

Guide de référence destiné aux
professionnels de la petite enfance

Signaux d'alarme

**chez les nourrissons, les tout-petits et les enfants d'âge
préscolaire**

**Dépistage précoce dans
Stormont, Dundas et Glengarry**

french logo

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Signaux d'alarme est un guide de référence visant à aider les professionnels de la petite enfance à décider d'obtenir d'autres conseils, une évaluation ou un traitement. Il ne s'agit pas d'un outil officiel de dépistage ou de diagnostic.

Les renseignements contenus dans le document « Signaux d'alarme chez les nourrissons, les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire » (« le présent document ») sont fournis à titre de service public. Bien que tous les efforts aient été déployés pour assurer l'exactitude du document, il n'y a aucune garantie ou représentation, expresse ou tacite, concernant l'exactitude, la fiabilité ou l'intégralité des renseignements contenus dans le présent document. Les renseignements dans le présent document sont fournis « tels quels », sans garantie ni condition.

Le présent document ne peut remplacer les conseils ou le traitement par des professionnels formés pour évaluer adéquatement le développement et les progrès des nourrissons, des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire. Bien que le présent document puisse être utile pour déterminer à quel moment rechercher un conseil ou un traitement, il ne faut pas s'en servir pour établir un diagnostic ou traiter des retards de développement apparents ou d'autres besoins en matière de santé.

Le présent document renvoie également à des sites Web et à d'autres documents qui sont créés ou exploités par des organismes indépendants. Ces renvois sont fournis à titre de service public et ne supposent pas l'examen ou la vérification des sites Web ou des autres documents. Il n'y a aucune garantie ou représentation, expresse ou tacite, concernant les produits, les services et les renseignements que l'on retrouve dans ces sites Web ou autres documents.

Le présent document est fourni à des fins personnelles seulement; il est interdit de l'utiliser à des fins commerciales. Le présent document, ou les renseignements qu'il renferme, ne peuvent être modifiés, copiés, distribués, reproduits, publiés, licenciés, transférés ou vendus à des fins commerciales, en partie ou en totalité, sans le consentement écrit préalable du réseau Meilleur départ de la région de Stormont, Dundas et Glengarry (SDG) qui, à sa seule discrétion, se réserve le droit de refuser son consentement ou de l'accorder sous réserve des conditions qu'il peut imposer, à sa seule discrétion.

Comité des Signaux d'alarme

Le document Signaux d'alarme original a été élaboré par le Simcoe County Early Intervention Council et mis à l'essai dans les cliniques de dépistage Let's Grow au début de l'année 2002. Il a été imprimé et diffusé dans le cadre du programme Bébés en santé, enfants en santé, unité de santé de district du comté Simcoe, sous le nom de Red Flags – Let's Grow with your Child, en mars 2003.

Avec la permission de nos collègues du comté de Simcoe, le document a été examiné et révisé par York Region Early Identification Planning Coalition et appuyé par les Services de santé de la région de York tout au long de 2003. De nombreux ajouts ont été faits grâce à l'aide de professionnels desservant les jeunes enfants dans la région de York.

Décembre 2008

Avec la permission de York Region Early Identification Planning Coalition, le document a été examiné et révisé par les membres suivants du comité des signaux d'alarme de la région SDG :

- Hôpital communautaire de Cornwall /Child and Youth Counselling Services
- La ville de Cornwall, Services de garde d'enfants
- Intégration communautaire comté de Stormont/Service d'aide à l'intégration pour la petite enfance
- Conseil scolaire de district catholique de l'Est ontarien
- Bureau de santé de l'est de l'Ontario
- Centre de la petite enfance de SDG
- Centre de traitement pour enfants d'Ottawa
- Centre des services de développement S.D. et G.

Remerciements :

Le comité des signaux d'alarme de SDG reconnaît les suivantes personnes pour leurs contributions à la ressource :

- Société de l'aide à l'enfance de SDG
- CHEO/CSMRO SDG Services de santé mentale
- Équipe psycho-sociale pour enfants & adolescents francophones SDG
- Spécialiste de l'alphabétisation durant la petite enfance desservant SDG et la région de Prescott-Russell
- Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway; Programme Ouïe de nourrissons et Services aux enfants aveugles ou ayant une basse vision

Pour des copies additionnelles, contacter la ville de Cornwall, Services de garde d'enfants à 613-933-6282 ou soumettre votre demande par courriel à cmsm@cornwall.ca

TABLE DES MATIÈRES

Dépistage précoce	4
En quoi consiste le guide « Signaux d’alarme »	4
À qui s’adresse le guide « Signaux d’alarme »	4
Mode d’utilisation du présent document	5
Manière de parler aux parents des questions de nature délicate	5-7
Devoir de faire rapport	8-12
Parole et langage	13-14
Alimentation et déglutition	15-16
Audition	17-18
Vision	19-20
Motricité fine	21-22
Motricité globale	23-24
Capacité sensorielle	25-26
Attachement	27-28
Développement social/émotionnel	29-30
Stresseurs familiaux/environnementaux	31-32
Violence – Négligence	33
Violence – Physique	34
Violence – Sexuelle	35
Violence – Psychologique	36
Témoin de violence familiale	37
Ensemble des troubles causés par l’alcoolisation fœtale	38
Soins dentaires	39
Troubles de l’humeur post-partum	40
Nutrition	41-43
Alphabétisation	44-46
Comportement	47-48
Autisme	49-50
Psychologie	51
Troubles d’apprentissage	52
Traumatisme cérébral léger	53
Personnes ressources	54-59

Dépistage précoce

Grâce au Dr Fraser Mustard et à d'autres scientifiques, la plupart des professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants connaissent le grand nombre de données concernant le développement du cerveau en bas âge et la courte durée des « périodes de possibilités » pour le développement optimal des voies neurales. Les premières années du développement depuis la conception jusqu'à l'âge de six ans, particulièrement pendant les trois premières années, sont déterminantes pour les compétences et la capacité d'adaptation qui influenceront sur l'apprentissage, le comportement et la santé tout au long de la vie¹.

Il s'ensuit donc que, pour assurer un développement sain, il faut dépister aussi rapidement que possible les enfants qui peuvent avoir besoin de services et de mécanismes de soutien supplémentaires afin de les orienter vers les programmes et services appropriés. Une intervention rapide pendant la période de développement des voies neurales, lorsque d'autres voies « d'adaptation » se développent le plus facilement, est essentielle pour assurer les meilleurs résultats pour l'enfant.

Il est important d'intervenir rapidement!

En quoi consiste le guide « Signaux d'alarme »

« Signaux d'alarme » est un guide de référence destiné aux professionnels de la petite enfance. Il peut être utilisé en conjonction avec un outil de dépistage normalisé, comme le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing (Le Questionnaire de dépistage de Nipissing²), Brigance® Inventaire du développement de la petite enfance II, ou le Questionnaire sur les étapes du développement (QED). Signaux d'alarme décrit divers INDICES ou domaines fonctionnels communément utilisés pour déterminer si l'enfant se développe bien et pour dépister les problèmes éventuels. Il aide à déterminer quand et où obtenir d'autres conseils, une évaluation formelle ou un traitement.

À qui s'adresse le guide « Signaux d'alarme »

Ce Guide de référence est destiné aux professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants et de leurs familles. **On suppose que les connaissances de base du développement typique des enfants sont acquises.** Le guide Signaux d'alarme aidera les professionnels à déterminer à quel moment un enfant pourrait être susceptible de ne pas suivre les principales étapes liées à son développement ou à sa santé, signalant le besoin d'un examen plus poussé par la discipline appropriée.

¹ *Early Years Study, Reversing the Real Brain Drain*, l'honorable Margaret McCain et Fraser Mustard, avril 1999. Voir le rapport à www.childcarecanada.org/policy/polstudies/can/earlyyrs.html.

² Les questionnaires de dépistage du district de Nipissing (NDDS) font référence à 13 listes de vérification visant à aider les parents à enregistrer et à surveiller le développement des enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans. Ces questionnaires de dépistage portent sur le développement lié à la vision, à l'ouïe, aux motricités fine et globale, aux habiletés sociales/affectives et à l'autonomie personnelle. Ils proposent aux parents des activités appropriées selon l'âge afin d'améliorer le développement des enfants. Dans la région de York, on peut se procurer des exemplaires des questionnaires de dépistage du district de Nipissing en appelant la ligne d'information *Health Connection* au 1 800 361-5653. On encourage les parents à appeler *Health Connection* s'ils ont répondu « non » à au moins deux questions dans le questionnaire. Un infirmier ou une infirmière de la santé publique examinera les résultats du dépistage et proposera les prochaines étapes. Il est particulièrement important de faire examiner le questionnaire de dépistage par un professionnel si on a répondu « non » à une question. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des questionnaires de dépistage du district de Nipissing, allez à www.ndds.ca.

Mode d'utilisation du présent document

Le présent Guide de référence examine le développement des enfants par domaine, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans (contrairement aux outils de dépistage qui examinent le développement particulier d'un enfant parmi de nombreuses composantes du développement à un âge précis). Il comprend d'autres composantes qui peuvent influencer sur la santé, la croissance et le développement des enfants par suite de la dynamique de l'interaction parent-enfant, comme la dépression du post-partum, la violence, etc.

« Signaux d'alarme » permet aux professionnels d'examiner et de mieux comprendre de façon continue les domaines qui se trouvent traditionnellement à l'extérieur de leur propre champ d'expertise. Cette plus grande sensibilisation aidera les professionnels à mieux comprendre quand et où obtenir un examen plus poussé ou un traitement dans la région de SDG.

- ❑ Utilisez « Signaux d'alarme » en conjugaison avec un outil de dépistage, comme le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing, Brigance® Inventaire du développement de la petite enfance II, ou le Questionnaire sur les étapes du développement (QED), pour revoir les principales étapes du développement et les problèmes dans un domaine particulier. Certains renseignements renvoient à d'autres domaines, comme la parole à l'ouïe, pour aider le dépisteur à poursuivre son questionnement ou ses « convictions profondes ».
- ❑ Si des enfants ne semblent pas avoir franchi les principales étapes liées à leur âge, un examen plus poussé est requis. Si vous utilisez les Questionnaires de dépistage du district de Nipissing, n'oubliez pas qu'ils sont adaptés à l'âge. Par conséquent, la plupart des enfants devraient maîtriser les compétences décrites dans chaque questionnaire à l'âge indiqué. Si un questionnaire compte au moins deux « non », il faut consulter un professionnel aux fins d'évaluation.
- ❑ Lorsque les « signaux d'alarme » sont marqués d'un astérisque (*), n'oubliez pas qu'il y a une « **obligation de signaler** » les cas à la Société de l'aide à l'enfance (Loi sur les services à l'enfance et à la famille, 1990, modifiée en 2002). Veuillez référer aux pages 9 à 13.
- ❑ Recommandez un examen plus poussé même si vous ne savez pas au juste si les signaux relevés sont le reflet d'une variation culturelle ou un véritable problème.
- ❑ Remarquez que certains des INDICES mettent l'accent sur le parent/responsable de l'enfant ou sur l'interaction entre le parent et l'enfant, plutôt qu'uniquement sur l'enfant.
- ❑ Des renseignements sur les personnes-ressources sont indiqués à la fin de chaque rubrique et résumé à la fin du présent document.
- ❑ Si un enfant semble nécessiter un examen formel dans de nombreux domaines et par plusieurs disciplines, les dépisteurs sont encouragés à l'orienter vers des organismes qui peuvent coordonner un processus d'évaluation collaboratif et complet.
- ❑ Si des enfants sont orientés vers des organismes du secteur privé, informez les familles que les **frais ne seront pas financés par le Régime d'assurance santé de l'Ontario**.

Manière de parler aux parents des questions de nature délicate

Une des parties les plus difficiles du dépistage d'un problème éventuel dans le développement d'un enfant consiste à partager ces préoccupations avec les parents/responsables de l'enfant. Il est important de faire preuve de sensibilité lorsqu'on suggère qu'il y a peut-être une raison

d'effectuer une évaluation plus poussée. Vous voulez que les parents/responsables de l'enfant se sentent capables de prendre des décisions et habilités à le faire. Il n'y a pas de façon particulière qui fonctionne toujours mieux que les autres, mais il existe certains points dont on doit se rappeler lorsqu'on aborde les préoccupations.

- ❑ Soyez conscient du degré de réceptivité du parent/responsable de l'enfant face aux renseignements. Si vous donnez trop de renseignements lorsque les gens ne sont pas prêts, ceux-ci peuvent se sentir dépassés ou inadéquats. Vous pouvez commencer en leur demandant ce qu'ils pensent des progrès de leur enfant. Certains parents/responsables de l'enfant ont peut-être certaines préoccupations qu'ils n'ont tout simplement pas encore exprimées. En demandant à un parent d'utiliser un outil comme le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing, vous ouvrez la voie à la discussion. Cela peut aider de mentionner qu'on remet l'outil de dépistage à de nombreux parents afin qu'ils puissent examiner plus facilement le développement de leur enfant et en apprendre au sujet de nouvelles activités qui favorisent la croissance et le développement.
- ❑ Assurez-vous d'apprécier les connaissances des parents/responsables de l'enfant. C'est à eux que revient la décision finale sur les mesures à prendre. Indiquez ce que vous avez à offrir et ce qu'ils ont eux aussi à offrir. Par exemple, vous pouvez dire : « J'ai reçu une formation sur le développement des enfants, mais vous connaissez votre enfant. Vous êtes le spécialiste de votre enfant. » Lorsque vous essayez d'être davantage une ressource qu'une « autorité », les parents/responsables de l'enfant se sentent moins menacés. Il est préférable que les parents/responsables de l'enfant découvrent où en est leur enfant et s'il a besoin ou non d'une aide supplémentaire. Vous pouvez partager les renseignements dont vous disposez en demandant aux parents/responsables de l'enfant ce qu'ils aimeraient savoir ou ce qu'ils pensent devoir savoir.
- ❑ Veillez à ce que la famille participe pleinement à la décision finale sur la prochaine étape à suivre. La décision finale lui appartient. Vous fournissez les renseignements, le soutien et l'orientation.
- ❑ Donnez à la famille le temps d'exprimer ses sentiments – si elle le veut bien. Si vous disposez de peu de temps pour écouter, dites-le clairement et offrez de fixer un autre rendez-vous, le cas échéant.
- ❑ Soyez sincère et attentionné. Vous soulevez des préoccupations parce que vous voulez que l'enfant fasse de son mieux, et non pas parce que vous voulez souligner des « faiblesses » ou des « failles ». Abordez positivement l'occasion d'obtenir une aide supplémentaire : « Vous pouvez obtenir de l'aide supplémentaire pour votre enfant afin qu'il soit aussi prêt que possible pour l'école ». Essayez également d'équilibrer les questions que vous soulevez avec des points réellement positifs à propos de l'enfant (p. ex. « Jean est un vrai trésor. Il aide tellement lorsqu'il faut ranger les choses. J'ai remarqué qu'il semble avoir certaines difficultés... »).
- ❑ Votre langage corporel est important; les parents ont peut-être déjà peur d'entendre les renseignements.
- ❑ N'envisagez pas un trop grand nombre de questions « par simulation ». Une réponse utile pourrait ressembler à celle-ci : « *Ce sont de bonnes questions. Les professionnels qui vont évaluer votre enfant pourront y répondre. C'est une première étape pour indiquer si une évaluation est requise.* »
- ❑ Enfin, il est utile de présenter les raisons pour lesquelles il n'est pas approprié « d'attendre pour voir » :

- *Une intervention précoce peut améliorer grandement le développement d'un enfant et prévenir des problèmes supplémentaires, notamment les troubles de comportement.*
- *La méthode « attendre pour voir » peut retarder la résolution d'un problème médical pour lequel un traitement précis existe.*
- *Une intervention précoce aide les parents à comprendre le comportement et les problèmes de santé de leur enfant et permet de donner de meilleures assurances que l'on fait tout ce qu'il est possible de faire pour que l'enfant atteigne son plein potentiel.*

La Loi sur les services à l'enfance et à la famille de l'Ontario offre une vaste gamme de services aux familles et aux enfants, notamment aux enfants qui sont victimes ou susceptibles d'être victimes de négligence ou de violence.

