tremblay, Hébert et Piché, 2000), les victimes féminines affichant plus de comportements intériorisés et les victimes masculines plus de comportements extériorisés (par ex. : Banyard *et al.*, 2004; Darves-Bornoz, Choquet, Ledoux, Gasquet et Manfredi, 1998). Cependant, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur les répercussions plus spécifiques liées au sexe des victimes, les résultats sont divergents.

Suite à une analyse de données provenant d'un échantillon de 594 filles et 151 garçons âgés de 12 à 19 ans et ayant été victimes d'AS, comparé à un groupe de jeunes non victimisés appariés pour l'âge et le sexe, Garnefski et Arends (1998) concluent que les garçons victimes ont plus de problèmes comportementaux (consommation de drogue et d'alcool, agressivité, criminalité) que les filles victimes. De plus, les garçons ayant dévoilé une AS rapportent plus d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide que les filles victimes d'AS. Par ailleurs, l'article de Blain, Galovski et Robinson (2010) rapporte que les femmes, lorsque comparées aux hommes, connaissent de plus hauts taux de trouble de stress post-traumatique (TSPT), et ce, peu importe le type de trauma vécu. La recension de Tolin et Foa (2006) abonde dans le même sens en indiquant que les filles et les femmes victimes d'AS en enfance sont plus susceptibles que les hommes de manifester un TSPT. Par contre, une étude récente menée auprès de 389 adolescents victimes d'AS (77 % des participants étaient des filles) ne révèle aucune différence significative entre les filles et les garçons quant à la manifestation de symptômes de TSPT (Maikovich *et al.*, 2009).

La vaste majorité des études publiées explorant les spécificités liées au sexe des victimes d'AS mettent en lumière des conséquences à long terme en examinant des populations adultes et, par conséquent, peu d'études permettent de circonscrire les manifestations à court terme. L'utilisation de cohortes d'adultes peut induire certains biais liés aux distorsions et aux

difficultés que présente le souvenir lorsqu'il s'agit d'événements anciens (Dubé *et al.*, 2005; Halpérin, Bouvier, Jaffé, Mounoud, Pawlak, Laederach, Wicky et Astié, 1996; Kendall-Tacket et Simon, 1992). Sans compter que certains échantillons incluent à la fois des populations d'enfants, d'adolescents et d'adultes (Dhaliwal, Gauzas et Antonowicz, 1996), ce qui est propice à dissimuler l'existence de spécificités développementales. En effet, les résultats globaux d'échantillons diversifiés en termes d'âge se révèlent être difficiles à interpréter puisque certains symptômes présents chez les adultes peuvent ne pas encore s'être manifestés chez les enfants.

Tant que la sous-représentation des hommes dans les études empiriques ne sera pas résolue, il demeurera impossible d'affirmer que les conséquences liées aux AS sont similaires pour les filles et les garçons victimes (Gold *et al.*, 1998). Par conséquent, l'applicabilité des interventions développées et validées majoritairement avec des échantillons de jeunes filles et de femmes sur des populations d'hommes et de garçons demeure à démontrer (Blain *et al.*, 2010). Dans ce contexte, la présente étude vise à documenter les possibles différences entre garçons et filles quant aux caractéristiques des AS vécues et aux symptômes associés. L'inclusion d'un groupe de comparaison d'enfants non victimes d'AS permet une analyse plus juste des éléments distinctifs liés au sexe.

MÉTHODOLOGIE

Participants

L'échantillon d'enfants ayant vécu une AS est composé de 118 enfants (85 filles et 33 garçons) rencontrés au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV) lors de la période de recrutement (janvier 2006 à mai 2010). Ils devaient être âgés de 6 à 12 ans et en être à leur première consultation au CEMV. Un groupe de comparaison de 52 filles et 24 garçons sans histoire d'AS a été recruté dans les écoles primaires de la Commission scolaire de Montréal. Lors du recrutement de ce groupe de comparaison, le feuillet d'information destiné aux parents précisait que l'étude portait sur le développement des enfants n'ayant pas été victimes d'AS. De plus, le parent était invité à compléter un questionnaire énumérant différents événements vécus par l'enfant et la liste proposée incluait le fait d'avoir vécu une AS.

Mesures

Les instruments administrés aux enfants et aux parents ont permis de collecter des données sur les symptômes de l'enfant et sur les caractéristiques sociodémographiques de la famille tandis qu'une version adaptée (Parent et Hébert, 2006) du *History of Victimization Form* (Wolfe, Gentile et Boudreau, 1987) a été utilisée pour colliger les caractéristiques liées à l'AS relatée dans le dossier clinique de l'enfant. Ces informations sont tirées du dossier médical de l'enfant. Le rapport médical est élaboré selon les données recueillies auprès de différentes sources (enfant lors de son récit des événements, parents, corps policier lors d'une investigation, intervenant social, etc.). Lorsqu'une AS était commise par un membre de la famille immédiate (parent ou conjoint du parent, fratrie, enfant du conjoint) ou élargie (oncle, tante, un des grands-parents, etc.), elle était catégorisée comme étant intrafamiliale. Les situations impliquant les

autres agresseurs (gardien/ne, ami/e de la famille, voisin/e, etc.) étaient classifiées comme des agressions extrafamiliales.

