



HAL
open science

Étude du stock lexical concret et abstrait à l'aide du test l'EVIP, chez des enfants scolarisés en classe de CP-CE1 ayant un passé de maltraitance

Camille Semerena

► To cite this version:

Camille Semerena. Étude du stock lexical concret et abstrait à l'aide du test l'EVIP, chez des enfants scolarisés en classe de CP-CE1 ayant un passé de maltraitance. Sciences cognitives. 2011. dumas-01307038

HAL Id: dumas-01307038

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307038>

Submitted on 26 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SEMERENA Camille

Née le 03/04/1987

Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de
capacité d'orthophoniste

**Etude du stock lexical concret et abstrait à
l'aide du test l'EVIP, chez des enfants
scolarisés en classe de CP-CE1 ayant un passé
de maltraitance**

Année 2011

Université Bordeaux Segalen
Département d'Orthophonie

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Mme Clémence Dana-Gordon, qui a accepté de diriger ce mémoire et qui m'a fait confiance en me permettant de le mener à bien. Son soutien, ses remarques et ses conseils m'ont été précieux tout au long de l'année.

Je remercie aussi particulièrement ma maître de stage, Mme Sabine Dutheil, qui m'a accueillie cette année afin d'effectuer mon stage de fin d'études et qui s'est intéressée à mon projet tout au long de son élaboration.

Je remercie toute l'équipe de l'ITEP de Bellefonds qui s'est montrée attentive à mon projet.

Un grand merci à Mr Rémi Sanier, qui m'a ouvert les portes de son cabinet, ainsi que les orthophonistes du cabinet libéral de Talence, Melle Nathalie Neveux et Melle Sophie Guérin qui m'ont gentiment accueillie et permis de proposer mon test aux enfants qu'elles suivaient.

Je tiens aussi à remercier les parents des enfants qui m'ont reçue chez eux, avec une hospitalité et une gentillesse qui m'ont beaucoup touchée.

Mes remerciements s'adressent également à tous les patients et sujets témoins qui ont bien voulu participer à cette étude et sans qui je n'aurais pu mener à bien ce projet.

Je tiens à remercier la directrice de l'école d'orthophonie, Mme Anne Lamothe-Corneloup ainsi que les membres du jury de soutenance, Mme Sabine Dutheil, Mme Corinne Quantin et le Docteur Eric Debruge,

Merci à Stéphane, pour son soutien et sa patience, Cécilia pour son aide et ses conseils, mes copines de promo avec qui nous avons douté, espéré et beaucoup rigolé et mes amis qui ont toujours été là durant ces quatre années d'études.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches, dont le soutien, les encouragements et les conseils ont été sans faille tout au long de ce cursus universitaire.

Je remercie enfin toutes les personnes que je ne cite pas ici et qui ont contribué à rendre ma formation riche en découvertes et en rencontres.

INTRODUCTION	4
I. LE DEVELOPPEMENT NORMAL DU LANGAGE	6
1. INTERACTIONS MERE-ENFANT	6
1.1 LA COMMUNICATION PRE-LINGUISTIQUE	6
1.2 L'EVOLUTION DE LA COMMUNICATION	8
1.3 LES DIFFERENTES MODALITES D'ADRESSAGE	9
2. LE LEXIQUE	10
2.1 LES PREMIERES PRODUCTIONS	10
2.2 LA NATURE DES PREMIERS MOTS	12
2.3 LE ROLE DE L'ADULTE ET DES INDICES ENVIRONNEMENTAUX	13
3. DEVELOPPEMENT DE LA SYNTAXE	14
3.1 LA JUXTAPOSITION DES MOTS	14
3.2 LA COMBINAISON DES MOTS	15
3.3 L'ACQUISITION DES PREMIERES REGLES GRAMMATICALES	16
3.4 IMPORTANCE DU FEED-BACK DE L'ADULTE	17
II. LA MALTRAITANCE	19
1. DEFINITION	19
1.1 UN PEU D'HISTOIRE	19
1.2 PLUS RECEMMENT	21
2. LES DIFFERENTES FORMES DE MALTRAITANCE	22
2.1 LA MALTRAITANCE PHYSIQUE	22
2.2 LA MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE	24
2.3 LA MALTRAITANCE SEXUELLE	26
2.4 LES CARENCES ET LES NEGLIGENCES	29
3. LES FACTEURS DE RISQUE	31
3.1 LES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES	31
3.2 LE PROFIL DES ADULTES MALTRAITANTS	32
3.3 L'ENFANT LUI-MEME	34
III. LES REPERCUSSIONS DE LA MALTRAITANCE	35
1. LES REPERCUSSIONS SOMATIQUES	35
1.1 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES	36

1.2 LES DIFFERENTS ASPECTS DU RETARD PSYCHOMOTEUR	37
2. LES REPERCUSSIONS COGNITIVES	38
2.1 L'IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT	39
2.2 LA NATURE DES TROUBLES COGNITIFS	39
3. LES REPERCUSSIONS AFFECTIVES	44
3.1 LE MODE RELATIONNEL	44
3.2 LES FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	46
3.3 LE LIEN D'ATTACHEMENT AVEC LES PERSONNES ET LES OBJETS	46
3.4 LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS	47
3.5 LES CONSEQUENCES DE CES BLESSURES AFFECTIVES	48
4. LES REPERCUSSIONS LANGAGIERES	49
4.1 LES TROUBLES DU LANGAGE ORAL	49
4.2 AU NIVEAU DE LA SYNTAXE	51
4.3 AU NIVEAU DU LEXIQUE	51
<u>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL :</u>	54
<u>I. PROTOCOLE</u>	55
1. PRESENTATION DU TEST « EVIP »	55
2. CONSIGNES DU TEST	58
2.1 DUREE DE L'EPREUVE	58
2.2 MISE EN PLACE DU MATERIEL	59
2.3 ACCUEIL ET ATTITUDE ENVERS LE SUJET	59
2.4 PRESENTATION DE LA FEUILLE DE NOTATION	59
2.5 CONSIGNES DE PASSATION	60
2.6 REGLES DE PASSATION DU TEST	61
<u>II. PRESENTATION DE LA POPULATION</u>	63
1. POPULATION TEMOIN	63
1.1 LES CRITERES D'INCLUSION	63
1.2 LES CRITERES D'EXCLUSION	63
1.3 LE NIVEAU SCOLAIRE	64
1.4 LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE	64
2. POPULATION D'ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE	66
2.1 LES CRITERES D'INCLUSION	66
2.2 LES CRITERES D'EXCLUSION	66
2.3 LE NIVEAU SCOLAIRE	67

2.4	LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE	67
2.5	PRESENTATION DES SUJETS ET DES DIVERSES MALTRAITANCES RENCONTREES	69
3.	PROCEDURE	69
III.	<u>PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE</u>	70
1.	POPULATION TEMOIN	70
1.1	GROUPE DES ENFANTS NON MALTRAITES ET NON REEDUQUES	70
1.2	GROUPE DES ENFANTS NON MALTRAITES ET REEDUQUES	73
2.	POPULATION D'ENFANTS MALTRAITES	75
2.1	GROUPE DES ENFANTS MALTRAITES ET NON REEDUQUES	75
2.2	GROUPE DES ENFANTS MALTRAITES ET REEDUQUES	78
3.	ANALYSE DU VOCABULAIRE ABSTRAIT EN PARTICULIER	85
	<u>DISCUSSION</u>	89
IV.	<u>CONFRONTATION DES RESULTATS A LA LITTERATURE</u>	89
V.	<u>LIMITES ET INTERETS DE L'ETUDE</u>	91
1.	LES LIMITES METHODOLOGIQUES	91
2.	LES INTERETS ORTHOPHONIQUES	92
3.	PERSPECTIVES	94
	<u>CONCLUSION</u>	95
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	97
	ANNEXES	100

Introduction

Ce projet est né de différentes lectures concernant le thème de la maltraitance ainsi que d'un cours dispensé à l'école d'orthophonie qui présentait des cas d'enfants violentés.

En effet, ce problème concerne un nombre croissant d'enfants, victimes de violences diverses et relatives à tous les milieux sociaux et familiaux.

Il s'agit désormais d'un problème de santé publique qui concerne tous les acteurs de la société, et nécessite un travail préventif auprès des familles afin notamment de dispenser des conseils éducatifs.

La maltraitance a toujours existé, mais ce n'est que depuis quelques années seulement que la société s'intéresse de plus près à ce phénomène, lourd de conséquences.

Grâce aux premières descriptions cliniques de pédiatres dans les années 1950, neurologues et radiologues, les premières suspicions de mauvais traitements émergent et mobilisent peu à peu la justice qui ne tarde pas à promulguer des lois à l'encontre des adultes maltraitants.

Progressivement, les pensées se sont donc modifiées, les témoignages multipliés et une certaine prise de conscience s'est opérée.

Depuis, de nombreuses associations d'aide et de protection à l'enfance ont vu le jour et proposent des structures d'accueil, de suivis et d'assistance à ces jeunes victimes.

Parmi les observations cliniques portées sur des enfants ayant subi des maltraitances, les différents auteurs rapportent une sorte de confusion du cerveau pouvant entraîner des troubles de l'attention et de la concentration, des difficultés dans le raisonnement et la logique ainsi que parfois des troubles des apprentissages.

Concernant notre discipline, les troubles du langage sont très fréquents et se traduisent semble-t-il selon les diverses études, par des difficultés de construction syntaxique ainsi que par des carences en vocabulaire.

Notre réflexion s'est donc orientée sur les compétences lexicales d'enfants ayant été maltraités. Nous avons souhaité nous interroger sur la possibilité d'établir un lien entre le passé de maltraitance et l'éventuel déficit du stock lexical de ces enfants grâce au test de l'Evip.

Cette étude se divise en plusieurs chapitres, articulés autour de trois grandes parties.

Dans une première partie, nous exposerons les données théoriques retenues au fil des lectures et celles traitant du sujet de la maltraitance.

Le premier chapitre est consacré au développement normal du langage de l'enfant, et s'attache à expliquer les différentes étapes de cet apprentissage.

Nous aborderons dans un second chapitre le thème de la maltraitance, en tentant de définir ce concept, d'exposer les différentes formes de violences à l'égard des enfants et enfin de proposer un profil d'enfants considérés comme « à risque ».

Le troisième et dernier chapitre fera l'objet d'une étude portant sur les répercussions générales de la maltraitance, et plus particulièrement sur la nature des conséquences qui concernent le langage.

Dans la partie pratique et méthodologique, nous rapporterons l'ensemble des données expérimentales de notre projet.

Nous introduirons d'abord les éléments permettant de définir la population étudiée, puis accorderons un chapitre à une présentation des enfants maltraités.

Le chapitre suivant permettra de présenter le protocole utilisé lors de nos expériences.

Enfin, nous présenterons les résultats obtenus à l'issue de cette recherche expérimentale.

Nous consacrerons une dernière partie à l'analyse des résultats et à leur mise en relation avec les données théoriques recueillies. Il s'agira d'une discussion qui nous permettra de vérifier notre hypothèse initiale.

Pour terminer, nous présenterons une conclusion générale qui rassemblera l'ensemble de nos données et soulignera les intérêts orthophoniques de cette étude. Les dernières pages seront consacrées à l'exposition des références bibliographiques qui ont alimenté nos recherches, et par l'apport de documents annexes.

Partie Théorique

I. Le développement normal du langage

Le développement du langage chez les enfants est un processus lent et progressif qui va nécessiter d'une part un désir de communication émanant de l'enfant lui-même, et d'autre, part un bain de langage suffisant. L'envie de communiquer est un facteur essentiel dans l'émergence et le développement du langage. L'entourage joue alors un rôle majeur dans ces processus de communication.

1. Interactions mère-enfant

Le lien qui s'établit entre la mère et son enfant prend ses sources très tôt, alors que le futur bébé n'est encore qu'un fœtus. Une relation toute particulière s'instaure et permet au nouveau né de différencier sa mère de toutes les autres femmes. Il réagit à la voix maternelle, mais aussi à son odeur.

1.1 La communication pré-linguistique

Dès ses premiers jours, le nouveau-né est baigné dans le langage, cela grâce aux interactions de ses proches. Il distingue prioritairement la voix de sa mère, qu'il pourra reconnaître parmi toutes les autres. C'est elle qui lui apporte un sentiment de sécurité, d'apaisement. C'est aussi celle qui attire son regard et mérite toute son attention : « Le bébé préfère la voix maternelle avec son intonation habituelle à la voix maternelle lisant un texte sans significations, c'est-à-dire, une voix neutre. » (Aimard, 1993).

Un des premiers modes de communication qui s'instaure entre ces deux acteurs de la relation est aussi placé sous le signe de la communication non verbale.

En effet, le regard va permettre de faire passer des émotions mais aussi d'en recevoir. La mère sait qu'elle peut attirer l'attention de son bébé en le touchant, en le regardant.

Ce contact oculaire n'est pas très stable au début, mais peu à peu, il va se renforcer et donner lieu à de véritables interactions.

Dès les premiers jours de sa vie, le nourrisson est capable d'imiter les mimiques et attitudes distinctes des adultes qui l'entourent. Ainsi, en plus de reconnaître la voix et l'odeur de sa mère, il la différenciera des autres interlocuteurs, qu'il pourra petit à petit distinguer les uns des autres. Le bébé de trois ou quatre mois réagit à la vue de ses parents, de visages familiers : son regard s'illumine, sa bouche se met en mouvement, il sourit et vocalise.

Les regards entre l'adulte et le bébé sont routiniers et s'inscrivent dans toutes les activités de la vie quotidienne. Ces échanges non verbaux sont le point de départ d'une communication qui va évoluer, et inviter peu à peu, à des échanges plus riches, comme le dialogue.

C'est à partir du troisième mois que les échanges vocaux entre la mère et son enfant vont commencer. Elle parle à son bébé qui à son tour lui répond sous forme de vocalisations, donnant l'impression d'une véritable conversation.

Les échanges vocaux précoces avec la mère amènent petit à petit le bébé vers un mode de communication oral. Le gazouillage fait son apparition et s'installe chez le bébé comme pour répondre aux sollicitations de la mère. Le bébé perçoit ainsi, dès son plus jeune âge, une voix familière ou inconnue, une voix fâchée, ou encore une voix douce.

Ces échanges permettent de renforcer la relation mère-enfant qui prend alors une nouvelle dimension, puisqu'elle inclut au fur et à mesure des échanges, l'émergence de la parole. Des échanges ludiques peuvent s'articuler autour de jeux institutionnels tels que le « coucou-caché », les chatouilles, les marionnettes. L'adulte et l'enfant créent des interactions dans lesquelles ils peuvent éprouver un véritable plaisir. Ces échanges font intervenir le langage, puisque l'adulte chante, anime, parle, relate...

Peu à peu, l'enfant se familiarise avec ces habitudes qui le mènent tout doucement vers la découverte du langage.

Ainsi, le bébé est très réceptif aux mimiques et expressions faciales des adultes qui l'entourent, et ce, dès les premiers jours de sa vie. Par exemple, un visage fermé et inexpressif peut lui faire peur, alors que des visages bienveillants, et joviaux le rassurent. Les expressions de la mère sont donc très importantes et génèrent chez l'enfant différents types de réactions.

Une mère souriante et expressive sur le plan vocalique provoquera des réactions positives du nourrisson alors qu'un visage triste, fermé, ou encore maussade pourra facilement le déstabiliser.

Même si le sourire du nouveau-né est dans un premier temps réflexe, il devient, vers l'âge de cinq ou six mois, la conséquence de stimulations exercées par ses pairs. En effet, le visage de ses parents, une voix chaleureuse, des mimiques expressives, sont autant de raison d'entraîner des sourires. Cela a aussi un effet sur la mère, qui interprète le sourire de son enfant comme le fait qu'il puisse la distinguer parmi tous les autres.

La mère s'adresse donc à son enfant sous plusieurs modalités. C'est une communication chargée d'émotions et d'affectif qui s'instaure entre les deux êtres, puisque cette maman mobilise tout son corps pour transmettre ses messages. Cela passe par le balancement rythmé du corps, le haussement de sourcils, des sourires, des rires, les modulations vocales, des mimiques appuyées... Les capacités du bébé à communiquer évoluent progressivement et passent elles aussi par le regard, les gestes, le sourire, les postures.

1.2 L'évolution de la communication

Au fur et à mesure, le discours de la mère se modifie et s'adapte à l'évolution de l'enfant. Si au tout début les mamans mettent des mots et des descriptions sur les sensations corporelles de l'enfant, elles commencent ainsi à partir de six mois, à commenter les activités de leur enfant.

C'est comme cela que le répertoire lexical de l'enfant commence son ascension, et il sera donc fortement influencé par le langage utilisé au sein de l'environnement familial.

C'est ce modèle langagier qui va permettre à l'enfant de développer son propre langage et d'accéder petit à petit à la connaissance des règles de la langue.

Ainsi, le milieu dans lequel évolue l'enfant doit être suffisamment stimulant pour lui permettre d'acquérir du vocabulaire et une syntaxe correcte.

La mère est le premier interlocuteur de l'enfant et c'est à partir de cette relation si unique que l'enfant va se développer et accéder à toutes les fonctions nécessaires à l'élaboration du langage.

Le milieu affectif dans lequel évolue l'enfant joue aussi un rôle fondamental, comme l'ont prouvé plusieurs expériences. Ainsi, celle de Frédéric de Prusse au 18^{ème} siècle (cité par Cyrulnik, 2002), a pu démontrer que l'isolation des jeunes enfants avait des répercussions catastrophiques puisqu'elle conduisait à leur mort psychique, puis physique.

1.3 Les différentes modalités d'adressage

L'adulte qui s'adresse à un bébé utilise normalement et spontanément un langage spécifique et adapté. Il utilise préférentiellement des phrases simples et courtes, une articulation lente et claire, une intonation marquée.

Les mimiques, les gestes et les postures accompagnent le message, ce qui suscite l'intérêt et l'attention du tout petit.

C'est grâce à toutes ces caractéristiques que le bébé découvre et explore le monde. Il n'est pas seulement spectateur mais il est aussi actif dans les échanges, à travers ses réactions, comme l'étonnement, la curiosité, l'imitation de ce qu'il voit et de ce qu'il entend.

Cependant, toutes les familles ne fonctionnent pas sur ce même schéma. Le comportement de l'adulte vis-à-vis du bébé n'est en effet pas le même pour tous. Certains parents n'accordent pas la même importance à ces interactions précoces et primordiales dans le développement du bébé. Alors que certains prennent un véritable plaisir dans ces échanges précoces, d'autres y sont moins sensibles et préfèrent la période où l'enfant sera en mesure de parler, de jouer, et où il aura acquis une certaine forme d'indépendance.

Ces adultes ont donc des difficultés à ajuster leur comportement avec les bébés, qui ne reçoivent alors pas d'échanges préverbaux de très bonne qualité.

De même, les contraintes professionnelles ne permettent pas toujours une disponibilité suffisante des parents, et peuvent donc entraîner une implication moins importante dans le développement de leur enfant. Le rôle de la mère est donc parfois assumé par d'autres personnes, comme les adultes des crèches ou garderies, des nounous, d'autres membres de la famille comme les grands-parents etc... Le contact avec le bébé n'est alors pas le même. Les échanges et l'attention à son égard n'étant pas identiques à ceux dont bénéficient les bébés ayant une maman disponible.

Si l'acquisition du langage dans ces conditions peut être tout à fait satisfaisante, ce n'est pourtant pas toujours le cas. Dans certains milieux défavorisés notamment, ce sont parfois les frères et sœurs qui s'occupent des tout petits, pendant que les parents travaillent. Le bain de langage n'est alors pas comparable à celui que pourrait proposer une mère, adulte et responsable, notamment par rapport à la qualité ou à la richesse lexicale.

2. Le lexique

Un mot est « un pur symbole, entre plusieurs milliers, rapidement acquis grâce à l'harmonie entre l'esprit de l'enfant, l'esprit de l'adulte, et la texture de la réalité » (Steven Pinker, 1987, cité par Kail et Fayol, 2000).

Les mots sont des formes phonologiques qui se rattachent à des actions, à des objets. L'enfant doit distinguer des référents correspondant à des choses précises comme un objet dans sa globalité ou seulement une partie, des actions, des émotions. Il doit mettre en relation les formes sonores qu'il entend avec les découvertes qu'il fait.

2.1 Les premières productions

La production d'un mot nécessite un enchaînement d'étapes précises et rigoureuses. Dans un premier temps, le mot est sélectionné dans le répertoire, puis réalisé au moyen de la programmation phonétique. L'ordre de la séquence des phonèmes doit être respecté afin d'accéder à une prononciation correcte.

En premier lieu, l'enfant traite le langage d'un point de vue acoustique, puis, petit à petit, il peut prendre conscience du sens de ces formes sonores. Il comprend que son

entourage utilise ces mots dans l'intention de se référer à tel ou tel objet, à telle ou telle action.

Ainsi, pour commencer l'enfant va produire des formes simplifiées, des onomatopées, des redoublements de syllabes, etc...

Comme le soulignent Michèle Kail et Michel Fayol, on ne peut donner un âge précis d'apparition des premiers mots. En effet, l'émergence et le développement du vocabulaire sont tout à fait différents d'un enfant à l'autre. De nombreux facteurs influencent l'apparition des premiers mots, comme l'environnement familial et social, la culture, la place de l'enfant au sein du foyer, son propre caractère. L'enfant comprend d'abord plus de mots qu'il n'en produit, ce qui amène d'ailleurs à penser que les voies d'accès ne sont pas identiques en ce qui concerne la production et la perception. Elles n'auraient pas le même rythme de développement, notamment, ce qui expliquerait le décalage entre la production et la compréhension

Néanmoins, il est cependant possible d'établir une période plus ou moins large sur l'apparition des premiers mots : souvent entre le onzième et quatorzième mois.

En général, à partir de l'âge de onze mois, l'enfant commence à catégoriser le monde, à partir du réel, ce qui lui permet d'accéder petit à petit à des représentations. C'est l'interaction avec l'environnement qui permet au bébé d'opérer cette gymnastique indispensable à l'acquisition du lexique. Ce concept de catégorisation est l'une des premières acquisitions de l'enfant. Le mot chat, par exemple réfère au chat de la maison, mais également à tous les autres animaux de la même classe « chat ». L'enfant peut alors dénommer « chats » d'autres animaux qui présentent des similarités sur le plan physique. A l'inverse, l'enfant peut restreindre l'utilisation de ce mot, et ne l'employer que dans une situation particulière. Dans ce cas, le mot « chat » désigne uniquement le chat de la famille, et non tous les autres chats.

Pour tous les enfants, l'extension et l'enrichissement du premier vocabulaire (cinquante premiers mots) va être lent, et connaître une évolution progressive. Cet apprentissage est difficile et demande aux parents, souvent pressés d'entendre parler leur enfant, de faire preuve de patience et d'indulgence.

Entre seize et vingt mois, l'acquisition du vocabulaire devient plus rapide, évoluant par tranches de quatre mois, jusqu'à arriver à un stock lexical d'environ cent-soixante mots au début de la troisième année. A partir de l'âge de dix-huit mois, l'enfant peut en effet

apprendre plusieurs mots par jour et vers l'âge de six ou sept ans, le vocabulaire est de l'ordre de dix mille mots.

2.2 La nature des premiers mots

Sans s'en apercevoir, l'adulte influence la nature des premières productions, car il répète régulièrement les mêmes mots, au cours de petits rituels quotidiens comme la toilette, les repas, l'habillage... Chaque enfant sera aussi guidé par ses expériences personnelles, par les jeux que lui propose l'adulte, les animaux qu'il rencontre, les parties du corps qu'il apprend, ou encore la nourriture qu'il découvre.

L'enfant prend conscience que tout ce qui l'entoure a un nom, et que les mots permettent de raconter, de décrire. C'est grâce à ses propres expériences qu'il peut alors en faire le constat. Ainsi, la lecture d'histoires imaginées par l'adulte, et la répétition régulière de mêmes mots, de mêmes phrases, permettent à l'enfant de devenir à son tour un membre actif dans cette activité.

Comme nous l'avons déjà dit, l'influence de la langue maternelle dans la nature de ces mots est primordiale.

Les premiers mots émergent au milieu d'un contexte, propre à chaque famille. Ils n'ont pas forcément une signification arrêtée et peuvent signifier différentes choses pour le bébé. Pour accéder au sens des mots, l'enfant doit établir un lien entre le signifiant et le signifié (Saussure, 1926, cité par Kail et Fayol, 2000). Le signifiant étant l'image acoustique correspondant à la production d'un mot, et le signifié, le concept qui est associé au mot. Ce lien est influencé par les parents.

Pour Josie Benicot, et Alain Bert-Erboul (2009) « les premières productions de l'enfant ne prennent leur sens que par l'interprétation qu'en font les adultes. »

En effet, l'adulte et l'enfant ont déjà mis en place des habitudes et des expressions, qu'ils partagent au quotidien. Selon Paule Aimard (1993), « s'il n'y avait pas de fond commun, on ne comprendrait pas grand-chose aux premiers mots ».

Normalement, les premières productions sont associées à une personne, ou à un objet et c'est grâce à la dénomination de l'adulte que l'enfant va comprendre les mots, avant

même de pouvoir les produire. Le lexique est d'abord composé de mots indépendants les uns des autres.

En Français, le vocabulaire acquis en premier par les enfants est composé majoritairement de noms. On relève peu de verbes au début de cet apprentissage. Les noms peuvent être associés à des éléments concrets du monde qui entourent les enfants, alors que les verbes n'évoquent un sens qu'à partir du moment où l'enfant commence à comprendre des phrases. L'enfant emploie des mots concrets en lien avec ce qui s'opère dans son quotidien.

Les noms des personnes sont très importants aussi pour les enfants, qui les utilisent dans le but d'appeler, de dire bonjour. A partir de l'âge de seize mois, le vocabulaire peut s'étendre à des verbes, des adverbes, l'utilisation de la négation, des prépositions.

Un grand nombre d'acquisitions prennent leur source à partir des oppositions : masculin/féminin, je/tu, en haut/ en bas... L'adulte insiste alors sur ces contrastes dans le but de les renforcer. L'enfant fait pendant longtemps des erreurs concernant ces oppositions, et ces confusions se retrouvent souvent chez des enfants plus âgés, présentant des troubles graves du langage d'ailleurs.

2.3 Le rôle de l'adulte et des indices environnementaux

Comme nous l'avons vu, l'adulte joue un rôle essentiel puisqu'il est le partenaire de l'enfant. C'est lui qui essaie d'identifier les mots produits, inscrits dans un contexte, et souvent accompagnés de gestes.

C'est également lui qui redonne une forme correcte aux productions, et qui leur donne du sens. Pour Paule Aimard (1993) « il agit comme un miroir sélectif améliorant qui aurait la propriété magique de transformer une image floue, en lui donnant des contours nets ».

En effet, au cours de cette période d'acquisitions, les erreurs sont nombreuses et les réalisations d'un même mot peuvent être tout à fait différentes. L'adulte joue donc le rôle de correcteur, puisqu'il pourra répéter convenablement un mot déformé ou inadapté à l'enfant, qui pourra à son tour peu à peu se l'approprier.

Comme nous l'avons vu également, les informations visuelles et auditives sont indispensables à la constitution du lexique, qui demande à l'enfant une exploration de son

environnement, et de son monde. Ainsi, par exemple, les handicaps sensoriels tels que la surdité, ou encore la cécité viennent fortement entraver le processus d'apprentissage de la langue.

A partir de la troisième année, c'est la curiosité de l'enfant vis-à-vis de ce qui l'entoure qui va le pousser à développer considérablement son vocabulaire. C'est l'âge où les questions fusent, et où les enfants s'étonnent de tout, cherchent des explications et veulent connaître le nom de tout. C'est à ce moment là que le plaisir se mêle à la découverte et que l'enfant apprend à jouer avec les mots.

Peu à peu, et grâce au développement progressif de ses capacités métalinguistiques, l'enfant est capable de réfléchir sur le sens des mots, et peut essayer de les expliquer.

3. Développement de la syntaxe

L'organisation des mots au sein de la phrase est une nouvelle étape pour le petit enfant qui fait ses premiers pas dans la syntaxe.

3.1 La juxtaposition des mots

Le style télégraphique est le premier mode d'expression constaté chez les enfants qui lie les mots les plus informatifs, laissant de côté les prépositions et les articles. Les mots utilisés à ce moment là sont d'une grande importance, puisqu'ils véhiculent à eux seuls le message à transmettre. Ce mode de langage est composé de deux mots, souvent combinés sous la forme nom + verbe, ou nom + nom. En 1963, Braine, (cité par Kail et Fayol, 2000), qualifie cette période transitoire de « grammaire pivot ». Concernant ces premières tentatives grammaticales, Bénédicte De Boysson-Bardies (1996), distingue deux classes de mots : « D'une part, des mots « pivots », fréquemment utilisés et rentrant régulièrement en combinaison avec un grand nombre de termes, d'autre part, des mots faisant partie d'une classe dite ouverte, incluant noms, verbes, etc. » : « encore yaourt / là poupée ».

