

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE COMPARATIVE DES CARACTÉRISTIQUES
DE L'AGRESSION SEXUELLE
ET DES SYMPTÔMES CHEZ L'ENFANT VICTIME SELON LE SEXE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MYLÈNE VILLENEUVE CYR

MARS 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Merci à Martine Hébert, directrice exceptionnelle. Merci d'avoir été une source de soutien et d'être à l'origine de mes premiers pas dans cet univers qu'est la recherche. Merci de m'avoir accompagnée finement et brillamment dans cette aventure.

Merci à Manon Robichaud, m'ayant généreusement fait profiter de son expertise dès le début de mon cheminement dans le monde de la recherche. Merci pour ta grande aide et les nombreuses discussions où tu auras su me guider adroitement.

Merci à deux collègues qui furent de bons modèles, mesdemoiselles Claudia Blanchard-Dallaire et Marie-Josée Bernier.

Merci aux étudiants/es, assistants/es de recherche et bénévoles ayant participé aux projets du laboratoire. Merci également aux directrices et intervenantes des centres et cliniques visités. Merci à tous les enfants et familles ayant accepté de se prêter aux rencontres nécessaires pour l'élaboration d'une telle étude.

Et un merci tout spécial à ma famille et à mes amis/es, lesquels m'ont offert le soutien nécessaire à l'atteinte de mes ambitions personnelles.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES	2
1.1 Définition	2
1.2 Incidence, prévalence et dévoilement	3
1.3 Caractéristiques des agresseurs	4
1.4 Caractéristiques de l'agression sexuelle.....	5
1.5 Conséquences associées à l'agression sexuelle.....	7
CHAPITRE II	
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	11
2.1 Objectifs	11
2.2 Hypothèses de recherche.....	12
CHAPITRE III	
MODÈLE CONCEPTUEL	13
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE	17
4.1 Participants.....	17
4.2 Instruments de mesure.....	18
4.3 Procédures	18
4.4 Considérations éthiques.....	19
CHAPITRE V	
ARTICLE	21
Résumé.....	22
Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe.....	23
Méthodologie	26
Résultats	29
Discussion	31
Références.....	35

CHAPITRE VI	
CONCLUSION	42
6.1 Pertinence du mémoire et principaux résultats en lien avec les études antérieures	42
6.2 Limites méthodologiques	46
6.3 Apports au plan de l'intervention sexologique.....	47
6.4 Pistes de recherche	50
RÉFÉRENCES.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des participants	39
Tableau 2	Caractéristiques des événements relatifs à l'agression sexuelle.....	40
Tableau 3	Moyennes ajustées et résultats des analyses de covariance sur les symptômes rapportés par les enfants et les parents	41

RÉSUMÉ

Ce projet de mémoire explore les caractéristiques de l'agression sexuelle en enfance et les conséquences associées en fonction du sexe des victimes. Les enfants âgés de 6 à 12 ans ainsi que leur parent non-agresseur ont été rencontrés au début du traitement afin d'évaluer leurs symptômes. Un groupe de comparaison d'enfants non-victimes aura permis d'évaluer les différences entre les deux groupes. Les résultats des analyses révèlent que les victimes présentent plus de symptômes que les enfants sans histoire d'agression sexuelle, et ce, sur l'ensemble des variables considérées. Bien que les caractéristiques relatives aux événements se soient révélées distinctes selon le sexe des enfants victimes d'agression sexuelle, il n'en demeure pas moins que les profils symptomatologiques des filles et des garçons apparaissent très similaires. La principale différence se situe au niveau des symptômes d'anxiété et de stress post-traumatique qui apparaissent respectivement plus fréquents chez les filles qui ont dévoilé une agression sexuelle.

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

INTRODUCTION

Afin de prévenir les agressions sexuelles (AS), plusieurs initiatives ont vu le jour au fil des années au Québec. Dans le milieu de la recherche, de nombreuses études ont également contribué à définir un portrait plus clair de la réalité des victimes. De nombreux acteurs œuvrant dans le domaine de l'AS en enfance, qu'ils soient intervenants, professionnels, chercheurs ou étudiants, ont permis de mieux documenter cette problématique. Aujourd'hui, il est reconnu que les enfants victimes manifestent plus de séquelles psychologiques et physiques que les enfants sans histoire d'AS (Orientations gouvernementales du Québec en matière d'agression sexuelle, 2002), mais les recherches sur la différenciation des symptômes des victimes d'AS, en fonction du sexe des enfants, sont encore trop peu nombreuses.

Le présent mémoire porte sur les conséquences associées à l'agression sexuelle en fonction du sexe des enfants victimes, tout en tenant compte des caractéristiques des événements vécus. Ce mémoire est présenté sous forme d'article. Le chapitre I débute avec l'état des connaissances sur l'AS en enfance en présentant d'abord les taux de prévalence et d'incidence. Les caractéristiques des agresseurs et des gestes sont ensuite abordées afin de mettre en contexte la réalité des enfants victimes. Par la suite, les similitudes et différences en fonction du sexe des victimes sont répertoriées. Le chapitre II enchaîne avec les objectifs et les hypothèses de recherche sous-jacents au projet, puis le chapitre III présente le modèle conceptuel retenu. Le chapitre IV soumet la méthodologie employée afin de bien décrire les procédures relatives au recrutement des participants et à la passation des questionnaires. Les instruments de mesure et les considérations éthiques sont également exposés. Le chapitre V comporte l'article scientifique tel que soumis et publié dans la revue *Service Social* et la conclusion générale est finalement présentée en quatre sections au chapitre VI. La pertinence et les résultats du mémoire sont discutés parallèlement aux travaux antérieurs recensés puis les limites méthodologiques sont communiquées. Les contributions du mémoire quant à l'intervention sexologique sont exposées puis en terminant, des pistes de réflexions utiles pour les projets futurs dans le domaine de la recherche sur les AS en enfance sont présentées.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Définition

L'AS en enfance est un des problèmes les plus sérieux en santé publique (Pereda *et al.*, 2009a) et depuis le début des années 1980, plusieurs recherches ont tenté de mieux qualifier la prévalence du phénomène et les conséquences associées. Dans ces études, l'enfance est généralement considérée comme la période de temps se situant entre la naissance et 18 ans. Différentes tranches d'âge sont fréquemment utilisées dans les études nord-américaines afin de différencier les stades de développement de l'enfant et de qualifier les conséquences associées à l'AS (0 à 6 ans, 7 à 12 ans et 13 à 18 ans) (Kendall-Tackett, Meyer Williams et Finkelhor, 1993). L'âge du consentement, les lois et la culture peuvent avoir une influence sur le concept d'enfance si bien que les critères d'inclusion et d'exclusion varient selon le type de recherches effectuées et selon l'approche privilégiée par les équipes de recherche.

Cependant, les enfants visés par l'étude du phénomène de l'AS en enfance doivent s'inscrire dans le contexte de maltraitance spécifique des AS. La définition d'une AS, employée par les Orientations gouvernementales du Québec en matière d'agression sexuelle (2002), regroupe les différentes dimensions impliquées dans ce contexte bien particulier :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne. (p.9)

1.2 Incidence, prévalence et dévoilement

L'Étude canadienne sur l'incidence des cas de maltraitance et de négligence envers les enfants estime que 2 607 enquêtes sur les mauvais traitements ont été menées en 2008 à la suite d'allégations d'AS envers ces enfants (Trocmé *et al.*, 2010), ce qui représente 3% des mauvais traitements corroborés envers les enfants. Plus précisément, le taux annuel d'incidence d'AS pour 1000 enfants serait de 0,43 au Canada (Trocmé *et al.*, 2010). Les données spécifiques au Québec rapportent que les victimes d'infractions sexuelles sont principalement des filles et des garçons de moins de 18 ans, l'équivalent respectif de 52% et 14% des cas enregistrés en 2009. Cependant, 27% de ces infractions ont été enregistrées au moins un an après les événements (Ministère de la Sécurité publique, 2011), ce qui laisse croire que plusieurs jeunes dévoilent tardivement les gestes abusifs dont ils ont été victimes. D'ailleurs, les études sur l'incidence des AS reposent sur les cas signalés aux autorités (hôpitaux, services sociaux, système judiciaire) et elles ne tiennent pas compte des cas passés sous silence. Les statistiques disponibles ne révèlent en fait qu'un faible pourcentage du nombre total de victimes et les données d'incidence sous-estiment la réelle occurrence des AS en enfance (Runyan, 1998), ce qui marque davantage l'ampleur imposante du phénomène.

Bien que les statistiques varient selon les méthodologies propres aux études (Forouzan et Van Gijsegem, 2004; Pereda *et al.*, 2009b), les taux demeurent considérables. La prévalence permet de chiffrer le nombre de cas d'AS dans une population ciblée, à un moment précis, sans distinction entre les anciens et les nouveaux cas (Runyan, 1998). Elle indique le nombre d'enfants victimes d'AS en enfance (Fallon *et al.*, 2010) et à la différence de l'incidence, elle se réfère au nombre total des cas actuels. Enfin, selon les études, la prévalence d'AS en enfance dans la population générale varie grandement, allant de 10 à 35 % chez les femmes et de 4 à 15 % chez les hommes (Dube *et al.*, 2005; Hébert *et al.*, 2009; Pereda *et al.*, 2009a; Putnam, 2003). Toutefois, les enfants sont une population particulièrement à risque d'AS puisque 61 % des cas d'AS rapportés aux autorités policières canadiennes concernent des enfants de moins de 18 ans (Beattie, 2005).

Les estimations sur le nombre de victimes d'AS sont grandement affectées par les différentes manières de définir les AS (Yancey et Hansen, 2010); que ce soit dans la sphère de la

recherche, des traitements pour les victimes ou encore dans les définitions législatives, il n'y a pas de définition universelle désignant précisément en quoi consiste une AS (Haugaard, 2000). Sans tenir compte des différentes définitions des études de prévalence, globalement près de 19,7 % des femmes et 7,9 % des hommes ont vécu une AS avant l'âge de 18 ans (Pereda *et al.*, 2009a). Cependant, plusieurs victimes dévoileront tardivement les gestes subis. Certains auteurs iront même jusqu'à affirmer que la majorité des enfants victimes d'AS ne dévoilent pas l'agression au cours de leur enfance (London *et al.*, 2005). Il appert aussi que les victimes de sexe masculin sont moins susceptibles de dévoiler l'AS au moment de l'abus (O'Leary et Barber, 2008). En effet, une étude révèle que les garçons victimes ont plus fréquemment affirmé n'avoir eu personne à qui dévoiler l'AS que les filles victimes (Edinburgh, Saewyc et Levitt, 2006), ce qui les menait à parler plus tardivement des gestes posés.