Les enfants ont rempli différentes échelles évaluant les symptômes. Le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1985) mesure l'anxiété de l'enfant à l'aide de 11 items. Dans cette échelle, l'enfant indique par *vrai ou faux* si les énoncés s'appliquent ou non à ce qu'il ressent. Le *Self-Perception Profile for Children* (SPPC; Harter, 1985) mesure la perception que l'enfant a de ses compétences (aptitudes cognitives, motrices et sociales). L'enfant évalue laquelle de deux situations présentées lui correspond le mieux et juge ensuite si cette situation lui correspond *un peu* ou *tout à fait*. L'échelle évaluative de l'estime de soi globale de 6 énoncés a été retenue dans cette étude. Pour évaluer les symptômes de dépression chez l'enfant, c'est la version francophone abrégée (St-Laurent, 1990) du *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985) qui a été utilisée. Elle comprend 10 énoncés. Le score varie de 0, signifiant une absence de symptôme, à 20, démontrant des symptômes importants. Enfin, les symptômes de TSTP ont été mesurés avec le *Children's Impact of Traumatic Events Scale* (CITES-II; Wolfe, 2002). L'instrument comporte 45 énoncés et l'échelle varie de 0 (*faux*), 1 (*un peu vrai*), 2 (*très vrai*).

Les parents ont également rempli divers instruments évaluant les symptômes de leur enfant. Le *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index* (CPTS-RI; Frederick, Pynoos et Nader, 1992) mesure la fréquence des symptômes de TSPT de l'enfant, rapportée par le parent. Celui-ci doit répondre à 20 items concernant certains comportements de l'enfant en évaluant sur une échelle de 1 (*jamais*) à 5 (*la plupart du temps*) leur fréquence depuis l'AS. Les parents du groupe de comparaison devaient répondre en fonction d'un événement stressant vécu par leur enfant. Le *Child Dissociative Checklist* (CDC; Putnam, Helmers et Trickett, 1993) demande au parent d'évaluer les symptômes de dissociation de l'enfant à l'aide de 20 items; l'échelle de réponse varie de 0 (*faux*), 1 (*un peu vrai*), 2 (*très vrai*). Le *Child Behavior Checklist* (CBC; Achenbach et Rescorla, 2001) mesure les niveaux de compétences sociales et les problèmes comportementaux de l'enfant au cours des deux derniers mois, d'un point de vue parental. Les 113 énoncés évaluent la fréquence des comportements à l'aide d'une échelle de réponses variant de 0 (*ne s'applique pas pour votre enfant*) à 2 (*toujours ou souvent vrai pour votre enfant*). Les scores mesurant les difficultés relationnelles, les troubles de la pensée et de l'inattention, l'anxiété, le retrait, la somatisation, la délinquance et l'agressivité, ainsi que des scores globaux d'intériorisation et d'extériorisation sont utilisés pour les analyses.

Procédures

Chaque rencontre a d'abord été introduite par les renseignements nécessaires au consentement libre et éclairé des participants. Ils étaient informés des objectifs de la recherche et de la confidentialité des réponses. Les formulaires de consentement et l'ensemble des questionnaires ont été remplis individuellement par le parent et l'enfant, ce dernier étant invariablement assisté lors de l'administration des questionnaires. Le projet de recherche a reçu une approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal.

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en trois sections. D'abord, les données descriptives fournissent un portrait global des participants et des caractéristiques des AS vécues par les victimes. Ensuite, les résultats des analyses de covariance (ANCOVA) exposent les principales différences liées aux symptômes manifestés. Puis sont présentés les résultats des régressions hiérarchiques visant à explorer la contribution des variables liées à l'AS aux symptômes différentiels en fonction du sexe.

