

2m11.2595.9

Université de Montréal

L'impact de l'abus sexuel et physique sur l'image corporelle  
des enfants âgés de six à neuf ans

par

Josée Dupré

École de réadaptation

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences en Sciences Biomédicales (M. Sc.)  
Option réadaptation

juillet, 1997

Josée Dupré, 1997



W

4

U58

1997

V.074

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

L'impact de l'abus sexuel et physique sur l'image corporelle  
des enfants âgés de six à neuf ans

présenté par:

Josée Dupré

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Mme F. Ferland, Présidente du jury  
Mme M. St-Jean, Directrice de recherche  
Dr H.J. Bütter, Co-directeur de recherche  
Dr J.-F. Saucier, Examineur externe

*Mémoire accepté le 26.09.1997*

## SOMMAIRE

Certains enfants sont victimes d'abus sexuel, de négligence ou d'abus physique chaque année au Québec. Ces trois entités sont souvent impossibles à dissocier puisqu'elles sont présentes simultanément dans les cas les plus susceptibles d'être rapportés. Bien que l'incidence de l'abus sexuel soit difficile à préciser, il n'en demeure pas moins qu'il existe des enfants isolés dans leur silence. Le nombre croissant de cas d'abus référés en clinique soulève un certain nombre de questions. Entre autres, quel est l'impact de l'abus sexuel sur le développement de l'enfant? Risque-t-il de provoquer une fragmentation de l'image corporelle?

Cette recherche de type exploratoire tente d'élargir le champ actuel des connaissances et de documenter la relation qui pourrait exister entre l'abus sexuel et physique et, l'image corporelle des enfants. Dans un premier temps, un ensemble de variables à recueillir et un choix d'instruments de mesure ont été définis en regard de la question étudiée et de la littérature actuelle. Par la suite, l'échantillon a été constitué à partir d'un groupe d'enfants abusés sexuellement dont le contexte d'abus fut dévoilé aux autorités socio-judiciaires et répondait aux critères de sélection de l'étude. L'échantillon final a été constitué de treize sujets: sept enfants abusés sexuellement et six enfants non-abusés. Les évaluations choisies ont été administrées par l'auteure, ergothérapeute, et une psychométricienne dans les locaux d'un hôpital psychiatrique. L'analyse des résultats a été faite à partir de tests statistiques non-paramétriques.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'abus sexuel ne semble pas avoir un impact précis sur l'image corporelle des enfants abusés sexuellement tel que mesuré par le dessin. Par contre, certaines difficultés rencontrées par les enfants abusés sexuellement au niveau de la coordination oculo-motrice, la perception auditive, la diadococinésie et de

certains comportements particuliers, semblent indiquer de nouvelles avenues de recherche, reflétant possiblement des indices d'une distorsion réelle de leur image corporelle. De plus, le dessin s'est avéré un outil peu efficace pour mesurer les distorsions de l'image corporelle. Aussi, le petit échantillon utilisé dans cette étude restreint le potentiel de généralisation des conclusions qui sont présentées.

## TABLE DES MATIÈRES

Page titre.....	i
Page d'identification.....	ii
Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des figures.....	ix
Liste des tableaux.....	xi
INTRODUCTION.....	2
CHAPITRE 1 RECENSION DES ÉCRITS.....	5
1.1 Définitions de l'abus.....	5
1.1.1 L'abus au sens large.....	5
1.1.2 L'abus sexuel.....	6
1.1.2.1 Définition courante.....	7
1.1.2.2 Définition légale.....	7
1.1.2.3 Définition psychiatrique.....	8
1.1.3 L'abus physique.....	9
1.1.3.1 Définition courante.....	9
1.1.3.2 Définition légale.....	10
1.1.3.3 Définition psychiatrique.....	11
1.1.4 La négligence.....	11
1.2 Données épidémiologiques sur l'abus.....	11
1.2.1 La prévalence.....	12
1.2.2 L'incidence.....	12
1.2.3 La non-dénonciation de l'abus.....	13
1.3 Séquelles multiples de l'abus.....	14
1.3.1 Séquelles biopsychosociales de l'abus sexuel.....	14
1.3.1.1 Séquelles physiques de l'abus sexuel.....	15
1.3.1.2 Séquelles psychologiques de l'abus sexuel.....	16
1.3.1.3 Séquelles sociales de l'abus sexuel.....	18
1.3.2 Les conséquences de l'abus physique.....	18
1.3.3 Les séquelles reliées à la négligence.....	19

1.4	Concept de l'image corporelle.....	20
1.4.1	Définitions variées.....	20
1.4.1.1	La perspective neurologique.....	21
1.4.1.2	Concept de schéma corporel.....	21
1.4.1.3	Développement du schéma corporel.....	21
1.4.1.4	Construction du concept d'image corporelle.....	22
1.4.1.5	Concept de soi.....	23
1.4.1.6	Perspectives psychanalytique et psychologique.....	23
1.4.2	Évaluation de l'image corporelle.....	24
1.4.2.1	Domaines variés d'études.....	25
1.4.2.2	Tests projectifs.....	26
1.5	Le dessin de la personne.....	26
1.5.1	Mesure du développement de l'enfant.....	27
1.5.2	Indices affectifs.....	27
1.5.3	Dessins des enfants abusés physiquement.....	28
1.5.4	Dessins des enfants abusés sexuellement.....	29
1.5.5	Projection privilégiée de l'image corporelle.....	29
1.6	Pertinence et objectif de l'étude.....	30
<b>CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE</b>		
2.1	Hypothèse de recherche.....	33
2.2	Approche et devis de recherche.....	33
2.3	Méthodes et procédures.....	34
2.3.1	Définition et sélection de la population à l'étude.....	34
2.3.1.1	Critères d'exclusion.....	35
2.3.1.2	Critères d'inclusion.....	35
2.3.2	Variables étudiées.....	36
2.3.3	Instruments de mesure.....	37
2.3.3.1	Données socio-démographiques.....	37
2.3.3.2	Données relatives à l'histoire développementale et à l'abus sexuel.....	37
2.3.3.3	L'image corporelle.....	39
2.3.3.4	Le développement cognitif.....	40

2.3.3.5 Le fonctionnement neurologique.....	41
2.4 Procédures de la collecte de données.....	41
2.5 Analyse des données.....	42
<b>CHAPITRE 3 RÉSULTATS</b>	
3.1 Données descriptives des sujets.....	44
3.1.1 Données démographiques.....	44
3.1.2 Données relatives à l'histoire développementale.....	46
3.2 Difficultés de recrutement du groupe témoin.....	48
3.3 Particularités du groupe cible.....	49
3.4 Performance des sujets abusés et non-abusés aux différentes évaluations.....	53
3.4.1 Analyse des dessins: mesure du développement.....	54
3.4.2 Analyse des dessins: indices affectifs.....	56
3.4.3 Développement cognitif.....	56
3.4.4 Le fonctionnement neurologique.....	58
3.5 Synthèse des résultats.....	63
<b>CHAPITRE 4 DISCUSSION</b>	
4.1 Limites méthodologiques.....	66
4.2 Données relatives à l'abus.....	68
4.3 Développement de l'image corporelle.....	70
4.4 Développement cognitif.....	72
4.5 Fonctionnement neurologique.....	73
4.6 Synthèse de la discussion.....	75
<b>CONCLUSION</b> .....	79
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	82
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	ii
<b>ANNEXE I</b> Formulaire de consentement.....	iv
<b>ANNEXE II</b> Formulaires d'évaluations.....	v
Questionnaire relatif aux données socio-démographiques, développementales et au contexte d'abus.....	vi



Dessin: mesure de développement selon l'échelle de cotation de Goodenough-Harris.....	xi
Indices affectifs de Koppitz.....	xv
<b>ANNEXE III Résultats des sujets aux évaluations.....</b>	<b>xvi</b>
Données socio-démographiques détaillées pour tous les sujets de l'étude.....	xvii
Données développementales détaillées pour tous les sujets de l'étude.....	xviii
Anamnèse de l'abus pour les sujets du groupe expérimental.....	xix
Scores bruts détaillés au QNST pour les sujets abusés.....	xx
Scores bruts détaillés au QNST pour les sujets non-abusés.....	xxi
Résultats aux évaluations de tous les sujets abusés.....	xxii
Résultats aux évaluations de tous les sujets non-abusés.....	xxiii

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Schématisation des variables étudiées.....	36
Figure 2	Données socio-démographiques sur le rang occupé dans la fratrie et le type de famille.....	47
Figure 3	Résultats des sujets (N=13) à six items du questionnaire aux parents concernant l'histoire développementale.....	47
Figure 4	Répartition du type d'abus chez les sujets (n=7) du groupe cible.....	50
Figure 5	Résultats des sujets (n=7) abusés au questionnaire décrivant l'abus physique et sexuel.....	50
Figure 6	Résultats descriptifs relatifs à la fréquence des abus et au profil de l'agresseur.....	52
Figure 7	Répartition de l'âge des sujets abusés (n=7) en fonction du début, de la fin et du dévoilement de l'abus et de leur âge actuel.....	53
Figure 8	Rangs percentiles obtenus par les sujets (N=13) aux trois dessins de la personne selon le Goodenough-Harris.....	55

Figure 9	Pourcentage de sujets (N=13) à présenter des indices de perturbation affective dans leurs dessins selon l'échelle de Koppitz.....	57
Figure 10	Les résultats globaux des sujets (N=13) exprimés par la moyenne de chacun des groupes au test d'intelligence WISC-III.....	57
Figure 11	Pourcentage de sujets (N=13) en fonction des scores globaux obtenus au test de dépistage neurologique du QNST.....	59
Figure 12	La moyenne des résultats bruts des sujets (N=13) et la limite "normale" de cinq sous-tests spécifiques du QNST.....	60

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I	Résultats descriptifs des données socio-démographiques.....	45
Tableau II	Comparaison des performances aux évaluations des sujets abusés et non-abusés avec le test de Mann-Whitney « U ».....	54

## INTRODUCTION

Depuis les dix dernières années, l'abus sexuel infantile a suscité un grand intérêt chez le public. Ce sujet attire de plus en plus l'attention des médias populaires et de divers secteurs professionnels. Il est toutefois difficile de parler d'abus sexuel sans qu'il ne soit question d'abus physique ou de négligence. Ces trois entités sont souvent impossibles à dissocier puisqu'elles sont présentes simultanément dans les cas les plus susceptibles d'être rapportés. Plusieurs chercheurs, cliniciens et parents se sont questionnés sur cette réalité à la fois moralement et légalement dérangeante. Les conséquences pour la victime, la cellule familiale et l'ensemble du tissu social sont énormes. L'abus sexuel infantile est un problème grave de l'enfance, ne serait-ce que pour la souffrance et la confusion immédiates, de même que le bouleversement qui peut s'ensuivre.

Mais quel est l'impact réel de l'abus sexuel sur le développement de l'enfant? Comment l'enfant en arrive-t-il à percevoir, à apprivoiser, à maîtriser et à apprécier son corps qui continue à se transformer durant et après le traumatisme? Ne peut-on penser que l'abus sexuel risque de provoquer une fragmentation de l'image du corps? Encore aujourd'hui, il est difficile de répondre précisément à ces questions. Tentant de saisir toute la complexité et la profondeur de cette problématique, diverses études empiriques ont porté sur les effets généralement négatifs de l'abus sexuel dans l'enfance, démontrant la gravité du problème sur le plan de la santé mentale et des répercussions subséquentes sur l'ensemble du développement de l'enfant. Toutefois, considérant que la santé biopsychosociale de l'enfant risque d'être compromise et que l'image du corps est un concept multidimensionnel reliant les diverses sphères du développement infantile, il apparaît assez étonnant de constater l'absence d'études portant sur l'impact de l'abus sexuel sur l'image corporelle des enfants. De plus, il est également déconcertant d'observer le manque de consensus quant à la définition de l'abus et de l'image corporelle.

Puisque l'enfant sexuellement abusé présente presque toujours des séquelles sur le plan psychologique et / ou physique, il finit souvent par consulter un spécialiste de la santé. L'ergothérapeute en tant que professionnel de la santé doit être en mesure de bien comprendre le rôle particulier qu'il joue dans la mosaïque du réseau de soins de santé puisque de nombreux enfants abusés sont référés chaque année pour une évaluation globale ou spécifique du développement sans qu'au préalable l'abus n'ait été identifié. La vérification de l'existence d'un lien entre l'abus sexuel et la distorsion de l'image corporelle pourrait s'avérer fort pertinente. Cependant, dans les faits, il n'existe pas vraiment d'outil rapide et efficace en ergothérapie qui puisse permettre un dépistage des dysfonctions de l'image corporelle à part, peut-être, le dessin.

Le dessin constitue par sa nature et sa fonction le mode d'expression préféré de l'enfant. C'est un outil de mesure qui semble occuper une position cathartique privilégiée chez l'enfant, permettant la libre expression d'une foule d'émotions, de sentiments, de souvenirs et de représentations mentales reliées particulièrement à l'image du corps et au développement de l'enfant. Il permet de dépister divers problèmes d'ordre intellectuel, visuo-perceptivo-moteur, neurologique et psychosocial. Le dessin est à la fois une mesure projective et développementale chez l'enfant. Ainsi, si les distorsions de l'image du corps pouvaient s'exprimer dans les dessins des enfants abusés, cela deviendrait une source d'informations de premier ordre permettant de mieux orienter les interventions auprès de cette clientèle si souvent incomprise.

La présente étude se propose d'explorer l'impact de l'abus sexuel sur l'image corporelle des enfants. Ce projet est constitué de quatre chapitres. Dans un premier temps, la recension des écrits sera abordée. En second lieu, la méthodologie sera présentée. Les deux autres chapitres qui seront successivement exposés sont celui traitant des résultats et celui de la discussion. Finalement, la conclusion viendra compléter ce mémoire.

CHAPITRE 1  
RECENSION DES ÉCRITS



La recension des écrits de ce mémoire est constituée de trois grandes parties. D'abord, l'abus tant sexuel que physique auprès des enfants ainsi que la négligence à leur endroit seront décrits en termes d'entités, de données épidémiologiques et de séquelles biopsychosociales. La définition et la mesure du concept de l'image corporelle, toutes les deux problématiques, seront par la suite discutées. Finalement, le dessin de la personne sera abordé en deux temps: d'abord comme mesure du développement puis comme outil projectif privilégié dans l'évaluation de l'image corporelle des enfants. Les questions relatives à la présente étude seront amenées pour compléter le premier chapitre.

## **1.1 Définitions de l'abus**

Dans cette section, la difficulté à définir l'abus en général sera dans un premier temps abordée. L'abus sexuel, physique et la négligence à l'égard des enfants seront par la suite discutés afin de dégager les principales caractéristiques relatives à chacun des types d'abus présentés.

### **1.1.1 L'abus au sens large**

À l'époque des Romains, il n'était pas rare qu'un enfant « non-désiré » soit mutilé sur la place publique (Radbill, 1968). Aujourd'hui, dans une société occidentale, une telle horreur ne saurait être tolérée puisque les valeurs sociétales condamneraient sur le champ quiconque voudrait exercer un tel pouvoir abusif envers un enfant, et ce, publiquement. Malheureusement, derrière les portes closes, les mauvais traitements infligés aux enfants sont encore présents même dans les populations dites « civilisées ». Ceci soulève un certain nombre de questions. Est-ce que le phénomène d'abus à l'endroit des enfants prend de l'ampleur? Quelles sont les conséquences de la violence faite aux enfants? Comment arrive-t-on à la définir? Il est important ici de préciser que dans le présent document, les

termes « violence » et « abus » seront utilisés comme synonymes, même si l'abus, en particulier l'abus sexuel, n'implique pas nécessairement des blessures physiques mais bien psychologiques.

La définition du terme « violence » lui-même fait naître une polémique quant aux aspects qu'il devrait embrasser. Ce phénomène comporte de nombreuses facettes, aussi l'a-t-on décrit de multiples façons: violence physique, affective, verbale et psychologique, exploitation financière ou sexuelle, négligence, privation imposée, exploitation (active ou passive) et diverses formes de violation. Le langage et les termes utilisés pour définir le problème et les fondements théoriques de la violence et de l'abus ont fait couler beaucoup d'encre (Dobash & Dobash, 1979; Hoff, 1990; Segal, 1987). Les définitions englobantes présentent la violence comme un abus de pouvoir. La personne « violentée » se retrouve trahie; son agresseur a « abusé » de sa confiance.

Plusieurs années de discussions, de débats et de mesures légales invitent à conclure qu'il n'y aura probablement jamais une seule définition acceptée et acceptable de la violence (Gelles, R. & Straus, M.A., 1988). En fait, il n'est pas étonnant que la violence soit une entité difficile à définir puisqu'elle relève aussi bien des domaines judiciaire, éthique que médical, en plus d'avoir des ramifications morales, socioculturelles, politiques et personnelles.

### **1.1.2 L'abus sexuel**

À première vue, l'abus sexuel est un sujet déconcertant qui suscite toute une gamme d'émotions et de réactions. Pour la majorité des gens, l'abus sexuel, surtout auprès d'un enfant, représente le crime le plus horripilant qui soit. Pourtant, les ravages de ce type d'abus n'appartiennent pas qu'à notre siècle: d'aussi loin que remonte la mémoire humaine, cette forme d'avilissement a profondément marqué les sociétés successives (Beezley

Mrazek, 1991). Mais comment un enfant arrive-t-il à survivre à un tel traumatisme? Afin de mieux comprendre l'enfant abusé sexuellement, il faut d'abord définir ce type d'abus.

#### **1.1.2.1 Définition courante**

Dans la littérature, il existe de nombreuses définitions de l'abus sexuel. Kempe (1977) l'a défini comme étant l'implication d'un jeune dans des activités sexuelles qu'il ne comprend pas entièrement et auxquelles il est incapable de donner un consentement éclairé ou qui violent les tabous sociaux des rôles familiaux. Cependant, l'utilisation d'un enfant dans le but de gratifier les besoins sexuels d'un adulte est la définition la plus fréquemment rencontrée (Flynn, 1987; Fore & Holmes, 1984). Dans ce cas-ci, les actions posées par l'adulte sont sexuellement inappropriées pour le développement psychosexuel de l'enfant.

#### **1.1.2.2. Définition légale**

Au plan judiciaire, (Code criminel du Québec, 1994) est coupable d'un acte criminel (article 151) toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, touche, directement ou indirectement, avec une partie de son corps ou avec un objet, une partie du corps d'un enfant, ou qui invite, engage ou incite cet enfant à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers (art. 152). Ces actes sexuels peuvent revêtir diverses formes comme: l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la masturbation, les attouchements, les contacts oro-génitaux, la sodomie, le coït, l'inceste et le viol. Ces deux derniers actes sexuels, soit l'inceste et le viol, se distinguent des autres puisqu'ils peuvent se présenter sous diverses formes (ex: la pénétration vaginale ou des contacts oro-génitaux ou autre) en plus de faire appel à la notion de lien interpersonnel.

C'est ainsi que l'inceste est défini comme étant une relation sexuelle entre personnes ayant un lien sanguin ou qui sont reliées formellement ou non comme faisant partie de la même "famille" (Kaplan & Sadock, 1994). Le schème le plus fréquemment rencontré au niveau d'une relation incestueuse est celui impliquant le père et sa fille (Finkel, 1987). Par contre, le viol implique davantage des personnes qui ne sont pas liées entre elles. Dans le cas où la victime de l'abus sexuel est un(e) adulte ou un adolescent(e) assez âgé(e), l'acte commis devient un viol. Cependant, dans le cas où un jeune homme abuserait sexuellement une fille âgée de moins de 13 ans, cela serait défini comme de la pédophilie car l'âge de la victime détermine le type de crime commis. La pédophilie se traduit donc par l'intérêt affectif et sexuel pour des enfants et peut être de nature homosexuelle ou hétérosexuelle.

La violence sexuelle peut donc consister en une exposition du jeune à un contact, à une activité ou à un comportement d'ordre sexuel et peut aller jusqu'à une invitation aux attouchements sexuels, aux relations sexuelles ou à une autre forme d'exploitation, telle que la prostitution ou la pornographie juvénile (Phaneuf, 1990). Il est important de souligner que selon la loi (article 265.3), il ne constitue pas un consentement le fait pour la victime de se soumettre ou de ne pas résister en raison: a) soit de l'emploi de la force envers elle ou une autre personne; b) soit des menaces d'emploi de la force ou de la crainte de cet emploi envers le plaignant ou une autre personne; c) soit de l'exercice de l'autorité. Le présent article de loi s'applique à tous les types de voies de fait, y compris les agressions sexuelles, les agressions sexuelles armées, les menaces à une tierce personne ou l'infliction de lésions corporelles et les agressions sexuelles graves.

### **1.1.2.3 Définition psychiatrique**

D'après le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases- Fourth edition : DSM-IV » (Kaplan & Sadock, 1994), l'abus sexuel ne représente pas une catégorie diagnostique en soi. Il n'existe pas de symptômes

psychiatriques spécifiquement reliés à l'abus sexuel car cela dépend de plusieurs facteurs: le type d'abus, la chronicité de l'abus, l'âge de l'enfant, la relation entre la victime et l'abuseur, etc. (Kaplan & Sadock, 1994). Néanmoins, bien que ce type d'abus n'est pas été spécifiquement défini par la psychiatrie, il est fréquemment responsable de nombreux types de psychopathologie (Beitchman et coll., 1992; Finkelhor, 1990; Fromuth et Burkhart, 1989; Saunders et coll., 1992) dont les symptômes seront présentés à la rubrique des séquelles biopsychosociales.

### **1.1.3 L'abus physique**

Alors que l'abus sexuel est peu souvent dénoncé, la situation est souvent différente dans le cas de l'abus physique et de la négligence puisqu'il existe des preuves tangibles qui sont observables, mesurables et quantifiables (American Humane Association, 1988). Paradoxalement, la violence physique à l'égard des enfants a ceci d'unique: elle est souvent associée à la punition ou condonue avec elle donc, par conséquent, banalisée ou excusée (Phaneuf, 1990).

#### **1.1.3.1 Définition courante**

Lorsqu'il s'agit de dénicher dans la littérature une définition courante de l'abus physique, on est surpris de découvrir qu'il y règne une certaine confusion. Les définitions varient d'une culture à l'autre, dépendamment des valeurs et des normes régissant les comportements des individus. Par exemple, dans les sociétés occidentales, la plupart des adultes croient qu'il est impossible d'élever un enfant sans avoir recours à certains moments à la punition physique, et ce, en dépit des recherches faisant état des résultats négatifs de cette méthode d'éducation des enfants (Gil, 1970; Greven, 1990; Miller, 1993). D'un autre côté, on reconnaît plutôt unanimement qu'un comportement soit jugé physiquement abusif s'il est reconnu comme une menace à l'endroit de la victime et s'il est jugé répréhensible par la société

(Finkelhor & Korbin, 1988). Phaneuf (1990) a défini la violence physique comme étant l'application délibérée, à une partie quelconque du corps de l'enfant, d'une force physique qui provoque ou risque de provoquer des blessures non accidentelles. Il peut s'agir d'un incident isolé ou d'une succession d'incidents à caractère récurrent. Cependant, l'étiquette « d'abus physique » correspond le plus souvent aux formes sévères de mauvais traitements infligés aux enfants comme leur donner des coups de pieds, les frapper contre une surface solide, etc. Plus spécifiquement, l'abus physique est défini comme l'utilisation d'un « instrument » sur n'importe quelle partie du corps, allant de la « gifle » aux brûlures, en passant par l'usage de substances chimiques ou de drogues (Johnson, 1990).

#### **1.1.3.2 Définition légale**

Selon l'article 265 du code criminel québécois (1994), se livre à une attaque ou une agression physique, quiconque, selon le cas: a) d'une manière intentionnelle, emploie la force, directement ou indirectement, contre une autre personne sans son consentement; b) tente ou menace, par un acte ou un geste, d'employer la force contre une autre personne; c) porte ostensiblement une arme ou une imitation.

#### **1.1.3.3 Définition psychiatrique**

Selon le DSM-IV (Kaplan & Sadock, 1994), le diagnostic d'abus physique chez l'enfant doit toujours être considéré si ce dernier présente des contusions ou des blessures qui sont difficilement explicables ou qui sont incohérentes avec l'histoire racontée par les parents. Les marques, les contusions ou les blessures, causées par un abus physique, suivent un schème symétrique. Souvent, la marque permet d'identifier l'objet qui a été utilisé (ex: un rond bien défini pour une brûlure de cigarette).

#### **1.1.4 La négligence**

Il existe une autre forme d'abus, souvent associée aux deux autres types préalablement décrits, c'est celui de la négligence. L'enfant négligé est décrit par le DSM-IV (Kaplan & Sadock, 1994) comme celui qui présente de multiples indices tant physiques qu'affectifs comme la sous-alimentation, le manque chronique de surveillance et l'abus. À l'examen médical, on peut observer un arrêt de croissance, des signes de malnutrition et de déshydratation, un manque d'hygiène corporelle ou vestimentaire, de l'irritabilité, un comportement de retrait et d'autres signes psychologiques et physiques comme un manque de suivi médical ou de la négligence dans la surveillance et la protection.

Les mauvais traitements psychologiques sont effectivement souvent synonymes de la négligence infantile. Ils peuvent se traduire par l'isolement de l'enfant dans un placard (Finkelhor & Korbin, 1988), son abandon délibéré (Finkelhor & Korbin, 1988; Garbarino et coll., 1986), le dénigrement constant de l'enfant (Hart et Brassard, 1986, 1987; Hart, Germain et Brassard, 1987).