En plus des cas passés sous silence et des dévoilements tardifs, la croyance populaire voulant que les hommes soient rarement agressés sexuellement et qu'ils en soient moins affectés que les femmes peut biaiser les statistiques en contraignant les victimes masculines à interpréter les gestes vécus comme étant moins dommageables. Les stéréotypes sexuels et les questionnements relatifs à l'identité sexuelle représentent un défi additionnel quant au dévoilement des AS par les garçons victimes (Forouzan et Van Gijseghem, 2004; Paine et Hansen, 2002). Par conséquent, la moins grande prévalence des AS chez les hommes que chez les femmes, en plus des situations n'ayant jamais été dévoilées, rend la population masculine moins représentée dans les études publiées (Fontanella, Harrington et Zuravin, 2000; Pereda *et al.*, 2009b).

1.3 Caractéristiques des agresseurs

Selon les recherches qui prennent en considération les caractéristiques de l'agresseur ayant commis les gestes, les filles sont plus susceptibles d'avoir été agressées par un membre de leur famille (immédiate ou élargie) que les garçons (Banyard, Williams et Siegel, 2004; Gold *et al.*, 1998) tandis que ces derniers sont plus à risque d'être victimes d'AS par des individus extérieurs à la famille (Edinburg, Saewyc et Levitt, 2006; Holmes et Slap, 1998; Kendall-Tacket et Simon, 1992). Plus précisément, dans les cas d'AS commises par un membre de la famille immédiate (parent ou conjoint du parent, fratrie ou enfant du conjoint) ou élargie

(oncle, tante, cousin/e, grand-parent, etc.), le taux de victimes féminines est quatre fois plus élevé que le taux de victimes masculines (102 filles pour 25 garçons par 100 000 AS) (Statistique Canada, 2008). Parallèlement, dans les cas d'AS commises par un membre de la famille, les enfants victimes le sont par leur père à 35 %, par leur frère à 28 % et par les hommes de la famille élargie à 33 % (Statistique Canada, 2008), sans distinction par rapport au sexe de l'enfant victime. Par ailleurs, les garçons et les filles seraient victimes d'AS par leur père biologique dans des chiffres presque équivalents alors que les filles seraient plus susceptibles d'être victimes d'AS par leur beau-père (Kendall-Tacket et Simon, 1992). Les données suggèrent également que les garçons sont impliqués dans des situations d'AS commises par des agresseurs moins âgés que les filles (Edinburgh, Saewyc et Levitt, 2006; Whealin *et al.*, 2007).

En plus de tenir compte de l'âge et du lien que l'agresseur entretient avec la victime, il importe de considérer les informations référant au sexe de l'agresseur puisque ces variables ont potentiellement un effet sur les symptômes associés aux AS. Selon les études, la majorité des AS envers les enfants, soit plus de 90 %, sont commises par des hommes (Dhaliwal, Gauzas et Antonowicz, 1996; Kendall-Tacket et Simon, 1992; Spataro, Moss et Wells, 2001). Ce fait consolide les données indiquant que les garçons sont plus susceptibles de vivre une AS par une personne de même sexe (Banyard, Williams et Siegel, 2004). Outre les sentiments liés à l'AS vécue, les garçons sont plus fréquemment sujets à entretenir des questionnements relatifs aux notions de désir et d'orientation sexuelle (Forouzan et Van Gijsegem, 2004). Par ailleurs, lorsque l'agresseur est une femme, la victime est habituellement de sexe masculin (Spataro, Moss et Wells, 2001) : les AS sont commises par une femme dans 40 % des cas où la victime est un garçon, comparativement à 6 % des cas où la victime est une fille (Dube *et al.*, 2005).

1.4 Caractéristiques de l'agression sexuelle

Les résultats des travaux portant sur les caractéristiques des gestes vécus lors des AS en enfance ne permettent pas de dresser un portrait clair en fonction du sexe des victimes. Ainsi, les variations dénotées dans les études en ce qui concerne les caractéristiques, telles la durée et la sévérité des événements vécus, ne mènent pas à un consensus et ne facilitent pas l'élaboration de profils différentiels selon le sexe des enfants victimes.

Les résultats d'une étude portant sur les adultes ayant été victimes d'AS en enfance suggèrent que les femmes sont plus susceptibles d'avoir vécu une AS avec pénétration que les hommes (Banyard, Williams et Siegel, 2004), ce qui correspond aux conclusions d'une étude avec un échantillon composé d'enfants victimes (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). Cependant, une autre étude affirme le contraire en stipulant que les garçons sont plus fréquemment victime d'AS avec pénétration, avec des taux de 42 % chez les garçons et de 23 % chez les filles (Dube *et al.*, 2005). Puis, certains auteurs en arrivent à la conclusion qu'il n'y aurait pas de différence significative entre les victimes féminines et masculines quant aux gestes vécus. Par exemple, selon les données de deux études, le type d'AS vécue quant à la nature des gestes intrusifs impliqués ne différerait pas selon le sexe de la victime (Fergusson et Mullen, 1999; Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009).

Afin d'en évaluer les effets, certains travaux prennent en considération les circonstances entourant les AS lorsque les symptômes des victimes sont observés. Le sexe de la victime, son âge lors du premier épisode d'AS et lors de l'évaluation, le lien entre la victime et l'agresseur, les gestes posés (intrusifs ou non), l'utilisation de la force (physique ou encore sous forme de menace) ainsi que la perception des événements par la victime sont les caractéristiques les plus fréquemment étudiées puisqu'il est possible de croire qu'elles aient un certain effet sur les symptômes des victimes d'AS (Kendall-Tackett, Meyer Williams et Finkelhor, 1993; Banyard, Williams et Siegel, 2004). La combinaison de ces caractéristiques, additionnée à la fréquence des événements et aux autres formes de maltraitance vécues par l'enfant, sont occasionnellement prises en compte dans les recherches, avec l'intention de prédire les répercussions associées aux événements. Par contre, peu d'études considèrent simultanément toutes ces variables, ce qui ne permet pas d'avoir un portrait précis de la sévérité des circonstances liées aux AS (Yancey et Hansen, 2010).

À cet égard, quelques études démontrent que les victimes féminines et masculines d'AS ne diffèrent pas quant à leur âge lors du premier épisode d'AS (Gold *et al.*, 1998; Heath, Bean et Feinauer, 1996; Kendall-Tackett et Simon, 1992). Certains auteurs expliquent cette observation par le fait que les jeunes enfants sont généralement semblables sur le plan physique au cours des premiers stades développementaux (Spataro, Moss et Wells, 2001). La

durée des AS semble également être similaire chez les filles et les garçons victimes (Gold *et al.*, 1998; Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009).

D'autres expériences négatives sont régulièrement vécues de manière concomitante aux AS en enfance (Dong *et al.*, 2003). En effet, selon une étude auprès d'un échantillon probabiliste, plus de 70 % des enfants ayant vécu une AS sont polyvictimisés, c'est-à-dire qu'ils ont vécu au moins quatre situations de victimisation au cours de la dernière année (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). Par ailleurs, de récents travaux empiriques arrivent à la conclusion que les filles et les garçons victimes d'AS rapportent de manière équivalente la présence d'autres formes de maltraitance, telles que la négligence et l'abus physique ou psychologique (Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009; Maikovich-Fong et Jaffee, 2010).

1.5 Conséquences associées à l'agression sexuelle

Bien qu'il n'y ait pas de conclusion infaillible à propos des répercussions pouvant être vécues par les victimes d'AS (Yancey et Hansen, 2010), il demeure que les AS en enfance sont associées à un risque élevé de symptômes (Dong *et al.*, 2003). Les recherches démontrent que les victimes d'AS vivent une variété de difficultés adaptatives au niveau affectif, social et cognitif. Les principales répercussions de l'AS chez l'enfant sont les troubles de comportements intériorisés et extériorisés, les difficultés émotionnelles, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les comportements sexuels inappropriés pour l'âge de l'enfant (Hébert, Tremblay *et al.*, 2006; Kendall-Tackett, Meyer Williams et Finkelhor, 1993; Paolucci, Genius et Violato, 2001). Chez les adolescentes et adolescents ayant été victimes d'AS, plusieurs autres répercussions seraient également reliées à l'agression, telles que la dépression, les comportements ou idéations suicidaires ou d'automutilation, les difficultés d'apprentissage ainsi que les activités sexuelles précoces (Maniglio, 2009).

Les enfants ayant été victimes d'AS sont souvent décrits par leurs parents comme ayant des comportements inappropriés ou problématiques relativement à des enfants non victimisés. Les études répertoriées comportant un groupe de comparaison révèlent que les victimes d'AS manifestent plus fréquemment et plus intensément des troubles de comportements intériorisés et extériorisés que les jeunes non victimisés (par ex.: Garnefski et Arends, 1998; Hébert, Tremblay *et al.*, 2006; Tremblay, Hébert et Piché, 2000). De plus, lorsque les enfants

victimes sont comparés aux enfants sans histoire d'AS, ils semblent avoir plus de difficultés d'ajustement, vivre plus d'anxiété et de dépression, manifester plus de comportements agressifs et expérimenter plus de symptômes de TSPT, dont les symptômes de réexpérimentation, d'évitement et d'hyperéveil (Tremblay, Hébert et Piché, 2000).

Bien que les symptômes observés chez les enfants victimes d'AS soient rarement abordés selon le sexe de l'enfant, quelques études parviennent à établir un portrait différencié. La plupart des chercheurs qui étudient les différences liées au sexe des enfants victimes s'entendent sur des manifestations de comportements intériorisés plus fréquentes chez les victimes féminines tandis que les victimes masculines manifesteraient plus fréquemment des comportements extériorisés (Banyard, Williams et Siegel, 2004; Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Spataro, Moss et Wells, 2001).

