

Section 5 Sécurité et bien-être

Prévention des blessures

Blessures accidentelles

Pour promouvoir le développement sain des enfants, il faut notamment encourager leur curiosité naturelle et leurs compétences émergentes. Lorsque l'enfant explore son environnement et essaie de faire de nouvelles choses, il ne peut pas reconnaître tous les dangers ou les éléments qui peuvent compromettre sa sécurité et son bien-être. Il n'a pas non plus la capacité ou l'autonomie d'éliminer les dangers de son environnement. Il revient aux responsables de l'enfant et aux éducateurs d'assurer sa sécurité. Cela peut être aussi simple que de surveiller les enfants au parc ou de renseigner les parents sur la façon la plus sécuritaire de coucher un nourrisson. Parfois, il faut aussi avoir recours aux services de protection de l'enfance lorsque les responsables d'un enfant ne le protègent pas et compromettent sa sécurité et son bien-être.

On peut assurer la sécurité et le bien-être de l'enfant de différentes façons :

- ◆ Prévention des blessures accidentelles
- ◆ Prévention et reconnaissance de la maltraitance
- ◆ Signalement de la maltraitance



Prévenir les blessures

La blessure accidentelle est la cause de décès la plus fréquente chez les enfants de plus d'un an. Les accidents de la route causent la plupart des décès, mais l'incendie, la noyade, l'étouffement, l'asphyxie et l'empoisonnement fauchent également des vies (Farchi et coll., 2006; Grenier et Leduc, 2008). Une blessure accidentelle peut entraîner, entre autres, des bosses, des ecchymoses, des brûlures, des fractures et des traumatismes crâniens.

- ◆ Un enfant est plus susceptible de se blesser lorsque :
 - **Les adultes sont :**
 - Distracts
 - Très occupés
 - Temporairement absents
 - Dans une situation qui cause une certaine confusion ou des changements imprévus dans la routine
 - **Les enfants sont :**
 - Affamés
 - Fatigués
 - Distracts
 - Excités
 - Sortis de leur routine quotidienne

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Il faut donc prévenir les blessures de façon systématique en veillant à :
 - Procurer un environnement sécuritaire
 - Surveiller les enfants
 - Mettre en place des politiques et des directives adéquates
 - Imposer des règles de sécurité aux enfants
 - Maintenir un dialogue avec la famille

Environnement sécuritaire



Les endroits où les enfants vivent, jouent et apprennent doivent être adaptés à leur âge. Ils ont besoin d'espace pour pouvoir bouger, mais aussi se reposer. Il est également important de faire attention aux dangers, de regrouper les enfants au même endroit et de vérifier que les surfaces, les meubles, l'équipement de jeu et les jouets sont en bon état. Il faut aussi tenir compte de l'étape de développement des enfants, ce qui peut poser quelques défis si nous avons des enfants d'âges différents ou si un petit service de garde à domicile accueille des enfants d'âges différents. Très rapidement, les enfants deviennent trop grands pour utiliser des objets comme une balançoire pour bébé ou un centre d'activités stationnaire. Respectez toujours les recommandations concernant le poids et la taille, ainsi que les directives d'utilisation. Faites de même avec les lits d'enfants, les berceaux, les parcs et les moisés. Il est aussi important de consulter régulièrement le site Web de Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca) pour savoir si certains produits posent des risques pour la sécurité ou font l'objet d'un rappel (Grenier et Leduc, 2008).

- ◆ Pour procurer un environnement sécuritaire, il faut examiner :
 - L'environnement physique
 - Les produits utilisés
 - Le lieu où sont conservés l'équipement, les aliments et les boissons et la façon dont ils sont manipulés
 - L'étape de développement, les capacités et le tempérament de chaque enfant

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Pour rendre l'environnement physique plus sécuritaire, examinez :
 - L'espace
 - La surface de jeu
 - Les meubles ou l'équipement dans l'espace

Les professionnels doivent se placer au niveau de l'enfant et vérifier s'il y a des dangers dans son environnement. Ils doivent également encourager les parents à faire de même à la maison et ne pas hésiter à leur proposer des ressources pour les aider à y parvenir.

Surveillance

Tout endroit, même le plus sécuritaire, ne remplace jamais la supervision adéquate d'un adulte. Il faut demeurer vigilant et prévoir les besoins et les gestes de l'enfant en fonction de son niveau de développement. Pour assurer une bonne surveillance, un adulte doit rester près de l'enfant, surtout s'il explore de nouvelles structures de jeux ou applique de nouvelles compétences. L'adulte devrait vérifier l'environnement pour repérer les dangers potentiels et les éliminer, dans la mesure du possible. Il doit s'assurer que l'enfant ne compromet pas sa propre sécurité ou celle d'autres enfants.

Politiques et procédures

Les centres de la petite enfance et les services de garde des jeunes enfants doivent suivre des règlements stricts en matière de sécurité. Les politiques et les lignes directrices établies par les gouvernements, notamment dans la Loi sur les garderies, la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance et d'autres organismes assurent un encadrement cohérent pour tous les employés et les enfants. La plupart de ces organismes ont adopté des politiques et des procédures que chaque professionnel devrait connaître et respecter. Vous pouvez également promouvoir ou créer des politiques et des procédures qui vont assurer la sécurité des enfants dans votre propre milieu.

Règles de sécurité

Dès qu'un enfant reconnaît son nom et commence à être plus mobile, il peut apprendre des règles de sécurité de base. Grenier et Leduc (2008) énumèrent les principaux éléments des règles de sécurité efficaces dans le livre intitulé *Well-Beings: A Guide to Health in Childcare*.



Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ « Une bonne règle de sécurité...
 - est simple, claire et adaptée à l'âge de l'enfant
 - est cohérente
 - est raisonnable
 - est renforcée
 - est transmise à tous les responsables de l'enfant
 - est positive
 - ne fait pas peur
 - a des conséquences. » [traduction libre] (p. 65)

Communication avec la famille

Les enfants passent la majeure partie de leur temps à la maison, sous la garde ou en présence de leur famille. Il est donc impératif de maintenir un dialogue avec la famille et de fournir les bonnes ressources aux principaux responsables des enfants.

- ◆ Ceux-ci ont besoin de renseignements sur les pratiques sécuritaires, par exemple dans les domaines suivants :
 - L'environnement de sommeil de l'enfant
 - Le véhicule et la circulation
 - L'eau
 - Le soleil
 - L'équipement de jeu et les jouets
 - Le domicile et les produits ménagers
 - Les aliments et les boissons



Section 5 Sécurité et bien-être

Pratiques sécuritaires

Il est prouvé que les pratiques suivantes améliorent la sécurité des enfants.

Pratiques sécuritaires	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Chutes et coupures 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ne pas laisser un nourrisson ou un enfant seul sur une surface élevée (p. ex. une table à langer ou un portique d'escalade). ♦ Installer une barrière de sécurité aux extrémités des escaliers, y compris sur le patio. ♦ Ne pas utiliser une marchette, un exerciceur pour bébé ou de l'équipement semblable sur roulettes. ♦ Bien fixer l'exerciseur suspendu au cadre d'une porte et toujours surveiller le bébé lorsqu'il est dedans. ♦ Toujours garder sous surveillance l'enfant qui est sur un balcon, un escalier ou un terrain de jeux, ou proche de ces endroits. ♦ Installer des barres de protection sur le lit de l'enfant. ♦ Ne pas coucher un enfant de moins de 6 ans sur la partie supérieure d'un lit superposé. ♦ Installer un revêtement absorbant dans les endroits où il joue pour amortir les chutes. ♦ Lui faire porter un casque avant d'aller à vélo, en patins ou en planche à roulettes ou de pratiquer des activités semblables. ♦ Installer un dispositif de sécurité sur les fenêtres et les portes donnant sur un patio ou un balcon. ♦ Ne pas ranger d'instruments pointus (p. ex. des ciseaux et des couteaux) à portée de main de l'enfant.
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Véhicule à moteur et accident de la route 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Installer et utiliser le siège et le rehausseur d'auto correctement en fonction de l'âge, de la taille et du poids de l'enfant. ♦ Permettre à l'enfant de jouer dans des endroits sécuritaires loin des stationnements et des rues. ♦ Apprendre à l'enfant à « arrêter, regarder et écouter ».
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Noyade 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Clôturer la piscine ou le spa et mettre une serrure ou un cadenas sur la porte. ♦ Veiller à ce qu'il y ait un adulte près de l'enfant s'il se trouve près d'un point d'eau de 5 cm (2 pouces) de profondeur ou plus (p. ex. une piscine, un spa ou un étang). ♦ Ne pas utiliser un siège ou un anneau de bain pour bébé.