#### **1.2 Données épidémiologiques sur l'abus**

Il semble que l'absence d'un consensus à propos de la définition de l'abus soit problématique, tant pour les intervenants du domaine que pour les chercheurs. Cette absence rend difficile une collecte d'information précise, ainsi que le dépistage, l'intervention et l'élaboration de stratégies de prévention, et soulève un certain nombre de questions à propos des données épidémiologiques qui s'y rattachent. Dans la présente section, la prévalence, l'incidence et les raisons entourant la non-dénonciation des cas d'abus chez les enfants seront abordées.

### **1.2.1 La prévalence**

La prévalence de la violence envers les enfants, qu'elle soit physique ou sexuelle, est difficile à établir étant donné que la plupart du temps, ce sont les cas extrêmes qui attirent l'attention des professionnels (Phaneuf, 1990). On estime que seulement 5 à 7 % des cas d'enfants abusés sont actuellement rapportés aux autorités sociales (Green, 1988).

La violence à l'égard des enfants ne se confine pas à une couche de la société ou à une classe sociale: on la retrouve dans tous les groupes ethniques, religieux, sociaux et économiques. Toutefois, ce sont généralement les familles dont la situation socioéconomique est la moins enviable qui attirent l'attention des autorités publiques (Pelton, 1985).

### **1.2.2 L'incidence**

Il y a à peine 15 ans, les abus sexuels à l'égard des enfants étaient encore considérés comme un problème social mineur (Hunter, Yuville & Harvey, 1990). Depuis dix ans toutefois, l'augmentation constante du nombre de cas déclarés a quelque peu modifié cette perception. D'après de nombreuses études américaines (Faller, 1989; Finkelhor, 1986; Fore & Holmes, 1984; Green, 1993; Marshall, Puls & Davidson, 1988; Russell, 1983), un enfant sur dix serait victime d'abus sexuel, l'âge moyen des victimes se situant autour de six ans. Par contre, en 1983, Russell signalait que 38 pour cent de tous les enfants de sexe féminin étaient victimes d'agression sexuelle. De son côté, Finkelhor (1979) estimait que le nombre de garçons ayant fait l'objet du même type d'agression s'élevait à 9 pour cent aux États-Unis. Contrairement aux filles, les garçons semblent être victimes d'assaillants extérieurs à la famille (Finkelhor, 1984). Une autre étude américaine sur les abus sexuels a révélé qu'environ 200 000 cas d'abus envers des enfants avaient été signalés au service de la protection de



l'enfance en 1984 (Suski, 1986). On admet en général qu'à cause des graves conséquences de leur divulgation, nombre de ces abus ne sont pas déclarés et que, par conséquent, leur incidence réelle est probablement plus élevée que ne le laissent croire ces enquêtes.

Il est clair aujourd'hui que les abus sexuels à l'égard des enfants soient malheureusement courants. Bien que l'on ne dispose d'aucune estimation comparable pour le Canada, les chiffres du rapport de la Commission fédérale sur les agressions sexuelles à l'endroit des enfants et des jeunes gens (Bagley, 1984) révèlent que près d'une fille sur quatre et un garçon sur huit ont subi des expériences sexuelles non sollicitées. Selon une étude québécoise (Messier et Zeller, 1987), 35 à 40% des enfants abusés le sont vers l'âge de six à douze ans. Les filles représentent 70-80% des cas d'enfants abusés sexuellement déclarés au Québec chaque année. Quels que soient les taux réels, il ne fait plus aucun doute que l'abus sexuel à l'égard des enfants est un problème social d'envergure. Heureusement, les sociétés nord-américaines se sont dotées de moyens afin de protéger les enfants. Au Québec, il y a la « Direction de la Protection de la Jeunesse » (DPJ), un organisme relevant du « Ministère des affaires sociales du Québec », dont l'un des principaux mandats est d'intervenir auprès des enfants abusés sexuellement.

### **1.2.3 La non-dénonciation de l'abus**

En général, les enfants victimes d'abus veulent dénoncer les mauvais traitements qu'ils reçoivent pour y mettre fin; mais, souvent, ils ont peur de ne pas être crus ou protégés ou d'avoir à payer cher le prix de leur initiative. Selon l'étude de Moeller, Bachmann et Moeller (1993), 40 % des sujets de leur étude ayant été abusés sexuellement ont fait le dévoilement et seulement 27 % d'entre eux ont été crus. D'après cette même étude, il est étonnant de constater que moins de 4% de tous les sujets abusés ont reçu des services suite au dévoilement. Les conséquences pour l'enfant

« dénonciateur » sont dramatiques: il devient responsable de l'éclatement de la famille, de l'emprisonnement d'une personne significative, il peut être gravement blessé, tué ou simplement abandonné.

Ainsi, la nature du problème, son aspect secret et honteux, les sanctions judiciaires qu'il peut entraîner, le jeune âge des victimes et l'état de dépendance relative dans lequel elles se trouvent, sont des éléments qui contribuent à réduire les chances d'une dénonciation de plein gré (Phaneuf, 1990). Aussi, l'inaptitude à reconnaître la violence, quand ce n'est pas le refus de la reconnaître, explique également qu'elle soit si peu dénoncée.

### **1.3 Séquelles multiples de l'abus**

Depuis les trente dernières années, de nombreux chercheurs et cliniciens se sont intéressés à mesurer l'impact de l'abus tant sexuel, physique que psychologique sur le développement des enfants (Finkelhor & Korbin, 1988; Fuller, 1989; Garbino, Guttman & Seeley, 1986; Green, 1988; Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver, 1962; Vargo, Stavrakaki, Ellis & Williams, 1988). Bien que parfois contradictoires, les résultats de ces études permettent malgré tout de mieux comprendre le vécu de ces enfants tourmentés.

Dans cette portion de chapitre, les séquelles biopsychosociales de l'abus sexuel, l'abus physique et la négligence seront traitées. L'accent sera mis davantage sur l'abus sexuel, il va s'en dire.

#### **1.3.1 Séquelles biopsychosociales de l'abus sexuel**

De toute évidence, l'enfant abusé sexuellement vit sa souffrance dans un silence troublant. Il se sent la plupart du temps coupable et responsable des actes initiés par l'adulte en qui il pouvait avoir mis toute sa confiance. Il lui

arrive souvent de craindre pour sa vie ou celle des êtres qu'il chérit, étant la cible de menaces et de représailles de la part de son agresseur. Cet enfant meurtri se trouve donc à la fois isolé et dépendant du « monde adulte », celui-ci se contentant, trop fréquemment, de criminaliser cette cause, négligeant de considérer l'ampleur des dommages infligés à l'enfant. Mais il va de soi que ces blessures ne touchent pas uniquement la sphère affective ou psychosexuelle du développement de l'enfant. Suite à l'abus, la santé biopsychosociale de l'enfant est compromise, et ce, à court ou à long terme. Toutefois, le délai et le degré de l'impact traumatique de l'abus sexuel demeure encore difficile à cerner et à expliquer selon les études empiriques réalisées jusqu'à maintenant. Cela demeure un sujet faisant l'objet de certaines controverses.

De nombreuses études rapportent toute une gamme de difficultés chez les enfants abusés sexuellement: elle s'étend du retard d'apprentissage à la délinquance, de la prostitution au suicide, de la toxicomanie aux comportements criminels (Brooks, 1985; Chalin & Lewittes, 1991; Conte & Schuerman, 1987; Friedrich & coll., 1988; Gomes-Schwartz et coll., 1985; Green, 1993; Tong et coll., 1987). Les séquelles de ce type d'abus varient en fonction de l'âge, allant du retard dans la sphère du développement moteur, socio-affectif, et linguistique chez les jeunes enfants, aux troubles d'apprentissage, troubles de la conduite et de la personnalité chez les enfants plus âgés ou les adolescents. C'est donc l'ensemble du développement de l'enfant qui peut se trouver perturbé.

#### **1.3.1.1 Séquelles physiques de l'abus sexuel**

Selon certaines études (Moeller & Bachmann, 1993; Johnson, 1990), les mauvais traitements encourus durant l'enfance n'entravent pas seulement la santé mentale des individus mais aussi la santé physique, particulièrement en ce qui concerne les filles. Ces mêmes auteurs ont trouvé que si un enfant était abusé de plusieurs façons (sexuellement, physiquement,

psychologiquement), qu'il était jeune au moment de l'abus et qu'il cessait tôt d'être scolarisé, ses chances devenaient très grandes de présenter des problèmes d'ordre physique et psychologique, d'être hospitalisé tant au plan psychiatrique que physique. En fait, les enfants abusés traitent leur corps avec le même dégoût et la même cruauté que leur agresseur avait démontrés. À plus long terme, sur le plan physique, l'abus sexuel risque d'entraîner certaines conséquences: des troubles du sommeil, de la douleur abdominale ou au dos, des maux de tête, un état léthargique, un syndrome prémenstruel, de l'obésité, des comportements auto-mutilatoires, de l'hypochondrie ou de la fatigue chronique (Browne & Finkelhor, 1986; Engel, 1959; Friedman & coll., 1982; Harrop-Griffiths & coll., 1988; Lindberg & Distad, 1985; Rapkin & coll., 1990; Reiter & Gambone, 1990; Sedney & Brooks, 1984; Walker & coll., 1998). Une ou plusieurs de ces conséquences peuvent être présentes chez une même personne.

### **1.3.1.2 Séquelles psychologiques de l'abus sexuel**

Bien que le domaine de la psychiatrie n'ait pas attribué d'étiquette diagnostique spécifique à l'abus sexuel, il n'en demeure pas moins qu'il soit souvent relié ou à l'origine de nombreuses psychopathologies ou séquelles psychologiques telles que: la dépression (Briere et Runtz, 1988; Browne et Finkelhor, 1986; Stein et coll., 1988), une faible estime de soi (Browne & Finkelhor, 1986), le syndrome de stress post-traumatique (Coons et coll., 1990), les états dissociatifs (Briere & Runtz, 1988; Coons & coll., 1990) et l'abus de substances toxiques (Rohsenow & coll., 1988; Stein & coll., 1988).

Les séquelles psychologiques à court ou à long terme de l'abus sexuel constituent un sujet très controversé (Bagley & Ramsey, 1986; Briere & Runtz, 1987; Browne & Finkelhor, 1986; Conte & Berliner, 1987; Friedrich & coll., 1986; Gomes-Schwartz & coll., 1985). Cette controverse est probablement due aux différentes populations étudiées et aux diverses méthodes d'évaluation du stress psychologique. De leur côté, en faisant une

recension des écrits plutôt exhaustive, Brown et Finkelhor (1986) ont trouvé que la plupart des études empiriques indiquent que les enfants abusés sexuellement souffrent à la fois de problèmes d'ordre psychologique de courte et de longue durée. Les problèmes qui sont fréquemment observés chez les personnes ayant été victimes d'abus sexuel sont: une pauvre estime de soi, une sexualité dysfonctionnelle et une dépression majeure (Bagley & Ramsey, 1986; Herman, 1981; Meiselman, 1990; Summit & Kryso, 1978; Tsai & Wagner, 1978). À plus long terme, les victimes d'abus sexuels peuvent manifester l'un ou l'autre des comportements extrêmes, soit l'aversion envers la sexualité ou la promiscuité sexuelle. De plus, des dysfonctions orgasmiques, principalement chez les femmes, ainsi que des relations sexuelles répétées et passagères sont régulièrement relevées comme problèmes d'inadaptation sexuelle.

D'après le DSM-IV (Kaplan & Sadock, 1994), certains jeunes abusés sexuellement remplissent les critères diagnostiques du « syndrome de stress post-traumatique ». De son côté, Kluft (1984) a développé des critères pour décrire un traumatisme survenu dans l'enfance: l'enfant a peur pour sa propre vie; l'enfant a peur qu'une personne significative ne meure; la conscience de l'enfant de même que son intégrité physique sont confuses; l'enfant est isolé avec ses peurs; l'enfant est systématiquement mal informé ou biaisé à propos de sa situation. Russel (1986) a identifié trois facteurs importants qui déterminent la profondeur de l'impact du traumatisme causé par l'abus sexuel: le degré d'intrusion relié à des actes sexuels spécifiques (ex: pénétration vaginale), l'étroitesse du lien émotif (lorsque l'agresseur est soit le père ou le beau-père), et le niveau de force physique ou de violence utilisée durant l'abus. Aussi, plus le lien social, et pas nécessairement le lien biologique, entre l'enfant et l'agresseur est étroit, plus l'enfant risque d'être traumatisé. Une agression commise par un voisin en qui l'enfant a confiance, par exemple, peut être plus néfaste qu'une agression commise par un oncle éloigné.

En clinique, il n'est pas rare de rencontrer un enfant présentant un trouble d'apprentissage associé à divers retards de développement et qui a été possiblement abusé. D'après Einbender et Friendrich (1989), les fillettes abusées sexuellement ont des capacités inférieures à celles du groupe contrôle sur le plan cognitif et académique (caractéristiques identiques pour l'âge, la race, le revenu et l'harmonie familiale). D'autres études, comme celle de Bowlby (1978), ont démontré que les enfants abusés ont d'importants retards intellectuels et émotifs.

### **1.3.1.3 Séquelles sociales de l'abus sexuel**

Sur le plan social, les enfants ayant été victimes d'abus sexuel ne sont pas épargnés. Flynn (1987) rapporte que les enfants abusés sexuellement peuvent présenter de la difficulté à maintenir leur attention à l'école, des comportements antisociaux sous forme d'agressivité verbale ou physique, avoir peu d'amis ou fuguer souvent de la maison. Selon ce même auteur, le comportement social qui caractérise le mieux ces enfants est celui de la passivité. Plusieurs autres études rapportent que les enfants abusés sexuellement, une fois devenus adultes, présentent un comportement antisocial incluant l'abus d'alcool et de drogue et la prostitution (Benward & Densen-Gerber, 1975; Conte & Schuerman, 1987; Fields, 1981; Giarreto, 1976; James & Meyerding, 1977).

### **1.3.2 Les conséquences de l'abus physique**

Bishop (1975) a trouvé que les enfants abusés physiquement ont une faible estime de soi, de mauvaises habiletés sociales avec les pairs, des troubles d'apprentissage et des problèmes de comportement. Étant donné leur difficulté à interagir avec toute figure parentale autoritaire, ils développent des comportements de retrait comme la distraction, l'inactivité, la passivité, l'apathie et deviennent même malades et dépressifs. La colère

est souvent exprimée à travers l'agressivité verbale et physique ou par des comportements passifs-agressifs ou une combinaison des deux. Selon Martin (1974), plusieurs enfants qui ont des lésions au cerveau résultant d'un abus physique ne montrent pas de retard d'apprentissage ou neurologique tandis que d'autres enfants abusés qui ne démontrent pas un système nerveux pathologique présentent des difficultés d'apprentissage. Néanmoins, les effets affectifs et intellectuels de l'abus physique sont plus importants que les effets physiques. Le retard mental peut souvent être associé aux enfants maltraités physiquement suite à des blessures à la tête (hémorragie, dommage cérébral) dues au fait que tout le corps est secoué, à la malnutrition ou au manque de stimulations intellectuelles tôt dans le développement.

### **1.3.3 Les séquelles reliées à la négligence**

La majorité des études sur les enfants négligés concernent les enfants de milieux pauvres. L'enfant négligé présente des retards dans son développement intellectuel et moteur (Farrel-Erickson & Egeland, 1987; Ghent & coll., 1985; Hénault & Palacio-Quintin, 1991), au plan affectif et social (Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984) et des retards de langage (Vietze & Altemeier, 1985). Il ne joue pas facilement avec les autres enfants (Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984) et il peut être agressif ou indifférent à l'endroit de ses pairs. Il manifeste peu d'affects positifs (Egeland & coll., 1983), il ne cherche pas le réconfort de ses parents et il est triste et apathique. En fait, les enfants négligés présentent des symptômes des enfants dépressifs et carencés affectivement, tels que l'agressivité ou l'apathie, l'échec scolaire, les tentatives de suicide (Rutter & coll., 1986).

D'après le DSM-IV (Kaplan et Sadock, 1994), les enfants négligés présentent un retard de croissance d'au moins un an et leur développement physique et affectif est dramatiquement altéré. La reprise pondérale rapide et paradoxale en milieu hospitalier apparaît comme un critère diagnostique

majeur, prouvant rapidement la négligence. D'après ces mêmes auteurs, ce type d'enfants se montre souvent très affectueux avec tout le monde, même avec des gens qui leur sont inconnus, ou bien, ils ne démontrent aucune réaction affective, même avec les membres de leur famille. Ils font souvent des fugues et / ou présentent des troubles de la conduite.

#### **1.4 Concept de l'image corporelle**

À la suite de l'abus, tant sexuel que physique, la santé biopsychosociale de l'enfant risque d'être compromise. Les sphères du développement de l'enfant qui sont susceptibles d'être atteintes sont de nature affective, cognitive, physique, interpersonnelle et sociale. Par conséquent, ne peut-on penser que l'image corporelle de l'enfant abusé sexuellement s'en trouvera affectée? C'est afin de bien englober toute la complexité du développement de l'enfant abusé qu'il faut pouvoir se référer à un concept qui soit multidimensionnel: celui de l'image corporelle.

##### **1.4.1 Définitions variées**

Un enfant qui est victime d'abus ressent toute une gamme d'émotions et de réactions vis-à-vis son propre corps. L'image de ce corps meurtri se révèle sous diverses formes. Dans la littérature, les nombreuses définitions relatives au concept de l'image du corps diffèrent lorsqu'elles sont abordées d'une discipline à l'autre (neurologie, psychiatrie, psychologie sociale) et voir même d'une culture à l'autre (Europe, Amérique du Nord). La nature des conduites observées à partir desquelles on infère l'existence de l'image corporelle diffère également beaucoup. À une démarche d'analyse de ce concept se sont substituées des classifications trop souvent hasardeuses. Deux grands courants sont ici présentés afin d'expliquer la construction du concept de l'image corporelle: la perspective neurologique et la perspective psychanalytique.



#### **1.4.1.1 La perspective neurologique**

Ce sont les neurologues qui furent les pionniers dans l'étude des expériences corporelles. Ils furent intrigués par les symptômes spectaculaires des patients ayant une atteinte cérébrale: hémiparésie, incapacité à distinguer la droite de la gauche et refus de reconnaître la paralysie d'une partie du corps (Bonnier, 1905; Critchley, 1953; Pick, 1922). Ils furent également, et demeurent toujours, préoccupés par la localisation des différentes fonctions et parties du corps au niveau du cerveau lui-même. À cette époque-là, on ne parle pas encore du concept « d'image corporelle » mais bien celui de « schéma corporel ».

#### **1.4.1.2 Concept de schéma corporel**

Le concept de « schéma corporel » fut introduit pour la première fois par Henry Head (1926) qui l'a défini comme le processus intégrateur des données sensorielles sous-jacent à diverses compétences et acquisitions (ex: identifier, nommer, localiser correctement les parties du corps) et activant les réactions posturales. En fait, cela se traduit chez la personne par une prise de conscience de son corps et de la place qu'il occupe dans l'espace. Ce concept n'est pas multidimensionnel, il fait appel spécifiquement à la neurophysiologie.

#### **1.4.1.3 Développement du schéma corporel**

La construction du schéma corporel s'élabore progressivement et parallèlement avec le développement et la maturation du système nerveux. L'enfant apprend à nommer et montrer les parties de son corps, à obéir à des consignes simples se rapportant aux diverses parties du corps, à reproduire des mouvements de plus en plus complexes. Par la connaissance de son corps, l'enfant acquiert des gestes plus harmonieux, un équilibre plus fin, une

capacité de détente. Il prend conscience des segments de son corps et de leur mobilité. Il apprend à immobiliser certaines parties de son corps alors que d'autres travaillent. Donc, en se référant au concept de « schéma corporel », on pense davantage à l'implication des sphères physique et neurosensorielle du développement de l'enfant.

#### **1.4.1.4 Construction du concept d'image corporelle**

Schilder (1935), neurologue, fut le premier à introduire le concept « d'image corporelle ». Il réussit à analyser ce concept, non seulement sur le plan organique et physique, mais aussi selon une perspective sociale et psychanalytique, contrairement à ses prédécesseurs (Head, 1926; Pick, 1922) qui définissaient l'image corporelle de façon plus limitée: la façon dont une personne perçoit ses caractéristiques physiques. C'est donc à Schilder que l'on doit la première construction tridimensionnelle de ce concept qu'il a défini comme la représentation mentale qu'un individu se fait de son propre corps, la façon dont son corps lui apparaît.

#### **1.4.1.5 Concept de soi**

Schilder (1935) proposa également l'idée que l'image corporelle est étroitement liée au concept de soi. En se basant sur des évidences physiologiques et psychologiques, il en est arrivé à démontrer qu'il existe une relation entre ces deux concepts. En fait, selon lui, le concept de soi d'un individu est représenté ou projeté dans l'image du corps. L'image du corps de ce même individu se traduit par sa perception de soi, l'auto-évaluation de sa propre personnalité. Il apparaît en effet dans les travaux consacrés à cette question que l'image du corps est très significativement associée à l'image de soi (Berscheid & coll., 1973; Collingwood & Willett, 1971; Douty & coll., 1974; Ottenbacher, 1981; Secord & Jourard, 1953). On a pu remarquer que toute détérioration progressive ou brutale (ex: handicap) ou au contraire toute amélioration physique (ex: chirurgie réparatrice) affectaient notablement

l'image de soi et même le comportement (Maisonneuve & Bruchon-Schweitzer, 1981). Il semble bien que les modifications de la perception du corps soient significativement inductrices de tels changements. Mais les liens indéniables entre l'image corporelle et le concept de soi sont probablement plus complexes que de simples relations de causalité. La perception de soi est un concept, tout comme celui de l'image du corps, dont la définition ne fait pas l'unanimité. Néanmoins, c'est la définition de Rosenberg (1965) qui semble la plus complète: « le concept de soi est l'ensemble des pensées et des émotions qu'une personne présente à l'égard d'elle-même en tant qu'objet ».

#### **1.4.1.6 Perspectives psychanalytique et psychologique**

Selon les approches psychanalytiques, psycho-sociales et psychogénétiques, le concept de l'image du corps se forme au cours des premiers mois de vie, à partir des sensations orales, tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques. Selon Winnicott (1974), la sensation corporelle (le corps senti, vécu) diffère de la connaissance du corps à travers une expérience perceptive. L'émergence du sentiment du corps et le développement de sa connaissance aboutissent conjointement à l'élaboration mentale de l'image du corps. Selon Wallon (1949), la construction génétique de l'image du corps (dans le sens perceptuel et représentatif) évolue d'une façon différente de l'organisation de la sensation corporelle.

C'est dans une perspective psycho-génétique que se situe le présent travail, où l'image corporelle sera considérée davantage comme une notion qui désigne l'ensemble des perceptions et des représentations qui servent à évoquer le corps, à l'évaluer, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques (poids, taille, couleur, forme), mais aussi comme sujet, ou partie, chargé d'affects sans doute multiples et contradictoires (Bruchon-Schweitzer, 1982).

L'image corporelle n'est donc pas une image au sens strict mais plutôt l'ensemble des sentiments, des attitudes, des souvenirs et des expériences qu'un individu a accumulés sur son corps physique et réel, mais aussi imaginaire, et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale. Cette construction multidimensionnelle inclut donc le concept de schéma corporel.

Il devient donc possible de constater que l'image corporelle est un concept à la fois complexe et complet qui retouche toutes les diverses facettes susceptibles d'être problématiques chez l'enfant abusé.

#### **1.4.2 Évaluation de l'image corporelle**

Après s'être attardé à la définition particulière de l'image corporelle, il faut maintenant tenter d'analyser son contenu afin de mieux comprendre les divers types d'évaluations qui suivront dans cette section.

Bruchon-Schweitzer (1987) propose quatre fonctions spécifiques au corps réel. La première est celle de la sensibilité, via laquelle le corps réagit aux stimulations internes et externes. Il perçoit des sensations que la personne interprète comme étant agréables ou désagréables, qu'elle veut répéter ou éviter. Les sens, leur utilisation et les zones d'investissement corporel sont reliés au vécu émotif. Une seconde fonction du corps a trait à la notion de contenant. Le corps occupe un espace, a un intérieur et un extérieur et représente une enveloppe qui distingue notre corps des autres corps et des objets de l'environnement. Au plan psychique, le contenu des pensées a besoin d'un espace pour qu'il puisse s'élaborer et soit protégé du monde extérieur et du psychisme d'autrui. Troisièmement, le corps a pour rôle de communiquer non-verbalement un message. C'est-à-dire qu'il existe un échange entre les messages non-verbaux que la personne donne, reçoit et interprète (ex: une personne peut gesticuler avec ses mains pour appuyer

son discours ou stimuler son auditoire). Enfin, une autre fonction corporelle réside dans l'expression, sous leurs diverses formes (ex: somatisation, tics), des pulsions et des affects.

#### **1.4.2.1 Domaines variés d'études**

La littérature concernant l'évaluation du corps recoupe des travaux assez disparates tant au niveau des concepts de référence (image corporelle, schéma corporel, concept de soi) que des instruments d'investigation utilisés (questionnaires, dessins, techniques projectives, grilles d'observation). Les diverses recherches sont si peu reliées entre elles que même le langage utilisé diverge considérablement d'une étude à l'autre.

