# Signaux d'alarme

## Guide de référence à l'usage des professionnels de la petite enfance d'Ottawa

Identification précoce des signaux d'alarme dans le développement de l'enfant (de la naissance jusqu'à six ans)

Mise à jour d'Avril 2016

# Avis de non-responsabilité

***Signaux d'alarme – Guide de référence à l'usage des professionnels de la petite enfance d'Ottawa*** (guide Signaux d'alarme) est un guide de référence visant à aider les **professionnels de la petite enfance** à déterminer s'il est nécessaire de conseiller aux familles ou aux tuteurs d'obtenir d'autres conseils, un dépistage, une évaluation et/ou un traitement pour leur enfant. **Il n'est ni un outil d'évaluation ni un outil de diagnostic.**

Les renseignements contenus dans le guide Signaux d'alarme sont destinés aux professionnels travaillant auprès d'enfants jusqu'à l'âge de six ans (professionnels de la petite enfance). Bien que tous les efforts possibles aient été déployés pour assurer l'exactitude de ces renseignements, ceux-ci sont fournis « tels quels », sans garantie ni condition.

Le guide *Signaux d'alarme* ne peut remplacer les conseils, l'évaluation et/ou le diagnostic en bonne et due forme de professionnels formés pour évaluer adéquatement la croissance et le développement des nourrissons, des tout-petits et des jeunes enfants. Ce document vise à aider les professionnels de la petite enfance à déterminer à quel moment ils doivent discuter avec une famille de la nécessité d'obtenir des conseils et/ou un traitement. Il ne doit pas servir à établir de diagnostics ni à traiter de retards de croissance ou de développement apparents ou d'autres besoins en matière de santé.

**Le guide Signaux d'alarme n'est ni un outil d'évaluation ni un outil de diagnostic. Il n'écarte pas la responsabilité du parent/tuteur de consulter son médecin de famille et/ou les professionnels appropriés.**

Le guide *signaux d'alarme* renvoie à des sites Web, à des ressources et à des documents créés ou exploités par des organismes indépendants. Ces renvois sont fournis à titre de service public et ne signifient pas que les sites Web, ressources et documents en question ont été examinés, vérifiés et/ou validés par le groupe de travail sur les signaux d'alarme d'Ottawa.

Le présent document est destiné à l'usage personnel des professionnels de la petite enfance et non à un usage commercial. 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 groupe de travail sur les signaux d'alarme d'Ottawa, par l'intermédiaire du groupe de travail sur les besoins particuliers du réseau Meilleur départ qui, à sa seule discrétion, peut refuser son consentement, ou l'accorder sous réserve des conditions qu'il peut imposer à sa seule discrétion.

***Signaux d'alarme – Guide de référence à l'usage des professionnels de la petite enfance d'Ottawa***

**NE DOIT SERVIR NI À POSER UN DIAGNOSTIC NI À ÉTIQUETER UN ENFANT**

Meilleur départ
Best Start Ottawa

# Table des matières


- Introduction
  - Élaboration du guide Signaux d'alarme ..... 9
  - Dépistage précoce ..... 10
  - Comment parler aux parents et aux tuteurs de problèmes délicats concernant le développement de leur enfant ..... 11
  - Soins respectueux de la culture ..... 14
  - Devoir de faire rapport ..... 15
- Domaines
  - Alimentation et déglutition ..... 19
  - Attachement ..... 20
  - Audition ..... 22
  - Capacité sensorielle ..... 26
  - Comportement ..... 28
  - Développement social et émotionnel ..... 30
  - Difficultés d'attention ..... 32
  - Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) ..... 34
  - Littératie ..... 36
  - Maltraitance des enfants ..... 38
    - Maltraitance des enfants - Préjudice psychologique ..... 39
    - Maltraitance des enfants - Préjudice physique ..... 41
    - Maltraitance des enfants - Préjudice sexuel ..... 43
    - Maltraitance des enfants - Préjudice résultant de négligence ..... 45
    - Maltraitance des enfants - Témoin de violence familiale ..... 47
    - Maltraitance des enfants - Facteurs de stress familiaux / environnementaux ..... 48
  - Motricité fine ..... 51
  - Motricité globale ..... 53
  - Nutrition ..... 56
  - Parole et langage ..... 62
  - Préparation à l'école ..... 67
  - Santé buccodentaire ..... 68
  - Sommeil ..... 70
  - Traumatisme cérébral léger ..... 72
  - Troubles d'apprentissage ..... 73
  - Troubles de l'humeur post-partum ..... 76
  - Troubles du spectre autistique (TSA) ..... 78
  - Vie saine et active ..... 80
  - Vision ..... 82
- Ressources
  - Ressources communautaires à Ottawa ..... 87
  - Outils de dépistage ..... 88
  - Références ..... 89

# Introduction

# Élaboration du guide Signaux d'alarme

## Origine du guide

Le tout premier document sur les signaux d'alarme a été élaboré par le Simcoe County Early Intervention Council et mis à l'essai dans les cliniques de dépistage Let's Grow en 2002. Il a été imprimé et distribué dans le cadre du programme Bébés en santé, enfants en santé, circonscription sanitaire du district du comté de Simcoe, sous le nom de *Red Flags – Let's Grow with your Child*, en mars 2003.

Avec la permission de collègues du comté de Simcoe, le document a été examiné et révisé par la York Region Early Identification Planning Coalition et appuyé par le Service de santé de la région de York tout au long de 2003. La première édition du Red Flags Guide a été publiée par la région de York en juin 2004. Depuis, 14 autres communautés de l'Ontario ont adapté le guide à leur région.

## Guide Signaux d'alarme d'Ottawa

En 2010, le groupe de travail sur les besoins particuliers du réseau Meilleur départ d'Ottawa a obtenu l'autorisation de la York Region Early Identification Planning Coalition, par l'intermédiaire du York Region Health Services Department, d'adapter le guide au contexte d'Ottawa.

Le groupe de travail sur les signaux d'alarme d'Ottawa a mené l'étude et la révision du document, s'assurant que le guide tienne compte des directives, des études et des pratiques exemplaires les plus récentes ainsi que des programmes locaux. Cette tâche n'aurait pu être menée à bien sans l'énergie, les efforts et le soutien de chacun des membres de ce groupe de travail.

Le groupe de travail sur les signaux d'alarme d'Ottawa est composé de personnes représentant:

- Le **Centre Psychosocial**
- Le **Réseau de santé des enfants et adolescents de l'Est de l'Ontario**
- Les **Services d'intégration pour jeunes enfants**, programme des Services à l'enfance Andrew Fleck
- **Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire**, Centre de santé communautaire Pinecrest Queensway
- **Santé publique Ottawa**

## Remerciements

Nous remercions tout particulièrement le Comité directeur du programme Meilleur départ Ottawa de son soutien financier à l'égard de la traduction et de la distribution du guide *Signaux d'alarme* d'Ottawa ainsi que de la formation s'y rattachant.

Nous sommes très reconnaissants au groupe de travail sur les besoins particuliers du réseau Meilleur départ d'Ottawa du leadership qu'il a fourni.

Nous souhaitons également remercier les nombreux organismes partenaires qui ont consacré temps et efforts à l'élaboration du guide. L'expertise et les connaissances précieuses qu'ils ont apportées ont permis d'élaborer un outil qui sera d'une grande utilité pour les professionnels travaillant auprès de nourrissons et d'enfants, et de leurs familles, à Ottawa.

Pour obtenir l'autorisation de reproduire le présent document, ou de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Réseau de santé des enfants et adolescents de l'Est de l'Ontario, au 613-737-7600, poste 3134; cyhneo@cheo.on.ca.

# Dépistage précoce

La plupart des professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants connaissent les nombreuses données probantes concernant le développement du cerveau en bas âge et la courte durée de certaines 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, et en particulier les trois premières années, sont déterminantes pour les compétences et la capacité d'adaptation qui influeront sur l'apprentissage, le comportement et la santé tout au long de la vie.

Les enfants qui peuvent avoir besoin de services et de diverses formes de soutien supplémentaires qui favoriseront leur développement doivent être identifiés le plus tôt possible et dirigés vers les programmes et services appropriés. Une intervention rapide pendant cette période de croissance intense et de développement des voies neurales est essentielle pour assurer les meilleurs résultats pour l'enfant.