Section 5 Sécurité et bien-être

Pratiques sécuritaires	
Brûlures	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Régler la température de l'eau chaude à 49 degrés Celsius ou moins à la maison. ◆ Vérifier la température de l'eau du bain avant d'y mettre l'enfant (elle devrait être de 49 degrés Celsius ou moins). ◆ Ouvrir le robinet d'eau froide avant le robinet d'eau chaude lorsqu'on lave les mains de l'enfant. ◆ Tenir les liquides et les aliments chauds loin de l'enfant, surtout pendant qu'on le tient dans nos bras. ◆ Tourner la poignée des casseroles vers le centre de la cuisinière; la soupe chaude est l'une des principales causes de brûlure chez les enfants aux États-Unis (OMS, 2008). ◆ Installer un détecteur de fumée et de gaz carbonique dans la maison ou l'appartement. ◆ Garder un extincteur dans la cuisine et apprendre à l'utiliser. ◆ Mettre une barrière autour du foyer et du poêle. ◆ Ranger les allumettes et les briquets hors de la portée de l'enfant.
Coups de soleil	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mettre des vêtements protecteurs comme un chapeau à large rebord à l'enfant avant de l'amener à l'extérieur. ◆ Ne pas le laisser jouer au soleil lorsque ses rayons sont les plus intenses (entre 10 h et 14 h). ◆ Appliquer de la crème solaire à l'enfant de plus de six mois 30 minutes avant de l'amener au soleil et lui en remettre aux deux à trois heures. ◆ Créer des zones ombragées avec des objets dans les aires de jeux de l'enfant.
Étouffement, asphyxie et étranglement	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ne pas donner des petits objets comme des aliments (p. ex. petits bonbons durs, noix, maïs soufflé, raisins, morceau de saucisse hot dog), des billes, de la monnaie et de petites pièces de jouets aux nourrissons et aux enfants de moins de trois ans. ◆ Placer le lit de l'enfant loin des fenêtres, des stores, des cordons de rideaux, des courroies, des lampes, des prises électriques et des rallonges. ◆ Ne pas mettre une suce, des bijoux, une corde, une ficelle ou une corde à sauter autour du cou de l'enfant. ◆ Ne pas habiller l'enfant avec un foulard ou des vêtements qui ont des cordons s'il va jouer dans un terrain de jeux.

Section 5 Sécurité et bien-être

Pratiques sécuritaires	
Empoisonnement et électrocution	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Acheter des médicaments et des produits d'entretien munis d'un bouchon ou d'un emballage à l'épreuve des enfants et les ranger hors de leur portée. ♦ Mettre un dispositif à l'épreuve des enfants sur les poignées des armoires contenant des produits dangereux comme les produits d'entretien, les médicaments et les pesticides. ♦ Ne pas placer de plantes toxiques à la portée de l'enfant dans la maison ou à l'extérieur jusqu'à ce qu'il puisse comprendre qu'elles présentent un danger. ♦ Mettre un capuchon de sécurité sur les prises électriques.
Syndrome de mort subite du nourrisson et mort soudaine inexplicquée du jeune enfant (s'applique aux bébés de la naissance à l'âge de 12 mois)	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Coucher l'enfant sur le dos la nuit et pendant les siestes. ♦ Envelopper l'enfant dans un seul drap et le couvrir d'une légère couverture ou le mettre dans un sac de couchage pour bébé avant de le placer dans son lit. ♦ Ne pas le coucher sur un lit d'eau, un futon, un divan, une causeuse, une chaise, un siège d'auto, un lit improvisé ni un lit d'adulte. ♦ Faire dormir l'enfant dans la chambre des parents les six premiers mois. ♦ Ne pas tenir l'enfant trop au chaud. ♦ Ne pas placer de tour de lit, de duvet, d'oreiller, de grosses couvertures et de jouets mous dans son lit. ♦ Maintenir un environnement sans fumée autour du bébé. ♦ Ne pas le faire dormir dans le même lit que d'autres enfants.
Sécurité du lit et de l'équipement	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ne pas utiliser les lits d'enfant faits avant septembre 1986 parce qu'ils ne respectent pas les normes canadiennes en matière de sécurité. ♦ Ne pas modifier le lit d'enfant. ♦ Faire dormir l'enfant de moins de deux ans dans un lit d'enfant. ♦ Utiliser l'équipement de la façon indiquée dans les directives du fabricant. ♦ Utiliser de l'équipement adapté à l'âge de l'enfant. ♦ Vérifier si l'équipement fait l'objet d'un rappel.
Pratiques sécuritaires	
Toxines et polluants environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Maintenir un environnement libre de fumée secondaire et tertiaire autour de l'enfant (les produits chimiques toxiques libérés dans la fumée s'incrustent dans les cheveux, la peau, les tissus, les tapis, les meubles et les jouets). ♦ Donner à l'enfant des jouets de qualité et exempts de plomb. ♦ Utiliser de la peinture sans plomb à la maison.

Section 5 Sécurité et bien-être

	Pratiques sécuritaires
Toxines et polluants environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Garder la maison propre (dans les vieilles maisons, la poussière peut contenir du plomb) et exempte d'allergènes et de moisissures. ♦ Ne pas utiliser un thermomètre au mercure. ♦ Ne pas faire chauffer le lait maternel, la préparation pour nourrissons ou les aliments dans des bouteilles ou des contenants en plastique qui libèrent du bisphénol A. ♦ Utiliser l'eau froide du robinet pour donner de l'eau au bébé ou faire une préparation pour nourrisson (l'eau chaude du robinet contient plus de plomb). ♦ Dans les maisons construites avant 1990, laisser l'eau couler deux minutes chaque matin avant de l'utiliser pour faire une préparation, une boisson ou des aliments pour bébé. ♦ Ne pas donner de jouets en vinyle à un jeune enfant (il peut absorber des produits chimiques en les mâchant et en les suçant). ♦ Acheter du matériel d'art pour enfant (p. ex. des marqueurs et de la peinture) non toxique. ♦ Enlever les chaussures et les bottes utilisées à l'extérieur en entrant dans la maison (elles peuvent transporter des métaux, des pesticides et des déjections d'animaux). ♦ Utiliser des tables de pique-nique et de l'équipement de terrains de jeux faits de cèdre, de séquoia ou de métal et non de bois traité (qui peut contenir de l'arsenic). ♦ Ne pas amener un enfant dans un endroit où il y a de la peinture, de la colle, de nouveaux tapis et d'autres objets qui peuvent libérer des gaz chimiques. ♦ Ne pas utiliser de pesticides ni de produits chimiques puissants près d'un enfant. ♦ Garder l'enfant à l'intérieur les jours où la qualité de l'air est mauvaise.