En ce qui a trait aux symptômes plus spécifiquement liés à l'AS, les données disponibles quant au TSPT sont équivoques, bien qu'une tendance soit observable. Quelques études indiquent une absence de différence significative entre les filles et les garçons victimes d'AS quant au TSPT : bien que les filles soient plus susceptibles que les garçons d'être victimes d'AS (Berliner et Elliott, 2002; Pereda *et al.*, 2009b), elles ne présenteraient pas plus de symptômes de TSPT selon les résultats d'une étude récente menée auprès de 389 adolescentes et adolescents victimes d'AS (77 % des participants étaient des filles) (Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009). Cependant, d'autres affirment que les femmes exposées à un événement potentiellement traumatisant sont plus susceptibles de rencontrer les critères liés au TSPT que les hommes (Feiring, Taska et Lewis, 1999), qu'importe le type d'événement traumatique vécu (Blain, Galovski et Robinson, 2010). Une autre étude révèle que les femmes victimes d'AS rapportent plus de TSPT à la suite du dévoilement d'une AS lorsqu'elles sont comparées aux hommes (Ullman et Filipas, 2005). Par ailleurs, il semble évident que les enfants victimes d'AS sont plus susceptibles que les enfants victimes d'autres formes de maltraitance de recevoir le diagnostic de TSPT (Berliner et Elliott, 2002).

Relativement aux troubles anxieux, une étude conclut que les femmes victimes d'AS en enfance rapportent significativement plus d'anxiété que le groupe de comparaison (Feerick et Snow, 2005). Dans une autre étude sur les relations entre les troubles anxieux (et le TSPT) et les abus physiques et sexuels en enfance, l'anxiété sociale s'est révélée être exclusivement

associée à l'AS, tant chez les femmes que chez les hommes victimes d'AS en enfance (Cogle *et al.*, 2010). Cette association pourrait être expliquée par le fait que les AS suscitent un sentiment de culpabilité et d'impuissance chez les victimes. Ces sentiments contribuent à une mauvaise image de soi, laquelle est une des caractéristiques de l'anxiété sociale (Sachs-Ericsson *et al.*, 2006). La grande majorité des études rapportent une forte association entre les AS en enfance et différentes psychopathologies, chez les hommes et les femmes victimes, mais la dépression apparaît être une des répercussions les plus rapportées chez les victimes d'AS en enfance (Molnar, Buka et Kessler, 2001).

Les répercussions de l'AS en enfance sont parfois en lien avec les caractéristiques de l'agression. D'ailleurs, une étude signale une association systématique entre une AS avec pénétration et un risque plus élevé de conséquences chez les victimes adultes, féminines et masculines (Dube *et al.*, 2005). Ce résultat démontre l'importance de recueillir de l'information sur le contexte de l'AS afin de mieux évaluer la situation et les symptômes pris en compte dans les analyses. Parallèlement à l'absence de consensus réel sur la variété de symptômes observés chez les enfants victimes d'AS, les répercussions associées aux AS chez les adultes ayant été victimes durant leur enfance ne sont pas constantes d'une étude à l'autre. Mais que ces répercussions soient modérées ou sévères, les symptômes chez les adultes ayant été victimes d'AS durant l'enfance sont souvent une continuation de ceux trouvés chez les enfants victimes d'AS (Berliner et Elliott, 2002). Par conséquent, il demeure toujours pertinent d'observer les symptômes de ces populations adultes.

Quant aux victimes d'AS intrafamiliales, la culpabilité les mène parfois à conserver le secret des événements : la peur suscitée par l'agresseur ainsi que les possibles conséquences subséquentes au dévoilement les incitent fréquemment à tenir le silence quant à l'AS (London *et al.*, 2005; Summit, 1983). D'ailleurs, le fait de vivre une AS intrafamiliale est associé au dévoilement tardif de l'AS (Hébert *et al.*, 2009; Shin Shin Tang, Freyd et Wang, 2008). Puis compte tenu du stress lié au secret tenu et du caractère plus traumatique d'une AS intrafamiliale, il semble logique d'observer des symptômes plus sévères ou plus fréquents chez les victimes ayant retardé le dévoilement des événements (Ullman, 2007).

Finalement, une certaine similarité est établie dans les écrits quant à l'utilisation des services professionnels par les hommes et les femmes (par ex. : service de counseling,

médicamentation) (Banyard, Williams et Siegel, 2004). Malgré cette ressemblance, les résultats d'une étude exposent une tendance chez les hommes victimes à recourir à des stratégies d'adaptation de type évitement face à leur AS (en la niant ou en extériorisant leur détresse) tandis que chez les femmes, la tendance serait plutôt à exprimer plus directement leur détresse et à adopter un plus grand nombre de stratégies d'adaptation intériorisées (Berliner et Elliott, 2002). Certains auteurs maintiennent également que les différences quant aux répercussions de l'AS sont le résultat de spécificités des stratégies d'adaptation utilisées pouvant varier selon le sexe de la victime (Berliner et Elliot, 2002; Femina, Yeager et Lewis, 1990).

CHAPITRE II

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

2.1 Objectifs

Conformément à ce qui précède, les données de recherche suggèrent que chez les victimes d'AS durant l'enfance parvenues à l'âge adulte, les femmes manifestent plus de comportements intériorisés tandis que les hommes présentent davantage de comportements extériorisés (Banyard, Williams et Siegel, 2004; Darves-Bornoz et al., 1998; Spataro, Moss et Wells, 2001). Toujours selon l'état des connaissances résumé préalablement, il s'avère que les symptômes ressentis à l'âge adulte peuvent être un prolongement de ceux vécus pendant l'enfance par les victimes d'AS (Berliner et Elliott, 2002).

Peu de données de recherche sont disponibles quant aux différences liées au sexe des victimes chez les clientèles d'enfants. Par ailleurs, les quelques travaux publiés portant sur les différenciations selon le sexe des victimes offrent encore aujourd'hui des résultats contradictoires : certains suggèrent des similitudes dans les caractéristiques des AS vécues tandis que d'autres affirment plutôt qu'il y aurait des disparités notables. Enfin, il existe peu de données sur les conséquences à court terme en fonction du sexe des enfants victimes tout en balisant les symptômes en regard d'un groupe de comparaison d'enfants non-victimes. Cette situation renforce la pertinence d'observer la réalité des garçons et des filles de manière distincte. Les données issues de cette recherche permettront d'offrir des pistes quant à l'adaptation des services et des interventions disponibles. Par souci de toujours mieux traiter les victimes et d'éviter que leurs symptômes ne se cristallisent et demeurent présents dans leur vie adulte, l'élaboration de profils différentiels est nécessaire.

Pour les raisons précédemment mentionnées, le présent mémoire poursuit l'objectif de documenter les profils des enfants ayant vécu une AS en explorant les caractéristiques de l'agression et les symptômes observés chez les victimes, selon leur sexe. Cette étude contribuera à l'avancement des connaissances spécifiques aux répercussions de l'AS durant

l'enfance et permettra d'étayer les distinctions et les similitudes entre les filles et les garçons victimes quant à la manifestation de troubles. Par ailleurs, les conclusions résultant du projet de recherche seront fort utiles pour les intervenants et les chercheurs, leur permettant une meilleure compréhension du phénomène et donc, une meilleure capacité à intervenir et à organiser des traitements appropriés aux jeunes victimes.

2.2 Hypothèses de recherche

Toujours dans le but d'établir des profils spécifiques au sexe des enfants victimes, un groupe d'enfants sans histoire d'AS a été recruté en guise de groupe de comparaison. Il est ainsi envisageable d'étudier les différences entre ces deux groupes. Plus précisément, il devient possible d'analyser les ressemblances et les particularités propres aux filles et aux garçons victimes d'AS, mais également de les comparer avec les caractéristiques des enfants sans histoire d'AS. Les hypothèses sont à l'effet que :

- H1 : Les filles victimes d'AS seront plus nombreuses à avoir vécu une AS de type intrafamilial lorsque comparées aux garçons victimes d'AS.
- H2 : Les filles victimes d'AS manifesteront une prévalence plus élevée de troubles de comportements intériorisés lorsque comparées aux garçons victimes d'AS et aux enfants sans histoire d'AS.
- H3 : Les garçons victimes d'AS manifesteront une prévalence plus élevée de troubles de comportements extériorisés lorsque comparés aux filles victimes d'AS et aux enfants sans histoire d'AS.
- H4 : Les victimes féminines auront des scores plus élevés sur les échelles de TSPT lorsque comparées aux garçons victimes d'AS et aux enfants sans histoire d'AS.

CHAPITRE III

MODÈLE CONCEPTUEL

La conceptualisation de la victimologie s'est diversifiée au fil des années et différentes approches utilisées pour étudier les AS en enfance ont été élaborées afin de mieux représenter le phénomène. Contrairement à certains postulats, dont la théorie de la socialisation et celle de l'approche féministe, le modèle conceptuel retenu pour le présent projet de recherche devait être affranchi de l'approche restrictive habituellement utilisée dans les contextes d'AS. Il était nécessaire que le modèle conceptuel s'abstienne de présenter la femme dans la position de la victime et l'homme dans celle de l'agresseur, bien que les statistiques aillent souvent dans ce sens. En effet, il semble possible d'aborder la problématique de l'AS sans attribuer de place aux femmes et aux hommes dans la dynamique de l'AS et le modèle théorique de la conceptualisation des impacts du trauma de l'AS en enfance, développé par Finkelhor et Browne (1985), semble adéquat dans les circonstances. Il fournit un cadre pertinent et adapté permettant l'élaboration de certaines hypothèses quant aux profils des victimes d'AS selon le sexe des enfants.

En concevant une organisation des caractéristiques de l'AS et des symptômes des victimes en quatre dynamiques, le modèle de Finkelhor et Browne rend possible une certaine classification des répercussions en fonction du sexe des victimes, lorsque la littérature disponible fait état de certains consensus. La description de ces quatre dynamiques – la sexualisation traumatique, l'impuissance, la trahison et la stigmatisation – précède le rationnel sous-jacent aux hypothèses nommées dans le chapitre précédent.