## À quoi sert le guide *Signaux d'alarme*

*Signaux d'alarme* est un guide de référence qui s'adresse aux professionnels de la petite enfance.

Il décrit un éventail d'indicateurs ou de domaines fonctionnels communément utilisés pour voir si l'enfant se développe bien et pour dépister les problèmes éventuels. Il aide à déterminer quand et où diriger les familles pour que celles-ci obtiennent d'autres services, une évaluation en bonne et due forme ou un traitement.

## À qui s'adresse le guide

Le guide s'adresse aux professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants et de leurs familles. L'on a supposé que les connaissances de base du développement typique des enfants étaient acquises. Le guide aide les professionnels à déterminer à quel moment un enfant pourrait être susceptible de ne pas franchir les étapes clés liées à son développement, signalant ainsi la nécessité d'un examen par la discipline ou le professionnel appropriés.

## Comment se servir du guide

Le guide aide les professionnels à identifier les problèmes potentiels de développement des enfants jusqu'à l'âge de six ans.

*Signaux d'alarme :*

- Peut être utilisé conjointement avec un autre outil de dépistage, comme le *Questionnaire de dépistage du district de Nipissing* (NDDS™), pour passer en revue les étapes clés du développement et les indicateurs de problèmes
- Reconnaît l'importance de la compétence culturelle pour évaluer la croissance et le développement de l'enfant
- Renferme des indicateurs qui portent sur le parent/tuteur, ou sur l'interaction entre le parent/tuteur et l'enfant
- Fournit, à la fin de chaque partie, des coordonnées et de l'information pour diriger les familles vers des ressources à Ottawa

Si vous envisagez de conseiller à une famille d'obtenir une évaluation :

- **Privilégiez la prudence.** Conseillez à la famille d'obtenir une évaluation même si vous ne savez pas au juste si les signaux relevés reflètent une variation culturelle ou un véritable problème.
- **Dirigez la famille vers un service coordonné.** Si plusieurs domaines du développement d'un enfant semblent devoir être évalués en bonne et due forme par plusieurs disciplines, dirigez la famille vers des organismes qui peuvent aider à coordonner un processus d'évaluation collaboratif et complet.
- **Faites savoir à la famille qu'elle devra peut-être assumer des coûts.** Si vous dirigez une famille vers un organisme du secteur privé, faites-lui savoir qu'elle devra peut-être assumer les coûts qui en découleront.

# Comment parler aux parents et aux tuteurs de problèmes délicats concernant le développement de leur enfant

## Annoncer un problème délicat

Lorsqu'on repère chez un enfant un éventuel problème de développement, faire part de cette inquiétude aux parents/tuteurs est l'une des choses les plus difficiles. Il est important de faire preuve de sensibilité lorsqu'on suggère qu'il peut y avoir des raisons de faire évaluer l'enfant. Il faut que les parents/tuteurs se sentent à la fois capables de prendre des décisions et maîtres de celles-ci.

La façon dont un problème délicat est communiqué a des effets immédiats et à long terme sur la famille (et l'enfant) en ce sens qu'elle influe sur la perception de la situation par les parents et sur leur désir de recourir à un soutien (TeKolste, 2009; First Signs, 2009). Nombre de parents ne savent pas ou ne voient pas que leur enfant est à risque.

Annoncer un problème délicat peut créer une situation difficile pour les parents et la personne qui annonce le problème. Les parents peuvent ressentir des émotions diverses : choc, colère, déni, ou crainte. Ils peuvent également se sentir dépassés par les événements et avoir besoin de temps pour assimiler et accepter l'information.

Les difficultés qu'éprouvent les professionnels à faire part d'un problème délicat aux familles peuvent parfois donner lieu à une réticence à amorcer la discussion. Les craintes suivantes ont été mentionnées par les professionnels comme faisant partie des obstacles rencontrés :

- La crainte de causer de la douleur aux parents/tuteurs et de faire naître des réactions émotionnelles négatives
- La crainte que les parents/tuteurs ne soient pas prêts à discuter des inquiétudes
- La crainte que les parents rejettent cette information
- La crainte d'un manque de conformité sur le plan culturel
- La crainte d'un manque de connaissance des ressources
- La crainte d'un manque de temps
- La crainte de ne pas être à l'aise pour parler de certaines questions ou de certains sujets

Si aucune façon de faire en particulier ne marche mieux qu'une autre pour communiquer une inquiétude, certaines choses sont par contre valables dans tous les cas. Nous espérons que les conseils présentés ci-dessous aideront les professionnels à communiquer leurs inquiétudes de façon claire, informative, sensible et qui soutienne les parents/tuteurs, en tenant compte des points de vue et sentiments de ces derniers. Présenter l'information d'une manière professionnelle ajoute de la crédibilité aux inquiétudes exprimées (TeKolste, 2009; First Signs, 2009) et pourrait être utile pour les parents/tuteurs. Assurez-vous que les parents/tuteurs ne se sentent pas seuls.

## Préparez-vous pour que la conversation se passe bien :

- L'attitude suivante, si vous l'avez déjà adoptée, peut vous être extrêmement utile : voir comme faisant partie de votre rôle le suivi du développement de tous les enfants dont vous occupez, et ce, afin de vous assurer qu'ils obtiennent le soutien dont ils pourraient avoir besoin pour exploiter au mieux leur potentiel.
- Prévoyez de rencontrer le parent/tuteur dans un endroit où vous serez seuls
- Prévoyez assez de temps pour pouvoir parler sans être interrompu(e)
- Établir une relation chaleureuse et de confiance avec le parent/tuteur facilite le processus de communication des inquiétudes. Il vaut mieux que ce soit le membre du personnel qui entretient la meilleure relation avec la famille qui soit choisi pour communiquer l'information.

# Comment parler aux parents et aux tuteurs de problèmes délicats concernant le développement de leur enfant

- Assurez-vous d'avoir tous les documents nécessaires à la réunion et que vos inquiétudes soient documentées
- Assurez-vous d'établir un plan de suivi concernant les aiguillages et les réunions de suivi (First Signs, 2009)
- Parlez d'abord des forces et des côtés positifs de l'enfant
- Expliquez d'abord que, pour que l'enfant reçoive le meilleur soutien, il est utile de se procurer toute l'information possible sur les habiletés et les domaines nécessitant une intervention, et que plus l'intervention est précoce, mieux cela vaut

## Faites preuve d'empathie : mettez-vous à la place des parents/tuteurs

L'empathie permet d'établir une relation de confiance et de collaboration. Il est important de reconnaître que, même si vous avez des connaissances sur le développement des enfants, ce sont les parents et tuteurs qui connaissent mieux que quiconque leur enfant. Écoutez-les attentivement. Prenez note de leurs réactions et tenez-en compte. Les parents et tuteurs qui ont la possibilité de communiquer leurs sentiments sans se sentir jugés pourraient être mieux disposés à entendre de l'information délicate.

Il est bon, pour amorcer la discussion, de poser aux parents des questions visant à déterminer ce qu'ils savent déjà et les inquiétudes qu'ils peuvent avoir. Posez des questions ouvertes (p. ex. : « Avez-vous des inquiétudes? », « Que pensez-vous des progrès de votre enfant? »). Il est également important de savoir si la famille veut obtenir peu ou beaucoup de précisions.

Si un parent qui n'est pas prêt reçoit trop d'information, il peut avoir le sentiment d'être dépassé par les événements ou de ne pas être à la hauteur. (First Signs, 2009)

## Communiquer l'information

Voyez si le parent/tuteur est prêt ou non à recevoir l'information et soyez-y sensible. Les parents/tuteurs ne sachant peut-être pas par où commencer, vous pouvez décider de leur demander ce qu'ils veulent savoir en premier lieu ou ce qu'ils pensent qu'ils devraient d'abord savoir.

Il est à noter que, chez certains parents/tuteurs, la culture ou la langue peut constituer un obstacle les empêchant de poser leurs questions ouvertement ou directement.

Si vous essayez d'être davantage une personne-ressource qu'une « autorité », les parents se sentiront moins menacés. Donnez aux parents de nombreuses occasions de poser des questions.

En demandant à un parent/tuteur d'utiliser un outil comme le *Questionnaire de dépistage du district de Nipissing*, vous ouvrez la voie à la discussion. Vous pouvez aussi préciser que cet outil de dépistage est remis à de nombreux parents afin de les aider à comprendre le développement de leur enfant et à découvrir de nouvelles activités qui favorisent la croissance et le développement, ce qui est encourageant pour les parents.