Pour obtenir de l'information additionnelle, rendez-vous aux adresses suivantes :

www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vnextoid=06a0ebfc2bb31410VgnVCM10000071d60f89RCRD (en anglais seulement)

www.meilleurdepart.org/resources/environ/pdf/BSMAppendixB.pdf

(Bridgman-Acker, 2009; Société canadienne de pédiatrie, 2004; Grenier et Leduc, 2008; Santé Canada, 2008; Hunt et Hauck, 2006; Nansel et coll., 2008; Parachute, non daté; Schnitzer, 2006; OMS, 2008)

Section 5 Sécurité et bien-être

Maltraitance

Maltraitance des enfants

La maltraitance des enfants est un problème complexe et répandu qui touche des enfants un peu partout sur la planète. Elle provoque des dommages évidents selon la forme qu'elle peut prendre - abus et négligence, violence ou traitements coercitifs dans son entourage et blessures accidentelles (Schnitzer et Ewigman, 2008). Les dommages affectifs, psychologiques ou physiques graves qui en résultent peuvent avoir des répercussions négatives sur le cheminement de l'enfant plus tard dans la vie. Les cicatrices laissées par la maltraitance sont parfois permanentes.

Un adulte qui fait intentionnellement du mal à un enfant commet un abus. Malheureusement, plus de 80 % de tous les gestes abusifs sont commis par un parent et 7 % de ces gestes sont posés par un membre de la famille (Berk et Roberts, 2009). Même si la négligence est souvent considérée comme une forme d'abus, elle diffère des autres types d'abus. Dans un cas d'abus, il y a présence de gestes dommageables envers un enfant (p. ex. une blessure ou un viol). Dans un cas de négligence, il y a plutôt absence d'un ensemble de conditions qui devraient être présentes pour permettre à l'enfant de se développer sainement (English et coll., 2005).



Tous les cas d'abus sont inacceptables, mais bon nombre d'entre eux ne sont pas dénoncés. Le taux réel de maltraitance envers les enfants est donc beaucoup plus élevé que nous le croyons (Berk et Roberts, 2009; Lambie, 2005). On estime que 100 enfants meurent chaque année au Canada à la suite de maltraitance (Berk et Roberts, 2009). De plus, la plupart des formes de maltraitance sont interreliées. Un enfant qui subit une certaine forme de maltraitance va donc probablement en subir d'autres types (Berk et Roberts, 2009). On retrouve ainsi beaucoup d'indicateurs semblables dans les quatre principales catégories d'abus et de négligence. Les données ventilées selon le sexe montrent que les garçons et les filles subissent la même violence physique, mais que les filles subissent quatre fois plus d'agressions sexuelles que les garçons (Lambie, 2005). Étant donné que les jeunes enfants ont souvent de la difficulté à dénoncer un abus (Brilleslijper-Kater et coll., 2004), il est essentiel que les professionnels sachent reconnaître les signes de maltraitance d'enfants et qu'ils communiquent avec les services de protection de l'enfance de leur région s'ils soupçonnent un cas d'abus ou de négligence.

Définition de la négligence et de l'abus

Cunningham et Baker (2007) ont décrit les différents types d'abus, y compris ceux subis à la maison. Voici les indicateurs que nous allons utiliser dans la présente section pour définir la négligence et l'abus.

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ **La négligence** est la forme de maltraitance la plus souvent dénoncée (Berk et Roberts, 2009). Elle est pourtant celle qui reçoit le moins d'attention (English et coll., 2005; Lewin et Herron, 2007). Elle est souvent divisée en sous-types :
 - Défaut de répondre aux besoins essentiels d'un enfant (p. ex. donner à manger, des vêtements, un abri, une éducation, des soins médicaux, une supervision ou assurer sa sécurité)
 - Abandon
 - Défaut de veiller au bien-être affectif de l'enfant
 - Défaut de suivi médical ou de faire une intervention recommandée
- ◆ **La violence psychologique** comprend les gestes qui peuvent causer des troubles de santé mentale ou de comportement graves, y compris l'isolement social, faire des demandes déraisonnables répétées, tourner en ridicule, humilier, intimider ou terroriser. On inclut souvent l'exposition à de la violence familiale dans une catégorie distincte (Trocmé et coll., 2003), bien qu'elle soit généralement considérée comme une forme de violence psychologique.
- ◆ **La violence physique** consiste à poser des gestes qui causent des blessures physiques, comme donner des coups de pieds ou de poings, mordre, secouer, battre, lancer par terre, étrangler, brûler ou poignarder.
- ◆ **L'agression sexuelle** prend les formes suivantes : caresser une partie intime, avoir un rapport sexuel, insérer un doigt ou un objet dans le vagin ou l'anus, avoir une conversation à caractère sexuel, faire de l'exhibitionnisme, exploiter à des fins commerciales (p. ex. prostitution, production de pornographie et autres formes d'exploitation sexuelle) et avoir des pratiques sexuelles contre nature (Berk et Roberts, 2009; Justice Canada, 2005; English et coll., 2005; Lambie, 2005; Trocmé et coll., 2005).

Répercussions de la maltraitance des enfants

Les répercussions à court et à long terme de la maltraitance d'enfants varient considérablement - le décès pendant l'enfance étant la plus grave. La maltraitance peut se répercuter sur toutes les sphères de développement d'un enfant. Voici une liste non exhaustive de ces répercussions.

- ◆ Incapacité permanente
- ◆ Dommages au cerveau
- ◆ Retards de développement

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Problèmes de comportement; agression; problèmes psychiatriques; symptômes de stress post-traumatique; risque accru de suicide
- ◆ Piètre rendement scolaire; troubles d'apprentissage; problèmes d'attention
- ◆ Difficulté à avoir des relations sociales
- ◆ Problèmes de santé au niveau du système reproducteur; infections transmissibles sexuellement, y compris VIH/sida
- ◆ Anxiété, dépression; faible estime de soi
- ◆ Colère, hostilité, méfiance généralisée à l'égard des adultes
- ◆ Retards de croissance
- ◆ Faible poids à la naissance
- ◆ Toxicomanie
- ◆ Grossesse à l'adolescence
- ◆ Revictimisation sexuelle
- ◆ Actes criminels, y compris un crime violent
- ◆ Absentéisme scolaire



(Cicchetti et Toth, 2006; Shonk et Cicchetti, 2001, Wolfe et coll., 2001, tel que cité dans Berk et Roberts, 2009; Dubowitz et coll., 2005; English et coll., 2005; Fusco et Fantuzzo, 2009; McGowan et coll., 2009; Prevent Child Abuse America, 2003; Sechrist, 2000, tel que cité dans Lambie, 2005)

Savoir la reconnaître

La maltraitance a non seulement des effets profonds et dévastateurs, mais elle provoque également un cycle de transmission générationnelle d'abus, de violence et de négligence. En prévenant la maltraitance, les professionnels interviennent de manière cruciale dans le cycle d'agression et de blessures. Pour cela, il est essentiel de connaître les facteurs de risque.

Facteurs de risque

Le tableau qui suit présente tout l'éventail de facteurs de risque pouvant contribuer à la maltraitance d'enfants, y compris les facteurs relatifs à la famille, la collectivité et la culture.