La sexualisation traumatique se manifeste par une sexualité affectée chez l'enfant victime, laquelle se traduit souvent par des comportements sexuels inappropriés pour l'âge de l'enfant ou encore par de fausses idées liées à des concepts sur la sexualité humaine. Ces manifestations peuvent survenir lorsque l'agresseur a cherché une réponse sexuelle chez l'enfant ou encore lorsque ce dernier prend conscience de l'implication des gestes posés. Les enfants en bas âge peuvent être moins conscients de la gravité de la situation. L'impuissance

provient plutôt du rejet de la volonté et des désirs de l'enfant dans le contexte de l'AS. Plusieurs situations mènent les enfants victimes au sentiment d'impuissance, par exemple lorsqu'ils se sentent piégés ou coincés par l'agresseur, lorsqu'ils constatent que la relation avec l'agresseur les rend dépendants face à celui-ci, ou encore lorsqu'ils ont de la difficulté à exprimer et faire comprendre aux adultes ce qu'ils vivent. Bien que la présence de coercition ne soit pas nécessaire pour que la victime ressente ce sentiment d'impuissance, les menaces ou l'utilisation de force peuvent renforcer ce sentiment puisque les séquelles et les conséquences d'un dévoilement semblent alors plus vraisemblables. Par ailleurs, la trahison résulte d'une confiance manipulée : l'enfant victime réalise qu'une personne qu'il aimait ou duquel il était dépendant ne le traite pas convenablement et lui cause du tort. Le sentiment de trahison est souvent vécu par rapport à l'agresseur, mais l'intensité de ce sentiment est aussi possiblement liée à la réponse de la famille à la suite du dévoilement de l'AS. Quant à la stigmatisation, elle fait référence aux sentiments de culpabilité et de honte que l'enfant victime peut vivre. Elle peut être suscitée par l'agresseur qui encourage l'enfant à conserver le secret de l'AS, mais peut également provenir des idées et des réflexions de l'entourage de l'enfant, assimilées par celui-ci. En conservant le secret de l'AS, la stigmatisation tend à s'intensifier puisque le sentiment d'être différent des autres enfants est renforcé : l'enfant peut en effet avoir le sentiment d'être le seul à vivre ce drame.

Puisque ces dynamiques s'appliquent à plusieurs types de traumatismes, elles ne sont pas individuellement spécifiques aux victimes d'AS : c'est la combinaison et la présence simultanée des quatre dynamiques qui rendent le trauma de l'AS unique et complexe (Finkelhor et Browne, 1985). De plus, ce sont les caractéristiques des événements relatifs aux AS qui participent aux dynamiques, lesquelles ont fréquemment des effets spécifiques à long terme chez les victimes (par ex. dépression, anxiété, TSPT). Dans le cadre du modèle théorique du projet de recherche, la trahison et la stigmatisation sont les deux dynamiques retenues. Elles ont contribué à l'élaboration de certaines des attentes spécifiques en lien avec le sexe des victimes.

Des études antérieures ont déjà fait état d'une fréquence plus grande d'AS intrafamiliales chez les filles victimes (Banyard, Williams et Siegel, 2004; Gold *et al.*, 1998; Kendall-Tackett et Simon, 1992) et la première hypothèse du projet de recherche abonde dans ce

sens. Le concept de victimisation intrafamiliale est directement lié à la dynamique de la trahison, laquelle serait alors possiblement associée à l'expérience vécue par les victimes de sexe féminin. Dans les situations où la victimisation est intrafamiliale, les gestes posés ont lieu dans le cadre d'une relation significative aux yeux de l'enfant. Dès lors, des attentes sont à l'effet que la vulnérabilité de l'enfant et la confiance qu'il portait envers les adultes de son environnement se retrouvent ébranlées par les gestes de l'agresseur. Cette vulnérabilité et cette confiance ébranlée peuvent provoquer une rupture dans le développement de la confiance et de l'autonomie de la victime, provoquant possiblement un obstacle à la création ultérieure de relations stables et sécurées (Courtois, 1988; Elliott, 1994). L'enfant victime se retrouve dans une situation de trahison de la part de l'auteur des gestes, mais peut également transposer ce sentiment à d'autres individus de son entourage. En se sentant trahie, il est possible que la victime d'AS intrafamiliale développe une confiance en soi moins élevée, ce qui est corrélé avec une prévalence plus élevée de détresse psychologique au fil du temps (Mannarino et Cohen, 1996a et 1996b). Il est donc probable que les filles de l'échantillon, si elles sont effectivement plus fréquemment victimes d'AS intrafamiliale, s'inscrivent dans la dynamique de la trahison. Le concept derrière cette dynamique soutient également l'hypothèse quant à l'attente de scores plus élevés sur les échelles de TSPT chez les filles victimes, en comparaison avec les garçons victimes et les enfants sans histoire d'AS. Le sentiment de trahison peut être en soi un événement traumatique puisque les répercussions, telles la vulnérabilité et la confiance ébranlée, peuvent être transposées à d'autres sphères de la vie de la victime, que ce soit dans le cadre de ses relations familiales, amicales ou amoureuses futures.

En revanche, le taux de dévoilement moindre du côté des garçons victimes (Holmes et Slap, 1998) et les données indiquant que les hommes victimes sont plus nombreux à n'avoir jamais dévoilé l'AS à quiconque (Hébert *et al.*, 2009) laissent présager une part importante quant à la dynamique de la stigmatisation. Chez les garçons victimes, il n'est pas rare de voir le stigma fréquemment associé à la victimisation sexuelle combiné au tabou lié aux AS commises par un agresseur du même sexe. Or, cette double stigmatisation représente un défi additionnel pour les victimes masculines. De plus, la honte pouvant être ressentie par ces derniers est gravement influencée par la société qui aura trop longtemps tenu sous silence la réalité des victimes masculines d'AS (Banyard, Williams et Siegel, 2004). De toute

évidence, certaines normes sociales peuvent contribuer aux préjugés tenaces auxquels les garçons et hommes victimes font face. Ces préjugés quant aux victimes masculines peuvent être dus à une moins grande conscience du problème comme ils peuvent être issus d'une incompréhension de cette réalité par la société (McGee *et al.*, 2011). Sans faire de distinction quant au sexe, la stigmatisation vécue ou ressentie mènerait fréquemment les victimes à développer une image de soi négative, ou du moins endommagée, laquelle les rend coupables et honteuses par rapport aux gestes abusifs vécus (Reid et Sullivan, 2009). Par ailleurs, il est possible de croire que cette stigmatisation de l'AS chez les victimes masculines ait un impact spécifique sur les symptômes des garçons, ces derniers étant plutôt sujets à manifester des comportements extériorisés (Banyard, Williams et Siegel, 2004; Spataro, Moss et Wells, 2001). La troisième hypothèse du projet de recherche correspond d'ailleurs aux conclusions d'études antérieures, à l'effet que les garçons victimes d'AS manifestent une prévalence plus élevée de troubles extériorisés.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Le présent projet de mémoire s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste mené par Martine Hébert et financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'objectif de ce projet de recherche est de documenter les différents profils d'enfants victimes d'AS.

4.1 Participants

Dans le cadre de la présente étude, l'échantillon utilisé est constitué de l'ensemble des enfants s'étant présentés au Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) pour une rencontre d'évaluation à la suite du dévoilement d'une AS et ayant accepté de participer au projet. Les participants retenus pour l'étude devaient s'être présentés au courant de la période de recrutement allant du mois de janvier 2006 au mois de mai 2010, être âgés de 6 à 12 ans, en être à leur première consultation au CEMV, ne pas avoir de retard développemental pouvant nuire à leur compréhension des questionnaires administrés et avoir vécu une AS fondée. Les caractéristiques liées à l'AS permettant de conclure à une AS fondée ont été obtenues par le biais du dossier clinique de l'enfant. Ce dossier clinique 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.).

L'échantillon expérimental est composé de 85 filles et de 33 garçons ayant vécu une AS. Par ailleurs, un groupe de comparaison a également été recruté : 52 filles et 24 garçons sans histoire d'AS et âgés de 6 à 12 ans ont été recrutés dans les écoles primaires de la Commission scolaire de Montréal. La collecte de données du groupe de comparaison a été effectuée entre les mois de mars 2009 et février 2010.

4.2 Instruments de mesure

À la source des connaissances déjà établies dans le domaine de l'AS en enfance, certaines variables ont été retenues et considérées comme étant essentielles à évaluer chez les jeunes victimes. Dans le cadre de ce mémoire, des instruments ont été administrés aux enfants et aux parents non-agresseurs. Les variables observées et les instruments de mesure utilisés lors de la collecte d'information auprès des enfants sont les suivants. Les symptômes d'anxiété ont été évalués par le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1985) et la perception que l'enfant a de ses compétences par le *Self-Perception Profile for Children* (SPPC; Harter, 1985). Les symptômes de dépression ont été considérés à l'aide du *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985) et le TSPT mesuré par le *Children's Impact of Traumatic Events Scale* (CITES-II; Wolfe, 2002). Les symptômes des enfants ont également été évalués par le biais d'instruments adressés aux parents. Ainsi, le *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index* (CPTS-RI; Frederick, Pynoos et Nader, 1992) et le *Child Dissociative Checklist* (CDC; Putnam, Helmers et Trickett, 1993) ont respectivement permis d'évaluer le TSPT et la dissociation chez les enfants victimes alors que le *Child Behavior Checklist* (CBC; Achenbach et Rescorla, 2001) a permis de mesurer les troubles de comportement de l'enfant. Plus exactement, les difficultés relationnelles, les troubles de la pensée et de l'inattention, l'anxiété, le retrait, la somatisation, la délinquance et l'agressivité, en plus des scores globaux de troubles intériorisés et extériorisés, sont les dimensions qui ressortent des questions posées aux parents, en regard des symptômes de leur enfant. Une version adaptée (Parent et Hébert, 2006) du *History of Victimization Form* (Wolfe, Gentile et Boudreau, 1987) a été utilisée pour codifier les caractéristiques liées à l'AS relatée dans le dossier clinique de l'enfant.