- Reliez ce que vous leur dites à ce qu'ils savent déjà
- Évitez d'utiliser du jargon professionnel
- Utilisez la documentation écrite que vous avez rassemblée sur les forces et les besoins de l'enfant et sur les outils de dépistage fondés sur l'âge
- Présentez l'information de façon neutre. Exposez les faits, les avantages et les inconvénients sans faire connaître vos croyances ou convictions personnelles et sans démolir d'autres approches ou pratiques.
- Encouragez les parents/tuteurs à explorer toutes les possibilités et les options qui se présentent à eux. Ne parlez pas au nom d'un organisme ou en faveur d'une approche en particulier.

- Faites voir la possibilité d'obtenir un soutien supplémentaire comme quelque chose de positif – p. ex. : « *Vous pouvez obtenir de l'aide supplémentaire pour votre enfant pour qu'il soit aussi prêt que possible pour l'école*. »
- Essayez de contrebalancer les inquiétudes que vous exprimez par des commentaires réellement positifs sur l'enfant (p. ex. : « *Jean est vraiment très mignon. Il se rend tellement utile quand il faut ranger les choses. J'ai remarqué qu'il semble avoir certaines difficultés…* » )

Souvenez-vous que, tout au long de la conversation, il est important de faire preuve d'empathie envers les parents/tuteurs même s'ils sont bouleversés, s'en prennent à vous, sont en colère ou ne sont pas d'accord avec vous (TeKolste, 2009; First Signs, 2009).

## Planifier les étapes suivantes

Faites participer pleinement la famille à la décision finale sur l'étape suivante. Votre rôle est de fournir de l'information, un soutien et des conseils. La décision finale appartient à la famille. Il est important de résumer la discussion, les étapes dont il a été convenu et les questions devant faire l'objet d'un suivi.

Enfin, si les parents suggèrent d'«attendre voir», essayez d'en déterminer la raison. Amenez-les à parler de leurs expériences antérieures et à y repenser. Voyez si les inquiétudes sont liées aux attentes/préoccupations des professionnels ou à celles des parents.

Donnez des raisons pour lesquelles il n'est pas souhaitable d'« attendre voir ». Expliquez qu'une intervention précoce peut considérablement améliorer le développement de l'enfant et prévenir d'autres problèmes, notamment comportementaux, et que « attendre et voir » peut retarder le traitement d'un problème médical ou développemental.

Lorsque cela est possible, offrez d'autres soutiens. Proposez, par exemple, d'accompagner les parents chez le professionnel qui donnera les soins afin de les présenter à ce professionnel. L'intervention précoce aide les parents/tuteurs à comprendre le comportement de l'enfant et ses problèmes de santé, et leur donne l'assurance que tout est fait pour que l'enfant réalise son plein potentiel.

Toutefois, il est important que les parents disposent de toute l'information nécessaire. Si les parents ne sont pas prêts et ont besoin d'autres renseignements, encouragez-les à étudier toutes les autres approches.

Si les parents refusent de fournir des soins à leur enfant et/ou refusent de donner leur consentement à l'égard d'une intervention et que vous estimiez que l'enfant peut avoir besoin de protection, vous devez faire rapport de vos inquiétudes concernant l'enfant à la SAE.

Soyez sincère et attentionné(e). Vous faites part de vos inquiétudes parce que vous voulez que l'enfant puisse exploiter son plein potentiel et non parce que vous voulez souligner des « faiblesses » ou des « lacunes ». Votre langage corporel est important; les parents craignent peut-être déjà de recevoir l'information (TeKolste, 2009; First Signs, 2009). Il est important de reconnaître leurs craintes ainsi que vos propres inquiétudes et limites.

N'encouragez pas les questions du genre « Que se passerait-il si.. ». Donnez une réponse du type : « Ce sont de bonnes questions; les professionnels qui évalueront votre enfant pourront y répondre. C'est une première étape pour indiquer si une évaluation plus poussée est nécessaire. »

# Soins respectueux de la culture

Les professionnels de la petite enfance ont le privilège de travailler avec des familles de nombreux groupes culturels. Ces familles ont un bagage de croyances, de valeurs et de connaissances qui influencent leurs pratiques d'éducation des enfants. L'éducation des enfants, c'est ce que font au quotidien les personnes qui s'occupent d'enfants en répondant aux besoins de ces enfants (Evans et Myers 1994). Et cette éducation a un effet sur la croissance et le développement des enfants.

Afin de pouvoir fournir les meilleurs soins et services possible aux familles avec lesquelles ils travaillent, les professionnels de la petite enfance doivent être sensibilisés aux différences culturelles et faire preuve de compétence culturelle.

La culture est un modèle de croyances, de valeurs, de connaissances, de traditions et de normes qui sont apprises et partagées et peuvent être transmises d'une génération à l'autre. L'on dit d'un groupe de personnes qu'il est d'une culture particulière lorsque ces personnes ont en commun un contexte historique, géographique, religieux, racial, ethnique ou social (Hate Crimes Community Working Group, 2006; Leininger tel que cité dans Wesley, 1995).

Être sensibilisé aux différences culturelles signifie que l'on peut prendre du recul et prendre conscience de ses propres valeurs, croyances et perceptions culturelles (Quappe et Cantatore 2005).

Pour le professionnel, avoir une compétence culturelle signifie qu'il est conscient que des différences et similarités culturelles existent et qu'elles ont un effet sur ses valeurs, apprentissage et comportement. La compétence culturelle englobe plusieurs comportements : accorder de la valeur à sa propre culture et reconnaître l'importance de sa propre culture, accorder de la valeur à la diversité et vouloir apprendre à connaître les traditions et les caractéristiques d'autres cultures (Stafford, Bowman, Eking, Hanna et Lopoes-DeFede tels que cités dans Mavropoulos 2000).

Si un modèle culturel guide une culture dans son ensemble, ce modèle peut, par contre, être suivi ou non par les parents/tuteurs à titre individuel, ce qui veut dire que les pratiques individuelles d'éducation des enfants peuvent varier (Evans et Myers, 1994). La culture évolue constamment et se trouve refaçonnée par toute une gamme d'influences, dont, pour certaines personnes, leurs expériences de vie au Canada (Greey 1994 tel que cité dans Kongnetiman et Okafor 2005).

Les professionnels ne doivent pas oublier que la culture de leurs clients peut être différente de la leur et ils doivent être conscients de l'effet que le comportement culturel a sur le rôle parental. Si l'on craint que des pratiques culturelles aillent à l'encontre de la législation canadienne relative à la protection de l'enfant, la meilleure chose à faire est de consulter une société d'aide à l'enfance.

Si l'on veut comprendre la culture propre à une famille, il n'y a pas de meilleure ressource que la famille elle-même. Le professionnel de la petite enfance qui est conscient des origines d'une famille et de toutes les influences qui agissent sur son comportement culturel et ses pratiques d'éducation des enfants sera mieux à même de fournir des soins respectueux de la culture de cette famille.

**Suggestions pour qu'une conversation se passe bien:**

- Essayez d'en savoir plus sur la culture du client en vue de la préparation de la réunion
- Respectez les coutumes (Dans certaines cultures, p. ex., les gens ne se serrent pas la main; il n'y a donc pas lieu de se vexer si un client de l'une de ces cultures ne tend pas la main.)
- Soyez ouvert(e) d'esprit et respectueux(euse) et essayez de comprendre le point de vue du client
- Songez à faire appel à un interprète professionnel afin de surmonter les obstacles sur le plan de la langue

# Devoir de faire rapport

Nous avons tous la responsabilité de protéger les enfants contre toute forme de préjudice, y compris lorsqu'ils sont victimes de mauvais traitements ou de négligence dans leur propre foyer.

En tant que professionnels travaillant avec des enfants, il est possible que vous soyez amenés à soupçonner qu'un enfant est victime de mauvais traitements ou de négligence. La *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* de l'Ontario prévoit que la personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a ou peut avoir besoin de protection doit faire part sans délai de ses soupçons à une société d'aide à l'enfance.

Le rapport doit être fait directement à la société d'aide à l'enfance par la personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant peut être victime de mauvais traitements ou de négligence. Cette personne ne doit pas compter sur une autre personne pour le faire en son nom.