Section 5 Sécurité et bien-être

Facteurs de risque	
Parents et responsables de l'enfant	Problèmes psychologiques; déficience cognitive; problèmes de santé physique ou mentale; alcoolisme et autres toxicomanies; antécédents de maltraitance dans l'enfance; croire aux bienfaits d'une discipline sévère et physique; désir de satisfaire ses propres besoins non comblés à travers l'enfant; attentes déraisonnables envers le comportement de l'enfant; jeune âge (souvent moins de 30 ans); faible niveau de scolarité
Enfant	Prématuré ou très malade; tempérament difficile; inattention et hyperactivité; problèmes de développement
Famille	Faible revenu; pauvreté; itinérance; instabilité conjugale; isolement social ou manque de soutien social; violence familiale; déménagements fréquents; famille nombreuse avec grossesses rapprochées; surpeuplement du logement; ménage désorganisé; absence d'emploi stable; autres signes de stress élevé; activités criminelles
Collectivité	Taux élevé de violence et d'isolement social; peu de parcs, de lieux de garde, de programmes préscolaires ou de centres récréatifs, religieux ou culturels où trouver un soutien familial
Culture	Approbation de l'utilisation de la force physique et de la violence pour résoudre des problèmes

(Lambie, 2005; Trocmé et coll., 2005; Wekerle et Wolfe, 2003; Whipple, 2006, tel que cité dans Berk et Roberts, 2009)

- ◆ Les professionnels ont un rôle important à jouer dans l'arrêt du cycle de la maltraitance. Ils peuvent :
 - Veiller à ce que les enfants, les adolescents et les adultes reçoivent les traitements appropriés s'ils ont une maladie physique ou mentale
 - Repérer et aborder de façon précoce les troubles de développement
 - Encourager les personnes, les familles et les collectivités à développer de solides réseaux de soutien social
 - Veiller à ce que du matériel éducatif sur le parentage et la discipline positive soit accessible de façon universelle
 - Réclamer la mise en place de programmes d'alphabétisation conçus pour les adultes
 - Réclamer et appuyer des initiatives visant à réduire la pauvreté
 - Promouvoir les programmes de traitement et d'arrêt des toxicomanies
 - Promouvoir les programmes de soutien familial adapté à la culture et y recourir au besoin

Section 5 Sécurité et bien-être

Négligence

Indicateurs potentiels de négligence

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ Mauvaise hygiène; apparence négligée; évidence que l'enfant est sale et n'a pas été lavé; odeurs corporelles; caries; vêtements sales
- ♦ Problèmes physiques ou besoins médicaux négligés; manque de routine pour les soins médicaux ou dentaires
- ♦ Abandon temporaire (p. ex. laissé seul dans un siège d'auto)
- ♦ Manque flagrant de surveillance
- ♦ A toujours faim; estomac distendu
- ♦ Vêtements inadéquats, notamment pour la saison
- ♦ Érythème fessier chronique; plaies infectées ou problèmes de peau négligés
- ♦ Nourrisson ou jeune enfant qui affiche un schéma de croissance anormal; retards de croissance; membres maigres ou perte de poids; joues creuses; déshydratation; pâleur; léthargie; peu d'appétit; ne répond pas aux stimulations
- ♦ Retards de développement (p. ex. des aptitudes motrices, langagières ou sociales); ne franchit pas les étapes de développement au moment prévu pour son groupe d'âge; retard staturo-pondéral; maladresse

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Peu d'aptitudes sociales et de relations avec ses pairs
- ♦ S'endort souvent en dehors des heures de siestes; semble régulièrement fatigué
- ♦ Absentéisme fréquent
- ♦ Quémante ou vole de la nourriture; fouille et accumule de la nourriture; « oublie » souvent un lunch
- ♦ Comportements autodestructeurs
- ♦ Comportements délinquants
- ♦ Problèmes d'attention
- ♦ Image négative de soi et des autres
- ♦ Pleure peu ou sans discernement
- ♦ Demande énormément d'attention ou montre beaucoup trop d'affection
- ♦ Anxiété, dépression
- ♦ Manque d'énergie
- ♦ Se tient en retrait; difficulté à interpréter les émotions des autres
- ♦ Manque de persistance, de persévérance et d'enthousiasme
- ♦ Manque d'attachement envers les personnes qui en sont responsables; attachement sans discernement envers d'autres adultes

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ A peu peur des étrangers
- ♦ Est très autonome pour son âge; a beaucoup de responsabilités à la maison; doit prendre soin d'autres enfants; assume un rôle parental
- ♦ Manque d'imagination lorsque vient le temps de jouer
- ♦ Montre de la négligence

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ADULTE QUI NÉGLIGE UN ENFANT OU INDICATEURS DANS L'ENVIRONNEMENT À LA MAISON

- ♦ Ne répond pas aux besoins essentiels de l'enfant (p. ex. nourrir, donner un toit, éduquer, vêtir)
- ♦ Ne veille pas à ce que l'enfant reçoive un traitement médical s'il se blesse ou est malade ou reçoive les soins de santé de base
- ♦ Utilise la punition de façon excessive
- ♦ Indique que l'enfant n'était pas désiré; indique que l'enfant n'est toujours pas désiré
- ♦ Parle souvent négativement de l'enfant; est très critique envers l'enfant
- ♦ A des attentes irréalistes envers l'enfant
- ♦ Se préoccupe d'abord de ses propres besoins
- ♦ Antécédents familiaux de négligence et de mauvais parentage
- ♦ Est submergé par ses problèmes et besoins personnels; indique avoir de la difficulté à prendre soin de l'enfant ou à le nourrir; indique que l'enfant lui demande beaucoup d'énergie
- ♦ A une vie chaotique et peu de routines régulières (p. ex. amène toujours l'enfant très tôt et vient le chercher très tard)
- ♦ Participe peu à la vie de l'enfant : semble indifférent par rapport aux activités quotidiennes de l'enfant; manque les rendez-vous de l'enfant; n'utilise pas les services offerts; ne réagit pas lorsqu'on fait part de préoccupations
- ♦ Ne s'occupe pas de l'enfant ou le rejette
- ♦ Consomme de l'alcool ou des drogues en présence de l'enfant ou pendant une grossesse
- ♦ Subit de la violence familiale
- ♦ A des problèmes de santé mentale graves
- ♦ Manque de réseaux de soutien
- ♦ N'assure pas la sécurité de l'enfant; environnement non sécuritaire; présence d'excréments d'humains ou d'animaux; peu de nourriture disponible
- ♦ N'assure pas une supervision adéquate : souvent, ne sait pas où est l'enfant ou ne s'en préoccupe pas; laisse l'enfant seul sans surveillance dans un endroit dangereux ou sous la responsabilité de personnes inaptes à assurer sa sécurité.

(La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; English et coll., 2005; Grenier et Leduc, 2008; Lambie, 2005; Lewin et Herron, 2007; Powell, 2003; Rimer et Prager, 1998; Scannapieco et Connell-Carrick, 2005; Stocker et Dehner, 2001; Trocmé et coll., 2005)

Section 5 Sécurité et bien-être

Violence psychologique

Indicateurs potentiels de violence psychologique

Bien qu'ils ne soient ni concluants ni exhaustifs, les indicateurs suivants devraient alerter les professionnels parce qu'il est possible qu'il s'agisse de violence psychologique. Il ne faut toutefois pas envisager ces facteurs hors de leur contexte ni les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Il faut prêter une attention particulière à la durée, à la cohérence et à l'omniprésence de chaque indicateur. Si vous n'êtes pas certain qu'un comportement constitue un cas de violence psychologique, consultez un professionnel de la protection de l'enfance.

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ L'enfant ne se développe pas comme prévu; troubles de la parole; retard de développement physique ou affectif
- ♦ Se plaint souvent de nausées, de maux de tête ou de maux de ventre sans raison évidente
- ♦ Souffre d'asthme ou d'allergies graves
- ♦ Accuse un retard staturo-pondéral
- ♦ Mouille ou salit sa culotte sans explication médicale
- ♦ A un comportement immature ou trop mature
- ♦ A une apparence « inhabituelle » (p. ex. coupe de cheveux, vêtements et bijoux bizarres)
- ♦ Est habillé différemment des autres enfants de la famille

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Est extrêmement passif ou demande très peu d'attention; reste toujours en retrait; anxiété; tristesse; trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité; stress
- ♦ Cherche énormément à obtenir l'attention d'autrui; demande énormément d'attention, agressivité, colère
- ♦ A une faible estime de soi; dépression grave; comportements autodestructeurs (p. ex. menaces ou tentatives de suicide, toxicomanie); comportements antisociaux ou destructeurs
- ♦ A des habitudes ou des comportements régressifs (p. ex. problèmes de propreté, sucer son pouce, se bercer, mordre, se frapper la tête)
- ♦ Souffre de troubles du sommeil
- ♦ Montre une docilité excessive; de trop bonnes manières; trop soigné et propre
- ♦ Est trop critique envers lui-même; hautes attentes envers lui-même qui provoquent sa frustration et des échecs ou l'évitement d'activités par peur de l'échec
- ♦ A des objectifs irréalistes afin d'obtenir l'approbation d'un adulte
- ♦ A peur de retourner à la maison ou de rester seul
- ♦ Manque de confiance en soi