4.3 Procédures

Pour le groupe expérimental, les objectifs du projet de recherche ont été expliqués aux familles lors des premières visites au CEMV. Si le parent accompagnateur acceptait de participer, le consentement était obtenu à la suite de l'explication détaillée du déroulement de la rencontre. De plus, la confidentialité des réponses, l'anonymat des participants et l'assurance qu'un refus de leur part ou leur retrait de l'étude n'influenceraient en aucun cas les services offerts et reçus leur étaient exposés. Le formulaire de consentement et

l'ensemble des questionnaires étaient complétés lors d'une rencontre, et ce, avant le début du traitement.

Pour le groupe de comparaison, les parents ont été sollicités par une lettre d'information envoyée à la maison par la direction des écoles participantes. Cette lettre d'information destinée aux parents précisait que l'étude porte sur le profil développemental des enfants n'ayant pas vécu d'AS. Si le parent acceptait, il était par la suite contacté afin de prendre rendez-vous pour la passation des questionnaires. La rencontre se déroulait soit à la résidence familiale ou à l'école fréquentée par l'enfant. Afin de veiller à ce que les enfants du groupe de comparaison n'aient jamais été victime d'AS, le parent avait à répondre à un questionnaire sur les possibles événements de vie perturbants pour un enfant. La liste des événements incluait le fait d'avoir vécu une AS. Dans tous les cas, une étudiante graduée et formée pour la passation de questionnaires était responsable d'administrer le questionnaire à l'enfant et d'accompagner ensuite le parent pour compléter les différents instruments. L'enfant et le parent répondaient de manière individuelle afin d'éviter toute influence ou source de contamination des réponses.

4.4 Considérations éthiques

Le projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et du Comité Institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Les considérations éthiques étant primordiales dans le cadre d'études avec des êtres humains, elles le sont davantage étant donné le jeune âge de la clientèle étudiée. Le consentement éclairé du parent accompagnateur ainsi que celui de l'enfant devaient être obtenus par l'assistante de recherche responsable des rencontres avec les familles participantes. Les participants ont tous eu l'occasion de s'entretenir avec l'assistante de recherche si des questionnements persistaient ou si des inquiétudes se faisaient ressentir. L'enfant était également au fait que ses réponses ne seraient pas discutées avec son parent et que celui-ci ne serait pas présent durant la rencontre.

La confidentialité et l'anonymat des participants se manifestent également dans la façon de conserver les documents. En effet, la documentation complétée par les intervenants, les parents et les enfants est gardée dans des armoires tenues sous clé. Ces armoires se

retrouvent dans les laboratoires de recherche de l'UQAM, lesquels sont uniquement accessibles aux étudiants et professionnels associés au projet de recherche.

CHAPITRE V

ARTICLE

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

Mylène Villeneuve Cyr

Martine Hébert

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal

Sous presse à la revue *Service Social*

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.

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.

ANALYSE COMPARATIVE DES CARACTÉRISTIQUES
DE L'AGRESSION SEXUELLE
ET DES CONSÉQUENCES ASSOCIÉES EN FONCTION DU SEXE

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; Daignault 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 ; Dube, 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 (Dube *et al.*, 2005; Halpérin, Bouvier, Jaffé, Mounoud, Pawlak, Laederach, Wicky et Astié, 1996; Kendall-Tackett 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 remplir 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 (Dube *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. Quoiqu'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 réexpérimentation. De plus, les stratégies d'adaptation différentes utilisées par les femmes et les hommes participeraient à la différenciation des profils cliniques associés au TSPT (Olff, 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 Gijsegem (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.

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.
- Dube, 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 (n = 118)	Groupe de comparaison (n = 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

Variables	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		ANCOVAs		
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Sexe	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 $0,10$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

CHAPITRE VI

CONCLUSION

Le présent chapitre comporte quatre sections. D'abord, les principaux résultats de cette recherche seront discutés parallèlement aux résultats des études antérieures. Ensuite, les limites méthodologiques de la recherche seront exposées. Puis, les implications des résultats obtenus au plan de l'intervention sexologique seront présentées. Pour terminer, des pistes de réflexion utiles pour les projets de recherche à venir dans le domaine de l'AS en enfance seront suggérées.

6.1 Pertinence du mémoire et principaux résultats en lien avec les études antérieures

L'objectif du présent mémoire était de documenter les profils des enfants ayant vécu une AS en explorant les caractéristiques de l'agression et les symptômes observés chez les victimes, en fonction du sexe. Des données probantes sur le phénomène et une meilleure compréhension des particularités des événements selon le sexe des enfants sont nécessaires à l'élaboration d'interventions cliniques mieux adaptées aux victimes d'AS selon leur sexe et c'est la raison pour laquelle la circonscription des caractéristiques spécifiques aux filles et garçons est pertinente. Tel que soulevé précédemment, l'importance d'étudier les caractéristiques des AS et les répercussions associées en fonction du sexe des victimes repose sur l'absence de consensus dans les études antérieures (Forouzan et Van Gijsegem, 2004; Walter *et al.*, 2004) et sur le fait que peu d'études ont exploré ces questions chez les enfants victimes tout en intégrant un groupe de comparaison. Les résultats obtenus par les analyses des données recueillies auprès des familles rencontrées dans le cadre du projet de mémoire seront discutés tout en faisant référence aux hypothèses préalablement élaborées.

Les types de gestes qu'ont vécus les enfants victimes ont été soumis à des analyses. Une proportion d'AS comportant des gestes intrusifs (pénétration ou tentative de pénétration) significativement plus élevée chez les garçons que chez les filles de l'échantillon est identifiée, ce qui n'est pas systématiquement relevé dans les travaux et recensions antérieures. En effet, aucun consensus ne découle des études répertoriées : certains observent

plus d'AS comportant une pénétration chez les filles (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010; Ullman et Filipas, 2005) tandis que d'autres affirment le contraire (Dube *et al.*, 2005). Pour ajouter à ces données opposées, une étude démontre une similitude entre les filles et les garçons victimes en regard des gestes posés; leurs observations indiquent qu'aucune différence significative ne permet de différencier les victimes féminines et masculines (Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009). De toute évidence, tenir compte des définitions utilisées par chacune des études répertoriées est important puisque ces définitions peuvent différer quant aux critères considérés pour regrouper et qualifier les gestes subis lors des AS. Or, les résultats équivoques ci-haut mentionnés peuvent s'expliquer par les écarts entre les définitions employées. De plus, la majorité des échantillons ne sont pas probabilistes étant donné les circonstances spécifiques aux AS : les participants doivent d'abord se reconnaître comme victime d'AS et doivent aussi être disposés à dévoiler les événements. Il est donc possible que les échantillons étudiés n'aient pas été équivalents en termes de taille et de caractéristiques des participants, ce qui est à même d'avoir un effet sur les conclusions tirées et la représentativité des résultats.

Le milieu où se sont déroulées les AS de même que les circonstances entourant les événements sont des caractéristiques fréquemment évaluées puisque selon certains, elles sont associées aux symptômes des enfants victimes (Dube *et al.*, 2005). Une des hypothèses du projet de recherche était à l'effet que les filles victimes d'AS seraient plus nombreuses à avoir vécu une AS de type intrafamilial. Dans le cas de l'échantillon de la présente étude, la proportion d'AS intrafamiliales est effectivement significativement plus élevée chez les filles que chez les garçons, ce qui corrobore les données de quelques études antérieures (Gold *et al.*, 1998; Kendall-Tackett et Simon, 1992). De plus, il semble que les filles de l'échantillon soient plus nombreuses à avoir été victimes d'un agresseur adulte tandis que les garçons l'étaient plus fréquemment par des agresseurs juvéniles, tel que rapporté précédemment (Edinburgh, Saewyc et Levitt, 2006; Whealin *et al.*, 2007).

Du côté de la fréquence des agressions, elle est habituellement catégorisée en fonction d'événements uniques, répétés à quelques reprises ou chroniques. Cependant, il était impossible de conclure qu'un des deux groupes de victimes était différent de l'autre; la fréquence des agressions était semblable pour les victimes féminines et masculines du

groupe à l'étude, ce qui est également le cas pour une récente étude (Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009). Les données de deux autres travaux indiquaient toutefois que les femmes victimes d'AS en enfance étaient plus nombreuses à avoir vécu des AS de longue durée que les hommes (Kendall-Tackett et Simon, 1992; Ullman et Fillipas, 2005).

En second lieu, des données sur la manifestation de symptômes ont été recueillies auprès des enfants et de leur parent non-agresseur. Les instruments de mesure complétés par les enfants et leurs parents ont permis d'évaluer les divers symptômes habituellement répertoriés dans les études sur les victimes d'AS, soit les troubles de comportements intériorisés et extériorisés. Ces troubles sont des répercussions associées aux AS lorsque les analyses permettent d'affirmer que les enfants du groupe de comparaison et les enfants victimes sont significativement différents, ce qui s'est avéré véridique pour tous les symptômes mesurés par les parents. Ces symptômes étaient le TSPT, la dissociation, les difficultés relationnelles, les troubles de la pensée et de l'inattention, l'anxiété, le retrait, la somatisation, la délinquance et l'agressivité, en plus des scores globaux de troubles intériorisés et extériorisés.

Les hypothèses de recherche étaient aussi à l'effet que tous groupes confondus, les filles victimes manifesteraient une prévalence plus élevée de symptômes intériorisés et de TSPT tandis que les garçons manifesteraient une prévalence plus élevée de troubles extériorisés. Les analyses statistiques entreprises auront permis de conclure que les filles victimes manifestent effectivement plus d'anxiété et de TSPT que les garçons victimes sur les mesures complétées par les enfants. Par ailleurs, la dynamique de la trahison était sous-jacente à l'hypothèse quant au TSPT plus fréquent chez les victimes féminines. Cette dynamique est aussi possiblement associée aux victimisations de type intrafamilial, rendant les victimes plus vulnérables, et ce sentiment de trahison peut être traumatique en soi, étant donné que la confiance de l'enfant est fréquemment fragilisée à la suite d'une l'AS. Les mesures complétées par les parents ne démontraient aucune différence à l'égard du TSPT, mais indiquaient néanmoins une différence marginale quant à la manifestation de troubles de comportements extériorisés plus fréquente chez les garçons, sans toutefois révéler d'interaction entre les groupes. Il est possible que la prévalence plus élevée de comportements extériorisés chez les victimes masculines soit en lien avec la dynamique de la

stigmatisation, laquelle pourrait se manifester par cette extériorisation de sentiments suscités par l'AS et le contexte particulier des garçons et hommes victimes.