Données descriptives

Lorsque les enfants du groupe AS sont comparés au groupe d'enfants n'ayant pas vécu d'AS, plusieurs variables sociodémographiques se trouvent équivalentes. On peut voir au tableau 1 que la proportion de filles et de garçons est similaire ($\chi^2_{(1)} = 0,54$ ns) et que les deux groupes sont composés d'enfants ayant un âge moyen semblable (groupe AS : $M = 9,17$ [$\pm 1,83$]; groupe de comparaison : $M = 9,54$ [$\pm 1,40$]; $t_{(192)} = 1,50$ ns). De plus, aucune différence significative n'est identifiée quant au revenu annuel de la famille ($\chi^2_{(3)} = 4,07$ ns). Par contre, la structure familiale s'est avérée significativement différente entre les deux groupes à l'étude ($\chi^2_{(1)} = 19,28$ $p = 0,00$) : les enfants du groupe AS sont plus nombreux à vivre dans une famille non intacte que les enfants du groupe de comparaison (83,1 % vs 53,9 %). Aucune différence ne ressort entre les filles et les garçons quant à la structure familiale ($\chi^2_{(1)} = 0,25$ ns) et quant à l'âge moyen (filles : $M = 9,42$ ($\pm 1,72$); garçons : $M = 9,07$ ($\pm 1,58$); $t_{(192)} = 1,33$ ns).

Les caractéristiques des AS vécues par les enfants sont exposées au tableau 2. Les analyses de chi-carré démontrent des différences significatives entre les filles et les garçons lorsque les gestes posés ($\chi^2_{(1)} = 4,73$ $p = 0,03$) et le type d'AS ($\chi^2_{(1)} = 4,35$ $p = 0,04$) sont considérés, de même qu'en ce qui concerne l'âge de l'agresseur ($\chi^2_{(1)} = 6,89$ $p = 0,01$). En effet, la proportion d'AS comportant des gestes intrusifs (pénétration ou tentative de pénétration) est significativement plus élevée chez les garçons (81,3 %) que chez les filles (59,8 %). Par ailleurs, la proportion d'AS intrafamiliales est significativement plus élevée chez les filles que chez les garçons (71,8 % vs 51,5 %). Les données indiquent aussi qu'une proportion plus élevée de garçons sont victimes d'agresseurs âgés de moins de 20 ans (53,3 % vs 26,8 %). Cependant, les résultats ne révèlent aucune différence significative liée au sexe de la victime pour ce qui est de la fréquence des agressions ($\chi^2_{(2)} = 2,59$ ns). Le dossier clinique de 105 enfants du groupe AS (89,0 %) dénombrait une seule situation d'AS (agression pouvant impliquer un épisode unique ou plusieurs épisodes) tandis que le dossier clinique de 13 enfants signalait plus d'une situation d'AS. Toujours selon les dossiers cliniques, 97 enfants (82,2 %) ont été victimes d'une AS impliquant un seul agresseur. La moyenne d'âge lors du premier épisode d'AS était de 6,66 ans (médiane : 6,00; mode : 6; écart-type : 2,38).

Analyses de covariance

Une série d'analyses de covariance (ANCOVA) 2 (groupe) x 2 (sexe) contrôlant pour des différences liées à la structure familiale entre les deux groupes a été appliquée sur les moyennes des scores évaluant les symptômes. Les résultats sont présentés au tableau 3. Les

analyses révèlent une interaction Groupe x Sexe significative ($F(1) = 3,98$ $p = 0,05$) quant aux symptômes d'anxiété auto-rapportés par l'enfant : ceux-ci sont plus importants chez les filles victimes d'AS que chez les garçons victimes alors qu'aucune différence liée au sexe n'est apparente pour les enfants du groupe de comparaison. Une interaction Groupe x Sexe atteignant un seuil marginal de signification est également notée au niveau des symptômes auto-rapportés de TSPT ($F(1) = 3,03$ $p = 0,08$), indiquant que les filles victimes d'AS démontrent davantage de symptômes de TSPT que les garçons victimes tandis que les filles et les garçons du groupe de comparaison affichent des résultats comparables. Par ailleurs, au-delà des effets d'interaction spécifiques au groupe AS mentionnés, les analyses révèlent un effet Sexe général à l'ensemble de l'échantillon en ce qui concerne ces deux catégories de symptômes, les filles dévoilant plus de symptômes d'anxiété ($F(1) = 5,28$ $p = 0,02$) et de TSPT ($F(1) = 6,51$ $p = 0,01$) que les garçons.

En ce qui concerne les symptômes de l'enfant rapportés par le parent, les analyses dévoilent un effet Groupe sur l'ensemble des variables considérées, à savoir que les victimes d'AS manifestent significativement plus de symptômes que les enfants du groupe de comparaison. Aucun effet d'interaction Groupe x Sexe n'est noté quant à l'ampleur globale des difficultés rapportées par le parent, celle-ci étant similaire pour les victimes des deux sexes. Par ailleurs, un effet marginal lié au sexe est noté quant aux difficultés comportementales extériorisées, indiquant une tendance chez les garçons en général, victimes ou non victimes d'AS, d'afficher davantage de difficultés comportementales extériorisées que les filles ($F(1) = 3,24$ $p = 0,07$).