Au fil des années, plusieurs techniques différentes ont vu le jour pour tenter d'évaluer l'image corporelle. Au départ, il y a eu les tests projectifs puis les questionnaires et les mesures physiques ont été développés. Certains chercheurs se sont attardés à l'attirance du corps en tant que telle (Cash, Cash & Butters, 1983), d'autres à la sensation du membre fantôme (Cofer, 1980; Haber, 1956; Teuber, Krieger, & Bender, 1949), aux distorsions des dimensions corporelles chez les anorexiques (Casper, Halmi, Goldberg, Eckert & Davis, 1979), aux réactions à une chirurgie plastique (Goin & Goin, 1981), en passant par les sentiments corporels distorsionnés associés à une psychopathologie (Fisher, 1986) et la perception des limites physiques reliées au corps réel (Kathin, Blascovich & Koenigsberg, 1984).

Parallèlement, plusieurs auteurs ont développé quelques échelles, sous forme de questionnaires, visant à explorer certains aspects de l'image du corps, il s'agit du « Body Image Assessment » (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny & Gleaves, in press), le « Multidimensional Body-self Relations Questionnaire » (Cash, Winstead & Janda, 1986; Brown, Cash & Mikulka, 1990), le « Body Cathexis Scale » (Secord & Jourard, 1953), le « Body Image Anxiety Scale » (Reed, Thompson & Brannick, 1990). Malheureusement,

aucune de ces échelles ne s'applique à une clientèle infantile. Toutefois, ces diverses contributions évoquent la fécondité de ce domaine d'investigation, relié au concept de l'image corporelle, mais aussi son morcellement.

#### **1.4.2.2 Tests projectifs**

Dans les trente dernières années, il y a donc eu plusieurs techniques différentes qui ont été employées pour évaluer l'image corporelle et les distorsions qui s'y rattachent. Pour une clientèle infantile âgée de six à neuf ans, les tests projectifs ont été largement documentés contrairement aux questionnaires et aux mesures physiques. Par contre, lorsque la clientèle infantile ciblée est abusée sexuellement alors les modalités pour en mesurer l'impact au niveau de l'image corporelle sont quasi inexistantes. En fait, outre le dessin, il ne semble pas actuellement avoir d'outil permettant d'évaluer comment le corps apparaît au jeune enfant abusé.

### **1.5 Le dessin de la personne**

Dans le dernier siècle, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux dessins d'enfants, tant comme un outil d'évaluation que de traitement. L'histoire des recherches et des publications concernant les dessins d'enfants ne sera pas entièrement reprise mais certains faits marquants seront ici soulignés. De ces études, au moins deux conclusions sont à retenir. La première concerne la diversité des orientations prises. Si les premiers ouvrages, entre 1880 et 1900, s'appliquent à l'ensemble de l'évaluation du développement des enfants par le dessin, la plupart des publications ultérieures portent sur le problème particulier d'interprétation de celui-ci. Si l'on veut malgré tout dégager quelques grandes lignes de cette évolution, on doit noter l'influence qu'exercèrent successivement l'évolutionnisme, la psychologie de la perception, l'étude de la motricité et la psychanalyse. La deuxième remarque qui peut être faite concerne la multiplicité des travaux. Dans sa recension, Naville (1949) cite 404 articles et

livres pour une période s'étendant de 1880 à 1949. En 1963, Stora, pour la période écoulée entre 1950 et 1960, ajoute plus de 400 nouvelles références. On peut ainsi mesurer le développement considérable des recherches sur le dessin.

### **1.5.1 Mesure du développement de l'enfant**

Depuis maintenant les trente dernières années, la validité et la fidélité du dessin de la personne ont été bien étudiées ( Roback, 1968; Swensen, 1968). La plupart des chercheurs sont d'accord pour dire que chez les enfants, le dessin est une mesure de développement valide (Koppitz, 1968). Le premier à se pencher sur la standardisation du dessin de la personne comme un outil pouvant évaluer le développement cognitif de l'enfant fut Goodenough (1926). Il proposa l'hypothèse suivante: l'enfant dessine ce qu'il connaît plutôt que ce qu'il voit (1926). Cet auteur a réussi à développer une méthode d'analyse rigoureuse du dessin. Harris (1963) reprit et modifia cette procédure, d'où le nom du test du dessin de la personne de Goodenough-Harris. Ces derniers révisèrent l'hypothèse initialement formulée afin de proposer celle-ci: l'enfant dessine ce qu'il ressent, et non ce qu'il voit ou sait être vrai. Sturkie (1983) suggère que pour rétablir l'intégration corporelle des enfants abusés, il faut commencer par les faire dessiner leur corps. De cette manière, l'enfant apprend à développer ses habiletés perceptivo-motrices correspondant à son niveau de développement et à connaître les parties de son corps.

### **1.5.2 Indices affectifs**

Koppitz (1968) proposa par la suite que le dessin de la personne reflète le niveau de développement de l'enfant et de ses relations interpersonnelles, c'est-à-dire les attitudes qu'il adopte envers lui-même et les autres. À partir de son expérience clinique et des travaux de Harris (1963), Koppitz a développé trois échelles de cotation afin d'évaluer le dessin de la personne

(1968, 1984). La première, une échelle mesurant le développement global, stipule qu'à n'importe quel âge, certains items graphiques sont courants, d'autres inhabituels et d'autres encore, exceptionnellement présents. Les dessins sont donc cotés en fonction de la présence ou de l'absence de ces types d'items. Koppitz (1968) a par la suite développé une échelle de 30 items révélant des indices de nature émotive (« Emotional Indicators » EI's) avec des enfants âgés de cinq à douze ans. C'est à ce moment-là qu'elle avança l'idée que la présence de deux items « émotifs » ou plus dans le dessin d'une personne révèle un problème d'ordre affectif et de médiocres habiletés sociales. Gayton et ses collaborateurs (1974) ont trouvé que ce système de cotation de Koppitz avait une fidélité inter-juge égale à .97, ce qui est comparable à celui de Harris. Plus récemment, Koppitz (1984) a regroupé ces 30 items sous cinq catégories de facteurs: l'impulsivité, l'insécurité et le sentiment d'être inadéquat, l'anxiété, la gêne et la timidité, et la colère et l'agressivité. Par définition, il est rare de retrouver des indices émotifs; ils apparaissent dans moins de 16 % des dessins d'enfants normaux (Koppitz, 1984). Toutefois, Dieffenbach (1978) a été incapable de prouver la fidélité et la validité des indices affectifs de Koppitz. Par contre, Fuller, Preuss et Hawkins (1970) avaient trouvé certaines corrélations prouvant que le système de Koppitz peut être fidèle et valide.

### **1.5.3 Dessins des enfants abusés physiquement**

Warner (1977) rapporte dans une étude avec le DAP ( Draw-A-Person Test) , qu'une distorsion non-négligeable du portrait de l'enfant peut être observée, ce qu'elle interprète comme un développement inadéquat de l'image corporelle chez l'enfant abusé physiquement. Par contre, l'auteure n'a pas contrôlé plusieurs variables susceptibles d'interférer dans le dessin comme le niveau d'intelligence, la présence d'un trouble neurologique et l'âge chronologique. Dans cette même étude, le concept d'image corporelle est peu élaboré et porte à croire qu'il s'agit davantage du concept de schéma corporel ou du concept de soi.



#### **1.5.4 Dessins des enfants abusés sexuellement**

Jones (1989), en utilisant l'échelle de Goodenough-Harris, a démontré que 61 % des enfants abusés sexuellement ont produit des dessins attestant un retard de développement. Malheureusement, l'auteur de cette étude n'a pas vraiment spécifié l'âge des sujets mais a plutôt insisté sur les différences basées sur le sexe. Plusieurs biais méthodologiques s'y retrouvent dont l'effet de l'expérimentateur. Parallèlement, Burgess (1988) a trouvé que les enfants abusés sexuellement démontrent plus de signes d'anxiété dans leurs dessins que les enfants non abusés. Selon les indices de Koppitz (1984), cela se traduit par les jambes collées ensemble, l'absence d'yeux, la présence de nuages et l'observation de plusieurs parties du corps ombragées. Par contre, Hibbard et Hartman (1990) n'ont trouvé aucune différence significative entre un groupe de 64 enfants abusés sexuellement et un groupe de 64 enfants non abusés en utilisant les indices affectifs de Koppitz. Cependant, ils ont étudié des enfants âgés de cinq à huit ans. Il apparaît important de souligner ici que les enfants de cinq ans ne sont pas réellement scolarisés, et que par conséquent, ils n'ont pas autant développé leurs habiletés motrices pour dessiner. Toutefois, il est vrai qu'aucune autre étude n'a pu valider cette échelle créée par Koppitz.

#### **1.5.5 Projection privilégiée de l'image corporelle**

Ainsi, le dessin parfois est envisagé comme autre chose que lui-même: par exemple comme indice de niveau mental ou comme l'expression souvent involontaire de sentiments, de tendances, de souvenirs, de complexes, dont le sujet lui-même peut n'être pas conscient. Sans le savoir, l'enfant se projette dans ses dessins. Supportant cette idée, Schilder (1935) suggéra que l'image corporelle de l'enfant pouvait s'exprimer via le dessin de la personne, reflétant sa connaissance et son expérience sensorielle de l'image de son propre corps. De même, Karen Machover (1949), une pionnière dans

l'utilisation du dessin de la personne comme un outil projectif permettant l'expression des pulsions, des conflits et des mécanismes de défense, fut une des premières à partager cette vision.

Pour beaucoup d'auteurs, c'est le dessin qui constitue « le support privilégié de projection de l'image du corps » (Dolto, 1948). On suppose généralement que, chez l'enfant, le dessin peut être un révélateur des sentiments que l'enfant porte à son propre corps et à travers lui, à sa propre personnalité (Abraham, 1963). Vers l'âge d'environ 18 mois, l'enfant commence à dessiner. Dépendamment du matériel (sable, crayon) offert à l'enfant, celui-ci a une tendance innée à dessiner (Dubowski, 1984). Le jeune enfant, encore incapable de s'exprimer verbalement mais déjà habité de sentiments très vifs, a recourt spontanément et avec un besoin pressant aux modes d'expression dont il dispose: ce sera le plus souvent et de façon très significative le dessin (Gardner, 1980). Les oeuvres créatrices sont pour l'enfant le moyen nécessaire de s'exprimer, de traduire des sentiments inexprimables d'une autre façon. Le dessin, tout comme le jeu, occupe une position intermédiaire et permet l'expression d'une vision authentique du monde propre à l'enfant. Dans le cas spécifique de l'enfant victime d'abus sexuel, son monde tant intérieur qu'extérieur peut souvent lui sembler à la fois troublant, angoissant et révoltant. Actuellement, les façons dont on dispose pour évaluer l'impact de ce type d'abus sur l'image corporelle des enfants se limitent au dessin.

## **1.6 Pertinence et objectif de l'étude**

Chaque année, un nombre croissant d'enfants abusés risque d'être référé en ergothérapie pour une évaluation globale ou spécifique du développement. Conséquemment, le tableau clinique devient complexe et il s'avère nécessaire d'évaluer jusqu'à quel point le développement de l'enfant est compromis afin de bien saisir les problèmes engendrés par l'abus.

Dans l'ensemble de la littérature, il n'existe pas vraiment d'étude en ergothérapie qui se soit penchée sur l'abus sexuel des enfants pas plus que sur l'image corporelle. Cependant, l'ergothérapeute qui veut bien s'y intéresser doit reconnaître la possibilité qu'il existe peut-être des enfants abusés sexuellement sans retard intellectuel ni lésion organique qui présentent, en contre partie, une distorsion de leur image corporelle.

Par conséquent, ce mémoire s'inscrit dans une avenue de recherche exploratoire et a pour principale question de déterminer si l'abus sexuel a un impact sur l'image corporelle des enfants abusés sexuellement, âgés entre six et neuf ans. Cette étude se propose donc d'explorer les indices de distorsion de l'image corporelle dans les dessins d'enfants ayant été victimes d'abus sexuel, comparativement à un groupe d'enfants non-abusés appariés au niveau de l'âge et du sexe. Par cette démarche, le présent travail vise l'acquisition de nouvelles connaissances destinées principalement à favoriser le développement de tests de dépistage et de nouvelles stratégies d'interventions qui en découlent.

CHAPITRE 2  
MÉTHODOLOGIE

Le prochain chapitre portera sur l'hypothèse de recherche, le type d'approche et le devis de recherche privilégié ainsi que les méthodes et procédures de recherche utilisées.

## **2.1 Hypothèse de recherche**

Afin de répondre à la question de recherche spécifiée à la section précédente, l'hypothèse de recherche suivante est émise: aucune différence significative ne sera décelée entre les résultats obtenus par le groupe cible ayant été abusé sexuellement au niveau de l'image corporelle mesurée dans les dessins et par le groupe contrôle n'ayant pas été abusé.

## **2.2 Approche et devis de recherche**

Le modèle méthodologique retenu pour cette étude fut celui de type expérimental, utilisant un groupe cible et un groupe témoin pour fin d'analyse comparable.

Étant donné que cela fut difficile de sélectionner une population-témoin semblable à la population expérimentale par rapport à tous les facteurs (ex: sujet tabou, le jeune âge des enfants, certains problèmes de langage ou de comportements) qui peuvent influencer les variables indépendantes et qu'il était impossible de répartir les sujets selon une règle de répartition aléatoire puisque la situation d'abus devait être connue, le devis expérimental classique a été adapté. C'est donc le devis de type quasi-expérimental qui a été choisi pour la réalisation de ce projet de recherche dont le but principal est l'exploration du phénomène de la distorsion de l'image corporelle chez les enfants abusés sexuellement.

## **2.3 Méthodes et procédures**

### **2.3.1 Définition et sélection de la population à l'étude**

L'échantillonnage des sujets de cette étude s'est effectué en deux temps. Premièrement, les sujets du groupe expérimental, sept enfants abusés sexuellement, furent recrutés par l'auteure auprès de 18 organismes reliés au réseau de la santé de l'Outaouais québécois ainsi que de la région d'Ottawa-Carleton. Toutefois, seulement trois organismes ont bien voulu collaborer à cette étude: le « Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse de l'Outaouais » (CPEJO), le « Centre Entraide Parents-Enfants de l'Outaouais » (qui est un centre spécialisé dans le traitement des victimes d'abus sexuel de tous âges) ainsi que le « Centre Local des Services Communautaires de la Vallée de la Lièvre » (CLSC de Buckingham). Ainsi, l'auteure a contacté par téléphone et par télécopieur divers intervenants sociaux du réseau de la santé. Ces derniers devaient identifier les cas judiciaires d'enfants abusés puis établir un premier contact avec les parents afin de leur présenter sommairement le projet de recherche. Par la suite, si les parents se montraient intéressés, ils devaient contacter l'auteure par téléphone. Celle-ci leur présentait à nouveau le projet et répondait à leurs questions tout en précisant que leur confidentialité serait respectée et qu'en tout temps ils avaient le privilège de retirer leur enfant de l'étude sans aucun préjudice. Une fois l'approbation des parents obtenue, ces derniers devaient compléter un formulaire de consentement (annexe I), autorisant leur enfant à participer à l'étude et les assurant que les résultats demeurerait confidentiels.

Dans un second temps, le groupe contrôle, six enfants non-abusés, fut recruté auprès de deux écoles primaires de la même région géographique. Les directrices d'école ont aidé au recrutement volontaire des enfants en invitant l'auteure à présenter sommairement le projet lors de réunions de parents. Par la suite, une relance téléphonique a été faite aux parents qui

s'étaient montrés intéressés. Toutefois, comme le nombre de sujets volontaires pour le groupe contrôle fut incomplet, entre autres parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'appariement pour l'âge et le sexe, une psychologue scolaire s'est portée volontaire pour recruter le nombre de sujets manquants à partir d'une liste d'élèves.

Il y a donc eu un total de 13 sujets recrutés pour cette étude et répartis dans les deux groupes identifiés: le groupe cible composé d'enfants abusés sexuellement et le groupe contrôle formé d'enfants non-abusés.

#### **2.3.1.1 Critères d'exclusion**

Pour les deux groupes, les critères d'exclusion furent: l'identification d'une déficience intellectuelle, d'un trouble neurologique ou d'un mauvais état de santé. De plus, étaient exclus de l'étude les enfants ayant strictement un vécu d'abus physique sans abus sexuel et ceux du groupe contrôle qui avaient été victimes d'abus tant sexuel que physique. Afin de déceler les cas d'abus à l'intérieur du groupe contrôle, les parents furent invités à confirmer que leur enfant n'avait jamais été victime d'abus. Évidemment, ce type de recrutement sur une base volontaire n'est pas à l'abri d'un risque de contamination au sein du groupe témoin.

#### **2.3.1.2 Critères d'inclusion**

D'un autre côté, les critères d'inclusion étaient : l'âge des sujets se situant entre six à neuf ans inclusivement et un niveau de fonctionnement cognitif qui semblait se situer dans la moyenne. Les enfants du groupe cible devaient en plus avoir été abusés sexuellement et pouvaient avoir été également abusés physiquement.

### 2.3.2 Variables étudiées

Afin de répondre à la question de recherche, un ensemble de variables à mesurer a été établi. La variable indépendante a été identifiée comme l'abus sexuel (accompagné possiblement d'abus physique). L'image corporelle a été choisie comme variable dépendante. Plusieurs variables modératrices, pouvant interférer sur la relation entre les variables dépendante et indépendante, ont été sélectionnées afin de mieux cerner la problématique. Le choix des variables modératrices a été motivé par les tendances de la littérature actuelle. Ces variables modératrices étaient: les données socio-démographiques et l'histoire développementale, le développement cognitif et le fonctionnement neurologique. La figure 1 résume l'ensemble des variables étudiées dans ce projet.

#### VARIABLES ÉTUDIÉES

INDÉPENDANTE	DÉPENDANTE	MODÉRATRICES
Abus sexuel	Image corporelle	Données socio-démographiques Histoire développementale Développement cognitif Fonctionnement neurologique

Figure 1. Schématisation des variables étudiées



### **2.3.3 Instruments de mesure**

Tous les enfants furent soumis aux mêmes tests. Dans cette section, il sera question des divers instruments de mesure utilisés lors de la cueillette de données.

#### **2.3.3.1 Données socio-démographiques**

Un questionnaire a été conçu, inspiré de celui proposé par Clark et Allen (1985), afin de recueillir des données socio-démographiques de base ainsi que des informations pertinentes au niveau de l'histoire développementale de chaque enfant. Ce questionnaire, qui se trouve à l'annexe II, a toujours été administré aux parents à la fois verbalement et par écrit, en collaboration avec l'auteure qui a élaboré l'outil. Les données socio-démographiques qui ont été retenues par la suite pour fin d'analyse sont: l'âge chronologique de l'enfant, son sexe, son niveau de scolarité, son ethnie, le rang qu'il occupe dans la fratrie et la constitution de sa famille (ex: famille d'origine, reconstituée, monoparentale).

#### **2.3.3.2 Données relatives à l'histoire développementale et à l'abus sexuel**

Dans le questionnaire précédemment cité, on retrouve également plusieurs informations concernant spécifiquement l'histoire développementale de la période néonatale à aujourd'hui. Certaines données ont été particulièrement ciblées afin d'appuyer certaines hypothèses suggérées dans la littérature. Ces facteurs susceptibles d'interférer avec l'image corporelle des enfants abusés sexuellement sont: une période de gestation plus courte, de l'anoxie cérébrale à la naissance, une période d'incubation requise, la consommation d'alcool et / ou de drogue par la mère durant la grossesse, un trouble du langage identifié et la présence d'un trouble d'apprentissage quelconque.

L'abus sexuel est défini ici comme l'implication d'un enfant dans des activités sexuelles qu'il ne comprend pas entièrement et auxquelles il est incapable de donner un consentement éclairé (Kempe, 1977). Cet abus sexuel devait avoir fait l'objet d'une investigation légale et avoir été confirmé par un examen médical ou psychiatrique afin d'être retenu pour cette étude. Quant à l'abus physique, il pouvait accompagner l'abus sexuel mais n'était pas spécifiquement ciblé dans cette étude. Tous les sujets du groupe cible ont été dans un premier temps identifiés par un(e) intervenant(e) social(e) qui s'occupait de contacter les parents des enfants ciblés. Par la suite, le parent devait contacter l'expérimentateur dans le cas où il désirait que son enfant participe à l'étude. De cette façon, aucun bris de confidentialité ne pouvait avoir lieu et les personnes approchées n'avaient pas à subir de pression de la part des recruteurs puisque ceux-ci se trouvaient être des personnes neutres et nullement impliquées directement dans la recherche. Toutefois, ceci peut peut-être en partie expliquer le problème majeur rencontré au niveau du recrutement. Cette idée sera reprise à la section portant sur la discussion.

Les éléments se rapportant à l'abus sexuel ont été mesurés à partir de données recueillies dans la deuxième partie du questionnaire préalablement mentionné (annexe II). Les facteurs qui ont été enregistrés sont: l'âge de l'enfant au début et à la fin de l'abus ainsi que lors du dévoilement et de la période d'expérimentation afin d'identifier la durée et l'intensité du type d'abus; le type d'abus lui-même, soit sexuel uniquement ou accompagné d'un abus physique; la description des actes sexuels posés à l'égard de la victime soient: des attouchements sexuels, des séquelles corporelles, des contacts oro-génitaux, la pénétration anale ou vaginale; la nécessité d'une intervention chirurgicale ou d'une hospitalisation; témoin d'une intervention policière ou d'un procès afin d'incriminer son agresseur; la fréquence de l'abus: moins de deux incidents, entre deux et cinq fois, plus de cinq

épisodes; finalement, la description de l'agresseur selon son lien avec la victime, son sexe et son âge.

### **2.3.3.3 L'image corporelle**

L'image corporelle, mesurée par le Goodenough-Harris (test du dessin d'une personne, de sexe opposé et de l'autoportrait), constitue la principale variable dépendante. Ce test, pour lequel il existe de nombreuses études de fidélité (Beck & Bart, 1970; Dunn, 1967; Evans et coll., 1975; Levy, 1971; McGilligan et coll., 1971; Yater et coll., 1969) et de validité (Cull & Hardy, 1971; Gayton et coll., 1974; Phillips et coll., 1973; Pihl & Nimrod, 1976; Yule et coll., 1967) pour les enfants âgés de cinq ans et plus, permet d'étudier les retards de développement. Maloney et Payne (1969) ont établi que le dessin de la personne pouvait mesurer l'image corporelle avec une fidélité test-retest égale à .88 alors que d'autres (Dunn, 1967; Yater et coll., 1971) ont évalué sa fidélité intra-juge à .93 et inter-juge entre .80 et .96 (variant selon le niveau d'expérience des évaluateurs). Chaque item est coté comme réussi (un point) ou échoué (zéro). La cote brute de chaque dessin correspond au nombre total de points obtenus (annexe II). Ce résultat est alors transformé en score standard et rang percentile afin de déterminer l'âge de développement correspondant au niveau de l'image corporelle.

La distorsion de l'image corporelle, mesurée par les indices affectifs de Koppitz (annexe II) consistant à comptabiliser le nombre total (maximum 30 items) d'indices présents dans chacun des trois dessins, constitue la variable dépendante secondaire. Ainsi, pour chaque dessin, on tente d'identifier les indices affectifs qui y sont présents à partir de la liste des 30 items de Koppitz. Selon son auteure, un score total de zéro indique que l'enfant ne présente aucun problème sur le plan de l'image corporelle. Un résultat total égal à un(1) ne révèle pas nécessairement une perturbation. Toutefois, la présence de deux indices ou plus suggère fortement un problème au niveau de l'image corporelle puisque cela n'apparaît que dans moins de 16% des

dessins d'enfants dits normaux. Les qualités métrologiques de cet instrument de Koppitz font l'objet d'une certaine controverse. Dieffenbach (1978) n'a pas trouvé que cet instrument peut être à la fois fidèle et valide alors que Fuller et ses collaborateurs (1970) avaient trouvé le contraire. Les travaux de Gayton et de ses collaborateurs (1974) indiquent que l'échelle de cotation de Koppitz a une fidélité inter-juge de .97, ce qui est comparable à celui du Goodenough-Harris.

#### **2.3.3.4 Le développement cognitif**

La mesure choisie pour quantifier le niveau du développement cognitif est le « Wechsler Intelligence Scale for Children - Third Edition » (WISC-III). Il est le plus récent des tests psychométriques utilisés avec les enfants, la version améliorée de son prédécesseur fort connu: le « Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised » (WISC-R). Comme le WISC-R, le WISC-III permet d'évaluer le niveau de fonctionnement cognitif de l'enfant en déterminant le quotient intellectuel (QI) tant au plan verbal que non-verbal. Selon plusieurs chercheurs (Little, 1992; Kaufman, 1992; Wechsler, 1991), le WISC-III est plus facile à administrer, plus attrayant pour les enfants, en plus d'avoir des normes à jour. Cet outil est couramment utilisé tant dans les recherches que dans les milieux cliniques puisqu'il présente une excellente fidélité inter-juge de 0.90 (Little, 1992; Danielson, 1991) et une fidélité test-retest stable dans le temps. De plus, une version en français est disponible. Les facteurs de corrélation avec le WISC-R sont de 0.90 pour le QI verbal et de .81 pour le QI non-verbal (ou de performance). La standardisation du WISC-III est excellente.

Le WISC-III est vraiment l'outil à privilégier pour déterminer le niveau cognitif des enfants puisqu'entre autres il offre les mêmes avantages que son prédécesseur et il rejoint la réalité actuelle. Cependant, la même critique s'applique à cette nouvelle version du WISC: peu d'études de validité ont été réalisées.