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Affiche un piètre rendement scolaire
- ♦ N'est pas toujours présent à l'école ou aux activités
- ♦ Démontre une inhibition extrême lors des jeux
- ♦ Fait des fugues
- ♦ A beaucoup de responsabilités d'adultes
- ♦ Affiche de piètres relations avec ses pairs; manque de liens affectifs avec les autres
- ♦ Montre une cruauté envers les animaux
- ♦ Avoue être victime de violence psychologique

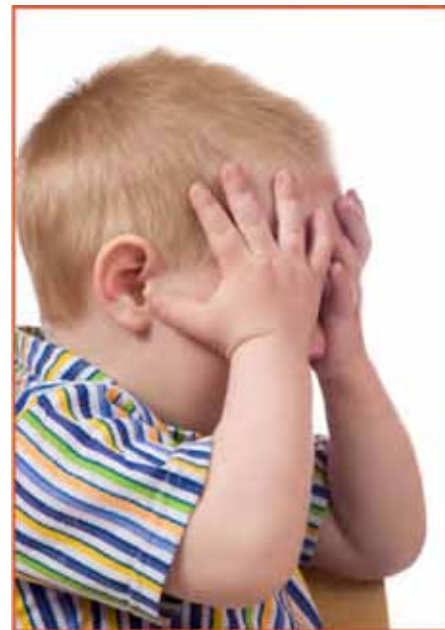
INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ADULTE QUI NÉGLIGE UN ENFANT

- ♦ Dégrade, critique, insulte, ridiculise, intimide, humilie ou déprécie constamment l'enfant; verbalise des sentiments négatifs envers l'enfant à l'enfant lui-même et à son entourage
- ♦ Compare l'enfant à une personne haïe
- ♦ Terrorise l'enfant (p. ex. menace l'enfant de lui faire du mal physiquement ou de le tuer, menace une personne ou une chose que l'enfant aime; force l'enfant à regarder une personne qu'il aime se faire blesser)
- ♦ Isole l'enfant; ne lui permet pas d'avoir des contacts avec les autres, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille (p. ex. enferme l'enfant sous clé dans un placard ou une pièce)
- ♦ Rejette constamment l'enfant ou ne s'en occupe pas; refuse d'aider l'enfant ou de reconnaître ses demandes, ses besoins ou ses intérêts
- ♦ Blâme l'enfant pour ses problèmes, ses difficultés et ses déceptions
- ♦ Affiche des comportements violents; crie constamment; profère des jurons
- ♦ Est inflexible et dur; démontre un comportement incohérent
- ♦ Traite l'enfant comme s'il était différent des autres enfants et de ses frères et sœurs ou le décrit comme tel (p. ex. ne lui donne pas de nourriture, de vêtements ou de soins de la même façon qu'aux autres enfants de la famille)
- ♦ Corrompt l'enfant en lui enseignant ou en renforçant des comportements criminels; est un modèle antisocial; exploite l'enfant pour son propre profit
- ♦ Ne donne pas d'affection physique ou verbale à l'enfant; ne lui donne pas d'amour, de soutien et de conseils
- ♦ Fait des demandes excessives à l'enfant; a des attentes irréalistes envers lui
- ♦ Expose l'enfant au sexe ou à la violence (p. ex à la télévision ou en DVD)
- ♦ Répète à l'enfant qu'il ne vaut rien, que ses besoins ne comptent pas et que personne ne l'aime
- ♦ Est toxicomane

(Case, 2007; La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; Christensen, 1999; Lambie, 2005; McKibbin et Walton, 2008; Muscari, 2004; Palmatier, 1997; Powell, 2003; Reardon et Noblet, 2008; Rimer et Prager, 1998; Trocmé et coll., 2005)

Section 5 Sécurité et bien-être

Ces dernières années, le nombre de cas d'exposition à de la violence familiale a augmenté considérablement au Canada (Trocmé et coll., 2005). Bien que la violence familiale puisse avoir lieu pendant des explosions de colère et de violence, c'est, en définitive, une question de « contrôle et non de colère » (traduction libre) [Nies et McEwen, 2001, p. 604]. La violence familiale a un impact négatif sur le bien-être et le développement de l'enfant. Les enfants exposés à de la violence familiale souffrent de beaucoup plus de problèmes sociaux, affectifs et cognitifs que leurs pairs (Fusco et Fantuzzo, 2009). Des études montrent que « près de 75 % de tous les enfants exposés à de la violence familiale font également preuve de violence » (traduction libre) [Fusco et Fantuzzo, 2009, p. 254]. Les garçons exposés à de la violence contre leur mère sont plus susceptibles d'agresser leur partenaire à l'âge adulte. Les filles qui grandissent dans un tel milieu sont plus susceptibles d'accepter des relations abusives à l'âge adulte (Grenier et Leduc, 2008).



L'exposition à des comportements de maltraitance à la maison doit toujours être prise au sérieux. Les enfants peuvent être touchés de différentes façons, mais ceux qui vivent entourés de conflits et d'abus peuvent se sentir coupables, s'inquiètent des conséquences, essaient de trouver des solutions et essaient de se protéger et de protéger leurs frères et leurs sœurs ainsi que la personne qui s'occupe d'eux (Cunningham et Baker, 2007).

On retrouve souvent les mêmes types d'indicateurs physiques et comportementaux chez les enfants témoins de traitements abusifs et coercitifs à la maison et chez les enfants qui subissent de la violence psychologique (consultez la sous-section Indicateurs potentiels de violence psychologique qui se trouve dans les pages précédentes). De plus, les enfants peuvent être gravement blessés par accident pendant les explosions de violence à la maison, soit parce qu'ils essaient de protéger un membre de la famille, soit parce que la personne violente lance des objets. Des enfants présentent même des symptômes de stress post-traumatique après avoir été témoins de violence familiale (Fusco et Fantuzzo, 2009).

Les adultes pris dans le cercle de la violence familiale affichent également le même type de comportements que les adultes qui abusent psychologiquement d'un enfant (consultez la sous-section Indicateurs potentiels de violence psychologique qui se trouve dans les pages précédentes). Ils peuvent notamment ridiculiser, intimider, humilier, dégrader, insulter, critiquer verbalement ou blâmer l'enfant; être violents; faire des menaces; terroriser les membres de la famille; isoler des membres de la famille et être jaloux et possessifs (Jenkins et Davidson, 2001). Ils peuvent aussi contrôler les activités de leur partenaire (Reyes, Rudman et Hewitt, 2002). La pauvreté, la toxicomanie et la famille monoparentale dirigée par une femme sont des facteurs de risque élevé de vivre de la violence familiale (Fusco et Fantuzzo, 2009).