« Motifs raisonnables » s'entend des renseignements dont une personne ordinaire, exerçant un jugement normal et honnête, aurait besoin pour décider de signaler un cas.

Vous devez vous souvenir que vous avez un « devoir constant de faire rapport ». Cela veut dire que même si un rapport a déjà été fait au sujet d'un enfant, vous devez communiquer de nouveau avec la société d'aide à l'enfance si vous avez d'autres motifs raisonnables de soupçonner que l'enfant a ou peut avoir besoin de protection.

La Loi considère que les personnes qui travaillent étroitement avec les enfants connaissent mieux les indices de mauvais traitements et de négligence et qu'elles ont un devoir particulier de faire rapport de leurs soupçons.

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 et qu'elles ont une responsabilité spéciale de faire rapport de leurs soupçons.

Les pratiques culturelles d'un groupe particulier peuvent parfois aller à l'encontre de la loi canadienne. Les professionnels de la petite enfance qui travaillent avec des enfants de cultures diverses doivent savoir que certaines familles peuvent avoir dans leurs pratiques des formes sévères de châtiment corporel. Ils doivent garder à l'esprit qu'il ne leur revient pas de déterminer si le mauvais traitement qu'ils soupçonnent concernant un enfant s'inscrit dans un contexte culturel. La meilleure chose à faire est de s'adresser à une société d'aide à l'enfance. (Rimer, 2002)

**Souvenez-vous : Si vous avez un doute, appelez pour vous renseigner!**

Quiconque soupçonne qu'un enfant a besoin ou peut avoir besoin de protection doit communiquer immédiatement avec une société d'aide à l'enfance. À Ottawa, appelez le 613-747-7800 à n'importe quelle heure du jour ou de la semaine.

Pour en savoir plus, rendez-vous à www.children.gov.on.ca/htdocs/French/index.aspx

---

Source : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, qui s'est appuyée sur le document *Signaler les cas d'enfants victimes de mauvais traitements et de négligence: c'est votre devoir. Vos responsabilités aux termes de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, gouvernement de l'Ontario

# 2

# DOMAINES

La capacité normale à s'alimenter et à déglutir est importante pour la santé en général ainsi que pour la croissance et le développement appropriés de l'enfant dans de nombreux domaines, comme la communication et les capacités sensori-motrices.

**Développement sain de l'enfant… Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme.**

**De 0 à 3 mois**

- A une succion rythmée (succion, déglutition, respiration), avec des salves de 6 à 20 mouvements de succion (qui durent jusqu'à 30 secondes) entrecoupées de pauses de 5 à 10 secondes
- Fait une pause pour respirer après chaque déglutition et, petit à petit, sa respiration devient plus profonde et plus détendue
- Saisit bien le sein ou la tétine dans la bouche
- Exerce une pression négative pour créer une succion efficace et une prise étanche du sein ou du biberon
- Utilise efficacement la langue pour extraire
- le lait du sein ou du biberon sans montrer de signes de stress ou de fatigue
- Ne montre pas de signes de stress ou de fatigue pendant l'alimentation au sein ou au biberon
- A un réflexe efficace de toux ou de haut-le-cœur lorsque le débit est trop rapide
- Se nourrit en moins de 45 minutes

**De 4 à 6 mois**

- Les salves de mouvements de succion s'allongent, 20 mouvements de succion ou plus pouvant s'enchaîner avant une pause (sein ou biberon).
- Maintient bien le sein ou le biberon, et la succion
- Ouvre bien la bouche et place sa langue en gouttière pour prendre le sein ou le biberon

**De 6 à 8 mois**

- Commence à tenir son biberon et se nourrit en moins de 45 minutes
- Manifeste de l'intérêt pour les aliments solides et ouvre la bouche et se penche vers l'avant lorsqu'on lui en offre
- Peut avaler des purées plus épaisses et de très petits morceaux mous, à peine visibles
- La nourriture n'est pas repoussée avec la langue, mais une quantité minime ressort de la bouche.
- La langue va de haut en bas pour écraser la nourriture contre le palais dur, mais ne va pas d'un côté à l'autre de la bouche.
- Mâche des aliments solides mous ou qui se dissolvent
- Ne se sert pas encore de ses dents ni de ses gencives pour enlever la nourriture de ses lèvres
- Peut explorer la nourriture dans sa bouche et utiliser sa lèvre supérieure pour nettoyer une cuillère
- On peut commencer à faire boire le bébé au gobelet.

**De 9 à 12 mois**

- Mange en position redressée
- La succion forte et rythmée prédomine et les enchaînements succion, déglutition, respiration s'allongent (sein ou biberon).
- Commence à essayer de boire des liquides au gobelet ou au gobelet à bec
- Effectue généralement trois mouvements de succion avant de s'arrêter ou de s'éloigner du gobelet pour respirer
- Peut tenir un craquelin mou entre ses gencives ou ses dents sans le croquer complètement
- Commence à faire passer la nourriture du milieu de la langue vers un côté
- Fait aller la langue sans difficulté d'un côté à l'autre lorsque de la nourriture est placée d'un côté de la bouche
- Commence à manger par lui-même, saisit les aliments en petits morceaux à pleine paume, puis utilise la prise en pince pour porter les aliments à la bouche

- Utilise la lèvre supérieure pour retirer la nourriture de la cuillère
- Commence à pouvoir manger des aliments de diverses consistances comme des aliments grumeleux, des aliments passés au mélangeur et des aliments ordinaires mous

**De 12 à 18 mois**

- Boit plus longuement au gobelet, jusqu'à 30 ml à la fois
- Début du sevrage du biberon
- Manifeste son désir de se nourrir seul en tenant son gobelet et sa cuillère et en mangeant avec les doigts
- Commence à manger des aliments ordinaires coupés finement
- Peut tousser ou s'étouffer si le débit du liquide est trop rapide
- Commence à se nourrir seul sans ustensile
- Peut croquer un craquelin mou
- De la nourriture ou de la salive peuvent ressortir de sa bouche lorsqu'il mâche
- Maturité des mouvements latéraux de la langue (capacité à faire passer de la nourriture de façon constante du milieu vers les côtés de la bouche)
- La mastication rotatoire apparaît vers 12 mois et arrive à maturité vers 15 mois.

**18 mois**

- La langue ne sort pas de sa bouche, le bord du gobelet est maintenu en place par la mâchoire
- Perte minimale de nourriture ou de salive lorsqu'il avale, mais un peu de nourriture peut encore ressortir lorsqu'il mâche
- Essaie de garder les lèvres fermées lorsqu'il mâche pour ne pas perdre de nourriture
- Peut croquer un craquelin dur
- Commence à utiliser une cuillère pour se nourrir seul
- Il peut arriver qu'il bave lorsque ses dents percent.
- Enlève la nourriture de ses lèvres avec la langue, les dents ou les doigts

**2 ans**

- Coordination de la déglutition et de la respiration bien développée
- Mâche rapidement et habilement d'un côté à l'autre sans pause de nourriture au milieu de la langue
- Ne fait plus ressortir de nourriture ni de salive lorsqu'il mâche
- Utilise sa langue pour enlever la nourriture de ses lèvres supérieure et inférieure
- Est capable d'ouvrir la mâchoire pour mordre des aliments de diverses épaisseurs
- Réussit mieux à boire au gobelet, la mâchoire étant plus stable
- Commence à boire divers liquides dans un gobelet ordinaire ou avec une paille

Vers l'âge de 6 mois, votre bébé est prêt à commencer à manger des aliments solides. Au cours des 6 premiers mois, le lait maternel donne à votre bébé tout ce dont il a besoin. Les aliments

solides lui donnent de l'énergie supplémentaire ainsi que du fer et d'autres nutriments nécessaires pour grandir en bonne santé. Les aliments solides aident également votre bébé à apprendre comment manger et comment apprécier de nouvelles saveurs et de nouvelles textures.

Initier votre bébé aux aliments solides.
Vers l'âge de 6 mois, votre bébé est prêt à commencer à manger des aliments solides.

Votre bébé est prêt lorsqu'il :

- Contrôle bien sa tête.
- Peut s'asseoir et se pencher vers l'avant.
- Peut ramasser de la nourriture et essayer de la mettre dans sa bouche.
- Peut détourner la tête pour vous indiquer qu'il est rassasié.
- Continuez l'allaitement tout au long de la journée et de la nuit, car le lait maternel est encore la nourriture la plus importante pour votre bébé à cet âge.