L'intention de l'enfant à cette période est d'exprimer des désirs ou des refus, la présence ou l'absence d'objets.

A l'âge de quatorze mois déjà, les enfants peuvent repérer et comprendre la constitution d'une phrase simple.

A dix-sept mois, ils ont conscience de l'ordre des mots, qui est généralement acquis avant les aspects morphologiques. La compréhension des phrases par l'enfant est possible avant même qu'il ne puisse en produire.

Avant dix-huit mois en, effet l'expression des enfants est plutôt considérée comme une juxtaposition des mots « est là », « veux pas ». Ces énoncés de deux mots ont pourtant un sens pour l'enfant, qui cherche à faire passer un message. C'est l'adulte, qui par son interprétation et par la reprise des éléments de l'enfant, va donner un sens à cette suite de mots. Il tente de corriger les tentatives de l'enfant et poursuit ainsi, son rôle de « modèle structurant » (Kail et Fayol).

3.2 La combinaison des mots

Aux alentours de vingt mois, c'est le début des combinaisons de mots. Ceci étant, cet âge n'est pas identique pour tous, d'autant plus que la période de simple juxtaposition de mots n'est pas encore révolue. Les capacités mnésiques de l'enfant sont elles aussi en jeu, et ne permettent pas encore l'élaboration de phrases plus longues.

Certains enfants privilégient le développement du vocabulaire, tandis que d'autres essaient très rapidement de créer des combinaisons. Les enfants ayant tardé à dire leurs premiers mots produisent souvent de manière précoce leurs premières phrases. En général, c'est vers la fin de la deuxième année que les enfants combinent les mots.

S'il est difficile de savoir exactement à quel moment il est possible de parler de phrases, la syntaxe s'installe cependant à partir du moment où l'enfant cherche à transmettre une information, en faisant des tentatives d'ordonnance des mots. Elle est certes encore imparfaite, mais bien présente.

A partir de l'âge de deux ans, l'enfant articule les mots en suivant des règles qui correspondent à la grammaire de sa langue maternelle. Ainsi, il applique certaines règles grammaticales sans en avoir même conscience. Grâce à ses capacités de discrimination, il relève des éléments du discours de l'adulte, qu'il va peu à peu introduire dans ses propres

productions. Il comprend qu'il existe des règles, et que certaines formes varient, tandis que d'autres sont immuables.

Cette période de tâtonnement permet à l'enfant de combiner des règles qui ne fonctionnent pas toujours ensemble. Il se fie à un modèle et l'applique à l'ensemble de ses productions. Il prend alors conscience des limites de cette généralisation.

De la même manière, de façon assez précoce, les enfants emploient des éléments neutres devant des noms, comme s'ils avaient compris la place des particules dans la phrase. Exemple : « a souris », « é chien ».

Cependant, il est difficile d'interpréter cela comme une réelle adaptation grammaticale de la part de l'enfant, même si ces marqueurs constituent sûrement les prémices de l'utilisation des articles et des déterminants.

3.3 L'acquisition des premières règles grammaticales

Entre deux et trois ans, quelques marqueurs grammaticaux font leur apparition. L'enfant quitte progressivement la phase d'imitation pour accéder à une phase d'appropriation. Il utilise un langage plus personnel. (Kail et Fayol, 2000).

Concernant le contrôle des morphèmes grammaticaux, la maîtrise de trois notions perceptives est nécessaire : il s'agit de leur place dans l'énoncé, de leur fonction d'un point de vue syntaxique, et de leur contour intonatif. L'enfant comprend qu'il convient d'utiliser les bonnes formes au sein d'un énoncé.

Par définition, la phrase est constituée d'un ou deux mots, et contient un syntagme nominal (groupes du nom), et un syntagme verbal (groupes du verbe). A cela viennent s'ajouter d'autres facteurs de la langue, tout aussi importants, comme les temps verbaux, les articles, les prépositions, les formes négatives, les formes passives... (Kail et Fayol, 2000).

En Français, il existe une forme de phrase correspondant à un ordre précis : Sujet + Verbe + Objet. De plus elle est caractérisée par une structure canonique.

On distingue deux types de syntagmes :

- ❖ Le syntagme nominal : c'est entre deux et six ans que les principales acquisitions syntagmatiques s'établissent. A l'âge de deux ans, l'enfant acquiert le « moi », puis les autres pronoms personnels se distinguent et il les apprend progressivement,

jusqu'à en connaître l'ensemble à l'âge de quatre ans. Les adverbes et les prépositions sont acquis entre quatre et six ans.

- ❖ Le syntagme verbal : il s'agit de l'utilisation de la conjugaison. De façon progressive, l'enfant produit entre quatre et six ans différents temps et modes du verbe. Il découvre d'abord les auxiliaires « être » et « avoir », puis s'intéresse à la forme infinitive.

Entre deux et quatre ans, il peut utiliser le présent de l'indicatif. Le futur simple apparaît plus tardivement.

En ce qui concerne les formes actives et passives, Bever (1970) cité par Bernicot et Bert-Eboul (2009) a distingué les phrases réversibles d'un point de vue sémantique (les deux noms peuvent tenir le rôle d'agent), et les phrases non réversibles, dans lesquelles l'inversion de l'agent et du patient est impossible.

Pour l'enfant, les phrases actives ne posent pas de problème de compréhension. Il est également plus facile de comprendre les phrases passives non réversibles. Ce n'est que plus tard que vient la compréhension des phrases passives réversibles.

Concernant les propositions relatives, les enfants peuvent comprendre des phrases construites à partir de propositions relatives en « qui » dès l'âge de trois ans. Elles ne mettent pas les enfants en difficulté puisque l'ordre canonique « agent-action-objet » est respecté. Ceci étant, ce n'est pas le cas des phrases relatives en « que » qui changent cet ordre. Pour ces phrases-là, les enfants utilisent donc les indices sémantiques dont ils disposent. La compréhension de ces relatives vient entre 4 et 5 ans.

Néanmoins, au début de leur apprentissage, les enfants préfèrent éviter de produire des phrases relatives, et optent pour l'emploi de phrases prépositionnelles. Les conjonctions de coordinations, sont acquises précocement, et ce bien avant les phrases relatives en « que » et en « qui ».

3.4 Importance du feed-back de l'adulte

De manière générale, il est rare qu'un enfant encore petit fasse la démarche de parler le premier. Ses productions viennent souvent en réponse à ce que lui dit l'adulte ou visent à imiter ce qu'il a entendu. L'enfant construit en effet son langage à partir de ce qu'il entend,

par rapport à la stimulation linguistique de son environnement. Il s'opère dans un premier temps un travail de compréhension. Les marqueurs non-verbaux tels que les gestes ou l'intonation sont des indices précieux. Peu à peu, il est même capable de distinguer les mots volontairement écorchés par l'adulte.

Une fois encore, chaque enfant est unique, et l'élaboration de sa syntaxe dépend de son appétence pour la langue, de son désir de parler correctement. Alors que certains enfants s'inquiètent peu de savoir si leur entourage les comprend, d'autres s'appliquent à rechercher les bonnes formes, la bonne prononciation.

Ici encore, l'adulte joue toujours un rôle de régulateur du langage, et son implication a un impact majeur sur l'émergence de la syntaxe. Certains parents ne corrigent pas les erreurs de leur enfant, tandis que d'autres exigent un discours irréprochable.

Ceci étant, c'est aussi grâce aux interactions orales avec ses pairs que l'enfant apprend de façon implicite la phonologie, la sémantique, la morphologie et la syntaxe. La grammaire est un apprentissage d'évolution rapide qui s'opère de manière inconsciente chez l'enfant.

Une fois scolarisé, il découvre peu à peu le langage écrit qui constitue un véritable support du langage oral, car si l'apprentissage du langage correspond certes à l'apprentissage de règles grammaticales, il correspond aussi à la capacité du sujet à transmettre un message ainsi que des informations à ses interlocuteurs, notamment par le biais de l'écrit. Les deux, oral et écrit sont intrinsèquement liés.

II. La maltraitance

1. Définition

1.1 Un peu d'histoire

La notion de maltraitance est récente dans notre société et n'a pas toujours fait partie des problèmes de santé publique.

A l'époque de l'Antiquité, la perte des enfants au sein des foyers n'était pas rare au cours d'une vie, et les méthodes éducatives employées n'étaient pas remises en question. Ainsi, battre les enfants, les enfermer pendant des heures, ne pas leur adresser la parole faisait presque partie du quotidien. La terreur gouvernait l'éducation.

Le père avait le pouvoir de décider de « laisser vivre ou non sa progéniture », et la pratique de l'avortement était fréquente. Ce qu'on nomme aujourd'hui maltraitance et même « infanticide », n'était pas répréhensible au regard de la loi. Que se soit pour la mère ou pour le père, l'enfant n'était souvent pas considéré comme un être humain en tant que tel, mais plutôt comme un être dont il fallait se « méfier ». Les décisions éducatives étaient souvent prises par le père, et beaucoup considéraient que les coups permettaient l'obéissance et le respect.

Au Moyen Age, par exemple, les enfants étaient très souvent abandonnés, privés de soins et d'alimentation, noyés, ou encore, réduits à l'esclavage pour certains.

Entre le dix-septième et le dix-neuvième siècle, les actes d'abandons continuaient d'exister et étaient expliqués par différentes raisons. D'une part, les habitants des campagnes étaient pauvres et les conditions d'hygiène insuffisantes. D'autre part, les enfants nés d'une union illégitime ne pouvaient être élevés par les mères qui risquaient d'être mises au ban de la société.

Au cours du dix-neuvième siècle, des aides sociales et morales ont commencé à être proposées aux familles afin de lutter contre l'abandon.

C'est aussi à cette période que l'esclavage a été aboli, mais il a été remplacé par le travail forcé des enfants, souvent contraints d'exécuter des tâches dangereuses et coûteuses physiquement.

Dans les pays en voie de développement notamment, l'enfant permettait à sa famille de subsister et de nourrir les nombreux frères et sœurs.

La misère dans laquelle les familles vivaient incitait les enfants à ne pas refuser cette exploitation. Le climat d'insécurité dans lequel ils grandissaient et la peur du châtiment ne leur laissaient pas le choix. Leurs journées pouvaient parfois dépasser les quinze heures de travail contre une rémunération presque inexistante.

C'est grâce aux progrès scientifiques récents (20^{ème} siècle), et à l'évolution des mentalités, que la façon d'élever les enfants a pu être redéfinie.

En effet, l'avancée des techniques médicales, des conditions d'hygiène et d'alimentation a changé le regard des couples concernant la naissance et le devenir de leurs enfants.

L'école et les études ont permis le développement de nouveaux métiers, nécessitant parfois des diplômes élevés. Si ce développement a entraîné la segmentation de la société en classes sociales, et a mis en exergue des inégalités, les enfants ont néanmoins commencé peu à peu à être considérés comme des êtres humains dignes de vivre, ayant un avenir et un devenir.

L'histoire du couple a elle aussi été bouleversée, puisque depuis 1964 les mariages forcés ne sont plus autorisés, et les unions sont désormais célébrées sous le signe de l'amour.

Au-delà de la tradition, le couple a préféré privilégier le bonheur, permettant aux enfants d'évoluer dans un contexte familial plus favorable.

Ajouté à cela, dans les années 1950, des médecins ont constaté des atteintes osseuses chez des enfants, consécutives à une série de coups donnés.

En publiant en 1962 « Le syndrome de l'enfant battu », le pédiatre Kempe provoque une véritable polémique et mobilise médecins et hommes de lois. (Cité par Cyrulnik, 2002). Le terme de maltraitance est alors utilisé pour la première fois. Ainsi, les mentalités évoluent

au fil des années et cette notion de maltraitance est de plus en plus présente dans la société. Finalement la loi du 10 juillet 1989 est proclamée afin de punir les parents maltraitants.

1.2 Plus récemment

Après avoir d'abord abordé la maltraitance physique, la définition s'est étendue et a englobé les autres négligences ou carences dont les enfants pouvaient être également les victimes. Est donc venue s'ajouter une nouvelle dimension, celle des violences psychologiques.

Enfin, et depuis moins longtemps, les abus sexuels au sein des familles mais aussi en dehors, ont été soulignés après le constat de chiffres significatifs.

C'est grâce aux témoignages d'anciens enfants maltraités notamment, devenus « résilients », que les recherches continuent d'émerger. Ce terme est apparu dans les années 90 aux Etats-Unis grâce à des psychiatres spécialistes de l'enfance. Ils l'emploient alors pour désigner la capacité à surmonter les traumatismes. En France, c'est Cyrulnik (2002) qui reprend ce concept et le diffuse à travers ses ouvrages. Pour lui, la résilience est « ce concept qui désigne ce qui fait rebondir face aux coups du sort » mais non pas une « aptitude au bonheur » cela étant. Il s'agit donc d'une qualité personnelle qui permet aux personnes ayant vécu un traumatisme grave de faire face à la situation et d'en ressortir grandi.

Il est à noter qu'encore aujourd'hui, dans les différentes formes de maltraitance, l'agresseur est souvent imaginé comme quelqu'un de lointain, pour lequel aucun doute ne serait possible concernant l'acte commis. Cependant, comme le fait remarquer Cyrulnik (2002) « la plupart des crimes et des violences se passent dans les familles (97,5%), et non pas en-dehors, les grands criminels peuvent avoir une belle gueule, et les pères incestueux sont tellement sympathiques ».

Ceci étant, la maltraitance est présente dans les différentes classes sociales et ne se limite pas seulement à l'environnement familial. On la retrouve dans les différentes structures d'accueil des enfants contribuant à leur développement, comme le milieu scolaire, institutionnel, ou encore, les familles responsables de l'éducation en cas de placement de l'enfant.

Enfin, la notion de maltraitance n'est pas la même dans tous les pays, et diffère en fonction des coutumes et de la place accordée à l'enfant dans les diverses sociétés.

Ainsi il n'est pas aisé d'établir une définition universelle de la maltraitance.

D'après l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), plusieurs formes de maltraitements existent et peuvent être retrouvées chez un même enfant. Parmi elles, on retrouve la violence physique, la violence sexuelle, la négligence et la violence psychologique.

L'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS, 2005) propose la définition suivante : « l'enfant maltraité est celui qui est victime des violences physiques, d'abus sexuels, de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (Girodet et Bitner, 2007).

2. Les différentes formes de maltraitance

2.1 La maltraitance physique

« Le terme de maltraitance physique désigne l'ensemble des violences physiques intentionnelles ou l'absence volontaire de soins, à l'origine de traumatismes corporels chez des enfants ou des adolescents » (Tyrode, Bourcet, 1999).

Les enfants très petits, entre zéro et trois ans sont majoritairement concernés par ce type de violence, leur dépendance à l'adulte étant majeure. Leur corps en plein développement n'est pas encore formé et la fragilité des os est favorable à de multiples fractures.

Les lésions provoquées par les adultes maltraitants sont nombreuses et peuvent se décliner sous la forme de brûlures, de morsures et de fractures consécutives aux coups dispensés.

Les données épidémiologiques exposées dans l'ouvrage de Tyrode et Bourcet (1999) rapportent que les enfants les plus concernés sont ceux de moins de trois ans, et de manière aussi fréquente chez les garçons que chez les filles.

La maltraitance physique sous ses différentes formes

En général, ce sont les blessures cutanées qui alertent de manière significative les adultes vigilants. La difficulté ici est de ne pas tirer de conclusions trop hâtives en raison de la fréquence des blessures involontaires, provoquées par les chutes notamment.

Ceci étant, les descriptions cliniques permettent de constater que les blessures accidentelles de ce type concernent plutôt la partie inférieure du corps (mollets, genoux, tibia...) ou encore le visage. Les blessures corporelles situées sur le dos en revanche sont par exemple examinées attentivement puisqu'elles sont soit la conséquence d'un réflexe de protection de l'enfant battu, cherchant à éviter la « punition », soit la marque laissée par les coups.

A ce moment, l'examen rétinien, indispensable en cas de suspicion, permet de détecter une éventuelle hémorragie, orientant très fortement le diagnostic en faveur de violences physiques.

Les enfants préfèrent souvent rester discrets et cherchent à cacher leurs blessures, surtout quand l'auteur de ces violences est leur père ou leur mère. Il arrive aussi qu'il s'agisse de l'instituteur de l'enfant, d'un ami de la famille ou d'un voisin.

Un autre exemple de maltraitance est celui de l'alimentation par forçage, courante chez les enfants qui refusent de se nourrir, qui peut être repérée par la présence de plaies bordant la cavité buccale.

Les brûlures ne sont pas rares non plus, puisqu'on les retrouve chez 10 à 20 % des enfants maltraités (Tyrode, Bourcet, 1999). Les conséquences sont graves, entraînant d'intenses douleurs, ainsi que des cicatrices inesthétiques ayant le rôle de rappeler ces événements traumatisants aux victimes elles-mêmes.

C'est souvent face à de nombreuses fractures osseuses, répétées dans le temps, et à des atteintes cutanées importantes, que le diagnostic s'oriente vers celui d'une maltraitance physique.

Quand c'est le nourrisson qui est victime de graves fractures osseuses, et non pas le jeune enfant, on parle du syndrome de Sylverman (Tyrode, Bourcet, 1999).

Plus rarement, l'un des parents provoque délibérément ou fait état chez son enfant de symptômes imaginaires, physiques ou psychologiques. Ces actes restent très difficilement explicables et peuvent être justifiés par des troubles de la personnalité du parent responsable, ou encore par la quête d'un profit financier quelconque. On parle alors du syndrome de Münchhausen (Fénelon, 1998).

L'ensemble de ces constats rejoint un même groupe, celui de la maltraitance dite « active ». (Tyrode, Bourcet, 1999).

De manière plus insidieuse, on retrouve un autre groupe de maltraitance dite « passive ». Les enfants concernés par ce type de maltraitance ne sont pas « repérables » par des lésions apparentes comme celles décrites précédemment, et sont donc beaucoup plus difficiles à diagnostiquer. Ces enfants ne bénéficient pas des soins nécessaires à un développement harmonieux. Il s'agit notamment de carences d'ordre alimentaire, hygiéniques et émotionnelles. Yves Tyrode et Stéphane Bourcet (1999), parlent de « sévices par omission ». Les parents ne s'en occupent pas et se délestent totalement des contraintes éducatives qui leur incombent. Par exemple, les enfants sont sales, et ont une apparence négligée. Ils présentent également un retard sur le plan psychomoteur et cognitif de l'ordre de plusieurs années parfois.

2.2 La maltraitance psychologique

Dans les années 1980, ce sont des études américaines qui ont permis d'aborder cette notion récente de traumatisme psychologique. En 1991, Mc Gee et Wolf parlent de problèmes liés à la communication entre les parents et l'enfant.

L'American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), explique que les atteintes psychologiques peuvent être caractérisées soit par un comportement isolé de l'adulte qui incite l'enfant à penser qu'il ne mérite pas sa place ou qu'il n'est pas souhaité ou qu'il n'a pas de valeur, soit par un pattern de comportements répétés de l'adulte ou de la personne en charge de l'enfant qui ne manque pas de rabaisser l'enfant quotidiennement.

Dans leur ouvrage « L'enfance maltraitée », Yves Tyrode et Stéphane Bourcet (1999), distinguent six formes de traumatisme psychologique :

- ❖ Le rejet : l'adulte rejette toute forme de requête affective émanant de l'enfant et lui ressasse inlassablement qu'il ne représente rien pour lui.
- ❖ L'indifférence : l'enfant se sent seul, inintéressant et indigne de recevoir une quelconque attention. Il ne reçoit aucune réponse de l'adulte qui l'ignore complètement.
- ❖ La corruption : l'enfant s'oriente vers des comportements antisociaux comme la délinquance, la toxicomanie, la consommation d'alcool et parfois même la prostitution. Tout cela s'opère sous l'influence de l'adulte qui le pousse à agir ainsi.
- ❖ La terreur parentale : l'enfant est victime de punitions sévères, démesurées, parfois extrêmes. Son quotidien est fait de privations, d'interdictions et de réprimandes. Il vit dans la peur constante, dans la crainte intense d'être tué ou abandonné par ses proches.
L'enfant vit avec un sentiment de culpabilité et avec la certitude qu'il mérite d'être violenté de la sorte.
- ❖ L'isolement : l'adulte empêche l'enfant de nouer toute relation sociale avec des personnes extérieures à la famille. L'enfant n'a pas d'amis, n'est pas scolarisé parfois même et ne connaît pas d'autres adultes à qui il pourrait se confier. Son confinement l'exclut de toute vie sociale.
- ❖ Le dénigrement : c'est l'humiliation qui régit le quotidien de l'enfant. Il est en permanence rabaissé ou dénigré. Cette situation entraîne une perte de confiance et une dévalorisation progressive et sournoise.

Ces formes de maltraitements psychologiques sont généralement retrouvées dans un contexte de maltraitance physique et semblent concerner de nombreux enfants. Malheureusement les chiffres retrouvés dans les diverses études épidémiologiques ne peuvent évaluer précisément l'ampleur du phénomène.

Cependant, pour Yves Tyrode et Stéphane Bourcet (1999) « le taux de prévalence de la maltraitance psychologique se situerait aux alentours de un enfant sur dix ».

2.3 La maltraitance sexuelle

Les définitions concernant ce type de maltraitance sont nombreuses et sont décrites différemment selon les auteurs. De manière générale, la notion de « pratique sexuelle imposée » est retrouvée chez tous.

Swift propose la définition suivante : la maltraitance sexuelle renvoie à « tout acte commis par un adulte pour stimuler sexuellement un enfant ou tout acte dans lequel un enfant est utilisé pour stimuler sexuellement un adulte » (Cité par Tyrode et Bourcet, 1999).

Il est à noter cependant que les auteurs de ces agressions ne sont pas toujours des adultes, un nombre important d'entre elles étant commises par des adolescents notamment.

Par ailleurs, si au dix-neuvième siècle on retrouve des enfants abusés sexuellement dans les milieux ouvriers et ruraux, les études récentes soulignent que les milieux plus privilégiés sont également concernés.

Une fois encore, il est difficile d'établir des chiffres précis concernant ce type de maltraitance, les violences sexuelles n'étant pas décrites depuis longtemps puisque les enquêtes en France sont restées peu nombreuses durant de longues années. On sait néanmoins qu'elles sont en augmentation croissante depuis plusieurs années. Le silence des victimes est difficile à briser et le sujet reste encore tabou et délicat à aborder. Néanmoins, nous allons essayer de le décrire plus en détails.

Les différentes formes de violences sexuelles extra-familiales

Dans un premier temps, il convient de décrire, les agressions sexuelles commises en dehors du contexte familial.

Ces situations sont nombreuses et existent à des degrés différents, dans la plupart des pays du monde. On parle de pédophilie.

La pédophilie est un sujet récurrent dans nos sociétés depuis plusieurs années, les cas s'étant multipliés fortement. Cependant les écrits plus anciens, à l'époque de la Grèce Antique notamment, rapportent déjà l'existence de cette pratique.

D'après la définition d'Yves Tyrode et Stephane Bourcet (1999), « le pédophile est un individu attiré sexuellement de manière irréprouvable par un mineur, bien souvent impubère (les agressions sexuelles sont fréquentes à l'âge préscolaire) ».

Dans la majorité des cas, l'enfant connaît son agresseur, qui peut être un membre proche tel qu'un voisin, un éducateur, un enseignant...

Ces violences sexuelles sont ponctuées de menaces, obligeant l'enfant encore naïf à consentir à cet acte sans pouvoir en parler à son entourage.

Les films pornographiques mettant en scène des mineurs ne manquent pas également, et ce, malgré la lutte judiciaire qui s'y rapporte.

Les enquêtes qui se sont intéressées à ces réseaux pornographiques expliquent que les enfants concernés ont le plus souvent fui le milieu familial où ils ont été victimes de violences sexuelles et que dans le but de survivre, ils acceptent ces contrats, pouvant même se sentir protégés par l'adulte proxénète.

Cette prostitution des enfants concerne de très nombreux pays comme la Thaïlande et la Chine, mais aussi l'ensemble des pays européens. Si certains mineurs pratiquent cette activité sexuelle dans le but de survivre, d'autres sont sous la contrainte d'adultes qui les enrôlent et exigent un rendement considérable.

Il existe aussi l'excision ou la mutilation des parties génitales chez la jeune fille, coutume couramment pratiquée dans de nombreux pays africains notamment. Cependant, la France est également concernée puisque certaines familles immigrées traditionnalistes continuent de pratiquer cet acte alors même qu'il risque de provoquer la mort de leur enfant.

Dans les maltraitances sexuelles extra-familiales, on retrouve également le voyeurisme. Il renvoie au rôle de celui qui observe secrètement des personnes pratiquant des actes sexuels ou intimes. Dans le milieu de la prostitution infantile, les enfants sont souvent incités à se présenter nus et génèrent ainsi la satisfaction des pédophiles.

Dans la même lignée, on retrouve l'exhibitionnisme qui décrit les personnes ayant pour but de surprendre les enfants encore très jeunes, en dévoilant de façon soudaine leurs organes génitaux.

Enfin, de nombreux témoignages d'adultes ayant grandi dans des sectes avec leurs parents endoctrinés révèlent la pratique courante et encouragée de violences sexuelles à l'égard des mineurs de la secte, souvent décrite comme une preuve affective de la part des

adultes maltraitants. Cette forme de maltraitance ne porte pas de nom particulier mais se situe entre la violence sexuelle extra et intra-familiale.

La violence sexuelle intra-familiale

Cette maltraitance renvoie à la notion d'inceste. Elle désigne la pratique de relations sexuelles avec des membres directs de la famille mais aussi avec tous ceux dont le mariage civil est interdit à cause du lien de parenté.

Selon Tyrode et Bourcet (1999), une part non négligeable des patients qui rencontrent des psychiatres ou des psychologues dévoilent avoir été victimes de violences sexuelles dans leur enfance. Dans les familles concernées, la pauvreté et le manque d'intimité au sein du foyer semblent favoriser les relations incestueuses. De plus, on observe que l'alcoolisme des parents est fréquent.

Récemment, les enquêtes, bien que difficilement menées, soulignent le fait que plusieurs familles peuvent être distinguées :

- ❖ Celles où le père peut jouer de son autorité et tyranniser ses enfants ainsi que sa femme qui se soumet à ses décisions.
- ❖ Celles dites vivant dans la promiscuité, ou faisant preuve d'un dévouement les uns envers les autres, le tout entraînant des relations incestueuses. Parfois d'ailleurs, les familles ne se rendent même pas compte du caractère malsain de ces actes incestueux.

De manière générale, les différentes études menées sur le sujet révèlent que les mères qui participent à ces relations sont de l'ordre de 10% et qu'elles présentent des pathologies mentales. On retrouve souvent dans leur enfance de grandes carences affectives, ainsi que des violences sexuelles également.

Dans tous les cas, les parents ne jouent pas le rôle de protection et de stabilité nécessaire à l'équilibre familial. Les enfants souffrent de carences sur les plans éducatifs et cognitifs. Ce n'est en général que quelques années après ces abus que l'enfant parle de ce qu'il a vécu. Parfois, ces relations incestueuses peuvent être révélées de manière accidentelle par le jeune enfant qui cherche simplement à rapporter un fait de son quotidien. D'autres fois, c'est

lorsqu'il grandit que l'enfant comprend que cette situation ne s'inscrit pas dans une normalité, et que les relations entre les membres de sa famille ne sont pas normales.

2.4 Les carences et les négligences

La définition de Krug et al, en 2002 décrit le concept de négligence comme « le fait qu'un parent ne veille pas au bon développement de l'enfant dans un ou plusieurs domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger ».

Avant de poser le diagnostic de négligence, il faut donc prendre en compte tous les éléments relatifs à la situation familiale et aux ressources économiques de celle-ci.

On retrouve plusieurs types de carences, qui peuvent être isolées ou associées les unes aux autres.

Les différents contextes de carences

Un enfant peut être victime de différentes carences. On distingue :

- ❖ Les carences en soins qui sont visibles puisqu'elles concernent de façon générale l'hygiène et la bonne santé physique de l'enfant. Dans ces cas-là, les parents négligent les soins corporels de leur enfant et ne prêtent pas attention à l'hygiène quotidienne. Les vêtements sont tâchés et dépareillés. Les parents peuvent proposer à leur enfant des vêtements tout à fait inadaptés à la saison. On observe parfois l'apparition de lésions cutanées consécutives à la saleté qui s'accumule et provoque la répulsion des autres enfants, à l'école par exemple.
- ❖ On parle aussi de « climat d'insécurité » dans lesquels certains enfants vivent. Ils souffrent d'un manque de protection car leurs parents ne s'en occupent pas et les laissent livrés à eux-mêmes dès leur plus jeune âge. Ni le père ni la mère ne donnent de cadre éducatif, ni même de limites aux enfants qui ont pourtant besoin de cela pour se sentir protégés et rassurés. C'est ce que Girodet, (1994) appelle « la carence de surveillance ».
- ❖ Les carences éducatives sont très fréquentes également. Les parents n'investissent pas le domaine de l'éducation et ne se soucient pas de l'importance des stimulations

intellectuelles de leur enfant. Parfois même ils n'inscrivent pas leur enfant à l'école. Ce dernier reste au domicile familial et ne reçoit aucun suivi scolaire.