- L'objectif primordial de la Loi consiste à favoriser l'intérêt supérieur, la protection et le bien-être des enfants.

- La Loi considère que chacun de nous est responsable du bien-être des enfants. Elle stipule clairement que les membres du public, y compris les professionnels qui travaillent avec les enfants, ont l'obligation de faire rapport rapidement à une Société de l'aide à l'enfance s'ils soupçonnent qu'un enfant a besoin de protection ou est susceptible d'avoir besoin de protection.

- La Loi définit le terme « enfant ayant besoin de protection » et énonce les situations qui doivent faire l'objet d'un rapport à la Société de l'aide à l'enfance. Cette définition (Loi sur les services à l'enfance et à la famille, article 72 (1)) est reproduite en détail dans les pages suivantes. Elle comprend la violence physique, sexuelle et psychologique, la négligence et le risque de mauvais traitements.

Cet article résume les obligations de faire rapport en vertu de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille de l'Ontario. Son objectif n'est pas de donner des conseils juridiques spécifiques. Pour toute question que vous pourriez avoir concernant une situation donnée, vous devriez consulter l'avocat de la Société de l'aide à l'enfance de votre région.

Devoir de faire rapport

Responsabilité de faire rapport d'un enfant qui a besoin de protection Article 72(1)

Si une personne a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a besoin de protection ou est susceptible d'avoir besoin de protection, cette personne doit faire rapidement rapport de ce soupçon et de l'information sur laquelle il se fonde à une Société de l'aide à l'enfance.

Les situations qui doivent faire l'objet d'un rapport sont énumérées en détail ci-dessous.

Loi sur les services à l'enfance et à la famille, article 72(1)

Malgré les dispositions de toute autre loi, si une personne, y compris une personne qui exerce des fonctions professionnelles ou officielles en ce qui concerne les enfants, a des motifs raisonnables de soupçonner une des situations suivantes, cette personne devra faire rapport immédiatement à une Société de l'aide à l'enfance de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

L'enfant a souffert de maux physiques infligés par la personne qui en est responsable, ou causés par le défaut de cette personne d'en prendre soin, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger convenablement, ou résultant de ce défaut, ou causés par la négligence habituelle de cette personne de fournir les soins, d'assurer la subsistance, la supervision ou la protection de l'enfant.

L'enfant risque vraisemblablement de souffrir de maux physiques infligés par la personne qui est responsable d'en prendre soin, ou causés par cette personne ou résultant du défaut de cette personne d'en prendre soin, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger convenablement.

L'enfant a été agressé sexuellement ou a été victime de violence sexuelle par la personne qui est responsable de l'enfant ou par une autre personne lorsque la personne responsable de l'enfant sait ou devrait savoir qu'il y a possibilité d'agression ou d'abus sexuels et qu'elle ne protège pas l'enfant.

L'enfant risque vraisemblablement de subir une violence sexuelle ou d'être exploité sexuellement, dans les circonstances décrites à la disposition 3.

L'enfant a besoin d'un traitement médical en vue de guérir, de prévenir ou de soulager des maux physiques ou sa douleur, et son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas le traitement, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement, ou n'est pas disponible pour ce faire.

L'enfant a subi des maux affectifs qui se traduisent, selon le cas, par

- i. de l'anxiété,
- ii. un état dépressif grave,
- iii. un repli sur soi,
- iv. un comportement autodestructeur ou agressif marqué, ou
- v. un important retard dans son développement,

et il existe des motifs raisonnables de croire que les maux affectifs que l'enfant a subis découlent des actes, du défaut d'agir ou de la négligence habituelle de son père ou de sa mère ou de la personne qui en est responsable.

L'enfant a subi des maux affectifs visés à la sous-disposition i, ii, iii, iv ou v de la disposition 6 et son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas les services ou le traitement pour remédier à ces maux ou les soulager, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement ou ces services, ou n'est pas disponible pour ce faire.

Un enfant risque vraisemblablement de subir les maux affectifs visés à la sous-disposition i, ii, iii, iv ou v de la disposition 6 résultant des actes, du défaut d'agir ou de la négligence habituelle de son père ou de sa mère ou de la personne qui en est responsable.

Un enfant risque vraisemblablement de subir les maux affectifs visés à la sous-disposition i, ii, iii, iv ou v de la disposition 6 et son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas les services ou le traitement pour prévenir ces maux, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement ou ces services, ou n'est pas disponible pour ce faire.

L'état mental ou affectif ou le trouble de développement d'un enfant risque, s'il n'y est pas remédié, de porter gravement atteinte à son développement, et son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas le traitement pour remédier à cet état ou ce trouble ou de le soulager, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement, ou n'est pas disponible pour ce faire.

L'enfant a été abandonné, ou son père ou sa mère est décédé ou ne peut pas exercer ses droits de garde sur lui et n'a pas pris de mesures suffisantes relativement à sa garde et aux soins à lui fournir, ou un enfant est placé dans un établissement et son père ou sa mère refuse d'en assumer à nouveau la garde et de lui fournir des soins, n'est pas en mesure de le faire ou n'est pas disposé à le faire.

Un enfant de moins de 12 ans a tué ou gravement blessé une autre personne ou a causé des dommages importants aux biens d'une autre personne et doit subir un traitement ou recevoir des services pour empêcher la répétition de ces actes, et son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas ce traitement ou ces services, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement ou ces services, ou n'est pas disponible pour ce faire.

Un enfant de moins de 12 ans, à plusieurs reprises, a blessé une autre personne ou causé une perte ou des dommages aux biens d'une autre personne, avec l'encouragement de la personne qui en est responsable ou en raison du défaut ou de l'incapacité de cette personne de surveiller l'enfant convenablement.

Devoir constant de faire rapport - Loi article, Loi sur les services à l'enfance et à la famille, article 72(2)

Le devoir de faire rapport est une obligation continue. Une personne qui a d'autres motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a besoin de protection ou peut avoir besoin de protection, doit de nouveau faire rapport à une Société de l'aide à l'enfance, même si elle a fait rapport auparavant au sujet du même enfant.

Rapport direct, article 72(3)

La personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a besoin de protection ou est susceptible d'avoir besoin de protection a le devoir de faire un rapport direct à la Société de l'aide à l'enfance. La personne ne doit pas compter sur une autre personne pour le faire en son nom.

Quels sont les « motifs raisonnables » d'avoir un soupçon?

Vous n'avez pas besoin d'être certain qu'un enfant a besoin de protection ou est susceptible d'avoir besoin de protection pour faire rapport à la Société de l'aide à l'enfance. Les « motifs raisonnables » sont ce qu'une personne moyenne, compte tenu de sa formation, ses acquis et son expérience, et faisant preuve de discernement normal et honnête, pourrait soupçonner.

Responsabilités particulières des personnes exerçant des fonctions professionnelles ou officielles, et pénalité s'appliquant au fait de ne pas déclarer, article 72(4), (6.2)

Les personnes exerçant des fonctions professionnelles ou officielles ont le même devoir qu'un membre du public de faire rapport d'un soupçon relatif à un enfant qui a besoin de protection. La Loi considère que les personnes qui travaillent étroitement avec les enfants sont particulièrement sensibilisées aux signes de négligence et de violence faites aux enfants, qu'elles ont une responsabilité spéciale de faire rapport de leurs soupçons, et elle a donc fait du manquement de faire rapport, une infraction.

Toute personne exerçant des fonctions professionnelles ou officielles qui est en défaut de faire rapport de son soupçon à l'effet qu'un enfant a besoin de protection ou est susceptible d'avoir besoin de protection, lorsque l'information sur laquelle le soupçon est fondé a été obtenue dans le cours de ses fonctions professionnelles ou officielles, est passible d'une amende d'au plus 1000 \$, si elle est déclarée coupable.

Professionnels touchés par l'article 72(5) de la Loi

Les personnes qui exercent des fonctions professionnelles ou officielles en ce qui concerne les enfants, notamment :

- les professionnels de la santé, y compris les médecins, les infirmières ou infirmiers, les pharmaciens et les psychologues
- les enseignants, les directeurs d'école;
- les travailleurs sociaux, les conseillers familiaux;
- les prêtres, les rabbins et autres membres du clergé;
- les exploitants ou les employés d'une garderie;
- les travailleurs pour la jeunesse et les loisirs;
- les agents de la paix et les coroners;
- les avocats;
- les fournisseurs de services et leurs employés; et
- toute personne qui exerce des fonctions professionnelles ou officielles en ce qui concerne les enfants.

Cette liste n'énumère que des exemples. Si votre occupation concerne les enfants mais qu'elle n'est pas énumérée ci-dessus, par exemple si vous êtes un bénévole ou un étudiant, vous pouvez quand même être considéré comme un professionnel en ce qui concerne le devoir de faire rapport. Si vous n'êtes pas certain d'être considéré comme un professionnel en ce qui concerne le devoir de faire rapport, veuillez communiquer avec votre Société de l'aide à l'enfance, une association professionnelle ou un organisme de réglementation.

Secret professionnel, articles 72(7) et (8) de la Loi sur les services à l'enfance et aux familles

Le devoir de faire rapport des personnes exerçant des fonctions professionnelles l'emporte sur les dispositions de toute autre loi provinciale, plus particulièrement les dispositions qui autrement interdiraient la divulgation par les personnes qui exercent des fonctions professionnelles ou officielles.

C'est-à-dire, le professionnel doit faire rapport qu'un enfant a besoin de protection ou qu'il est susceptible d'avoir besoin de protection même lorsque cette information est censée être confidentielle ou privilégiée. (La seule exception quant à l'information privilégiée concerne la relation qui lie l'avocat à son client).

Protection contre l'obligation, Loi sur les services à l'enfance et aux familles, article 72(7)

Advenant qu'une poursuite civile soit intentée contre une personne qui a fait un rapport, l'auteur du rapport sera protégé à moins qu'il ait agi dans l'intention de nuire ou sans motif raisonnable de soupçonner cet état de choses.

Quel est le devoir de la Société de l'aide à l'enfance?

Les travailleurs de la Société de l'aide à l'enfance ont la responsabilité et l'autorité de faire enquête au sujet des allégations et de fournir les services visant à protéger les enfants.

Un travailleur de la Société de l'aide à l'enfance peut, dans le cadre de son enquête et du plan de protection de l'enfant, impliquer la police et d'autres organismes communautaires.

Où s'adresser pour obtenir de l'aide

Si vous avez des inquiétudes concernant un enfant, veuillez appeler votre Société de l'aide à l'enfance **immédiatement**. Toutes les sociétés d'aide à l'enfance ont un service d'urgence de 24 heures sur 24; vous pouvez donc appeler en tout temps.

Pour les Comtés Unis de Stormont, Dundas et Glengarry et la Ville de Cornwall, communiquez avec la Société de l'aide à l'enfance de SDG au 613 933-2292 ou 1 866 939-9915.

Adapté avec l'autorisation de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance

Le développement typique de l'enfant... si un enfant n'atteint pas un ou plusieurs des résultats appropriés à l'âge ci-dessous, considérez cela comme un signal d'alarme :

- De 0 à 3 mois**
- Pleure et gémit; a différents pleurs pour différents besoins
 - Gazouille beaucoup (ou, aa)
- De 4 à 6 mois**
- Joue avec les sons (gazouillis, grincements, cri aigus, et peut-être même des sons de la parole ex. ma, be)
 - commence à imiter des sons de la parole (ba) et d'autres sons (toux, des clics de la langue)
 - se tourne vers la source d'un son
- De 7 à 12 mois**
- Babille en utilisant différents sons
 - « Montre ce qu'il sait faire » pour attirer l'attention
 - Fait bonjour ou au revoir de la main (début)
 - Donne quelques objets très familiers lorsqu'on le lui demande
 - Reconnaît les noms des membres de sa famille
 - Comprend « non »
 - Dit ses premiers mots
 - Comprend des directives simple tels « viens voir maman »; « assied toi »
- De 12 à 18 mois**
- Essaie d'imiter les sons que vous faites
 - Utilise un vocabulaire d'au moins dix mots et jusqu'à 50 mots pour exprimer « non »
 - Hoche la tête
 - Peut atteindre un objet convoité ou le montrer du doigt en émettant un son
 - Comprend des directions ou des questions simples comme « Où est ton nez? »
 - Utilise des séquences de sons (jargon) qui sonnent comme des phrases dans une langue étrangère
- De 18 mois à 2 ans**
- Utilise divers mots
 - Utilise au moins 50 (et jusqu'à 250) mots et combine deux mots
 - Suit les directives comportant deux objets et une action
 - Parle à tour de rôle dans une conversation
 - Utilise au moins deux pronoms « tu », « moi », « mon », « mien »
 - Utilise la forme négative en ajoutant « non » ou « pas » à un autre mot
- De 2 à 3 ans**
- Répond à des questions simples
 - Comprend les mots qui expriment la position, comme « dans », « sur » « sous »
 - Identifie quelques objets selon leurs fonctions
 - Utilise des phrases de deux à trois mots, comme « veux du jus » ou « maman partir »
 - Utilise 200 à 500 mots; pose beaucoup de questions
 - Utilise un peu de grammaire des adultes : « deux animaux », « l'oiseau vole », « j'ai sauté »
 - Suit des directives à 2 ou 3 étapes
 - Récite des comptines et des chansons simples et familières
- De 3 à 4 ans**
- Parle de ce qui est arrivé chez un ami ou à l'école
 - Prononce bien la plupart des mots, à l'exception peut-être des sons v, s, z, j, ch et r
 - Utilise des phrases contenant au moins quatre mots
 - Pose des questions avec qui, quoi, où et pourquoi
 - S'intéresse aux histoires un peu plus longues (et est capable d'écouter)

De 4 à 5 ans

- Parle facilement avec d'autres enfants et adultes (et ceux-ci comprennent)
- Utilise de longues phrases comme « elle est montée sur l'échelle pour chercher le chat »
- Raconte et raconte encore des histoires détaillées (et est capable d'écouter)
- Comprend les longues directives verbales
- Comprend les relations spatiales – dessus, sous, derrière, devant, etc.
- Explique des concepts en utilisant des mots – « Qu'est-ce qu'une tasse? Qu'est-ce qu'une auto? »
- Comprend le concept des rimes; est capable de faire ses propres rimes
- Est capable d'associer une lettre au son qu'elle produit
- Comprend de nombreux mots descriptifs
- Comprend presque tout des conversations d'adultes

Indices de troubles de la parole et du langage... si un enfant éprouve un ou plusieurs des troubles suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

- Hésite ou bloque sur certains mots ou sons (bégaiement)
- Voix rauque en permanence
- Bave excessive
- Difficultés à avaler, à mastiquer ou à manger des aliments ayant une certaine texture (avoir la nausée). Consultez également la section « Alimentation et déglutition »
- Seuls les membres de la famille peuvent comprendre les mots d'un enfant âgé de 2½ ans
- Aucun contact visuel et peu d'aptitudes de jeux et sociales pour son âge
- Frustré lorsqu'il communique verbalement
- Antécédents d'otites à répétition
- Antécédents de risque ou diagnostique tels : paralysie cérébrale, fissure labiale et/ou palatine, syndrome, etc.

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec le Bureau de santé de l'est de l'Ontario pour le programme préscolaire de parole et langage « Mots en fleurs », au 613-933-1375 ou 1 800 267-7120 ou de visiter le site web à www.eohu.ca. Pour obtenir une liste des orthophonistes privés, visitez www.osla.on.ca ou communiquez avec l'*Ontario Association of Speech- Language Pathologists and Audiologists* au 1 877 740-6009.