Comme mentionnée, l'existence du groupe de comparaison aura permis de soulever un effet d'interaction Groupe x Sexe significative pour les symptômes d'anxiété et un effet d'interaction marginale pour les symptômes de TSPT auto-rapportés par l'enfant, suggérant une plus grande prévalence chez les filles victimes. Une recension d'études sur le TSPT arrive à une conclusion similaire à l'effet que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de développer le TSPT après avoir été exposées à un événement traumatisant semblable (Tolin et Foa, 2006). Parallèlement, une autre étude fait état de résultats comparables en soulignant que les femmes victimes d'AS rapportent plus de TSPT à la suite du dévoilement d'une AS lorsqu'elles sont évaluées parallèlement aux hommes (Ullman et Phillipas, 2005). Dans un autre ordre d'idée, il semblerait que les victimes d'AS intrafamiliales affichent plus de symptômes de TSPT que les victimes d'agresseur extra-familial (Wolfe, Sas et Wekerle, 1994), ce qui était le cas pour les filles de l'échantillon du mémoire. Sans permettre de conclure à un lien direct, puisque les analyses de régression ne révèlent pas de contribution spécifique quant au type d'AS vécue, cette donnée fournit une piste de réflexion pour les recherches à venir dans le domaine de l'AS en enfance.

Étant donné que les victimes masculines étaient plus nombreuses à avoir subi une pénétration ou une tentative de pénétration lors de l'AS, il pouvait être attendu que les symptômes des garçons de l'échantillon soient plus fréquents que ceux des victimes féminines. Bien qu'une recension sur les hommes et les garçons victimes d'AS observait une absence de consensus sur le lien entre les symptômes des victimes et les différentes caractéristiques des AS (par ex. : nature des contacts, fréquence, différence d'âge, âge lors du premier événement) (Forouzan et Van Gijseghem, 2004), quelques travaux avaient notamment soulevé une association entre une AS sévère et des symptômes à long terme significativement plus élevés (Heath, Bean et Feinauer, 1996; Morrell, Mendel et Fischer, 2001). Cependant, cette attente s'est avérée non confirmée par les analyses du mémoire, ce qui corrobore d'autres études sur les enfants victimes d'AS (Hébert, Tremblay *et al.*, 2006; Paolucci, Genius et Violato, 2001). En effet, des analyses de régression hiérarchique ont

dévoilé que les événements entourant les AS ne permettaient pas de prédire l'intensité des symptômes chez les victimes de l'échantillon.

Tout compte fait, les résultats obtenus dans ce projet de mémoire s'ajoutent aux données empiriques déjà existantes sur les particularités des filles et des 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 apparaissent très similaires.

6.2 Limites méthodologiques

Bien que le projet de mémoire ait permis de déterminer à quel niveau se situaient les différences entre les filles et les garçons victimes d'AS tout en permettant une comparaison avec le groupe témoin, certaines limites méthodologiques demeurent. Tout d'abord, le type de devis choisi n'aura pas permis d'établir un profil développemental des victimes de l'échantillon étudié. Si les participants avaient été rencontrés à plus d'une reprise, il est possible qu'un plus grand nombre de symptômes différentiels entre les victimes féminines et masculines de l'échantillon ait été identifié. En effet, il est probable que les symptômes se manifestent à différentes étapes du développement des victimes (Forouzan et Van Gijsegem, 2004) et qu'une seule rencontre en début de thérapie ne permette donc pas l'observation de tous les symptômes pouvant être vécus par les victimes d'AS. Bien que l'évaluation des symptômes à court terme auprès des enfants victimes et des parents soit une avancée dans le domaine, l'analyse des symptômes à plus long terme aurait été pertinente. D'ailleurs, il a été démontré que ce sont les adultes n'ayant jamais dévoilé l'AS vécue en enfance ou ayant retardé le dévoilement qui ont des taux plus élevés de symptômes liés à la détresse psychologique et au TSPT (Hébert *et al.*, 2009), ce qui peut induire un biais relatif à l'échantillon d'enfants recrutés.

En effet, l'échantillon étant de type non probabiliste, les résultats obtenus ne peuvent pas être représentatifs de la population globale d'enfants victimes d'AS; ils sont limités à des enfants ayant dévoilé une AS et étant rencontrés par des professionnels, en raison de leur histoire d'AS et afin d'évaluer leurs besoins. La clientèle ayant recours à des services personnalisés de counseling peut effectivement présenter des particularités ne pouvant être attribuables à une clientèle ne consultant pas de tels services. De plus, en dépit des efforts déployés pour

recruter un groupe de comparaison équivalent au groupe d'enfants victimes, une différence au niveau de la structure familiale était observable. Cette différence indiquait que les enfants victimes sont moins fréquemment issus d'une famille composée des deux parents et cette variable a dû être contrôlée dans les analyses. Il est également possible de croire que certaines différences existaient entre les parents qui ont accepté et ceux qui ont refusé de participer au projet.

Finalement, certaines variables importantes telles que les autres formes de victimisation potentiellement traumatiques vécues par les enfants (par ex. : maltraitance, violence dans le milieu familial ou scolaire) n'ont pas été évaluées dans le projet de mémoire. Pourtant, ces variables sont susceptibles d'influencer l'intensité des troubles comportementaux ou émotionnels observés chez les victimes d'AS. En effet, la combinaison de mauvais traitements est plus traumatique et est associée à une plus grande détresse (Hébert, Collin-Vézina *et al.*, 2006; Higgins et McCabe, 2001). Cette dimension gagnerait à être considérée dans les études futures.

6.3 Apports au plan de l'intervention sexologique

Même si les travaux des dernières années ont permis de mieux documenter les profils des enfants victimes d'AS, peu d'études scientifiques ont exploré les conséquences des AS chez les enfants en fonction de leur sexe. Les quelques études publiées portant sur les spécificités liées au sexe des victimes explorent généralement les conséquences à long terme auprès de populations adultes; peu d'études s'orientent sur les jeunes victimes et par conséquent, les manifestations à court terme sont moins fréquemment évaluées. Pourtant, il demeure important de documenter les différences et les similitudes chez les enfants victimes en fonction de leur sexe, tant au niveau des caractéristiques des AS que des symptômes, puisque des disparités permettraient de mieux orienter les interventions à privilégier auprès des deux clientèles.

L'étude réalisée aura permis de dresser un portrait de la clientèle âgée de 6 à 12 ans consultant le CEMV avec l'échantillon à l'étude composé de familles ayant accepté de se prêter aux rencontres. Le parent accompagnateur et l'enfant victime étaient invités à remplir un questionnaire sur les symptômes de l'enfant. De plus, l'inclusion d'un groupe de comparaison apparié pour l'âge et le sexe aura permis de comparer les filles et les garçons

victimes d'AS à des enfants non-victimes. Cet apport est considérable compte tenu du manque de recherches ayant eu recours à un groupe de comparaison. Ainsi, il aura été possible de contraster les deux populations et de mieux cerner les spécificités des conséquences associées au sexe de l'enfant victime.

Les informations relatives aux événements vécus par les enfants victimes et recueillies dans les dossiers cliniques des participants ont fourni les renseignements nécessaires à l'élaboration des circonstances des AS. Ces informations auront également permis d'établir le niveau de sévérité des AS. Plus précisément, les gestes posés, les caractéristiques de l'agresseur et la fréquence des agressions sont des données rendues disponibles afin de mieux investiguer les circonstances des événements vécus.

Les résultats de la présente étude engendrent certes des implications sur le plan de l'intervention. La comparaison des données obtenues pour les filles et les garçons victimes d'AS aura permis de déterminer des spécificités relatives aux caractéristiques des événements en fonction du sexe de la victime tandis que les symptômes observés se sont révélés plutôt similaires. En effet, les seules distinctions selon le sexe se situent au niveau des symptômes de TSPT et d'anxiété auto-rapportés, les filles victimes étant plus susceptibles de manifester ces symptômes que les garçons victimes.

Il semble donc que les interventions à privilégier auprès de cette jeune clientèle puissent être similaires sur 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. À cet égard, les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes et les hommes participeraient à la différenciation des profils cliniques associés au TSPT (Olf *et al.*, 2007). Il serait donc indiqué d'observer ces particularités afin de tirer avantage des stratégies d'adaptation de type approche des victimes, lesquelles sont plus bénéfiques à long terme sur le développement (Hébert, Collin-Vézina *et al.*, 2006).

Outre les symptômes parfois sévères chez les victimes d'AS, le phénomène de revictimisation demeure préoccupant. Il semble entendu qu'être victime d'AS est un facteur de risque pour revivre des situations de violence et de coercition dans les relations intimes et sexuelles une fois l'âge adulte atteint. Il appert aussi que la revictimisation à l'adolescence

est possible dans le cadre des premières relations amoureuses. En effet, la stigmatisation et l'impuissance que vivent les victimes d'AS en enfance pourraient les rendre plus susceptibles à tolérer des situations négatives dans le contexte de leurs premières relations amoureuses (Feiring, Rosenthal et Taska, 2000; Finkelhor et Browne, 1985). De plus, la revictimisation est associée à des symptômes de TSPT plus élevés, des sentiments de honte et de culpabilité, sans nommer les autres troubles intériorisés et extériorisés (Classen, Palesh et Aggarwal, 2005; Filipas et Ullman, 2006). Il semble approprié de mettre une emphase particulière sur la prévention auprès des victimes d'AS quant à de telles situations abusives pouvant survenir ultérieurement.