- ❖ Les carences affectives quant à elles, peuvent être repérées dans deux situations distinctes l'une de l'autre :
 - L'enfant se développe et grandit dans un milieu familial qui ne lui apporte pas d'intérêt ni de considération. C'est le cas des familles où l'enfant n'était pas désiré par exemple, ou encore des parents qui ne peuvent considérer l'enfant en tant que personne digne de recevoir des marques d'affection. Les parents ne l'ignorent pas complètement mais ne lui témoignent pas non plus de preuve d'amour.
 - Une situation de carence affective peut se révéler suite au décès précoce des parents ou encore après l'abandon de l'enfant qui ne réussit pas à créer de nouveaux liens d'attachements à cause des nombreux placements qu'on lui propose. « Ce n'est pas tant la disparition des parents qui crée la situation de carence affective mais l'impossibilité pour l'enfant d'expérimenter secondairement un milieu de remplacement qui demeure stable » (Lemay, 1993).
- ❖ Enfin, l'enfant peut être victime de carences alimentaires caractérisées par l'absence de nourriture ou d'importantes privations des éléments nutritionnels indispensables à la croissance notamment. Les troubles du développement psychomoteur sont courants dans ces cas avec un retard staturo- pondéral significatif. Dans les cas les plus graves, l'enfant peut décéder des suites de privations nutritionnelles trop extrêmes.

3. Les facteurs de risque

Dans le cadre de la maltraitance, on distingue les enfants ayant subi une maltraitance avérée, mais aussi ceux considérés comme « à risques ». L'Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale (ODAS) en donne la définition suivante : « l'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ». Les enfants maltraités et les enfants à risque constituent l'ensemble des enfants en danger.

3.1 Les conditions environnementales

Certaines familles vivant dans des conditions de vie difficiles, souvent liées au chômage, à une misère extrême, ou encore à la promiscuité, peuvent avoir une grande difficulté à se maîtriser et des comportements de violence non contrôlée vis-à-vis de leur enfant. D'ailleurs, pour Boutin et Durning (2008), la gestion des problèmes de la vie quotidienne est souvent très difficile pour les familles maltraitantes. Dans ces familles défavorisées, les conflits sont bien souvent réglés par les coups et la violence, au détriment d'explications verbales et de comportements adaptés.

On retrouve également l'alcoolisme, la situation de monoparentalité et le retrait social dans les circonstances favorisant la maltraitance.

Néanmoins, la maltraitance ne concerne pas seulement les familles défavorisées mais également les classes sociales dites privilégiées. La violence peut revêtir les différentes formes décrites précédemment, à savoir les carences affectives, les abus sexuels, la maltraitance psychologique masquée par une éducation trop stricte et la maltraitance physique.

3.2 Le profil des adultes maltraitants

Il existe différents profils d'adultes maltraitants.

Pour commencer, les études des familles maltraitantes révèlent parfois des personnalités sans pathologie psychiatrique mais néanmoins fragilisées par une enfance douloureuse.

Ces parents devenus violents ont souvent été eux-mêmes les victimes de leurs propres parents, et ont subi diverses maltraitances. Ils ne peuvent modifier leur éducation, trop imprégnée de celle qu'ils ont reçue, et se trouvent dans l'incapacité de donner à leur enfant ce qu'ils ignorent et n'ont pas connu. Selon Wolf (1995), « il s'agit, dans ce cas, de compulsion de répétition les poussant à reproduire avec l'enfant ce dont ils ont eux-mêmes souffert ».

Dans d'autres cas, les parents n'acceptent tout simplement pas les contraintes que peuvent occasionner les enfants, leurs sollicitations et l'attention permanente dont ils ont besoin. On observe des personnalités distantes, rigides, peu affectives. Le plus troublant est sans doute l'image positive qu'ils véhiculent souvent à l'extérieur, n'attirant ni les doutes, ni les suspicions des autres adultes.

De plus, Pat Cawson, (2002), rapporte que dans une étude parue en 2001, le quart des parents dont les enfants étaient considérés « en danger » ou enregistrés sur les registres de la protection de l'enfance souffraient de problèmes de santé chroniques liés le plus souvent à une fatigue accablante, un stress important, des difficultés relationnelles au sein de la famille ou encore à des violences familiales.

Dans le cadre de pathologies psychiatriques

Dans les profils d'adultes maltraitants, on retrouve aussi des personnalités avec pathologies psychiatriques qui peuvent favoriser les comportements de maltraitance à l'égard de leurs enfants.

On en distingue plusieurs types :

- ❖ La psychopathie : l'adulte maltraitant ne tient pas compte de ce que veut l'enfant et ignore ses besoins. Cette pathologie est caractérisée par un comportement immature, irresponsable, sans scrupule ni remise en question.
- ❖ L'enfant qui subit des maltraitances physiques et sexuelles peut être la cible de parents pervers, qui pour accroître leur plaisir, l'utilisent comme un objet. Ils ne ressentent pas de culpabilité et agissent sans tenir compte de la gravité de la situation et des conséquences de leurs actes.
- ❖ Les personnalités paranoïaques peuvent aussi être à l'origine de mauvais traitements psychologiques et de violences physiques. Le parent maltraitant justifie ses passages à l'acte par des croyances aberrantes. L'image véhiculée est celle de parents exigeants qui dispensent une éducation sévère et rigide. Les idées délirantes les envahissent et entretiennent leur violence.
- ❖ Enfin, la psychose maniaco-dépressive qui génère une dépression sévère peut conduire l'adulte à une tristesse profonde, un sentiment de vide, une fatigue morale importante, une culpabilité latente et de ce fait, à des négligences ou de la maltraitance. Le risque majeur est le suicide, dans lequel l'enfant peut être entraîné.

Selon Wolf (1995), ces pathologies psychiatriques peuvent être présentes pendant longtemps mais ce n'est pas toujours le cas. Parfois, elles « s'inscrivent dans un contexte de décompensation épisodique et transitoire [...] il s'agit notamment des activités psychiques du post-partum ». Dans ces cas-là, les adultes ne présentent pas d'antécédents psychiatriques.

Dans le cadre d'épisodes transitoires

Dans le cadre des psychoses post-partum, on rencontre la psychose puerpérale. La mère ne reconnaît pas que l'enfant qu'elle tient dans ses bras à la naissance est le sien. La dépression qui s'en suit provoque des situations de carences affectives sévères ainsi qu'une

fuite de la mère lors des interactions précoces avec son enfant. Les conséquences sont graves, et nuisent au développement du bébé.

La toxicomanie et l'alcoolisme peuvent aussi générer des situations de décompensation transitoire qui se traduisent par des comportements violents comme les sévices sexuels ou physiques. Les conséquences de ces excès sont des situations de carences affectives, de négligences, d'absence de soins concernant l'enfant, ainsi que l'altération des relations précoces entre la mère et l'enfant.

Parfois aussi, la mère appréhende tout simplement la relation duelle avec son enfant, source d'angoisse et de peurs intenses comme celle de donner la mort à son bébé, et cela peut engendrer une certaine maltraitance.

Il est à noter que certains facteurs relatifs à l'enfant lui-même et pas seulement aux parents à proprement parler, peuvent favoriser le risque de maltraitance de la part des adultes qui l'entourent, l'enfant ne correspondant pas toujours à l'idéal attendu par ses parents.

3.3 L'enfant lui-même

En effet, à la naissance, la vie de tous les membres de la famille est bouleversée. Elle l'est d'autant plus si les caractéristiques physiques et mentales de l'enfant ne sont pas à la hauteur des espérances de ses parents notamment, et dans ces situations, le risque que l'enfant soit l'objet de maltraitance est important.

Par exemple, le handicap d'un enfant accroît les risques de maltraitance. L'annonce d'un tel diagnostic est une révélation douloureuse et lourde de conséquences. Lorsque les parents ne peuvent faire le deuil de « l'enfant idéal », le risque de carences affectives et de négligence est accru. L'angoisse et la douleur morale occasionnées par cette situation peuvent conduire les parents à une dépression et parfois même à l'abandon précoce de leur enfant.

La séparation précoce de la mère et de l'enfant au moment de la naissance favorise également l'altération du lien affectif qui les unit et qui permet au bébé de se développer sur le plan affectif et cognitif. Par exemple, les cas d'hospitalisations fréquentes à cause de

problèmes de santé du bébé ou encore de prématurité peuvent entraîner une perte du plaisir qui accompagne les interactions précoces, indispensables à la construction des liens familiaux. Dans ces conditions, les parents peuvent désinvestir leur rôle et se sentir dépassés, épuisés par l'accompagnement et les soins dont dépend l'enfant.

Les enfants qui présentent des troubles psychosomatiques comme l'anorexie ou la boulimie (troubles alimentaires), l'encoprésie ou l'énurésie (troubles sphinctériens), ou encore des troubles du comportement comme l'hyperactivité, le retrait, les attitudes de défi ou le désintérêt sont également plus exposés aux risques de maltraitance. Les parents estiment que les enfants sont responsables de ces troubles, et agissent donc en pensant que la violence est la seule réponse possible. « Dès lors, un cercle vicieux s'installe entre la maltraitance des parents et les troubles de l'enfant s'aggravent en retour » (Girodet, 1994).

III. Les répercussions de la maltraitance

Les dégâts causés par des situations de maltraitance sont considérables. En effet, divers troubles apparaissent et entravent le développement de l'enfant qui en est victime. La construction de l'identité est totalement bouleversée. Le psychisme du sujet connaît des bouleversements majeurs qui engendrent diverses manifestations néfastes et handicapantes.

De fait, des perturbations importantes apparaissent telles que le mauvais repérage dans le temps et dans l'espace, une absence de conscience du schéma corporel, des difficultés à gérer l'angoisse, un accès à la symbolisation bien souvent empêché, etc...

1. Les répercussions somatiques

Parmi les diverses répercussions de la maltraitance, nous retrouvons fréquemment les troubles somatiques, bien qu'ils ne soient pas présents chez tous. Ils peuvent être définis comme « des perturbations corporelles primaires » de l'individu (Lemay, 1993). Ils sont retrouvés chez la plupart des enfants maltraités et témoignent d'une réelle fragilité. En effet, les conflits sont gérés par le psychisme qui se présente comme un mécanisme de défense et exprime la souffrance de l'individu.

1.1 Les manifestations cliniques

Pour n'en citer que quelques-unes, nous retrouvons par exemple les enfants victimes de carences alimentaires ou de carences en soins qui présentent une symptomatologie particulière. En effet, on observe des vomissements fréquents accompagnés de diarrhées. L'appétit devient alors parfois quasi inexistant conduisant dans les cas extrêmes, au refus catégorique de la prise alimentaire. Ces enfants sont fébriles, leur perte de poids est alarmante et ils peuvent même parfois atteindre une maigreur extrême. Régulièrement, une otorrhée virulente peut venir aggraver la situation.

Ce sont les privations alimentaires, et le manque d'hygiène quotidienne qui semblent être à l'origine de ces perturbations somatiques et peuvent même engager le pronostic vital de l'enfant.

Dans les autres types de maltraitances telles que la maltraitance physique, psychologique ou encore sexuelle, les différents auteurs qui se sont intéressés aux troubles somatiques rapportent presque toujours un retard staturo-pondéral. S'ils observent des enfants sous-alimentés et maigres qui ne reçoivent pas d'apports nutritionnels suffisants, ce n'est pas toujours le cas. En effet, certains adultes proposent une nourriture très abondante à leur enfant, comme pour compenser le déficit affectif dont ils font preuve. Ce sont davantage les problèmes relationnels qui sont à l'origine des problèmes nutritionnels. Dans les cas extrêmes, les enfants peuvent présenter des troubles de types boulimie ou encore anorexie.

Dans les cas où la mère et l'enfant sont séparés brutalement dès la naissance, pour des raisons médicales le plus souvent, les perturbations somatiques du nourrisson peuvent être graves. Le bébé peut sombrer dans une dépression, caractérisée par des pleurs, qui signent une anxiété constante, des cycles de sommeil agités, avec des difficultés au moment de l'endormissement. L'enfant est envahi par des pensées angoissantes qui l'empêchent de trouver le calme et la sérénité. Le sommeil n'est pas réparateur, et ne contribue pas au repos de l'enfant qui se réveille dans de mauvaises conditions.

On relève aussi des problèmes ORL parfois. Certains auteurs comme Michel Lemay (1993), ont pu observer un nombre important d'otites chroniques chez les enfants victimes

de carences, par rapport à des enfants qui évoluent dans un milieu où les relations familiales sont sécurisantes.

Le retard de la puberté est également fréquent et peut s'expliquer par la peur de l'avenir. En effet, l'enfant souffre d'angoisses dues aux incertitudes qui l'accompagnent au quotidien. Il craint le futur et peut parfois se montrer incapable de l'imaginer.

Le développement corporel de l'enfant peut également être entravé par son refus de grandir et son désir de ne pas accepter les modifications physiologiques qui s'opèrent peu à peu.

Autre trouble repéré, pour les enfants souffrant de carences affectives ou encore de mauvais traitements psychologiques : les troubles sphinctériens de type énurésie et/ou encoprésie. Ces problèmes de propreté apparaissent en général la nuit, mais l'énurésie diurne est parfois observée.

1.2 Les différents aspects du retard psychomoteur

Les enfants victimes de carence affective et ceux souffrant de négligences sont davantage sujets à des troubles du schéma corporel.

On observe une plus grande sévérité des troubles chez les enfants jeunes particulièrement. En grandissant, le retard psychomoteur semble moins visible. Il est compensé par une maturation de l'organisme.

On remarque aussi que les enfants maltraités sont souvent maladroits, peu agiles, et retardés au niveau praxique. Ils se repèrent mal dans l'espace, sont peu sensibles au rythme, et présentent des troubles de l'équilibre. C'est notamment l'enchaînement des gestes qui pose problème. Pour la reproduction de rythme par exemple, elle est très difficile et nécessite un effort cognitif coûteux. L'enfant a tendance à proposer des reproductions simplifiées, et parfois éloignées de la structure rythmique proposée.

De manière générale, le corps n'est donc pas toujours investi de la même manière par l'enfant qui passe alternativement par deux phases distinctes. Selon Michel Lemay (1993), on distingue en effet des périodes dites hypotoniques pendant lesquelles le corps semble abandonné d'un point de vue musculaire, et des périodes dites hypertoniques où le corps est

au contraire mis sous tension par l'individu. Le passage de l'une à l'autre reste inexpliqué et ce changement ne s'opère pas à un moment précis.

Autre point, celui de la latéralisation. On observe que la droite et la gauche sont aussi parfois confondues, et ne sont pas clairement distinguées. L'enfant essaie de mettre en place des stratégies, mais les hésitations restent fréquentes.

Enfin, l'hyperactivité est fréquemment retrouvée chez les enfants maltraités. Les multiples perturbations du schéma corporel entraînent l'enfant vers une recherche de sensations, souvent complètement désorganisées. Il essaie de sentir son corps, de lui donner des limites, de le tester. L'enfant lutte alors contre ses angoisses et ses peurs, et surinvestit le corps. Il recherche l'attention de l'adulte mais paradoxalement ne peut rester à ses côtés. Souvent, il a des difficultés à se concentrer sur une tâche précise et ne peut rester assis trop longtemps. Il est en quête constante de nouvelles stimulations. Son comportement agace l'adulte qui lui renvoie une image négative de lui-même et renforce ce comportement déviant et inadapté.

En plus des troubles psychomoteurs, les perturbations somatiques entraînent d'autres troubles tout aussi handicapants pour le sujet. En effet, les enfants maltraités présentent souvent des troubles cognitifs qui retentissent de manière significative sur leur développement.

2. Les répercussions cognitives

L'environnement de l'enfant joue un rôle primordial dans la construction de ses capacités cognitives. Comme nous l'avons vu précédemment, la richesse et la diversité qui caractérisent les relations précoces mère-enfant sont d'une importance capitale. Ainsi, les enfants privés de stimulations intellectuelles pendant leur petite enfance courent le risque de développer des difficultés d'ordre cognitif.

On remarque que les troubles diffèrent en fonction de l'âge et de la gravité de la maltraitance.

Ainsi les difficultés rencontrées par ces enfants dépendent de facteurs multiples.

2.1 L'impact de l'environnement

Les enfants maltraités évoluent bien souvent dans un milieu dépourvu d'attention où les parents les délaissent et les ignorent parfois. Ils ne sont pas ou peu sollicités et ne peuvent pas faire les expériences personnelles qui contribuent aux différents apprentissages.

Au sein de son foyer, l'enfant peut aussi être perturbé par des parents qui ne respectent aucun rythme de vie. Il n'y a pas de cohérence ni de continuité dans les rituels de la toilette, de l'habillage, de l'alimentation, aucune règle ni même d'horaire ne sont fixés. Ainsi, le petit enfant qui a besoin de repères stables pour grandir, est perdu et ne peut se référer à aucun modèle sécurisant. Le développement intellectuel, fortement corrélé à tous ces facteurs, est ainsi bouleversé et peut entraîner différents troubles, variables néanmoins d'un enfant à un autre.

Quant à leurs pairs, ils ne les ignorent pas toujours, mais n'instaurent pas pour autant systématiquement un mode de communication satisfaisant. Comme l'explique Michel Lemay (1993), lorsque les enfants vivent en institution notamment, ou qu'ils sont placés dans des familles d'accueil, ils recherchent un substitut du rôle parental. Lorsqu'ils le trouvent, ils peuvent recevoir des stimulations suffisantes de la part de l'environnement et accéder à un développement cognitif harmonieux. Cependant, il n'est pas rare qu'un enfant change de structure d'accueil à de nombreuses reprises, et ne puisse bénéficier d'un apport intellectuel équivalent à ce qu'il aurait du ou devrait connaître.

Ainsi, l'altération de cette communication précoce, indispensable pourtant à l'épanouissement de l'enfant, entraîne des conséquences néfastes sur le processus de construction identitaire et cognitive de ce dernier, même s'il est aussi un acteur à part entière dans son propre développement.

2.2 La nature des troubles cognitifs

En effet, les caractéristiques propres à chaque enfant jouent un rôle déterminant dans leur évolution. Chaque enfant naît avec des compétences, un potentiel inné.

Ainsi, si l'absence de stimulations sensorielles précoces entraîne des ruptures dans le processus normal de maturation du cerveau, les conséquences d'une privation sensorielle

précoce seront donc variables en fonction de la personnalité et du vécu de chacun. Pour Michel Lemay (1993), à cela s'ajoutent d'autres facteurs, comme par exemple « l'attitude de persévération positive du nourrisson », dont certains font preuve. Le nourrisson tente de s'accrocher au plus petites marques d'affection, de saisir la moindre attention, de s'emparer des plus petits signes de communication, mais aussi des moindres stimulations qui lui sont adressées, et ainsi de tirer profit des quelques stimuli parfois dispensés par son entourage. Les conséquences des mauvais traitements sont parfois moindres dans ces cas notamment.

Ceci étant, en général, le développement intellectuel des enfants ayant subi des maltraitances connaît souvent des phases qui correspondent à celles d'un enfant du même âge, mais aussi souvent, des phases de rupture, avec un arrêt des apprentissages, un ralentissement de la production, parfois même une régression. On parle alors de développement de type « dysharmonique » avec des troubles variés.

Frustration et apprentissage

Comme nous l'avons vu, l'absence d'affection maternelle entraîne des ruptures, notamment dans les expériences dont chaque enfant a besoin pour se développer et comprendre le monde. Par exemple, certaines familles ne donnent pas de repères stables, ne définissent pas de lieux qui favorisent les apprentissages, ne proposent pas d'interactions riches et suffisantes. L'enfant se construit sur un mode qui l'incite à vouloir tout posséder, comme pour combler ce manque avec lequel il a dû grandir mais de fait, les apprentissages se font mal ou moins bien. De la même manière, comme résultat de cela, la frustration est fréquente et conditionne la vie sociale de l'enfant. A l'école, les échanges avec les camarades deviennent conflictuels, puisque l'enfant jalouse les autres, cherche à posséder ce qu'ils ont.

Ainsi, comme la plupart des enfants maltraités ne supportent pas en général l'échec, cela rend les expériences personnelles et la scolarisation problématiques.

De plus, ces enfants sont souvent d'humeur labile, ce qui ne favorise pas leur rendement intellectuel non plus. Leurs capacités productives sont donc fortement entravées.

Les troubles de la mémoire et des apprentissages

Cette lutte perpétuelle envers les autres accentue considérablement les difficultés de ces enfants dans les domaines de la mémoire et de la concentration notamment. Les acquisitions sont lentes, parfois négligées, ce qui tend à provoquer la colère des adultes qui les entourent : l'instituteur se sent menacé et renvoie une image négative qui conforte l'enfant dans ce sentiment d'angoisse et de dévalorisation de lui-même; les parents constatent les difficultés de leur enfant dans le cadre de l'enseignement et finissent finalement souvent par se désinvestir totalement de leur rôle éducatif.

Les troubles de l'évocation

On remarque aussi que les enfants souffrant de carences présentent souvent de grandes difficultés lorsqu'il s'agit d'évoquer une idée, une action, un événement passé ou à venir. Ainsi, selon Michel Lemay (1993), ils ne peuvent se représenter que le moment présent. Plus précisément, il est extrêmement difficile pour eux de faire appel à leur mémoire pour évoquer un souvenir passé, et il est tout aussi laborieux d'anticiper les actions à venir. Ils rencontrent des difficultés lorsqu'il s'agit de faire le rapprochement entre un élément présent et un élément passé, et il n'est donc pas facile pour eux de faire des constats et d'en tirer des conséquences. Si en général ils peuvent facilement s'appuyer sur des éléments concrets pour s'exprimer, et qu'ils recherchent très souvent des activités de manipulation, c'est en revanche lorsqu'il s'agit de faire appel à l'abstraction que les difficultés sont notables. Ce terme d'abstraction désigne la capacité à se créer mentalement des représentations. Cette activité intellectuelle est très difficile puisque ces enfants ont besoin de vérifier visuellement les informations, mais aussi de toucher les choses qui les entourent, ce qui renvoie à des représentations instantanées et non pas abstraites et rend assez difficile toute tâche d'évocation.

Les difficultés à raisonner objectivement

De la même façon, parmi les autres difficultés rencontrées par les enfants carencés, on relève que le fait de se décentrer représente un véritable défi pour eux. Ils ont besoin d'être satisfaits dans l'immédiat, et ne prennent en compte que leur point de vue. Ils ont beaucoup de mal à prendre de la distance, à observer la situation de loin afin de faire des

suppositions, trouver des solutions. L'intérêt et l'investissement de ces enfants ne sont possibles qu'à condition que la situation soit connotée d'une forte tonalité affective et émotionnelle. Cet apprentissage n'est pas impossible, mais nécessite un cheminement long et progressif pour ces enfants.

Par ailleurs, si la mémorisation d'éléments concrets est plutôt performante ainsi que toutes les activités de manipulation, d'autres compétences comme l'anticipation, la prise de position par rapport à une situation, la comparaison de résultats, l'accès à l'imagination sont fortement perturbées.

De manière générale, on remarque aussi que les enfants maltraités surprennent parfois par leurs comportements ambivalents, tantôt adaptés, tantôt déviants et impulsifs. En effet, ils sont parfois capables d'analyser une situation, d'émettre des postulats et peuvent même impressionner par la logique dont ils font preuve. D'autres fois, tout peut basculer très vite, et venir bouleverser les fondations de ce cheminement intellectuel. Ils peuvent alors se montrer sous un autre jour, adoptant une attitude de défi, de rigidité, d'inflexibilité.

Les troubles du repérage temporel

M. Lemay (1993) remarque aussi que la plupart des enfants victimes de maltraitance souffrent d'une désorientation temporelle importante.

Par exemple l'évocation de la durée d'un événement ou d'une action est particulièrement complexe et n'est pas correctement appréciée par ces jeunes enfants. Ainsi, un enfant pourra relater une action, une activité ou événement vécu en affirmant que la durée était de deux mois, alors qu'elle était de deux ans. Il ne s'agit pas d'un mensonge, mais d'une réelle inaptitude à prendre en compte le temps qui s'est écoulé.

Si l'on cherche l'origine de ce trouble, il faut bien sûr s'intéresser au vécu de l'enfant, et à l'organisation temporelle de sa petite enfance. Un enfant élevé dans un milieu affectif tout-venant aura des points de repères tels que le moment de la tétée, celui de l'hygiène corporelle, ou encore du couchage. C'est la répétition de tous ces petits rituels qui permet au bébé de ressentir une continuité entre le passé, le présent et l'avenir dans le quotidien. Chez l'enfant maltraité, ces repères n'ont souvent pas été ancrés et ils ne peuvent pas s'appuyer sur ces petits rituels fondamentaux.

L'évocation des souvenirs antérieurs est également difficile, beaucoup d'événements vécus par l'enfant restent flous et ne pouvant donc pas faire l'objet d'une narration. Seuls les souvenirs empreints d'émotions positives peuvent être restitués par ces enfants en général. Ainsi, si l'événement vécu est connoté d'un sentiment de frustration, d'angoisse, il pourra être raccourci ou encore totalement occulté, à l'inverse d'un souvenir plaisant, où l'enfant se souvient avoir vécu un moment heureux qu'il pourra prolonger dans son esprit.

La question de l'avenir est également complexe chez ces enfants. En effet, comme nous l'avons vu, l'enfant ne peut se satisfaire que du moment présent, et ne supporte pas la frustration. Ainsi, il n'est bien souvent pas capable de différer et d'anticiper. Ce mode de fonctionnement entraîne une incompréhension de sa part car il ne conçoit pas que l'adulte ne puisse répondre instantanément à ses désirs, ses demandes, ses exigences : « En fait, il ne se projette pas dans l'avenir. Il déplace le présent en cherchant magiquement à supprimer les obstacles qui créent en lui un sentiment intolérable d'incomplétude ».

Les troubles du repérage spatial

Enfin, des difficultés de repérage dans l'espace peuvent être également retrouvées chez les enfants carencés même si elles sont cependant moins importantes que les troubles d'ordre temporels.

Notamment, si les enfants ont connu des placements répétés comme les enfants « placés », ils rencontrent souvent des difficultés lors de la restitution des événements de leur vie et leur localisation. Ils ont parfois connu un nombre tellement considérable d'adultes qui les ont pris en charge un temps donné et, avant même d'avoir eu le temps de faire réellement leur connaissance, ont été placés dans d'autres familles ou d'autres institutions, qu'ils n'ont pu se construire des repères stables, avec un espace bien défini, des personnes bien représentées. Seuls des détails sont repérés, mais l'espace n'est pas pris en compte dans sa globalité.

3. Les répercussions affectives

Parmi les différentes répercussions retrouvées chez les enfants maltraités, on retrouve de grandes difficultés dans leurs relations aux autres. De manière générale, toutes sortes d'attitudes distinctes se côtoient, oscillant de l'une à l'autre sans raison apparente. Par exemple, l'enfant peut se montrer enthousiaste puis totalement renfermé, devenant même souvent agressif et autoritaire. Ces comportements ambivalents ne facilitent pas la communication entre l'enfant et ses pairs qui se lassent de ces changements soudains et inexplicables. Ceci complique donc fortement leurs relations aux autres.

3.1 Le mode relationnel

Selon Michel Lemay (1993), les enfants ayant un passé douloureux semblent démesurés dans leur mode de relation à l'autre. Ainsi, alors qu'un enfant évoluant dans un milieu ordinaire se montre méfiant à l'égard d'un adulte qu'il ne connaît pas, un enfant maltraité ne laisse presque pas le temps à la personne étrangère de se présenter. Il le sollicite aussitôt et l'accapare de manière tout à fait prononcée. Une fois encore, cette attitude souligne le besoin de possession de ces enfants qui ont besoin d'exclusivité ou recherchent tout simplement un peu d'attention. De fait, la personne concernée peut ressentir une méfiance à l'égard de cet enfant qui l'accueille aussi facilement ou au contraire, en profiter. Parfois, elle se sent démunie face à des enfants qui ne la considèrent pas tant comme un partenaire de communication, mais plutôt comme un objet sur lequel ils ont des droits. Paradoxalement, l'enfant peut oublier l'adulte pendant quelques temps et revenir auprès de lui quelques instants après en lui témoignant différentes preuves d'affection. Le corps est aussi souvent très investi par l'enfant qui se colle, touche, caresse, embrasse la personne qui l'encadre. Bien que parfois l'enfant évite volontairement tout contact physique avec ses pairs.

Ils entrent en effet parfois même dans un mode de relation tout à fait étonnant avec l'adulte maltraitant lui-même. Un jeu de séduction s'installe souvent chez ces enfants notamment. Ils cherchent à séduire leur bourreau. Cependant, on relève que cette attitude n'est généralement qu'une étape et qu'elle se transforme ensuite souvent en dégoût, voire en haine.