Adapté par l'Orthophoniste du Bureau de santé de l'Est de l'Ontario et le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa de documents conçus par le Simcoe County Health Unit, en collaboration avec des professionnels du comté de Simcoe et de la région de York.

Le développement typique de l'enfant... si un enfant n'atteint pas un ou plusieurs des résultats appropriés à l'âge ci-dessous, considérez cela comme un signal d'alarme :

De 0 à 3 mois

- Enchaîne deux suctions ou plus avant de prendre une pause pour respirer ou avaler
- Utilise un mode de succion et rejette un peu de liquide pendant la succion

De 4 à 6 mois

- Utilise un mode de succion lorsque des aliments approchent sa bouche ou touchent ses lèvres
- Utilise un mode de succion-déglutition pour déplacer la nourriture à l'arrière de la bouche
- Rejette un peu de nourriture
- Peut s'étouffer ou vomir périodiquement
- Enchaîne vingt suctions ou plus (sein ou bouteille)
- Lorsqu'il a faim, déglutine après la succion sans pause apparente
- Les pauses pour respirer sont peu fréquentes

De 6 à 8 mois

- Ne rejette plus de liquide pendant la succion
- Utilise un mouvement de succion avec une tasse, de grands mouvements de la mâchoire avec rejet de liquide
- Avale quelques aliments en purée plus épaisse et de minuscules grumeaux moux et légèrement perceptibles
- Ne repousse plus les aliments avec sa langue, mais en rejette une toute petite quantité
- La langue bouge de bas en haut dans un mouvement de mastication, sans aller d'un côté à l'autre
- N'utilise pas encore ses dents et ses gencives pour enlever les aliments sur ses lèvres

De 9 à 12 mois

- Effectue habituellement jusqu'à trois suctions avant d'arrêter ou de s'éloigner de la tasse pour respirer
- Tient un biscuit mou entre ses gencives ou ses dents sans le croquer complètement
- Commence à transférer les aliments depuis le centre de la langue jusqu'au côté
- Bouge facilement la langue d'un côté à l'autre lorsqu'on place des aliments sur le côté de sa bouche
- La lèvre supérieure descend et avance pour aider à retirer les aliments sur la cuillère

De 12 à 18 mois

- Enchaîne au moins trois mouvements de succion-déglutition
- Peut tousser ou s'étouffer si le liquide coule trop vite
- Est capable de mordre un biscuit mou
- Peut rejeter des aliments ou de la salive lorsqu'il mastique

18 mois

- Sa langue ne sort pas de sa bouche ou ne repose pas sous la tasse
- Ne rejette pas d'aliments ou de salive lorsqu'il déglutine, mais peut encore en rejeter lorsqu'il mastique
- Essaie de garder les lèvres fermées lorsqu'il mastique des aliments afin de ne pas en perdre
- Est capable de mordre un biscuit dur

2 ans

- ❑ Mastique rapidement et habilement d'un côté à l'autre de la bouche, sans arrêt au centre
- ❑ Ne rejette plus d'aliments ou de salive lorsqu'il mastique
- ❑ Utilise sa langue pour enlever les aliments sur les lèvres supérieure et inférieure
- ❑ Est capable d'ouvrir la mâchoire pour mordre des aliments de diverses épaisseurs

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Pour obtenir des renseignements sur l'enfant qui se nourrit seul, consultez la section « Motricité fine ». Si vous avez des inquiétudes concernant la nutrition, consultez la section « Nutrition ». Si vous avez des inquiétudes concernant l'alimentation et la déglutition, communiquez avec le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839

Adapté de Morris et Klein, Pre-Feeding Skills; 1987, Therapy Skill Builders.

Le développement de l'enfant ...si un enfant ne rencontre pas l'un ou plusieurs de ces étapes de développement attendues, veuillez le considérer comme un signal d'alarme nécessitant un suivi immédiat :

À 6 mois

- se tourne vers la source des sons;
- sursaute en réaction à des bruits forts et soudains;
- émet des cris différents pour des besoins différents tels que : j'ai faim, je suis fatigué;
- regarde votre visage lorsque vous parlez;
- rit et sourit en réaction à vos rires et à vos sourires;
- imite la toux et d'autres sons comme « ah », « euh » et « be ».

À 9 mois

- réagit quand on l'appelle par son nom;
- réagit à la sonnerie du téléphone ou lorsqu'on frappe à la porte;
- comprend lorsqu'on lui dit « non »;
- communique ses désirs par des gestes, par exemple, en tendant les bras pour qu'on le prenne;
- joue à des jeux avec vous, par exemple, coucou;
- aime être avec des gens;
- babille et répète des sons comme *babababa*, *dadadada*.

À 12 mois

- regarde dans la pièce en direction de quelque chose que vous montrez du doigt;
- emploie fréquemment de trois à cinq mots;
- communique à l'aide de gestes, par exemple, dit « au revoir » de la main, secoue la tête pour suit des directives simples en une étape –« assieds-toi »;
- dire « non »;
- attire votre attention à l'aide de sons et de gestes ou en pointant tout en vous regardant dans les yeux;
- apporte ses jouets pour vous les montrer;
- « joue la comédie » pour obtenir de l'attention et recevoir des compliments;
- combine plusieurs sons comme s'il parlait, par exemple, *abada badeuh abi*;
- s'intéresse aux livres d'images simples.

À 18 mois

- comprend les concepts tels que « dedans/dehors », « allumé/éteint »;
- désigne plusieurs parties du corps lorsqu'on le lui demande;
- utilise au moins 20 mots régulièrement;
- répond à des questions simples telles que « où est l'ourson? », « qu'est-ce que c'est? » à l'aide de mots ou de gestes;
- joue à faire semblant avec ses jouets : donne à boire à l'ourson, prétend qu'un bol est un chapeau;
- émet au moins quatre sons consonnes comme *p, b, m, n, d, g, w, h*;
- aime qu'on lui fasse la lecture et regarder des livres simples avec vous;
- montre des images en pointant avec un seul doigt.

À 24 mois

- suit des instructions en deux étapes : « va chercher ton ourson et montre-le à grand-maman »;
- utilise de 100 à 150 mots;
- utilise au moins deux pronoms comme « tu », « moi », « mon »;
- combine régulièrement deux à quatre mots dans de courtes phrases : « chapeau papa » ou « camion descendre »;
- aime être avec d'autres enfants;
- commence à offrir des jouets à ses pairs et imite les actions et les mots des autres enfants;
- les gens comprennent 50 à 60 % de ses mots;

- forme des mots et fait des sons facilement et sans effort;
- tient les livres à l'endroit et tourne les pages;
- « fait la lecture » à ses jouets ou à ses animaux

À 30 mois

- comprend les concepts de taille (grand/petit) et de quantité (un peu, beaucoup, plus);
- utilise un peu de grammaire des adultes, « deux chevaux », « l'oiseau vole », « j'ai sauté »;
- utilise plus de 350 mots;
- utilise des mots qui dépeignent une action comme courir, renverser, tomber;
- commence à interagir avec d'autres enfants en utilisant à la fois des jouets et des mots;
- manifeste de l'inquiétude quand un autre enfant se fait mal ou est triste;
- combine plusieurs actions quand il joue : nourrit sa poupée puis la couche, met les blocs sur le train, puis conduit le train et décharge les blocs;
- met des sons au début de la plupart des mots;
- prononce des mots de deux syllabes ou plus : ba-na-ne, or-di-na-teur, pom-me;
- reconnaît des enseignes et des logos familiers : les arcades dorées de McDonald, le panneau « Arrêt »;
- se rappelle des histoires qu'il connaît et les comprend.

OÙ TROUVER DE L'AIDE?

L'audition, la parole et le langage vont ensemble. Un problème avec l'une de ces composantes peut avoir un impact sur l'autre. Pour obtenir une évaluation audiolologique, le parent devrait contacter le médecin de famille afin de référer l'enfant en audiologie. Jusqu'à l'âge de 24 mois, le parent peut contacter le Programme de l'Ouïe du nourrisson au 1-866-432-7447.

Développé par le Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse, Programme de l'ouïe du nourrisson

Le développement de l'enfant ...si un enfant ne rencontre pas l'un ou plusieurs de ces étapes de développement attendues, veuillez le considérer comme un signal d'alarme nécessitant un suivi immédiat :

À 6 semaines

- regarde ce qui l'entoure quand il est réveillé;
- regarde un bref instant les lumières ou les objets brillants;
- cligne des yeux en réaction à la lumière;
- a les yeux et la tête qui bougent ensemble.

À 3 mois

- ses yeux vont d'un objet à l'autre;
- ses yeux suivent un objet ou une personne en mouvement;
- il regarde fixement le visage de la personne qui s'occupe de lui;
- il commence à regarder ses mains, sa nourriture et son biberon.

À 6 mois

- ses yeux bougent pour examiner ce qui l'entoure;
- ses yeux bougent pour rechercher une source de sons;
- il frappe ou essaye d'attraper des objets;
- il regarde des objets plus lointains;
- il sourit et rit quand il voit que vous souriez et riez.

À 12 mois

- ses yeux se tournent vers l'intérieur à mesure que les objets se rapprochent de son nez;
- il observe les activités qui l'entourent pendant plus longtemps;
- il cherche un jouet qui est tombé;
- il inspecte visuellement les objets et les gens;
- il rampe vers son jouet favori.

À 2 ans

- se guide à l'aide de sa vision pour essayer de prendre et saisir des objets;
- regarde des images simples dans un livre;
- montre du doigt des objets ou des gens;
- cherche des images dans les livres et les montre du doigt;
- regarde où il va quand il marche et monte des escaliers.

Signaux d'alarme ... si un enfant présente l'un de ces indicateurs, veuillez le considérer comme un signal d'alarme nécessitant un suivi :

- paupières enflées ou qui ont des croûtes;
- bosses, plaies ou orgelets sur ou autour des paupières;
- paupières tombantes;
- votre enfant ne pratique pas de contact visuel avec vous à trois mois;
- il n'examine pas un objet ou ne le suit pas des yeux à l'âge de trois mois;
- l'intérieur de ses pupilles a un aspect flou ou blanchâtre;
- fréquemment ses yeux « s'agitent », « dérivent » ou « bougent par saccades »;
- ses yeux sont mal alignés (un œil tourne ou les yeux se croisent);
- absence de coordination dans le mouvement des yeux;
- un œil dérive quand l'enfant regarde des objets;
- l'enfant tourne ou incline la tête quand il regarde des objets;
- il louche, ferme un œil ou se couvre un œil quand il regarde des objets;
- il larmoie de façon excessive quand il ne pleure pas;
- il cligne des yeux ou louche de façon excessive;
- il se frotte ou se touche les yeux de façon excessive;
- il évite les lumières vives ou est sensible aux lumières vives

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes quant à la vision d'un enfant, le parent devrait rencontrer un optométriste ou contacter son médecin de famille pour une référence en ophtalmologie dans le but d'obtenir un test de vision. Un petit rappel : une visite chez un optométriste est couverte par l'assurance santé (OHIP) à chaque deux ans.

Développé par le Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse, Services aux enfants aveugles ou ayant une basse vision

Le développement typique de l'enfant... si un enfant n'atteint pas un ou plusieurs des résultats appropriés à l'âge ci-dessous, considérez cela comme un signal d'alarme :

- À 2 mois**
 - Tête bien
 - Tient momentanément un objet si on le place dans sa main

- À 4 mois**
 - Tête bien
 - Apporte ses mains ou un jouet à sa bouche
 - Tourne la tête d'un côté à l'autre pour suivre un jouet ou le visage d'un adulte
 - Apporte les mains vers le milieu du corps lorsqu'il est couché sur le dos
 - Commence à étendre le bras pour un jouet

- À 6 mois**
 - Mange à partir d'une cuillère (p. ex. des céréales pour bébé)
 - Tend le bras pour prendre un jouet lorsqu'il est couché sur le dos
 - Utilise ses mains pour prendre des jouets

- À 9 mois**
 - Prend les petits objets à l'aide d'un pouce et d'un index
 - Fait passer un objet d'une main à l'autre
 - Relâche les objets volontairement
 - Joue à « tape-tape »

- À 12 mois**
 - Tient, croque et mastique les aliments (p. ex. des craquelins)
 - Sort les objets qui se trouvent dans un contenant
 - Pointe avec l'index
 - Joue à faire « coucou »
 - Tient une tasse des deux mains pour boire
 - Prend et mange de la nourriture aux doigts

- À 18 mois**
 - Aide à s'habiller en tirant les bras et les jambes
 - Empile au moins deux cubes jusqu'à quatre cubes
 - Gribouille avec des crayons
 - Mange des aliments sans tousser ou s'étouffer

- À 2 ans**
 - Enlève ses chaussures, ses chaussettes ou son chapeau
 - Empile au moins cinq cubes
 - Mange avec une cuillère sans presque rien renverser
 - Tourne les pages d'un livre individuellement

- À 3 ans**
 - Tourne les pages d'un livre
 - S'habille et se déshabille avec de l'aide
 - Dévisse le couvercle d'un pot
 - Tient un crayon à dessiner entre ses doigts
 - Dessine des lignes verticales et horizontales par imitation
 - Reproduit un cercle déjà dessiné

- À 4 ans**
 - Tient correctement un crayon à dessiner
 - Défait les boutons et ouvre les fermetures à glissière
 - Découpe à l'aide de ciseaux
 - S'habille et se déshabille avec très peu d'aide

- À 5 ans**
 - Dessine des lignes diagonales et des formes simples
 - Utilise des ciseaux pour couper une feuille de papier le long d'une épaisse ligne
 - S'habille et se déshabille sans aide, sauf pour les petits boutons, les fermetures à glissière et les boutons-pression
 - Dessine un bonhomme-allumettes

Indices de troubles de motricité fine... si un enfant éprouve un ou plusieurs des troubles suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

- ❑ N'est pas capable de tenir ou de prendre le doigt d'un adulte ou un jouet/objet pendant une brève période
- ❑ N'est pas capable de jouer de façon adéquate avec divers jouets ou évite les activités d'artisanat ou de manipulation
- ❑ Ignore constamment un côté de son corps, a de la difficulté à l'utiliser ou n'utilise qu'une seule main

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin de famille, ou le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1-800-267-1724 ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839 ou un ergothérapeute privé (non couvert pas ASO)

Pour les enfants d'âgés scolaires, la famille ou leur médecin de famille peut contacter le Centre d'accès aux soins communautaires au 613-936-1171.

Adapté par le Centre de services de développement pour S.D. & G. de documents conçus par des membres du groupe de travail en pédiatrie, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes de l'hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia et l'hôpital Royal Victoria.