Analyses de régression

Des analyses de régression hiérarchique ont été effectuées afin d'évaluer la contribution relative des caractéristiques des AS à l'intensité des symptômes pour lesquels une interaction Groupe x Sexe a été identifiée (soit les symptômes d'anxiété et de TSPT rapportés par l'enfant). Les analyses ont été menées en deux étapes distinctes : la première étape prenait en considération l'âge de l'agresseur ainsi que les gestes posés et le type d'AS, tandis que la seconde étape ajoutait le sexe de l'enfant victime. Les résultats de ces analyses faisant intervenir les caractéristiques de l'AS démontrent que celles-ci ne permettent pas de prédire l'intensité des symptômes. Seul le sexe féminin contribue à la fréquence des symptômes d'anxiété ($\beta = -0,25$ $p < 0,02$) et de TSPT ($\beta = -0,32$ $p < 0,00$) chez les victimes.

DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était de documenter les spécificités relatives au sexe quant aux caractéristiques des AS vécues et aux conséquences associées chez les enfants. Qui plus est, l'inclusion d'un groupe de comparaison apparié en termes d'âge et de sexe a permis de comparer les filles et les garçons victimes d'AS avec des enfants non victimes. La pertinence d'étudier les conséquences associées à l'AS en fonction du sexe des enfants victimes et des caractéristiques liées aux événements repose sur l'absence de consensus dans les études déjà publiées (Forouzan et Van Gijseghem, 2004; Walter, Carey, Mohr, Stein et Seedat, 2004), sans compter le manque de recherches ayant eu recours à un groupe de comparaison afin de contraster les deux populations et de mieux cerner les spécificités des conséquences associées

au sexe. De plus, la possibilité de distinguer des troubles de comportement plus généralement partagés et d'autres plus spécifiquement liés à l'AS (par ex. le TSPT et la dissociation) aura contribué à l'élaboration d'un portrait différentiel encore plus précis. Par ailleurs, les données relatives à la symptomatologie ont été recueillies auprès des enfants et de leur parent non agresseur, ce qui représente un apport relativement aux études antérieures.

Certaines caractéristiques des AS vécues se sont avérées différentes selon le sexe de l'enfant. D'une part, les filles de l'échantillon sont plus nombreuses à avoir vécu une AS intrafamiliale que les garçons, ce qui corrobore les données d'une étude antérieure (Gold *et al.*, 1998). Les filles sont également plus nombreuses à avoir été victimes d'un agresseur adulte (âgé de 20 ans et plus), tandis que les garçons sont plus nombreux à avoir été victimes d'agresseurs juvéniles (âgés de moins de 20 ans). Un résultat similaire est rapporté par Edinburgh *et al.* (2006) dans leur étude auprès de 290 préadolescents victimes d'AS, âgés de 10 à 14 ans et rencontrés dans un milieu hospitalier : les garçons rapportaient une AS perpétrée par un agresseur juvénile en plus grande proportion que les filles (44,4 % vs 24,7 %). Ce résultat peut être associé au type d'AS vécue. Ainsi, le fait que les filles soient plus fréquemment victimes d'AS intrafamiliales pourrait expliquer l'âge plus élevé des agresseurs impliqués : les gestes sont plus couramment perpétrés par un parent ou le conjoint d'un parent. D'autre part, une plus grande proportion de garçons que de filles rapportent avoir vécu des AS impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration. Il semble néanmoins nécessaire de mentionner que les études antérieures ayant évalué les différences entre les filles et les garçons au regard des gestes posés lors des AS présentent des résultats hétérogènes : certaines données font conclure qu'il n'y a pas de différence (Maikovich *et al.*, 2009), d'autres que les filles vivent plus d'AS comportant une pénétration (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010; Ullman et Filipas, 2005), et d'autres encore que ce sont les garçons qui sont le plus susceptibles de subir une pénétration lors de l'AS (Dubé *et al.*, 2005). Il importe de préciser que cette dernière étude était rétrospective et comportait un échantillon composé de victimes d'âge adulte, ce qui peut expliquer en partie la disparité entre les résultats. Quoi qu'il en soit, il est difficile de mettre en contraste les résultats de la présente étude avec ceux des recherches antérieures puisque des définitions différentes peuvent avoir été utilisées pour regrouper et qualifier les gestes posés lors des AS. Par ailleurs, les différences liées aux modes de cueillette de données et au moment où l'information est recueillie sont aussi des éléments à considérer. Par exemple, il est possible que des participants sollicités dans un contexte de traitement dévoilent davantage tous les gestes vécus, incluant ceux comportant une pénétration, au fur et à mesure que la confiance s'établit avec l'intervenant.