Ce sentiment de haine que l'enfant peut éprouver à l'égard de la personne qui le maltraite aura bien sûr des répercussions sur la construction de son identité. Il visionne tout au long de sa vie les images des événements traumatisants qu'il a vécus et ceci ne participera pas à une bonne construction de son identité.

Néanmoins, comme on le soulignait plus haut, on remarque que l'enfant carencé réagit inégalement aux marques affectives de l'adulte et qu'il peut même les refuser si ce n'est pas lui qui les a demandées notamment. « Privé d'affection, un enfant ne possède rien. Tout cadeau provoque alors l'émotion angoissante d'un événement extraordinaire » (Cyrulnik, 2004). Ainsi, l'adulte ne sait pas toujours quelle attitude adopter et peut fréquemment se sentir démuni face à un enfant dont les réactions sont imprévisibles. Il peut soit être distant et fermé, soit à l'inverse se montrer généreux, serviable, volontaire et attentif aux désirs de l'autre.

L'enfant victime de maltraitance ne semble donc jamais pouvoir être comblé. Il est souvent avide de marques d'affections ou insatisfait de tout ce que l'adulte qui s'occupe de lui peut lui apporter. Il adopte ce comportement aussi bien avec ses parents, qu'avec des inconnus. Dans les cas où l'enfant ne vit pas dans son milieu familial, il aura ce comportement ambigu à l'égard des adultes qui le rencontrent au quotidien, comme l'instituteur, l'éducateur, et les différents intervenants qui s'occupent de lui.

De fait, on relève aussi que l'enfant maltraité a souvent de grandes difficultés avec la notion de partage, qui représente vraisemblablement pour lui un concept qu'il ne peut accepter ou comprendre. Ainsi, les instituteurs ou éducateurs qui s'occupent souvent de plusieurs enfants en même temps peuvent se heurter parfois à des réactions de colère et parfois même des comportements impulsifs difficilement contrôlables.

Souvent néanmoins, à l'extérieur de leur foyer, les enfants se raccrochent à ce qui leur permet de s'extirper du quotidien et affectionnent en général tout particulièrement l'école, lieu dans lequel ils trouvent des adultes avec qui il est possible de dialoguer, échanger, apprendre. Comme le précise Cyrulnik (2002), « Quand la famille est le lieu de l'horreur, l'école devient celui du bonheur. L'école devient un lieu de chaleur, de gaieté et d'espoir ».

Fort heureusement, la détresse et la souffrance évidente de l'enfant ne laissent pas les adultes indifférents la plupart du temps. Malgré ces attitudes ambivalentes, l'enfant maltraité n'en reste en effet pas moins sensible et sincère dans ses actes et ses témoignages de tendresse. De nombreux adultes en ont conscience, même si ce n'est pas toujours facile pour eux de le gérer, comme pour les enfants eux-mêmes bien entendu.

3.2 Les fluctuations émotionnelles

Les enfants maltraités vivent quotidiennement des périodes douloureuses, liées à la présence de trop grands débordements émotionnels. Pour Michel Lemay (1993), les sentiments se bousculent chez ces enfants et viennent entraver leur bien-être dans la mesure où ils ne savent pas très bien gérer les émotions qu'ils ressentent. Ainsi, la jalousie, la frustration, la colère, le refus, le trop plein d'affection, le besoin d'exclusivité viennent se mêler et créent un mélange « détonnant » chez l'enfant qui est incapable de les contrôler et se sent lui-même dépassé.

Il en va de même pour les adultes encadrants lorsque l'enfant est placé dans des familles nourricières ou dans des institutions d'accueil, le personnel qui s'en occupe rencontre des difficultés quant à la disponibilité dont il doit et peut faire preuve. En effet, l'instauration d'une trop grande distance avec l'enfant ne lui permet pas de s'épanouir. Mais un trop grand intérêt vis-à-vis de l'enfant favorise étonnamment souvent l'agressivité de ce dernier qui devient de plus en plus exigeant. Ainsi, l'adulte doit parfois gérer un sentiment d'oscillation entre la position d'un être aimé et celle d'un être rejeté.

De ce fait, les enfants, qui ont bien conscience de ces variations émotionnelles et de ce que cela entraîne autour d'eux, n'ont pas une image positive d'eux-mêmes et se trouvent parfois dans des moments de grand désespoir, consécutifs à leurs crises de colère notamment.

3.3 Le lien d'attachement avec les personnes et les objets

Outre les personnes, l'enfant peut également porter une attention toute particulière aux objets avec lesquels il peut créer un véritable lien d'attachement. Selon Lemay (1993), « L'enfant peut s'attacher à un objet dont la signification émotive prend nettement sa racine

dans l'image d'un adulte quotidiennement rencontré ». A l'instar de ses relations avec les adultes, c'est un mode de relation fluctuant qui s'installe.

Comme pour l'adulte sollicité, l'objet peut donc être soudainement désinvesti par l'enfant maltraité, qui peut aller jusqu'à le détruire ou l'abandonner dans l'indifférence la plus totale. L'auteur parle alors de « brisure » dans la relation à une personne ou à un objet. L'enfant, qui avait créé une véritable relation affective et sécurisante, rompt ce lien dans un contexte de déchirement pulsionnel.

Il en va de même dans ses relations avec ses pairs. L'enfant carencé peut rapidement se nouer d'amitié avec un camarade qui vient d'arriver et lui témoigner différentes preuves d'affections, pour peu de temps après, rompre les fondations de cette amitié naissante, sans explications logiques ni même regrets apparents.

Les activités de la vie quotidienne sont elles aussi fortement affectées par ces changements d'attitude et cette inaptitude à la constance et la régularité.

Par exemple, dans un cadre scolaire, la découverte de nouvelles leçons, l'évocation de nouvelles acquisitions et l'impossibilité d'une relation exclusive avec l'enseignant suscitent l'angoisse chez ces enfants qui craignent l'inconnu. La situation d'échec peut être majeure et d'autant plus insupportable pour ces enfants qui ne savent faire face à la frustration, ceci engendrant une agressivité importante.

3.4 Les comportements agressifs

Les enfants souffrant de carences affectives présentent en effet souvent des comportements de violence. De manière générale, comme nous l'avons évoqué, alors qu'un enfant qui grandit dans un environnement protecteur et rassurant sait en général gérer ses émotions, l'enfant victime de maltraitance rencontre lui des difficultés en ce qui concerne la régulation de ses réactions. La frustration n'est pas la seule raison ceci étant.

Il peut se montrer très virulent ou au contraire se retirer jusqu'à parfois se réfugier dans un mutisme, suite notamment à un sentiment de bonheur de courte durée. Comme ces enfants n'ont souvent pas appris à maîtriser des émotions telles que la joie, et ils ne peuvent aussi lutter contre l'angoisse qui les envahit en suivant. Pour survivre au vide, à la tristesse et à la terreur qu'ils éprouvent parfois au quotidien, ils ont appris à se vider de leurs émotions.

C'est ainsi que le bonheur qu'ils peuvent ressentir au cours d'un événement heureux est exprimé par des actes d'agressivité. On relève que cette agressivité va souvent de pair avec une indépendance précoce, relative à un degré de maturité supérieur à celui d'enfants du même âge.

L'agressivité de ces enfants peut aussi être causée par l'image négative qu'ils ont d'eux-mêmes, par ce manque qu'ils ressentent lorsque leurs désirs ne peuvent être assouvis, par cette peur de ne pouvoir contrôler les relations affectives qu'ils créent avec autrui.

De fait, cette attitude ambivalente agace l'environnement et ne favorise pas les échanges entre l'enfant et ses pairs. Que ce soit à l'école ou ailleurs, l'enfant ne peut finalement tisser des liens durables tant ses colères et son besoin d'exclusivité l'isolent progressivement. Comme nous l'avons vu, les éducateurs et instituteurs aussi sont parfois partagés entre un désir de protection et une réelle difficulté à gérer le chantage affectif de l'enfant et ses changements d'attitude inexplicables.

3.5 Les conséquences de ces blessures affectives

Bien que la société actuelle tende à véhiculer l'idée que les conséquences psychologiques et biologiques sont irréversibles, certains auteurs ne partagent pas tout à fait cette idée. En effet, pour Cyrulnik (2002), la complexité du cerveau et les capacités émotionnelles et psychologiques propres à chacun offrent heureusement des remaniements possibles : « Les enfants blessés peuvent devenir quand même des adultes épanouis, au prix d'une stratégie d'existence coûteuse mais adaptée » (Cyrulnik, 2002).

De la même façon, Caspi et coll (2003) expliquent que les enfants maltraités peuvent en effet parfois devenir des personnes antisociales et violentes mais précisent que ce n'est pas le cas pour tous.

De plus, Moreau et coll (2001) ajoutent que « les expériences de placements pourraient également agir comme facteur de protection ».

Une des manières pour eux de s'en sortir est notamment pour commencer de révéler les abus subis. La révélation des sévices n'est cela dit pas toujours une libération pour ces jeunes victimes malheureusement. En effet, en osant parler de ce qu'ils vivent, ils mettent fin à cette situation de maltraitance le cas échéant, mais ne sont pas forcément plus heureux car ils mettent aussi un terme au lien qui les unit à l'adulte violent. Par exemple, s'il s'agit de la mère, ils doivent alors faire le deuil de cette relation si particulière qui unit un enfant et

sa génitrice. L'enfant sait qu'à cet instant précis il ne pourra plus retrouver les quelques moments heureux qu'il a pu vivre à ses côtés. Il est donc nécessaire que des personnes extérieures professionnelles et bienveillantes soient présentes dans ce moment de rupture avec le milieu familial, afin de soutenir l'enfant et ne pas le laisser seul et démuné dans cette période qui marque éventuellement le début de changements déterminants.

D'autre part, il n'est pas rare que l'enfant se sente à son tour coupable d'avoir dénoncé sa mère, celle qui l'a mis au monde, ou encore un membre proche que tout le monde affectionne. La réaction des personnes qui reçoivent l'aveu de l'enfant est très importante. Trop souvent, les adultes mis dans la confiance ne peuvent cacher leur écoeurlement, leur dégoût ou leur curiosité grandissante. C'est alors que l'enfant déjà affaibli par le rôle de dénonciateur ressent une honte liée au sentiment de ne pas être comme les autres : « Il ne suffit pas de dire son malheur pour que tout soit réglé. La réaction de celui qui entend le secret imprègne un sentiment dans le psychisme de celui qui se confie » (Cyrulnik, 2002).

4. Les répercussions langagières

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les enfants victimes de maltraitances présentent aussi fréquemment un retard dans l'apparition de la parole, puis du langage. Ce n'est pas toujours le cas, mais ces troubles restent très fréquents et semblent favorisés par un défaut de stimulation. A la différence des enfants psychotiques par exemple, ces enfants ne s'enferment pas dans un mutisme ni dans un langage particulier, empreint de bizarreries telles que des néologismes, des mots de prédilections, des aberrations syntaxiques ou encore des formules plaquées qui visent à maintenir l'autre à distance. Le langage de ces enfants victimes de maltraitances est caractérisé par un déficit, une pauvreté verbale notamment.

4.1 Les troubles du langage oral

De manière générale, on retrouve différents troubles ou perturbations du langage oral. Les difficultés de repérage dans le temps et dans l'espace que nous avons cités précédemment, et de ce fait leur désorganisation, vont également avoir des répercussions sur la clarté de leur discours.

Les enfants maltraités ayant des difficultés à parler du passé, tant l'évocation des souvenirs et leur situation dans le temps est complexe, vont face à un interlocuteur, s'exprimer la plupart du temps au présent ce qui va rendre plus complexe leur compréhension par l'autre. Les temps de l'imparfait et du passé qui permettent de restituer une histoire ou un événement passé ne sont en effet que très rarement employés. Dans les épreuves de récits en images par exemple, l'enfant est mis en difficulté tant ses représentations temporelles sont restreintes et fragiles. Pour Lemay (1993), « l'événement dont il veut nous parler est présenté comme une situation présente dont les différents épisodes sont regroupés en se souciant peu de la chronologie ». De ce fait, les conversations ne sont donc pas abouties car l'interlocuteur de l'enfant perd facilement le fil de l'histoire.

Autre trouble retrouvé chez les enfants maltraités, celui de l'évocation mentale et avec, les ruptures dans le discours. Comme nous l'avons vu, en effet, ces enfants qui ont souvent une attention labile, se laissent distraire par tous les éléments qui les entourent. Ainsi, un bruit, la vision d'un objet ou d'une personne, le changement d'intonation sont autant d'éléments qui peuvent être source de coupures dans le récit de l'enfant. Cette absence de continuité dans les idées exprimées par l'enfant conduit souvent à une rupture du dialogue, et donc de la communication. La personne qui dialogue avec l'enfant est perdue dans un récit construit à partir de brèves séquences qui ne présentent pas de liens apparents entre elles : « le partenaire du dialogue reste ainsi désemparé puisqu'il ne parvient pas à s'accrocher à une direction déterminée et puisqu'il a le sentiment désagréable d'être le spectateur d'une pièce monologuée » (Lemay, 1993).

Enfin, on parle également de troubles de l'articulation chez certains enfants victimes de maltraitance, même si tous les auteurs ne sont pas d'accord.

En effet, pour Lemay (1993), l'articulation ne serait pas problématique et ne serait pas spécifique à ce type d'enfants. Il note seulement que certains éléments de l'articulation peuvent donner une impression d'un enfant plus jeune lorsqu'ils sont combinés à un mode d'expression déjà réduit. En revanche, pour Delahaie (2004), les carences affectives peuvent affecter l'enfant au point d'être à l'origine de troubles d'articulation. De plus, le retard de parole serait également une conséquence de ce type de mauvais traitements.

Quoiqu'il en soit, ce qui ressort de manière assez unanime, c'est un trouble d'ordre syntaxique et lexical.

4.2 Au niveau de la syntaxe

Par rapport au langage plus précisément, la construction des énoncés est remarquée fragile et déficitaire, souvent encore une fois du fait des interactions mère-enfant.

Les auteurs s'accordent à dire que les mères maltraitantes utilisent des constructions de phrases simplifiées, et récurrentes. Elles ne semblent pas proposer de réelle diversité ni de nouveauté dans les énoncés, ce qui ne favorise pas la découvertes des outils grammaticaux ni leur utilisation par les enfants. Eigsti & Cicchetti (2004) expliquent dans leur étude que l'observation d'enfants maltraités en situation de jeu libre met en évidence une pauvreté syntaxique des productions spontanées.

On remarquera ici qu'il existe des différences entre les sexes au niveau du développement du langage et donc de la syntaxe. En effet, l'impact du déficit des interactions mère-enfant n'est pas tout à fait le même s'il s'agit d'une fille ou d'un garçon. Les garçons semblent passer souvent beaucoup de temps à l'extérieur de la maison et sont en plus en quelque sorte moins proche de leur mère que ne peut l'être une fille. Ils ont donc plus d'opportunités de dialoguer à l'extérieur, avec des adultes et des enfants, et peuvent ainsi bénéficier d'un bain de langage plus varié : « les garçons présentent un léger avantage, que n'ont pas les filles, pour le développement du langage » (Eigsti & Cicchetti, 2004).

Enfin, on notera également que ce trouble de la construction syntaxique est repéré également pendant la période de latence, et au début de l'adolescence, ce qui suggère qu'il s'agit d'un déficit qui s'inscrit dans le temps. C'est surtout le cas lorsque le sujet tente de mettre des mots sur son imagination notamment ou encore lorsqu'il essaie de relater ses ressentis, ses émotions. Les mots sont imprécis, les phrases sont brèves et mal articulées, même adolescent. Selon Lemay (1993), « l'enfant a tendance à utiliser un système de communication basé sur des mots-pivots enrobés d'une succession d'onomatopées ».

4.3 Au niveau du lexique

Si peu de données relatives à la littérature permettent d'étudier précisément le retentissement de la maltraitance sur le développement du langage (et que la plupart des éléments que nous avons pu relever dans nos différentes lectures sont issus de l'étude des

troubles cognitifs qui englobent les troubles du développement du langage), la majorité des auteurs qui ont étudié le déficit langagier des enfants victimes de maltraitance relèvent un problème de lexique, et notamment du lexique actif.

En effet, l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que les enfants ayant subi des maltraitances ne possèdent pas un lexique actif riche et varié. On fait référence ici au vocabulaire courant.

Dans leur étude datant de 2004, Eigsti et Cicchetti rapportent que dans 20% des cas, cela coïncide avec la faible loquacité de la mère notamment, qui offre peu ou pas de stimulations permettant d'enrichir le vocabulaire, tant en quantité qu'en qualité, de son enfant. Les mères dites maltraitantes n'accordent pas toujours d'importance aux conversations par exemple et ne s'adressent pas beaucoup à leurs enfants. Elles ne posent pas de questions et à l'inverse ne répondent pas à celles des enfants. Lorsque les enfants tentent d'attirer leur attention et de mettre en place des situations de dialogue, ces mères coupent court aux sollicitations de l'enfant ou les ignorent. A l'âge où les enfants sont curieux de tout et posent fréquemment des questions, elles n'expliquent pas toujours le monde et ne permettent pas aux enfants de faire des liens entre les éléments de l'environnement et les expériences de leurs enfants : « elles sont moins susceptibles de dénommer les objets, d'expliquer les aspects de l'environnement et de questionner leur enfant ».

Le mode de communication de ces enfants victimes de maltraitances semble donc caractérisé par une pauvreté lexicale concernant le lexique actif principalement, les différents auteurs ayant traité de la question du langage chez ce type de population ne décrivant pas de difficultés particulières du côté du lexique réceptif (Coster et al, 1989, in Eigsti & Cicchetti, 2004).

Il faut cependant quelque peu nuancer l'explication pouvant justifier le déficit lexical de ces enfants. En effet, Delahaie (2004) explique que le manque de stimulation ne peut pas à lui seul endosser cette responsabilité. Il compare cette situation à celle d'enfants nés de parents sourds, qui ne communiquent pas avec leurs parents grâce au canal verbal, et connaissent pourtant un développement normal du langage. Pour lui, ce serait davantage le déficit des interactions mère-enfant agrémenté d'une situation de maltraitance qui seraient à l'origine de ce trouble du lexique actif. Ceci est confirmé par Lemay (1993): « tout se passe

comme si l'enfant n'éprouvait pas le désir de parler, ne recevait pas de stimulations affectives dans le sens de l'expression et ne bénéficiait souvent que d'un apport réduit sur le plan du lexique ».

Enfin, on remarque aussi que le lexique abstrait qui est le vocabulaire de la pensée, des éléments qui ne sont pas perçus par les cinq sens, par opposition au lexique concret qui se rapporte à ce qui est matériel (Brin et coll, 2004), est lui aussi souvent déficitaire dans le cadre de maltraitances. C'est grâce à ce type de lexique qu'il est possible d'exprimer des sentiments, des émotions ou encore des opinions. Les enfants maltraités n'ayant pas reçu de stimulations affectives suffisantes ont souvent beaucoup de difficultés à s'approprier ce vocabulaire et à l'exprimer au quotidien. C'est en général par le corps que les émotions s'expriment, et plus particulièrement au travers de l'agressivité comme nous avons pu le décrire précédemment, « le sujet cherchant à compenser ses limites dans l'expression par une agitation motrice » (Lemay, 1993).

Ceci étant, les auteurs ayant traité de cette question se sont intéressés au vocabulaire abstrait de l'enfant maltraité dans sa modalité expressive encore une fois. Aucun d'entre eux ne décrit de difficulté d'acquisition de ce vocabulaire en ce qui concerne sa modalité réceptive.

Grâce à nos différentes lectures, nous pouvons désormais mieux cerner les différentes situations de maltraitances et les nombreuses répercussions sur le développement de l'enfant. La maltraitance est une situation qui n'est pas toujours aisée à définir puisqu'elle peut se manifester sous différentes formes. Comme nous avons pu le voir précédemment, les répercussions peuvent être somatiques, affectives, cognitives et langagières.

Concernant le langage plus précisément, tous les auteurs s'accordent principalement sur un déficit du lexique actif. Mais qu'en est-il du lexique passif, à savoir la somme des mots compris mais jamais exprimés verbalement (Brin et coll, 2004)? Quant au vocabulaire abstrait, que se passe-t-il en modalité réceptive plus précisément ?

Notre étude va maintenant tenter de répondre à ces questions.

Partie pratique

Problématique et hypothèses de travail :

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction de cette étude, ce projet est né de la lecture de différents ouvrages concernant le thème de la maltraitance et de ses répercussions dans différents domaines et notamment sur le langage. Grâce aux différents auteurs, nous avons pu relever des observations cliniques qui nous ont amené à nous questionner sur l'éventuel lien entre les troubles du langage et la maltraitance. Les ouvrages qui nous ont permis d'étudier la maltraitance rapportent la plupart du temps des troubles du langage oral, et notamment du lexique actif. Malgré nos recherches cela dit, les différents auteurs ayant traité de la maltraitance n'abordent néanmoins pas le stock lexical passif d'enfants ayant un passé de maltraitance. De fait, nous avons éprouvé le besoin de répondre à cette question : les enfants ayant un passé commun de maltraitance présentent-ils un déficit du lexique passif ? De plus, qu'en est-il, à l'intérieur du lexique passif, du vocabulaire abstrait ? Est-il plus difficile à acquérir pour ces enfants que le vocabulaire concret ?

Nos hypothèses de travail sont donc les suivantes :

- La composition du lexique passif d'enfants ayant un passé de maltraitance est déficitaire.
- Le vocabulaire abstrait est moins accessible aux enfants maltraités.

Pour répondre à ces hypothèses, notre travail s'est orienté vers la passation d'un test de vocabulaire passif, l'EVIP (Dunn et coll, 1993), qui nous permet de tester le vocabulaire concret et abstrait des sujets.

Afin de répondre à nos hypothèses, nous allons donc d'abord présenter le test lui-même, les modalités de passation, les sujets, et enfin les résultats obtenus.

I. Protocole

1. Présentation du test « EVIP »

L'échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP) créée par Dunn et coll parue en 1993 est à la fois un test psychométrique et psychopédagogique, adapté en français du « Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT) ». Il permet d'étudier le stock lexical passif de sujets âgés de 2 ans 6 mois à 18 ans, à condition que ces derniers disposent d'une vision et d'une audition satisfaisante. Ils doivent également accéder à une compréhension efficiente de la langue française.

L'EVIP propose 170 items en tout, classés par difficulté croissante. Chaque planche présentée est composée de quatre images en noir et blanc. Le sujet doit alors désigner l'image qui correspond au mot stimulus énoncé par l'examineur. La durée de passation de l'épreuve est variable. Elle se situe en moyenne entre 8 et 20 minutes.

Les auteurs ont recueilli l'échantillonnage de ce test au Canada, grâce à la participation de 2038 jeunes ayant pour langue maternelle le Français.

Le matériel à disposition

Le test EVIP est composé de deux formes, la forme A, et la forme B pour éviter l'effet re-test. Trois éléments composent le matériel qui permet l'application du test.

- ❖ Tout d'abord, le manuel de présentation de l'échelle et des consignes. L'examineur trouve des renseignements généraux mais aussi techniques sur les spécificités de la cotation notamment.
- ❖ Ensuite, les séries de planches de dessins. Deux séries de planches sont proposées, toutes deux se rapportant respectivement à la forme A et à la forme B de l'échelle. Chaque planche est constituée de quatre images en noir et blanc, disposées à l'identique au fil des pages. 5 planches d'entraînement précèdent les 170 items du test.

- ❖ Enfin, une feuille de notation est proposée pour chaque forme. Sur ces feuilles de réponses, on retrouve la liste des 170 mots proposés au sujet. Chaque mot est associé à une clef qui permet de repérer les réponses justes et ainsi de procéder directement à la notation.

Les objectifs du test

L'EVIP a deux grands objectifs :

- Apprécier l'étendue du vocabulaire acquis par le sujet jusqu'au moment de la passation du test.
- Dépister d'éventuelles difficultés concernant les aptitudes scolaires en fonction du niveau scolaire.

Il possède de nombreuses qualités mais aussi quelques « limites ».

Les limites reconnues du test

L'EVIP est une échelle de dépistage qui recueille les performances du sujet concernant son vocabulaire d'écoute. Il apporte à l'examineur des réponses concernant les connaissances lexicales du sujet et permet de mesurer en partie les aptitudes scolaires (habiletés verbales) chez des sujets qui répondent au critère suivant: l'enfant évolue dans un milieu où la langue maternelle et la langue d'usage sont le Français, la langue employée à l'école.

Ainsi, si « le test de vocabulaire s'avère de loin le meilleur indice de succès dans les études » (Dunn et coll, 1993), il ne faut néanmoins pas le confondre avec des tests qui mesurent plus précisément l'intelligence en général et qui comportent notamment des épreuves de vocabulaire. Il faut donc éviter une trop grande généralisation de ce test, qui est considéré comme un examen de dépistage et non comme un test d'intelligence à part entière.

Les qualités reconnues du test

Le test EVIP possède de nombreux atouts :

- Le lexique utilisé est connu dans tous les pays ayant pour langue maternelle le Français.

- Les images sont nettement dessinées et permettent une reconnaissance aisée.
- L'échelle s'adresse à des sujets de tous les âges, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte.
- La passation est rapide et ne demande pas de capacités attentionnelles trop importantes.
- Le test n'est pas chronométré, il évalue ainsi les compétences propres et non la rapidité.
- Les items sont proposés par ordre de difficulté ascendante.
- Le système de notation est rapide et précis.
- Le test permet une passation individuelle.
- Les épreuves ne requièrent pas de lecture ni d'écriture de la part du sujet, ce qui permet aussi aux sujets analphabètes et dyslexiques de participer à la passation.
- Seule une petite réponse motrice peut suffire. Les personnes handicapées peuvent ainsi être évaluées par cette échelle, qu'il s'agisse par exemple d'un handicap moteur ou d'un déficit langagier sévère.
- L'administration du test ne nécessite pas de formation particulière.
- Il peut servir à apprécier le développement d'âge préscolaire, « puisque dès l'âge de trois ans le vocabulaire s'avère un indice majeur de développement intellectuel » (Dunn et coll, 1993).
- Les aptitudes scolaires des enfants peuvent être évaluées et les résultats obtenus permettent ainsi des orientations pédagogiques stratégiques.

En conclusion, ce test de désignation d'images présente de nombreux avantages. La rapidité de son administration, la facilité de notation et la clarté des consignes permettent un usage aisé et un aperçu rapide des compétences du sujet concernant le stock lexical passif dont il dispose.

Les modalités d'usage

Les modalités d'usage sont diverses et variées. Dans les cas où l'EVIP est employé comme outil de mesure de rendement quant au vocabulaire ou comme indice d'aptitude scolaire ou habileté verbale, en voici quelques exemples d'utilisation:

- Lors d'un examen psychométrique complet, il peut être judicieux d'introduire l'échelle EVIP en premier lieu. En effet, son aspect attrayant et peu coûteux sur le plan oral permet de favoriser l'installation d'un climat chaleureux et décontracté.
- L'EVIP et sa version anglaise (le PPVT) peuvent être proposés conjointement afin de recueillir des informations concernant le vocabulaire d'un sujet bilingue français-anglais.
- Les étudiants anglophones inscrits dans des universités où le français est la langue d'instruction pourront être soumis au test afin d'évaluer le niveau d'écoute et ainsi envisager un perfectionnement de la langue.
- L'échelle EVIP peut également être utilisée comme outil de recherche, notamment dans les études concernant le bilinguisme.
- Le test permet d'évaluer régulièrement l'enfant afin de prendre connaissance de ses progrès, grâce à la forme B notamment (re-test).

2. Consignes du test

Le manuel proposé par les auteurs explique les différentes conditions de passation de l'EVIP.

2.1 Durée de l'épreuve

Chaque sujet répond de 25 à environ 50 items relatifs à son niveau. Le premier item qui constitue le point de départ du test correspond à l'âge du sujet. Ainsi, l'ensemble des items qui s'inscrivent en deçà et au-delà de son niveau de compétence sont exclus. Le test s'arrête quand le sujet réalise 6 échecs dans une base de 8 items.

C'est pour cette raison que la durée moyenne de l'épreuve varie de 8 à 20 minutes. Le score brut est obtenu au cours de l'épreuve.

2.2 Mise en place du matériel

Le test ne nécessite pas d'installation spécifique. Seules une table et deux chaises disposées face à face sont requises pour la passation. Bien entendu, la pièce dans laquelle le sujet est reçu doit être calme et suffisamment éclairée afin d'optimiser les résultats.

Le petit chevalet qui supporte les planches de dessins est placé entre les deux interlocuteurs. A cela s'ajoute la feuille de notation, placée à portée de main de l'examineur.

2.3 Accueil et attitude envers le sujet

Comme pour toute évaluation, l'examineur a pour rôle d'instaurer un climat chaleureux et une relation de confiance avec le sujet afin de réunir un ensemble de conditions favorables à la réussite de l'épreuve. Face à des sujets âgés, l'examineur peut expliquer le but du test, voire son évidente facilité, et rassurer sur la confidentialité des résultats. Les enfants quant à eux, préfèrent généralement une présentation plus ludique de l'épreuve.