Le développement typique de l'enfant... si un enfant n'atteint pas un ou plusieurs des résultats appropriés à l'âge ci-dessous, considérez cela comme un signal d'alarme :

- À 3 mois**
 - Lève la tête lorsque vous le tenez près de votre épaule
 - Lève la tête lorsqu'il est couché sur le ventre

- À 4 mois**
 - Maintient la tête en position médiane et apporte les mains vers la poitrine lorsqu'il est couché sur le dos
 - Lève la tête et s'appuie sur les avant-bras lorsqu'il est couché sur le ventre
 - Garde la tête bien stable lorsqu'on le soutient en position assise

- À 6 mois**
 - Roule du dos au ventre et du ventre au dos
 - Se soulève avec les mains lorsqu'il est sur le ventre
 - S'assoit sur le sol avec un soutien

- À 9 mois**
 - S'assoit sur le sol sans soutien
 - Avance sur le ventre ou roule continuellement pour aller chercher un objet
 - Se tient debout avec un soutien

- À 12 mois**
 - Se met en position assise sans aide
 - Se met debout en s'agrippant aux meubles
 - Marche en tenant la main d'une personne ou un meuble

- À 18 mois**
 - Marche seul
 - Monte des marches en rampant
 - Joue en position accroupie

- À 2 ans**
 - Marche à reculons ou de côté en tirant un jouet
 - Saute sur place
 - Frappe un ballon du pied

- À 3 ans**
 - Se tient brièvement sur une jambe
 - Monte des marches avec très peu de soutien, sinon aucun
 - Frappe un ballon du pied avec force

- À 4 ans**
 - Se tient sur une jambe pendant une à trois secondes, sans soutien
 - Monte les marches en alternant les pieds
 - Conduit un tricycle en utilisant les pédales
 - Marche sur une ligne droite sans tomber

- À 5 ans**
 - Saute sur un pied
 - Lance un ballon et réussit à l'attraper la plupart du temps
 - Joue avec des modules de terrains de jeu sans difficulté et de façon sécuritaire

Indices de troubles de motricité globale... si un enfant éprouve un ou plusieurs des troubles suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

- Bébé n'est pas capable de tenir sa tête au milieu pour la tourner et regarder de gauche à droite
- N'est pas capable de marcher en déposant les talons au sol quatre mois après avoir commencé à marcher
- Asymétrie (c.-à-d. une différence entre les deux côtés du corps, ou le corps est trop rigide ou trop flasque)

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin de famille, ou le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1-800-267-1724 ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839 ou un ergothérapeute privé (non couvert pas ASO)

Pour les enfants d'âgés scolaires, la famille ou leur médecin de famille peut contacter le Centre d'accès aux soins communautaires au 613-936-1171.

Adapté de documents conçus par des membres du groupe de travail en pédiatrie, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes de l'hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia et l'hôpital Royal Victoria.

L'intégration sensorielle fait référence à la capacité de recevoir de l'information par le biais de tous les sens – le goût, l'odorat, l'ouïe, la vue, le toucher, le mouvement et la position du corps – et à la capacité de traiter cette information sensorielle en réactions adaptatives automatiques et appropriées.

Indices de troubles de capacité sensorielle... si les réactions d'un enfant sont exagérées, extrêmes et ne semblent pas correspondre à l'âge de l'enfant, considérez cela comme un signal d'alarme :

- Ouïe**
- Réagit de façon négative à des bruits inattendus ou forts
 - Est distrait ou a de la difficulté à fonctionner s'il y a beaucoup de bruits de fond
 - Aime les bruits étranges/cherche à faire du bruit pour le plaisir de faire du bruit
 - Semble être « dans son monde »
- Vue**
- Enfant de 3 ans et plus – difficulté à rester à l'intérieur des lignes lorsqu'il colore
 - Évite le contact visuel
 - Louche ou regarde du coin de l'oeil
 - Regarde fixement des objets brillants, clignotants
- Goût/Odorat**
- Évite certains goûts et certaines odeurs qui font généralement partie de la diète d'un enfant
 - Mastique/lèche des objets non alimentaires
 - A facilement des haut-le-cœur
 - Est difficile, particulièrement en ce qui concerne les textures
- Mouvement et position du corps**
- Cherche continuellement toutes sortes d'activités motrices (se faire tourner dans les airs par un adulte, jouer avec des modules de terrains de jeu ou des jouets en mouvement, pivoter, se balancer)
 - Est anxieux ou en détresse lorsque ses pieds quittent le sol
 - A peu d'endurance – se fatigue facilement; semble avoir des muscles faibles
 - Évite de grimper ou de sauter; les terrains accidentés et les bousculades
 - Se déplace avec raideur ou marche sur les orteils; est maladroit; tombe souvent
 - N'aime pas divers modules de jeu
 - Aime les positions exagérées pendant de longues périodes (p. ex. se coucher la tête en bas sur le divan)
- Toucher**
- Est contrarié pendant les soins de toilette (coupe de cheveux, nettoyage du visage, coupe des ongles)
 - A de la difficulté à faire la file ou à se tenir près d'autres personnes; ou se tient trop près, touche toujours les autres
 - Est sensible à certains tissus
 - Ne remarque pas lorsque son visage ou ses mains sont sales ou humides
 - Ne tolère pas qu'on lui lave ou coupe les cheveux, coupe les ongles ou brosse les dents
 - Aime beaucoup le toucher : pression forte, vêtements à manches longues, chapeaux et certaines textures
- Niveau d'activité**
- Bouge tout le temps; a de la difficulté à se concentrer
 - Est très inactif, manque de réceptivité

Développement social/émotionnel

- ❑ A besoin d'être plus protégé que les autres enfants
- ❑ S'adapte difficilement aux changements de la routine
- ❑ Est têtu ou récalcitrant; peu coopératif; devient frustré facilement
- ❑ A de la difficulté à se faire des amis
- ❑ A de la difficulté à comprendre le langage corporel ou les expressions faciales
- ❑ N'est pas positif par rapport à ses propres réalisations

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839 ou avec leur médecin de famille aux fins d'orientation vers un pédiatre du développement ou un ergothérapeute privé (non couvert par ASO).

Pour les enfants d'âgés scolaires, la famille ou leur médecin de famille peut contacter le Centre d'accès aux soins communautaires au 613-936-1171.

La recherche sur la santé mentale des enfants indique que la qualité de la relation entre les parents et leur l'enfant lorsque celui-ci est jeune a des répercussions importantes sur le développement de l'enfant et sa capacité de former de solides relations affectives. Un enfant qui a un attachement sécurisant sait que ses parents le protégeront dans les moments de détresse. Cette confiance donne à l'enfant la sécurité requise pour explorer le monde et établir des relations de confiance avec d'autres personnes. Par conséquent, la pratique actuelle liée à la santé mentale consiste à évaluer la qualité de l'interaction entre les parents et l'enfant.

Les points suivants tiennent compte du **point de vue du parent**, plutôt que de celui de l'enfant.

Si un parent affirme qu'un ou plusieurs des énoncés suivants décrivent son enfant, l'enfant montre peut-être des signes d'un attachement non sécurisant. **Considérez cela comme un signal d'alarme.**

- De 0 à 8 mois**
 - Est difficile à consoler à l'aide d'un contact physique, en le berçant ou en le prenant dans ses bras, par exemple
 - Fait des choses ou pleure uniquement pour vous importuner
- De 8 à 18 mois**
 - Ne va pas vous trouver pour se faire reconforter
 - Permet facilement à un étranger de le prendre dans ses bras
 - Cherche le confort des étrangers au lieu du parent/du responsable de garde lorsqu'en détresse
- De 18 mois à 3 ans**
 - Ne commence pas à développer une certaine autonomie
 - Semble fâché ou vous ignore après une séparation
- De 3 à 4 ans**
 - Suit facilement un étranger/affectueux vers des étrangers
 - Est trop passif ou trop collant avec vous
- De 4 à 5 ans**
 - Devient agressif sans aucune raison (p. ex. avec une personne qui est contrariée)
 - A besoin de trop d'attention, d'encouragement et d'aide de la part des adultes
 - Montre la cruauté vers des animaux
 - Démontre des émotions limitées ou aucun affect de l'émotion

Indices de troubles d'attachement... si la mère d'un enfant ou la personne qui en est responsable montre fréquemment un ou plusieurs des comportements suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

- Insensible aux messages verbaux du bébé
- Souvent incapable de reconnaître les messages du bébé
- Répond de façon inconstante aux messages du bébé
- Ignore ou rejette fréquemment le bébé
- Parle du bébé de façon négative
- Semble souvent en colère contre le bébé
- Exprime souvent des émotions de façon intense ou apeuré

Note d'avertissement : Tous les comportements devraient être considérés dans le cadre des situations.

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558 ou l'Équipe psycho-sociale pour enfants & adolescents francophones SDG au 613-938-7112 pour obtenir des renseignements concernant un programme de santé mentale pour les enfants de 0 à 6 ans. Appelez le Bureau de santé de l'est de l'Ontario au 1 800 267-7120 aux fins d'orientation vers le programme *Bébés en santé, enfants en santé*. Si l'enfant a des besoins particuliers, communiquez avec le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724 ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'attachement, visitez le site Web de l'*Infant Mental Health Promotion Project* (Projet de promotion de la santé mentale du jeune enfant) à www.sickkids.on.ca/imp ou www.brocku.ca/teacherresource/ABC/

Adapté par le Centre de services de développement pour S.D. & G. et l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services de documents conçus par le New Path Youth and Family Services.

Indices de troubles de développement social et émotionnel... si un enfant éprouve un ou plusieurs des troubles suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

De 0 à 8 mois

- Retard de croissance sans raison médicale*
- Le parent et l'enfant ne se sourient pas et ne vocalisent pas l'un avec l'autre
- Le parent ignore ou interprète mal les signaux de détresse de l'enfant
- Le parent s'écarte du nourrisson ou le tient loin de son corps, les bras rigides
- Le parent est trop intrusif lorsque l'enfant ne veut pas de contact
- L'enfant n'est pas réconforté par un contact physique avec le parent

De 8 à 18 mois

- Le parent et l'enfant n'ont pas d'interactions amusantes et intimes
- Le parent ignore ou interprète mal les messages de l'enfant indiquant qu'il veut un contact lorsqu'il est en détresse
- L'enfant ne cherche pas à se rapprocher du parent lorsqu'il est en détresse
- L'enfant est peu méfiant à l'égard d'une nouvelle pièce ou d'un étranger
- L'enfant ignore, évite ou rejette un parent après une séparation
- L'enfant ne s'éloigne pas du parent pour explorer, utilisant le parent comme une base de sécurité
- Le parent a des attentes non réalistes envers l'enfant par rapport à son âge

De 18 mois à 3 ans

- L'enfant et le parent ont très peu d'interactions amusantes ou verbales, sinon aucune
- L'enfant initie des interactions trop amicales ou affectueuses avec des étrangers
- L'enfant ignore, évite ou rejette le parent lorsqu'il est en détresse ou après une séparation
- L'enfant éprouve une détresse excessive lorsqu'il est séparé du parent
- L'enfant reste figé sur place ou avance vers le parent en marchant de côté, à reculons ou en faisant des détours
- L'enfant passe d'un comportement hostile à un comportement trop affectueux avec le parent
- Le parent semble ignorer, punir ou mal interpréter la communication émotionnelle de l'enfant
- Le parent utilise des techniques de gestion du comportement inappropriées ou inefficaces *

De 3 à 5 ans

- L'enfant ignore l'adulte ou son comportement empire lorsqu'on lui fait des commentaires positifs
- L'enfant est excessivement collant ou recherche trop l'attention des adultes, ou refuse de parler
- L'enfant est hyper-vigilant ou agressif sans aucune provocation
- L'enfant ne cherche pas à se faire réconforter par un adulte lorsqu'il est blessé ou ne montre pas d'empathie lorsque ses camarades sont en détresse
- Les jeux de l'enfant illustrent sans cesse des mauvais traitements, une violence familiale ou un comportement sexuel explicite*
- Les crises de colère de l'enfant durent rarement moins de cinq à dix minutes
- L'enfant ne peut entreprendre des activités autodirigées
- L'enfant est menaçant, dominant, humiliant, rassurant ou a un comportement sexuel avec un adulte *
- Le parent utilise des techniques de gestion du comportement inappropriées ou abusives *

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec l' Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558 ou l'Équipe psycho-sociale pour enfants & adolescents francophones SDG au 613-938-7112 pour obtenir des renseignements concernant un programme de santé mentale. Appelez le Bureau de santé de l'est de l'Ontario au 1 800 267-7120 aux fins d'orientation vers le programme *Bébés en santé, enfants en santé*. Si l'enfant a des besoins particuliers, communiquez avec le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724 ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839

* Communiquez avec la Société de l'aide à l'enfance de SDG au 613-933-2292 ou 1 866 939-9915 si vous avez des inquiétudes concernant la protection d'un enfant.

Adapté de documents conçus par le New Path Youth and Family Services.

Stresseurs familiaux/environnementaux

Si un ou plusieurs des stressseurs suivants existent, cela peut nuire au développement normal d'un enfant et doit être considéré comme un signal d'alarme :

- Facteurs parentaux**
 - Antécédents de mauvais traitements – parent ou enfant
 - Problèmes de santé graves
 - Abus d'alcool ou d'autres drogues*
 - Violence conjugale*
 - Difficulté à maîtriser la colère ou l'agressivité*
 - Sentiments d'inadaptation, faible estime de soi
 - Manque de connaissances du développement de l'enfant
 - Parent jeune, immature, souffrant d'un retard de développement*
 - Antécédents de dépression du post-partum
 - Antécédents criminels
 - Capacités de lecture et d'écriture du parent insuffisantes/barrières linguistiques
 - Maladie
 - La mort
 - Traumatisme

- Facteurs sociaux/familiaux**
 - Éclatement de la famille
 - Naissances multiples
 - Plusieurs enfants rapprochés en âge
 - Un enfant ayant des besoins particuliers
 - Un enfant non voulu
 - Problèmes de personnalité et de tempérament chez l'enfant ou l'adulte
 - Maladie mentale ou physique*, ou besoins particuliers d'un membre de la famille
 - Abus d'alcool ou de drogues*
 - Manque de soutien ou de répit pour les aidants naturels
 - Services sociaux ou mécanismes de soutien ne répondant pas aux besoins de la famille
 - Prématurité et faible poids à la naissance

- Facteurs économiques**
 - Revenu inadéquat
 - Chômage
 - Faillite d'entreprise
 - Dettes
 - Logement inadéquat ou expulsion*
 - Changement dans la situation économique lié à l'immigration
 - Problèmes d'accès au transport

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Le médecin de famille ou le pédiatre sont des personnes-ressources importantes pour toutes les questions de santé. Si les familles indiquent qu'elles sont stressées par un ou plusieurs signaux d'alarme, des évaluations familiales sont disponibles par le biais du programme *Bébés en santé, enfants en santé* au 1 800 267-7120, le Centre de counselling familial de Cornwall et des comtés unis au 613-932-4610, l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558 ou l'Équipe psycho-sociale pour enfants & adolescents francophones SDG au 613-938-7112 ou par les services de consultation privés.

Si l'enfant à des besoins particuliers, communiquez avec le Centre de services de développement pour S.D.& G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724 ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839

* Communiquez avec la Société de l'aide à l'enfance de SDG au 613-933-2292 ou 1 866 939-9915 si vous avez des inquiétudes concernant la protection d'un enfant.

Adapté de « A Curriculum for Training Public Health Nurses Conducting Postpartum Home Visits », Invest in Kids, 2000 et l'Hôpital communautaire de Cornwall /Child and Youth Counselling Services.

Violence à l'égard des enfants - Négligence

VIOLENCE

Bien que cela ne soit pas concluant, la présence d'un ou de plusieurs des **INDICES de violence suivants devrait servir à alerter les parents ou les professionnels de la possibilité de mauvais traitements**. Il existe quatre types de violence à l'égard des enfants : la négligence, la violence physique, la violence psychologique et la violence sexuelle. **Toutefois, il ne faut pas sortir ces INDICES de leur contexte ou les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Portez une attention particulière à la durée, à la constance et à l'omniprésence de chaque caractéristique.**

Si vous avez des doutes, vous êtes légalement obligé de le signaler à la Société de l'aide à l'enfance de SDG au 613-933-2292 ou 1 866 939-9915. Les professionnels doivent également rapporter les cas d'enfants témoins de violence familiale. Pour les questions médicales connexes, communiquez avec le médecin de famille ou le pédiatre. Il peut être nécessaire d'amener un enfant souffrant de blessures aiguës au service d'urgence de l'hôpital le plus près.