Section 5 Sécurité et bien-être



La victime de violence familiale est souvent la principale responsable de l'enfant - en général la mère. Et elle se sent souvent incapable de changer les comportements de son partenaire qui tente de la contrôler sur le plan affectif, physique et financier. Les professionnels peuvent aider les victimes en reconnaissant les gestes agressifs et en leur offrant la possibilité de les dénoncer et d'avoir recours à des services d'intervention. Les professionnels doivent donc surveiller tout un éventail d'indicateurs comportementaux que les victimes peuvent présenter, notamment les suivants :

- Blessures qui ne semblent pas accidentelles
 - Explications très vagues de la cause de la blessure ou qui n'ont aucun rapport avec la blessure
 - Embarras, honte, tentative de cacher les blessures
 - Être réservées, tranquilles ou effrayées en présence de l'agresseur
 - Être tendues, nerveuses, éviter le contact visuel et laisser son partenaire répondre aux questions
 - Se plaindre d'avoir les « nerfs fragiles » ou des troubles du sommeil ou de l'appétit
 - Référer au tempérament du partenaire; vouloir éviter les problèmes
 - Manquer des rendez-vous; ne pas prendre ses médicaments ou suivre les ordonnances établies
 - Antécédents de blessures à répétition
 - Aller souvent à l'urgence ou dans une clinique de santé mentale
 - Antécédents de dépression, d'anxiété ou de tentatives de suicide
 - Multiples blessures à différents stades de guérison
 - Peur ou nervosité apparentes; augmentation des réactions de sursaut
 - Être isolées et avoir peu d'argent, de ressources, d'amis, de famille et d'accès à l'emploi et aux modes de transport
 - Consommation d'alcool ou de drogues
- (Jenkins et Davidson, 2001; Reyes, Rudman et Hewitt, 2002)

Section 5 Sécurité et bien-être

Violence physique

Indicateurs potentiels de violence physique

Bien qu'ils ne soient ni concluants ni exhaustifs, les indicateurs suivants devraient alerter les professionnels parce qu'il est possible qu'il s'agisse de violence physique. Il ne faut toutefois pas envisager ces facteurs hors de leur contexte ni les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Il faut prêter une attention particulière à la durée, à la cohérence et à l'omniprésence de chaque indicateur. Si vous n'êtes pas certain qu'un comportement constitue de la violence physique, consultez un professionnel de la protection de l'enfance.

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ◆ Présence de plusieurs blessures à répétition; blessures non expliquées présentant divers stades de guérison
- ◆ Fractures, dislocations, fractures multiples en même temps ou sur une période de temps; douleur dans les membres, particulièrement lors de mouvements; sensibilité
- ◆ Visage déformé par de l'œdème, des plaies ou des ecchymoses
- ◆ Boiterie ou démarche anormale sans explication raisonnable (p. ex. amplitude de mouvement d'un membre limitée)
- ◆ Fracture de côtes : respiration difficile; difficulté à lever les bras
- ◆ Signes de blessures possibles à la tête (y compris de fracture du crâne) : œdème et douleur; nausées ou vomissements; poignées de cheveux arrachées; irritabilité; léthargie; crises d'épilepsie; boiterie; difficulté à respirer; pleurs incessants; étourdissements; pupilles de tailles différentes; plaies qui saignent sur le cuir chevelu ou saignement de nez
- ◆ Les fractures chez les bébés de moins de 12 mois sont causées par un abus dans 40 à 56 % des cas
- ◆ Blessures au visage chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire
- ◆ Coupures, égratignures et marques de coups qui ne peuvent pas être faites en jouant habituellement (p. ex. ecchymoses sur les joues, le cou, le dos des mains ou les cuisses); blessures qui ne cadrent pas avec l'âge et l'étape de développement de l'enfant
- ◆ Fréquentes visites à l'hôpital

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ Blessures inexplicables à des endroits suspects (p. ex. sur le ventre, les fesses, les oreilles, le derrière de la tête, le haut du dos ou la région du pubis); les ecchymoses sur les bébés de moins de 9 mois sont considérées comme suspectes
- ♦ Ecchymoses dans la même région, marques de coups ou ecchymoses présentant une forme particulière (p. ex. ceinture, cuillère en bois, main ou doigts)
- ♦ Brûlures de cigarette; brûlures présentant une forme particulière (p. ex. fer à repasser ou brûleur électrique); brûlures indiquant qu'on a utilisé quelque chose pour restreindre l'enfant (p. ex. brûlures par une corde sur les poignets, les chevilles ou le cou); brûlures par liquide bouillant
- ♦ Marques de morsures humaines
- ♦ Marques de mutilation récente des parties génitales féminines (p. ex. difficulté à uriner, infections chroniques, se dandiner)
- ♦ Blessures internes
- ♦ Dent cassée ou manquante au milieu de la bouche

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Les explications ne concordent pas avec la blessure; refuse ou a peur de parler de la blessure; nie la blessure; ne peut pas se rappeler comment il s'est blessé ou décrire la blessure
- ♦ Perturbateur; destructeur; nerveux ou hyperactif; violent envers les autres
- ♦ Dépression ou anxiété
- ♦ Affiche des comportements extrêmes : extrêmement agressif ou passif, malheureux ou en retrait; extrêmement docile ou disposé à plaire ou extrêmement indocile
- ♦ Essaie de se blesser (p. ex. automutilation)
- ♦ Affiche peu ou pas d'émotions lorsqu'il se blesse
- ♦ Prudence ou crainte envers les adultes en général ou plus particulièrement envers un sexe ou une personne
- ♦ Ne veut pas être touché; peut reculer ou sursauter si une personne le touche
- ♦ Survigilance, expression figée de guet ou regard vague
- ♦ Problèmes de rendement scolaire ou de comportement
- ♦ Peur de rentrer à la maison; fugues
- ♦ Absences fréquentes sans justification ou présente des blessures en voie de guérison à son retour
- ♦ Essaie de prendre soin de la personne qui en est responsable
- ♦ Est vêtu de façon inappropriée pour cacher des blessures
- ♦ Piètres relations avec ses pairs
- ♦ Retards de développement, plus particulièrement des aptitudes langagières et motrices

Section 5 Sécurité et bien-être

COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ L'AGRESSEUR

- ♦ Explications des blessures incohérentes
- ♦ Tarde à faire soigner les blessures ou les maladies de l'enfant par un professionnel
- ♦ Donne des punitions dures, impulsives ou inhabituelles
- ♦ Manque de maîtrise de soi et peu de tolérance aux frustrations; peut entrer dans un état de colère extrême; impatience
- ♦ Isolement social; reçoit peu de soutien ou d'assistance aux parents
- ♦ Peu de connaissances sur le développement de l'enfant ou attentes irréalistes envers l'enfant
- ♦ Avoue avoir de la difficulté à prendre l'enfant en charge ou fait des remarques désobligeantes; trouve que l'enfant est différent, mauvais ou la cause de difficultés
- ♦ Montre peu ou pas de véritable affection, physiquement ou psychologiquement, envers l'enfant
- ♦ Trouve que l'enfant est maladroit
- ♦ Ne s'inquiète pas de l'enfant et de ses blessures ou y est indifférent ou hostile

(La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; Grenier et Leduc, 2008; Lambie, 2005; Powell, 2003; Rimer et Prager, 1998; Trocmé et coll., 2005; Ziegler, Sammut et Piper, 2005)

Le syndrome du bébé secoué, appelé maintenant traumatisme crânien résultant d'actes de violence, constitue une autre forme de violence corporelle. Ces expressions désignent un vaste éventail de blessures par :

- Le fait d'être secoué
- Un impact brusque
- La combinaison d'un impact brusque et d'être secoué (Christian et Block, 2009).

Le syndrome du bébé secoué peut survenir lorsqu'on secoue violemment un nourrisson ou un jeune enfant (Reynolds, 2008). On parle plutôt de traumatisme crânien lorsqu'on secoue un enfant ou qu'on le frappe violemment avec la main ou un objet ou, encore, qu'on frappe sa tête contre une surface dure. Ce sont souvent les pleurs continus d'un nourrisson qui amènent un adulte à le secouer. Comme sa tête est large et que les muscles de son cou sont très faibles, le secouer violemment, même seulement cinq secondes, peut causer des blessures. Il est toutefois difficile de diagnostiquer un traumatisme crânien parce qu'il y a peu de signes externes (Mraz, 2009). Il survient le plus fréquemment chez des nourrissons de moins de six mois, mais des cas ont été signalés chez des enfants ayant jusqu'à cinq ans (Reynolds, 2008; Smith, 2003). Malheureusement, environ un tiers des enfants victimes de traumatisme crânien résultant d'actes de violence décèdent (OMS, 2002). Moins d'un

Section 5 Sécurité et bien-être

tiers des enfants qui y survivent se développent normalement (Reynolds, 2008). Un tel traumatisme peut avoir diverses conséquences, notamment les suivantes :

- Déficit visuel permanent
- Crises d'épilepsie
- Dommages permanents au cerveau
- Retards de développement
- Troubles d'apprentissage
- Dysfonction motrice grave
- Paralysie
- Épilepsie

Les hommes commettent ce type de maltraitance deux fois plus souvent que les femmes (Reynolds, 2008). Comme pour toute forme d'abus présumé contre les enfants, il peut être justifié de poser plus de questions et de consulter un organisme de protection de l'enfance.