Considérant que l'échantillon de l'étude comportait une proportion plus élevée de garçons que de filles ayant subi une pénétration ou une tentative de pénétration lors de l'AS (81 % vs 59 %), les attentes étaient qu'on trouverait une symptomatologie plus importante chez les victimes masculines, ce qui s'est avéré être inexact. En fait, au plan des symptômes différentiels, les données indiquent que par rapport aux garçons, les filles victimes d'AS rapportent plus d'anxiété. Les données indiquent, en outre, une interaction marginale pour les symptômes auto-rapportés liés au TSPT, à savoir que les filles victimes d'AS affichent davantage ces symptômes que les garçons victimes, alors que pour le groupe de comparaison, aucune distinction n'est notée entre les filles et les garçons. D'après la recension menée par

Tolin et Foa (2006), les femmes seraient plus susceptibles que les hommes de développer le TSPT après avoir été exposées à un événement traumatisant, bien que les hommes soient plus susceptibles d'être exposés à un événement de vie traumatisant. Dans le cas spécifique de l'AS, les résultats de leur recension permettent de conclure que les femmes présentent une fréquence et une sévérité plus importante de TSPT que les hommes, notamment quand les études utilisent des entrevues diagnostiques. L'étude d'Ullman et Filipas (2005) fait état de résultats similaires, soulignant que les femmes victimes d'AS rapportent plus de TSPT que les hommes suite au dévoilement d'une AS. Selon certains, les filles semblent avoir une prédisposition à exprimer davantage leur symptomatologie en raison de facteurs de socialisation leur étant propres (Kaminer, Seedat, Lockhat et Stein, 2000), ce qui les mènerait à manifester davantage de symptômes intériorisés; elles peuvent être portées à se remémorer les souvenirs négatifs liés à l'AS vécue et avoir davantage d'expériences de ré-expérimentation. De plus, les stratégies d'adaptation différentes utilisées par les femmes et les hommes participeraient à la différenciation des profils cliniques associés au TSPT (Olf, Langeland, Draijer et Gersons, 2007) : il serait donc indiqué de tenir compte de ces stratégies dans les prochaines études portant sur les répercussions des AS en fonction du sexe des victimes. Il serait également judicieux de documenter les sentiments de culpabilité dans les études à venir puisqu'ils semblent influencer les symptômes manifestés par les enfants victimes d'AS (Feiring, Taska et Chen, 2002). Plus précisément, des études permettent de croire que les femmes s'attribuent davantage de blâme (Ullman et Filipas, 2005).

Finalement, les résultats des analyses de régressions indiquent que les caractéristiques des AS n'ont pas une valeur prédictive relativement aux symptômes de TSPT et d'anxiété. Ainsi, le fait d'avoir vécu une AS intrafamiliale, d'avoir été victime d'un agresseur d'âge adulte ou d'avoir subi une agression comportant une pénétration ou une tentative de pénétration ne permet pas de prévoir des symptômes d'anxiété et de TSPT plus importants. L'origine des différences constatées sur le plan des symptômes entre les filles et les garçons victimes serait donc potentiellement associée à des variables n'ayant pas été mesurées dans la présente étude. Ainsi, en plus de la culpabilité ressentie et des stratégies d'adaptation, il serait pertinent d'investiguer les autres formes de victimisation, conjointes ou antérieures aux AS vécues, comme le mentionnent Forouzan et Van Gijseghem (2004). Finkelhor, Ormrod, Turner et Holt (2009) ont d'ailleurs récemment abordé le phénomène de polyvictimisation pouvant accentuer la symptomatologie des victimes.

Les parents des enfants victimes les perçoivent considérablement plus symptomatologiques que ceux des enfants du groupe de comparaison et cet effet de groupe identifié pour la majorité des variables mesurées était attendu. Suite à une recension de 45 études empiriques dont 55 % comprenaient un groupe de comparaison, Kendall-Tackett *et al.* (1993) notent que les enfants victimes d'AS démontrent des difficultés de comportement atteignant plusieurs sphères de développement. Notons que les données révèlent que tous groupes confondus, les garçons manifestent plus de troubles comportementaux extériorisés que les filles, ce qui corrobore les recensions de Berliner et Elliott (2002) et de Dhaliwal *et al.* (1996). Par contre, les résultats de la présente étude indiquent que la majorité des symptômes observés chez les victimes d'AS ne diffèrent pas significativement selon que l'enfant est de sexe féminin ou masculin. Les résultats

de Maikovich-Fong et Jaffee (2010) étant similaires, les auteurs soulignent que les caractéristiques liées aux AS n'en demeurent pas moins différentes selon le sexe de l'enfant.