INDICES POSSIBLES DE NÉGLIGENCE

INDICES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT	INDICES COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT	COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ UN ADULTE QUI NÉGLIGE UN ENFANT
<ul style="list-style-type: none">• un nourrisson ou un jeune enfant peut :<ul style="list-style-type: none">-ne pas grandir comme il le devrait*-perdre du poids*-avoir un « vieux visage plissé »-avoir un teint pâle-ne pas bien manger• ne pas être habillé en fonction de la température*• être sale ou ne pas être lavé• souffrir d'un érythème fessier ou d'autres problèmes dermatologiques• avoir toujours faim• manquer de soins médicaux ou dentaires ou les deux*• montrer une carence qui s'améliore dans un milieu plus stimulant (p. ex. la faim, un érythème fessier) *	<ul style="list-style-type: none">• ne montre pas les compétences qu'il devrait avoir acquises• semble avoir peu d'énergie• pleure très peu• ne joue pas avec des jouets ou ne remarque pas les gens• ne semble aimer personne en particulier• peut demander beaucoup d'affection ou d'attention de la part des autres• les enfants plus âgés peuvent voler• prend soin d'un bon nombre de ses propres besoins• a beaucoup de responsabilités d'adultes à la maison• révèle une négligence (p. ex. dit qu'il n'y a personne à la maison) *	<ul style="list-style-type: none">• ne répond pas aux besoins de base de son enfant *• mène une vie de famille qui est mal organisée et qui comprend peu d'activités régulières (p. ex. toujours amener l'enfant très tôt, aller le chercher très tard)• ne surveille pas l'enfant adéquatement* (p. ex. laisse l'enfant seul, dans un endroit dangereux ou avec une personne qui ne peut assurer sa sécurité)• peut indiquer que l'enfant n'est pas facile, qu'il est difficile de le nourrir, qu'il est exigeant• peut dire que l'enfant était ou est non voulu• peut ignorer l'enfant qui essaie d'être affectueux• a de la difficulté à régler ses problèmes et ses besoins personnels• se préoccupe davantage de lui que de son enfant• ne s'intéresse guère à la vie de son enfant (p. ex. n'utilise pas les services offerts ou ne respecte pas les rendez-vous de l'enfant, ne fait rien par rapport aux problèmes discutés) *

Ces indices de NÉGLIGENCE ont été utilisés avec la permission de la Société de l'aide à l'enfance de SDG

Violence à l'égard des enfants - Physique

INDICES POSSIBLES DE VIOLENCE PHYSIQUE *

INDICES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT	INDICES COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT	COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ UN ADULTE QUI EST VIOLENT ENVERS UN ENFANT
<ul style="list-style-type: none"> • de nombreuses ecchymoses dans la même région du corps * • des ecchymoses ayant la forme d'un objet (p. ex. une cuillère, une main/des doigts, une ceinture) * • des brûlures : <ul style="list-style-type: none"> -de cigarette -ayant la forme d'un objet (p. ex. un fer à repasser) • le port de vêtements pour dissimuler des blessures, même par temps chaud • la perte de cheveux • des signes de blessures possibles à la tête : * <ul style="list-style-type: none"> -enflure et douleur -nausée ou vomissement -étourdissement -saignement provenant du cuir chevelu ou du nez • des signes de blessures possibles aux bras et aux jambes : <ul style="list-style-type: none"> -douleur -sensibilité au toucher -impossibilité de bouger normalement -boitement • respiration douloureuse • difficulté à lever les bras • des marques de morsures humaines * • des coupures et des égratignures non conforme aux jeux normaux • des signes de mutilation des organes génitaux féminins (p. ex. difficulté à aller aux toilettes) 	<ul style="list-style-type: none"> • ne peut pas se rappeler l'origine des blessures * • l'explication à propos de l'origine des blessures ne correspond pas aux blessures * • refuse/a peur de parler des blessures • a peur des adultes ou d'une personne en particulier • ne veut pas être touché • peut être très : <ul style="list-style-type: none"> -agressif -malheureux -renfermé -obéissant et désireux de plaire -peu coopératif • a peur de rentrer à la maison * • fait une fugue • est souvent absent et, lorsqu'il revient, des blessures en voie de guérison sont visibles * • ne démontre pas les compétences qui devraient être acquises • ne s'entend pas bien avec les autres enfants • essaie de s'automutiler (p. ex. coupure, suicide) • révèle être victime de mauvais traitements * 	<ul style="list-style-type: none"> • ne donne pas la même explication que celle de l'enfant à propos de l'origine des blessures * • peut dire que l'enfant semble être victime de nombreux accidents • punit sévèrement l'enfant * • ne peut maîtriser sa colère et sa frustration * • a de trop grandes attentes par rapport à l'enfant • dit qu'il a de la difficulté à s'occuper de l'enfant • dit que l'enfant est difficile, différent ou « la cause de ses problèmes » * • ne montre pas d'amour envers l'enfant • ne se rend pas immédiatement chez le médecin pour faire vérifier la blessure • reçoit peu d'aide, sinon aucune, pour s'occuper de l'enfant

Ces indices de VIOLENCE PHYSIQUE ont été utilisés avec la permission du Société de l'aide à l'enfance de SDG.

Violence à l'égard des enfants - Sexuelle

INDICES POSSIBLES DE VIOLENCE SEXUELLE *

INDICES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT	INDICES COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT	COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ UN ADULTE QUI EST VIOLENT ENVERS UN ENFANT
<ul style="list-style-type: none"> • des démangeaisons ou des douleurs dans la gorge, les organes génitaux ou le rectum * • une odeur ou des pertes provenant des organes génitaux • des sous-vêtements ensanglantés * • de la douleur lorsque l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> -essaie d'aller aux toilettes -s'assoit -marche -avale • du sang dans l'urine ou les selles • blessures sur les seins ou les organes génitaux : * <ul style="list-style-type: none"> -rougeur -ecchymose -entaille -enflure 	<ul style="list-style-type: none"> • imite le comportement sexuel des adultes • en sait davantage sur le sexe que ce qu'il devrait savoir • montre des détails sur le sexe dans ses dessins/compositions* • adopte des gestes sexuels inappropriés avec d'autres enfants ou des adultes * • craint ou refuse d'aller chez un parent, un membre de la famille ou un ami, sans aucune raison apparente • ne fait pas confiance à autrui • éprouve des changements de personnalité qui n'ont aucun sens (p. ex. un enfant heureux devient renfermé) • éprouve des problèmes ou des changements dans le sommeil (p. ex. des cauchemars) • demande beaucoup d'affection ou d'attention, ou se colle • recommence à se comporter comme un jeune enfant (p. ex. énurésie, succion du pouce) • refuse de se faire déshabiller ou craint de se déshabiller • essaie de se faire mal (p. ex. drogues, alcool, troubles de l'alimentation, suicide) • révèle être victime de mauvais traitements * 	<ul style="list-style-type: none"> • peut être très protecteur envers l'enfant • s'accroche à l'enfant pour avoir du réconfort • est souvent seul avec l'enfant • peut être jaloux des relations de l'enfant avec d'autres personnes • n'aime pas que l'enfant soit avec des amis sans la présence d'un parent • dit que l'enfant est « sexy » * • touche l'enfant d'une manière sexuelle * • peut consommer des drogues ou de l'alcool pour se sentir plus libre d'agresser l'enfant sexuellement • permet à l'enfant d'adopter un comportement sexuel ou essaie de le lui faire adopter *

Ces indices de VIOLENCE SEXUELLE ont été utilisés avec la permission de la Société de l'aide à l'enfance de SDG.

Violence à l'égard des enfants - Psychologique

INDICES POSSIBLES DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE *

INDICES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT	INDICES COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT	COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ UN ADULTE QUI EST VIOLENT ENVERS UN ENFANT
<ul style="list-style-type: none"> • l'enfant ne se développe pas comme il le devrait • se plaint souvent de nausées, de maux de tête ou de maux d'estomac, pour aucune raison apparente • mouille ou salit ses culottes • ne reçoit pas des aliments, des vêtements et des soins aussi bons que ceux qu'obtiennent les autres enfants, peut avoir une apparence inhabituelle (p. ex. coupe de cheveux, vêtements ou décorations étranges) * 	<ul style="list-style-type: none"> • est malheureux, stressé, renfermé, agressif ou fâché pendant de longues périodes • recommence à se comporter comme un jeune enfant (p. ex. problèmes de propreté, succion du pouce, bercement constant) • déploie trop d'efforts pour bien se comporter et obtenir l'approbation des adultes • déploie de gros efforts pour obtenir l'attention • essaie de se faire mal • s'autocritique beaucoup • ne participe pas par crainte d'un échec • peut être trop exigeant à son égard et devient frustré ou échoue • a peur de ce que l'adulte fera s'il fait quelque chose que l'adulte n'aime pas * • fait une fugue • a de nombreuses responsabilités d'adultes • ne s'entend pas bien avec les autres enfants • révèle être victime de mauvais traitements * 	<ul style="list-style-type: none"> • rejette, insulte ou critique souvent l'enfant en présence d'autres personnes * • ne touche pas l'enfant ou ne lui parle pas avec amour • parle de l'enfant comme étant la cause et la source de ses difficultés * • parle de l'enfant ou le traite comme s'il était différent des autres enfants et des membres de la famille • compare l'enfant à quelqu'un qui n'est pas aimé • ne porte pas attention à l'enfant et refuse de l'aider • isole l'enfant, ne lui permet pas de voir d'autres personnes à l'intérieur et à l'extérieur de la famille (p. ex. enferme l'enfant dans un placard ou une chambre) * • n'offre pas un bon exemple aux enfants sur la manière de se comporter avec les autres (p. ex. blasphème constamment, frappe les autres) • permet à l'enfant de participer à des activités illégales * • utilise l'enfant pour faire de l'argent (p. ex. la pornographie infantile) * • permet à l'enfant de regarder des images de sexe et de violence à la télévision, sur vidéo et dans les magazines * • terrorise l'enfant (p. ex. menace de lui faire mal ou de le tuer, ou menace une personne ou une chose qui lui est chère) * • force l'enfant à regarder un être cher se faire blesser, demande à l'enfant d'en faire davantage que ce qu'il peut faire *

Ces INDICES de VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE ont été utilisés avec la permission de la Société de l'aide à l'enfance de SDG

INDICES POSSIBLES QU'UN ENFANT EST TÉMOIN DE VIOLENCE FAMILIALE *

INDICES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT	INDICES COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT	COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ UN ADULTE
<ul style="list-style-type: none"> • l'enfant ne se développe pas comme il le devrait • se plaint souvent de nausées, de maux de tête ou de maux d'estomac, pour aucune raison apparente • est blessé physiquement, que ce soit délibérément ou accidentellement, pendant ou après un épisode violent, notamment : * <ul style="list-style-type: none"> -pendant qu'il essaie de protéger d'autres personnes -par suite d'objets lancés 	<ul style="list-style-type: none"> • peut être agressif et faire des crises de colère • peut montrer des comportements renfermés, déprimés et anxieux (p. ex. se colle, gémit, pleure beaucoup) • simule ce qu'il a vu ou entendu entre les parents; mentionne la violence familiale; peut « passer à l'acte » sexuellement * • déploie trop d'efforts pour bien se comporter et obtenir l'approbation des adultes • a peur : <ul style="list-style-type: none"> -de la colère de quelqu'un -de sa propre colère (p. ex. Tuer l'abuseur) -que lui-même ou d'autres être chers soient blessés ou tués -d'être abandonné • a de la difficulté à dormir (p. ex. n'arrive pas à s'endormir, a peur dans le noir, ne veut pas aller se coucher, fait des cauchemars) • souffre d'énurésie nocturne; amasse la nourriture • essaie de se faire mal; est cruel envers les animaux • reste à la maison pour surveiller ou essaie de ne pas passer beaucoup de temps à la maison; fait une fugue* • éprouve des problèmes à l'école • a beaucoup d'attentes envers lui-même et a peur d'échouer; travaille donc très fort • prend la responsabilité de protéger et d'aider sa mère et ses frères et sœurs • ne s'entend pas bien avec les autres enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • l'abuseur a de la difficulté à se contrôler • l'abuseur a de la difficulté à parler et à s'entendre avec les autres • l'abuseur utilise des menaces et la violence (p. ex. menace de blesser, de tuer ou de détruire une personne ou une chose qui est chère à l'enfant; est cruel envers les animaux) * • force l'enfant à regarder un parent/partenaire se faire blesser * • l'abuseur surveille toujours ce que le partenaire fait • l'abuseur insulte, blâme et critique le partenaire en présence d'autres personnes • est jaloux du partenaire qui parle à d'autres personnes ou qui voit d'autres personnes • l'abuseur ne permet pas à l'enfant ou aux membres de la famille de parler à d'autres personnes et de voir d'autres personnes * • la personne maltraitée n'est pas capable de bien prendre soin des enfants parce qu'elle est isolée, fait une dépression ou essaie de survivre, ou parce que l'abuseur ne lui donne pas assez d'argent * • croit que les hommes ont le pouvoir et que les femmes doivent obéir • consomme des drogues ou de l'alcool • la personne maltraitée semble avoir peur • révèle une violence familiale * • révèle que l'abuseur a agressé une personne tenant un enfant dans ses bras ou lui a lancé des objets *

Ces INDICES d'un enfant TÉMOIN DE VIOLENCE ont été utilisés avec la permission de la Société de l'aide à l'enfance de SDG.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) est un terme général pour les divers troubles causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse. Cela comprend plusieurs catégories de diagnostics médicaux, notamment le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF). L'ETCAF est évitable, mais il n'est pas guérissable. Un diagnostic et une intervention rapides peuvent faire une différence.

Les caractéristiques suivantes sont celles d'enfants atteints de troubles causés par l'alcoolisation foetale. Les enfants exposés à l'alcool avant leur naissance, qui n'ont pas les traits physiques/externes ou faciaux caractéristiques du SAF, peuvent souffrir d'une atteinte grave du système nerveux central.

Nourrissons

- Dymorphologie faciale – les traits faciaux caractéristiques comprennent des fentes oculaires étroites, le milieu du visage aplati, une lèvre supérieure mince, une zone aplatie entre la base du nez et la lèvre supérieure, des anomalies auriculaires
- Faible poids à la naissance; retard de croissance; petite taille; petite circonférence crânienne et ralentissement continu de la croissance
- Sommeil agité, irritabilité, agitation persistante
- Incapacité de développer des modes de comportement de routine
- Prédilection aux infections
- Peut être flasque ou trop rigide en raison du faible tonus musculaire
- Peut souffrir d'une des anomalies congénitales suivantes : cardiopathie congénitale, bec-de-lièvre et fissure du palais, anomalies de l'urètre et des organes génitaux, spina-bifida

Tout-petits et enfants d'âge préscolaire

- Dymorphologie faciale – comme ci-dessus
- Retards de développement
- Lenteur à acquérir de nouvelles compétences
- Problèmes de sommeil et d'alimentation persistants
- Hypersensibilité sensorielle (irritabilité, rigidité lorsqu'on les tient ou les touche, refus de se faire brosser les cheveux ou les dents, réaction excessive à une blessure)
- Retards de développement de la motricité – maladroits et prédisposés aux accidents

Enfants de la maternelle/du jardin d'enfants

- Dymorphologie faciale – comme ci-dessus
- Problèmes d'apprentissage et de développement neuro-comportementaux (inattention, faible mémoire, capacité d'apprentissage entravée, impulsivité)
- Écart entre un langage expressif adéquat et un langage réceptif pauvre (sont moins capables qu'ils n'en ont l'air)
- Hyperactivité; défense auditive et tactile extrême
- Difficultés à traiter l'information
- Difficultés à lire des messages non verbaux; incapables de relier la cause à l'effet; piètre jugement social

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin aux fins d'orientation vers le spécialiste approprié.

Si l'enfant a des besoins particuliers, communiquez avec le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724 ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'ETCAF, visitez le site Web de Meilleur départ à www.meilleurdepart.org ou de Santé Canada à www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds.pdf/BestpracticesEnglishclosed.pdf.