Le tableau suivant présente une liste d'indicateurs de traumatisme crânien résultant d'actes de violence. Si on remarque plusieurs de ces indicateurs chez un enfant, il importe de consulter immédiatement un service de soins de santé primaires ou un médecin de l'urgence.

Indicateurs de traumatisme crânien résultant d'une maltraitance (syndrome du bébé secoué)

- | | |
|---|---|
| ♦ Faible alimentation | ♦ Incapacité de fixer son regard ou de suivre des objets avec les yeux |
| ♦ Vomissements | ♦ Lésion du squelette - on retrouve souvent des fractures anciennes et récentes concomitantes |
| ♦ Léthargie ou irritabilité | ♦ Hémorragie intracrânienne massive - plus courante cause de décès chez les enfants secoués |
| ♦ Hypothermie | ♦ Bombement de la fontanelle (espace mou) |
| ♦ Retard staturo-pondéral | ♦ Coma |
| ♦ Sommeil accru ou difficulté à rester éveillé | ♦ Bradycardie (ralentissement du rythme cardiaque) |
| ♦ Incapacité de soulever la tête | ♦ Défaillance cardiovasculaire grave |
| ♦ Incapacité de téter, d'avalier, de sourire ou de babiller | ♦ Ecchymoses en forme de main sur le tronc ou les extrémités de l'enfant |
| ♦ Crises d'épilepsie | |
| ♦ Difficulté à respirer | |
| ♦ Hémorragie rétinienne - survient dans 50 à 100 % des cas | |
| ♦ Yeux globuleux | |
| ♦ Peau bleue | |
| ♦ Légère anémie | |

(Reynolds, 2008; Smith, 2003)

Section 5 Sécurité et bien-être

Agression sexuelle

Le comportement sexuel de l'enfant au fil des étapes du développement

Pour déterminer avec certitude si un enfant est agressé sexuellement, il est utile de bien comprendre les comportements sexuels qu'il peut adopter au cours de son développement normal. Étonnamment, il y a peu de recherches sur le développement sexuel normal de l'enfant (Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999). Et le peu de recherches disponibles datent de plusieurs années (Volbert, 2001). Décrire le développement sexuel normal n'est pas une chose facile, car un certain nombre de facteurs entrent en jeu, dont les suivants :

- ◆ L'âge de l'enfant
- ◆ Le niveau d'éducation de la mère
- ◆ L'attitude de la famille par rapport à la nudité
- ◆ L'attitude de la famille par rapport à la sexualité (Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999)
- ◆ La culture (Volbert, 2001)

Le tableau suivant montre les comportements sexuels appropriés au stade de développement qui ont été observés chez de jeunes enfants.

Comportements sexuels appropriés au stade de développement des enfants de moins de six ans

- | | |
|--|---|
| ◆ Poser des questions sur la sexualité | ◆ Être curieux de savoir comment naissent les enfants |
| ◆ Jouer au médecin | ◆ S'asseoir avec les parties génitales ou les sous-vêtements exposés |
| ◆ Toucher les seins de sa mère | ◆ Se déshabiller en public |
| ◆ Aimer être nu | ◆ Embrasser des adultes qui ne font pas partie de la famille |
| ◆ Aimer marcher en sous-vêtements | ◆ Embrasser des enfants qui ne font pas partie de la famille |
| ◆ Avoir une érection | ◆ Montrer volontairement ses parties génitales à des pairs (en général jusqu'à l'âge de 4 ans) |
| ◆ Toucher ses parties génitales; se masturber | ◆ Être fasciné par ses excréments; montrer de la curiosité pour ce qui se passe dans une salle de bains |
| ◆ Connaître les différences entre les parties génitales des hommes et des femmes | ◆ À partir de 4 ans, montrer un besoin accru d'intimité, en particulier dans la salle de bains |
| ◆ Connaître le nom des composantes des parties génitales; utiliser souvent des termes non techniques pour les décrire | |
| ◆ Se gratter les parties génitales | |
| ◆ Regarder des gens qui sont nus | |
| ◆ Recevoir et donner des câlins | |
| ◆ Les enfants de 2 à 7 ans n'associent généralement pas les organes sexuels à la sexualité, mais plutôt à la grossesse et à la naissance | |

(Brilleslijper-Keter, Friedrich et Corwin, 2004; Brittain, 2005; Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999; Stoudemire, 1998; Volbert, 2001)

Section 5 Sécurité et bien-être

Bien qu'ils ne soient ni concluants ni exhaustifs, les indicateurs suivants devraient alerter les professionnels parce qu'il est possible qu'il s'agisse d'une agression sexuelle. Il ne faut toutefois pas envisager ces facteurs hors de leur contexte ni les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Il faut prêter une attention particulière à la durée, à la cohérence et à l'omniprésence de chaque indicateur. Si vous n'êtes pas certain qu'un comportement corresponde à une agression sexuelle, consultez un professionnel de la protection de l'enfance.

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ◆ Démangeaisons inhabituelles ou excessives ou douleurs dans la gorge ou les parties génitale et anale
- ◆ Pertes vaginales; odeur provenant des parties génitales
- ◆ Sous-vêtements déchirés ou tachés par du sang ou autre chose, p. ex. du sperme
- ◆ Douleur lors de la miction ou de l'élimination; douleur au moment de s'asseoir, de marcher ou d'avaler
- ◆ Sang dans l'urine ou les selles
- ◆ Blessures sur les seins ou les parties génitale ou anale : rougeurs, ecchymoses, lacérations, déchirures, œdème, saignements, infections
- ◆ Mauvaise hygiène personnelle ou se laver excessivement
- ◆ Douleur au ventre
- ◆ Constipation
- ◆ Infections transmissibles sexuellement
- ◆ Infections urinaires ou vaginites fréquentes
- ◆ Objets étrangers dans le vagin ou le rectum

(Berk et Roberts, 2009; Brilleslijper-Kater et coll., 2004; Brittain, 2005; Brown, Brack et Mullis, 2008; La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; Justice Canada, 2005; Felman et Nikitas, 1995; Glick, 2006)