## Où trouver de l'aide

S'il y a des inquiétudes, conseillez aux parents ou à la personne qui prend soin de l'enfant de contacter :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Premiers mots – Cliniques de dépistage de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, au 613-580-6744, poste 28020
- La halte-accueil parents-bébé, au 613-580-6744, pour les bébés jusqu'à l'âge de 3 mois
- Le Programme Bébés en santé, enfants en santé, Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744; numéro sans frais : 1 866 426-8885

**Pour en savoir plus au sujet du soutien à l'allaitement :**

- Ligne info-santé publique Ottawa : 613-580-6744 ou 1 866 426-8885, du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h
- Télésanté Ontario : 1 866 797-0000, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine
- Ligue La Leche Canada, section d'Ottawa : 613-238-5919
- Les consultantes en allaitement dans la communauté (paiement à l'acte)

---

Sources : Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, CommuniCare Therapy, Carefor services de santé et soins communautaires et le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.

# Attachement

La qualité de la relation parents-enfant influe de façon notable sur le développement de l'enfant et sa capacité à construire un attachement sécurisant. Un enfant qui a un attachement sécurisant sait que le parent/tuteur le protègera 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.

Les énoncés suivants sont vus **du point de vue du parent/ tuteur.**

**Si un parent/tuteur indique que l'un ou plusieurs de ces énoncés décrivent sa relation avec l'enfant,** il est possible que des troubles de l'attachement soient présents; **vous devez y voir un signal d'alarme.**

**Bébés**

Lorsque l'on répond aux besoins d'un bébé, le bébé y est sensible et il sera alors plus facile à apaiser. Il voudra être près de la personne qui prend soin de lui et réagir à sa présence. Cet attachement sécurisant est la première chose qui aide le bébé à structurer ses comportements. L'attachement, c'est la fondation qui permet au bébé d'explorer le monde, tout en ayant un endroit sécuritaire où il peut se réfugier. L'attachement sécurisant l'aide également à apprendre à faire confiance aux autres. C'est en grande partie ce qui va lui permettre de tisser des relations saines plus tard dans la vie.

La manière dont les parents ou les personnes qui prennent soin du bébé répondent à ses besoins peut avoir une incidence sur :

- Le développement de son cerveau
- Son habileté à contrôler et à gérer ses émotions
- Son habileté à explorer son environnement en toute sécurité
- Sa manière de composer avec des expériences nouvelles ou stressantes
- Son estime de soi et sa capacité de tisser des relations avec les autres
- Les attentes qu'il nourrira et les comportements qu'il adoptera dans le cadre de ces relations

**Les tout-petits**

Lorsque l'on répond aux besoins des tout-petits, ils se sentent respectés et aimés. Cela nourrit leur estime de soi et leur permet d'apprendre comment réfléchir tout seul et faire de bons choix.

Grâce à l'attachement sécurisant, les tout-petits vont acquérir des aptitudes leur permettant d'apprendre à gérer différentes émotions et à régler des problèmes. Ils vont parler et partager davantage. L'attachement sécurisant joue un rôle important dans le développement de relations saines plus tard dans la vie.

- N'oubliez pas que chaque bébé et chaque tout-petit est unique et possède son propre tempérament. Il est impossible de trop gâter un bébé.
- Les éléments suivants sont considérés du point de vue du parent et non de l'enfant. Si un parent ou une personne qui prend soin de l'enfant indique qu'un ou plusieurs de ces énoncés s'applique à leur enfant, il est possible que l'enfant manifeste des signes d'un attachement insécurisant. Considérez les éléments suivants comme étant des signaux d'alarme :

**De 0 à 8 mois**

- Il est difficile de réconforter l'enfant grâce à un contact physique comme en le berçant ou en le prenant dans vos bras
- L'enfant fait des choses ou pleure seulement pour vous agacer

**De 8 à 18 mois**

- L'enfant ne vous tend pas les bras pour que vous le réconfortiez
- L'enfant accepte facilement qu'un étranger le prenne dans ses bras

**De 18 mois à 3 ans**

- L'enfant ne commence pas à développer un peu d'indépendance
- Si vous avez été séparés, l'enfant semble fâché ou il vous ignore

**De 3 à 4 ans**

- L'enfant part facilement avec un étranger
- L'enfant est trop passif ou il est trop accaparant lorsqu'il est avec vous

**De 4 à 5 ans**

- L'enfant devient agressif sans raison (par ex. envers quelqu'un qui est contrarié)
- L'enfant est trop dépendant des adultes pour obtenir de l'attention, de l'encouragement et de l'aide

## Où trouver de l'aide

S'il y a des inquiétudes, conseillez aux parents ou à la personne qui prend soin de l'enfant de contacter :

- La Maison Sainte-Marie, au 613-749-2491
- Le Centre Psychosocial, au 613-789-2240; www.centrepsychosocial.ca
- Le programme Bébés en santé, enfants en santé, Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744

**Pour en savoir plus :**

- E-SantéMentale: http://www.esantementale.ca/splash. php
- Centres de la petite enfance de l'Ontario : www.ottawa.ca/residents/childcare/ottawa/oeyc_fr.html

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par le Crossroads Children's Centre, le programme Cours de langue pour les immigrants au Canada (CLIC), la Maison Sainte- Marie et l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers, Signaux d'alarme : Dépistage précoce à Leeds, Grenville et Lanark Novembre 2007

# Audition

L'audition contribue à la capacité du bébé et de l'enfant à apprendre le langage et à la stimulation du développement du cerveau. Il est important d'identifier et de traiter le plus tôt possible les problèmes liés à l'audition.

La perte d'audition qui n'est pas détectée est une cause de retard de développement du langage. Le retard de développement du langage peut entraîner des problèmes comportementaux et émotionnels et, par la suite, des difficultés d'apprentissage scolaire.

**Développement sain de l'enfant… Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme.**

**De 0 à 3 mois**

- Sursaute, pleure ou se réveille en réaction à des bruits forts;
- Bouge la tête, les yeux, les bras et les jambes en réaction à un bruit ou une voix;
- Sourit ou se calme quand on lui parle; semble écouter les bruits et les gens parler.

**De 4 à 6 mois**

- Réagit aux changements de ton de voix;
- Regarde autour de lui pour déterminer d'où viennent les nouveaux bruits; réagit à la musique;
- Pleure différemment selon ses différents besoins (j'ai faim, je suis fatigué);
- Regarde le visage de la personne qui lui parle;
- Sourit et rit en réaction à vos sourires et à vos rires;
- Imite les toux ou d'autres sons : a, é, ba.

**De 7 à 12 mois**

- Se tourne ou lève le regard quand on appelle son nom;
- Réagit aux bruits comme la sonnerie du téléphone ou un coup frappé à la porte;
- Réagit au mot « non »; écoute quand on lui parle;
- Exprime ses désirs au moyen de sons et de gestes (tend les bras pour qu'on le prenne);
- Gazouille et répète des sons : « bababa, duhduhduh »;
- Comprend des mots courants comme «gobelet», « chaussure », « maman »;
- Réagit quand on lui demande « encore? » ou quand on lui dit « viens ici »;
- Joue avec vous, p. ex. joue à coucou;
- Aime être avec des gens.

**À 12 mois**

- Suit des directives simples en une étape : «assieds-toi»;
- Regarde dans la pièce en direction de quelque chose que vous montrez du doigt;
- Emploie de trois à cinq mots;
- Utilise des gestes pour communiquer : dit « au revoir » de la main, secoue la tête pour dire « non »;
- Attire votre attention avec des sons, des gestes et en désignant des objets tout en regardant vos yeux;
- Vous apporte des jouets pour vous les montrer;
- « fait l'acteur » pour obtenir de l'attention et des éloges;
- Combine des tas de sons comme s'il conversait : « baba dada dodo »;
- Manifeste de l'intérêt envers des livres d'images simples.