Facteurs de risque de caries dentaires chez les jeunes enfants... La présence d'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants doit être considérée comme un signal d'alarme :

Exposition prolongée des dents à des glucides fermentescibles
(comprend le lait maternisé, le jus, le lait et le lait maternel)

- Par le biais de l'utilisation de biberons, du sein, de tasses pour bébé, de bouteilles en plastique avec des pailles
- Grande consommation de sucre pendant la petite enfance
- Sucre trempée dans le sucre ou le miel
- Prise à long terme de médicaments sucrés
- S'endormir avec un biberon contenant autre chose que de l'eau
- Allaitement au sein ou au biberon sans nettoyage des dents
- Prolongation de l'utilisation d'un biberon au-delà d'un an
- Les collations ou le grignotage de façon fréquente ou continue

Facteurs physiologiques

- Facteurs associés au faible développement de l'émail, comme l'état nutritionnel prénatal de la mère et de l'enfant, une mauvaise santé prénatale et la malnutrition de l'enfant
- Carences possibles en matière d'émail reliées à la prématurité ou au faible poids à la naissance
- Manque d'exposition de la mère et de l'enfant à de l'eau fluorée
- Période d'infectiosité : transfert de bactéries orales du parent/responsable à l'enfant âgé entre 19 et 31 mois par le biais de contacts intimes et fréquents ou du partage d'ustensiles

Autres facteurs de risques

- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Antécédents de carie de la petite enfance chez les jeunes frères et sœurs
- Manque d'éducation des responsables de l'enfant
- Statut socio-économique inférieur
- Accès limité à des soins dentaires
- Manque de compétences parentales
- Soins dentaires spéciaux
- Facteurs psychologiques ex. dépression ou anxiété peut nuire à la suite bucco-dentaire
- Attitude et croyance sur les dents primaires (ex. elles vont tomber c'est juste des dents de bébés)

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Conseillez aux parents que leurs enfants peuvent être éligibles pour le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE). Ils peuvent contacter leur dentiste ou les Services Dentaires au Bureau de santé de l'est de l'Ontario au 613-933-1375 ou 1-800-267-7120 ou visitez le site web à www.eohu.ca. Le Bureau de santé offre aussi l'éducation parentale ou la référence au Programme *Bébés en santé, enfants en santé*.

The Ontario Association of Public Health Dentistry recommande que la première visite chez un dentiste ait lieu à l'âge d'un an. Pour obtenir des renseignements, visitez www.oaphd.on.ca.

Si vous avez des inquiétudes concernant la nutrition, consultez les sections « Nutrition » ou « Alimentation et déglutition ».

Adapté par l'Hygiéniste dentaire du Bureau de santé de l'est de l'Ontario par de matériaux créés par le Public Health Dental Services dans la région de York et le comté de Simcoe.

Troubles de l'humeur post-partum

La maladie mentale des parents est un facteur important qui peut mettre en danger le développement et la santé des enfants. Les énoncés suivants indiquent la capacité d'attention et d'écoute des parents à l'égard du nourrisson, ainsi que leur capacité de répondre avec sensibilité.

Si le parent affirme qu'un ou plusieurs de ces énoncés sont vrais, considérez cela comme un signal d'alarme :

- Sentiments de profonde tristesse
- Irritabilité, frustration, colère extrêmes*
- Désespoir, culpabilité
- Fatigue persistante
- Perte d'appétit ou hyperphagie (sur alimenter)
- Aucun intérêt envers l'enfant ni aucun plaisir avec celui-ci*
- Sentiments d'anxiété ou de panique
- Songe à se faire mal ou faire mal au bébé*
- Pleur sans aucune raison

La présence d'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants devrait indiquer aux professionnels de la santé que la cliente est à risque de souffrir de troubles de l'humeur post-partum (p. ex. anxiété, trouble obsessionnel compulsif, dépression, etc.).

- Attentes irréalistes (p. ex. « Ce bébé ne changera pas ma vie. »)
- Isolation sociale; système de soutien minime (p. ex. « J'ai très peu de contacts avec ma famille ou mes amis. »)
- Antécédents familiaux de dépression ou de maladie mentale
- Tendances perfectionnistes (p. ex. « J'aime que tout soit en ordre. »)
- Considère comme une faiblesse le fait de demander de l'aide (p. ex. « Je n'ai pas l'habitude de demander de l'aide à personne. J'aime faire les choses à ma manière. »)
- Antécédents personnels de troubles de l'humeur (p. ex. « J'ai fait une dépression du post-partum (anxiété) après la naissance de mon premier enfant. »)
- Crises ou pertes personnelles au cours des deux dernières années
- Insomnie grave (p. ex. « Je ne peux pas dormir lorsque le bébé dort. »)
- Pensées obsessionnelles/phobies/peurs déraisonnables (p. ex. « J'ai peur de sortir de la maison. »; la mère demeure à la maison pendant des semaines ou a peur de se retrouver dans une foule ou de voyager à bord d'un autobus ou d'une voiture)
- Abus d'alcool ou d'autres drogues* (p. ex. « Je consomme de l'alcool ou fume de la drogue, etc. pour soulager la douleur. »)
- Pensées qui font peur (p. ex. « J'ai peur des couteaux. »; « Je vois l'eau du bain qui se transforme en sang. »; « J'ai peur de me tenir à côté de la fenêtre parce que le bébé pourrait tomber. »)
- Danger de suicide* (p. ex. « Le bébé serait mieux sans moi. »; « Je ne mérite pas cet enfant. »; « Je suis tellement un fardeau pour ma famille. »)
- Changement d'humeur soudain (p. ex. « Je me sens beaucoup mieux maintenant. Je me sens calme. »)
- Distribution de ses biens
- Antécédents possibles de mauvais traitements ou de négligence (p. ex. « Je ne laisserais jamais mon bébé à quelqu'un d'autre. Je ne ferais jamais confiance à personne. »)
- Crises psychotiques* (p. ex. « Le diable [ou un autre personnage religieux] m'a dit qu'il m'indiquerait quoi faire avec mon bébé. »)

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes au chapitre de la santé, conseillez à la femme/famille de communiquer avec son médecin. Pour référer au programme *Bébés en santé, enfants en santé*, appelez la ligne *Appel santé* au Bureau de santé le l'est de l'Ontario au 613-933-1375 ou le 1 800 267-7120. Communiquez avec la * Société de l'aide à l'enfance au 1-613-932-3986 si la sécurité de l'enfant vous inquiète. Pour une intervention d'urgence, composez la Ligne de crise au 1 866 996-0992.

Adapté de documents du Women's Health Centre, St. Joseph's Health Care, Toronto.

Si un enfant présente un ou plusieurs des facteurs de risque suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

- De 0 à 3 mois**
- Des aliments autres que du lait maternel ou du lait maternisé enrichi de fer sont donnés
 - L'eau qui servira pour le lait maternisé n'est pas bouillie à gros bouillon pendant au moins deux minutes
 - Le lait maternisé n'est pas bien mélangé (c.-à-d. dilution adéquate)
 - Le lait maternel ou le lait maternisé n'est pas donné sur demande
 - Du miel ou de la tisane est donné au bébé
 - Le bébé ne mouille pas bien six couches par jour en moyenne (à partir de six jours)
- De 4 à 6 mois**
- Le lait maternisé n'est pas enrichi de fer
 - Des aliments solides sont introduits avant que le nourrisson montre qu'il est prêt à être nourri (p. ex. bon contrôle de la tête, peut détourner la tête s'il ne veut pas les aliments, ouvre grand la bouche à la vue de la nourriture)
 - Le lait maternel ou le lait maternisé n'est pas donné sur demande
 - Des aliments non sécuritaires sont donnés (p. ex. du miel, des blancs d'œuf, du lait de vache, des tisanes)
 - Le bébé ne mouille pas bien six couches par jour en moyenne
 - Le bébé boit du jus de fruit, des boissons de fruit, des boissons gazeuses ou autres boissons
- De 6 à 9 mois**
- Du lait de vache est donné à la place du lait maternel ou du lait maternisé enrichi de fer
 - Le bébé boit plus de 4 oz (1/2 tasse) de jus de fruit par jour
 - Des aliments complémentaires riches en fer n'ont pas été introduits par 7 mois
 - Des aliments non sécuritaires sont donnés (p. ex. du miel, des blancs d'œuf, des tisanes)
 - Le bébé boit des boissons sucrées (ex. boisson aux fruits) ou des boissons gazeuses
 - Le bébé ne mange pas volontairement ou les parents forcent à manger
- De 9 à 12 mois**
- Si du lait de vache est donné, il s'agit de lait à faible teneur en matière grasse (2 %, 1 % ou écrémé)
 - Le bébé boit plus de 4 oz (1/2 tasse) de jus de fruit par jour
 - Le bébé boit des boissons sucrées (ex. boisson aux fruits) ou des boissons gazeuses
 - Bois du jus de fruit dans un biberon ou une tasse avec couvert qui permet au bébé de consommer du jus facilement tout au long de la journée
 - Refuse les aliments plus consistants tels les aliments grumeleux, pilés ou hachés
 - Des aliments non sécuritaires sont donnés (p. ex. du miel, des blancs d'œuf, des tisanes)
 - Les parents/responsables de l'enfant ne permettent pas à l'enfant de se nourrir seul
 - L'enfant n'est pas supervisé pendant l'alimentation

De 1 à 2 ans

- Boit moins de 16 oz (2 tasses) ou plus de 24 oz (3 tasses) de lait par jour
- Du lait à faible teneur en matière grasse est donné avant l'âge de deux ans
- Boit plus de 4-6 oz (1/2 – 3/4 tasse) de jus de fruit par jour
- Ne mange pas divers aliments ordinaires
- Refuse régulièrement les aliments plus consistants tels les aliments grumeleux, pilés ou hachés
- Le parent/responsable de l'enfant ne permet pas à l'enfant de se nourrir seul (doigts, cuillère, tasse)
- Boit les liquides principalement dans un biberon
- La nourriture est utilisée comme récompense ou punition
- Les parents ne reconnaissent et ne répondent pas aux signaux verbaux et non-verbaux de la faim de l'enfant
- L'enfant n'est pas supervisé pendant l'alimentation
- L'enfant 'grignote' toute la journée

De 2 à 5 ans

- Boit moins de 16 oz (2 tasses) ou plus de 24 oz (3 tasses) de lait par jour
- Boit plus de 4-6 oz (1/2 – 3/4 tasse) de jus de fruit par jour
- Boit toujours à la bouteille; est toujours nourri à la cuillère
- Ne mange pas divers aliments ordinaires provenant des quatre groupes alimentaires
- Ne mange pas à des heures régulières pendant la journée (déjeuner, dîner et souper, et deux à trois collations entre les repas)
- Les parents ne laissent pas l'enfant décider de la quantité de nourriture qu'il mange
- Les parents utilisent des pratiques restrictives envers l'alimentation
- Les repas sont très longs (p. ex. une heure)
- Manque d'activités physiques (p. ex. regarde la télévision ou des vidéos, utilise l'ordinateur, joue à des jeux vidéo pendant plus de cinq heures par jour)
- La nourriture est utilisée comme récompense ou punition

Facteurs de risque généraux

- Le nourrisson allaité au sein ne reçoit pas un supplément de vitamine D
- Perte ou gain de poids imprévu ou inexplicé
- Le taux de croissance ne suit plus la courbe de croissance
- Identifié comme ayant un retard de croissance *
- Identifié comme ayant un surplus de poids ou comme étant obèse par un professionnel des soins de santé
- Allergies alimentaires (p. ex. lait de vache) ou intolérance alimentaire (p. ex. intolérance au lactose)
- Difficultés à sucer, mastiquer ou avaler; s'étouffe, vomit ou tousse pendant qu'il mange
- Constipation ou diarrhée fréquentes; douleur abdominale
- Montre des signes de carence en fer (p. ex. irritabilité, maladie récurrente)
- Suit une « diète spéciale » qui limite ou inclut certains aliments
- Mange des articles non alimentaires
- A des problèmes de dents ou buccaux qui font en sorte qu'il est difficile de manger ou de boire
- L'heure du repas est rarement agréable
- Ne mange jamais d'aliments d'un ou de deux des groupes alimentaires
- Exclut tous les produits d'origine animale, dont le lait et les œufs
- Boit tout au long de la journée et n'a pas faim à l'heure des repas
- Des aliments non sécuritaires ou inappropriés sont donnés (p. ex. des œufs crus, du lait non pasteurisé, des aliments qui posent un risque d'étouffement, des tisanes, des boissons gazeuses, des boissons de fruit)
- Il n'y a pas de rangement pour les aliments/d'installations pour cuisiner appropriés dans la maison
- Le parent/responsable de l'enfant est incapable d'obtenir des aliments adéquats en raison de contraintes financières
- Le parent/responsable de l'enfant offre des quantités d'aliments inappropriées ou force l'enfant à manger

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Pour trouver un diététiste enregistré dans votre région, visitez www.dietitians.ca/public/content/find_a_nutrition_professional/find_a_dietitian_fr.asp

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin de famille ou pédiatre.

Les problèmes nutritionnels qui sont perçus comme des problèmes comportementaux peuvent parfois être liés au développement; consultez la section « Alimentation et déglutition ».

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant la nutrition, visitez www.soinsdenosenfants.cps.ca/alimentation/index.htm. Vous pouvez contacter le Bureau de santé de l'est de l'Ontario au 613-933-1375 ou 1 800 267-7120 ou visiter le site web au www.eohu.ca.

Conçu par des nutritionnistes et des diététistes de la santé publique au sein des Services de santé de la région de York. Révisé et adapté par des diététistes du Bureau de santé de l'est de l'Ontario

L'alphabétisation précoce se rapporte à l'ensemble de capacités que les enfants se serviront pour apprendre à lire, à écrire et à communiquer. L'alphabétisation précoce débute précédant la naissance et comprend la capacité d'un enfant à parler, écouter, d'expérimenter, de comprendre et parler d'événements et connaissances de leur monde. Les habiletés en lecture évoluent par rapport à l'interaction d'un enfant avec son environnement familial et communautaire.