### **2.3.3.5 Le fonctionnement neurologique**

Le « Quick Neurological Screening Test » (QNST) est un outil qui permet de détecter la présence de signes d'organicité en plus d'aider à déterminer si une personne, dès l'âge de cinq (5) ans, risque ou présente déjà un trouble d'apprentissage, en l'observant dans 15 tâches différentes. Parmi ces diverses tâches, certaines d'entre elles sont particulièrement pertinentes afin de mieux comprendre cette étude soient: #2 "Figure Recognition and Production"; #5 "Sound Patterns"; #9 "Rapidly Reversing Repetitive Hand Movements"; #10 "Arm and Leg extension" et #15 "Behavioral Irregularities". Ainsi, cet outil permet de vérifier la façon qu'a l'enfant d'intégrer l'information sensorielle provenant des systèmes suivants: visuel, tactile, auditif et proprioceptif. Ce test s'administre rapidement, environ en 20 minutes. Il est standardisé mais la version française n'est pas encore disponible. Donc, l'expérimentateur a dû utiliser une version traduite mais non validée de ce test, affaiblissant les qualités métrologiques. Toutefois, selon Mutti et ses collaborateurs (1978) ce test, en version anglaise, présente une bonne fidélité test-retest (0.85 à 0.91 avec  $p < 0.01$ ) pour la majorité des sous-tests et pour le résultat global ainsi qu'une bonne validité de contenu (0.81 avec  $p < 0.01$ ).

## **2.4 Procédures de la collecte de données**

Une fois l'approbation des parents obtenue, les informations socio-démographiques et développementales étaient recueillies auprès de ces derniers via une entrevue semi-structurée et d'un questionnaire préalablement élaboré. Toutes les évaluations ont été administrées à tous les enfants dans les locaux de la clinique externe d'un hôpital psychiatrique dont certaines (l'entrevue initiale avec les parents, le QNST et les dessins) ont été réalisées par l'auteure alors que le WISC-III par une psychométricienne, toutes les deux expérimentées avec la clientèle infantile. La durée moyenne

de l'évaluation complète était de deux heures se déroulant dans l'ordre suivant: entrevue avec les parents, administration à l'enfant des dessins, du QNST et du WISC-III. Par la suite, l'analyse des dessins selon les deux échelles de cotation précédemment citées (Goodenough-Harris et Koppitz) fut réalisée par deux psychologues externes à l'aveugle, dont une expérimentée et l'autre débutante.

### **2.5 Analyse des données**

Étant donné le nombre restreint de sujets, les échelles de cotation ordinales d'une bonne partie des instruments de mesure utilisés et un échantillonnage non-probabiliste, les données ont été traitées d'une façon descriptive et à l'aide d'un test non-paramétrique. Comme les méthodes de la statistique descriptive doivent d'abord être cohérentes avec les propriétés qui ont été conférées aux nombres codant les données alors les valeurs seront présentées sous forme de moyenne, de médiane et de fréquence. Aussi, le test non-paramétrique retenu est celui de « Mann Whitney U », utilisé afin d'identifier une différence entre les deux groupes. Le niveau de signification choisi pour l'étude est de  $p \leq 0.05$ .

CHAPITRE 3  
RÉSULTATS

Le présent chapitre fait état des résultats de l'étude en cinq parties distinctes. D'abord, les données descriptives des sujets des deux groupes seront comparées tant au plan démographique que de leur histoire développementale. En second lieu, on y traitera des diverses difficultés rencontrées lors du recrutement et de son impact sur les sujets retenus pour le groupe témoin. Par la suite, certaines particularités du groupe cible concernant l'anamnèse des cas d'abus sexuel seront décrites. Puis, les performances des sujets au dessin de la personne seront analysées en fonction de leur groupe respectif et selon deux échelles de cotation. Finalement, les résultats portant sur les variables modératrices, le développement cognitif et le fonctionnement neurologique, et de leurs relations avec la variable dépendante de l'étude, l'image corporelle, seront décrites. Une brève synthèse des résultats complétera le chapitre.

### **3.1 Données descriptives des sujets**

#### **3.1.1 Données démographiques**

Les sujets de l'échantillon (N=13) ont été divisés en deux groupes de façon présélectionnée. La présence ou l'absence d'un vécu d'abus sexuel était le critère orientant la répartition des sujets dans un groupe ou dans l'autre. Le tableau I rapporte les résultats descriptifs concernant les données démographiques des sujets selon leur groupe respectif. À l'annexe III, ces données sont détaillées pour tous les sujets.

Le groupe cible est composé de sept (n=7) enfants abusés sexuellement dont cinq filles et deux garçons alors que le groupe contrôle est formé de six (n=6) enfants non-abusés, quatre filles et deux garçons. L'âge moyen du groupe cible est de 7,4 ans (écart-type de 0,9) comparativement à 7,9 ans (écart-type de 1,0) pour l'autre groupe. Les enfants sont âgés entre six et neuf ans inclusivement. Dans le groupe cible, les enfants sont tous d'origine canadienne à l'exception d'un sujet dont le père est italien. La situation est



similaire dans le groupe contrôle puisque l'ethnie des enfants est majoritairement caucasienne sauf un enfant dont la mère est autochtone.

**Tableau I Résultats descriptifs des données démographiques**

	<b>Groupe cible</b> Sujets abusés sexuellement n = 7	<b>Groupe contrôle</b> Sujets non-abusés n = 6
<b><u>Sexe des sujets</u></b>	5 filles 2 garçons	4 filles 2 garçons
<b><u>Âge chronologique</u></b> en années (forme décimale)	Moyenne = 7,4 Écart-type = 0,9	Moyenne = 7,9 Écart-type = 1,0
<b><u>Ethnie</u></b>	6: canadienne 1: mixte (père italien)	5: canadienne 1: mixte (mère autochtone)
<b><u>Niveau de scolarité</u></b> R: reprise de la scolarité	3: 1 ère année 3: 2 e (dont 1 R) 1: 3 e "	2: 1 ère année 2: 2 e (dont 1 R) 2: 3 e
<b><u>Rang occupé dans la fratrie</u></b>  (ex: 1 / 2 = le premier enfant d'une famille de deux)	2: 1 / 2 3: 2 / 2 2: 3 / 3	1: 1 / 1 2: 1 / 2 1: 2 / 2 1: 3 / 3 1: 4 / 4
<b><u>Type de famille</u></b>  O: famille d'origine R: reconstituée A: famille d'accueil	O: 1 R: 5 A: 1	O: 4 R: 2

Le niveau de scolarité de l'ensemble des sujets s'étend de la première à la troisième année du niveau primaire selon le système d'éducation québécois. Dans les deux groupes, on retrouve un enfant ayant repris une année scolaire. Ces deux sujets auraient dû être exclus de l'étude puisque la présence d'un trouble d'apprentissage apparaissait au départ dans les

critères d'exclusion. Conséquemment, les principales difficultés rencontrées lors du recrutement sont présentées tout de suite après les données relatives à l'histoire développementale.

Les données démographiques concernant le rang occupé dans la fratrie ainsi que le type de famille dans lequel se trouvent les enfants des deux groupes sont illustrées à la figure 2. Dans le groupe cible, 29% (n=2) des enfants abusés sexuellement sont les aînés de leur famille alors que 71% (n=5) sont les cadets. Par contre, 50% (n=3) des sujets du groupe contrôle sont les cadets et 50% (n=3) sont les aînés incluant un cas d'enfant unique. Parallèlement, il y a 66% (n=4) des enfants du groupe contrôle qui vivent dans leur famille d'origine de type nucléaire alors que 33% (n=2) des enfants du même groupe se retrouvent dans une famille reconstituée. Dans le groupe cible, la situation est différente. Il y a plus d'enfants abusés qui vivent dans une famille reconstituée, 71% (n=5) des cas, alors que seulement 14% (n=1) des enfants vivent dans leur famille d'origine et 14% (n=1) se retrouvent dans une famille d'accueil. Les divers paramètres expliquant un changement au niveau de la constitution de la famille suite au dévoilement de l'abus seront présentés dans l'analyse des résultats sur l'abus.

### **3.1.2 Données relatives à l'histoire développementale**

Les résultats descriptifs sur les données relatives à l'histoire développementale sont illustrés à la figure 3. Les résultats présentés ont été choisis à partir de leur pertinence et de leur lien avec les variables qui risquent d'avoir un impact sur la question de recherche. Toutes les données ont été recueillies par l'entremise du questionnaire aux parents, l'auteure n'étant pas autorisée à consulter le dossier médical de l'enfant.

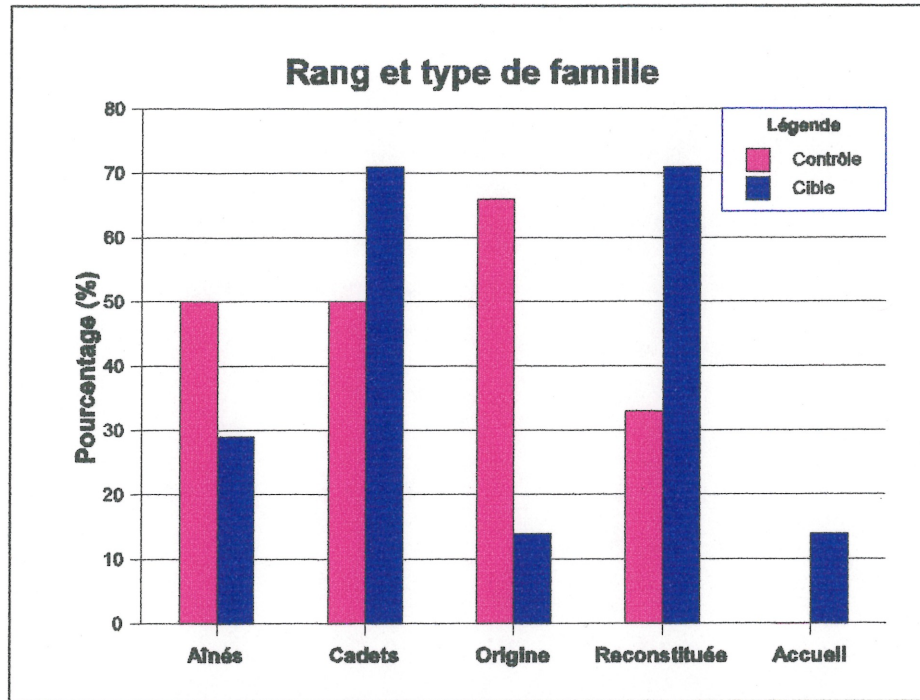


Figure 2. Données démographiques sur le rang occupé dans la fratrie et le type de famille

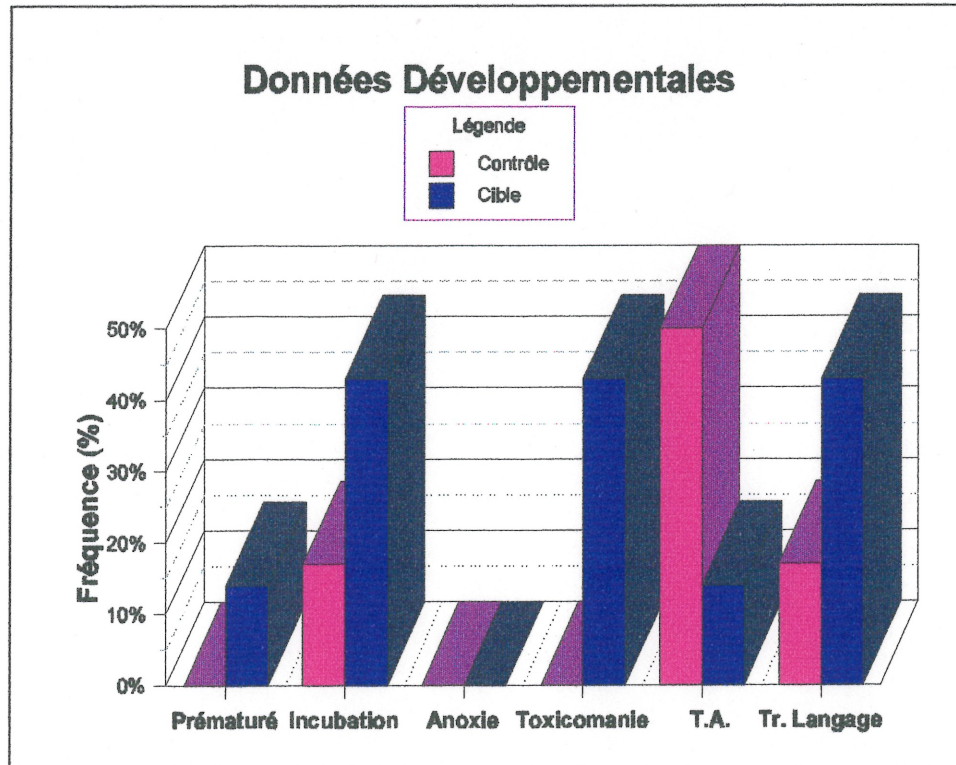


Figure 3. Résultats des sujets (N=13) à six items du questionnaire aux parents concernant l'histoire développementale

Durant la grossesse, les enfants du groupe contrôle ne semblent pas avoir présenté de problèmes particuliers. Par contre, 43% (n=3) des enfants abusés ont été exposés par leur mère à l'alcool et la drogue durant leur développement foetal. Dans le groupe cible, un seul enfant (14%) est né prématurément, soit avant 38 semaines de gestation, contrairement à aucun dans le groupe contrôle. Selon les résultats bruts retrouvés à l'annexe III, cet enfant n'a pourtant pas été exposé à d'autres problèmes comme par exemple la toxicomanie de la mère. À la naissance, aucun des enfants des deux groupes n'a présenté de l'anoxie cérébrale. Par contre, 17% (n=1) des enfants non-abusés et 43% (n=3) des enfants abusés ont été placés dans un incubateur après qu'ils soient nés. En regard des problèmes que les enfants ont présentés plus tard dans leur développement, les troubles du langage représentent 17% (n=1) du groupe contrôle comparativement à 43% (n=3) pour l'autre groupe. Étrangement, c'est l'effet inverse qui se produit à propos des troubles d'apprentissage où les enfants non-abusés sont représentés dans une très forte proportion, soit 50% (n=3), ce type de trouble alors que seulement 14% (n=1) du groupe cible en est affecté. Toutefois, il serait intéressant et pertinent de connaître les raisons et les conditions médicales particulières entourant la naissance de ces enfants puisque certaines difficultés (ex: trouble d'apprentissage (TA), retard de développement) pourraient en découler.

### **3.2 Difficultés de recrutement du groupe témoin**

En fait, il a été décidé, puisque le recrutement fut long (10 mois) et difficile, que tous les sujets recrutés soient retenus pour l'analyse des résultats. Bien que certains sujets du groupe témoin aient été recrutés lors de réunion de groupe de parents, l'intervention volontaire d'une psychologue scolaire a dû être nécessaire pour tenter de recruter d'autres sujets pouvant être appariés pour l'âge et le sexe au groupe cible. Cependant, comme cette intervenante scolaire cherchait à identifier, à l'insu de l'auteure, les enfants problématiques sur le plan de l'apprentissage scolaire, cela a eu pour

conséquence le recrutement de sujets "indésirables" sur le plan méthodologique. Ainsi, bien que certains enfants présentaient un trouble d'apprentissage, un problème neurologique, un retard de développement important, des problèmes affectifs non-identifiés préalablement, un abus physique ou sexuel non soupçonné par les parents, ou encore, un amalgame de diverses problématiques inconnues de l'auteure, ils n'étaient pas exclus de l'étude. Par conséquent, cela a créé de l'hétérogénéité à l'intérieur des deux groupes mais a rendu les groupes relativement comparables entre eux, créant cependant un biais méthodologique important. Ainsi, les données recueillies soulèvent nécessairement un certain nombre de questions et bien qu'il devient impossible de généraliser les résultats obtenus à la population générale, l'exploration de divers phénomènes sera présentée au chapitre 4.

### **3.3 Particularités du groupe cible**

Les données brutes sur l'anamnèse de l'abus tant sexuel que physique pour chaque sujet du groupe cible se retrouvent à l'annexe III. Les résultats relatifs à l'abus sont présentés ici de façon descriptive et tirés des réponses du questionnaire aux parents des sujets du groupe cible. Comme il a été précisé à la section des données démographiques des sujets, le groupe d'enfants abusés est composé de cinq filles et deux garçons. En d'autres mots, d'après les résultats de cette étude, 71% des enfants ayant été victimes d'abus sexuel étaient des filles et 29% des garçons.

Au niveau du type et de la description des abus, les résultats obtenus sont illustrés aux figures 4 et 5. Les données de l'étude indiquent (figure 4) que l'abus exclusivement sexuel est présent chez 57% (n=4) des sujets du groupe cible et qu'il s'accompagne d'un abus physique dans 43% (n=3) des cas. D'après la description des gestes abusifs (figure 5) commis à l'égard des enfants, il semblerait que tous les enfants (100%) abusés sexuellement ont été victimes d'attouchements sexuels. De ces enfants, 29% (n=2) ont été battus physiquement, gardant des séquelles physiques permanentes dont un

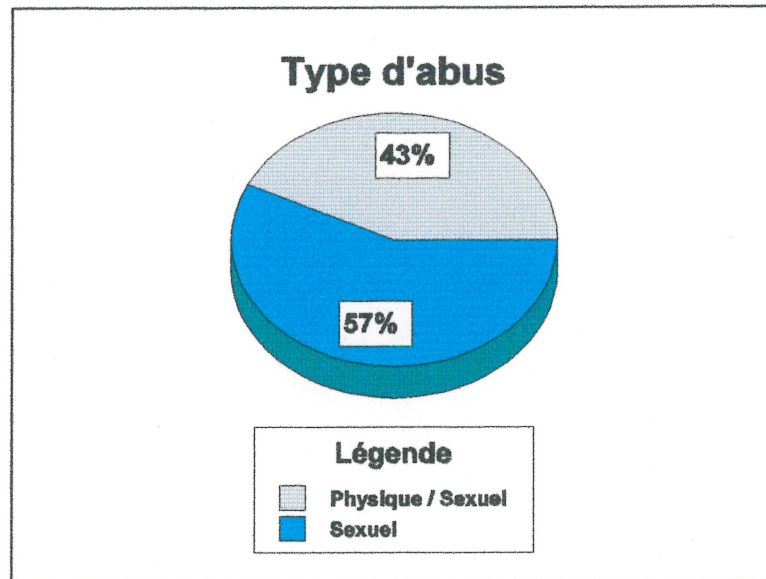


Figure 4. Répartition du type d'abus chez les sujets (n=7) du groupe cible

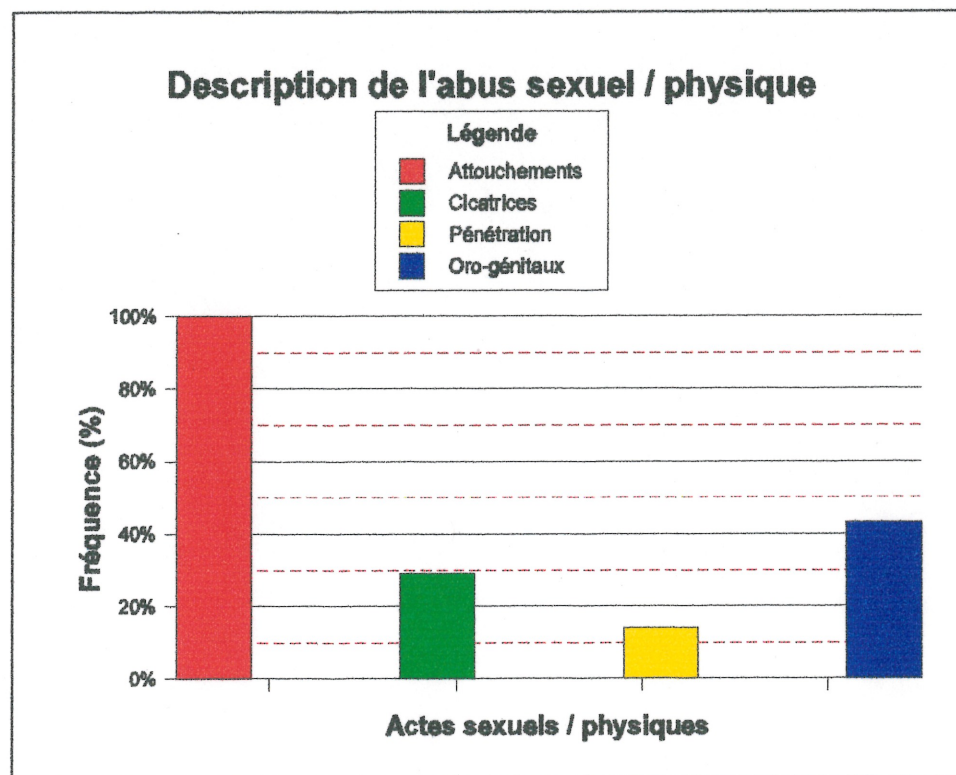


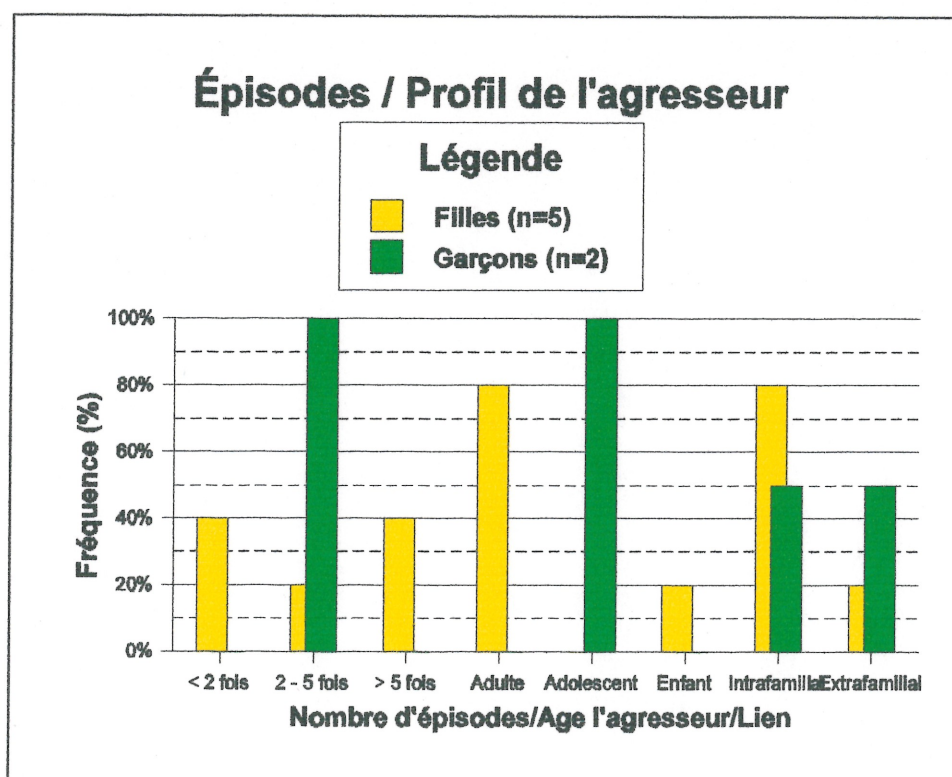
Figure 5. Résultats des sujets (n=7) abusés au questionnaire décrivant l'abus physique et sexuel

cas (14%) ayant été en plus pénétré par voie vaginale. En ce qui concerne les contacts oro-génitaux, ils sont commis dans 43% (n=3) des cas. Il faut préciser ici que ce dernier type d'acte sexuel implique autant le sexe oral que la masturbation puisqu'ils sont difficilement dissociables l'un de l'autre selon la description des victimes.

Bien qu'il soit difficile de déterminer le nombre d'épisodes et les circonstances entourant l'abus sexuel, il s'avère tout de même pertinent d'analyser les données recueillies qui sont présentées à la figure 6. D'après ces résultats, il semble que tous (100%) les garçons (n=2) aient été abusés entre deux et cinq fois comparativement à 20% (n=1) des filles pour la même fréquence. Par contre, on rapporte que 40% (n=2) des filles ont été victimes d'abus sexuels plus de cinq fois et dans la même proportion, certaines l'ont été moins de deux fois. Quant au profil de l'agresseur, les résultats sont plutôt étonnants. L'agresseur était soit un adulte, dans 43% (n=4) des cas, soit un(e) adolescent(e) dans une proportion de 29% (n=2) ou soit un enfant (n=1). Dans 80% (n=4) des cas, les filles ont un lien intrafamilial avec leur agresseur comparativement à 50% (n=1) des garçons.