Malgré l'apport des résultats de la présente étude pour l'analyse de possibles différences liées au sexe, elle présente certaines limites. D'abord, en dépit des efforts qui ont été déployés pour recruter un groupe de comparaison équivalent au groupe d'enfants victimes, une différence au niveau de la structure familiale est notée : les enfants victimes sont moins fréquemment issus d'une famille intacte (composée des deux parents) et cette variable a dû être contrôlée dans les analyses. Cette différence était certes prévisible puisque vivre dans une famille non intacte est identifié comme un facteur de risque de vivre une AS (Baril et Tourigny, 2009). Il convient également de souligner que des variables importantes, dont les autres événements traumatiques vécus (par ex. maltraitance, violence dans le milieu familial ou scolaire), n'ont pas été évaluées. Pourtant, elles sont susceptibles d'influer sur l'intensité des troubles comportementaux ou émotionnels répertoriés. Finalement, un devis longitudinal aurait sans doute permis de mieux définir les possibles profils différentiels des filles et garçons victimes d'AS. Malgré ces limites, les résultats obtenus s'ajoutent aux données empiriques déjà existantes sur les différences entre les filles et les garçons victimes d'AS. Bien que les caractéristiques relatives aux événements se soient révélées distinctes selon le sexe de l'enfant, il n'en demeure pas moins que les profils symptomatologiques des filles et des garçons victimes sont très similaires.

Les résultats présentent certes des implications sur le plan de l'intervention. Considérant que les symptômes observés chez les filles et les garçons victimes d'AS ne diffèrent qu'au niveau des symptômes de TSPT et d'anxiété auto-rapportés, il semble que les interventions à privilégier auprès de cette jeune clientèle puissent être similaires pour les garçons et les filles concernant la majorité des dimensions abordées. Par ailleurs, si les résultats identifiés sont validés dans le contexte d'études futures, il pourrait s'avérer opportun d'accorder une attention particulière aux stratégies visant à réduire les symptômes de TSPT et d'anxiété chez les filles. Néanmoins, il demeure crucial de poursuivre les recherches sur la différenciation selon le sexe des enfants victimes d'AS afin de peaufiner le portrait actuellement disponible.

Mylène Villeneuve Cyr, B.A.

Candidate à la maîtrise en sexologie
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

Martine Hébert, Ph.D.

Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. et L. A. Rescorla (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. An integrated system of multi-informant assessment*, Burlington, Vermont, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Banyard, V. L., L. M. Williams et J. A. Siegel (2004). « Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences », *Child Maltreatment*, 9(3), p. 223-238.
- Baril, K. et M. Tourigny (2009). « La violence sexuelle envers les enfants », dans M.-È. Clément et S. Dufour, *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Québec, Les Éditions CEC, p. 145-153.
- Berliner, L. et D. M. Elliott (2002). « Sexual abuse of children », dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny et T. A. Reid, *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2^e éd., Thousand Oaks, Californie, Sage Publications Inc., p. 55-78.
- Blain, L. M., T. E. Galovski et T. Robinson (2010). « Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: A critical review », *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), p. 463-474.
- Brezo, J., J. Paris, F. Vitaro, M. Hébert, R. E. Tremblay et G. Turecki (2008). « Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse », *British Journal of Psychiatry*, 193(2), p. 134-139.
- Bromberg, D. S. et B. T. Johnson (2001). « Sexual interest in children, child sexual abuse, and psychological sequelae for children », *Psychology in the Schools*, 38(4), p. 343-355.
- Daignault, I. V. et M. Hébert (2004). « L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle », *Psychologie canadienne*, 45(4), p. 293-307.
- Darves-Bornoz, J.-M., M. Choquet, S. Ledoux, I. Gasquet et R. Manfredi (1998). « Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(3), p. 111-117.
- Dhaliwal, G. K., L. Gauzas et D. H. Antonowicz (1996). « Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long term effects », *Clinical Psychology Review*, 16(7), p. 619-639.
- Dubé, S. F., R. F. Anda, C. L. Whitfield, D. W. Brown, V. J. Felitti, M. Dong et W. H. Giles (2005). « Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim », *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), p. 430-438.
- Edinburgh, L., E. Saewyc et C. Levitt (2006). « Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens », *The Journal of School Nursing*, 22(5), p. 278-284.
- Fergusson, D. M. et P. E. Mullen (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*, Thousand Oaks, California, Sage Publications Inc., 134 p.
- Feiring, C., L. Taska et K. Chen (2002). « Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse », *Child Maltreatment*, 7(1), p. 26-41.
- Finkelhor, D., R. Ormrod, H. Turner et M. Holt (2009). « Pathways to poly-victimization », *Child Maltreatment*, 14(4), p. 316-329.