Des programmes d'intervention ont été élaborés grâce aux résultats des nombreuses études portant sur les victimes d'AS. Ces programmes visent principalement la réduction des répercussions associées aux AS (Berliner et Elliot, 2002) tout en abordant la prévention de la revictimisation. Le traitement des symptômes semble en toute situation bénéfique pour les victimes puisque la participation à ces interventions s'avère associée à une diminution des symptômes de TSPT ainsi que des troubles de comportements intériorisés et extériorisés, tout en améliorant l'estime de soi. À ce jour, les recensions des écrits ne témoignent d'aucune différence entre les gains réalisés suite au traitement chez les victimes féminines et masculines (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011). Cependant, il importe de considérer que le problème relatif aux échantillons à prédominance ou en totalité féminine se présente dans les études répertoriées. En effet, les études sur les effets du traitement, comme les études sur les caractéristiques des AS ou encore sur les symptômes des victimes, se retrouvent fréquemment avec les mêmes limites liées à l'échantillonnage et ne peuvent réellement analyser les spécificités liées au sexe.

Un traitement efficace des symptômes associés à l'AS chez les enfants est la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma, aussi connue sous le nom de *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT). Ce traitement est actuellement implanté au CEMV et une analyse préliminaire (Guénette-Robert et Hébert, 2010) a révélé que les mères des enfants victimes observent une diminution significative des troubles de comportements suite au traitement. En combinant des rencontres individuelles avec l'enfant victime, d'autres avec le parent non-agresseur et certaines dyadiques (enfant et parent qui

rencontrent l'intervenant), le TF-CBT permet à l'enfant de parler graduellement de ses souvenirs liés à l'AS. Les rencontres prévues, au nombre de 12 à 16, sont habituellement suffisantes pour amorcer une déconstruction des associations négatives entre les souvenirs associés aux événements et les réactions négatives telles que la culpabilité, l'anxiété et la colère (Cohen et Mannarino, 2000; Hébert, Bernier et Simoneau, 2011).

Jusqu'à maintenant, peu de données existent sur la réponse différentielle au traitement suivi entre les filles et les garçons victimes d'AS. De plus, les traitements destinés aux enfants victimes d'AS ne comportent pas de modalité adaptée en lien avec le sexe de la victime. Par contre, en orientant les projets de recherche sur l'analyse des réponses spécifiques des sous-groupes (par ex. : en fonction du sexe ou de l'âge des victimes), les résultats des études futures risquent d'être plus précis et les traitements pour les jeunes victimes seront éventuellement mieux adaptés à la réalité de chacun.

6.4 Pistes de recherche

Les données du projet de mémoire suggèrent que les filles et les garçons victimes d'AS se retrouvent avec des symptômes similaires quant à la plupart des variables mesurées, hormis le fait que les victimes féminines démontrent davantage de symptômes de TSPT et d'anxiété. Bien que les caractéristiques des AS soient différentes selon le sexe de la victime, elles ne prédisent pas la symptomatologie. C'est d'ailleurs le cas pour une majorité d'études mettant l'emphase sur des facteurs spécifiques, tels que les caractéristiques de l'AS, aux dépens d'autres éléments pouvant influencer les répercussions observées chez les enfants victimes (Yancey et Hansen, 2010). L'origine des symptômes différemment vécus par les filles et les garçons victimes (TSPT et anxiété) serait donc potentiellement associée à des dimensions n'ayant pas été considérées dans le projet de mémoire. Ainsi, il serait pertinent de diversifier les variables considérées dans le contexte des études futures.

Il est reconnu que les AS sont fortement associées à de multiples autres formes de victimisation en enfance telles que les abus physiques, les abus psychologiques et la négligence (Dong *et al.*, 2003). Ces autres formes de maltraitance et de victimisation peuvent accentuer la symptomatologie des enfants ayant subi une AS (Finkelhor *et al.*, 2009) et les futurs projets de recherche devront évaluer ces dimensions. En fournissant des données sur la prévalence de ces variables, les résultats pourraient également procurer des explications aux

symptômes évalués auprès de cette clientèle. De plus, il est probable que des analyses en fonction des différents stades développementaux seraient bénéfiques à l'élaboration de profils différentiels relatifs à la symptomatologie des victimes.

Par ailleurs, la stigmatisation des victimes d'AS, fréquemment tenues au silence même si un dévoilement a eu lieu, combinée au questionnement relatif à l'identité sexuelle peuvent représenter des obstacles supplémentaires pour les victimes masculines lorsqu'il est question de dévoiler les gestes vécus (Forouzan et Van Gijseghem, 2004; Paine et Hansen, 2002). Le fait de se questionner sur l'homosexualité amène un défi additionnel devant être considéré lors des interventions auprès des garçons victimes d'AS. De plus, le mode de socialisation des victimes masculines, axé sur la non-vulnérabilité, peut les inciter à minimiser l'impact de l'AS vécue (Mathews, 1996). Par conséquent, l'emphase devrait être placée sur la déstigmatisation des gestes subis tout en renforçant l'estime de soi des victimes masculines, bien qu'aucune différence significative à cet effet n'ait été soulevée par les analyses effectuées. Filles et garçons victimes ne devraient jamais avoir à vivre de culpabilité ni à s'attribuer une responsabilité par rapport aux événements.

En plus de la culpabilité ressentie par les victimes d'AS, les stratégies d'adaptation sont des dimensions pertinentes à investiguer étant donné leur influence certaine sur les symptômes vécus. En effet, les styles d'attribution négative, tels que la honte, la culpabilité et le sentiment de responsabilité quant à l'AS, sont associés à des répercussions plus sévères chez les victimes (Berliner et Elliott, 2002; Feiring, Taska et Chen, 2002). Il serait aussi intéressant d'observer si les symptômes intériorisés des filles et extériorisés des garçons reflètent des stratégies d'adaptation différentes selon le sexe de la victime (Heath, Bean et Feinauer, 1996). En sachant maintenant que les filles victimes vivent plus de symptômes de TSPT, il serait également pertinent d'analyser leurs stratégies d'adaptation par rapport aux événements afin de voir si ces stratégies sont associées aux symptômes de TSPT.

Pour expliquer de quelle manière les facteurs de risque coexistent et suscitent ou entretiennent les symptômes, la validation d'études empiriques est nécessaire. Pour ce faire, l'utilisation d'instruments de mesure standardisés est essentielle. De plus, les études à venir devraient appliquer des devis longitudinaux sur des échantillons représentatifs afin de permettre l'évaluation du développement des enfants victimes d'AS : la généralisation des

résultats issus de projets de recherche est un des objectifs ultimes en recherche sociale quantitative. Par ailleurs, l'inclusion d'un groupe de comparaison représente un atout pour les équipes de recherche désireuses de documenter les caractéristiques spécifiques aux victimes d'AS.

Somme toute, il semble évident que plusieurs enfants victimes ne dévoilent pas les gestes vécus ou encore que certains nient le dévoilement qu'ils avaient préalablement fait (London *et al.*, 2005). D'ailleurs, de nombreux facteurs affectent le dévoilement des événements entourant les AS. Parmi ces facteurs, l'âge de la victime au moment des événements, la fréquence des agressions et la sévérité des gestes sont les plus fréquemment observés (Paine et Hansen, 2002; Ullman et Filipas, 2005). De plus, le sexe de l'enfant semble avoir un impact sur le dévoilement, les garçons victimes étant plus susceptibles de conserver le secret de l'AS lorsqu'ils sont comparés aux victimes féminines. En effet, il semble entendu que les victimes masculines sont plus susceptibles de n'avoir jamais dévoilé l'AS (Hébert *et al.*, 2009). D'ailleurs, les hommes victimes d'AS en enfance dévoilent moins la situation au moment des événements (Hébert *et al.*, 2009; O'Leary et Barber, 2008) et ils prennent également plus de temps que les victimes féminines à aborder l'AS (O'Leary et Barber, 2008). Cette réalité doit être prise en compte, car elle explique en partie la moins grande prévalence des AS chez les garçons victimes.

En terminant, les AS en enfance représentent un problème sérieux de santé publique et le temps presse à établir des profils différentiels représentatifs des filles et des garçons victimes d'AS. Les projets de recherche à venir doivent prendre en considération les résultats des études antérieures tout en cherchant à uniformiser leur définition d'AS. Les instruments retenus doivent également permettre une comparaison des études entre elles afin de maximiser les retombées des nouveaux résultats et de contribuer à l'élaboration d'un portrait juste de la situation actuelle. Tant que les caractéristiques des événements entourant les AS, le dévoilement et le traitement des symptômes des victimes en fonction de leur sexe demeureront méconnus et non validés par les études, la réalité des victimes ne sera que partiellement disponible et donc, partiellement comprise. En poursuivant les avancées dans le domaine, le portrait se peaufinera et permettra la conception d'interventions mieux adaptées à cette jeune clientèle.

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*, vol. 9, no 3, p. 223-238.
- Baril, K., et M. Tourigny. 2009. «La violence sexuelle envers les enfants». In *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, sous la dir. de M.-È. Clément et S. Dufour, p. 145-163. Anjou, Québec : Les Éditions CEC.
- Beattie, K. 2005. «Violence familiale envers les enfants et les jeunes». In *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*, sous la dir. de Statistique Canada p.75-85. Ottawa, Ontario : Centre canadien de la statistique juridique.
- Berliner, L., et D. M. Elliott. 2002. «Sexual abuse of children». In *The APSAC handbook on child maltreatment 2nd ed.*, sous la dir. de J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny et T. A. Reid, p.55-78. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications Inc.
- 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*, vol. 15, no 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*, vol. 93, no 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*, vol. 38, no 4, p. 343-355.
- Classen, C. C., O. G. Palesh et R. Aggarwal. 2005. «Sexual revictimization: A review of the empirical literature». *Trauma, Violence, and Abuse*, vol. 6, no 2, p. 103-129.
- Cohen, J. A., et A. P. Mannarino. 2000. «Predictors of treatment outcome in sexually abused children». *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, no 7, p. 983-994.
- Cogle, J. R., K. R. Timpano, N. Sachs-Ericsson, M. E. Keough et C. J. Riccardi. 2010. «Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication». *Psychiatry Research*, vol. 177, no 1-2, p. 150-155.
- Courtois, C. A. 1988. *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York, New York : Norton.