L'ALPHABÉTISATION PRÉCOCE

À 3 mois

- Démontre de l'intérêt au contraste de la lumière et la noirceur
- Établit un contact visuel avec les images d'un livre
- Regarde intensément des images pendant plusieurs minutes

À 6 mois

- Aime la musique, des chansons et des comptines
- Atteint et examine des livres autant avec ses mains que sa bouche
- S'assoit sur les genoux et retient sa tête solidement
- Démontre une préférence pour des photos de visages
- Utilise les deux mains pour manipuler un livre et ouvrir et fermer les pages

À 12 mois

- Démontre de l'intérêt aux livres
- Tient solidement un livre avec de l'aide
- Essaie de tourner plusieurs pages à la fois
- Regarde les images, bavarde et tapote les images
- S'assoit sans assistance ou soutien
- Participe à des jeux avec vous (par exemple : cache-cache)

À 18 mois

- Indique des photos avec un seul doigt
- Aime se faire chatouiller, sautiller et entendre des comptines
- Identifie les photos dans un livre (par exemple, montre-moi le bébé)
- Capable de transporter un livre et de tourner les pages
- Tient une craie ou un crayon dans le poing et gribouille sur du papier
- Identifie une image particulière avec un son spécifique
- Aime qu'on lui fasse la lecture et aime regarder des livres
- Relie un objet ou une action dans un livre au monde réel

À 2 ans

- Demande qu'on lui fasse la lecture répétée de ses livres préférés
- Fait semblant de lire
- Nomme des images familières
- Barbouille / griffonne
- Tient les livres de la bonne façon et tourne les pages une à une facilement
- Compare les événements dans des livres à ses propres expériences
- Remarque maintenant les textes plutôt que simplement les illustrations
- Peut participer à réciter des phrases

À 30 mois

- Prononce des mots contenant deux syllabes ou plus ou rythme des phrases: ba-na-ne
- Reconnaît des logos et panneaux familiers - (par exemple, panneau d'arrêt)
- Comprend et se souvient d'histoires régulières

À 3 ans

- Chante des chansons faciles et comptines familières
- Fait semblant de lire des livres familiers à haute voix
- Sait comment utiliser un livre (le tient dans ses mains / tourne les pages une à une, commence au début, pointe tout en parlant des images)
- Regarde les livres avec soin et les discutent
- Complète les mots manquants/phrases dans les livres familiers qui lui sont lus à haute voix
- Tient un crayon/craie par une pince fine et s'en sert pour dessiner/griffonner
- Imité l'écriture avec des gribouillis à contours linéaires
- Peut copier un cercle, des lignes verticales et horizontales lorsque montré
- Confère sur des événements du passé
- Récite de simples histoires
- S'engage dans diverses étapes de jeux imaginaires – préparation d'un repas, réparer une voiture
- Est conscient des fonctions du texte - les menus, les panneaux
- Commence à avoir un intérêt et est conscient des rimes
- Saisi que le texte indique un message
- Capable de participer à des routines

À 4 ½ ans

- Raconte des histoires clairement avec un début, milieu et une fin
- Associe certaines lettres avec leurs sons (par exemple, la lettre "t" explique TAH)
- Récite des comptines et chante des chansons faciles
- Lit un livre de mémoire ou en inventant une histoire pour aller avec les illustrations
- Peut deviner ce qui va se passer durant l'histoire
- Peut raconter certains détails d'un conte qui lui est lu à haute voix, sans toutefois les raconter en ordre
- Trace un cercle, un triangle et un carré en utilisant des dessins
- Reconnaît les signes et les symboles du quotidien (par exemple, des panneaux de signalisation, les annonces indiquant les toilettes publiques)
- Tient un crayon de la bonne façon
- Identifie le nom de 10 lettres de l'alphabet (probablement provenant de son nom)
- Comprend la notion de la rime; reconnaître et créer des rimes
- Change un son dans un mot d'un jeu ou d'une chanson pour en faire un nouveau
- Aime se faire lire un texte
- Est motivé à tenter de faire de la lecture

À 5 ½ ans

- Peut associer toutes les lettres à des sons
- Lit du vocabulaire qui lui est familier (mots à haute fréquence)
- Peut rapidement identifier des images
- Connaît les parties d'un livre
- Comprend le concept de base d'un texte (la différence entre les lettres, les mots, les phrases, comment le texte va de gauche à droite, de haut en bas et les marges blanches entre les mots)
- Connaît le concept de base de l'écriture (des lettres au lieu de griffonnage, rassemble des lettres pour ressembler à des mots, invente de l'orthographe)
- Pointe et nomme la plupart des lettres de l'alphabet lorsqu'on lui pointe au hasard (majuscules et minuscules), reconnaît le nombre de mots dans une phrase
- Imprime des lettres (en copiant, ou provenant de son nom complet, ou lorsqu'il tente d'épeler des mots)
- Prédit la suite d'un conte, raconte le début, le milieu et la fin de contes familiers
- Peut se rappeler d'une histoire brève qui vient de lui être raconté
- Lorsque vous lui lisez une histoire, il peut relier l'information à des événements réels
- Peut identifier le début et la fin de certains sons dans un mot
- Peut passer l'attention de la signification d'un mot au son d'un mot

- Peut dessiner des lignes diagonales et des formes simples
- Capable de trier des objets par sa taille, sa couleur, et son utilisation, etc.
- Est capable de comprendre des simples motifs
- Comprendre les nombres de 1 à 10

Les problèmes d'alphabétisation peuvent également découler de difficultés avec la parole et le langage. Consultez la section « Parole et langage ».

Note: L'habileté de bas niveau en lecture des parents est également un facteur de risque pour le développement d'alphabétisation

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec la Spécialiste de l'alphabétisation de la petite enfance par le biais des Centres de la petite enfance de l'Ontario au 613-930-9211 ou 1-866-996-0499 ou de parler à l'enseignante de maternelle à l'école.

Conçu par la Spécialiste de l'alphabétisation durant la petite enfance desservant SDG et la région de Prescott-Russell.

Les enfants peuvent parfois adopter un ou plusieurs comportements déviants. Il faut tenir compte de certains facteurs pour déterminer si le comportement est véritablement un problème. En voici quelques exemples :

- Blessures auto-infligées ou infligées aux autres
- Comportement présentant un risque immédiat pour lui-même ou d'autres personnes
- Fréquence et gravité du comportement
- Nombre de comportements problématiques qui se produisent à un moment donné
- Changement important dans le comportement de l'enfant

Si l'enfant présente un ou plusieurs des comportements suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

Automutilation

- Se mord; se gifle; s'empoigne
- S'écorche la peau; suce la peau à l'excès/se cogne la tête
- Mange des aliments non comestibles
- Vomit intentionnellement (lorsqu'il n'est pas malade)
- Prend des risques potentiellement dangereux (p. ex. courir dans le trafic, allumer des incendies)

Agression

- Fait des crises de colères; éprouve une colère excessive; profère des menaces
- Frappe; donne des coups de pied; mord; écorche les autres; tire les cheveux
- Cogne ou frappe des objets; endommage les biens
- Est cruel envers les animaux*
- Blesse les personnes plus faibles/malmène les autres*

Comportement social

- A de la difficulté à se concentrer; est hyperactif ou exagérément impulsif
- Crie; pleure excessivement; blasphème
- Amasse des objets de façon compulsive; vole
- N'a pas d'amis; est isolé socialement; n'établit pas de contact avec les yeux ni aucun autre contact; est renfermé
- Est anxieux; craintif/extrêmement gêné; agité
- Agit de façon compulsive; a des pensées obsessionnelles; parle de façon étrange
- A un comportement embarrassant en public; se déshabille en public
- Se touche ou touche d'autres personnes d'une façon inappropriée; a des connaissances précoces de nature sexuelle*
- Affect aplati; émotions inappropriées; explosions de colère imprévisibles; manque de respect ou agressivité envers les enseignantes sont des exemples de signaux d'alarme post-traumatiques pour les enfants qui ont été témoins de violence*

Non-respect

- A un comportement oppositionnel
- Fait des fugues
- Résiste à une aide qui n'est pas appropriée à son âge

Habilités fondamentales

- Accuse un retard dans les comportements fonctionnels attendus (p. ex. manger, se laver, s'habiller, jouer)
- Régresse; perd des compétences; refuse de manger; éprouve des troubles du sommeil
- A de la difficulté à gérer les transitions/les changements dans la routine

Autostimulation

- Agite les mains; se tord les mains; se berce; se balance
- Tournoie à répétition; manipule des objets à répétition

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes concernant le comportement social/émotionnel de l'enfant, conseillez aux parents de communiquer avec un programme de santé mentale pour les enfants de 0 à 6 ans (l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558 ou l'Équipe psychosociale pour enfants & adolescents francophones SDG au 613-938-7112) ou de consulter leur médecin de famille ou leur pédiatre. Si vous avez des inquiétudes concernant le comportement en conjugaison avec un retard de développement, conseillez aux parents de communiquer avec le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724.

Si vous avez des inquiétudes concernant l'autisme, consultez la section « Autisme ».

* Communiquez avec la Société de l'aide à l'enfance de SDG au 613-933-2292 ou 1 866 939-9915 si vous avez des inquiétudes concernant la protection d'un enfant.

L'autisme est un trouble chronique du développement caractérisé par des déficiences dans *tous* les domaines de développement suivants : la communication, l'interaction sociale, un répertoire restreint d'activités et d'intérêts et les caractéristiques connexes qui peuvent être présentes ou non (p. ex. des difficultés à manger ou dormir, des peurs inhabituelles, des problèmes d'apprentissage, des comportements répétitifs, l'automutilation et des réactions particulières aux stimulations sensorielles).

Si l'enfant présente un ou plusieurs des comportements suivants, considérez cela comme un signal d'alarme :

Inquiétudes par rapport aux interactions sociales

- Ne rend pas le sourire à une autre personne
- Affiche un retard dans les jeux imaginaires – manque de jeux à faire semblant variés et spontanés
- Préfère jouer seul, s'intéresse moins aux autres enfants
- Éprouve de la difficulté avec les jeux interactifs
- A du mal à établir le contact avec les yeux - cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de contact
- Est moins enclin que d'habitude à montrer de l'attention, à en donner, à la partager avec d'autres et à orienter celle des autres
- Perd des compétences sociales à tout âge (régression)
- Préfère faire les choses lui-même plutôt que de demander de l'aide
- Accueille les autres de façon maladroite ou absente

Inquiétudes par rapport à la communication

- Accuse un retard de langage (presque universel)
- Répond de façon incohérente ou ne répond pas à son nom ou à des directives
- Parle de façon inhabituelle – répète des phrases qu'il a entendues dans des films et que d'autres personnes ont prononcées, utilise des phrases de façon répétitive, a une intonation étrange (écholalie)
- Perd la capacité de compenser le retard de langage en faisant des gestes/en pointant
- A une mauvaise compréhension du langage (mots et gestes)
- Perd ses capacités langagières à tout âge (régression), mais particulièrement entre 15 et 24 mois
- Est incapable de tenir une conversation

Inquiétudes par rapport au comportement

- Fait de graves crises de colère répétitives en raison d'une frustration, d'une incapacité à communiquer, d'une interruption de la routine ou de l'interruption d'un comportement répétitif
- A des intérêts très restreints auxquels il se livre à répétition
- A une forte tolérance à la douleur
- Insiste pour garder la même routine, les mêmes activités, les mêmes vêtements, etc.
- Répète les mêmes mouvements avec les mains ou le corps : agiter les doigts, battre des mains et des bras, contracter les doigts, faire des mouvements du corps complexes, tournoyer, sauter, etc.
- A des intérêts sensoriels inhabituels – loucher ou regarder les objets du coin de l'œil; sentir, lécher les objets ou les mettre dans sa bouche; a une ouïe hypersensible
- Se préoccupe des objets de façon inhabituelle (p. ex. les interrupteurs, les ventilateurs, les objets qui tournent, les stores verticaux, les roues, les ballons)

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin de famille ou le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa au 1-800-565-4839. Vous pouvez contacter l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558 s'il y a un diagnostic du syndrome d'Asperger.

Si vous soupçonnez la présence d'un retard de développement, communiquer avec le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant l'autisme, visitez le *Geneva Centre for Autism* à www.autism.net ou *Improving the Odds: Healthy Child Development* (Annexe K et L : *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT)) à www.beststart.org/resources. Consultez également les sections « Parole et langage » et « Comportement ». Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le site *Web Autisme Society Ontario* à www.autismontario.com et le site *Web Upper Canada District Chapter's* à www.geocities.com/autismcornwall.

Adapté par le Dr Nicola Jones-Stokreef, MD, FRCP (C) à partir d'une présentation de A. Perry, Ph.D. et R.A. Condillac, M.A.

Les inquiétudes dans les domaines suivants peuvent indiquer la nécessité d'un examen plus approfondi, particulièrement s'il s'agit de plusieurs domaines. Pour les compétences propres à l'âge, veuillez consulter les sections « Parole et langage », « Motricité fine » et « Motricité globale ».

Si un enfant présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes, considérez cela comme un signal d'alarme :

Caractéristiques du langage réceptif

- Est lent à traiter les renseignements/à comprendre ce que l'on dit
- A des capacités réceptives dispersées
- Accuse un retard dans le langage réceptif (inexpliqué)

Caractéristiques du langage expressif

- A souvent de la difficulté à extraire des mots
- Bégaie de façon persistante
- A des problèmes d'écholalie (consultez la section « Troubles envahissants du développement »)
- A un langage expressif beaucoup plus élevé que ses capacités réceptives

Jeux

- Manque d'engagement dans des jeux appropriés à son âge/éprouve de la difficulté à trouver un jouet approprié à son âge
- A des aptitudes sociales inappropriées (consultez la section « Comportement »)
- Montre des signes de dépression soudaine; joue seul la plupart du temps

Capacités générales/d'apprentissage/scolaires

- Éprouve d'importantes difficultés à se concentrer
- A un comportement qui influe sur sa capacité d'apprendre de nouvelles choses
- Changement soudain de comportement
- Éprouve des difficultés avec les compétences/concepts préscolaires (p. ex. les couleurs, les formes)
- Antécédents de troubles d'apprentissage dans la famille
- Montre des indices de troubles envahissants du développement/d'une altération qualitative des interactions sociales réciproques; de la communication verbale/non verbale, et des activités restreintes ou répétitives (consultez la section « Troubles envahissants du développement »)
- Accuse un retard dans les habiletés à se prendre en charge (p. ex. faire sa toilette) si cela n'est pas expliqué par une autre condition
- Diagnostic médical à haut risque – risque de troubles d'apprentissage ou d'un retard cognitif, régression
- A un rendement inconstant (ne peut pas refaire ce qu'il faisait la semaine dernière)
- Est peu concentré et organisé

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin de famille aux fins d'orientation vers CHEO/ROMHC SDG Mental Health Services. Une orientation peut également être faite vers l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558 ou l'Équipe psycho-sociale pour enfants & adolescents francophones SDG au 613-938-7112.

Si l'enfant a des besoins particuliers, communiquez avec le Centre de services de développement pour S.D. & G. au 613-937-3072 ou 1 800 267-1724.

Conçu par Ann Johnston, Dip.C.S., Association des psychiatres du Canada, l'hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia, avec le programme préscolaire d'orthophonie du comté de Simcoe; révisé par des psychologues en chef, YCDSB et YRDSB

Les recherches actuelles montrent qu'une intervention précoce appropriée peut venir à bout de nombreuses difficultés, particulièrement celles liées à la lecture. Les parents sont souvent les premiers à remarquer que « quelque chose ne semble pas normal ». La liste ci-dessous comprend les caractéristiques qui PEUVENT indiquer un trouble d'apprentissage. De temps à autre, la plupart des gens peuvent discerner un ou plusieurs de ces avertissements chez leurs enfants. C'est normal.

Les troubles d'apprentissage sont reliés aux difficultés de traitement de l'information :

- la réception de l'information
- l'intégration ou l'organisation de cette information
- la capacité d'extraire l'information emmagasinée dans le cerveau
- la communication à d'autres personnes de l'information extraite

Si un enfant présente plusieurs des caractéristiques suivantes pendant une longue période, considérez cela comme un signal d'alarme :

Précolaire

- Parle plus tard que la plupart des enfants
- A des difficultés de prononciation
- Lente croissance du vocabulaire; est souvent incapable de trouver le bon mot
- A de la difficulté à rimer les mots
- A de la difficulté à apprendre les couleurs, les formes, les jours de la semaine, les chiffres et l'alphabet
- Lent développement des habiletés motrices fines ou maladresse ou moins bien développé que prévue pour l'âge
- Est extrêmement agité et facilement distrait
- A de la difficulté à suivre des instructions ou des routines
- A de la difficulté dans ses rapports avec les autres enfants de son âge

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Les troubles d'apprentissage sont diagnostiqués par un psychologue, généralement une fois que l'enfant est entré à l'école et qu'il apprend à lire et à écrire.

Pour obtenir de plus amples renseignements, contacter l'Hôpital communautaire de Cornwall/Child and Youth Counselling Services au 613-932-1558, l'Équipe psycho-sociale pour enfants & adolescents francophones SDG au 613-938-7112 ou conseillez aux parents de communiquer avec leur médecin de famille aux fins d'orientation vers CHEO/ROMHC SDG Mental Health Services.

Pour les enfants d'âges scolaires, conseillez la famille de communiquer avec la direction de l'école aux fins d'orientation vers le psychologue d'école.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les troubles d'apprentissage, visitez le site Web de *Learning Disabilities Association of Ontario* à www.LDAO.on.ca.

Les changements dans le comportement peuvent être reliés à un traumatisme cérébral léger (p. ex. une chute, un accident, un traitement médical, une blessure sportive, le syndrome du bébé secoué).