2.4 Présentation de la feuille de notation

La première partie de la feuille de notation permet de recueillir un ensemble de données administratives du sujet.

Calcul de l'âge chronologique du sujet

L'examineur inscrit en premier lieu la date de l'examen, rapporte ensuite la date de naissance du sujet et calcule enfin l'âge chronologique.

Particularités de l'application

La feuille de notation de l'EVIP répertorie les 170 items de l'épreuve. Ils suivent 5 items de démonstrations et d'intégration de la consigne. Les items sont rangés par ordre croissant de difficulté. On commence toujours le test par 5 items situés en deçà de l'âge chronologique du sujet afin de le mettre en confiance et de l'encourager, sans pour autant proposer d'emblée au sujet une trop longue série d'items jugés trop faciles ou trop difficiles d'ailleurs, ce qui risquerait de le décourager et de le fatiguer inutilement.

2.5 Consignes de passation

Les auteurs de l'EVIP distinguent deux types de consignes qui se réfèrent à deux catégories distinctes l'une de l'autre. La première série de consignes s'adresse aux sujets de 7 ans ou moins ainsi qu'aux sujets analphabètes. La seconde série s'applique aux sujets de 8 ans et plus ainsi qu'aux sujets alphabétisés.

Consignes pour les enfants de 7ans et moins

Pour ces sujets, on utilise en première intention les planches d'exercices A, B, et C afin d'obtenir un effet d'apprentissage des consignes. On présente alors le test de la façon suivante :

« **Tu veux regarder des images avec moi ?** » On présente la planche A et l'on poursuit :
« **Tu vois l'ensemble des images sur la page.** (On pointe du doigt chaque image tour à tour). «**Tu vas me monter avec ton doigt chaque mot que je vais te dire** ». «**Par exemple, montre-moi le mot...**»

Lorsque l'enfant répond correctement, on le félicite, et on poursuit l'entraînement de la même façon pour les planches B et C. Si le sujet échoue dès le premier item de l'exercice, on le corrige en lui expliquant rapidement pourquoi sa réponse n'est pas la bonne. On réinterroge ensuite l'enfant sur le même item jusqu'à ce qu'il réussisse.

Consignes pour les sujets de 8 ans et plus

Pour les sujets plus âgés, les planches D et E sont proposées en amont afin de présenter les consignes au sujet. Le test est alors proposé de la façon suivante :

« Tu/ vous connais (sez) beaucoup de mots ? Nous allons jouer à un jeu de vocabulaire ».

On propose alors la planche d'image D et on poursuit : **« Il y a quatre images sur cette page, chaque image a un numéro ».** (On pointe tour à tour les images de la planche). **« Ecoute les mots que je te dis ; donne moi le numéro de l'image qui représente ce mot ou pointe-la avec ton doigt. Voici le premier mot... ».**

Lorsque le sujet répond correctement, on le félicite et on continue les items d'entraînement jusqu'au démarrage du test. Dans le cas contraire, on lui indique la bonne réponse et on passe au mot suivant. Il faut tout de même que le sujet réponde correctement à deux items consécutifs avant de commencer le test.

2.6 Règles de passation du test

L'examineur chargé de l'application du test doit prendre connaissance de certaines indications nécessaires au bon déroulement du test :

- Il doit encourager le sujet à la fois par ses commentaires et par son attitude quel que soit le résultat (réussite du sujet ou échecs). Les mots d'encouragement et de félicitation pourront être les suivants : **« Bravo ! Bien ! »**
- Si le sujet cherche à connaître la justesse de sa réponse, on lui répond vaguement: **« Tu as bien répondu »** quand c'est un enfant. Lorsqu'il s'agit d'un adulte, on lui explique que le test doit se poursuivre et qu'on ne peut discuter des réponses.
- Il faut éviter d'aider le sujet en lui donnant des indices visibles tels que les mimiques, ou encore le laisser voir la clef inscrite sur la feuille de notation.
- L'examineur ne doit pas non plus modifier ni omettre des items du test, même si la connaissance de certains mots diffère selon les pays et les cultures. Néanmoins, le manuel stipule que si l'examineur a une raison valable de ne pas interroger le sujet sur un des mots, il pourra alors le laisser de côté et passer au suivant.

- Les consignes doivent être lues au sujet sans hésitation.
- Les mots stimuli pourront être répétés plusieurs fois par l'examineur si l'enfant ou le sujet adulte le demande.
- Les mots stimuli doivent conserver leur forme de singulier sous peine d'induire la réponse du sujet.
- Le genre des mots stimuli exprimé par les articles le, la, les un, une, des, ne doit pas non plus être stipulé dans la lecture des items.
- Comme l'échelle ne mesure pas la rapidité du sujet, il sera permis à ce dernier de prendre son temps, sans toutefois excéder plus d'une minute de réflexion par planche.
- Parfois, le sujet ne prend pas le temps d'observer les quatre images et répond trop rapidement. L'examineur peut alors lui demander de ralentir et de prendre en compte l'ensemble des images.
- Les sujets petits persèverent parfois d'une planche à l'autre et s'appliquent à désigner toujours le même emplacement. L'examineur doit alors répéter autant de fois qu'il le faut : « **Regarde celle-ci...et celle-ci...et celle-ci** ».
- Lorsque le sujet change de réponse, il faut toujours noter la dernière réponse, et ce même s'il s'agit du passage d'une réussite à un échec.
- Dans les cas où les sujets présentent un handicap moteur important ou encore des troubles du langage sévères, l'examineur pourra lui-même pointer les images du doigt tour à tour et demander un hochement de tête pour exprimer « **oui** » et une secousse de la tête pour exprimer « **non** ».
- Les sujets sont autorisés à tourner eux-mêmes les pages du test, ce qui peut les aider à maintenir leur attention.
- L'examineur doit veiller à ne pas trop s'éloigner du temps moyen de passation du test, compris entre 8 et 20 minutes en étant attentif au comportement du sujet et en faisant attention à ne pas trop le fatiguer, ou à l'inverse, en ne lui laissant pas assez de temps pour réfléchir.
- Comme nous l'avons vu, après avoir établi le point de démarrage du test, l'examineur doit proposer aux sujets des items inférieurs à son niveau afin de le mettre en confiance pour la suite (sans que les réponses à ces items ne modifient en rien le score brut obtenu).

II. Présentation de la population

Pour notre étude, nous avons testé 17 sujets, retenu quelques critères d'exclusion et d'inclusion et défini un petit nombre de variables.

1. Population témoin

Nous avons effectué une passation sur 9 enfants avec un niveau scolaire de CP-CE1 ne présentant pas de passé de maltraitance. Au sein de ce groupe, nous avons également distingué deux sous-groupes. Dans le premier, nous avons regroupés les enfants bénéficiant d'une rééducation orthophonique pour retard de parole-retard de langage. Dans le second, les enfants n'ayant pas de retard et ne bénéficiant donc pas d'une prise en charge.

1.1 Les critères d'inclusion

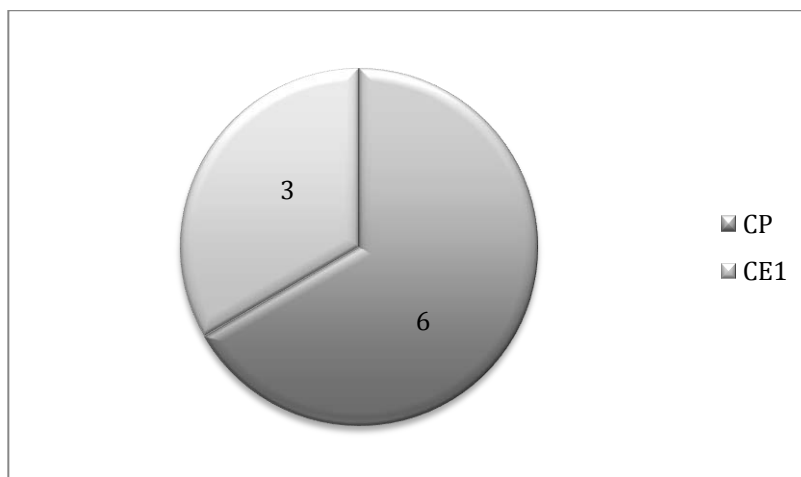
- Langue maternelle : Français.
- Enfants scolarisés en classe de CP-CE1.
- Sujets bénéficiant d'une prise en charge orthophonique si retard de parole ou de langage.

1.2 Les critères d'exclusion

- Passé de maltraitance.
- Sujets scolarisés en classe de niveau inférieur ou supérieur au CP-CE1.
- Déficience intellectuelle.
- Troubles sensoriels comme surdité, c civit , etc.
- Trouble sévère du langage tel que la dysphasie.

1.3 Le niveau scolaire

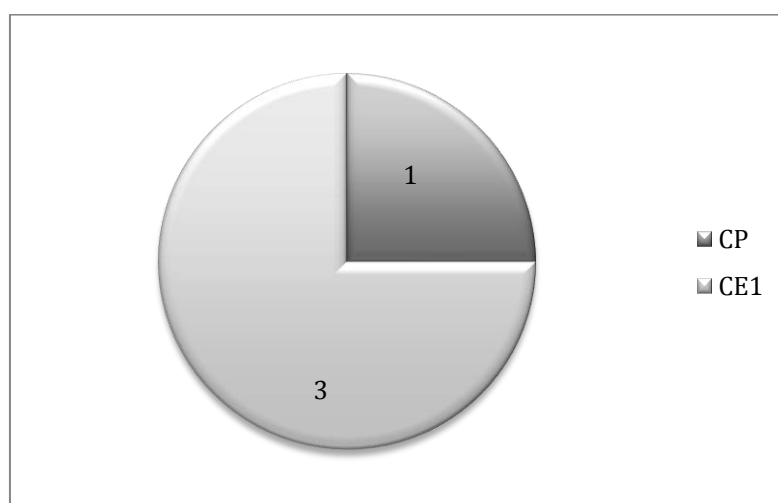
Nous avons mené notre passation sur 6 enfants scolarisés en classe de CP, et 3 enfants scolarisés en classe de CE1.



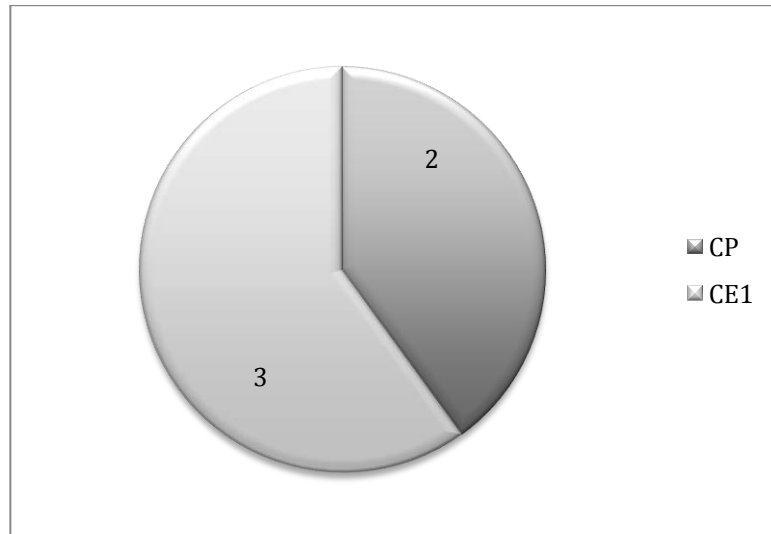
Graph.1. Répartition par classe des enfants

1.4 La prise en charge orthophonique

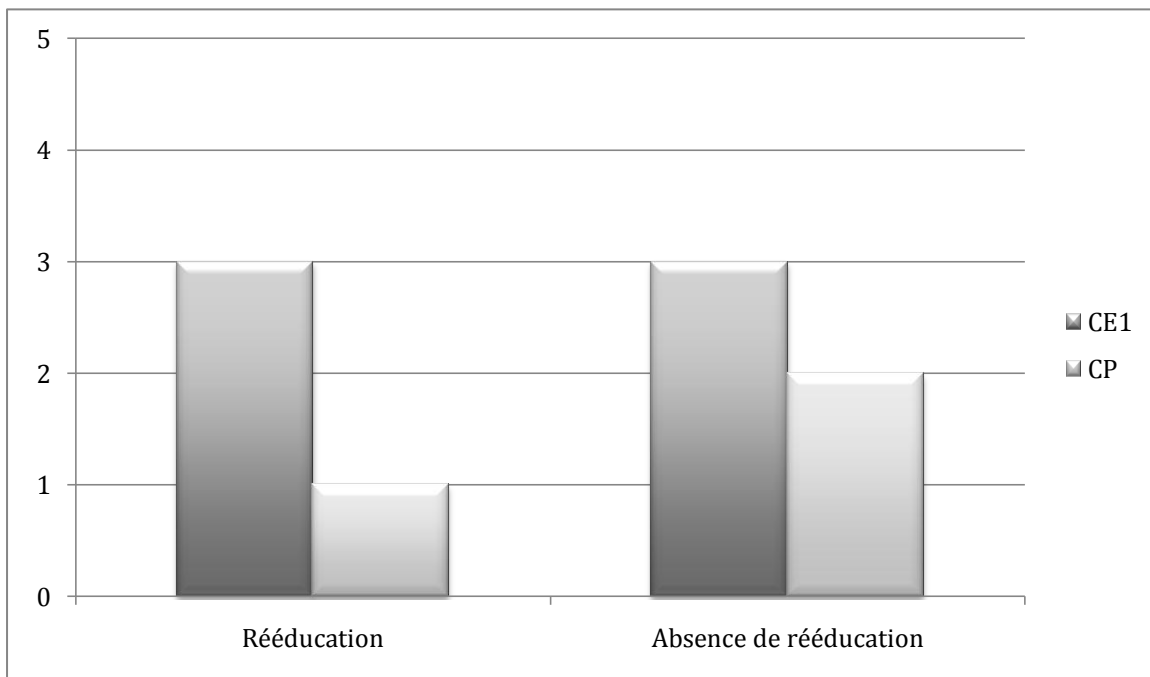
Les sujets évalués sont répartis en deux catégories distinctes. D'une part, 4 enfants qui bénéficient d'une prise en charge orthophonique pour retard de parole-retard de langage (1 au CP et 3 au CE1). D'autre part, 5 enfants qui ne bénéficient d'aucune prise en charge dont 2 au CP et 3 au CE1.



Graph.2. Répartition par classe des enfants rééduqués



Graph.3. Répartition par classe des enfants non rééduqués



Graph.4. Répartition par classe des enfants témoins rééduqués et non rééduqués

2. Population d'enfants victimes de maltraitance

Nous avons mené une passation sur 8 enfants maltraités. Hormis le fait que le français devait être la langue maternelle, nous avons choisi les 8 sujets selon deux grandes variables comme pour le groupe témoin : le niveau scolaire et la prise en charge orthophonique.

Nous avons ainsi distingué deux sous-groupes. Dans le premier, nous avons rassemblé les enfants maltraités bénéficiant d'une rééducation orthophonique. Dans le second, les enfants maltraités ne bénéficiant pas de rééducation orthophonique même s'ils avaient un retard de parole-retard de langage plus ou moins avéré mais pas forcément suffisamment important pour engendrer une prise en charge. Ainsi, chaque sous-groupe était composé de 4 enfants.

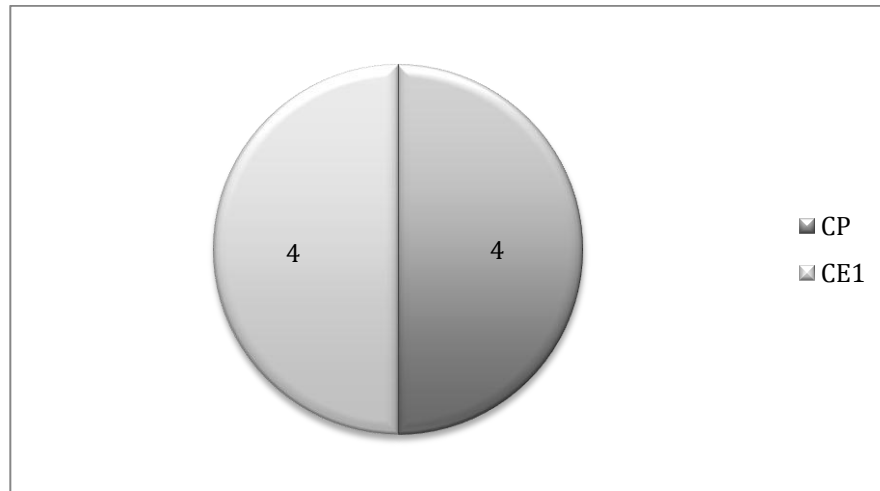
2.1 Les critères d'inclusion

- Enfants scolarisés en classe de CP-CE1.
- Sujets ayant un passé de maltraitance avéré.
- Sujets bénéficiant d'une prise en charge orthophonique pour un retard de parole ou de langage.
- Sujets ne bénéficiant pas de prise en charge orthophonique.

2.2 Les critères d'exclusion

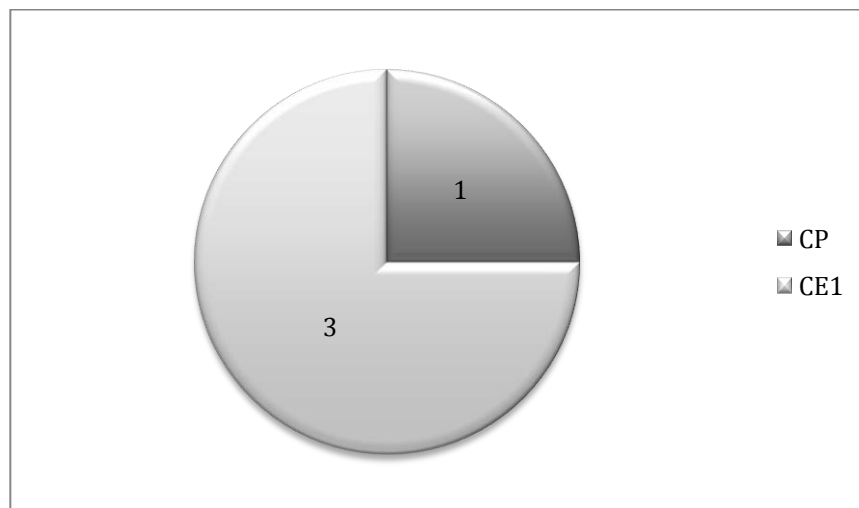
- Déficience intellectuelle.
- Trouble envahissant du développement tel que autisme.
- Sujets non scolarisés en classe de CP-CE1.
- Langue maternelle autre que le Français.

2.3 Le niveau scolaire

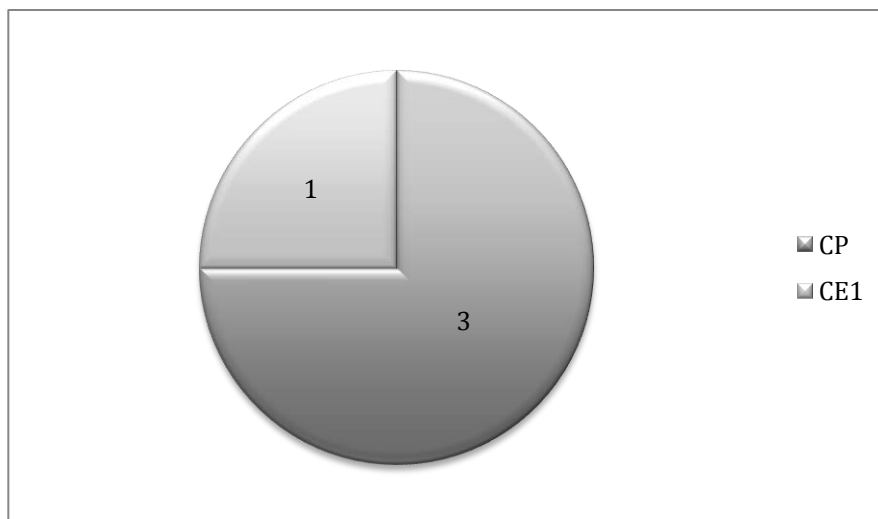


Graph.5. Répartition par classe de tous les enfants maltraités

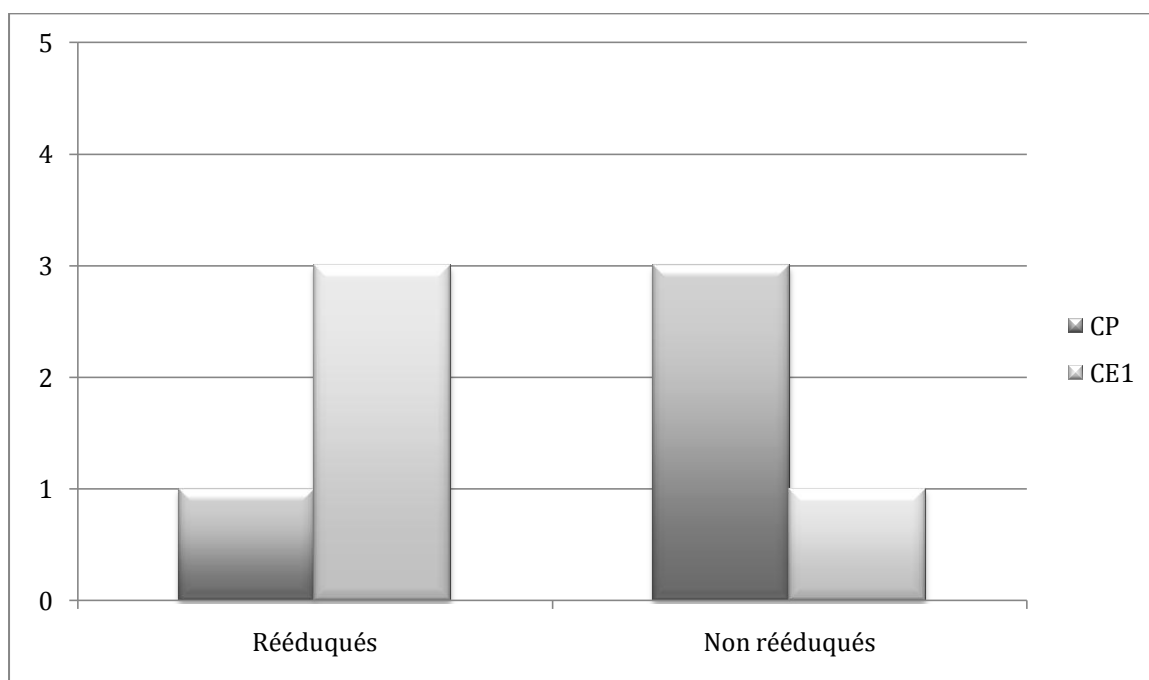
2.4 La prise en charge orthophonique



Graph.6. Répartition par classe des enfants rééduqués



Graph.7. Répartition par classe des enfants non rééduqués



Graph.8. Répartition par classe des enfants maltraités rééduqués et des enfants maltraités non rééduqués

2.5 Présentation des sujets et des diverses maltraitements rencontrés

En complément d'informations, voici un tableau récapitulatif des sujets victimes de maltraitance:

Prénom	Niveau scolaire et âge	Nature de la maltraitance
Mohammed (enfant 10)	CP, 7 ans 9 mois	Maltraitance physique
Hamid (enfant 11)	CP, 7 ans 2 mois	Maltraitance psychologique
Océlia (enfant 12)	CP, 6 ans 3 mois	Carences affectives
Kervin (enfant 13)	CE1, 9 ans 7 mois	Négligences, carences éducatives
Cléa (enfant 14)	CP, 6 ans 2 mois	Maltraitance sexuelle
Dycklan (enfant 15)	CE1, 9 ans 8 mois	Carences éducatives
Jules (enfant 16)	CE1, 8 ans 6 mois	Carences affectives
Mélodia (enfant 17)	CE1, 9 ans 1 mois	Maltraitance sexuelle

Tableau 1. Présentation des sujets par niveau scolaire, âge et type de maltraitance

3. Procédure

Les passations ont eu lieu entre le 11 mars et le 1^{er} avril 2011. Elles se sont déroulées dans des conditions similaires pour l'ensemble des sujets. Par ailleurs, toutes les rencontres avec les sujets se sont déroulées dans la région Aquitaine :

- A domicile pour les enfants n'ayant pas subi de maltraitance et n'étant pas suivi en rééducation orthophonique (5 enfants).
- En cabinet libéral pour les enfants n'ayant pas subi de maltraitance et bénéficiant d'une rééducation orthophonique (4 enfants).

- En ITEP pour 6 des enfants ayant subi des maltraitances et bénéficiant ou non de rééducation orthophonique (ITEP Bellefonds de Cenon).
- En cabinet libéral pour 2 enfants ayant subi des maltraitances et bénéficiant d'une rééducation orthophonique (Bordeaux).

Chacun des 17 sujets testés était seul avec l'examineur, dans une pièce éclairée, calme et accueillante.

Tous les sujets ont bénéficié de la même épreuve, dans les mêmes conditions, et nous avons ensuite appliqué les mêmes critères de cotation pour chacun.

III. Présentation des résultats et analyse

1. Population témoin

Parmi les sujets de la population témoin, nous retrouvons deux groupes distincts, à savoir d'une part les enfants non maltraités et non rééduqués et d'autre part les enfants non maltraités et rééduqués.

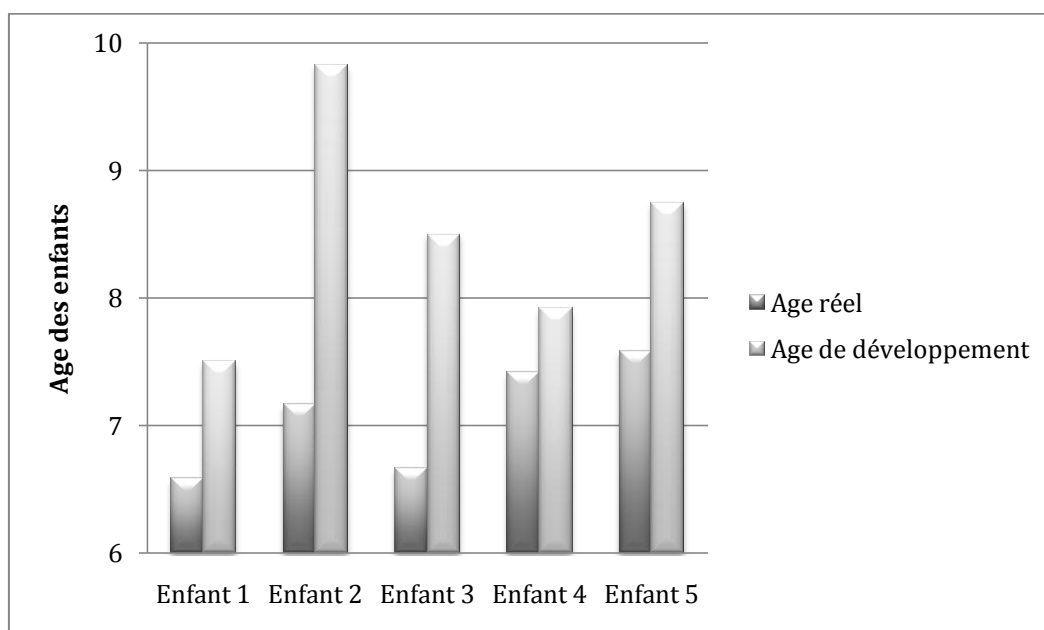
1.1 Groupe des enfants non maltraités et non rééduqués

Nous avons pu rencontrer 5 enfants issus de la même école et habitant à Bordeaux. Les enfants à qui nous avons proposé le test étaient tous de sexe féminin. La passation s'est effectuée le même jour et la durée moyenne du test a été de 20 minutes. Chacune des 5 fillettes s'est prêtée à l'évaluation de manière sérieuse et appliquée.