- Daignault, I. V., et M. Hébert. 2004. «L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle». *Psychologie canadienne*, vol. 45, no 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*, vol. 33, no 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*, vol. 16, no 7, p. 619-639.
- Dong, M., R. F. Anda, S. R. Dube, W. H. Giles et V. J. Felitti. 2003. «The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood». *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, no 6, p. 625-639.
- Dube, 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*, vol. 28, no 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*, vol. 22, no 5, p. 278-284.
- Elliott, D. M. 1994. «Impaired object relations in professional women molested as children». *Psychotherapy*, vol. 31, no 1, p. 79-86.
- Fallon, B., N. Trocmé, J. Fluke, B. MacLaurin, L. Tonmyr et Y. Y. Yuan. 2010. «Methodological challenges in measuring child maltreatment». *Child Abuse & Neglect*, vol. 34, no 1, p. 70-79.
- Feerick, M. M., et K. L. Snow. 2005. «The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women». *Journal of Family Violence*, vol. 20, no 6, p. 409-419.
- Feiring, C., S. Rosenthal et L. Taska. 2000. «Stigmatization and the development of friendship and romantic relationships in adolescent victims of sexual abuse». *Child Maltreatment*, vol. 5, no 4, p. 311-322.
- 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*, vol. 7, no 1, p. 26-41.
- Feiring, C., L. Taska et M. Lewis. 1999. «Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse». *Child Abuse & Neglect*, vol. 23, no 2, p. 115-128.
- Femina, D. D., C. A. Yeager et D. O. Lewis. 1990. «Child abuse: adolescent records vs adult recall». *Child Abuse & Neglect*, vol. 14, no 2, p. 227-31.
- Fergusson, D. M., et P. E. Mullen. 1999. *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications Inc.

- Filipas, H. H., et S. E. Ullman. 2006. «Childhood sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 21, no 5, p. 652-672.
- Finkelhor, D., et A. Browne. 1985. «The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, no 4, p. 530-541.
- Finkelhor, D., R. K. Ormrod et H. A. Turner. 2007. «Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort». *Development and Psychopathology*, vol. 19, no 1, p. 149-166.
- Finkelhor, D., R. Ormrod, H. Turner et M. Holt. 2009. «Pathways to poly-victimization». *Child Maltreatment*, vol. 14, no 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*, vol. 9, no 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*, vol. 45, no 1, p. 59-80.
- Frederick, C., R. Pynoos et K. Nader. 1992. *Childhood Post-Traumatic Stress Reaction Index, a copyrighted instrument*. Disponible auprès de C. Frederick et R. 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*, vol. 21, no 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*, vol. 22, no 10, p. 1005-1012.
- Guénette-Robert, M., et M. Hébert. 2010. «Évaluation préliminaire de l'application québécoise du traitement TF-CBT offert aux enfants victimes d'agression sexuelle». *Journal International de Victimologie*, vol. 8, no 1, p. 37-54.
- 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*, vol. 312, no 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.
- Haugaard, J. J. 2000. «The challenge of defining child sexual abuse». *American Psychologist*, vol. 55, no 9, p. 1036-1039.
- Heath, V., R. Bean et L. Feinauer. 1996. «Severity of childhood sexual abuse: Symptom differences between men and women». *The American Journal of Family Therapy*, vol. 24, no 4, p. 305-314.
- Hébert, M., M.-J. Bernier et A. C. Simoneau. 2011. «Les effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle». In *L'agression sexuelle envers les enfants (Tome 1)*, sous la dir. de M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, p.205-242. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Hébert, M., D. Collin-Vézina, I. Daigneault, N. Parent et C. Tremblay. 2006. «Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis». *Comprehensive Psychiatry*, vol. 47, no 6, p. 443-455.
- Hébert, M., M. Tourigny, M. Cyr, P. McDuff et J. Joly. 2009. «Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec». *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, no 9, p. 631-635.
- Hébert, M., C. Tremblay, N. Parent, I. V. Daigneault et C. Piché. 2006. «Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children». *Journal of Family Violence*, vol. 21, no 5, p. 287-299.
- Higgins, D. J., et M. P. McCabe. 2001. «Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 6, no 6, p. 547-578.
- Holmes, W. C., et G. B. Slap. 1998. «Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management». *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, no 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*, vol. 15, no 3, p. S51-S59.
- 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*, vol. 113, no 1, p. 164-180.
- 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*, vol. 7, no 1, p. 57-62.
- Kovacs, M. 1985. «The Children's Depression Inventory (CDI)». *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 21, no 4, p. 995-998.
- London, K., M. Bruck, S. J. Ceci et D. W. Shuman. 2005. «Disclosure of child sexual abuse: what does the research tell us about the ways that children tell?». *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, no 1, p. 194-226.
- 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*, vol. 16, no 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*, vol. 37, no 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*, vol. 34, no 6, p. 429-437.
- Maniglio, R. 2009. «The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews». *Clinical Psychology Review*, vol. 29, no 7, p. 647-657.

- Mannarino, A. P., et J. A. Cohen. 1996a. «Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls». *Journal on Interpersonal Violence*, vol. 11, no 2, p. 162-180.
- Mannarino, A. P., et J. A. Cohen. 1996b. «A follow-up study of factors that mediate the development of psychological symptomatology in sexually abused girls». *Child Maltreatment*, vol. 1, no 3, p. 246-260.
- Mathews, F. 1996. *Le garçon invisible. Nouveau regard sur la victimologie au masculin : enfants et adolescents*. Ottawa, Ontario : Santé-Canada.
- McGee, H., M. O'Higgins, R. Garavan et R. Conroy. 2011. «Rape and child sexual abuse: What beliefs persist about motives, perpetrators, and survivors?». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 26, no 17, p. 3580-3593.
- Ministère de la Sécurité publique. 2011. *Statistiques 2009 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Molnar, B. E., S. L. Buka et R. C. Kessler. 2001. «Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey». *American Journal of Public Health*, vol. 91, no 5, p. 753-760.
- Morrell, B., M. P. Mendel et L. Fischer. 2001. «Object relations disturbances in sexually abused males». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 16, no 9, p. 851-864.
- O'Leary, P. J., et J. Barber. 2008. «Gender differences in silencing following childhood sexual abuse». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 17, no 2, p. 133-143.
- Olf, M., W. Langeland, N. Draijer et B. P. R. Gersons. 2007. «Gender differences in posttraumatic stress disorder». *Psychological Bulletin*, vol. 133, no 2, p. 183-204.
- Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. 2002. *Les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle : enjeux et défis à Montréal. Actes de la journée de réflexion du 17 octobre 2001*. Montréal, Canada : Y des femmes.
- Paine, M. L., et D. J. Hansen. 2002. «Factors influencing children to self-disclose sexual abuse». *Clinical Psychology Review*, vol. 22, no 2, p. 271-295.
- Paolucci, E. O., M. L. Genius et C. Violato. 2001. «A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse». *The Journal of Psychology*, vol. 135, no 1, p. 17-36.
- Parent, N., et M. Hébert. 2006. *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant*. Adaptation française du « History of Victimization Form » de V. V. Wolfe, C. Gentile et P. Boudreau (1987). Montréal, Québec : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Pereda, N., G. Guilera, M. Forns et J. Gómez-Benito. 2009a. «The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis». *Clinical Psychology Review*, vol. 29, no 4, p. 328-338.
- Pereda, N., G. Guilera, M. Forns et J. Gómez-Benito. 2009b. «The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994) ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, no 6, p. 331-342.

- Putnam, F. W. 2003. «Ten-year research update review: child sexual abuse». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 42, no 3, p. 269-278.
- Putnam, F. W., K. Helmers et P. K. Trickett. 1993. «Development, reliability, and validity of a child dissociation scale». *Child Abuse & Neglect*, vol. 17, no 6, p. 731-741.
- Reid, J. A., et C. J. Sullivan. 2009. «A model of vulnerability for adult sexual victimization: the impact of attachment, child maltreatment, and scarred sexuality». *Violence and Victims*, vol. 24, no 4, p. 485-501.
- Reynolds, C. R., et B. O. Richmond. 1985. *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual*. Los Angeles, Californie : Western Psychological Services.
- Runyan, D. K. 1998. «Prevalence, risk, sensitivity and specificity: A commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda». *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, no 6, p. 493-498.
- Sachs-Ericsson, N., E. Verona, T. Joiner et J. K. Preacher. 2006. «Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders». *Journal of Affective Disorders*, vol. 93, no 1-3, p. 71-78.
- 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*, vol. 6, no 4, p. 1-26.
- Spataro, J., S. A. Moss et D. L. Wells. 2001. «Child sexual abuse: A reality for both sexes». *Australian Psychologist*, vol. 36, no 3, p. 177-183.
- Statistique Canada. 2008. *La violence familiale au Canada: un profil statistique 2008*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de la statistique juridique.
- 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*, vol. 22, no 4, p. 377-384.
- Summit, R. C. 1983. «The child sexual abuse accommodation syndrome». *Child Abuse & Neglect*, vol. 7, no 2, p. 177-193.
- 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*, vol. 132, no 6, p. 959-992.
- Tremblay, C., Hébert, M. et Piché, C. 2000. «Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 9, no 1, p. 65-90.
- Trocme, N., B. Fallon, B. MacLaurin, V. Sinha, T. Black, E. Fast, C. Felstiner, S. Hélie, D. Turcotte, P. Weightman, J. Douglas et J. Holroyd. 2010. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.
- Ullman, S. E. 2007. «Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 16, no 1, p. 19-36.

- 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*, vol. 29, no 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*, vol. 7, no 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*, vol. 16, no 3, p. 41-58.
- Wolfe, D. A., L. Sas et C. Wekerle. 1994. «Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse». *Child Abuse & Neglect*, vol. 18, no 1, p. 37-50.
- 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, Canada, N6A 4G5.
- Wolfe, V. V. 2006. «Child sexual abuse». In *Treatment of childhood disorders 3rd ed.*, sous la dir. de E. J. Mash et R. A. Barkley, p.647-727. New York, New York : Guilford Press.
- Wolfe, V. V., C. Gentile et P. Boudreau. 1987. *History of Victimization Form*. Instrument d'évaluation non publié. London, Ontario : London Health Science Centre.
- Yancey, C. T., et D. J. Hansen. 2010. «Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, no 6, p. 410-421.