**À 18 mois**

- Se retourne quand on est derrière lui et qu'on l'appelle
- Suit des instructions simples
- Essaie de « parler » en montrant du doigt, en essayant d'attraper des choses et en émettant des sons;
- Reconnaît les bruits comme une porte qui se ferme ou la sonnerie du téléphone;
- Répond par des mots ou des gestes à des questions simples : «Où est ton ourson?», «Qu'est-ce que c'est?»;
- Joue à faire semblant avec ses jouets : donne à boire à son ourson;
- Comprend les notions de « dedans et dehors », « allumé et éteint », « ouvert et fermé »;
- Désigne plusieurs parties du corps quand on le lui demande;
- Utilise au moins 20 mots;
- Prononce au moins quatre consonnes différentes : p, b, m, n, d, g;
- Aime qu'on lui lise des histoires et regarder des livres simples avec vous;
- Montre des images avec le doigt.

**À 24 mois**

- Se retourne quand on est derrière lui et qu'on l'appelle;
- Écoute des histoires simples;
- Apprend de nouveaux mots chaque semaine;
- Montre des habiletés de littératie précoce comme tenir les livres dans le bon sens, tourner les pages, « lire » à ses animaux en peluche ou à ses jouets, ou gribouiller avec des crayons;
- Suit des instructions en deux étapes : « Va chercher ton ourson et montre-le à grand-maman »;
- Prononce des mots et se fait comprendre dans 50 à 60 pour cent du temps; forme des mots et fait des sons facilement et sans effort;
- Utilise 100 mots ou plus;
- Utilise au moins deux pronoms: «tu»,«moi»,«mien»;
- Combine régulièrement deux à quatre mots dans de courtes phrases : « chapeau à papa », « camion va descendre »;
- Aime être avec d'autres enfants;
- Commence à offrir des jouets à ses amis et imite les gestes et les mots des autres enfants;

**À 30 mois**

- Comprend les concepts de taille (grand/petit) et de quantité (un peu, beaucoup, plus);
- Met des sons au début de la plupart des mots;
- Prononce des mots de deux syllabes ou de deux modulations ou plus : « ba-na-ne », « ba-teau », « po-mme »;
- Utilise une grammaire plus élaborée : « deux biscuits », « l'oiseau vole», « j'ai sauté »;
- Emploie plus de 350 mots;
- Utilise des mots qui décrivent des actions : courir, renverser, tomber;
- Commence à interagir avec d'autres enfants en utilisant 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 et la couche; met des blocs dans un train, conduit le train et décharge les blocs;
- Reconnaît les logos et les panneaux familiers : les arcades dorées de McDonalds, le panneau « Arrêt »;
- Comprend les histoires familières, se souvient des histoires qu'il connaît et peut les redire.

# Audition

**À 3 ans**

- Entend quand on l'appelle d'une autre pièce;
- Écoute la télévision au même volume sonore que le reste de la famille;
- Répond à des questions simples;
- Parle de façon suffisamment claire pour être compris la plupart du temps par la famille;
- Comprend les questions avec « qui », « quoi », « où » et « pourquoi »;
- Fait de longues phrases, composées de cinq à huit mots;
- Parle d'événements passés (p. ex. une visite chez ses grands-parents, une journée à la garderie);
- Raconte des histoires simples;
- Est le plus souvent compris par la plupart des gens en dehors de la famille;
- Montre de l'affection pour ses camarades de jeu préférés;
- Joue à des jeux de « faire semblant » comportant plusieurs étapes (comme faire semblant de préparer un repas ou de réparer une voiture);
- Est conscient de la fonction du texte imprimé (p. ex. dans les menus, listes et panneaux);
- Commence à prendre conscience des rimes et à s'y intéresser.

**À 4 ans**

- Écoute avec attention une histoire et répond à des questions simples;
- Entend et comprend presque tout ce qui se dit à la maison et à l'école;
- Suit des instructions comportant au moins trois étapes (p. ex. : « Va chercher du papier, fais un dessin, et donne-le à maman »);
- La famille, les enseignant(e)s et les gardiennes de l'enfant, entre autres, pensent qu'il entend bien;
- Est presque toujours compris par les gens qui ne le connaissent pas;
- Parle de façon suffisamment claire pour être compris par n'importe qui la plupart du temps;
- Emploie une grammaire « adulte »;
- Raconte des histoires avec un début, un milieu et une fin bien délimités;
- Essaie, en parlant, de régler des problèmes avec des adultes et d'autres enfants;
- Ses jeux d'imagination sont de plus en plus complexes;
- Est capable de faire des rimes simples (p. ex. : «chat-rat »);
- Associe certaines lettres avec leur son (p. ex. : la lettre « b » fait « bébé »).

**À 5 ans**

- Parle de façon suffisamment claire pour être compris la plupart du temps par n'importe qui;
- Suit les instructions données au groupe (p. ex. : «ous les garçons doivent prendre un jouet »);
- Comprend les instructions comportant « si… alors » (p. ex. : « Si tu portes des chaussures de course, mets-toi en rang pour la gymnastique»);
- Décrit en détail des événements passés, présents et futurs;
- Utilise presque tous les sons de sa langue en faisant peu d'erreurs ou en n'en faisant aucune;
- Cherche à faire plaisir à ses camarades;
- Manifeste une indépendance croissante dans ses amitiés (p. ex.  peut se rendre par lui-même chez un voisin);
- Connaît toutes les lettres de l'alphabet;
- Identifie les sons au début de certains mots (p. ex. : « papa » commence par le son « pa »).

**Signaux d'alarme**

Si l'enfant a l'un des comportements suivants ou s'il se trouve dans l'une des situations suivantes, vous devez y voir un risque de trouble :

- Le babillage précoce est interrompu.
- L'enfant se tire les oreilles (et est fiévreux ou grognon).
- L'enfant ne répond pas lorsqu'on l'appelle.
- Otites fréquentes ou récurrentes; oreilles qui coulent
- L'enfant parle fort.
- Présence d'un retard de parole ou de langage
- Antécédents familiaux de perte auditive
- Maladies infectieuses causant une perte auditive (comme la méningite, la rougeole et l'infection à cytomégalovirus [C.M.V.])
- Traitements avec des médicaments dont les effets secondaires comprennent une perte auditive, ce qui est le cas de certains antibiotiques et agents de chimiothérapie
- Mauvais résultats scolaires

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille pour que l'enfant soit dirigé vers un(e) audiologiste
- Un(e) audiologiste se trouvant près de chez eux (liste d'audiologistes privé(e)s : www.osla.on.ca)
- Le Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce de l'Est de l'Ontario, pour les enfants de 2 ans ou moins présentant une déficience auditive ou un problème auditif (à l'exception d'une otite moyenne) : 613-688-3979; ATS : 613-820-7427; 1 866 432-7447 www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/hearing/index.aspx

**Pour en savoir plus :**

- Votre bébé entend-il?, Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/hearing/brochure_hear.aspx
- Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire d'Ottawa : www.firstwords.ca

---

Sources : Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire et le Centre Jules-Léger; ressource : *Votre bébé entend-il?*, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

# Capacité sensorielle

L'intégration sensorielle s'entend de la capacité à capter des stimulations par tous les sens – goût, odorat, ouïe, vision, toucher, mouvement et position du corps – et de la capacité à traiter cette information sensorielle de façon à susciter des réponses adaptatives automatiques et appropriées.

**Indicateurs de problèmes… Si les réponses d'un enfant sont exagérées et extrêmes et qu'elles ne semblent pas correspondre à l'âge de l'enfant, vous devez y voir un signal d'alarme.**

### Ouïe

- Réagit négativement à des bruits inattendus ou forts
- Est distrait ou a du mal à fonctionner s'il y a beaucoup de bruit de fond
- Aime les bruits étranges/cherche à faire du bruit par plaisir
- Semble être dans « son monde »

### Vision

- Enfant de plus de trois ans – a du mal à rester à l'intérieur des lignes lorsqu'il fait du coloriage
- Évite le contact visuel
- Louche ou regarde du coin de l'œil
- Fixe du regard les objets brillants et clignotants

### Goût/odorat

- Évite certains goûts ou odeurs qui se retrouvent en général dans l'alimentation d'un enfant
- Mâche/lèche des produits non alimentaires
- A facilement des haut-le-cœur
- Est difficile pour manger, surtout en ce qui concerne les textures
- A une préférence pour certains aliments