Voici les résultats obtenus pour chaque enfant :

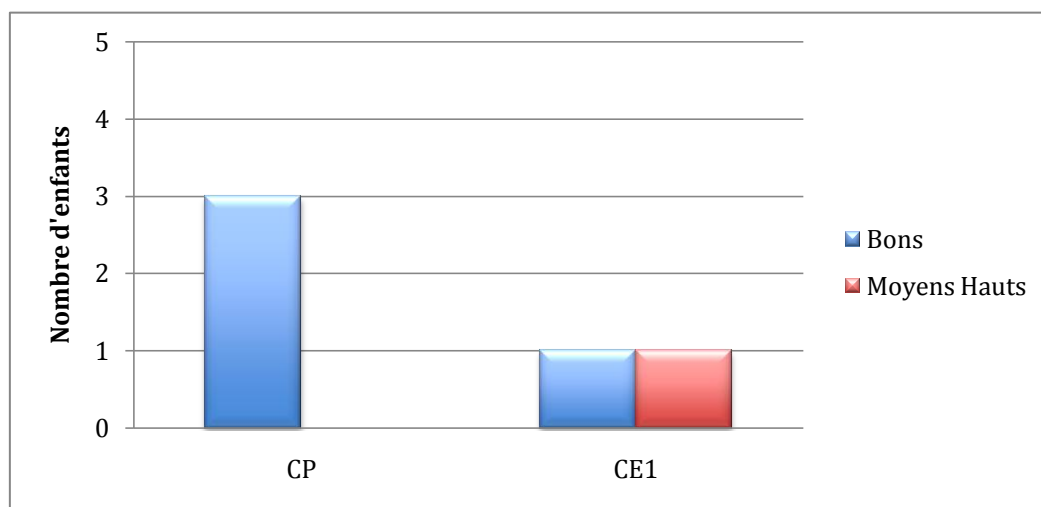
- Enfant 1 : classe de CP, 6 ans 7 mois. Age de développement : 7 ans 6 mois
Catégorie des « **BONS** » : +1 écart-type.
- Enfant 2 : Classe de CP, 7 ans 2 mois. Age de développement : 9 ans 10 mois
Catégorie des « **BONS** » : +2 écarts-types.
- Enfant 3 : Classe de CP, 6 ans 8 mois. Age de développement : 8 ans 6 mois.
Catégorie des « **BONS** » : entre +1 et +2 écarts-types.
- Enfant 4 : Classe de CE1, 7 ans 5 mois. Age de développement : 7 ans 11 mois.
Catégorie des « **MOYENS HAUTS** » : entre la moyenne et +1 écart-type.
- Enfant 5 : Classe de CE1, 7 ans 7 mois. Age de développement : 8 ans 9 mois
Catégorie des « **BONS** » : +1 écart-type.

Pour commencer, nous pouvons comparer l'âge réel et l'âge de développement pour chacun des enfants du groupe :



Graph.9. Comparaison de l'âge réel et de l'âge de développement du groupe des enfants non maltraités/non rééduqués

Ensuite, voici un graphique récapitulatif de l'ensemble des résultats obtenus au test en fonction du niveau scolaire :



Graph.10. Résultats obtenus par le groupe des enfants non maltraités/non rééduqués en fonction du niveau scolaire

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en classe de CP et CE1 permet de les classer de la manière suivante : 4 enfants « **BONS** » et 1 enfant « **MOYEN HAUT** ».

Voici les résultats des enfants non maltraités/non rééduqués en fonction des écarts-types :

Enfants scolarisés en classe de CP	Enfants scolarisés en classe de CE1
Enfant 1 : +1 écart-type	Enfant 4 : entre la moyenne et +1 écart-type
Enfant 2 : +2 écarts-types	Enfant 5 : +1 écart-type
Enfant 3 : entre +1 et +2 écarts-types	
TOTAL : environ +1,5 écart-type en moyenne	TOTAL : environ +0,75 écart-type en moyenne

Tableau 2. Ecarts-types obtenus en fonction du niveau scolaire pour le groupe des enfants non maltraités/non rééduqués

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en CP et CE1 permet de calculer une moyenne d'environ **+1,2 écart-type** pour ce groupe.

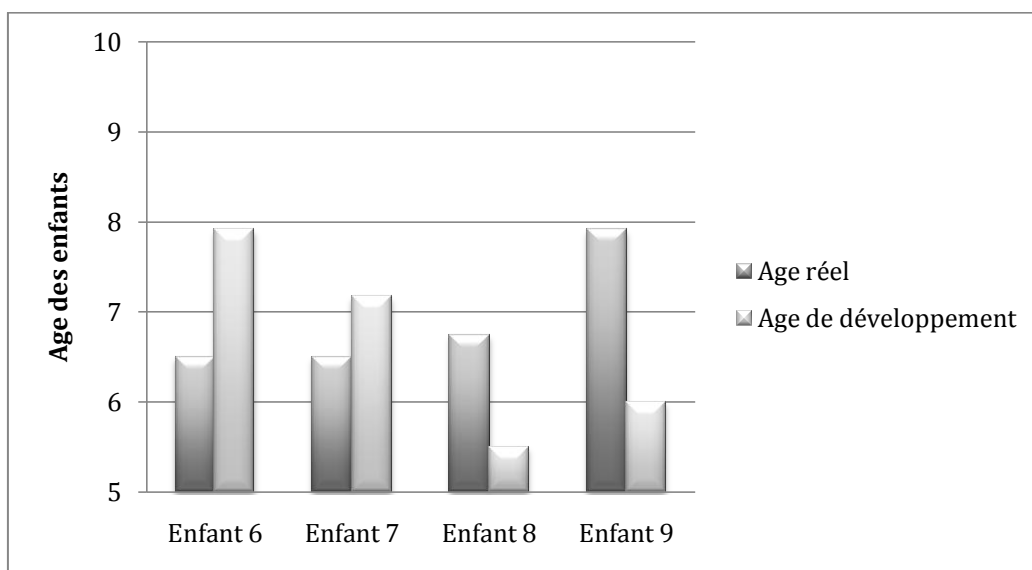
1.2 Groupe des enfants non maltraités et rééduqués

A l'origine, 5 sujets avaient été évalués mais suite au diagnostic de dysphasie 1 a été retiré. Les 4 enfants restant de ce groupe ont pu participer à cette étude grâce à la collaboration de trois orthophonistes exerçant dans un cabinet libéral à Talence. Tous bénéficient actuellement d'une rééducation pour retard de parole- retard de langage et ont accepté de se soumettre au test que nous leur avons proposé. Parmi les sujets, 1 est de sexe masculin et 3 de sexe féminin. La durée du test a été de 20 minutes en moyenne.

Voici les résultats obtenus pour chaque enfant :

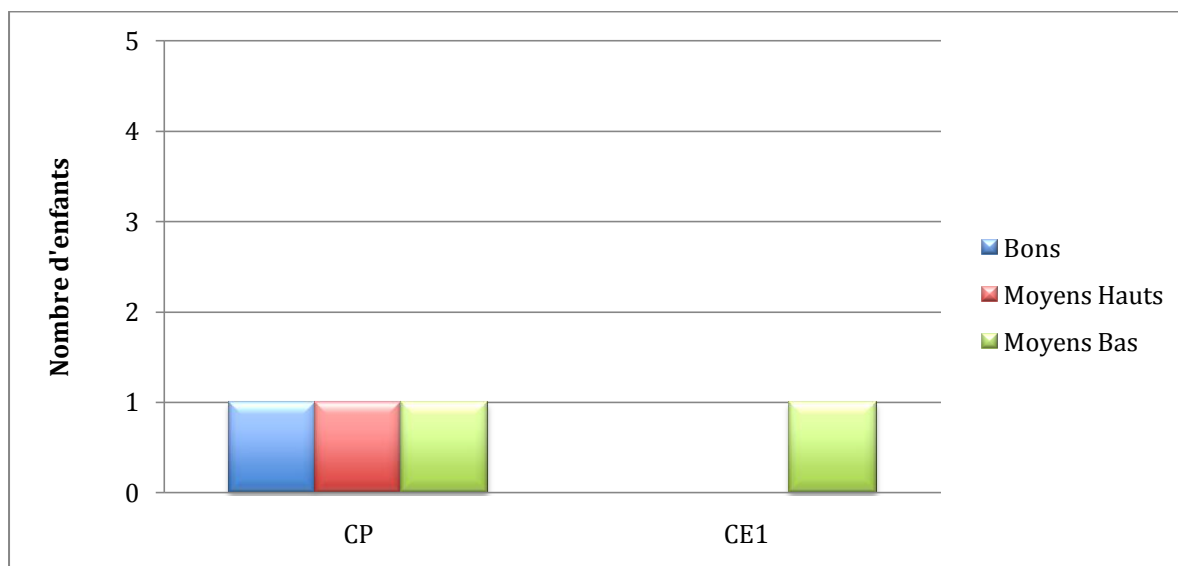
- Enfant 6 : classe de CP, 6 ans 5 mois. Age de développement : 7 ans 11 mois.
Catégorie des « **BONS** » : entre +1 et +2 écarts-types.
- Enfant 7 : Classe de CP, 6 ans 6 mois. Age de développement : 7 ans 2 mois.
Catégorie des « **MOYENS HAUTS** » : dans la moyenne.
- Enfant 8 : Classe de CP, 6 ans 9 mois. Age de développement : 5 ans 6 mois.
Catégorie des « **MOYENS BAS** » : entre moyenne et -1 écart-type.
- Enfant 9: Classe de CE1, 7 ans 11 mois. Age de développement : 6 ans.
Catégorie des « **MOYENS BAS** » : -1 écart-type.

Pour commencer, nous pouvons à nouveau comparer l'âge réel et l'âge de développement pour chacun des enfants du groupe :



Graph.11. Comparaison de l'âge réel et de l'âge de développement des enfants du groupe des non maltraités/rééduqués

Voici également un graphique récapitulatif de l'ensemble des résultats obtenus au test par rapport au niveau scolaire :



Graph.12. Résultats du groupe des enfants non maltraités/rééduqués en fonction du niveau scolaire

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en classe de CP et CE1 permet de les classer de la manière suivante : 1 enfant « **BON** », 1 enfant « **MOYEN HAUT** », 2 enfants « **MOYENS BAS** ».

Ainsi, nous pouvons également classer les résultats des enfants non maltraités/rééduqués en fonction des écarts-types :

Enfants scolarisés en classe de CP	Enfants scolarisés en classe de CE1
Enfant 6 : entre +1 et +2 écarts-types	Enfant 9: -1 écart-type
Enfant 7 : dans la moyenne	
Enfant 8 : entre moyenne et -1 écart-type	
TOTAL : environ +1 écart-type en moyenne	TOTAL : -1 écart-type en moyenne

Tableau 3. Ecarts-types en fonction du niveau scolaire pour le groupe des enfants non maltraités/rééduqués

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en CP et CE1 les classe pile à la moyenne, donc à un niveau inférieur au groupe des enfants non maltraités/non rééduqués (1,2 écarts-types de différence).

2. Population d'enfants maltraités

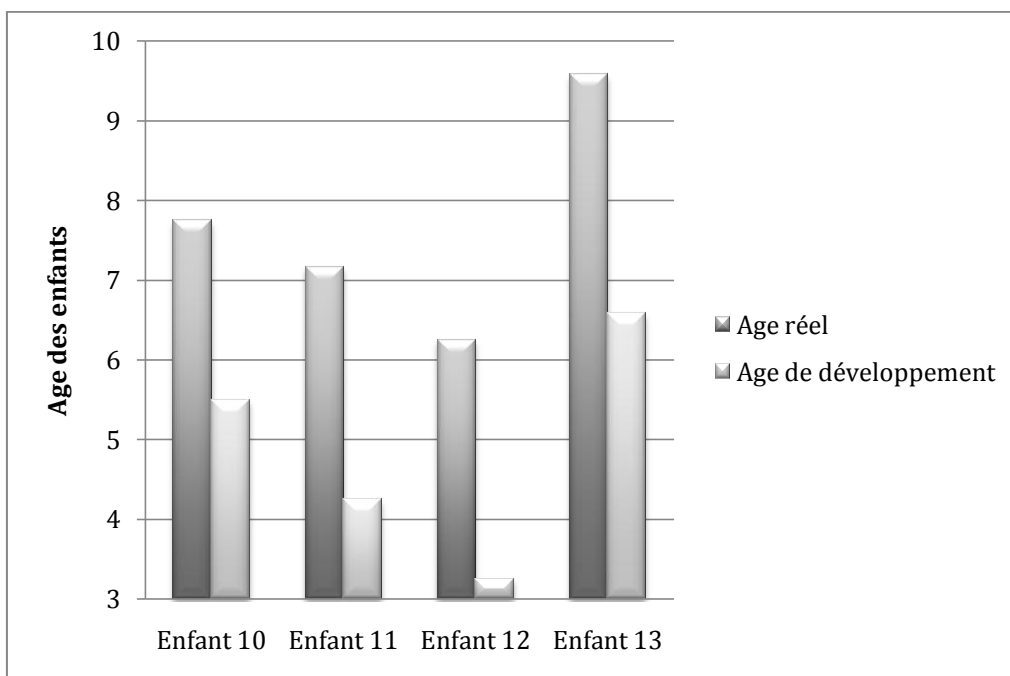
2.1 Groupe des enfants maltraités et non rééduqués

Nous avons pu rencontrer 4 enfants pris en charge à l'institut thérapeutique éducatif et psychologique de Bellefonds, à Cenon. Le groupe se compose de 3 sujets de sexe masculin et d'un sujet de sexe féminin. La passation n'a pas toujours été aisée tant les capacités attentionnelles de ces enfants étaient limitées. Néanmoins, la durée moyenne du test a été de 20 minutes.

Voici les résultats obtenus pour chaque enfant :

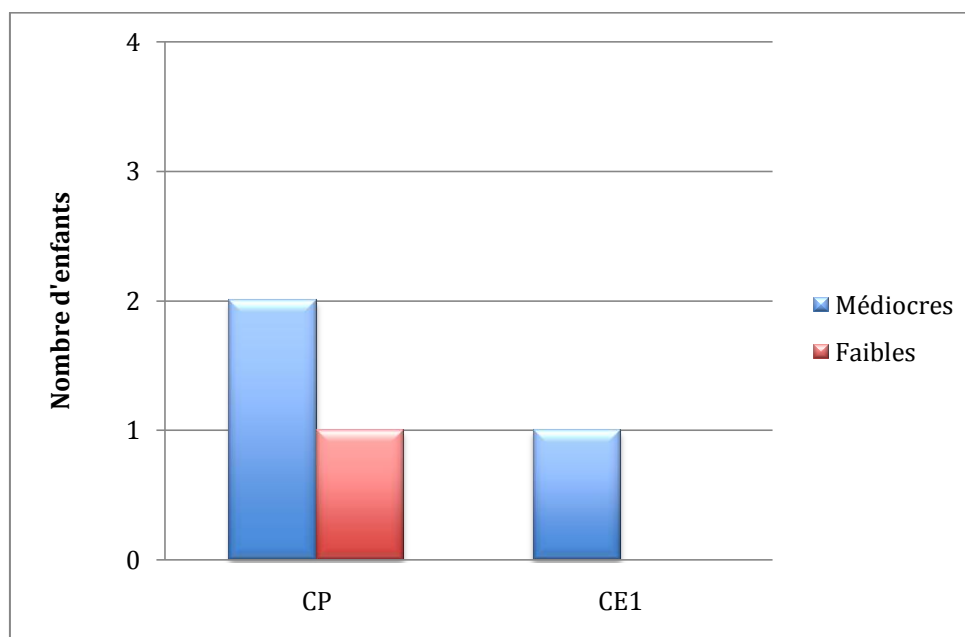
- Enfant 10: classe de CP, 7 ans 9 mois. Age de développement : 5 ans 9 mois.
Catégorie des « **MEDIOCRES** » : -2 écarts-types.
- Enfant 11: Classe de CP, 7 ans 2 mois. Age de développement : 4 ans 3 mois
Catégorie des « **MEDIOCRES** » : -2 écarts-types.
- Enfant 12 : Classe de CP, 6 ans 3 mois. Age de développement : 3 ans 3 mois.
Catégorie des « **FAIBLES** » : entre -2 et -3 écarts-types.
- Enfant 13: Classe de CE1, 9 ans 7 mois. Age de développement : 6 ans 7 mois.
Catégorie des « **MEDIOCRES** » : -1 écart-type.

Voici un tableau comparant l'âge réel et l'âge de développement pour chacun des enfants du groupe :



Graph.13. Comparaison de l'âge réel et de l'âge de développement du groupe des enfants maltraités/non rééduqués

Nous obtenons aussi un graphique récapitulatif de l'ensemble des résultats obtenus au test par rapport au niveau scolaire :



Graph.14. Résultats du groupe des enfants maltraités/non rééduqués en fonction du niveau scolaire

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en classe de CP et CE1 permet de les classer de la manière suivante : 1 enfant « **FAIBLE** » et 3 enfants « **MÉDIOGRES** ».

Ainsi, nous pouvons également classer les résultats des enfants maltraités/non rééduqués en fonction des écarts-types :

Enfants scolarisés en classe de CP	Enfants scolarisés en classe de CE1
Enfant 11 : -2 écarts-types	Enfant 14 : -1 écart-type
Enfant 12 : -2 écarts-types	
Enfant 13 : entre -2 et -3écarts-types	
TOTAL : environ -2,1 écarts-types en moyenne	TOTAL : -1 écart-type en moyenne

Tableau 4. Ecarts-types obtenus en fonction du niveau scolaire pour le groupe des enfants maltraités/non rééduqués

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en CP et CE1 permet de calculer une moyenne d'environ **-1,8 écart-type** pour ce groupe, donc inférieure aux enfants non maltraités et non rééduqués (3 écarts-types de différence).

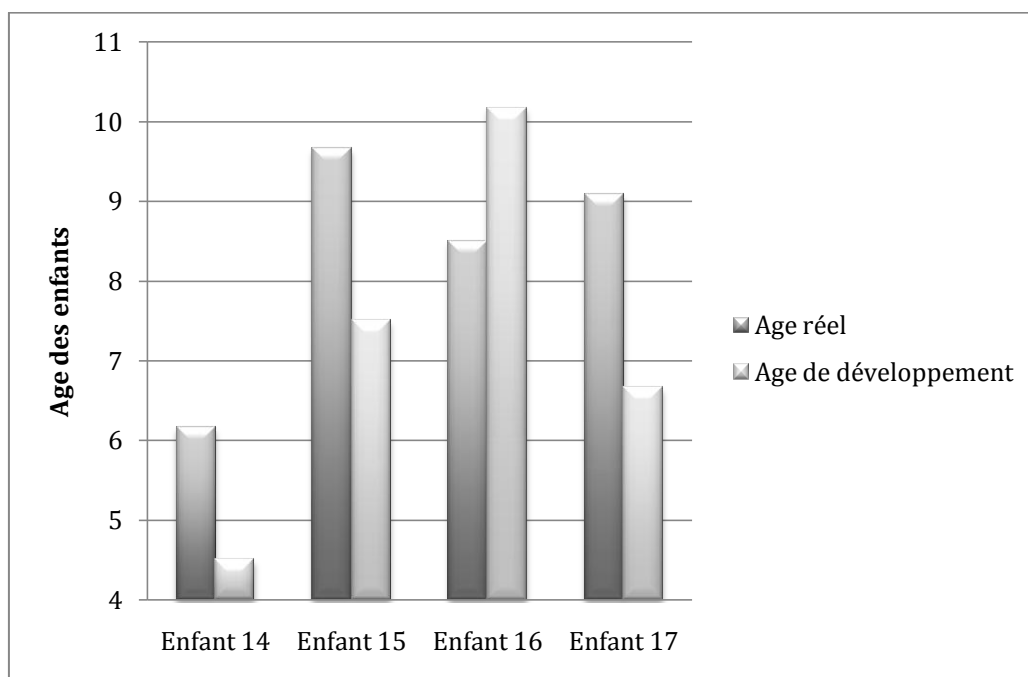
2.2 Groupe des enfants maltraités et rééduqués

Parmi les 4 enfants de ce groupe, 2 ont pu être rencontrés à l'institut thérapeutique éducatif et pédagogique de Bellefonds, à Cenon. Les deux autres sujets ont été évalués dans le cadre d'une rééducation orthophonique en cabinet libéral, à Bordeaux. Sur l'ensemble, 2 sont de sexe masculin et 2 de sexe féminin. La durée moyenne de la passation a été de 20 minutes.

Voici les résultats obtenus pour chaque enfant :

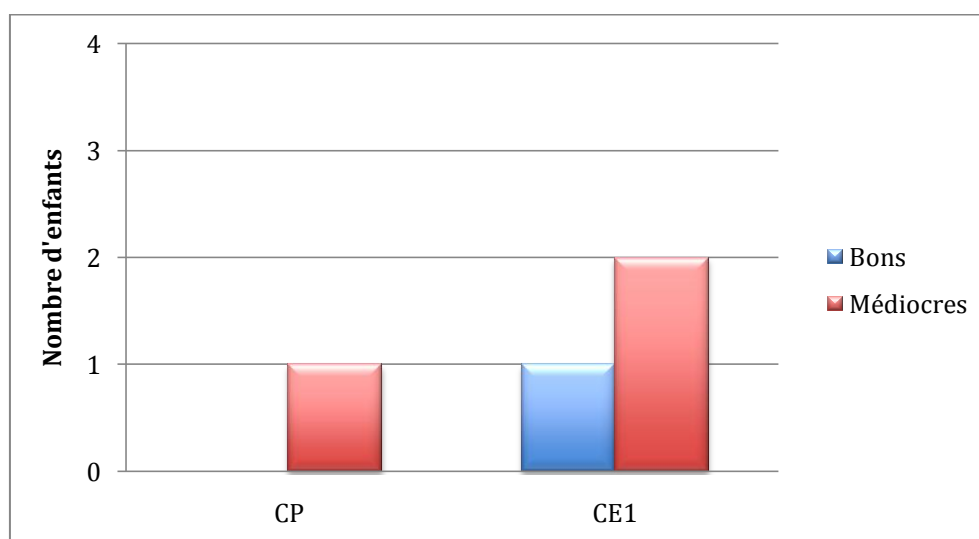
- Enfant 14: classe de CP, 6 ans 2 mois. Age de développement : 4 ans 6 mois.
Catégorie des « **MEDIOGRES** » : entre -1 et -2 écarts-types.
- Enfant 15: Classe de CE1, 9 ans 8 mois Age de développement : 7 ans 6 mois.
Catégorie des « **MEDIOGRES** » : entre -1 et -2 écarts-types.
- Enfant 16: Classe de CE1, 8 ans 6 mois. Age de développement : 10 ans 2 mois.
Catégorie des « **BONS** » : +1 écart-type.
- Enfant 17: Classe de CE1, 9 ans 1 mois. Age de développement : 6 ans 8 mois.
Catégorie des « **MEDIOGRES** » : entre -1 et -2 écarts-types.

Voici le tableau présentant l'âge réel et l'âge de développement pour chacun des enfants du groupe :



Graph.15. Comparaison de l'âge réel et de l'âge de développement pour chaque enfant du groupe des maltraités/rééduqués

Voici le graphique récapitulatif de l'ensemble des résultats obtenus au test par rapport au niveau scolaire :



Graphique.16. Résultats groupe des enfants maltraités/rééduqués en fonction du niveau scolaire

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en classe de CP et CE1 permet de les classer de la manière suivante : 1 enfant « **BON** », 1 enfant « **MOYEN HAUT** », 2 enfants « **MOYENS BAS** », 1 enfant « **FAIBLE** ».

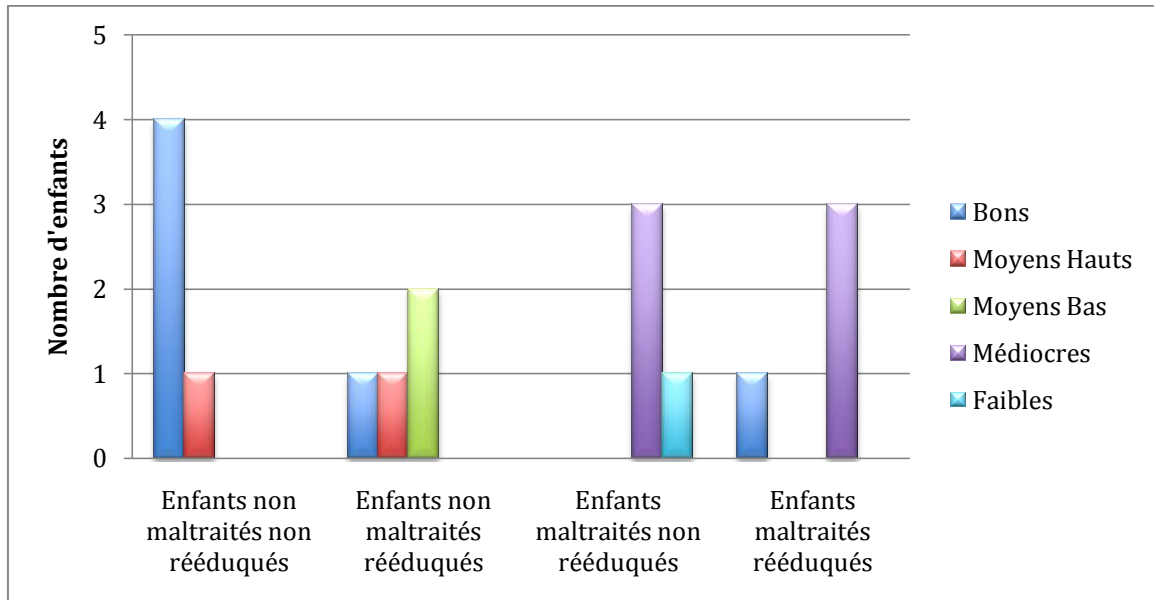
Ainsi, nous pouvons également classer les résultats des enfants maltraités rééduqués en fonction des écarts-types :

Enfants scolarisés en classe de CP	Enfants scolarisés en classe de CE1
Enfant 15 : entre -1 écart-type et -2 écarts-types	Enfant 16 : entre -1 écart-type et -2 écarts-types
	Enfant 17 : +1 écart-type
	Enfant 18 : entre -1 écart-type et -2 écarts-types
TOTAL : environ -1,5 écart-type en moyenne	TOTAL : environ -0,6 écart-type en moyenne

Tableau 5. Ecart-types obtenus en fonction du niveau scolaire pour le groupe des enfants maltraités/rééduqués

L'ensemble des résultats obtenus par les enfants scolarisés en CP et CE1 permet de calculer une moyenne d'environ - **0,8 écart-type** pour ce groupe donc inférieure au groupe des enfants non maltraités et rééduqués (0,8 écart-type de différence).

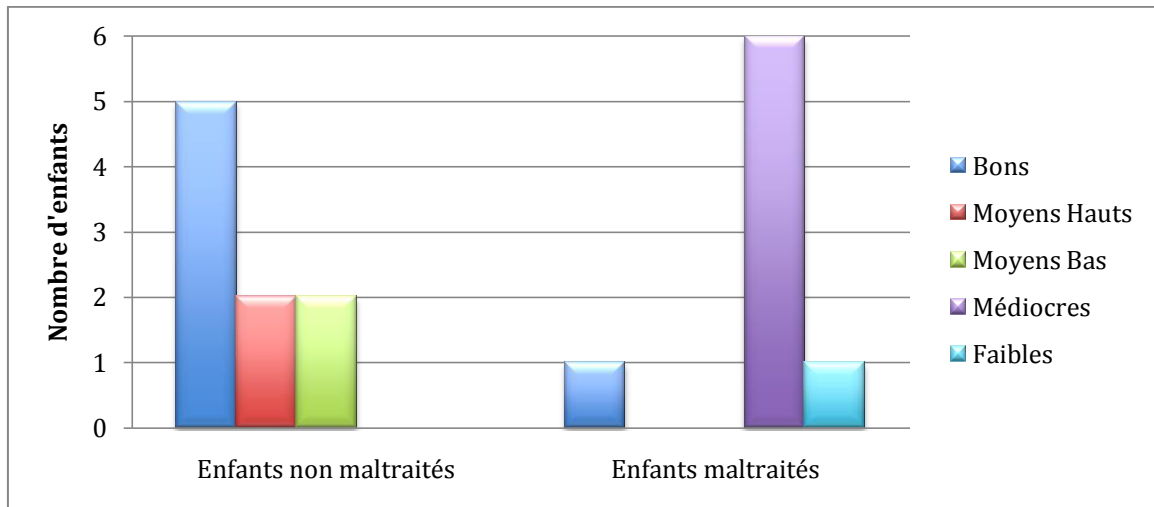
Afin de mieux pouvoir comparer l'ensemble des résultats obtenus au test « EVIP » par tous les sujets, voici un tableau récapitulatif des résultats de chacun des enfants au sein de leur groupe respectif :



Graph.17. Ensemble des résultats obtenus pour chacun des groupes

De manière générale, les résultats obtenus montrent des différences. En effet, on observe des différences entre d'une part, les enfants qui sont rééduqués et ceux qui ne le sont pas, et d'autre part, entre les enfants maltraités et ceux qui ne le sont pas, à chaque fois en faveur de la population témoin.

Différence entre enfants maltraités et enfants non maltraités



Graph.18. Résultats comparatifs des enfants non maltraités et des enfants maltraités

Si l'on compare de manière générale les résultats obtenus par les enfants maltraités et ceux qui ne le sont pas, on observe des différences d'un groupe à l'autre.

En effet, dans le groupe des enfants maltraités on peut compter 6 enfants «**MÉDIOCRES**», mais aucun dans le groupe des enfants qui ne le sont pas.