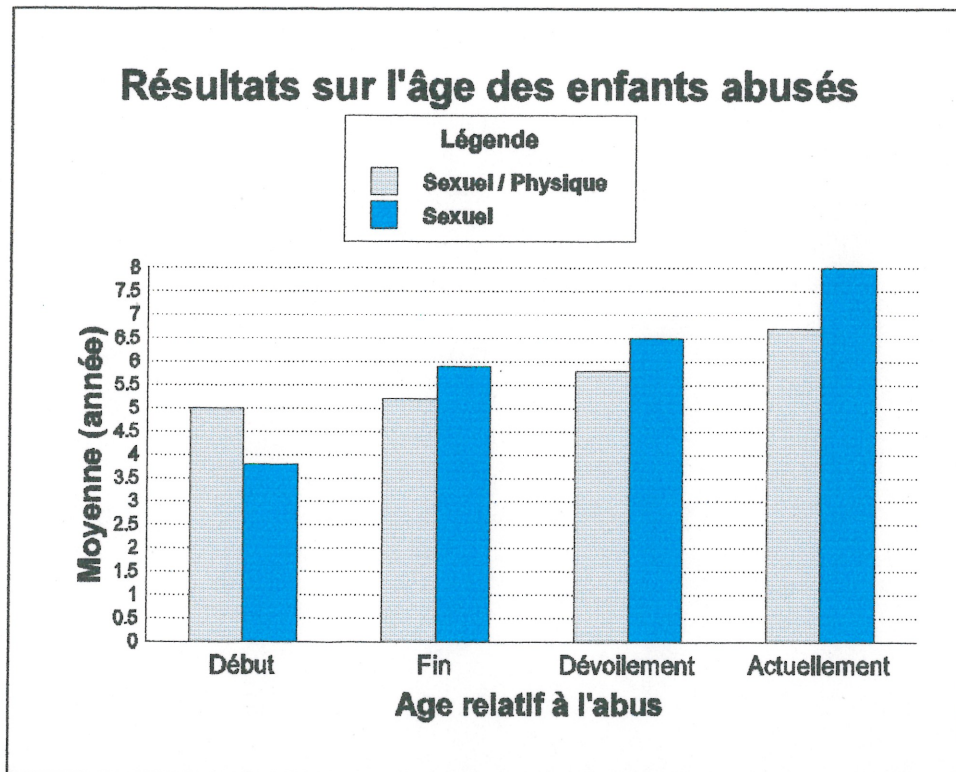
À la figure 7, on remarque que l'âge se distribue différemment selon s'il s'agit de l'abus sexuel exclusivement ou de celui qui s'accompagne également de l'abus physique. L'abus sexuel et physique, qu'on appellera ici « mixte », semble se présenter plus tard dans le développement de l'enfant soit vers l'âge de cinq ans alors que l'abus strictement sexuel se présenterait plus tôt vers l'âge de 3,8 ans. L'abus « mixte » se termine en moyenne vers l'âge de 5,2 ans, soit à peine quelques mois après qu'il ait débuté. De la même façon, il ne prend que quelques mois avant d'être dévoilé, l'âge moyen de la dénonciation de ces cas d'abus se retrouvant autour de 5,8 ans. En résumé, l'abus « mixte » a une durée moyenne entre deux à huit mois. Peut-on penser qu'il existe un lien entre les séquelles physiques observables et le dévoilement rapide? Cette question sera reprise au prochain chapitre. En ce qui concerne l'abus sexuel proprement dit, il se terminerait vers l'âge de 5,9

ans, soit un peu plus deux ans après son début. Suivant la même tangente, le dévoilement des cas d'abus sexuel se ferait avec un autre délai supplémentaire de six mois après la fin de ou des épisode(s). L'abus sexuel s'échelonne donc de 3,8 ans à 6,5 ans, d'où une différence importante avec l'abus impliquant l'aspect physique puisque ce dernier ne dure que quelques mois. Il existe un autre écart important à souligner, celui entre l'âge où le dévoilement a eu lieu et l'âge des enfants lors de l'expérimentation. Pour le groupe des victimes d'abus « mixte », cet écart représente environ près d'un an alors que cela se situe autour d'un an et demi pour l'abus sexuel proprement dit. Il n'est malheureusement pas possible de déterminer si les enfants abusés, peu importe leur type spécifique d'abus, ont reçu ou non des traitements ou des évaluations en regard de leur condition particulière. Une chose est cependant certaine, ils ont dû dénoncer l'abus pour pouvoir se retrouver dans cette étude.



**Figure 6. Résultats descriptifs relatifs à la fréquence des abus et au profil de l'agresseur**





**Figure 7.** Répartition de l'âge des sujets abusés (n=7) en fonction du début, de la fin et du dévoilement de l'abus et de leur âge actuel

### **3.4 Performance des sujets abusés et non-abusés aux différentes évaluations**

Dans la présente section, chaque variable étudiée sera traitée de façon isolée en fonction des résultats des groupes à l'évaluation. À l'annexe III on retrouve les scores bruts des évaluations de chacun des sujets.

Dans la plupart des cas, un test statistique non-paramétrique sur les quelques différences inter-groupes recueillies a été appliqué, celui de Mann Whitney U. Certains résultats significatifs ont été identifiés. On peut se référer au tableau II pour connaître les détails des valeurs calculées.

**Tableau II Comparaison des performances aux évaluations des sujets abusés et non-abusés avec le test de Mann-Whitney “U”**

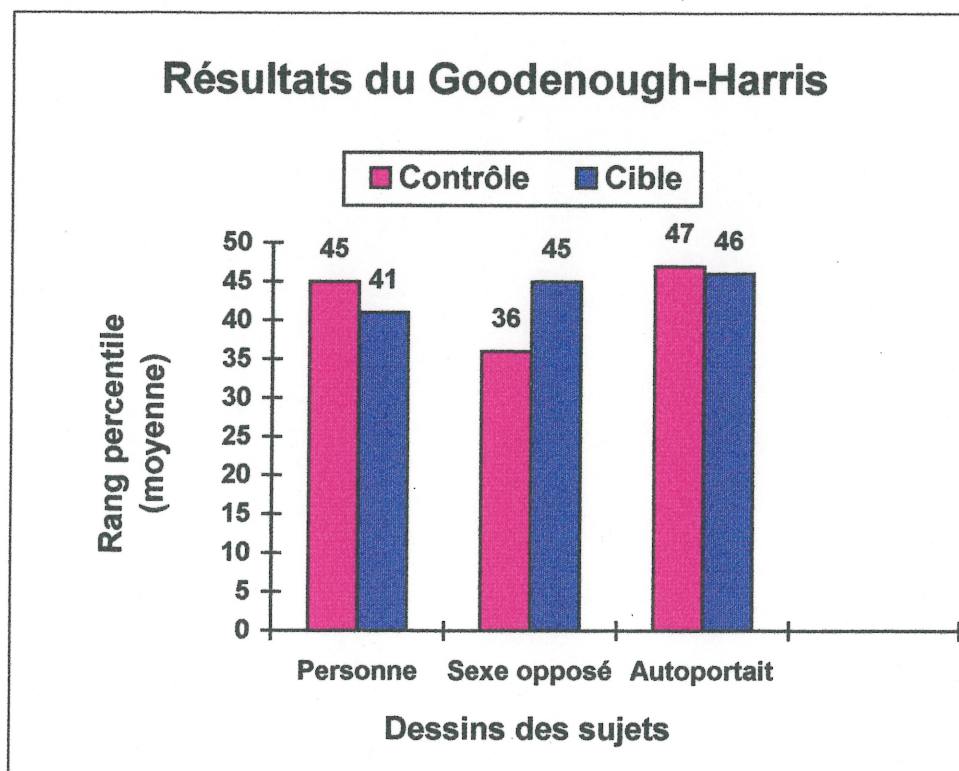
<b>Variables</b>	<b>Valeur critique de ‘U’</b>	<b>Valeur calculée de ‘U’</b>	<b>Valeur de ‘p’</b>
Intelligence (QI) globale	9	9	0.05*
QI verbal	9	8	0.0375*
QI non-verbal	9	21.5	> 0.10
Fonctionnement neurologique (QNST)	9	24.5	> 0.10
DAP: Dessin de la personne	9	17.5	> 0.10
DAP: Sexe opposé	9	26	> 0.10
DAP: Autoportrait	9	21	> 0.10

**NOTE:** \* Le seuil de signification accepté est de  $p \leq 0.05$

### **3.4.1 Analyse des dessins: mesure du développement**

Les trois dessins (« Draw-A-Person Test »: DAP) réalisés par chaque enfant ont été analysés à l’aveugle par deux psychologues. Dans un premier temps, l’analyse a été faite selon l’échelle de cotation de Goodenough-Harris qui mesure le niveau de développement de l’image corporelle. Aucune différence significative n’a été identifiée via le test de Mann-Whitney U ( $p > 0.10$ , tableau II). Néanmoins, les résultats obtenus, exprimés en moyenne et illustrés à la figure 8, indiquent que les deux groupes ont performé sensiblement de façon similaire à l’exception du dessin de sexe opposé. En effet, il semble que les enfants abusés sexuellement aient tendance à mieux définir leur image corporelle via leur dessin de la personne de sexe opposé que les enfants non-abusés. Les enfants du groupe cible ont performé globalement au 45e rang percentile, ce qui est tout près de la moyenne

(correspondant à 50) pour un rang percentile alors que les enfants du groupe contrôle ont plutôt eu tendance à se situer au-dessous de ces valeurs en obtenant une valeur moyenne de 36. Ce dernier résultat indique que les enfants du groupe contrôle ont davantage de difficultés à représenter les différentes parties du corps de leur personnage de sexe opposé. Ce type de résultat, plutôt étonnant, fait référence aux difficultés de recrutement précédemment citées et qui seront discutées au prochain chapitre. En contre partie, pour le dessin de la personne et l'autoportrait, les enfants du groupe contrôle ne démontrent guère un rendement beaucoup plus élevé que les enfants abusés. Les deux groupes ont obtenus des valeurs moyennes, se situant entre 45 et 47 pour les enfants non-abusés et, entre 41 et 46 pour le groupe cible.



**Figure 8.** Rangs percentiles obtenus par les sujets (N=13) aux trois dessins de la personne selon le Goodenough-Harris

### **3.4.2 Analyse des dessins: indices affectifs**

Étant donné que l'analyse des dessins via l'échelle de cotation de Koppitz, indiquant le nombre d'indices affectifs par dessin et reflétant des indices de distorsion possibles de l'image corporelle, ne représente pas une échelle ordinale, le test non-paramétrique de Mann-Whitney U ne peut être utilisé. Ainsi, seules les méthodes d'analyses descriptives ont été retenues. Selon les données présentées à la figure 9, les enfants abusés sexuellement ont présenté peu d'indices affectifs (0-2) dans leurs dessins dans 48% des cas, contrairement à seulement 33% des enfants non abusés. Paradoxalement, les enfants du groupe contrôle ont obtenu plus souvent que le groupe cible de trois à cinq indices affectifs par dessin, respectivement 50% des cas comparativement à 43%. Cette même tendance se maintient lorsque l'intervalle s'étend de six à huit indices par dessin puisque les enfants du groupe contrôle obtiennent une fréquence de 17% comparativement à seulement 9% des enfants du groupe cible. Si on se fie à ces résultats, il semblerait que les enfants abusés sexuellement soient moins perturbés au niveau de leur image corporelle qu'on ne le pensait au départ. Leurs dessins semblent plutôt indiquer qu'ils ont bien intégré leur perception et représentation mentale de leur propre corps sans même la teinter de leur perturbation affective. Aucun indice de distorsion de leur image corporelle n'a pu être identifiée via l'analyse de leurs dessins par l'échelle de Koppitz.

### **3.4.3 Développement cognitif**

L'évaluation du développement cognitif au WISC-III révèle que les deux groupes ont obtenus des résultats assez comparables (figure 10), suivant une courbe normale. La valeur descriptive utilisée pour comparer les différences inter-groupes est la moyenne. Après les calculs statistiques effectués à l'aide du test statistique non-paramétrique de Mann-Whitney "U" (tableau II), on est en mesure de constater qu'il existe une différence significative (valeur de  $p = 0.05$ ) au niveau de la performance globale des

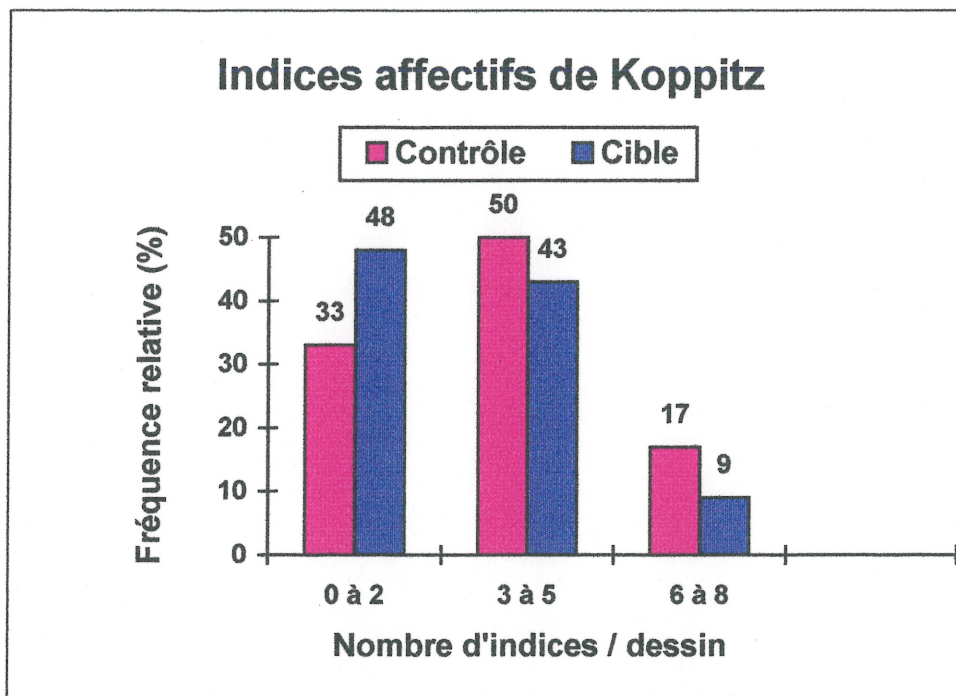


Figure 9. Pourcentage de sujets (N=13) à présenter des indices de perturbation affective dans leurs dessins selon l'échelle de Koppitz

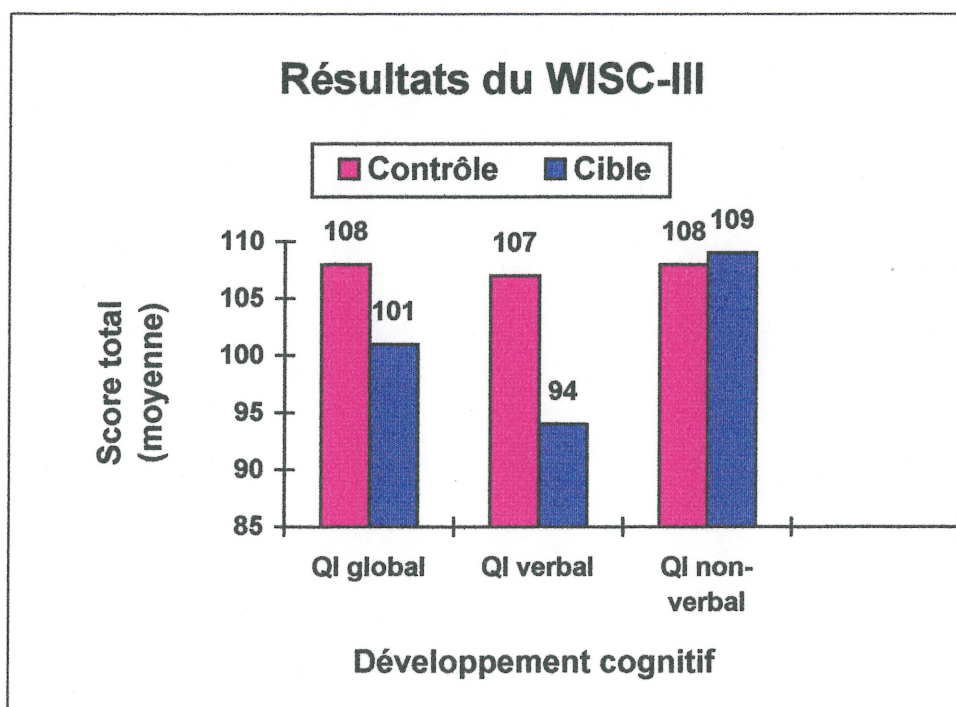
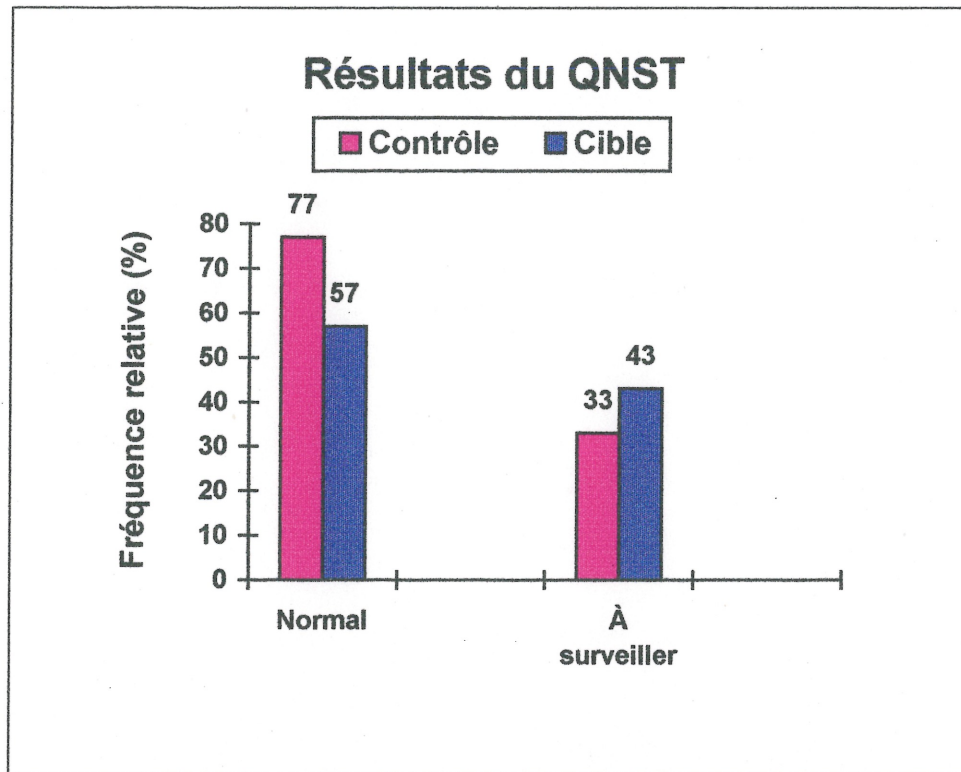


Figure 10. Les résultats globaux des sujets (N=13) exprimés par la moyenne de chacun des groupes au test d'intelligence du WISC-III

enfants au test d'intelligence. Ainsi, les enfants du groupe contrôle semblent légèrement mieux performer que ceux du groupe cible, obtenant une moyenne de 108 comparativement à 101. Ces résultats classent la majorité des enfants de l'étude au niveau d'une intelligence moyenne (QI = entre 90 et 110). Par contre, on obtient une différence d'autant plus significative ( $p \leq 0.05$ ) entre les deux groupes pour le QI verbal. Le groupe cible a obtenu une moyenne de 94, le situant au-dessous du groupe contrôle qui a obtenu 107 pour la même portion du test. Ce qui signifie un écart de 13 points entre les deux groupes pour l'aspect verbal du test. Les enfants abusés ont donc un quotient intellectuel verbal plus faible comparativement aux enfants du groupe contrôle. Finalement, au niveau non-verbal, les deux groupes performant quasi au même niveau, obtenant respectivement pour le groupe contrôle et le groupe cible les valeurs moyennes de 108 et 109. Cette dernière différence obtenue n'est pas statistiquement significative ( $p > 0.10$ ).

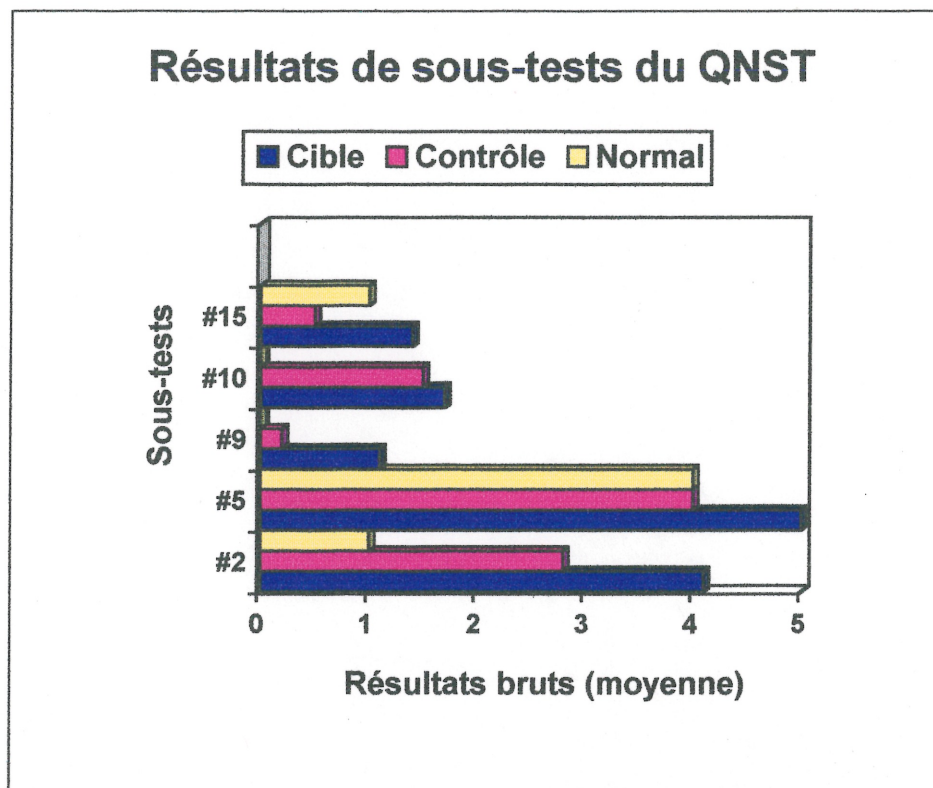
#### **3.4.4 Le fonctionnement neurologique**

Le fonctionnement neurologique a été mesuré par le QNST qui propose trois catégories correspondant aux scores totaux: 1- normal: score total = 0 à 25; 2- à surveiller (« suspicious »): score total = 26 à 50; 3- élevé (« high »): score total > 50. Pour le score global des sujets au QNST, les deux groupes ont obtenu des résultats comparables. Étant donné que le test de Mann-Whitney U indique qu'il n'existe aucune différence significative ( $p > 0.10$ , tableau II) entre les deux groupes, la fréquence relative a été retenue pour illustrer certaines particularités observées. Ainsi, tel qu'illustré à la figure 11, il est possible que les enfants abusés sexuellement soient légèrement plus à risque de présenter des signes d'organicité et de développer des troubles d'apprentissage puisqu'ils se retrouvent un peu plus souvent (43%) dans la catégorie « à surveiller » comparativement à 33% des enfants non-abusés.



**Figure 11. Pourcentage de sujets (N=13) en fonction des scores globaux obtenus au test de dépistage neurologique du « Quick Neurological Screening Test » (QNST)**

Si on regarde de plus près les résultats bruts (annexe III), on s'aperçoit qu'il y a trois sous-tests (#2 « Figure Recognition and Production », #9 « Rapidly Reversing Repetitive Hand Movements » et #10 « Arm and Leg Extension ») qui ont été réussis au-dessus de la limite "normale" par les deux groupes de l'étude. Ce qui signifie certaines difficultés qui seront plus loin détaillées. Aussi, deux autres sous-tests (#5 « Sound Patterns » et #15 « Behavioral Irregularities ») ont été performés de façon particulière par le groupe cible. L'ensemble de ces résultats est illustré par la moyenne de chaque groupe à la figure 12. De plus, afin de pouvoir mieux comprendre ces données, il faut regarder et analyser ce que chaque sous-test évalue spécifiquement.



**Figure 12.** La moyenne des résultats bruts des sujets (N=13) et la limite "normale" de cinq sous-tests spécifiques du QNST

**« Figure Recognition and Production » (sous-test #2)**

Ce sous-test #2 consiste à demander à l'enfant de nommer et de dessiner les cinq figures géométriques présentées. Cette tâche évalue particulièrement la capacité d'attention, la discrimination visuelle, la perception visuelle, la planification motrice, le contrôle de la motricité fine, la coordination oculo-motrice et la maturité motrice générale. Selon les auteurs du QNST (Mutti et coll., 1978), les limites de la normale de ce sous-test se situent entre zéro (0) et un (1). Or, le groupe cible a obtenu une moyenne nettement supérieure à ces valeurs avec un résultat de 4,1 (figure 12). Aussi, le groupe contrôle a également dépassé la borne supérieure de la catégorie dite normale en obtenant une moyenne de groupe de 2,8 (figure 12). L'ensemble de ces résultats semblent donc indiquer que les sujets de l'étude



présentaient en assez forte proportion des difficultés au niveau de leur intégration visuo-motrice.

Aussi, plusieurs auteurs s'accordent à dire que les filles réussissent cette tâche plus tôt dans leur développement que les garçons (Binet & Simon, 1973; Frostig, 1972; Ilg & Ames, 1964). Ce qui n'est pas tout à fait le cas dans les deux groupes étudiés où les filles ont plutôt échoué comparativement aux garçons (annexe III). Selon d'autres auteurs (Binet, 1973; Ilg & Ames, 1964), l'enfant âgé de sept (7) ans devrait être en mesure de dessiner les cinq figures sans difficultés majeures. Là aussi, les résultats enregistrés par les sujets de l'étude ne semblent pas indiquer que l'âge de sept ans soit garant du succès. En fait, autant dans le groupe contrôle que dans le groupe cible, l'âge ne semble pas un facteur qui influence si positivement la performance des sujets. Il semble y avoir d'autres éléments qui viennent nuire au rendement des sujets.

#### **« Sound Patterns » (sous-test #5)**

Le sous-test « Sound Patterns » évalue davantage la perception auditive de l'enfant et sa capacité motrice (sa praxie) à reproduire une séquence auditive. Le résultat normal attendu pour cette épreuve varie entre zéro (0) et quatre (4). Or, la moyenne (figure 12) enregistrée par les enfants abusés est de 5,0 comparativement à 4,0 pour ceux du groupe contrôle. Les sujets abusés de l'étude pourraient donc avoir plus de chances de présenter des problèmes de perception auditive. Au contraire, la grande majorité des enfants du groupe contrôle réussissent cette tâche dans les limites acceptables prévues par le test et ne semblent pas présenter de problèmes au plan auditif.