### Mouvement et position du corps

- Cherche continuellement à faire toutes sortes d'activités de mouvement (p. ex. aime qu'un adulte le fasse tourner dans les airs, aime jouer sur les structures des terrains de jeux ou avec des jouets qui bougent; tournoie, se balance)
- Est anxieux ou en détresse quand ses pieds quittent le sol semble avoir des muscles faibles
- A peu d'endurance – se fatigue facilement;
- Évite de grimper, de sauter, de chahuter, et d'aller sur des terrains accidentés
- Se déplace avec raideur ou marche sur les orteils; est maladroit ou gauche; tombe souvent
- N'aime pas jouer sur diverses structures des terrains de jeux
- Aime être dans des positions exagérées pendant de longues périodes de temps (p. ex. la tête en bas et les pieds sur le divan)
- Veut qu'on le serre dans ses bras, ou s'appuie contre les autres ou des objets

**Toucher**

- Se fâche lorsqu'on lui donne des soins (p. ex. quand on lui coupe les cheveux, lui lave le visage ou lui coupe les ongles)
- A de la difficulté à attendre en ligne ou à se tenir près d'autres personnes; ou touche toujours les autres
- Est sensible à certains tissus
- Ne remarque pas quand ses mains sont sales ou mouillées
- Ne supporte pas qu'on le lave, qu'on lui coupe les cheveux ou les ongles, qu'on lui brosse les dents
- Aime beaucoup le toucher : pression forte, vêtements à longues manches, chapeaux et certaines textures
- Touche les autres ou tout ce qui se trouve autour d'eux
- Préfère marcher pieds nus ou se déshabiller

**Niveau d'activité**

- Bouge sans cesse; a de la difficulté à maintenir son attention
- Est très inactif, manque de réactivité

**Développement émotionnel/social**

- A besoin d'être plus protégé que les autres enfants
- A de la difficulté à s'habituer aux changements de routine
- Est têtu ou peu coopératif; est facilement
- frustré
- A du mal à se faire des camarades
- 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 ou aux tuteurs de communiquer avec leur médecin de famille ou leur pédiatre.

---

Sources : Adaptation du document *York Region – Red* (2009), révisé en 2010 par le Centre de traitment pour enfants d'Ottawa et CommuniCare Therapy

# Comportement

Les enfants peuvent parfois adopter un ou plusieurs comportements problématiques.

Il faut tenir compte de certains facteurs pour déterminer si ces comportements constituent en eux-mêmes le problème ou s'ils s'inscrivent dans un cadre plus complexe. Parmi ces facteurs :

- Le comportement de l'enfant présente un risque immédiat pour l'enfant ou d'autres personnes.
- Fréquence du comportement
- Gravité du comportement
- Nombre de comportements problématiques survenant à un moment donné
- Changement important dans le comportement de l'enfant
- Repli sur soi

**Si l'un des comportements suivants est présent chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme:**

## Automutilation

- Se mord; se gifle; s'empoigne
- Tire sur sa peau; suce sa peau à l'excès; se cogne la tête sur des surfaces dures
- Mange des produits non comestibles
- Vomit intentionnellement (quand il n'est pas malade)
- Prend des risques pouvant avoir de graves conséquences (comme traverser devant les voitures, mettre le feu)

## Agression

- Accès de colère excessive; éprouve une colère excessive ou profère des menaces
- Frappe; donne des coups de pied; mord; griffe; tire les cheveux
- Cogne; frappe des objets; endommage des biens
- Est cruel avec les animaux
- Fait mal aux personnes ayant des capacités plus faibles/malmène les autres

## Comportement social

- A de la difficulté à maintenir son attention/est hyperactif; est excessivement impulsif
- Hurle; pleure excessivement; profère des jurons
- Amasse des choses; vole
- N'a pas de camarades; est isolé socialement; n'établit pas de contact avec les yeux ni autrement; est replié sur lui-même
- Est anxieux; craintif/extrêmement timide; agité
- A un comportement compulsif; a des pensées obsessionnelles; parle de façon étrange
- A un comportement gênant en public; se déshabille en public
- Se touche ou touche les autres de façon inappropriée; a des connaissances de nature sexuelle précoces
- Un affect abrasé, des émotions inappropriées, des accès de colère imprévisibles, le manque de respect ou l'agressivité envers les femmes enseignantes sont des exemples de signaux d'alarme post-traumatiques chez les enfants qui ont été témoins de violence.

## Non-respect

- A un comportement oppositionnel
- S'enfuit (fugue)

## Habiletés fondamentales

- Accuse un retard dans les comportements fonctionnels (comme manger, se laver, aller aux toilettes, s'habiller, jouer)
- Régresse; perd des habiletés; refuse de manger; a un sommeil perturbé
- A de la difficulté à gérer les transitions/les changements de routine

## Comportements répétitifs

- Bat des mains; se tord les mains; se berce; se balance
- Tournoie de façon répétitive; manipule des objets de façon répétitive

*Les parents, les personnes responsables des soins de l'enfant, ou un programme de garde d'enfants agréé qui a obtenu le consentement écrit des parents ou des personnes responsables des soins de l'enfant peuvent contacter le Programme d'orientation positif, des Services d'intégration pour jeunes enfants : 613-736-5355, poste 244

### Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Le Crossroads Children's Centre, au 613-723-1623, poste 232; www.crossroadschildren.ca
- Le Centre Psychosocial, au 613-789-2240; www.centrepsychosocial.ca
- La Ligne de crise, au 613-260-2360 ou 1 877 377-7775

**Pour en savoir plus :**

- E-SantéMentale : http://www.esantementale.ca/splash.php

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par le Crossroads Children's Centre, le programme Cours de langue pour les immigrants au Canada (CLIC), la Maison Sainte-Marie et l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers

# Développement social et émotionnel

La relation que les enfants ont avec la personne ou les personnes qui s'occupent principalement d'eux pendant la petite enfance influe de façon notable sur leur développement social et émotionnel ainsi que sur le développement de leur comportement et de leur personnalité. Les relations qu'ont les enfants tôt dans la vie influencent tout au long de leur vie leurs capacités à bâtir des relations de confiance, à développer des mécanismes pour faire face aux situations de tous les jours et à interagir avec leur environnement social.

Un attachement malsain ou un manque d'attachement peut conduire à des problèmes émotionnels et à des troubles de l'attachement.

**Indicateurs de problèmes… Si l'un des signes suivants est présent chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme :**

**De 0 à 8 mois**

- Absence de croissance sans raison médicale
- Le parent/tuteur et l'enfant ne se sourient pas et n'ont pas d'échanges vocaux.
- Le parent/tuteur ignore, punit ou interprète mal les signes de détresse de l'enfant.
- Le parent/tuteur s'écarte du bébé ou le tient loin de lui avec les bras tendus.
- Le parent/tuteur est trop intrusif lorsque l'enfant ne veut pas de contact.
- Le contact physique avec le parent/tuteur ne procure pas de réconfort à l'enfant.

**De 8 à 18 mois**

- Le parent/tuteur et l'enfant n'ont pas d'interactions amusantes et intimes.
- Le parent/tuteur ignore ou interprète mal les signes de l'enfant indiquant qu'il veut un contact lorsqu'il est en détresse.
- L'enfant ne cherche pas à se rapprocher du parent/tuteur lorsqu'il est en détresse.
- L'enfant se montre peu méfiant à l'égard d'une nouvelle pièce ou d'un étranger.
- L'enfant ignore ou évite un parent/tuteur ou se montre hostile envers lui après une séparation.
- L'enfant ne s'éloigne pas du parent/tuteur pour explorer, tout en utilisant le parent comme base de sécurité.
- Le parent/tuteur a de la part de l'enfant des attentes qui ne correspondent pas à l'âge de celui-ci.
- L'enfant a des problèmes sensoriels; il aime peu de choses sur le plan alimentaire.

**De 18 mois à 3 ans**

- L'enfant et le parent/tuteur ont très peu ou n'ont pas d'interactions amusantes ou verbales.
- L'enfant initie des interactions trop affectueuses ou amicales avec des étrangers.
- L'enfant ignore ou évite un parent/tuteur ou se montre hostile envers lui lorsqu'il est en détresse ou après une séparation.
- L'enfant éprouve une détresse excessive lorsqu'il est séparé du parent/tuteur.
- L'enfant se fige ou avance vers le parent/tuteur 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/tuteur.
- Le parent /tuteur semble ignorer, punir ou mal interpréter la communication émotionnelle de l'enfant.
- Le parent/tuteur utilise des techniques de gestion du comportement inappropriées ou inefficaces.
- L'enfant a des problèmes sensoriels; il aime peu de choses sur le plan alimentaire; il évite certaines textures.