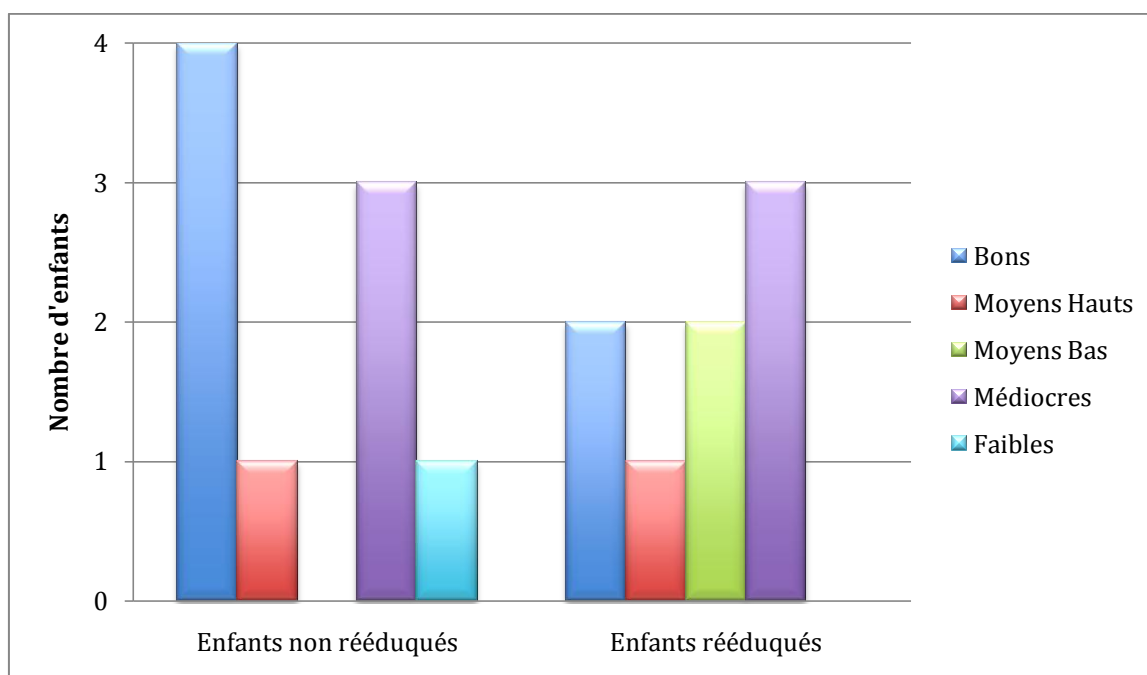
De plus, pour un enfant «**BON**» parmi les sujets maltraités, on en comptabilise 5 parmi les enfants qui ne le sont pas.

La catégorie des «**MOYENS**» n'est retrouvée que parmi les enfants qui ne présentent pas de passé de maltraitance.

Enfin, un enfant du groupe des enfants maltraités est classé dans la catégorie des «**FAIBLES**».

Des différences apparaissent au sein des sous-groupes également entre enfants rééduqués et enfants qui ne bénéficient pas de prise en charge orthophonique.

Différence entre enfants rééduqués et enfants non rééduqués

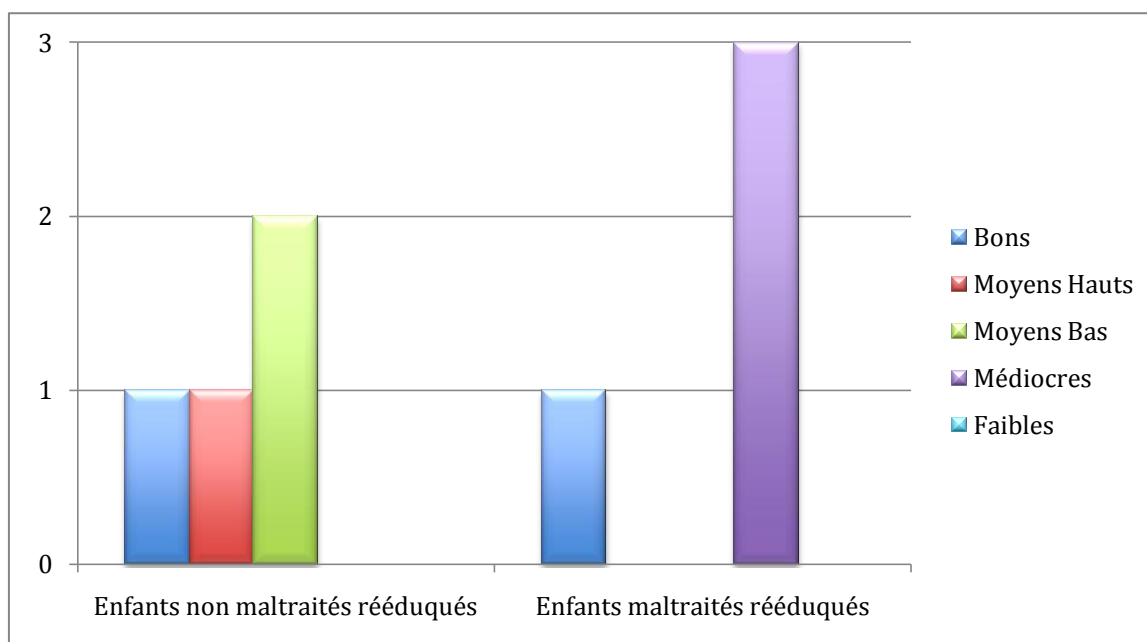


Graph.19. Résultats comparatifs des enfants rééduqués et des enfants non rééduqués

Lorsque l'on analyse les résultats de ces deux groupes, on observe une différence concernant les enfants bénéficiant d'une rééducation orthophonique et ceux n'en bénéficiant pas. Ainsi, les enfants qui ne présentent pas de retard de parole- retard de langage obtiennent des résultats supérieurs aux enfants suivis en orthophonie. Cependant, cette remarque est surtout valable pour les enfants n'ayant pas de passé de maltraitance. En effet, parmi les enfants maltraités rééduqués et les enfants maltraités qui ne le sont pas, la différence n'est pas aussi *prégnante* puisque l'on retrouve, par exemple, 3 enfants de chacun des deux groupes appartenant à la catégorie des « **MÉDIOCRES** ». On peut alors penser que parmi les enfants maltraités ne bénéficiant pas de rééducation orthophonique, certains enfants n'ont pas encore été diagnostiqués pour un « retard de parole- retard de langage » ou ne peuvent actuellement être suivis en prise en charge orthophonique s'ils l'ont été.

Après une analyse générale de ces groupes, nous pouvons également commenter les résultats obtenus pour les enfants présentant les variables suivantes : maltraitance ou non et rééducation.

Différence entre enfants non maltraités rééduqués et enfants maltraités rééduqués



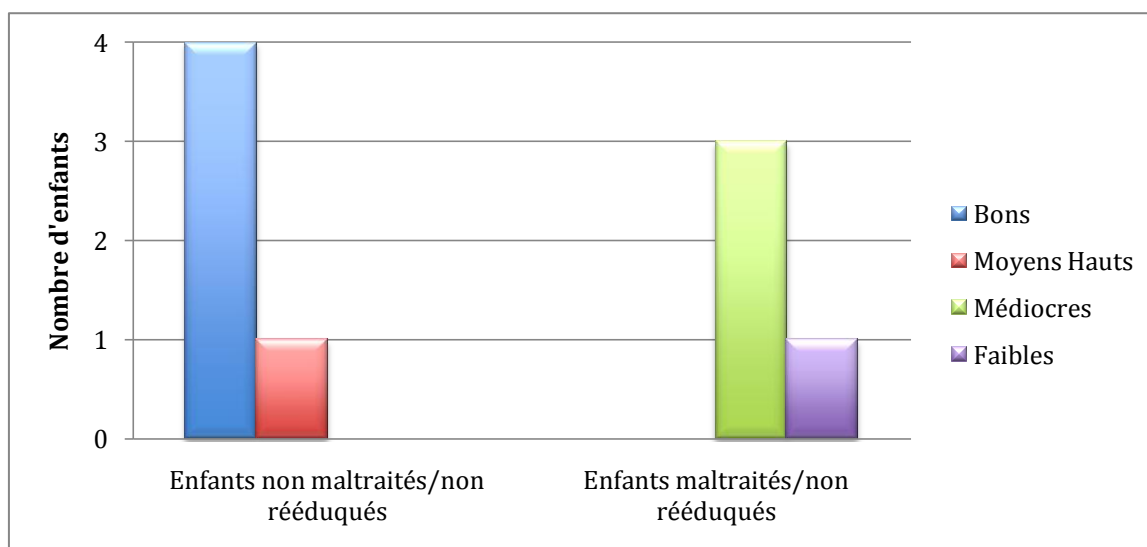
Graph.20. Résultats comparatifs des enfants non maltraités/rééduqués et des enfants maltraités/rééduqués

Lorsque l'on compare ces deux groupes d'enfants, on remarque une certaine hétérogénéité des résultats du groupe des enfants non maltraités rééduqués et on ne retrouve pas la catégorie « **MÉDIOCRE** », alors qu'on la retrouve pour 3 enfants sur 4 dans le groupe des enfants maltraités. Les résultats pour ce groupe sont donc plus faibles que pour le groupe des enfants non maltraités. La catégorie « **FAIBLE** » est retrouvée seulement chez un enfant maltraité non rééduqué. Parmi les enfants maltraités rééduqués, un est quant à lui classé dans la catégorie des « **BONS** ».

Au final néanmoins, l'analyse de ces deux groupes nous permet de constater que les enfants maltraités rééduqués semblent être plus en difficulté que les enfants non maltraités rééduqués également.

Enfin, nous pouvons analyser les résultats des enfants présentant les variables suivantes : maltraitance ou non + absence de rééducation.

Différence entre enfants non maltraités/non rééduqués et enfants maltraités/non rééduqués



Graph.21. Résultats comparatifs des enfants non maltraités/non rééduqués et des enfants maltraités/non rééduqués

Un constat émerge immédiatement : alors que dans le groupe des enfants non maltraités/non rééduqués 4 enfants sur 5 se classent dans la catégorie des « BONS », ce sont à l'inverse 3 enfants sur 4 qui entrent dans celle des « **MÉDIOCRES** » pour les enfants maltraités non rééduqués. De plus, même si un des enfants appartient à la catégorie des « **MOYENS HAUTS** » dans le groupe des enfants non maltraités, celui restant du groupe des maltraités s'inscrit quant à lui dans celle des « **FAIBLES** ».

Outre les résultats généraux obtenus grâce à ce test, nous pouvons à présent recueillir les pourcentages de réussites obtenus pour les items correspondant à du vocabulaire abstrait.

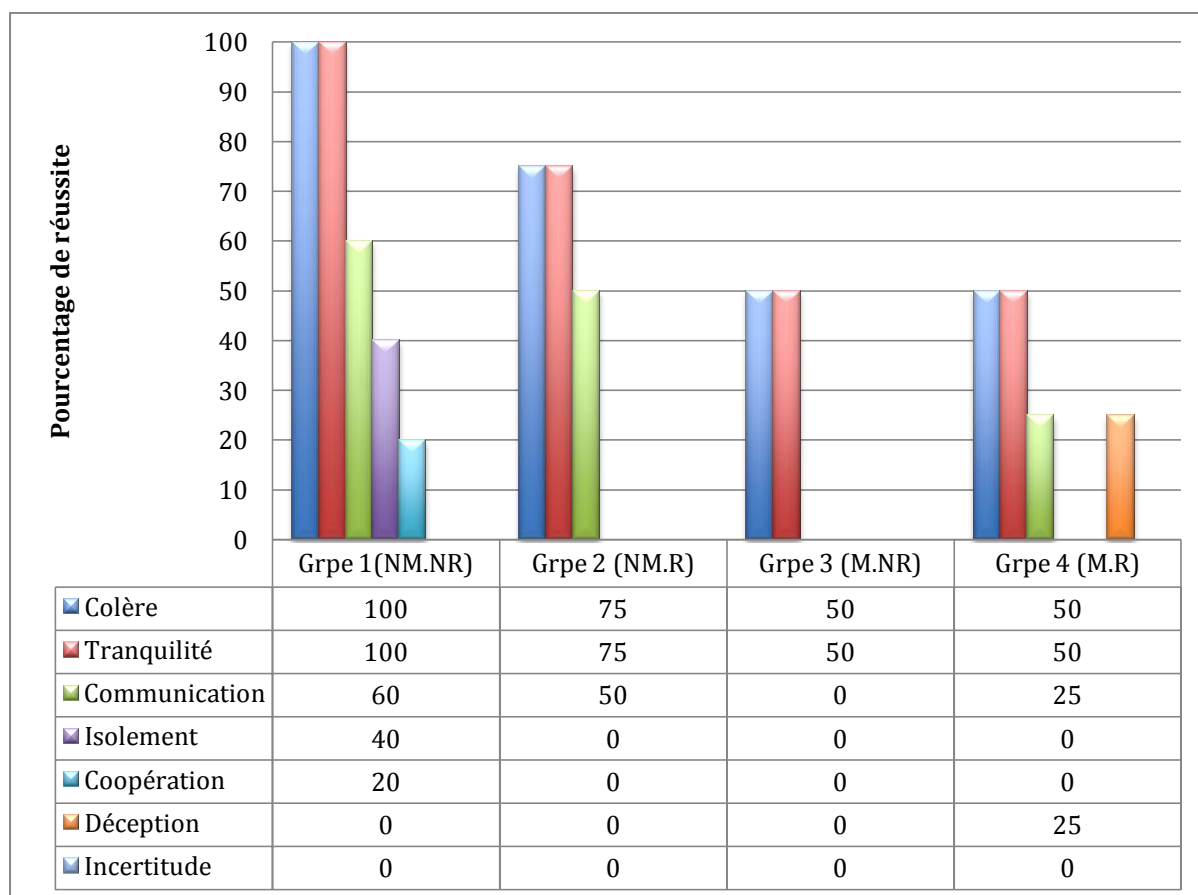
3. Analyse du vocabulaire abstrait en particulier

Comme nous l'avons vu précédemment, le test « EVIP » permet de recueillir les performances des sujets concernant le vocabulaire passif. Néanmoins au sein de ce dernier, les vocabulaires concret et abstrait sont appréciés.

Notre hypothèse étant que le vocabulaire abstrait est moins facilement acquis, même dans le lexique passif, nous avons relevé les 7 items de vocabulaire abstrait ayant pu être proposés à l'ensemble des enfants et avons comparé les résultats.

Dans le graphique qui suit, nous avons distingué 4 groupes répartis de la manière suivant :

- **Groupe 1** : enfants non maltraités/non rééduqués (NM.NR).
- **Groupe 2** : enfants non maltraités/ rééduqués (NM.R).
- **Groupe 3** : enfant maltraités/non rééduqués (M.NR).
- **Groupe 4** : enfants maltraités/rééduqués (M.R).



Graph.22. Récapitulatif des résultats obtenus pour les items de vocabulaire abstrait en % de réussite

Ce graphique rapportant les pourcentages de réussite propres à chaque groupe permet de constater des différences de performances concernant le vocabulaire abstrait.

En effet, pour les mots « **colère** » et « **tranquillité** » par exemple, les deux groupes d'enfants maltraités obtiennent 50% de réussite alors que les groupes ne présentant pas de

passé de maltraitance obtiennent en moyenne 87,5% ce qui souligne de meilleures capacités chez les enfants non maltraités. Les groupes d'enfants non maltraités obtiennent ensuite un pourcentage de réussite pour le mot abstrait «**communication**» à 55%, devançant à nouveau les groupes d'enfants victimes de maltraitements, qui obtiennent en moyenne 12,5%.

Les termes «**isolement**» et «**coopération**» sont réussis seulement par le groupe des enfants non maltraités/non rééduqués qui obtiennent 30% de réussite alors que l'ensemble des enfants des trois autres groupes a échoué.

Enfin, les termes «**déception**» et «**incertitude**», sont échoués par l'ensemble des enfants à l'exception d'un des enfants du groupe de ceux maltraités rééduqués qui répond correctement à l'item «**déception**». Nous reviendrons ultérieurement sur ce résultat.

Dans une analyse plus fine des résultats obtenus, nous pouvons également commenter les différences de performances entre les sous groupes :

- Comme nous l'avons vu précédemment, le tableau établi permet de souligner en général de meilleurs pourcentages de réussite chez les enfants non maltraités. En effet, pour l'ensemble des items, à l'exception du terme **déception**, les enfants maltraités obtiennent de moins bons résultats.
- Des différences émergent également au sein du groupe des enfants non maltraités. Ainsi, les enfants rééduqués obtiennent de moins bons résultats sur l'ensemble du vocabulaire abstrait que les enfants ne présentant pas de retard de parole-retard de langage.
- Concernant tous les enfants rééduqués, les meilleurs pourcentages de réussite reviennent dans l'ensemble au groupe des enfants non maltraités rééduqués. Un seul item vient contredire ce constat, celui du terme abstrait «**déception**», encore une fois pour lequel un seul enfant, appartenant au groupe des enfants maltraités rééduqués, retrouve l'image correspondant au stimulus.
- Enfin, nous observons également des différences entre les performances des enfants maltraités rééduqués et celles des enfants maltraités non rééduqués. En effet, même si comparée aux résultats des enfants non maltraités la réussite est moindre, les résultats obtenus soulignent néanmoins l'avantage des enfants bénéficiant d'une

rééducation orthophonique. Ainsi les enfants maltraités et non rééduqués obtiennent une moyenne de 14,2% de réussite contrairement au groupe des maltraités rééduqués qui obtient une moyenne de 17,8%.

Discussion

IV. Confrontation des résultats à la littérature

Comme nous avons pu le voir dans la partie théorique de notre étude, peu de données littéraires abordent les répercussions de la maltraitance sur le développement du langage. Pourtant, quand cela est le cas, des auteurs tels que Eigsti et Cicchetti (2004) ou Delahaie (20004) expliquent principalement que le mode de communication de ces enfants victimes de maltraitements est caractérisé par une pauvreté lexicale concernant le lexique actif.

Concernant le langage du côté réceptif, peu d'auteurs en parlent ou alors, comme Coster et al (1989), in Eigsti & Cicchetti (2004), ils ne rapportent pas de problèmes particuliers. Cependant, les résultats que nous avons obtenus permettent de mettre en évidence les difficultés d'enfants ayant un passé de maltraitance par rapport à des enfants qui n'en ont pas. Ainsi, comme le lexique actif, le lexique passif semble lui aussi être déficitaire.

En effet, les résultats obtenus au test EVIP révèlent une différence significative entre les deux groupes d'enfants, maltraités et non maltraités, ces derniers obtenant un meilleur classement. En effet, alors que l'ensemble des enfants maltraités se classent dans les catégories « **MEDIOGRES** » ou « **FAIBLES** » et présentent ainsi des écarts-types équivalents en moyenne à -0,8 pour les enfants rééduqués, et -1,8 écart-type pour les enfants qui ne le sont pas, les résultats obtenus par la population témoin révèlent des performances supérieures (+0,6 en moyenne). On notera ceci étant une exception dans le groupe des enfants maltraités rééduqués, un des enfants obtenant de bons résultats au test et venant se classer dans la catégorie des « **BONS** » au même titre que la plupart des enfants non maltraités et non rééduqués notamment. Nous émettons pour cet enfant l'hypothèse que la prise en charge orthophonique lui a été et lui est particulièrement bénéfique et a permis d'enrichir son stock lexical passif. D'ailleurs, les adultes responsables de sa prise en charge rapportent de façon unanime qu'il s'agit d'un enfant ayant beaucoup de volonté et désireux de se raccrocher à l'enseignement scolaire et aux diverses prise en charge, notamment la rééducation orthophonique.

Notre analyse s'est ensuite portée plus particulièrement sur les compétences d'enfants maltraités concernant le vocabulaire abstrait qui est lui aussi souvent déficitaire chez ces enfants. Pour le vocabulaire actif, comme l'avait expliqué Lemay (1993), les enfants maltraités n'ayant pas reçu de stimulations affectives suffisantes ont souvent beaucoup de difficultés à s'approprier ce vocabulaire et à l'exprimer au quotidien. Ainsi, concernant le lexique passif, par un effet pour ainsi dire « ricochet » ou de transposition, nous nous attendions à retrouver des difficultés pour les enfants maltraités dans ce domaine.

En effet, les résultats obtenus par l'ensemble des enfants maltraités nous permettent de confirmer cette observation. Leurs performances restent inférieures à celles de la population témoin à l'exception d'un enfant qui a pu répondre à un item de plus que les enfants non maltraités, le même précédemment évoqué.

Cette étude nous a donc permis d'apprécier les compétences d'enfants maltraités dans le domaine du vocabulaire passif et aussi abstrait, et de remarquer, par comparaison à une population témoin, les bien plus faibles résultats obtenus.

Ainsi, globalement, les enfants maltraités présentent des lacunes notables relatives à leur stock lexical passif et abstrait. Même si les résultats obtenus sont à considérer avec précaution du fait notamment d'un faible nombre de sujets d'une part, et d'autre part par exemple, d'une possibilité d'absence de diagnostic d'un retard de parole-langage chez des enfants maltraités, la maltraitance a un effet néfaste notable sur la totalité du stock lexical des enfants concernés.

Nous allons maintenant évoquer plus précisément les limites ou biais et les intérêts de cette étude.

V. Limites et intérêts de l'étude

1. Les limites méthodologiques

Concernant les enfants maltraités, comme nous l'avons évoqué, le premier problème rencontré concerne leur petit nombre. Si les enfants de notre population témoin n'ont pas été difficiles à réunir, les enfants ayant un passé de maltraitance n'ont pas été aisés à rencontrer. En effet, le sujet de maltraitance, encore souvent tabou, a semblé effrayer certains établissements qui pourtant accueillent ce type de population, très certainement du fait de questions d'ordre éthiques et légales comme :

- L'introduction de personnes étrangères au sein de ces établissements.
- L'accès aux dossiers médicaux.
- L'obtention d'autorisations parentales nécessaires à la passation du test.

Nous pensons que ces raisons ont finalement empêché une collaboration plus optimale.

Par ailleurs, les contraintes de niveau scolaire que nous avons définies (seulement deux niveaux) ont pu également nous limiter dans nos recherches.

Ainsi, alors que nous proposons de tester 10 sujets minimum ayant un passé de maltraitance, nous avons pu en rencontrer 8 seulement.

Notre étude présente une autre limite, celle du passé de maltraitance. En effet, les huit enfants que nous avons rencontrés n'ont pas tous le même vécu, ni subi le même degré de maltraitance. Pourtant, la littérature nous a éclairées sur le fait que les répercussions pouvaient être différentes en fonction du type de maltraitance. Malheureusement donc, à nouveau, les difficultés de recrutement de la population ne nous ont pas permises de faire des groupes plus importants et de faire ressortir des résultats selon des groupes organisés en fonction du type de maltraitance.

Concernant le groupe de population témoin, nous avons appris quelques temps après la passation qu'un des enfants du groupe des non maltraités/rééduqués présentait un trouble du langage oral de type dysphasie. Nous avons alors été contraintes de le sortir de l'étude car cela faisait partie des critères d'exclusion. D'ailleurs, ses résultats venaient fausser significativement la moyenne de son groupe.

Ceci a donc réduit au dernier moment notre groupe témoin de 10 à 9 sujets.
Ceci étant dit, cette étude a permis ou apporte également des intérêts certains.

2. Les intérêts orthophoniques

En effet, pour commencer, nous avons pu prouver que, a priori, les enfants maltraités ont un déficit au niveau du lexique passif et également au niveau du lexique abstrait.

Notre étude avait également pour but de faire une petite synthèse sur la maltraitance afin de pouvoir renseigner les différents professionnels, et notamment les orthophonistes et de les aider à mieux cerner les types de troubles qu'ils pourront rencontrer dans le cadre d'éventuelles prises en charge qui apparaissent à la vue des résultats, nécessaires ou pertinentes pour cette population. Ainsi, nous avons souhaité apporter quelques renseignements issus de la littérature afin d'aiguiller et d'aider les différents professionnels à mettre en place une prise en charge adaptée à chacun et de leur permettre de rencontrer l'enfant dans les meilleures conditions en lui apportant toute l'aide nécessaire.

Comment prendre en charge les troubles du langage ?

Comme nous avons pu le constater, l'enfant maltraité présente de nombreux troubles, et ce, à différents niveaux. C'est ainsi qu'une prise en charge qui s'inscrit dans un cadre de pluridisciplinarité se met en place et permet de favoriser le développement de l'enfant.

En ce qui concerne le langage, c'est bien sûr l'orthophoniste qui permettra un apport technique et ciblé sur des points précis comme le trouble d'articulation, le retard de parole et de langage s'il y en a un et l'enrichissement du lexique. L'objectif est aussi et surtout de faire comprendre à l'enfant que ses propos sont importants et représentent un réel moyen de communication qu'il faut préserver et surtout améliorer. C'est cette prise de conscience qui va permettre à l'enfant maltraité, souvent peu écouté par son entourage familial, de persévérer et d'ordonner sa pensée. Il s'agit de mettre du sens sur les idées, sur les mots, sur les phrases, malgré leur construction laborieuse. L'orthophoniste, et tous les autres thérapeutes peuvent créer cette continuité qui est si difficile pour l'enfant, et lui offrir la

possibilité de prolonger ses propos, en questionnant, ou en argumentant pour l'aider. L'orthophoniste a également un rôle de médiateur et peut expliquer aux différents intervenants, y compris les parents ou familles d'accueil, comment favoriser l'émergence ou l'enrichissement du langage au quotidien.

De plus, il s'agit aussi de donner à l'enfant l'envie de communiquer, en suscitant chez lui l'intérêt, aux travers d'échanges ludiques.

L'enfant maltraité doit prendre conscience que les mots ont une incidence sur l'autre et peuvent provoquer des émotions et des réactions chez le partenaire de communication.

L'adulte ne doit pas perdre de vue le fait que les premiers échanges avec un enfant maltraité ne doivent pas faire l'objet de corrections automatiques, mais plutôt d'encouragements. C'est plus tard, une fois le dialogue bien amorcé, et plus stable, que les défauts de langage pourront être soulevés et corrigés. Cependant, le discours de l'adulte ne doit pas être appauvri, mais au contraire faire preuve de variations telles que l'apport régulier de vocabulaire nouveau. « Une des marques de respect et de confiance auxquelles un enfant a droit est que nous nous adressions à lui dans le langage qui devrait être le sien pour communiquer avec aisance » (Lemay, 1993).

Afin de rétablir la cohérence du discours, l'orthophoniste et les autres intervenants peuvent inviter l'enfant à reformuler son histoire, afin d'éclaircir les passages ombrageux. Lorsque l'enfant se perd dans ses digressions, ou lorsqu'il présente une fuite des idées, l'adulte peut le stopper et l'aider à revenir à la séquence dont il était question. Il s'agit de lui faire comprendre calmement que son récit n'est pas clair, et qu'il nécessite plus de précisions.

En conclusion, nous pouvons dire que le développement du langage chez l'enfant maltraité connaît de nombreuses fluctuations et nécessite une vigilance de la part des adultes et thérapeutes qui suivent son évolution. En effet, il n'est pas rare de retrouver un retard de parole, langage, ou les deux, qu'il faut bien évidemment réguler. Si une prise en charge orthophonique est nécessaire en cas de persistance de ce retard, ou en cas de présence de troubles plus importants, une prise en charge pluridisciplinaire reste nécessaire pour une évolution optimale et un développement harmonieux de l'enfant maltraité.

Ceci étant, même si c'est bien sûr l'orthophoniste qui permettra un apport technique et ciblé sur des points précis comme le trouble d'articulation, le retard de parole et de langage s'il y en a un et l'enrichissement du lexique, le développement global de l'enfant maltraité connaît de nombreuses fluctuations et nécessite donc une vigilance de la part de tous les adultes et thérapeutes qui suivent son évolution. Ainsi, si une prise en charge orthophonique est nécessaire, une prise en charge pluridisciplinaire reste indispensable pour une évolution optimale et un développement harmonieux de l'enfant maltraité.

3. Perspectives

Le travail que nous avons mené ouvre des perspectives de recherches ultérieures. En effet, il serait d'abord intéressant de reprendre cette étude en testant un nombre plus important d'enfants, afin de pouvoir apprécier les résultats à plus grande échelle et de vérifier ainsi à nouveau nos hypothèses.

Ensuite, la même étude pourrait porter sur des enfants scolarisés en fin de cycle primaire, en classe de CM2 par exemple, afin d'observer les compétences d'enfants plus âgés. Il serait d'ailleurs également intéressant de proposer ce test à des adolescents et d'observer les éventuelles séquelles de la maltraitance dans le temps.

D'autre part, il serait judicieux de différencier les types de maltraitances afin d'étudier les répercussions langagières de manière isolée, et de se rendre compte des particularités propres à chaque situation de maltraitance.

Enfin, nous pourrions imaginer une étude longitudinale qui porterait sur l'observation d'un groupe d'enfants maltraités bénéficiant d'une prise en charge orthophonique qui aurait pour projet thérapeutique l'enrichissement du stock lexical, avec un travail spécifique autour du vocabulaire abstrait par exemple.

Conclusion

Ce travail nous a permis de recueillir des données sur une population d'enfants maltraités et témoins afin d'étudier les différences concernant le stock lexical passif de chacune de ces deux populations et de les comparer.