### **« Rapidly Reversing Repetitive Hand Movements » (sous-test #9)**

Ce sous-test mesure la diadococinésie de l'enfant. Celle-ci est décrite ici comme l'habileté à accomplir rapidement certains comportements, comme la pronation et la supination alternatives du poignet (Garnier & Delamare, 1985). Les composantes de cette tâche sont: la symétrie, le rythme, l'amplitude et la précision des mouvements. Denhoff (1968) rapportent que les enfants âgés de six à sept ans et demi réussissent cette épreuve dans 95% des cas. C'est-à-dire qu'ils obtiennent un score brut à ce sous-test de zéro (0). Or, la moyenne des enfants du groupe cible ont obtenu un score brut autour de 1,1 (figure 12). Les enfants abusés semblent donc plus susceptibles de présenter des difficultés de diadococinésie dans une proportion de 57% (annexe III), reflétant possiblement un retard spécifique du développement moteur. Frank & Levinson (1976) associe ce symptôme avec une dysfonction cérébro-vestibulaire. Toutefois, le groupe contrôle a aussi présenté certaines difficultés à réussir ce sous-test puisqu'il obtient une moyenne de 0,2 (figure 12) comme score brut. Ce qui signifie que les enfants non-abusés de cette étude présentent des difficultés de diadococinésie dans près de 18% (annexe III) des cas. Ce qui fait encore état des problèmes de recrutement des sujets du groupe contrôle et de l'impossibilité de pouvoir tirer toute conclusion.

### **« Arm and Leg Extension » (sous-test #10)**

Dans le sous-test #10, on évalue entre autres le tonus musculaire tant au niveau des membres inférieurs que supérieurs. On observe également la présence ou non de syncinésies tant au niveau du visage que de l'ensemble du corps. La limite normale attendue comme résultat brut à cette épreuve varie entre zéro (0) et un (1). Toutefois, tel qu'illustré à la figure 12, les deux groupes ont là aussi obtenu des résultats comparables où le groupe cible a légèrement un peu plus échoué (moyenne = 1,7) comparativement au groupe contrôle (moyenne = 1,5). Conséquemment à des difficultés à performer

adéquatement au « Arm and Leg Extension », certains auteurs rapportent une probabilité d'avoir des difficultés à lire dans 90% des cas (Schour & Clemmens, 1974). D'autres suggèrent que s'il y a un bras placé plus haut que l'autre, cela indique la force exercée par l'hémisphère cérébral dominant (Kenny, 1971; Kennard, 1960). Donc, l'enfant qui écrit avec une autre main que celle qui était surélevée par rapport à l'autre, travaille contre courant; son cerveau a de la difficulté à traiter et à intégrer l'information recueillie puisqu'elle est contradictoire.

### **« Behavioral Irregularities » (sous-test #15)**

Le sous-test #15 n'exige pas de tâches spécifiques mais fait plutôt appel au sens d'observation de l'administrateur du test. Celui-ci doit noter et coter tous les comportements qui sont particulièrement irréguliers chez l'enfant. À titre d'exemple, on note si l'enfant est défensif, retiré ou au contraire, impulsif, anxieux et volubile. En principe, le résultat "normal" pour cette partie se situe entre zéro (0) et un (1). Le groupe contrôle se retrouve dans cette catégorie en obtenant une moyenne de groupe égale à 0,5 (figure 12). Cependant, dans le cas des enfants abusés sexuellement de l'étude, leur moyenne atteint 1.5 (figure 12). Ce qui situe le groupe cible légèrement au-dessus de la catégorie dite "normale" pour ce sous-test. Ainsi, il semble bien que les enfants abusés sexuellement aient un peu plus de chance de présenter des comportements irréguliers dans 43% (annexe III) des cas dont les plus fréquemment rencontrés sont: l'impulsivité, la timidité, l'anxiété et la distraction.

### **3.5 Synthèse des résultats**

Les résultats des sujets à l'évaluation de la variable dépendante, l'image corporelle, révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre les scores des deux groupes (tableau II, figure 9). Toutefois, les sujets abusés sexuellement semblent présenter plus de difficultés au niveau du dessin de

sexe opposé où les résultats exprimés en rang percentile indiquent un certain déficit sur le plan de l'intégration des diverses parties du corps.

Dans l'ensemble des variables modératrices choisies, seuls les résultats au niveau du rendement global et verbal du fonctionnement cognitif sont statistiquement différents entre les deux groupes (figure 10, tableau II).

D'après les résultats, il semble ne pas y avoir de relation entre la variable indépendante (l'abus sexuel et physique) et la variable dépendante (l'image corporelle). Toutefois, certains indices de dysfonctions motrices et neurologiques semblent pouvoir y être reliés.

CHAPITRE 4  
DISCUSSION

La discussion débutera d'abord avec les limites méthodologiques qui ont influencé les résultats de cette étude. Puis, elle se poursuivra selon les données recueillies au niveau des éléments se rapportant à l'abus. Par la suite, les résultats obtenus sur l'image corporelle, le développement cognitif, et le fonctionnement neurologique seront discutés. Finalement, une synthèse des points importants soulevés dans la discussion viendra compléter le chapitre.

#### **4.1 Limites méthodologiques**

Comme première limite méthodologique, il faut souligner le petit nombre de sujets. Ce qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus mais plutôt de décrire et d'analyser les faits constatés en terme de phénomène.

À titre de seconde limite, on peut penser au recrutement en tant que tel. En effet, le recrutement fut long (échelonné sur 10 mois) et pénible. Il était évident que certains intervenants sociaux ne faisaient pas appel aux parents d'enfants abusés, soit par oubli, surcharge de travail, manque d'intérêt envers la recherche ou encore, parce qu'ils voulaient surprotéger les enfants abusés. Effectivement, certains intervenants ont avoué ne pas vouloir raviver le traumatisme en invitant les victimes à participer au projet de recherche, perpétuant le silence et le cloisonnement de l'abus sexuel tout en alimentant le sentiment de honte et de culpabilité qui lui est rattaché.

Le recrutement fut tellement difficile que certains intervenants, par leur implication, ont contribué à recruter des sujets non désirables pour le projet. Par exemple, l'intervention de la psychologue scolaire a eu pour conséquence le recrutement de sujets du groupe contrôle présentant des troubles d'apprentissage. Il semblerait que cette intervenante s'attendait en échange de son implication à des services d'évaluation psychométrique gratuits. De plus, étant donné que l'auteur était aussi évaluateur dans l'étude, il y avait un plus grand risque de contamination des données.

Conséquemment, la pénurie des sujets étant tellement difficile à contrer, tous les sujets recrutés ont dû être inclus dans l'étude. Ce qui a eu pour effet d'amener une plus grande hétérogénéité des groupes, rendant la tâche plus difficile pour analyser et comparer les données recueillies.

Un autre élément important ayant eu un impact sur la validité de l'étude est celui relié à l'effet de maturation entre le temps où le dévoilement de l'abus sexuel a été fait et le temps où l'expérimentation a eu lieu car pour la plupart des sujets il y a eu une thérapie de groupe entre les deux étapes.

Une autre limite pouvant être identifiée relève du fait d'obtenir des renseignements de la part du parent et non du dossier médico-légal. Ce qui a eu pour effet de biaiser, dans certains cas, quelques données. À titre d'exemple, certains enfants présentaient plusieurs signes indiquant un trouble d'apprentissage selon leurs résultats au "Quick Neurological Screening Test" (QNST) ou parce qu'ils avaient repris une année scolaire alors qu'à la question du questionnaire s'adressant spécifiquement aux troubles d'apprentissage, le parent niait ou avait omis de répondre affirmativement.

Comme avant-dernière limite, on doit souligner celle en rapport avec le choix des outils. L'instrumentation en rapport avec le QNST présente une certaine lacune puisqu'il a fallu traduire pour pouvoir administrer le test, affectant ses qualités métrologiques. Certaines adaptations tenant compte du facteur culturel concernant l'administration du test seraient souhaitables. Quant au choix du dessin comme outil permettant d'évaluer l'image corporelle selon les deux échelles de cotation choisies soient celle de Goodenough-Harris et de Koppitz, on ne peut pas dire que cela fut réussi puisque la validité et la fidélité des échelles de cotation retenues sont plutôt pauvres si on en juge les résultats de l'étude.

Finalement, il est possible que la validité de l'étude ait été influencée par la réaction des personnes approchées face au devis expérimental qui stipulait que la recherche se déroule dans un hôpital psychiatrique. Ce type de milieu peut paraître fort intimidant pour certains, contribuant à dissuader certains sujets potentiels ou rendant plus anxieux ceux qui ont bien voulu y participer.

#### **4.2 Données relatives à l'abus**

Selon cette étude, 71% des victimes d'abus sexuel étaient des filles et 29% des garçons. Cette distribution de l'échantillon correspond à l'étude de Messier et Zeller (1987) qui ont trouvé que 70 à 80% des enfants abusés sexuellement recensés étaient des filles. Et contrairement aux garçons, les filles sont plus souvent agressées sexuellement par quelqu'un qui entretient un lien familial avec elles (Finkelhor, 1984). Dans la présente étude, cela s'est produit dans 80% des cas ( $n = 4$ ). Ainsi, l'abuseur étant soit le père ou un membre de la famille, le dévoilement de l'abus par l'enfant amène l'éclatement du noyau familial. Ces chiffres reflètent donc une réalité qui témoigne d'un tabou universel où les filles sont les principales victimes. Et bien que l'incidence de l'abus sexuel continue d'être difficile à estimer et à évaluer, il semble que maintenant il soit plus accessible d'obtenir une meilleure estimation des cas réels d'abus puisqu'il existe actuellement des mesures (via entre autres certains organismes communautaires) permettant un dépistage de plus en plus efficace et efficient.

Concernant le profil de l'abuseur identifié chez les sujets de cette étude, il semblerait que les hommes représentent encore la plus forte proportion soit de 86% ( $n = 6$ ). La littérature (Faller, 1989; Finkelhor, 1986; Green, 1993;) fait souvent mention que l'agresseur sexuel est dans près de 90% des cas un homme. Aussi, on rapporte que ces mêmes hommes abuseurs auraient été victimes d'abus sexuel dans leur enfance (Green, 1993). Par contre, il n'existe pas toujours de lien de cause à effet entre l'abus sexuel infantile et le



potentiel d'abuser ultérieurement les autres sur le plan sexuel. Cependant, au profil de l'agresseur connu s'ajoute certains éléments encore peu explorés dans les recherches antérieures, celui du jeune âge de certains abuseurs. En fait, les données de l'étude démontrent que les adultes représentent 57% (n=4) des abuseurs mais que 29% (n=2) sont des adolescents et 14% (n=1) des enfants. Peut-on penser que ces jeunes abuseurs avaient été victimes d'abus sexuel? Ces chiffres soulève bien des questions qui sont laissées pour le moment sans réponse mais qui méritent une attention toute particulière en s'y intéressant via d'autres études ultérieures.

D'après certaines études américaines (Faller, 1989; Fore & Homes, 1984; Finkelhor, 1986), l'âge moyen des victimes d'abus sexuel se situe autour de six ans. Dans cette étude, l'âge moyen où commence l'abus sexuel se situe davantage autour de 3,8 ans et prend fin vers 5,9 ans pour être dénoncé à 6,5 ans. Lorsqu'on ajoute à cela l'abus physique, la période raccourcit drastiquement, s'échelonnant de l'âge de 5 à 5,8 ans incluant le début et le dévoilement des abus. Ne peut-on penser que plus l'abus laisse des traces apparentes, observables, mesurables et quantifiables, moins il risque de perdurer? Il est difficile de répondre à cette question. Cependant, dans certains cas, les enfants sont victimes d'abus physiques violents par les membres de leur propre famille, laissant des traces apparentes mais dont les preuves sont dissimulées sous les vêtements ou par les absences. Ainsi, une séquelle apparente, mesurable et quantifiable n'aide pas nécessairement l'enfant à mettre un terme à ce cauchemar. Il peut demeurer longtemps isolé avec ses propres séquelles tant physiques, psychologiques que sociales sans que personne de l'extérieur ne suspecte quoique ce soit.

Parmi les enfants du groupe cible, certains (n=4) d'entre eux ont été victimes d'une forme d'intrusion, plusieurs (n=5) avaient un lien affectif significatif avec l'agresseur alors que d'autres (n=3) ont été également victimes d'une agression physique. Russel (1986) a identifié trois facteurs importants qui déterminent la profondeur de l'impact du traumatisme causé

par l'abus sexuel: le degré d'intrusion relié à des actes sexuels spécifiques, l'étroitesse du lien émotif et le niveau de force physique ou de violence utilisée durant l'abus. Malgré que ces trois (3) éléments furent parfois présents chez certains sujets de cette étude, les données recueillies ne permettent pas de mesurer l'impact traumatique de l'abus sexuel. D'un autre côté, certains sujets ont possiblement été plus traumatisés que d'autres. Conséquemment, cet autre élément pourrait biaiser encore une fois l'interprétation de certains résultats visant à mesurer l'impact de l'abus sur l'image corporelle. De plus, étant donné que certains enfants de l'étude ont possiblement reçu un traitement quelconque avant de participer à cette étude, il est fort probable que cela contraste les résultats obtenus.

Dans la présente étude, les actes sexuels spécifiquement rapportés démontrent que plus il y a intrusion physique dans le corps de l'enfant (ex: pénétration, sexe oral) plus la fréquence (< 2 fois) des gestes posés diminue et plus ils sont rapportés tardivement (dévoilement près d'un an après que l'abus ait pris fin). Malheureusement, la littérature actuelle ne fait pas réellement mention d'un tel type de phénomène.

#### **4.3 Développement de l'image corporelle**

Tel que mesuré à l'épreuve du dessin, les enfants abusés de cette étude auraient tendance à mieux ou tout autant intégrer les diverses parties de leurs corps que les enfants non-abusés. Curieusement, les enfants du groupe cible ont même obtenu des résultats supérieurs, bien que statistiquement non significatifs (moyenne = 45e rang percentile) lorsqu'ils ont dessiné une personne de sexe opposé. Cependant, ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par Jones (1989) qui avait trouvé que 61% des enfants abusés sexuellement présentaient des retards dans leur développement de leur image corporelle via leurs dessins. Toutefois, tel que précédemment mentionné dans ce mémoire, il aurait été fort pertinent de

savoir si ces mêmes enfants abusés avaient reçu une forme de traitement avant de participer à cette recherche étant donné que la majeure partie d'entre eux ont été recrutés par l'entremise d'un centre de traitement en abus sexuel qui avait ou devait offrir un groupe de thérapie à l'enfant. Dans un tel cas, cela pouvait influencer le niveau de conscience de l'enfant face à son propre corps et à la situation d'abus. Car, effectivement la plupart des traitements offerts aux jeunes victimes d'abus sexuel incluent l'enseignement de divers mécanismes d'auto-protection et d'affirmation, ayant peut-être un impact positif sur le développement de l'image corporelle de ces jeunes. De plus, le fait d'avoir un délai de plus d'un an pour bien des cas entre le moment où le dévoilement fut fait et la réalisation de l'étude permet peut-être d'observer un impact moins grand sur le développement corporel des enfants abusés.

Les données recueillies à partir des dessins vont peut-être davantage dans la même direction que les travaux de Sturkie (1983) qui proposa que plus l'enfant abusé dessine son corps, plus il apprend à développer des habiletés perceptivo-motrices correspondant à son niveau d'âge et à connaître les différentes parties de son corps. Donc, on peut peut-être supposer que si les enfants recrutés se sont prêtés régulièrement à un tel exercice avant de participer au projet de recherche, les résultats s'en trouvent davantage biaisés.

D'un autre côté, si les enfants abusés ont été tout de suite crus par leur entourage, validés dans leur expérience corporelle, affective, sociale, bref, multidimensionnelle, cela a sûrement eu un impact positif sur l'intégrité de leur image corporelle. Aussi, il est également possible que les parents des enfants recrutés n'avaient pas en main toutes les informations liées à l'abus dû entre autres au jeune âge des victimes et que par conséquent ils aient sous-estimé ou surestimé l'ampleur des séquelles réelles. Car, en effet, la plupart des parents interrogés avançaient l'idée que leur enfant avait été plus sévèrement abusé que ne le rapportait les faits et semblaient en

même temps terrifiés qu'une telle chose ait pu arriver sous leur toit et à leur insu. Donc, ils pouvaient aussi nier, rationaliser, en regard de la situation problématique afin de ne pas ressentir un sentiment de culpabilité trop envahissant, présentant ainsi un biais sur la réalité de l'abus.

Koppitz (1984) avança l'idée que des indices d'une perturbation affective et de distorsion de l'image corporelle étaient présents dans moins de 16 % des dessins d'enfants « normaux ». Ce qui amenait à penser que les enfants abusés sexuellement présenteraient plus de 16% d'indices de ce genre dans leurs dessins. Ce qui ne fut pas le cas. Comme pour l'étude de Hibbard et Hartman (1990), il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes à l'étude. Au contraire, les enfants dits « normaux » de l'étude ont présenté de nombreux indices affectifs selon l'échelle de Koppitz. Le problème de recrutement dont il a été question au précédent chapitre et les autres limites méthodologiques de cette étude peuvent certainement expliquer de tels résultats.

#### **4.4 Développement cognitif**

Les sujets du groupe cible ont obtenu à l'égard de leur fonctionnement cognitif des résultats (tableau II p. 54, figure 10 p. 57) qui sont à la fois similaires et différents des sujets du groupe contrôle. Au niveau global, les enfants abusés ont un quotient intellectuel légèrement inférieur (moyenne = 101) à ceux non-abusés (moyenne = 108). Ceci correspond à un résultat statistiquement significatif qui va dans le même sens que les résultats d'Einbender et Friedrich (1989), identifiant que les enfants abusés ont un développement cognitif et académique plus difficile que les enfants non-abusés. D'un autre côté, ces résultats n'abondent pas vraiment dans le même sens que Bowlby (1978), démontrant que les enfants abusés ont d'importants retards intellectuels.

Par contre, au plan verbal, les résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par plusieurs chercheurs (Friedrich et coll., 1983; Salzinger et coll., 1984; Tarter et coll., 1984; Carrey et coll., 1995) et sont également significatifs sur le plan statistique ( $p = 0.0375$ ). À savoir, les enfants du groupe expérimental obtiennent un QI verbal (moyenne = 94) inférieur en rapport avec le groupe contrôle (moyenne = 107). Lewis (1992) a tenté d'expliquer cette différence par le fait que les enfants maltraités sont moins capables d'exprimer leurs émotions avec des mots. Ne peut-on penser que les enfants agressés proviennent d'un milieu moins stimulant sur le plan verbal? Qu'ils sont plus isolés donc moins enclins à développer leurs habiletés d'expression et de compréhension verbales? Ou tout simplement parce que l'abus sexuel survient en très bas âge (début à 3,8 ans), correspondant à la période critique pour développer le langage et la socialisation?

Sur le plan non-verbal, les résultats obtenus (moyennes = 108 et 109), bien qu'ils ne soient pas statistiquement significatifs, indiquent que les deux groupes fonctionnent bien.

#### **4.5 Fonctionnement neurologique**

Bien qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été établie entre les deux groupes de l'étude, il semble bien que les enfants abusés à la fois sexuellement et physiquement obtiennent un score global ( $> 25$ ) plus élevé au QNST, pouvant se traduire par un risque plus élevé de présenter certains troubles d'apprentissage ou un trouble neurologique. Les résultats de Martin (1974) abondent dans le même sens. Il n'avait pas trouvé de corrélation réelle entre l'abus physique et la présence d'un trouble d'apprentissage. Par contre, Bishop (1986) avait obtenu des résultats significatifs indiquant une corrélation positive entre ces deux mêmes entités.

Concernant les données descriptives mais non significatives relatives aux différents sous-tests du QNST soulignés dans le précédent chapitre, il semblerait que les sujets du groupe cible présentent presque aussi souvent des difficultés que le groupe contrôle en matière d'intégration visuo-motrice, de diadococinésie et de tonus musculaire. On peut se questionner quant aux similitudes retrouvées chez ces deux groupes. Probablement que les problèmes de recrutement en explique une bonne partie. Toutefois, une chose est certaine, lorsque l'enfant débute sa carrière scolaire, il commence à raffiner de plus en plus la précision et la coordination de ses mouvements. Ainsi, au plan moteur, il se produit des changements importants dans le développement de l'enfant qui pourraient peut-être expliqués de telles similitudes.

De plus, comme les résultats spécifiques au QNST l'indiquent, il semblerait que les enfants abusés sexuellement de cette étude soient plus enclins à présenter des difficultés au niveau de la diadococinésie dans une proportion de 57% (n =4) comparativement à 5% des sujets « normaux » dans la population générale (Denhoff, 1968). Cette habileté, lorsqu'elle est déficitaire chez les enfants abusés, peut avoir pour conséquence de nuire à leur apprentissage de l'écriture ou d'autres activités de la vie quotidienne. Mais existe-t-il un lien entre les troubles d'apprentissage reliés à une pauvre diadococinésie et les enfants abusés sexuellement? Étant donné que l'ergothérapeute est amené bien souvent à évaluer les diverses sphères du développement de l'enfant, il serait souhaitable que d'autres études puissent se pencher sur ce type de questions afin de mieux connaître les acquisitions spécifiques du développement de ces enfants, en accordant une attention toute particulière à certains éléments comme la diadococinésie puisque cela s'avère un phénomène plutôt inattendu et non documenté dans la littérature actuelle.

Selon les résultats obtenus, il semble que les enfants abusés sexuellement de l'étude courent plus de risques de présenter des problèmes

de perception auditive (sous-test #5) ou d'inattention auditive. Peut-être existe-t-il un lien quelconque entre cette difficulté particulière et leur pauvre quotient intellectuel verbal? Est-ce que le fait d'avoir des difficultés sur le plan auditif n'amènent pas ces mêmes enfants à développer un trouble du langage? D'un autre côté, il n'est pas rare de constater que les enfants ayant échoué à l'épreuve de « Sounds Patterns » présentent plus d'otites à répétition (Holm & Kunze, 1969; Mortimer, 1976; Paradise, Smith & Bluestone, 1976), ce qui est susceptible d'indiquer que l'enfant n'a pas nécessairement une surdité réelle mais une certaine forme d'inattention auditive.

Parallèlement à cela, quelques comportements notés spécifiquement au dernier sous-test (#15) du QNST ont été relevés chez certains enfants abusés de cette étude dont la passivité et la distraction, représentant les comportements les plus typiquement notés dans la littérature (Flynn, 1987) et associés à cette population, se traduisant également par de la timidité chez certains sujets de l'étude. De tels résultats concernant les comportements irréguliers des sujets abusés ne s'avèrent pas très surprenants étant donné qu'ils sont susceptibles de présenter divers troubles de la conduite ( Benward & Densen-Gerber, 1975; Conte & Schuerman, 1987; Fields, 1981). Ceci fait probablement référence à leur capacité plutôt limitée à communiquer verbalement leur anxiété, leur peur, l'ensemble de leurs émotions et l'état des faits relatifs au contexte de l'abus.

#### **4.6 Synthèse de la discussion**

L'ensemble de cette analyse ne peut en aucun temps être généralisé à la population générale des enfants victimes d'abus sexuel puisque la très grande majorité des résultats obtenus ne présente pas de différence significative sur le plan statistique. De plus, les problèmes de recrutement du groupe contrôle et les autres limites méthodologiques identifiées exigent que l'interprétation des données soit fort nuancée.

Néanmoins, il semblerait que ces victimes sont dans une grande proportion (70%) des filles qui se font le plus souvent agresser par un homme qui entretenait un lien familial avec elles. Le profil de l'agresseur semble rajeunir de plus en plus, bien que le sexe masculin demeure le plus prédominant. Étrangement, une certaine tendance semble indiquer que l'âge des victimes est de plus en plus jeune à moins que cela ne soit attribuable au meilleur dépistage de l'abus. Cependant, l'abus sexuel accompagné de l'abus physique semble durer moins longtemps que l'abus sexuel isolé. Un nouveau phénomène a également été observé et mériterait qu'on établisse une certaine relation entre les divers éléments impliqués: plus il y a intrusion corporelle, plus la fréquence des actes sexuels diminue et plus longtemps les épisodes d'abus se déroulent. De plus, il demeure toujours difficile d'évaluer l'impact traumatique de l'abus sur les résultats obtenus puisque cela s'avère un phénomène multifactoriel difficile à circonscrire.

Selon cette étude, il n'existerait pas d'indices affectifs susceptibles d'indiquer une distorsion de l'image corporelle des enfants abusés via leurs dessins. Cependant, il n'est pas dit qu'il n'en existe pas puisque le choix de la mesure est questionnable. Aussi, l'effet non négligeable de l'environnement social peut avoir eu un impact à la fois positif ou négatif, créant un biais méthodologique pouvant s'ajouter à la liste précédemment citée.

Sur le plan verbal et globalement, le développement cognitif semble être plus difficile chez les enfants abusés. D'ailleurs, ce sont là les deux seules valeurs significatives sur le plan statistique de toute l'étude. Au niveau non-verbal, les deux groupes de l'étude performant bien.