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Affiche trop de comportements ou de connaissances de nature sexuelle pour son âge et son étape de développement
- ♦ Comprend en détail les comportements sexuels; fait des dessins ou des descriptions inappropriées pour son âge
- ♦ Comportements de nature sexuelle inappropriés pour son âge avec les poupées, les jouets, sa propre personne, les animaux ou d'autres personnes; comportements provocateurs envers des adultes; comportements intrusifs de nature sexuelle envers des enfants de son âge; essaie d'agresser sexuellement de jeunes enfants; tient des propos à caractère sexuel de façon compulsive; masturbation excessive
- ♦ Comportements de jeux atypiques (p. ex. reproduction répétitive du traumatisme, joue de façon agressive, jeux à caractère sexuel)
- ♦ Demande souvent d'aller à la salle de bains; plaintes de malaises physiques répétées sans manifestation physique
- ♦ Cauchemars, terreurs nocturnes et troubles du sommeil
- ♦ Perte d'appétit; soudain changement de poids (perte ou gain)
- ♦ Se colle ou demande beaucoup d'affection ou d'attention; a peur d'être abandonné si la personne qui en prend soin s'absente momentanément
- ♦ Réticence, peur ou refus d'aller vers un parent, un membre de la famille ou un ami sans raison apparente; se méfie des autres; craintes excessives
- ♦ Hyperactivité ou anxiété; semble préoccupé; s'inquiète excessivement de ses frères et sœurs; pleurs excessifs
- ♦ Piètre estime de soi; dépression; comportement de retrait; fort sentiment de honte ou de culpabilité
- ♦ Soudains changements de comportements ou de développement (p. ex. un enfant extraverti se tient en retrait)
- ♦ Comportements régressifs (p. ex. recommence à mouiller son lit ou à sucer son pouce, perte de la parole)
- ♦ Ne se laisse pas déshabiller ou montre de l'appréhension ou de la peur lorsqu'on le déshabille
- ♦ A peur d'aller à la maison; fugues
- ♦ Mauvaises relations avec ses pairs; isolement social
- ♦ Comportements agressifs; automutilation
- ♦ Retards de développement
- ♦ Met sa bouche sur les parties sexuelles d'autres enfants ou d'adultes; met la langue dans la bouche de la personne qu'il embrasse
- ♦ Met des objets dans le vagin ou l'anus
- ♦ Joue ou s'enduit d'excréments répétitivement; urine volontairement dans des endroits inappropriés (p. ex. sur des meubles)
- ♦ Touche aux parties génitales des animaux
- ♦ Avoue être victime d'agression sexuelle

Section 5 Sécurité et bien-être

COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ L'AGRESSEUR

- ♦ Relation inappropriée, sexualisée ou de nature conjugale avec l'enfant
- ♦ Indique que l'enfant a des comportements sexuels ou provocateurs
- ♦ A des contacts physiques ou une affection envers l'enfant qui semble de nature sexuelle
- ♦ Permet à l'enfant d'avoir des comportements sexuels ou l'encourage à le faire
- ♦ Est souvent seul avec l'enfant et est isolé sur le plan social
- ♦ Est jaloux des relations de l'enfant avec des pairs ou d'autres adultes
- ♦ Décourage ou ne permet pas à l'enfant d'avoir des contacts non supervisés avec des pairs
- ♦ Utilise des substances pour réduire les inhibitions envers des comportements sexuellement abusifs
- ♦ Dépendance à des drogues, à l'alcool ou à d'autres substances
- ♦ Traite un enfant différemment des autres enfants de la famille
- ♦ Est exceptionnellement surprotecteur ou trop investi dans la vie de l'enfant (p. ex. se colle sur l'enfant pour obtenir du réconfort)
- ♦ L'agresseur est habituellement un homme qui connaît l'enfant (p. ex. le père, le beau-père ou le conjoint)
- ♦ L'agresseur peut utiliser Internet ou un téléphone cellulaire pour montrer de la pornographie à l'enfant

(Lambie, 2005; Paradise, 2002; Powell, 2003; Reece, 2000; Rimer et Prager, 1998; Scannapieco et Connell-Carrick, 2005; Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999; Trocmé et coll., 2005; MSO, 2002)

Signaler et soutenir

Signaler un cas de maltraitance

Les professionnels qui travaillent directement auprès des jeunes enfants et de leur famille peuvent soupçonner qu'un enfant est victime d'abus ou de négligence dans certaines situations. Aux termes de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille (1990), les professionnels qui travaillent auprès d'enfants et ont des motifs raisonnables de soupçonner qu'on a fait ou pourrait faire du mal à un enfant doivent faire part de leurs soupçons immédiatement à un organisme de protection de l'enfance. Selon la Convention des droits de l'enfant (1989) des Nations Unies, un enfant est un être humain de moins de 18 ans.

Pour favoriser le bien-être des enfants, les professionnels qui soupçonnent un cas de maltraitance ont l'obligation légale et éthique de consulter un service d'aide à l'enfance ou de signaler le cas. Les soupçons peuvent entre autres provenir d'indicateurs de négligence, d'agression sexuelle ou de violence physique ou psychologique, y compris l'exposition

Section 5 Sécurité et bien-être

à de la violence familiale (MCYS, 2005). Si les signes d'abus ne sont pas explicites ou si certaines pratiques culturelles enfreignent les lois canadiennes (p. ex. la mutilation des parties génitales des filles), il est recommandé de consulter un organisme de protection de l'enfance. Ce type d'organisme offre des services d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'obligation de signaler tout cas de maltraitance est également un élément important à considérer pour les professionnels. Même si le cas a déjà été signalé à un organisme de protection de l'enfance, il faut faire un nouveau signalement si d'autres motifs raisonnables alimentent nos soupçons.

Signalez la maltraitance et la négligence : c'est votre devoir!

Soutenir l'enfant victime ou potentiellement victime de maltraitance

Les professionnels peuvent soutenir un enfant maltraité de différentes façons. En surveillant étroitement ses progrès, sa santé et son bien-être dans l'ensemble, ils peuvent souvent repérer des changements inhabituels dans les comportements ou le développement de l'enfant. Un programme de visites à domicile comme Bébés en santé, enfants en santé peut aussi faire ce type de surveillance, notamment pour des familles à risque qui ont des enfants de six ans ou moins. Si un doute important existe, les professionnels peuvent également aider à diriger l'enfant vers les services appropriés.

Si l'enfant a déjà souffert des effets dévastateurs de la maltraitance, il pourra avoir besoin de thérapie par le jeu ou d'un service de garde thérapeutique (OMS, 2002). Rimer et Prager (1998) font remarquer que l'enfant maltraité a besoin d'un environnement stable, favorable et réconfortant et d'adultes qui ne sont pas imprévisibles. Pour favoriser le processus de guérison, ils suggèrent également de l'aider à acquérir :

- ◆ Une image de soi positive et un amour-propre
- ◆ De la confiance
- ◆ La capacité d'identifier et d'exprimer des émotions
- ◆ Des aptitudes pour la communication
- ◆ Des aptitudes pour repérer et régler des problèmes
- ◆ Des aptitudes pour la résolution de conflits
- ◆ La capacité de combler ses retards de développement

Soutenir l'adulte qui maltraite ou pourrait maltraiter un enfant

Il est important que tous les professionnels qui travaillent auprès d'enfants et de leur famille suivent au moins une formation pour les aider à repérer les signes de maltraitance. Cette formation devrait également leur fournir des outils pour renseigner efficacement les gens sur la prévention de la maltraitance (Brown, Brack et Mullis, 2008). Il existe aussi un certain nombre de programmes et de services de soutien pour les éducateurs ou les adultes qui maltraitent ou pourraient maltraiter un enfant. Voici quelques-unes des options possibles :

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Thérapie à long terme
- ◆ Groupe ou réseau de soutien parental (p. ex. Parents Anonymes)
- ◆ Programmes d'éducation parentale - souvent offerts dans des centres; ils peuvent améliorer les aptitudes parentales, aider à comprendre le développement de l'enfant et proposer des stratégies de discipline positives
- ◆ Programmes de soutien pour les nouveaux parents (incluant des renseignements sur les soins prénataux, les stratégies efficaces pour la discipline, les besoins de l'enfant en matière de développement, des techniques de gestion du stress)
- ◆ Programmes de visites à domicile - des éducateurs se rendent à la maison pour offrir du soutien, donner des renseignements et orienter les gens vers les services communautaires appropriés pour prévenir la maltraitance
- ◆ Programmes thérapeutiques de jour pour les adultes maltraités dans leur enfance
- ◆ Programmes de formation sur la prévention des abus (p. ex. des agressions sexuelles)
- ◆ Programmes sociaux pour soutenir les familles
- ◆ Formation sur la planification financière et les qualifications professionnelles
- ◆ Campagnes médiatiques pour sensibiliser les personnes responsables d'enfants
- ◆ Interventions comportant de nombreux volets (p. ex. soins à l'enfant, formation sur le parentage, soutien familial)

(Berk et Roberts, 2009; Lambie, 2005; Mikton et Butchart, 2009; OMS, 2002)