- Fontanella, C., D. Harrington et S. J. Zuravin (2000). « Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers », *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), p. 21-40.
- Forouzan, E. et H. Van Gijseghem (2004). « Recension des écrits sur l'impact des contacts sexuels précoces sur les hommes », *Psychologie canadienne*, 45(1), p. 59-80.
- Frederick, C., R. Pynoos et K. Nader (1992). *Childhood Post-Traumatic Stress Reaction Index, a copyrighted instrument*, disponible auprès de Frederick et Pynoos, 760 Westwood Plaza, Los Angeles, CA, 90024.
- Garnefski, N. et E. Arends (1998). « Sexual abuse and adolescent maladjustment: Differences between male and female victims », *Journal of Adolescence*, 21(1), p. 99-107.
- Gold, S. N., J. D. Elhai, B. A. Lucenko, J. M. Swingle et D. M. Hughes (1998). « Abuse characteristics among childhood sexual abuse survivors in therapy: A gender comparison », *Child Abuse & Neglect*, 22(10), p. 1005-1012.
- Halpérin, D. S., P. Bouvier, P. D. Jaffé, R.-L. Mounoud, C. H. Pawlak, J. Laederach, H. R. Wicky et F. Astié (1996). « Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional survey », *British Medical Journal*, 312(7042), p. 1326-1329.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children: Revision of the Perceived Competence Scale for Children*, Denver, Colorado, University of Denver Press.
- Hébert, M., C. Tremblay, N. Parent, I. V. Daignault et C. Piché (2006). « Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children », *Journal of Family Violence*, 21(5), p. 287-299.
- Holmes, W. C. et G. B. Slap (1998). « Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management », *Journal of the American Medical Association*, 280(21), p. 1855-1862.
- Kaminer, D., S. Seedat, R. Lockhat et D. J. Stein (2000). « Violent trauma among child and adolescent girls: Current knowledge and implications for clinicians », *International Clinical Psychopharmacology*, 15(3), p. S51-S59.
- Kendall-Tackett, K. A. et A. F. Simon (1992). « A comparison of the abuse experiences of male and female adults molested as children », *Journal of Family Violence*, 7(1), p. 57-62.
- Kendall-Tackett, K. A., L. Meyer Williams et D. Finkelhor (1993). « Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies », *Psychological Bulletin*, 113(1), p. 164-180.
- Kovacs, M. (1985). « The Children's Depression Inventory (CDI) », *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), p. 995-998.
- Magalhaes, T., F. Taveira, P. Jardim, L. Santos, E. Matos et A. Santos (2009). « Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases », *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(8), p. 455-459.
- Maikovich, A. K., K. C. Koenen et S. R. Jaffee (2009). « Posttraumatic stress symptoms and trajectories in child sexual abuse victims: An analysis of sex differences using the National Survey of Child and Adolescent Well-Being », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), p. 727-737.
- Maikovich-Fong, A. K. et S. R. Jaffee (2010). « Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth », *Child Abuse & Neglect*, 34(6), p. 429-437.

- O'Leary, P. J. et J. Barber (2008). « Gender differences in silencing following childhood sexual abuse », *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), p. 133-143.
- Olf, M., W. Langeland, N. Draijer et B.P.R. Gersons (2007). « Gender differences in posttraumatic stress disorder », *Psychological Bulletin*, 133(2), p. 183-204.
- Parent, N. et M. Hébert (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. Adaptation française du « History of Victimization Form »* by Wolfe, Gentile & Boudreau (1987), Montréal, Québec, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Pereda, N., G. Guilera, M. Forns et J. Gómez-Benito (2009). « The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994) », *Child Abuse & Neglect*, 33(6), p. 331-342.
- Putnam, F. W., K. Helmers et P. K. Trickett (1993). « Development, reliability, and validity of a child dissociation scale », *Child Abuse & Neglect*, 17(6), p. 731-741.
- Reynolds, C. R. et B. O. Richmond (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual*, Los Angeles, Californie, Western Psychological Services.
- Shin Shin Tang, S., J. J. Freyd et M. Wang (2008). « What do we know about gender in the disclosure of sexual abuse? », *Journal of Psychological Trauma*, 6(4), p. 1-26.
- St-Laurent, L. (1990). « Étude psychométrique de l'inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 22(4), p. 377-384.
- Tolin, D. F. et E. B. Foa (2006). « Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research », *Psychological Bulletin*, 132(6), p. 959-992.
- Tremblay, C., M. Hébert et C. Piché (2000). « Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children », *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(1), p. 65-90.
- Ullman, S. E. et H. H. Filipas (2005). « Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors », *Child Abuse & Neglect*, 29(7), p. 767-782.
- Walter, J. L., P. D. Carey, N. Mohr, D. J. Stein et S. Seedat (2004). « Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of paediatric PTSD », *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), p. 111-121.
- Whealin, J. M., H. M. Zinzow, S. A. Salstrom et J. L. Jackson (2007). « Sex differences in the experience of unwanted sexual attention and behaviors during childhood », *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(3), p. 41-58.
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*, instrument d'évaluation non publié, disponible auprès de V. V. Wolfe, Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario, N6A 4G5, Canada.
- Wolfe, V. V. (2006). « Child sexual abuse », dans E. J. Mash et R. A. Barkley, *Treatment of childhood disorders*, 3^e éd., New York, Guilford Press, p. 647-727.
- Wolfe, V. V., C. Gentile et P. Boudreau (1987). *History of Victimization Form*, instrument d'évaluation non publié, London, Ontario, London Health Science Centre.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Variables	Groupe AS (<i>n</i> = 118)	Groupe de comparaison (<i>n</i> = 76)	Tests statistiques
Âge moyen (étendue = 6 ans 1 mois à 12 ans 11 mois)	9,17 (± 1,83)	9,54 (± 1,40)	$t_{(192)} = 1,50$ ns
Sexe			$\chi^2_{(1)} = 0,54$ ns
Filles	72,0 %	67,1 %	
Garçons	28,0 %	32,9 %	
Structure familiale			
Famille intacte	16,9 %	46,1 %	$\chi^2_{(1)} = 19,28$ ***
Famille non intacte (monoparentale, recomposée, d'accueil ou autre)	83,1 %	53,9 %	
Revenu familial			$\chi^2_{(3)} = 4,07$ ns
Moins de 20 000 \$	36,2 %	24,0 %	
20 000 \$ - 39 999 \$	28,4 %	28,0 %	
40 000 \$ - 59 999 \$	12,4 %	18,7 %	
60 000 \$ et plus	23,0 %	29,3 %	