Aussi, les enfants victimes d'abus physique et sexuel auraient tendance à présenter plus de risque de développer un trouble d'apprentissage dont l'élément particulier est une pauvre diadococinésie. Ces mêmes enfants



présenteraient également un problème de perception auditive et de comportements irréguliers pouvant possiblement expliquer les troubles de la conduite si souvent identifiés chez eux.

À la suite de ces résultats, il ne semble pas exister de différence significative entre l'image corporelle des enfants abusés et celle des enfants non-abusés, telle que reflétée dans les dessins des deux groupes. Par contre, on peut s'interroger sur l'interrelation qui n'a pas été clairement établie entre les signes d'organicité minimales, le bon potentiel intellectuel et le développement de l'image corporelle. De plus, on peut avancer l'idée que certains enfants abusés peuvent démontrer un niveau d'intelligence normal bien qu'ils soient susceptibles de présenter certains risques de développer un trouble d'apprentissage mais sans que cela ait pour autant un impact significatif sur le développement de leur image corporelle.

## CONCLUSION

Bien que cette étude exploratoire, menée auprès d'enfants abusés et non-abusés et tous âgés entre six et neuf ans, n'a pas permis d'identifier statistiquement des indices révélant une distorsion de l'image corporelle, il n'en demeure pas moins que les résultats obtenus suggèrent des pistes fort intéressantes pour de futures recherches. À ce titre, les difficultés rencontrées par les enfants abusés sexuellement au niveau de l'intégration visuo-motrice, la perception auditive, la diadococinésie et de certains comportements particuliers, semblent indiquer de nouvelles avenues de recherche en ergothérapie, reflétant possiblement des indices d'une distorsion réelle de l'image corporelle chez ces enfants. Car, les enfants qui viennent à vivre des problèmes graves comme les mauvais traitements en portent les effets à court et à long terme. L'abus sexuel, selon sa gravité et sa durée, peut avoir des effets dévastateurs sur plusieurs plans du développement de l'enfant. Mais de quel ordre peuvent-être ces séquelles?

Si on veut aller au-delà des réponses simples, blâmantes ou des clichés, il demeure encore très difficile d'expliquer pourquoi, parmi des enfants soumis à des conditions similaires, certains deviendront eux-mêmes abuseurs tandis que d'autres exprimeront leur détresse autrement, en développant un trouble de la conduite par exemple.

Néanmoins, certains éléments demeurent encore peu explorés comme par exemple l'âge décroissant de l'abuseur sexuel. Vue en fonction des statistiques évolutives des dernières années, le nombre de voies de fait ou d'agressions sexuelles chez les jeunes semble augmenter de manière accrue et devient de plus en plus une caractéristique propre à la délinquance contemporaine.

À la lumière des différents résultats de cette étude et des réflexions que cela a suscité, il apparaît plutôt clair que le dessin n'est pas nécessairement un bon outil pour mesurer l'impact de l'abus sexuel et physique sur l'image corporelle des enfants. Toutefois, au plan clinique, il présente de nombreux avantages qui font de lui un outil projectif intéressant et pertinent dans le traitement des enfants traumatisés. En effet, l'évaluation et le traitement de cette clientèle demeure encore aujourd'hui une problématique complexe et les outils pour y parvenir sont quelque peu limités. Il reste beaucoup à faire afin de mieux circonscrire l'abus et l'image corporelle.

## RÉFÉRENCES

## Références

- Abraham, A. (1963). *Le dessin d'une personne: le test de Machover*. Paris: Éditions Delachaux & Diestlé.
- American Humane Association (1988). *Highlights of official child neglect and abuse reporting, 1986*. Denver: American Humane Association.
- Bagley, C. & Ramsey, R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcome and implications for social work practice. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 4, 33-47.
- Bagley, R. (1984). *Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes*. Ottawa, ministère fédéral de la Justice et Santé et Bien-être social.
- Beck, M & Bart, L. (1970). Inter-rater and test-retest reliability of a proportionality measure for the D-A-P. *Perceptual and Motor Skills*, 30, 89-90.
- Beezley Mrazek, P. (1991). Definition and recognition of child sexual abuse: historical and cultural perspectives. Dans P. Beezley Mrazek & C.H. Kempe, *Sexually abused children and their families*. Oxford: Pergamon Press.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D. & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Benward, J. & Densen-Gerber, J. (1975). Incest as a causative factor in antisocial behavior: An exploratory study. *Contemporary Drug Problems*, 4, 323-340.
- Berscheid, E., Walster, E. & Bohrnstedt, G. (1973). The happy American body: a survey report. *Psychology Today*, 7, 119-131.
- Binet, A. & Simon, T. (1973). *The development of intelligence in children*. New York: Arno Press.
- Bishop, F. (1975). Maltreatment of children; some unresolved problems. *Medicine Journal of Australia*, 2, 245.
- Bonnier, P.L. (1905). L'aschématie. *Revue de Neurologie*, 54, 605-621.
- Bowlby, J. (1978). *L'attachement et perte*. Paris: Presses universitaires de France, vol.1.

- Briere, J. (1984). *The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: defining a « post-sexual-abuse syndrome »*. Third National Conference on Sexual Victimization of Children, Washington, DC.
- Briere, J. & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 12, 51-59.
- Briere, J. & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma. Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 367-379.
- Brooks, B. (1985). Sexually abused children and adolescent identity development. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 410-420.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 1, 66-77.
- Brown, T.A., Cash, T.F., & Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the body-self relations questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 135-144.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the body-image: the Body-Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 887-892.
- Bruchon-Schweitzer, J. (1987). L'image du corps de 10 à 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C. *Bulletin de Psychologie* 40(382), 893-903.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1982). L'Image du corps chez les lycéens; Etude structurale et comparative. *Bulletin de Psychologie*, 35(355), 435-448.
- Burgess, E.J. (1988). Sexually abused children and their drawings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(2) 65-73.
- Carrey, N.J., Butter, H.J., Persinger, M.A. & Bialik, R.J. (1995). Physiological and cognitive correlates of child abuse. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1067-1075.
- Cash, T.F., Cash, D.W. & Butters, J.W. (1983). « Mirror, mirror, on the wall...? »: Contrast effects and self-evaluations of physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 351-358.
- Cash, T.F., Winstead, B.A. & Janda, L.H. (1986). Body image survey report: The great American shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-44.

- Casper, R.C., Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E.D. & Davis, J.M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60-66.
- Centre de documentation du Québec (1985, Mise à jour janvier 1994). *Code criminel*. Montréal: Wilson & Wilson.
- Chalin, C.G. & Lewittes, M. (1991). Medical assessment, treatment, and follow-up of sexually abused children. Dans C.R. Bagley & R.J. homlison, *Child sexual abuse: critical perspectives on prevention, intervention and treatment*. Toronto, ON: Wall & Emerson, pp. 79-120.
- Clark, P.N. & Allen, A.S. (1985). *Occupational Therapy for children*. St-L:ouis: C.V. Mosby Company, p. 148.
- Cofer, J.B. (1980). *Phantom breast concomitants among mastectomy patients*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University.
- Collingwood, T.R. & Willett, L. (1971). The effects of physical training upon self-concept and body attitude. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 411-412.
- Conte, J.R. & Berliner, L. (1987). Prosecution of the offender in cases of sexual assault against children. *Victimology: An International Journal*, 6(1-4), 102-109.
- Conte, J.R. & Schuerman, J.R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child abuse and Neglect*, 11, 201-211.
- Coons, P.M., Cole, C., Pellow, T.A. & Milstein, V. (1990). Symptoms of post-traumatic stress and dissociation in women victims of abuse. Tiré de *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 205-255). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Critchley, M. (1953). *The parietal lobes*. London: Arnold.
- Cull, J.G. & Hardy, R.E. (1971). Concurrent validation information on the Machover draw-a-person test. *Journal of Genetic Psychology*, 111, 211-215.
- Danielson, G.I. (1991). An initial reaction to the WISC-III. *Communiqué*, 23.
- Denhoff, E. (1968). The measurement of psychoneurological factors contributing to learning efficiency. *Journal of Learning Disabilities*, 1, 636-644.



- Dieffenbach, E.W. (1978). Koppitz' Human Figure Drawing (HFD) Test:: The reliability and clinical validity of its Emotional Indicators. PhD dissertation, southern Illinois University.
- Dobash, R.P. & Dobash, R.E. (1979). *Violence Against Wives: A Case Against the Patriarchy*. New York: Free Press.
- Dolto, F. (1948). Rapport sur l'interprétation psychanalytique des dessins au cours de traitements psychiatriques. *Psyché*, 17, 324-340.
- Douty, H.T., Moore, J.B. & Hartford, D. (1974). Body characteristics in relation to life adjustment body image and attitudes of college females. *Journal of Perceptual Motor Skills*, 39, 499-552.
- Dubowski, J.K. (1984). *Alternative models for describing the development of children's graphic work: Some implications for art therapy*. London: Tavistock Publishers.
- Dunn, J.A. (1967). Inter- and intra-rater reliability of the new Harris-Goodenough Draw-A-Man Test. *Perceptual and Motor Skills*, 24, 269-270.
- Egeland, B., Sroufe, A. & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse and neglect*, 7, 459-469.
- Einbender, A.J. & Friedrich, W.N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 57, 155-157.
- Engel, G.L. (1959). « Psychogenic » pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Evans, R., Ferguson, N., Davies, P., & Williams, P. (1975). Reliability of the Draw-A-Man Test. *Educational Research*, 18, 32-36.
- Faller, K.C. (1989). Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: How boy and girl victims differ. *Child Abuse & Neglect*, 13, 281-291.
- Farrel-Erickson, M. & Egeland, B. (1987). A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. *School of Psychological Review*, 16(2), 156-168.
- Fields, P.J. (1981, novembre). Parent-child relationships, childhood sexual abuse, and adult interpersonal behavior in female prostitutes. *Dissertation Abstracts International*, 42, 2053B.

- Finkel, K.C. (1987). Sexual abuse of children: an update. *Canadian Medical Association Journal*, 136, 245-252.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychologist: Results Practical*, 21, 325-330.
- Finkelhor, D. (1986). Sexual abuse: Beyond the family systems approach. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 2(2), pp. 53-65.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. & Korbin, J. (1988). Child abuse as an international issue. *Child Abuse & Neglect*, 12, 3-23.
- Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. (Vols. 1 & 2), Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Flynn, E.M. (1987). Preventing and diagnosing sexual abuse in children. *Nurse Practitioner*, 12(2), 47-65.
- Fore, C.V. & Holmes, S.S. (1984). Sexual abuse of children. *Nursing Clinics of North America*, 19(2), 329-341.
- Frank, J. & Levinson, H.N. (1976). Dysmetric dyslexia and dyspraxia. *Academic Therapy*, 11(2), 133-143.
- Friedrich, W.M., Urquiza, A.J. & Beilke, R. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 47-57.
- Friedrich, W., Beilke, R.I. & Urquiza, A.J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys: A comparison study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 21-28.
- Friedman, R.C., Hurt, S.W., Clarkin, J., Corn, R. & Aronoff, M.S. (1982). Sexual histories and premenstrual affective syndrome in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1484-1486.
- Fromuth, M.E. & Burkhart, B.R. (1989). Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse and Neglect*, 13, 533-542.
- Frostig, M. (1972). Visual perception, integrative functions, and academic learning. *Journal of Learning Disabilities*, 5, 1-15.

- Fuller, A.K. (1989). Child molestation and pedophilia. An overview for the physician. *Journal of the American Medical Association*, 261, 602-606.
- Fuller, G.R., Preuss, M. & Hawkins, W.F. (1970). The validity of the Human Figure Drawings with disturbed and normal children. *Journal of School Psychology*, 8, 54-56.
- Garbarino, G., Guttman, E. & Seeley, J. (1986). *The psychologically battered child: Strategies for identification, assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gardner, H. (1980). *Gribouillages et dessins d'enfants: leur signification*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Garnier, M. & Delamare, V. (1985), 21e édition. *Dictionnaire des termes techniques de médecine*. Paris, France: Maloine S.A.
- Gayton, W.F., Evans H.E & Wilson, W.T. (1974). Comparative validity of Harris Point and Quality scales. *Perceptual and Motor Skills*, 33, 1111-1112.
- Gelles, R. & Straus, M.A. (1988). *Intimate Violence: The Definitive Study of the Causes and Consequences of Abuse in the American Family*. Simon & Schuster Trade Division.
- Ghent, W.R., Da Sylva, N.P. & Farren, M.E. (1985). Family Violence: Guidelines for recognition and management. *Canadian Medical Association Journal*, 132, 541-553.
- Giarretto, H. (1976). Humanistic treatment of father-daughter incest. Dans R.E. Helfer & C.H. Kempe, *Child abuse and neglect: The family and the community*. Cambridge, MA: Ballinger, pp. 143-158.
- Gil, D. (1970). *Violence Against Children*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goin, J.M. & Goin, M.K. (1981). *Changing the body: Psychological effects of plastic surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. & Sauzier, M. (1985). Severity of emotional distress among sexually abused preschool, school-age and adolescent children. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 503-508.
- Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. Chicago: World Book Company.

- Green, A.H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 890-904.
- Green, A.H. (1988). Child maltreatment and its victims. *Pediatric Clinics of North America*, 11, 591-610.
- Greven, P. (1990). *Spare the Child: The Religious Roots of Punishment and the Psychological Impact of Physical Abuse*. New York: Alfred Knopf.
- Haber, W.B. (1956). Observations on phantom limb phenomena. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 75, 624-636.
- Harris, D.B. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity: A revision and extension of the Goodenough Draw-A-Man Test*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Harrop-Griffiths, J., Katon, W., Walker, E., Holm, L., russo, J. & Kickok, L.R. (1988). The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstetrics & Gynecology*, 71, 589-594.
- Hart, S.N. & Brassard, M.R. (1987). A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment. *American Psychologist*, 42, 160-165.
- Hart, S.N. & Brassard, M.R. (1986). *Developing and validating operationally defined measures of emotional maltreatment: A multimodal study of the relationship between caretaker behaviors and child characteristics across three developmental levels*. Washington, DC: Department of Health and Human Services and the National Center on Child Abuse and Neglect.
- Hart, S.N., Germain, R. & Brassard, M.R. (1987). *The challenge: To better understand and combat the psychological maltreatment of children and youth*. Dans M.R. Brassard, R. Germain, & S.N. Hart (Eds), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 3-24). New York: Pergamon Press.
- Head, H. (1926). *Aphasia and kindred disorders of speech*. London: Cambridge University Press.
- Hénault, B. & Palacio-Quintin, E. (1991). *Le développement cognitif des enfants maltraités*. Communication présentée au Congrès de l'ACFAS, Sherbrooke.
- Herman, J. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge: Harvard University Press.

- Hibbard, R.A. & Hartman, G.L. (1990). Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 211-219.
- Hoff, L.A. (1990). *Battered Women as Survivors*. New York: Routledge.
- Hoffman-Plotkin, D. & Twentyman, C.T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child development*, 55, 794-802.
- Holm, V.A. & Kunze, L.H. (1969). Effect of chronic otitis media on language and speech development. *Pediatrics*, 43, 833-839.
- Hunter, R., Yuiville, J.C. & Harvey, W. (1990). Une méthode coordonnée d'entrevues relatives aux enquêtes sur les abus sexuels à l'égard des enfants. *Santé mentale au Canada*, 38(2), 17-21.
- Ilg, F.L. & Ames, L.B. (1964). *School readiness*. New York: Harper and Row.
- James, J. & Meyerding, J. (1977). Early sexual experience and prostitution. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1381-1385.
- Johnson, C.F. (1990). Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatric Clinics of North America*, 37, 791-814.
- Jones, L.A. (1989). Hearts wish. *Early Child Development and Care*, 42, 175-182.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1994), 7th edition. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kathin, E.S., Blascovich, J. & Koenigsberg, M.R. (1984). Autonomic self-perception and emotion. Dans W. Waid, *Sociophysiology* (pp. 117-138). New York: Springer-Verlag.
- Kaufman, B. (1992). *Casualties in childhood: A developmental perspective of sexual abuse in projective drawings*. New York: Brunner/Mazel Publications.
- Kempe, C.H. (1977). « Sexual abuse: Another hidden pediatric problem ». Tiré de C. Anderson Aldrich Lecture, *American Academy of Pediatrics Annual Meeting*, New York.
- Kempe, C.H., Silverman, F.D., Steele, B.F., Droegemueller, W. & Silver, H.K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 105-112.

- Kennard, M.A. (1960). Value of equivocal signs in neurologic diagnosis. *Neurology*, 10, 753-764.
- Kenny, T.J. (1971). Characteristics of children referred because of hyperactivity. *Journal of Pediatrics*, 79, 618-622.
- Kluft, R.P. (1984). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Press Association.
- Koppitz, E.M. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E.M. (1969). Emotional indicators on human figure drawings of boys and girls from lower and middle-class backgrounds. *Journal of Clinical Psychology*, 25(4), 432-434.
- Koppitz, E.M. (1968). Emotional indicators on human figure drawings of children: a validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 466-469.
- Levy, I.S. (1971). The Harris-Goodenough Drawing Test and educable mentally retarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency*, 75, 760-761.
- Lewis, D.O. (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 383.
- Lindberg, F.H. & Distad, L.J. (1985). Survival responses to incest: Adolescents in crisis. *Child Abuse & Neglect*, 9, 521-526.
- Little, S.G. (1992) The WISC-III: Everything old is new again. *School Psychology Quarterly*, 7(2), 148-154.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Maisonneuve J. & Bruchon-Schweitzer, M. (1981). *Modèles du corps et psychologie esthétique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Maloney, M.P. & Payne, L.E. (1969). Validity of the Draw-A-Person Test as a measure of body image. *Perceptual and Motor Skills*, 29, 119-122.
- Marshall, W.N., Puls, T. & Davidson, C. (1988). New child abuse spectrum in an era of increased awareness. *American Journal of Diseases in Children*, 142, 664-667.

- Martin, H.P. (1974). The development of abused children. *Advised Pediatrics*, 21, 25-73.
- McGilligan, R.P., Yater, A.C. & Hulsing, R. (1971). Goodenough-Harris Drawing Tests reliabilities. *Psychology in the Schools*, 8, 359-362.
- Meiselman, K.C. (1990). *Resolving the trauma of incest: Reintegration therapy with survivors*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Messier, C. & Zeller, C. (1987). *Des enfants maltraités au Québec?* Publications du Québec.
- Miller, A. (1990). *Banished Knowledge: Facing childhood injuries*. New York: First Anchor Books.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Moeller, T.P., Bachmann, G.A. & Moeller J.R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 623-40.
- Mortimer, E.J. (1976). Impedance audiometry: Is it a wise investment? *Pediatrics*, 58, 151-153.
- Mutti, M., Sterling, H.M., Spalding, N.C. & Crawford, S. (1978). *QNST: Quick Neurological Screening Test, Revised Edition*. San Rafael, CA: Academic Therapy.
- Naville, P. (1949). Éléments d'une bibliographie critique relative au graphisme enfantin jusqu'en 1949. *Enfance*, 3, 310-403.
- Ottenbacher, K. (1981). An investigation of self-concept and body image in the mentally retarded. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 415-418.
- Paradise, J.L., Smith, C.G. & Bluestone, C.D. (1976). Tympanometric detection of middle ear effusion in infants and young children. *Pediatrics*, 58, 198-210.
- Pelton, L. (1985). *The social context of child abuse and neglect*. New York: Human Science Press.
- Phaneuf, G.F. (1990). *L'agression sexuelle d'enfants*. Ottawa: Ministère de la Santé et du Bien-être social.

- Phillips, C.J., Smith, B. & Broadhurst, A. (1973). The Draw-A-Man Test: A study of scoring methods, validity and norms with English children at five and eleven years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 123-145.
- Pick, A. (1922). Störung der orientierung am eigenen korper. *Psychologische Forschung*, 1, 303-315.
- Pihl, R.O. & Nimrod, G. (1976). The reliability and validity of the Draw-A-Person Test in IQ and personality assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 470-472.
- Radbill, S. (1968). A history of child abuse and infanticide. Tiré de Helfer, R. & Kempe, C., *The Battered Child*, Chicago: University of Chicago Press.
- Rapkin, A.J., Kames, L.D., Darke, L.L., Stamper, F.M. & Naliboff, B.D. (1990). History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, 76, 92-96.
- Reed, D., Thompson, J.K. & Brannick, M. (1990). *Development and validation of the Body Image Anxiety Scale*. Unpublished manuscript.
- Reiter, R.C. & Gambone, D.O. (1990). Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, 75, 428-432.
- Roback, H.B. (1968). Human figure drawings: Their utility in the clinical psychologist's armamentarium for personality assessment. *Psychological Bulletin*, 70(1), 1-19.
- Rohsenow, D.J., Corbett, R. & Devine, D. (1988). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 13-18.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Russell, D. (1986). *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York: Basic Books.
- Russel, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 1, 33-146.
- Rutter, M., Izard, C.E. & Read, P.B. (1986). *Depression in young people, developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.



- Salzinger, S., Kaplan, S.A. & Artemyeff, C. (1984). Mothers' personal social networks and child maltreatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 68-76.
- Santé et Bien-être social Canada (1991). *La violence et la négligence à l'égard des enfants*. Ottawa: Renseignements du Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Santé et Bien-être social Canada (1990). *L'agression sexuelle d'enfants*. Ottawa: Renseignements du Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Saunders, B.E., Villeponteaux, L.A., Liipovsky, J.A., Kilpatrick, D.G. & Veronen, L.J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 189-204.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, 55, 648-658.
- Schour, M. & Clemmens, R.L. (1974). Fate of recommendations for children with school-related problems following interdisciplinary evaluation. *Journal of Pediatrics*, 84, 903-907.
- Secord, P.F. & Jourard, S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Sedney, M.A. & Brooks, B. (1984). Factors associated with a history of childhood sexual experience in a nonclinical female population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 215-218.
- Silver, R.J., Isaacs, K. & Mansky, P. (1981). MMPI correlates of affective disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 836-839.
- Stein, J.A., Golding, J.W., Siegal, J.M., Burnam, M.A. & Sorenson, S.B. (1988). Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. Tiré de « *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 135-154). Newbury Park, CA: Sage.
- Stora, R. (1963). Étude historique sur le dessin comme moyen d'investigation psychologique. *Bulletin de Psychologie*, 17, 266-307.

- Sturkie, K. (1983). Structured group treatment for sexually abused children. *Health Social Work*, 8, 303.
- Summit, R. & Kryso, J. (1978). Sexual abuse of children; a clinical spectrum. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(2), 237-251.
- Suski, L. B. (1986). *Child sexual abuse- An increasingly important part of child protective service practice*. Tiré de « Protecting Children », 3(1), 3-7.
- Swensen, C.H. (1968). Empirical Evaluations of Human Figure Drawings: 1957-1966. *Psychological Bulletin*, 70(1), 20-44.
- Tarter, R.E., Hegedus, A.E., Winsten, N.E. & Alterman, A.I. (1984). Neuropsychological, personality and familial characteristics of physically abused delinquents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 668-674.
- Teuber, H.L., Krieger, H.P. & Bender, M.B. (1949). Reorganization of sensory function in amputation stumps: Two-point discrimination. *Federation Proceedings*, 88, 156.
- Tong, L., Oates, K. & McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11, 371-383.
- Tsai, M. & Wagner, N. (1978). Therapy groups for women sexually molested as children. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 417-429.
- Vargo, B., Stavrakaki, C., Ellis, J. & Williams, E. (1988). Child sexual abuse: Its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 468-473.
- Vietze, P.M. & Altemeir, W.A. (1985). *Behavioral characteristics of infants with non organic failure to thrive*. Toronto: Society for Research in Child Development, Toronto, Canada.
- Walker, E., Katon, W., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Russo, J. & Hickok, L.R. (1988). Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 145, 75-80.
- Wallon, H. (1949). *Les Origines du caractère chez l'enfant*. Paris: Presses universitaires de France.
- Warner, S.L. (1977). Understanding the effects of child abuse. *Radiologic Technology*, 49(1). 29-38.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children* (3rd edition). San Antonio: Psychological Corporation.

Williamson, D.A., Davis, C.J. Bennett, S.M., Goreczny, A.J. & Gleaves, D.H. (in press). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*.

Winnicott, D.W. (1974). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris: Payot.

Yater, A.C., Barclay, A.G. & McGilligan, R. (1969). Inter-rater reliability of scoring Goodenough-Harris drawings by disadvantaged preschool children. *Perceptual and Motor Skills*, 28, 281-282.

Yule, W., Lockyer, L. & Noone, A. (1967). The reliability and validity of the Goodenough-Harris Drawing Test. *British Journal of Educational Psychology*, 37, 110-111.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Micheline St-Jean, directrice principale de recherche ainsi que le Dr Hendrik J. Bütter, co-directeur de recherche, pour leur dévouement, leur sagesse et leur savoir. Ils ont été pour moi une source d'inspiration et de motivation quasi inépuisable. Tout au long de ce processus d'apprentissage, vous avez su me garder en haleine tout en m'aidant à garder le cap vers la bonne direction. Merci!

Je remercie également ma collaboratrice dans ce projet de recherche clinique, Ginette, pour sa disponibilité et son professionnalisme. Aussi, je tiens également à témoigner de ma gratitude aux parents et aux enfants qui ont bien voulu participer à cette étude, tout particulièrement ceux qui ont eu à vivre ce terrible traumatisme qu'est l'abus sexuel. Bravo pour leur courage et leur détermination!

De plus, je remercie tous les organismes communautaires qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce projet. Un gros merci très spécial à Madame Huguette Joly, directrice du Centre Entraide Parents-Enfants de l'Ouatouais pour m'avoir fait confiance et pour s'être montrée si disponible et intéressée à ce projet.