Si l'enfant présente un ou plusieurs des comportements suivants qui sont différents de son comportement normal, considérez cela comme un signal d'alarme :

Physique

- Étourdissement
- Mal de tête récurrent ou chronique
- Vision embrouillée ou double
- Fatigue persistante
- Diminution de l'endurance
- Insomnie/grandes difficultés à s'endormir
- Mauvaise coordination et mauvais équilibre
- Déficience sensorielle (changement dans la capacité de sentir, entendre, voir, goûter)
- Diminution importante de la fonction motrice
- Augmentation ou perte importante et continue de l'appétit
- Crises
- Acouphène persistant (bourdonnement dans les oreilles)

Déficiences intellectuelles

- Diminution de l'attention
- Confusion par rapport à l'heure et à l'emplacement
- Diminution de la concentration
- Diminution de la perception
- Perte de mémoire ou diminution de la vitesse d'apprentissage
- Difficultés constantes à trouver des mots ou à faire des phrases
- Résolution des problèmes (planifier, organiser et entreprendre des tâches)
- Difficultés à acquérir de nouvelles connaissances (augmentation du temps requis pour apprendre de nouvelles choses)
- Pensée abstraite
- Diminution de la vitesse de la motricité
- Pensée inflexible; pensée concrète
- Diminution de la vitesse de traitement
- Développement non approprié à l'âge
- Difficultés à effectuer des tâches multiples et à les séquencer

Comportement social/émotionnel (grave)

- Irritabilité, agression
- La capacité émotionnelle; impulsivité; confusion; inattention; blocage du cerveau sur une question
- Perte de l'estime de soi
- Jugement social pauvre ou comportement socialement inacceptable
- Diminution de l'initiative ou de la motivation; difficulté à faire face aux transitions ou aux routines
- Changement de personnalité; troubles du sommeil
- Repli sur soi-même; dépression; frustration
- Anxiété
- Diminution de la capacité d'empathie; égocentrisme

OÙ TROUVER DE L'AIDE

Si des parents signalent des changements dans le comportement de leur enfant, conseillez-leur de communiquer avec leur médecin de famille ou leur pédiatre aux fins d'évaluation médicale et d'orientation vers le spécialiste approprié ou de porter l'enfant à l'hôpital le plus proche.

Révisé par le Bloorview MacMillan Children's Centre et le York Region Head Injury Support Group.

PERSONNES RESSOURCES – RÉGION DE SDG

Services	Numéro de téléphone	Description
Bureau de santé de l'est de l'Ontario	613-933-1375 1-800-267-7120	<p>www.eohu.ca Bébés en santé, enfants en santé Un programme qui fait la promotion du bon développement des enfants pour qu'ils puissent atteindre leur plein potentiel. Ce programme est destiné aux femmes enceintes et aux familles avec des enfants de six ans ou moins. Une visiteuse familiale à domicile et une infirmière en santé publique vous rendront visite afin de discuter des modes de vie sains, du développement de votre enfant, de l'allaitement et de l'art d'être parent. L'infirmière et la visiteuse familiale à domicile répondront à toutes vos questions et préoccupations et donneront de l'information sur les ressources communautaires.</p>
		<p>www.eohu.ca Services de nutrition Offre des ressources ainsi que des présentations, des ateliers et des programmes tels « Parlons bébé » et les cuisines collective au sujet de l'alimentation pour les bébés et les enfants d'âge préscolaire. Dirige les appels aux services de nutrition appropriés.</p>
		<p>www.eohu.ca Services Dentaires Le programme « Children in Need of Treatment » (CINOT) offre l'assistance financière pour le traitement dentaire d'enfants qui ont été triés par les hygiénistes dentaires du Bureau de santé. L'éligibilité à ce programme est déterminée par l'âge de l'enfant, la santé orale, et le besoin financier. Pour plus d'informations, appelez 613-933-1375 ou 1 800 267-7120 et demander pour Appel santé.</p>
		<p>www.eohu.ca Langage et parole préscolaire Les enfants apprendront à parler en imitant les autres, mais supposons que notre enfant ne développe pas des aptitudes à la communication aussi vite qu'il le devrait? Mots en fleur est un programme de développement de la parole et du langage pour les enfants âgés de cinq ans ou moins. Les orthophonistes travailleront avec votre enfant afin d'améliorer ses aptitudes à la communication. Le dépistage précoce des problèmes de développement de la parole ou du langage constitue souvent la clé d'un traitement réussi. Le plus vite les délais d'un enfant sont corrigés, le plus vite il pourra rencontrer les objectifs appropriés à son âge. Pour de plus amples renseignements concernant ce service ou pour référer votre enfant à des services, appelez au 613-933-1375 ou 1 800 267-7120 et demandez pour Appel-santé.</p>

PERSONNES RESSOURCES – RÉGION DE SDG

Services	Numéro de téléphone	Description
Centre d'accès aux soins communautaires de Champlain	1 800-267-0852	<p>www.champlain.ccac-ont.ca Fournit des soins de santé et du soutien personnel afin de permettre aux personnes de vivre chez elles de façon autonome et en toute sécurité. Fournit des services auxiliaires de santé dans les écoles (soins infirmiers, conseils en nutrition, travail social, orthophonie, physiothérapie et ergothérapie).</p>
Centre de counselling familial de Cornwall et des comtés unis	613-932-4610	<p>www.familycounsellingcentre.ca <i>Creative Coping For Kids</i> : Il s'agit d'un programme de huit semaines, organisé en petits groupes, il commence en même temps pour la maman et son/ses enfant(s). Ce programme est considéré comme une réponse à la découverte d'un besoin d'accompagner les enfants et les mamans qui ont subi la violence familiale.</p>
		<p>www.familycounsellingcentre.ca Le groupe de l'enfant : Le but est d'aider les enfants à se remettre du fait de voir leur maman subir un mauvais traitement; les aider à comprendre que ce qui s'est passé à leur maman n'était pas leur faute ou leur responsabilité; les aider à avoir une image positive d'eux-mêmes; montrer aux enfants qu'ils ne sont pas les seuls à vivre de telles expériences, et ce, en les mettant en contact avec d'autres enfants qui ont subi la même expérience; fournir à ses enfants les meilleurs moyens de surpasser leur colère et leur montrer qu'il n'y a pas de mal à être en colère, mais que la violence et le mauvais traitement ne sont pas une bonne chose; les aider à développer des capacités pour résoudre les conflits; les aider à développer des habilités en terme de sécurité et un plan de sécurité.</p>
		<p>www.familycounsellingcentre.ca Le groupe de la maman : Le but est d'aider les mères à comprendre les effets du mauvais traitement et à apprendre à développer des capacités susceptibles de les aider pour aider leurs enfants à s'en remettre. Aider les mères à gagner la confiance d'elle-même dans leurs capacités parentales en termes de gestion du comportement et la promotion de sentiments positifs sur l'amour propre de leurs enfants. Aider les mères à se mettre en contact avec d'autres personnes pour briser le sentiment d'avoir été la seule à subir un mauvais traitement.</p>

PERSONNES RESSOURCES – RÉGION DE SDG

Services	Numéro de téléphone	Description
Centre de counselling familial de Cornwall et des comtés unis		<p>www.familycounsellingcentre.ca</p> <p>Service de counselling individuel / de couple / familial : Fournir du counselling aux personnes, aux couples, aux parents et aux familles en vue d'améliorer les situations qui leur causent des problèmes et de favoriser une croissance personnelle positive. Les problèmes pourraient comprendre le domaine des relations entre personnes, la séparation, le divorce, les peines, le parentage, l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale, le stress personnel et professionnel. Il offre également des ateliers éducatifs pour les adultes, les adolescents et les enfants.</p>
Centre de la petite enfance Stormont, Dundas & Glengarry Site du quartier Cornwall Site du quartier Winchester Site du quartier Morrisburg Site du quartier Williamstown Site du quartier Alexandria	<p>1-866-996-0499</p> <p>613-930-9211</p> <p>613-774-5487</p> <p>613-543-4114</p> <p>613-525-3163</p> <p>613-525-3163</p>	<p>www.earlyyear.ca</p> <p>Les Centres de la petite enfance de l'Ontario fournissent, entre autres, les programmes et services suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des programmes d'apprentissage et d'alphabétisation pour les parents et leurs enfants; • Des programmes d'aide aux parents et aux responsables de garde pour tous les aspects du développement de la petite enfance, comme par exemple des programmes sur la nutrition et la santé; • De l'information et de la formation aux nouveaux parents en ce qui a trait à la grossesse et aux compétences parentales; • Des renseignements sur d'autres programmes relatifs à la petite enfance offerts dans la collectivité pour bien assurer que nos enfants ont le meilleur départ dans la vie; • Bibliothèque de ressources et de jouets pour parents et responsables de garde. • Bibliothèque de ressources pour professionnelles
Centre de santé communautaire de l'Estrie	613-937-2683	<p>www.cscestrie.on.ca</p> <p>Offre des services en santé physique, santé mentale et santé communautaire fournis par des professionnels de la santé qui travaillent en équipe multidisciplinaire : médecin, infirmières praticiennes, infirmières, diététistes, thérapeutes en santé mentale, promoteur santé et agent de santé communautaire. Succursale à Cornwall, Alexandria et Crysler.</p>
Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway	<p>1-866-432-7447</p> <p>613-688-3979</p> <p>Télécopieur: 613-820-7427</p>	<p>www.premiersmots.ca</p> <p>Programme Ouïe de nourrissons : Services offerts aux enfants de la naissance jusqu'à leur première année scolaire. Dépistage de l'audition à la naissance pour tous les nouveaux-nés (à l'hôpital ou dans la communauté). Évaluation audiolinguistique. Évaluation des prothèses auditives et développement de la communication (langage signé, thérapie auditivo-verbale ou orthophonie). Services de soutien et de coordination auprès des familles disponibles</p>

PERSONNES RESSOURCES – RÉGION DE SDG

Services	Numéro de téléphone	Description
Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway		Services aux enfants aveugles ou ayant une basse vision offerts aux enfants aveugles ou ayant une basse vision et à leurs familles; de la naissance jusqu'à leur première année d'études. Les enfants ayant reçu un diagnostic de cécité ou de basse vision ainsi que leurs familles peuvent recevoir des services de soutien offerts aux familles, des services d'intervention précoce, des services de consultation en milieu de garde et de soutien pour la transition à l'école.
Centre des services de développement S.D. & G.	1-800-267-1724 613- 937-3072	<p>www.developmentalservices.ca Notre mission consiste à fournir des services de soutien spécialisés et des renseignements en français et en anglais aux personnes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enfants et adultes ayant une déficience intellectuelle • enfants présentant un risque de retard du développement • enfants ayant un handicap physique • soignants, familles, organismes et le grand public dans les comtés de Stormont, Dundas et Glengarry, dans la ville de Cornwall et sur l'île de Cornwall <p>Services offerts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme de développement du jeune enfant • Services aux enfants et adolescent (gérance de cas, liens avec autres services etc.) Services Cliniques (évaluation psychologique, consultation, counselling et thérapie) Services de répit à domicile, hors domicile, Autisme, résidentiel etc.) • Services d'ergothérapie (enfants âgés de 0-5 ans)
Centre de traitement pour enfants d'Ottawa	Accueil: 1-800-565-4839 Site de Cornwall: 613-932-2327 1-866-558-2327	<p>www.octc.ca Le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa (CTEO) offre des soins spécialisés aux personnes ayant des besoins particuliers reliés à des déficiences physiques ou des troubles du développement. Les services offerts s'adressent essentiellement aux enfants et aux adolescents de notre région. Spécialiste dans le service centré sur la famille, les évaluations spécialisées, ainsi que dans l'enseignement, la recherche et la défense efficace des intérêts de ceux à qui nous avons le mandat d'offrir des services. Le CTEO centre son action sur le partenariat communautaire, ce qui permet de maximiser l'intégration et l'autonomie des clients et de leur famille.</p>

PERSONNES RESSOURCES – RÉGION DE SDG

Services	Numéro de téléphone	Description
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario Programme d'intervention en autisme	613-745-5963 1 877-542-2294	www.cheo.on.ca Leur objectif est de travailler avec les familles afin d'optimiser le potentiel des enfants autistes dans l'est de l'Ontario.
Centre York Centre	613-933-1253	Centre York Centre Il s'agit d'un centre de visites supervisées qui offre aux familles séparées ou divorcées, qui traversent des difficultés, un cadre sécuritaire où les visites et les échanges pourraient se faire sans que les enfants assistent aux conflits entre les parents. Le Centre York Centre fournira un cadre sécuritaire, neutre et axé sur l'enfant en ce qui a trait aux visites d'un enfant par un parent qui n'en a pas la garde et/ou un autre membre de la famille. Visites : Fournir un environnement neutre, sécuritaire, sans menace et axé sur l'enfant, pour permettre aux parents ou aux autres membres de la famille de visiter ou avoir un échange avec leur enfant. Échange : Fournir des normes de sécurité et de point d'échange où l'enfant pourrait être transféré du parent ayant la garde ou un membre de la famille au parent titulaire de droits de visite.
Équipe psycho-sociale pour enfants et adolescents Francophone	613-938-7112	L'Équipe psycho-sociale offre une gamme de services de counselling et d'ateliers en santé mentale auprès des enfants et adolescents ainsi que leurs parents.
		Partir d'un bon pas est un programme de prévention pour familles francophones à 3 différents volets. Le volet scolaire offre des services d'animation ainsi que des petits déjeuners dans 4 écoles de la région. Le volet familial offre différents ateliers pour les parents et enfants de 0 à 5 ans. Le volet communautaire s'implique dans divers activités de la communauté.
Hôpital Communautaire de Cornwall	613-932-1558	www.cornwallhospital.ca Child and Youth Counselling Services - Services de santé mentale offerte en anglais
	613-938-9909 1-888-286-5437	www.ementalhealth.ca Point d'accès unique Votre voie d'accès aux services pour enfants, adolescents, âgés de 0 à 18 ans et familles dans Stormont, Dundas, Glengarry et Akwesasne. L'accueil, évaluation de besoins et les références font aussi partie de notre travail. Un jour par semaine à Winchester.

PERSONNES RESSOURCES – RÉGION DE SDG

Services	Numéro de téléphone	Description
Institut national canadien pour les aveugles (INCA) Le Programme d'intervention précoce	613-563-4021	www.inca.ca Le Programme d'intervention précoce de l'INCA répond aux besoins des enfants aveugles ou ayant une déficience visuelle, de la naissance jusqu'à leur 7 ^e anniversaire. Un service intensif est offert pendant la petite enfance pour permettre aux familles d'aider leur enfant à atteindre son plein potentiel. Lorsque l'enfant atteint l'âge de sept ans, l'INCA continue d'offrir une gamme complète de services, dont l'enseignement de réadaptation, l'orientation et la mobilité, dans la maison de l'enfant et au sein de la collectivité.
Intégration communautaire comté de Stormont Service d'aide à l'intégration de la petite enfance	613-938-9550	www.communitylivingstormontcounty.ca Un système de soutien axé sur la famille qui permet aux enfants ayant des besoins particuliers ou qui sont à risque de délais en développement de participer à un service de garde agréé.
Services de toxicomanie de l'est de l'Ontario	613-936-9236 1-800-272-1937	www.dart.on.ca Cheminons ensemble Maman et moi : ce programme offre un traitement aux femmes enceintes ou ayant des enfants âgés de moins de six ans rencontrant des inquiétudes concernant les répercussions des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues sur les enfants.
Société de l'aide à l'enfance des comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry	613-933-2292 1-866-939-9915	www.cwcas.ca Protection de la jeunesse : Responsabilité mandatée de protéger les enfants de l'abus et de la négligence. Assurer la sécurité des enfants tout en faisant la promotion d'un développement sain et sécuritaire au sein de la famille et de la communauté. Offrir un soutien par le biais de programmes et d'intervention familiale.