Dans la première partie, nous avons d'abord parlé du développement normal du langage oral chez l'enfant en évoquant l'importance des interactions mère-enfant. Nous avons ensuite souhaité étudier l'acquisition du lexique en prêtant attention à la période d'émergence des premiers mots et à la nature des premières productions, sans oublier de parler du rôle majeur de l'environnement. Enfin, nous avons abordé dans un dernier chapitre le développement de la syntaxe afin de dresser un tableau aussi complet que possible concernant le développement normal du langage chez les enfants.

Dans une deuxième grande partie, nous avons tenté d'établir une définition de la maltraitance et, afin de mieux en comprendre l'origine, de retracer son histoire. Nous avons poursuivi en exposant les différentes formes de maltraitements et en étayant, grâce aux différents auteurs, les spécificités propres à chacune. Enfin, nous avons tenté d'établir les facteurs de risques de la situation de maltraitance.

Dans une troisième et dernière partie théorique, nous avons souhaité étudier les différentes répercussions possibles de la maltraitance, afin de dresser un tableau clinique précis de la symptomatologie de la maltraitance. Ainsi, nous avons abordé successivement les répercussions somatiques, cognitives et affectives pour en arriver finalement aux répercussions langagières. Bien que les données littéraires soient peu nombreuses concernant les répercussions sur le langage, nous avons pu en rassembler quelques unes concernant les troubles du langage oral ainsi que les atteintes au niveau de la syntaxe et du lexique. C'est sur le lexique que s'est alors orienté notre recherche plus précisément.

La deuxième grande partie de notre étude a porté sur la présentation du protocole EVIP, un test de vocabulaire, puis sur celle de notre population témoin et maltraitée. Nous avons ensuite procédé à la passation du test EVIP qui nous a permis de répondre à nos hypothèses de travail.

Notre dernière partie nous a permis d'analyser les résultats et de conclure que les enfants ayant un passé de maltraitance semblent présenter un déficit du lexique passif. Nous avons également vérifié notre deuxième hypothèse concernant les compétences de ces enfants en vocabulaire abstrait qui apparaissent faibles également.

Néanmoins, notre échantillon était très petit et il est difficile de généraliser nos hypothèses à l'ensemble de la population des enfants maltraités. Des études ultérieures seront nécessaires pour compléter ces premiers résultats.

Nous espérons que notre étude, qui nous a beaucoup intéressées, pourra servir à d'éventuels travaux ultérieurs concernant le thème de la maltraitance des enfants, en lien avec le langage.

Bibliographie

1. AIMARD P. (1993). *L'enfant et la magie du langage*. Paris: Robert Laffont.
2. BENICOT J., BERT-ERBOUL A. (2009). *L'acquisition du langage par l'enfant*. Paris: In Press.
3. BOUTIN G., DURNING P. (2008). *Enfants maltraités ou en danger*. Paris: L'Harmattage.
4. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho édition.
5. CASPI A., MCCLAY J., MOFFIT T., MILL J., MARTIN J., CRAIG I., TAYLOR A., POULTON R. (2003). Rompre le cycle de la violence. *Bulletin du centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants*, 2-1, 4.
6. CAWSON P. (2002). Child maltreatment an unhealthy situation. *Primary health care*, 14, 32-36.
7. CYRULNIK B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
8. CYRULNIK B. (2004). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
9. DE BOYSSON BARDIES B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants*. 3eme édition, Paris : Odile Jacob.
10. DELAHAIE M. (2004). *L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble*. Saint Denis: Inpes.
11. DUNN LM., THERIAULT -WHALEN CM., DUNN LM. (1993). *Echelle de Vocabulaire en Images Peabody*. (EVIP). Toronto (Canada) : Psychan.

12. EIGSTI L M., CICHETTI D. (2004). The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months » *Developmental Science* 7-1: 88-102.
13. FENELON G. (1998). *Le syndrome de Munchausen*. Paris: Puf.
14. GIRODET D. (1994). L'enfant maltraité : aspects cliniques et diagnostiques. *Fiches techniques A.F.I.R.E.M.* (pp.1-12).
15. GIRODET D., BITNER M., (2007). Enfants maltraités. *Fiches techniques A.F.I.R.E.M.* (pp.1-6).
16. KAIL M., FAYOL M., (2000). *L'acquisition du langage. Le langage en développement au-delà de trois ans*. Paris: Puf.
17. KRUG E.G., DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A, LOZANO-ASCENCIO R. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève. Bibliothèque de l'OMS (pp.63-89).
18. LEMAY M. (1993). *J'ai mal à ma mère*. Paris: Fleurus Psycho-pédagogie.
19. MC GEE R.A, WOLFE D.A. (1991). Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Developmental and Psychopathology*, 3: 3-18.
20. MOREAU J., CHAMBERLAND C., OXMAN-MARTINEZ J., ROY C., LEVEILLE S., LAPORTE L., TABAKIAN N., (2001). Transmission intergénérationnelle de la maltraitance : étude des liens entre les facteurs de protection et les facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté. In *Rapport d'activités scientifiques du conseil québécois de la recherche sociale* (pp. 1-27).
21. ODAS (2005). Protection de l'enfance : Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. *Rapport de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée*. (pp. 2-20).
22. TYRODE Y., BOURCET S., (1999). *L'enfance maltraitée*. Paris: Ellipses.

23. WOLF A. (1995). Psychopathologie de la maltraitance à l'égard des enfants. *Fiches techniques A.F.I.R.E.M.* (pp.1-14).

ANNEXES

- **Annexe 1 : Présentation de la feuille de cotation pour le test EVIP**
- **Annexe 2 : Résultats du groupe des enfants non maltraités/non rééduqués**
- **Annexe 3 : Résultats du groupe des enfants non maltraités/rééduqués**
- **Annexe 4 : Résultats du groupe des enfants maltraités/non rééduqués**
- **Annexe 5 : Résultats du groupe des enfants maltraités/rééduqués**

ANNEXE 1 :

- **Présentation de la feuille de cotation pour le test EVIP**

Age	Points	Nbr	Code	Réponse	Échec
2 1/2	3	1	bateau	(2)	<input type="checkbox"/>
		2	autobus	(4)	<input type="checkbox"/>
		3	main	(1)	<input type="checkbox"/>
		4	tracteur	(2)	<input type="checkbox"/>
		5	lit	(3)	<input type="checkbox"/>
		6	accident	(2)	<input type="checkbox"/>
		7	tambour	(3)	<input type="checkbox"/>
		8	vache	(1)	<input type="checkbox"/>
		9	serpent	(4)	<input type="checkbox"/>
		10	lampe	(4)	<input type="checkbox"/>
		11	genou	(2)	<input type="checkbox"/>
		12	plume	(1)	<input type="checkbox"/>
		13	pingouin	(1)	<input type="checkbox"/>
		14	clôture	(4)	<input type="checkbox"/>
3 1/2		15	parachute	(3)	<input type="checkbox"/>
		16	flèche	(2)	<input type="checkbox"/>
		17	carré	(4)	<input type="checkbox"/>
		18	filet	(2)	<input type="checkbox"/>
		19	outil	(4)	<input type="checkbox"/>
4		20	légume	(4)	<input type="checkbox"/>
		21	coude	(3)	<input type="checkbox"/>
		22	bandage	(4)	<input type="checkbox"/>
		23	déchirer	(4)	<input type="checkbox"/>
		24	forêt	(3)	<input type="checkbox"/>
4 1/2		25	mesurer	(2)	<input type="checkbox"/>
		26	enveloppe	(2)	<input type="checkbox"/>
		27	hélicoptère	(1)	<input type="checkbox"/>
		28	pneu	(3)	<input type="checkbox"/>
		29	vide	(3)	<input type="checkbox"/>
5		30	nid	(1)	<input type="checkbox"/>
		31	cage	(1)	<input type="checkbox"/>
		32	griffe	(4)	<input type="checkbox"/>
		33	s'étirer	(1)	<input type="checkbox"/>
		34	attacher	(2)	<input type="checkbox"/>
5 1/2		35	flatter	(1)	<input type="checkbox"/>
		36	coller	(4)	<input type="checkbox"/>
		37	coudre	(2)	<input type="checkbox"/>
		38	gonflé	(3)	<input type="checkbox"/>
		39	épaule	(3)	<input type="checkbox"/>
		40	cadre	(1)	<input type="checkbox"/>
		41	décoré	(3)	<input type="checkbox"/>
		42	tige	(3)	<input type="checkbox"/>
		43	tambourin	(1)	<input type="checkbox"/>
		44	repassseuse	(1)	<input type="checkbox"/>
6		45	robinet	(2)	<input type="checkbox"/>
		46	voile	(1)	<input type="checkbox"/>
		47	narine	(1)	<input type="checkbox"/>
		48	signal	(3)	<input type="checkbox"/>
		49	surpris	(4)	<input type="checkbox"/>
		50	groupe	(3)	<input type="checkbox"/>
		51	remplir	(1)	<input type="checkbox"/>
		52	peier	(3)	<input type="checkbox"/>
		53	dispute	(1)	<input type="checkbox"/>
		54	plonger	(2)	<input type="checkbox"/>
7		55	livrer	(1)	<input type="checkbox"/>
		56	démolir	(4)	<input type="checkbox"/>
		57	pot	(3)	<input type="checkbox"/>
		58	écorce	(2)	<input type="checkbox"/>
		59	dégoutter	(2)	<input type="checkbox"/>
		60	balcon	(1)	<input type="checkbox"/>

Age	Points	Nbr	Code	Réponse	Échec
		61	hameçon	(3)	<input type="checkbox"/>
		62	récompenser	(3)	<input type="checkbox"/>
		63	fatigué	(1)	<input type="checkbox"/>
		64	cérémonie	(4)	<input type="checkbox"/>
8		65	mécanicien	(2)	<input type="checkbox"/>
		66	fragile	(3)	<input type="checkbox"/>
		67	tronc	(2)	<input type="checkbox"/>
		68	anneau	(4)	<input type="checkbox"/>
		69	vase	(3)	<input type="checkbox"/>
		70	tir à l'arc	(2)	<input type="checkbox"/>
		71	ustensile	(2)	<input type="checkbox"/>
		72	casseroles	(3)	<input type="checkbox"/>
		73	pédale	(1)	<input type="checkbox"/>
		74	colère	(3)	<input type="checkbox"/>
9		75	tranquillité	(3)	<input type="checkbox"/>
		76	cylindrique	(1)	<input type="checkbox"/>
		77	infirmes	(1)	<input type="checkbox"/>
		78	globe	(3)	<input type="checkbox"/>
		79	expliquer	(4)	<input type="checkbox"/>
		80	disséquer	(3)	<input type="checkbox"/>
		81	humain	(2)	<input type="checkbox"/>
		82	lle	(1)	<input type="checkbox"/>
		83	moulinet	(1)	<input type="checkbox"/>
		84	transparent	(3)	<input type="checkbox"/>
10		85	communication	(4)	<input type="checkbox"/>
		86	piéton	(2)	<input type="checkbox"/>
		87	enflammé	(1)	<input type="checkbox"/>
		88	crampon	(2)	<input type="checkbox"/>
		89	classer	(3)	<input type="checkbox"/>
		90	véhicule	(4)	<input type="checkbox"/>
		91	pyramide	(4)	<input type="checkbox"/>
		92	isolement	(1)	<input type="checkbox"/>
		93	délabré	(4)	<input type="checkbox"/>
		94	médailion	(1)	<input type="checkbox"/>
11		95	sommeiller	(3)	<input type="checkbox"/>
		96	ajustable	(2)	<input type="checkbox"/>
		97	dromadaire	(2)	<input type="checkbox"/>
		98	extérieur	(1)	<input type="checkbox"/>
		99	reptile	(2)	<input type="checkbox"/>
12		100	trajectoire	(1)	<input type="checkbox"/>
		101	crâne	(4)	<input type="checkbox"/>
		102	vigne	(4)	<input type="checkbox"/>
		103	coopération	(3)	<input type="checkbox"/>
		104	pendrie	(1)	<input type="checkbox"/>
13		105	charpentier	(2)	<input type="checkbox"/>
		106	nautique	(3)	<input type="checkbox"/>
		107	déception	(4)	<input type="checkbox"/>
		108	cascade	(4)	<input type="checkbox"/>
		109	pelucheux	(1)	<input type="checkbox"/>
14		110	quatuor	(4)	<input type="checkbox"/>
		111	vitrifié	(1)	<input type="checkbox"/>
		112	svachi	(2)	<input type="checkbox"/>
		113	parallélogramme	(1)	<input type="checkbox"/>
		114	cachet	(2)	<input type="checkbox"/>
15		115	sphérique	(2)	<input type="checkbox"/>
		116	rembourrage	(1)	<input type="checkbox"/>
		117	balette	(2)	<input type="checkbox"/>
		118	incertitude	(2)	<input type="checkbox"/>
		119	serres	(3)	<input type="checkbox"/>
16		120	ascension	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>

Age	Points	Nbr	Code	Réponse	Échec
		121	charogne	(1)	<input type="checkbox"/>
		122	boulon	(3)	<input type="checkbox"/>
		123	exténuée	(2)	<input type="checkbox"/>
		124	félin	(2)	<input type="checkbox"/>
		125	confiance	(3)	<input type="checkbox"/>
		126	losange	(3)	<input type="checkbox"/>
		127	arche	(4)	<input type="checkbox"/>
		128	constellation	(4)	<input type="checkbox"/>
		129	seringue	(2)	<input type="checkbox"/>
		130	indigent	(2)	<input type="checkbox"/>
		131	perpendiculaire	(3)	<input type="checkbox"/>
		132	assaillir	(1)	<input type="checkbox"/>
		133	arrogant	(2)	<input type="checkbox"/>
		134	péninsule	(4)	<input type="checkbox"/>
		135	spatule	(3)	<input type="checkbox"/>
		136	filtration	(1)	<input type="checkbox"/>
		137	consommer	(4)	<input type="checkbox"/>
		138	aride	(4)	<input type="checkbox"/>
		139	défense	(1)	<input type="checkbox"/>
		140	côte	(3)	<input type="checkbox"/>
		141	abrasif	(1)	<input type="checkbox"/>
		142	urne	(3)	<input type="checkbox"/>
		143	solennel	(3)	<input type="checkbox"/>
		144	contempler	(2)	<input type="checkbox"/>
		145	brindille	(2)	<input type="checkbox"/>
		146	inclément	(4)	<input type="checkbox"/>
		147	calice	(2)	<input type="checkbox"/>
		148	émacié	(2)	<input type="checkbox"/>
		149	spectre	(4)	<input type="checkbox"/>
		150	cornée	(2)	<input type="checkbox"/>
		151	entravé	(1)	<input type="checkbox"/>
		152	enjoliver	(2)	<input type="checkbox"/>
		153	jubilante	(2)	<input type="checkbox"/>
		154	mercantile	(1)	<input type="checkbox"/>
		155	incandescent	(4)	<input type="checkbox"/>
		156	obélisque	(1)	<input type="checkbox"/>
		157	palan	(1)	<input type="checkbox"/>
		158	agrumes	(3)	<input type="checkbox"/>
		159	restreindre	(1)	<input type="checkbox"/>
		160	divergence	(4)	<input type="checkbox"/>
		161	convexe	(1)	<input type="checkbox"/>
		162	déambulation	(2)	<input type="checkbox"/>
		163	larcin	(4)	<input type="checkbox"/>
		164	émission	(3)	<input type="checkbox"/>
		165	tangente	(1)	<input type="checkbox"/>
		166	entomologiste	(3)	<input type="checkbox"/>
		167	homoncule	(4)	<input type="checkbox"/>
		168	dénuement	(3)	<input type="checkbox"/>
		169	repoussé	(4)	<input type="checkbox"/>
		170	anthropoïde	(3)	<input type="checkbox"/>

CALCUL DU SCORE BRUT

Numéro de l'item plafond _____

Moins les échecs _____

Score brut _____

(On compte les échecs entre la base supérieure et le plafond, inférieur.)

ANNEXE 2 :

- **Résultats du groupe des enfants non maltraités/non rééduqués**

ENFANT 1
CP, 6 ans 7 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

84

SCORE BRUT
(de la page 2)

116

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

BONS

86^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

7 ans 6

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

108 à 124

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

78 à 94

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

6-9 à 8-4

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3.2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrive brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve: intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 2
CP, 7 ans 2 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

106

SCORE BRUT
(de la page 2)

129

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

BONS

RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

98^e

9 ans 10

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

121 à 137

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

90 à 99+

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

8-9 à 11

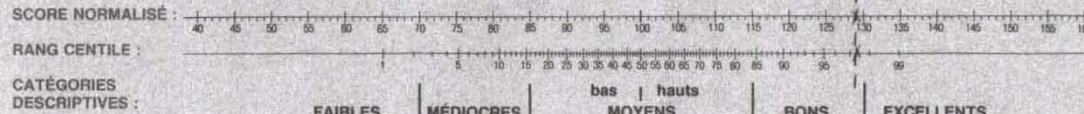
INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égal

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 3
CP, 6 ans 8 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES

(Pour plus de détails, voir le manuel.)

95

SCORE BRUT (de la page 2)

124

SCORE NORMALISÉ (voir annexe)

BONS

RANG CENTILE (Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

8 ans 6

ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)

116 à 132

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ (voir ci-bas)

86 à 99+

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE (voir ci-bas)

7-8 à 9-6

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS

Nom du test Date du test Scores obtenus

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet? Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 4
 Ce1, 7 ans 5 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
 (Pour plus de détails, voir le manuel.)

88

SCORE BRUT
 (de la page 2)

110

SCORE NORMALISÉ
 (voir annexe)

MOYENS
 HAUTS

RANG CENTILE
 (Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

75^e

7 ans 11

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
 (voir annexe)

101 à 118

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
 (voir ci-bas)

67 à 83

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
 (voir ci-bas)

7-1 à 8-9

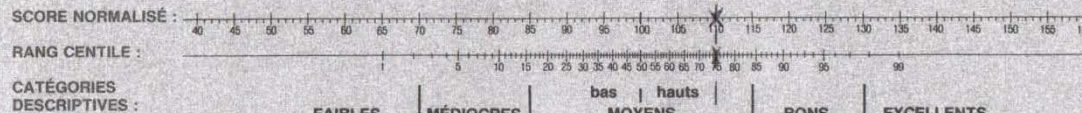
INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
 (voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égalé

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
 Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examinateur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 5
CE1, 7 ans 7 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

Page 3

97

SCORE BRUT
(de la page 2)

116

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

BONS

86^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

8ans9

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

108 à 124

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

78 à 94

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

7-11 à 9-10

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3.2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet? Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ANNEXE 3 :

- **Résultats du groupe des enfants non maltraités/rééduqués**

ENFANT 6
CP, 6 ans 5 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

88

SCORE BRUT
(de la page 2)

122

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

BONS

93^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

7 ans 11

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

114 à 130

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

85 à 99+

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

7-1 à 8-9

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet? Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 7
CP, 6 ans 6 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

80

SCORE BRUT
(de la page 2)

112

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

MOYENS
HAUTS

78^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

7 ans 2

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

104 à 120

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

70 à 86

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

6-5 à 8

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui ____ Non ____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 8
CP, 6 ans 9 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

59

SCORE BRUT
(de la page 2)

91

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

83 à 99

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

MOYENS
BAS

27^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

19 à 34

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

5 ans 6

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

4-9 à 6-2

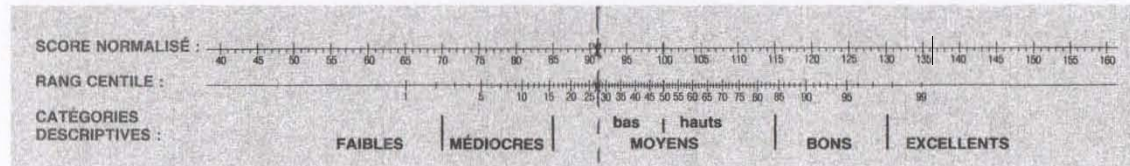
INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3.2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve: intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 9
CE1, 7 ans M mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

(66)	(85)	SCORE NORMALISÉ (voir annexe)	MOYENS BAS	16 ^e	RANG CENTILE (Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)	6 ans	EQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)
SCORE BRUT (de la page 2)	(77 à 93)	INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ (voir ci-bas)	8 à 24	INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE (voir ci-bas)	5-4 à 6-9	INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)	

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases prévues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS
Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN
L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représenteront-ils justement le score vrai du sujet? Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS
Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ANNEXE 4 :

- **Résultats du groupe des enfants maltraités/non rééduqués**

ENFANT 10
CP, 7 ans 9 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

62

83

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

Médiocres

RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus
bas ou voir l'annexe.)

5 ans 9

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

SCORE
BRUT
(de la
page 2)

75 à 91

INTERVALLE DE
CONFIANCE DU
SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

5 à 21

INTERVALLE DE
CONFIANCE DU
RANG CENTILE
(voir ci-bas)

5-6 à 6-10

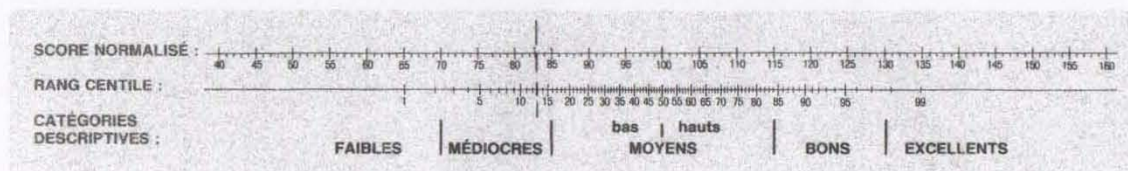
INTERVALLE DE
CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE
D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égal

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrive brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT JJ
CP, 7 ans 2 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

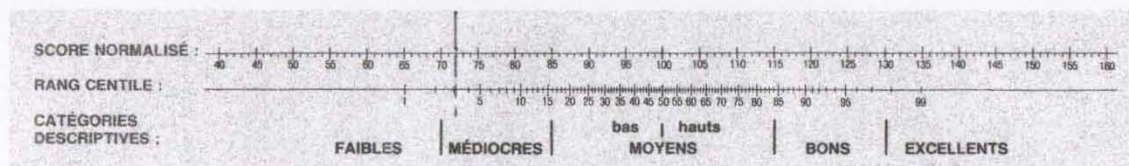
(43)	(72)	SCORE NORMALISÉ (voir annexe)	Médiocres	3 ^e	RANG CENTILE (Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)	4 ans 3	ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)
SCORE BRUT (de la page 2)	(61 à 80)	INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ (voir ci-bas)	-1 à 14	INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE (voir ci-bas)	3-7 à 4-14	INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)	

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés, noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3.2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT J2
CP, 6 ans 3 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

30

SCORE BRUT
(de la page 2)

69

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

FAIBLES

^{2^e}
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

3ans3

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

61 à 77

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

-1 à 10

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

2-6 à 3-11

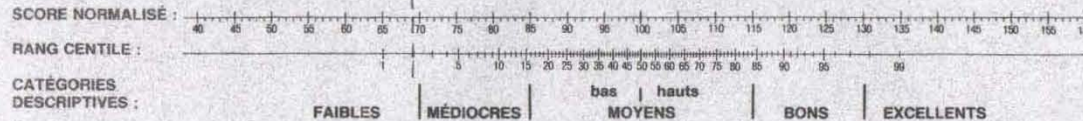
INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examinateur ou l'examinatrice : _____

ENFANT JB
CE1, 9 ans 7 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

73

SCORE BRUT
(de la page 2)

75

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

Médiocres

5^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

6ans7

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

67 à 83

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

-1 à 13

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

5-11 à 7-4

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet? Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ANNEXE 5 :

- **Résultats du groupe des enfants maltraités/rééduqués**

ENFANT 14
CP, 6 ans 2 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

46

SCORE BRUT
(de la page 2)

84

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

MÉDIOCRES

14^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

4ans6

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

76 à 92

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

5 à 22

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

3-9 à 5-2

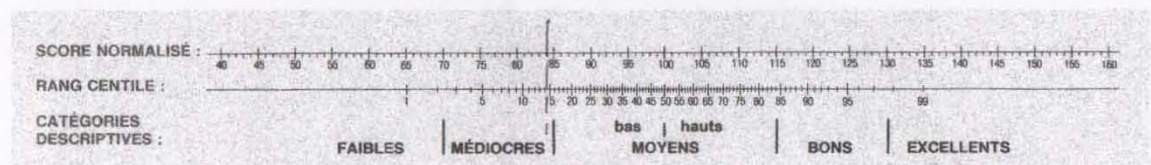
INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3.2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet? Oui ____ Non ____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 15
CE1, 9 ans 8 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

84

SCORE BRUT (de la page 2)

84

SCORE NORMALISÉ (voir annexe)

MÉDIOCRES

RANG CENTILE (Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

14^e

7ans6

ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)

76 à 92

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ (voir ci-bas)

5 à 22

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE (voir ci-bas)

6-9 à 8-4

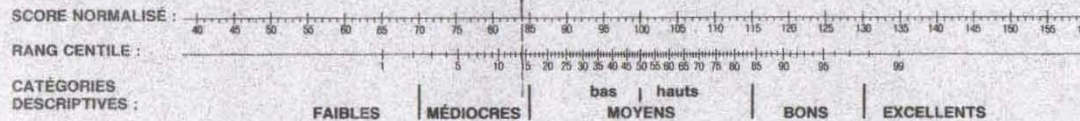
INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE (voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS

Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet? Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 16
61, 8 ans 6 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES
(Pour plus de détails, voir le manuel.)

109

SCORE BRUT
(de la page 2)

117

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

BONS

87^e
RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus bas ou voir l'annexe.)

10ans?

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

109 à 125

INTERVALLE DE CONFIANCE DU SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

79 à 95

INTERVALLE DE CONFIANCE DU RANG CENTILE
(voir ci-bas)

9 à 11-6

INTERVALLE DE CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés, noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3.2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

ENFANT 17
Ce1, 9 ans 1 mois

NOTATION DE L'ÉCHELLE ET INTERPRÉTATION DES SCORES

(Pour plus de détails, voir le manuel.)

66

74

SCORE NORMALISÉ
(voir annexe)

Médiocres

RANG CENTILE
(Utiliser les échelles plus
bas ou voir l'annexe.)

6 ans 8

ÉQUIVALENCE D'ÂGE
(voir annexe)

SCORE
BRUT
(de la
page 2)

66 à 82

INTERVALLE DE
CONFIANCE DU
SCORE NORMALISÉ
(voir ci-bas)

0 à 8

INTERVALLE DE
CONFIANCE DU
RANG CENTILE
(voir ci-bas)

6 à 7-5

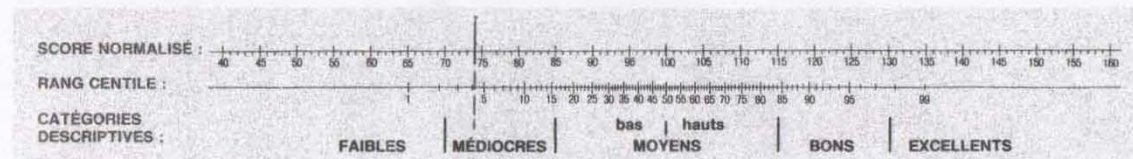
INTERVALLE DE
CONFIANCE D'ÉQUIVALENCE
D'ÂGE
(voir annexe)

RECOMMANDATION : N'utiliser que les catégories descriptives en donnant les résultats aux parents ou gardiens.

INTERVALLE DE CONFIANCE DES SCORES NORMALISÉS ET DES RANGS CENTILES

Les échelles ci-dessous permettent de transformer les résultats en scores normalisés et en rangs centiles. Sur l'échelle supérieure indiquer le score normalisé du sujet. Dessiner un trait vertical à partir de ce score s'étendant jusqu'à l'échelle inférieure pour obtenir la conversion en rangs centiles. On délimite alors une distance de chaque côté du trait vertical égale à 8 points en scores normalisés; noircir une aire d'égale

dimension ou 8 points en scores normalisés. Les chances sont de 68 sur 100 que le score vrai du sujet tombera dans cette aire ou intervalle de confiance. On peut alors noter le rang centile dans les cases pourvues ci-haut ainsi que les deux intervalles de confiance, une pour le score normalisé (de l'échelle inférieure). Voir la figure 3,2 dans le manuel pour des exemples.



RÉSULTATS AUX AUTRES TESTS		
Nom du test	Date du test	Scores obtenus
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVATIONS

Décrire brièvement le comportement du sujet durant l'épreuve; intérêt manifesté dans la tâche, rapidité à répondre, tendance à persévérer, facilement distrait, etc.

ÉVALUATION DE L'EXAMEN

L'EVIP donnera une évaluation approximative du vocabulaire d'écoute du sujet en français, par rapport aux résultats obtenus par l'échantillon canadien. Les résultats obtenus à l'épreuve représentent-ils justement le score vrai du sujet?
Oui _____ Non _____ Si non, pourquoi?

RECOMMANDATIONS

Signature de l'examineur ou l'examinatrice : _____