Finalement, je ne saurais terminer ce petit mot de remerciement sans souligner la patience et l'encouragement de mon cher mari. Merci également à mes beaux-parents et ami(e)s pour leur support technique et leurs précieux conseils!

**ANNEXE I**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné, autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer au projet de recherche concernant l'impact de l'abus sexuel et physique sur l'image corporelle, mené par Mme Josée Dupré, ergothérapeute, et par Mme Ginette Lefebvre, psychométricienne.

Ainsi, j'affirme avoir pris connaissance des exigences liées à ce projet de recherche et demeure libre de retirer ce consentement en tout temps, sans préjudice pour mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du promoteur de recherche

\_\_\_\_\_  
Date

**Les renseignements obtenus demeurent confidentiels et ne peuvent être divulgués sans autorisation.**

**ANNEXE II**  
**FORMULAIRES D'ÉVALUATIONS**



**QUESTIONNAIRE AUX PARENTS**

Date de l'évaluation \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Ethnie / Citoyenneté \_\_\_\_\_  
Niveau scolaire \_\_\_\_\_  
Adresse du domicile \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nom du parent \_\_\_\_\_  
Téléphone (M) \_\_\_\_\_  
(T) \_\_\_\_\_

**HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE**

Durée de la grossesse \_\_\_\_\_  
Poids du bébé \_\_\_\_\_  
Longueur du bébé \_\_\_\_\_  
L'âge qu'il s'est assis \_\_\_\_\_  
L'âge de la marche \_\_\_\_\_  
L'âge des premiers mots \_\_\_\_\_  
L'âge de la propreté \_\_\_\_\_  
Poids actuel de l'enfant \_\_\_\_\_  
Grandeur de l'enfant \_\_\_\_\_

**Pour la partie suivante, encerclez s.v.p. votre réponse.**

	Oui	Non
	(O)	(N)
La mère a eu des maladies ou des chutes durant la grossesse.	O	N
La mère a pris des médicaments et / ou de l'alcool " " "	O	N
La grossesse fut planifiée.	O	N
L'enfant est né prématurément.	O	N
On a utilisé des forceps à l'accouchement.	O	N
Le bébé a manqué d'oxygène.	O	N
Une période d'incubation a été requise.	O	N
La mère a subi une césarienne.	O	N
Votre enfant souffre de maladies.	O	N
(Si oui, précisez s.v.p.) _____		
Votre enfant présente des troubles d'apprentissage.	O	N
Votre enfant a des problèmes de langage.	O	N
Votre enfant est maladroit.	O	N
Votre enfant a déjà été hospitalisé en psychiatrie.	O	N
Le poids de votre enfant vous semble normal.	O	N
La grandeur de votre enfant vous semble normale.	O	N

**Encerclez la ou les réponse(s) qui reflète(nt) votre situation actuelle et écrivez à côté depuis combien temps.**

Actuellement, l'enfant demeure:

- a) Dans sa famille d'origine \_\_\_\_\_
- b) Dans une famille reconstituée \_\_\_\_\_
- c) Chez sa mère \_\_\_\_\_
- d) Chez son père \_\_\_\_\_
- e) Chez la parenté \_\_\_\_\_
- f) Dans une famille d'accueil \_\_\_\_\_

Actuellement, votre enfant a:

Combien de frère? \_\_\_\_\_  
Combien de « demi-frère »? \_\_\_\_\_  
Combien de soeur? \_\_\_\_\_  
Combien de « demi-soeur »? \_\_\_\_\_

Quel rang votre enfant occupe-t-il dans la famille actuelle? (ex: 2e d'une famille de 4 enfants = 2/4)

\_\_\_\_\_

**MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION!!**

**NOTE: LES INFORMATIONS RECUEILLIES SONT STRICTEMENT  
CONFIDENTIELLES ET RÉSERVÉES À DES FINS  
SCIENTIFIQUES.**

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

## **HISTORIQUE DU TRAUMATISME**

**Encerclez s.v.p. la lettre correspondante à la situation de l'enfant ou complétez les informations demandées.**

(plusieurs réponses sont possibles)

### **1. Type d'abus?**

- a) Sexuel
- b) Physique
- c) Sexuel et physique

### **2. Fréquence de l'abus?**

- a) Moins de 2 épisodes
- b) De 2 à 5 épisodes
- c) Plus de 5 épisodes

### **3. Intensité de l'abus sexuel?**

- a) L'enfant est strictement témoin
- b) L'enfant reçoit des attouchements
- c) L'enfant participe à la masturbation et au sexe oral
- d) Il y a pénétration des organes génitaux de l'enfant
- e) Pénétration avec violence corporelle

### **4. Intensité de l'abus physique?**

- a) L'enfant est strictement témoin
- b) L'enfant est abusé physiquement sans séquelles corporelles
- c) L'enfant est abusé physiquement avec séquelles corporelles(ex: cicatrices)
- d) L'enfant est abusé physiquement et nécessite une intervention chirurgicale

### **5. L'enfant?**

- a) Est témoin d'une intervention policière
- b) Nécessite un placement
- c) Témoigne au procès
- d) Subit un examen médical et psychiatrique complet

**6. Age de l'enfant?**

Au début de l'abus \_\_\_\_\_  
 A la fin de l'abus \_\_\_\_\_  
 A la déclaration \_\_\_\_\_  
 Aujourd'hui \_\_\_\_\_

**7. L'agresseur**

- a) Est un étranger
- b) Est un voisin connu par l'enfant
- c) Est un membre de la famille reconstituée
- d) Est de la parenté (ex: oncle)
- e) Est un parent

**8. Durant la période de l'abus, l'enfant demeurait?**

- a) Dans sa famille d'origine
- b) Dans une famille reconstituée
- c) Chez sa mère
- d) Chez son père
- e) Chez la parenté (ex: grand-parent)
- f) Dans une famille d'accueil

**9. Actuellement, l'enfant demeure? (Et ce, depuis combien de temps?)**

- a) Dans sa famille d'origine \_\_\_\_\_
- b) Dans une famille reconstituée \_\_\_\_\_
- c) Chez sa mère \_\_\_\_\_
- d) Chez son père \_\_\_\_\_
- e) Chez la parenté \_\_\_\_\_
- f) Dans une famille d'accueil \_\_\_\_\_

**10. Durant la période de l'abus, l'enfant avait?**

Combien de frère(s) de la famille d'origine \_\_\_\_\_  
 Combien de frère(s) de la famille reconstituée \_\_\_\_\_  
 Combien de soeur(s) de la famille d'origine \_\_\_\_\_  
 Combien de soeur(s) de la famille reconstituée \_\_\_\_\_  
 Quel rang dans la famille (ex: 2e de 4 enfants) \_\_\_\_\_

## Échelle de cotation du Goodenough-Harris

GUIDE DE CORRECTION RAPIDE  
( POUR UTILISATION LORSQUE LES EXIGENCES DE LA CORRECTION  
SONT MAITRISEES )

### ECHELLE DE LA FEIGE

- |   |   |
|---|---|
| 1. Présence de la tête: _____               | 18. Lignes de la mâchoire indiquée: _____                                       |
| 2. Présence du cou: _____                   | 19. Cheveux I: _____  |
| 3. Cou, deux dimensions: _____              | 20. Cheveux II: _____   |
| 4. Présence des yeux: _____                 | 21. Cheveux III: _____  |
| 5. Détails de l'oeil: _____                 | 22. Cheveux IV: _____   |
| sourcils ou cils _____                      | 23. Collier ou boucles d'oreille: _____   |
| 6. Détail de l'oeil- pupille: _____         | 24. Présence des bras: _____  |
| 7. Détail de l'oeil: proportion _____       | 25. Epaule: _____   |
| 8. Joues _____                              | 26. Bras sur les côtés (ou engagés dans une activité, ou derrière le dos: _____ |
| 9. Présence du nez: _____                   | 27. Joint du coude visible: _____   |
| 10. Nez, deux dimensions: _____             | 28. Présence des doigts: _____  |
| 11. Partie supérieure du nez: _____         | 29. Nombre exact de doigts visibles: _____                                      |
| 12. Narines visibles: _____                 | 30. Détail des doigts: _____  |
| 13. Présence de la bouche: _____            | 31. Opposition visible du pouce: _____  |
| 14. Lèvres, deux dimensions: _____          | 32. Présence des mains: _____   |
| 15. "Lèvres maquillées" _____               | 33. Présence des jambes: _____  |
| 16. Nez et lèvres en deux dimensions: _____ | 34. Hanche: _____   |
| 17. Menton et front visibles: _____         |   |

- |  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| 35. Pieds I: toute indication                              | _____ | 54. Costume d'un " type " défini:                        | _____ |
| 36. Pieds II: proportion                                   | _____ | 55. Présence du tronc:                                   | _____ |
| 37. Pieds III: détail                                      | _____ | 56. Proportion du tronc, deux dimensions                 | _____ |
| 38. Soulier I: féminin                                     | _____ | 57. Proportion: tête-tronc:                              | _____ |
| 39. Soulier II: style                                      | _____ | 58. Tête: proportion                                     | _____ |
| 40. Situation des pieds appropriée au dessin               | _____ | 59. Membres: proportion                                  | _____ |
| 41. Attachement des bras et des jambes I:                  | _____ | 60. Bras en proportion avec le tronc:                    | _____ |
| 42. Attachement des bras et des jambes II:                 | _____ | 61. Situation de la taille:                              | _____ |
| 43. Indication de vêtement:                                | _____ | 62. Région de vêtement:                                  | _____ |
| 44. Manche I:  | _____ | 63. Coordination motrice: joints                         | _____ |
| 45. Manche II:   | _____ | 64. Coordination motrice: lignes                         | _____ |
| 46. Ligne du cou II: collet                                | _____ | 65. Coordination motrice supérieure:                     | _____ |
| 47. Ligne du cou II: collet                                | _____ | 66. Contour de la tête: lignes et forme bien réalisées   | _____ |
| 48. Taille I:  | _____ | 67. Sein: lignes et formes bien réalisées                | _____ |
| 49. Taille II:   | _____ | 68. Contour de la hanche: lignes et forme bien réalisées | _____ |
| 50. Blouse " modelée " pour indiquer des plis ou un drapé: | _____ | 69. Effilement des bras: lignes et forme bien réalisées  | _____ |
| 51. Aucune transparence dans le dessin:                    | _____ | 70. Mollet de jambe: lignes et forme bien réalisées      | _____ |
| 52. Costume féminin:                                       | _____ | 71. Traits du visage: lignes et forme bien réalisées     | _____ |
| 53. Costume complet, sans incongruité:                     | _____ |  |       |

GUIDE DE CORRECTION RAPIDE  
( POUR UTILISATION LORSQUE LES EXIGEANCES DE LA CORRECTION  
SONT MAITRISEES )

ECHELLE DE L'HOISSE

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Présence de la tête: -----      | 16. Lignes de la mâchoire -----     |
| 2. Présence du cou: -----          | indiquée: -----                     |
| 3. Cou, deux dimensions: -----     | 17. Partie supérieure du nez: ----- |
| 4. Présence des yeux: -----        | 18. Cheveux I: -----                |
| 5. Détails de l'oeil: -----        | 19. Cheveux II: -----               |
| sourcils et cils -----             | 20. Cheveux III: -----              |
| 6. Détails de l'oeil: -----        | 21. Cheveux IV: -----               |
| pupille -----                      | 22. Présence des oreilles: -----    |
| 7. Détail de l'oeil: -----         | 23. Présence des oreilles: -----    |
| proportion -----                   | proportion et situation -----       |
| 8. Détail de l'oeil: -----         | 24. Présence des doigts: -----      |
| regard -----                       | 25. Nombre correct de doigts -----  |
| 9. Présence du nez: -----          | visibles: -----                     |
| 10. Nez, deux dimensions: -----    | 26. Détail des doigts: -----        |
| 11. Présence de la -----           | 27. Opposition visible du -----     |
| bouche: -----                      | pouce: -----                        |
| 12. Lèvres, deux dimensions: ----- | 28. Présence des mains: -----       |
| 13. Nez et lèvres en -----         | 29. Perception du poignet ou -----  |
| deux dimensions: -----             | de la cheville: -----               |
| 14. Menton et front -----          | 30. Présence des bras: -----        |
| visibles: -----                    | 31. Epaule I: -----                 |
| 15. Projection du menton -----     | 32. Epaule II: -----                |
| visible, menton -----              | 33. Les bras sur les côtés -----    |
| nettement différent. -----         | ou engagés dans une -----           |
| de la lèvre inférieure -----       | activité: -----                     |
|                                    | 34. Joint du coude visible: -----   |
|                                    | 35. Présence des jambes: -----      |



36. Manche I (fourche)	-----	54. Proportion: membres en deux dimensions	-----
37. Manche II:	-----	55. Vêtement I:	-----
38. Joint du genou visi- ble:	-----	56. Vêtement II:	-----
39. Pieds I: toute indi- cation:	-----	57. Vêtement III:	-----
40. Pieds II: proportion	-----	58. Vêtement IV:	-----
41. Pieds III: talon	-----	59. Vêtement V:	-----
42. Pieds IV: perspec- tive	-----	60. Profil: I	-----
43. Pieds V: détail	-----	61. Profil: II	-----
44. Attachement des bras et des jam- bes I:	-----	62. Vue de face	-----
45. Attachement des bras et des jam- bes II:	-----	63. Coordination motrice: lignes	-----
46. Présence du tronc:	-----	64. Coordination motrice: joint	-----
47. Proportion du tronc, deux dimensions:	-----	65. Coordination motrice supérieure	-----
48. Proportion: tête I	-----	66. Contour de la tête: li- gnes et forme bien réa- lisées	-----
49. Proportion: tête II	-----	67. Contour du tronc: lignes et forme bien réalisées	-----
50. Proportion: figure	-----	68. Bras et jambes: lignes et forme bien réalisées	-----
51. Proportion: bras I	-----	69. Traits du visage: lignes et forme bien réalisées	-----
52. Proportion: bras II	-----	70. Technique de "croquis"	-----
53. Proportion: jambes	-----	71. Technique de "modélage"	-----
		72. Mouvement du bras	-----
		73. Mouvement de la jambe	-----

## Indices affectifs de Koppitz

## APPENDIX A

*Emotional Indicator Categories and Emotional Indicators\**

<i>EI Category</i>	<i>Emotional Indicators</i>
Impulsivity	Poor integration of parts Gross asymmetry of limbs Transparencies Big figure Omission of neck
Insecurity, Feelings of Inadequacy	Slanting figure Tiny head Hands cut off Monster, grotesque figure Omission of arms Omission of legs Omission of feet
Anxiety	Shading of face Shading of body and/or limbs Shading of hands and/or neck Legs pressed together Omission of eyes Clouds, rain, flying birds
Shyness, Timidity	Tiny figure Short arms Arms clinging to body Omission of nose Omission of mouth
Anger, Aggressiveness	Crossed eyes Teeth Long arms Big hands Nude figure, genitals

\*For definitions and illustrations of *EI Categories* and *EIs* see pp. 23-29.

**ANNEXE III**  
**RÉSULTATS DES SUJETS AUX ÉVALUATIONS**

**ANNEXE III**  
**Données démographiques détaillées du groupe expérimental**

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7
Age	6,2	7,9	7,6	6,1	7,9	8,10	8,0
Sexe	F	F	M	F	F	F	M
Niveau de Scolarité	1	2 (reprise)	1	1	2	3	2
Rang familial	1/2	2/2	2/2	1/2	3/3	2/2	3/3
Type de famille	FA	R	R	R	O	R	R
Ethnie	Mixte	C	C	C	C	C	C

**Données démographiques détaillées du groupe contrôle**

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Age	6,4	6,11	7,11	8,1	8,11	9,0
Sexe	F	F	M	M	F	F
Niveau de scolarité	1	1	2	2 (reprise)	3	3
Rang familial	2/2	1/2	1/2	4/4	3/3	1/1
Type de famille	O	O	O	O	R	R
Ethnie	C	C	C	Mixte	C	C

**Légende:**

- Age exprimé en année et en mois
- F: sexe féminin                      M: sexe masculin
- Niveau de scolarité correspond à celui du niveau primaire selon le système québécois
- Rang familial correspond à celui occupé dans la fratrie
- FA: famille d'accueil    R: famille reconstituée    O: famille d'origine
- Mixte: mère canadienne / père italien pour le groupe expérimental  
mère autochtone / père caucasien pour le groupe contrôle

## ANNEXE III

**Données développementales détaillées pour le groupe expérimental**

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7
Prématuré	N	O	N	N	N	N	N
Anoxie cérébrale	N	N	N	N	N	N	N
Incubation	O	N	O	O	N	N	N
Toxicomanie / Alcoolisme	O	N	N	O	N	O	N
Tr. du langage	O	N	N	O	O	N	N
Tr. d'apprentissage	O	N	N	N	N	N	N

**Données développementales détaillées pour le groupe contrôle**

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Prématuré	N	N	N	N	N	N
Anoxie cérébrale	N	N	N	N	N	N
Incubation	N	N	N	N	O	N
Toxicomanie / Alcoolisme	N	N	N	N	N	N
Tr. du langage	N	N	N	O	N	N
Tr. d'apprentissage	N	N	N	O	O	O

**Légende:**

O: oui      N: non

Prématuré: moins de 38 semaines de gestation

Anoxie cérébrale: manque d'oxygène au cerveau à la naissance

Incubation: bébé placé dans l'incubateur durant plus d'un jour

Trouble du langage ou d'apprentissage: nécessite une intervention professionnelle

## ANNEXE III

Anamnèse du contexte d'abus pour les sujets du groupe expérimental

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7
<b>Sexe</b>	F	F	M	F	F	F	M
<b>Age début de l'abus</b>	?	3	4,6	4	6	4	?
<b>Age fin de l'abus</b>	5,6	4	6,6	4	6	6	7
<b>Age du dévoilement</b>	5,6	4	7	5	7	8	7
<b>Age actuel</b>	6,2	7,9	7,6	6,1	7,9	8,10	8,0
<b>Type d'abus</b>	S+P	S	S	S + P	S + P	S	S
<b>Description de l'abus</b>	A	A+O	A+O	A+S	A+P+S	A	A + O
<b>Fréquence</b>	+ 5	2-5	2-5	< 2	< 2	+ 5	2-5
<b>Agresseur</b>	Père	Père	Voisin 15 ans	Oncle	Voisin 8 ans	Ex- conjoint	Soeur 13 ans

**Légende:**

F: sexe féminin M: sexe masculin

Age: exprimé en année et en mois

Type d'abus: S: sexuel P: physique

Description: A: attouchement S: séquelles corporelles

O: sexe oral P: pénétration

Fréquence: le nombre d'épisodes

## ANNEXE III

**Fonctionnement neurologique**  
**Scores bruts détaillés au QNST pour tous les sujets abusés**  
**Groupe expérimental**

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	Moy.
Age	6,2	7,9	7,6	6,1	7,9	8,10	8,0	
Sous-test								
1 « Hand skill »	1	2	1	1	1	0	1	1.0
2 « Figure recognition and production »	6	4	4	5	6	1	3	4.1
3 « Palm form recognition »	4	1	1	6	0	2	2	2.3
4 « Eye tracking »	0	3	0	4	3	0	0	1.4
5 « Sound patterns »	7	1	1	6	8	5	7	5.0
6 « Finger to nose »	2	1	1	0	4	0	0	1.1
7 « Thumb and finger circle »	1	2	1	4	3	0	0	1.6
8 « Double simultaneous stimulation of hand and cheek »	0	0	0	0	0	0	1	0.1
9 « Rapidly reversing repetitive hand movements »	3	0	3	1	1	0	0	1.1
10 « Arm and leg extension »	3	3	3	0	0	3	0	1.7
11 « Tandem walk »	2	0	1	3	0	0	1	1.0
12 « Stand on one leg »	4	0	0	1	0	0	0	0.7
13 « Skip »	0	0	0	1	0	0	3	0.6
14 « Left-right discrimination »	1	1	2	0	2	0	1	1.0
15 « Behavioral irregularities »	2	0	1	1	1	3	2	1.4
TOTAL	35	18	19	33	29	14	22	24.3

**Résultat total:**

**H:** « High »: signe d'organicité élevé ( > 50)

**S:** « Suspicious » : à risque de présenter des signes d'organicité (26-50)

**N:** « Normal » : absence de signes d'organicité (0-25)

« Figure Recognition and Production »: Normal = 0 à 1

« Sound patterns »: Normal = 0 à 4

« Rapidly Reversing Repetitive Hand Movements »: Normal= 0

« Arm and Leg Extension »: Normal = 0

« Behavioral Irregularities » : Normal = 0 à 1

## ANNEXE III

### Fonctionnement neurologique Scores bruts détaillés au QNST pour tous les sujets non-abusés Groupe contrôle

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6	Moy.
Age	6,4	6,11	7,11	9,0	8,1	8,11	
Sous-test							
1 « Hand skill »	2	0	0	1	1	1	1,0
2 « Figure recognition and production »	4	2	2	1	5	3	2,8
3 « Palm form recognition »	2	3	4	1	1	0	1,8
4 « Eye tracking »	6	0	3	0	0	0	1,5
5 « Sound patterns »	6	1	3	8	6	0	4,0
6 « Finger to nose »	4	0	1	1	1	0	1,2
7 « Thumb and finger circle »	6	1	2	1	1	0	1,8
8 « Double simultaneous stimulation of hand and cheek »	0	0	0	0	1	0	0,2
9 « Rapidly reversing repetitive hand movements »	0	0	0	0	1	0	0,2
10 « Arm and leg extension »	0	3	0	3	3	0	1,5
11 « Tandem walk »	6	0	4	2	1	0	2,2
12 « Stand on one leg »	1	0	0	2	1	0	0,7
13 « Skip »	0	0	0	0	1	0	0,2
14 « Left-right discrimination »	3	1	3	0	1	0	1,3
15 « Behavioral irregularities »	1	0	0	0	2	0	0,5
TOTAL	41	11	22	20	26	4	20,7

**Résultat total:**

- H: « High »: signe d'organicité élevé ( > 50)  
 S: « Suspicious » : à risque de présenter des signes d'organicité (26-50)  
 N: « Normal » : absence de signes d'organicité (0-25)

« Figure Recognition and Production »: Normal = 0 à 1  
 « Arm and Leg Extension »: Normal = 0



## ANNEXE III

**Résultats aux évaluations pour tous les sujets abusés**

Sujet	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7
Sexe	F	F	G	F	F	F	G
Age	6,2	7,9	7,6	6,1	7,9	8,10	8,0
Scolarité	1	2 (R)	1	1	2	3	2
Famille	A	R	R	R	O	R	R
Prématuré	N	O	N	N	N	N	N
Incubation	O	N	O	O	N	N	N
Alcool / Médication	O	N	N	O	N	O	N
Tr. Langage	O	N	N	O	O	N	N
Tr. Appren.	O	N	N	N	N	N	N
Type d'abus	S+P	S	S	S+P	S+P	S	S
Fréquence de l'abus	+ 5	2-5	2-5	< 2	< 2	+ 5	2-5
Description de l'abus	A	A+O	A+O	A+S	A+S+P	A	A+O
Age début de l'abus	?	3	4,6	4	6	4	?
Age fin de l'abus	5,6	4	6,6	4	6	6	7
Age dévoilement	5,6	4	7	5	7	8	7
Agresseur	Père	Père	Voisin 15 ans	Oncle	Voisin 8 ans	Ex- conjoint	Soeur 13 ans
WISC-III QI Total	87	124	97	97	87	106	107
QI Verbal	75	122	82	97	88	93	101
QI Non- verbal	104	123	115	99	90	119	113
QNST Total	35	18	19	33	29	14	22
Sous-test #2	H	S	S	S	H	N	S
Sous-test #5	S	N	N	S	S	N	S
Sous-test #9	S	N	S	S	S	N	N
Sous-test #10	S	S	S	N	N	S	N
Sous-test #15	S	N	N	N	N	H	S
DAP 1er (%)	30	94	42	12	50	52	8
DAP 2e (%)	63	75	27	19	37	91	5
DAP 3e (%)	54	87	36	4	87	51	5
El's 1 er	5	0	2	5	1	1	5
El's 2 e	4	2	1	6	3	2	5
El's 3 e	1	2	1	8	4	3	5

## ANNEXE III

Résultats aux évaluations pour tous les sujets non-abusés

Sujets	A	B	C	D	E	F
Sexe	F	F	G	F	G	F
Age	6,4	6,11	7,11	9,0	8,1	8,11
Scolarité	1	1	2	2 (R)	3	3
Famille	O	O	O	O	R	R
Prématuré	N	N	N	N	N	N
Incubation	N	N	N	O	N	N
Alcool / Médication	N	N	N	N	N	N
Tr. Langage	N	N	N	N	N	O
Tr. Appren.	N	N	N	O	O	O
QI Total	103	122	118	103	93	108
QI Verbal	98	113	115	100	105	111
QI Non- verbal	108	129	117	106	81	104
QNST Total	41	11	22	4	20	26
Sous-test #2	N	S	S	S	N	S
Sous-test #5	S	N	N	N	S	S
Sous-test #9	N	N	N	N	N	S
Sous-test #10	N	S	N	N	S	S
Sous-test #15	N	N	N	N	N	S
DAP 1 er (%)	45	10	63	83	19	52
DAP 2 e (%)	14	14	60	73	22	34
DAP 3 e (%)	51	9	73	95	49	4
El's 1 er	4	4	4	0	3	2
El's 2 e	4	5	6	2	2	3
El's 3 e	4	6	2	2	3	6