ns : non significatif **p* < 0,05 ***p* < 0,01 ****p* < 0,001

Tableau 2. Caractéristiques des événements relatifs à l'agression sexuelle

Variabes	Filles (n = 85)	Garçons (n = 33)	Tests statistiques
Gestes posés lors de l'agression			$\chi^2_{(1)} = 4,73$ *
Contacts physiques sur ou sous les vêtements	40,2 %	18,7 %	
Tentative de pénétration ou pénétration (orale, vaginale ou anale)	59,8 %	81,3 %	
Fréquence de l'agression			$\chi^2_{(2)} = 2,59$ ns
Épisode unique	19,2 %	9,7 %	
Quelques événements	39,8 %	54,8 %	
Chronique (plus de 6 mois)	41,0 %	35,5 %	
Type d'agression			$\chi^2_{(1)} = 4,35$ *
Intrafamilial	71,8 %	51,5 %	
Extrafamilial	28,2 %	48,5 %	
Âge de l'agresseur			$\chi^2_{(1)} = 6,89$ **
19 ans et moins	26,8 %	53,3 %	
20 ans et plus	73,2 %	46,7 %	
ns : non significatif	* $p < 0,05$	** $p < 0,01$	

Tableau 3. Moyennes ajustées et résultats des analyses de covariance sur les symptômes rapportés par les enfants et les parents

Mesures	Groupe AS		Groupe de comparaison		Sexe	ANCOVAs	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons		Groupe	Interaction
Complétées par l'enfant							
Anxiété (RCMAS: 0-11)	5,68	3,58	4,64	4,49	5,28*	0,02	3,98*
Estime (SPPC: 6-24)	18,40	18,81	20,28	19,14	0,38	3,15†	1,68
Dépression (CDI: 0-20)	4,19	3,50	2,77	2,76	0,42	3,70†	0,40
TSPT (CITES: 0-90)	43,87	32,33	32,84	30,68	6,51**	5,21*	3,03†
Complétées par le parent							
TSPT (CPTSR: 0-76)	27,97	25,77	17,85	14,43	1,33	18,42****	0,06
Dissociation (CDC: 0-40)	7,55	7,97	3,72	3,32	0,00	22,35****	0,22
Comportement (Scores T)							
Difficultés relationnelles	62,80	63,89	56,33	55,97	0,06	21,43****	0,24
Troubles de la pensée	61,86	63,54	55,75	56,10	0,55	22,88****	0,24
Troubles de l'attention	62,26	62,86	56,79	56,98	0,07	13,23****	0,02
Intériorisation	62,25	63,03	54,18	55,20	0,29	21,05****	0,01
Anxiété	62,75	63,08	57,93	56,47	0,15	14,13****	0,37
Retrait	61,64	64,60	55,69	56,58	1,87	22,84****	0,54
Somatisation	58,81	58,36	54,52	56,47	0,40	6,38**	1,03
Extériorisation	62,68	66,03	54,97	57,91	3,24†	19,11****	0,01
Délinquance	61,95	64,59	56,01	55,95	0,96	28,51****	1,05
Agressivité	64,72	68,75	58,81	58,80	1,41	20,30****	1,41

† $p = 0,06$ à $0,10$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ **** $p < 0,001$