**De 3 à 5 ans**

- L'enfant ignore l'adulte ou son comportement empire lorsqu'il reçoit 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 se montre agressif sans avoir été provoqué.
- 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 de façon répétitive de mauvais traitements, une violence familiale ou un comportement sexuel explicite.
- Les accès 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 sexualisé avec un adulte.
- Le parent/tuteur utilise des techniques de gestion du comportement inefficaces ou abusives.

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Le programme Bébés en santé, enfants en santé, Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744
- Le Parent Resource Centre, au 613-565-2467
- Le Crossroads Children's Centre, au 613-723-1623, poste 232; www.crossroadschildren.ca
- Le Centre Psychosocial , au 613-789-2240; www.centrepsychosocial.ca

**Pour en savoir plus :**

- E- SantéMentale : http://www.esantementale.ca/splash.php
- Parent's Lifeline of Eastern Ontario : www.pleo.on.ca

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par le Crossroads Children's Centre, le programme Cours de langue pour les immigrants au Canada (CLIC), la Maison Sainte-Marie et l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers

# Difficultés d'attention

Les comportements qui constituent les principales caractéristiques des difficultés d'attention, à savoir un déficit du contrôle de l'attention, l'impulsivité, le fait d'être facilement distrait et un niveau d'activité élevé, peuvent s'observer dans le cadre du développement typique d'un enfant. Toutefois, lorsque ces comportements sont excessifs, ils peuvent avoir des répercussions néfastes sur la capacité de l'enfant à fonctionner à l'école et sur le plan social.

**Pour décider si ces comportements constituent des signaux d'alarme et nécessitent une intervention, il y a lieu de tenir compte :**

- De l'âge du développement de l'enfant
- De facteurs comme le stress et l'ennui
- Les signaux d'alarme des difficultés d'attention peuvent être associés à un TDAH ou peuvent être des signes de troubles de l'apprentissage ou de troubles du spectre autistique (TSA). Par conséquent, il est nécessaire de prendre en compte les signaux d'alarme dans divers domaines du développement (comme la parole, l'audition, la vision, la motricité fine, le comportement et la capacité sensorielle) afin d'aiguiller l'enfant de façon appropriée.

**Si plusieurs des comportements suivants sont présents chez un enfant pendant une période de temps prolongée, vous devez y voir un signal d'alarme :**

- Est très facilement distrait
- A de la difficulté à se concentrer sur une tâche pendant une période de temps raisonnable
- A de la difficulté à prêter attention aux détails (fait souvent des fautes d'inattention)
- A du mal à suivre des instructions et à terminer les activités commencées
- A de la difficulté à savoir où se trouvent ses affaires personnelles
- A du mal à se souvenir des routines et à organiser des tâches/activités
- A du mal à entreprendre des activités, surtout celles présentant un défi
- Ne semble pas écouter quand on s'adresse directement à lui
- Est souvent en train de remuer, de se tortiller ou de tourner sur sa chaise
- Ne tient pas en place
- Fait beaucoup de bruit, même quand il joue
- Parle sans arrêt lorsqu'il n'est pas censé parler

- Donne des réponses avant même d'avoir fini d'entendre la question
- Est facilement frustré lorsqu'il doit attendre en ligne ou qu'on lui demande d'attendre son tour
- Se lève quand il devrait rester assis
- N'arrête pas de courir ou de grimper quand il n'est pas approprié de le faire

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Le programme Bébés en santé, enfants en santé, Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744
- Le Parent Resource Centre, au 613-565-2467

**Pour en savoir plus :**

- E-SantéMentale: http://www.esantementale.ca/splash.php
- Centres de la petite enfance de l'Ontario : http://www.ottawa.ca/residents/childcare/ottawa/oeyc_fr.html
- PADDC Parents of AD/HD Children Support Group: http://the-adhd-info.tripod.com/id3.html
- Ottawa Area ADHD Network: http://health.groups.yahoo.com/group/ADHD-NEO/

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par le Crossroads Children's Centre, le programme Cours de langue pour les immigrants au Canada (CLIC), la Maison Sainte-Marie et l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers

# Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (etcaF)

L'« ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF) est l'expression générique qui désigne la gamme d'affections causées par la consommation d'alcool pendant la grossesse. Cette expression couvre plusieurs catégories de diagnostics médicaux, dont le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale peuvent être évités mais ne peuvent être guéris. **Un diagnostic et une intervention précoces peuvent faire une différence.**

La plupart des enfants atteints de troubles causés par l'alcoolisation fœtale ne présentent aucune caractéristique physique externe. Seuls 20 % des enfants présentent une dysmorphologie faciale. Les enfants exposés à l'alcool avant leur naissance et qui ne présentent aucune caractéristique physique/externe ou faciale peuvent souffrir d'une atteinte du système nerveux central tout aussi grave que les enfants présentant de telles caractéristiques. Les caractéristiques suivantes se retrouvent chez les enfants atteints de troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

**Si l'une des caractéristiques suivantes est présente chez un enfant… vous devez y voir un signal d'alarme.**

## Nourrisson

- Poids faible à la naissance; manque de croissance; petite taille; petite circonférence crânienne, et retard persistant de croissance
- Sommeil perturbé, irritabilité, agitation persistante
- Incapacité à développer des modes de comportement de routine
- Prédisposition aux infections
- Horaire d'alimentation tout à fait irrégulier – Le bébé peut ne pas éprouver la sensation de faim.
- Mollesse ou trop grande rigidité du corps en raison du faible tonus musculaire
- Présence de l'une des anomalies congénitales suivantes : cardiopathie congénitale, fente labiale et fente palatine, anomalies de l'urètre et des organes génitaux, spina-bifida
- Dysmorphologie faciale – ses caractéristiques sont les suivantes : fentes oculaires étroites, milieu du visage aplati, lèvre supérieure mince, zone aplatie entre la base du nez et la lèvre supérieure, anomalies auriculaires

## Tout-petit et enfant d'âge préscolaire

- Retards dans le développement
- Lenteur de l'acquisition d'habiletés
- Troubles du sommeil et de l'alimentation persistants
- Troubles de la mémoire – L'enfant peut avoir du mal à se remémorer les choses et remplit les trous.
- Hyposensibilité – L'enfant peut ne pas sentir les températures extrêmes ni la douleur.
- Excessivement « occupé »
- Hypersensibilité sensorielle (L'enfant est irritable, se raidit quand on le tient dans les bras ou qu'on le touche, refuse de se faire brosser les cheveux ou les dents, réagit de façon excessive aux blessures.)
- Développement tardif de la motricité – L'enfant est maladroit et prédisposé aux accidents.
- Développement tardif ou régression de la parole et du langage
- Dysmorphologie faciale (identique à celle du nourrisson, décrite plus haut)

## Enfant de la maternelle/du jardin d'enfants

- Troubles de l'apprentissage et troubles neuro-comportementaux (L'enfant est facilement distrait, est impulsif, a une faible mémoire, a des difficultés d'apprentissage.)
- Écart entre langage expressif adéquat et langage réceptif pauvre (L'enfant est moins capable qu'il n'en a l'air.)
- Manque d'attention et/ou hyperactivité; défenses auditive et tactile extrêmes
- Troubles de l'intégration sensorielle – L'enfant peut rechercher ou éviter les stimulations tactiles ou auditives.
- Difficulté à traiter l'information
- Difficulté à interpréter les signes non verbaux; incapacité à relier la cause à l'effet; piètre jugement social
- L'enfant a une maturité moins grande que celle attendue pour son âge; il peut chercher à être avec des enfants plus jeunes ou vouloir jouer avec des jouets s'adressant à de tels enfants.
- Problèmes d'attachement – L'enfant peut être beaucoup trop à l'aise avec les étrangers; il peut prendre des choses appartenant à d'autres.
- Dysmorphologie faciale (identique à celle du nourrisson, décrite plus haut)

### Où trouver de l'aide

S'il y a des inquiétudes, conseillez aux parents ou à la personne qui prends soin de l'enfant de contacter :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre pour être orienté vers la Clinique de génétique du CHEO pour obtenir un diagnostic
- Fetal Alcohol Spectrum Disorder Ontario Network of Expertise (FASD/ONE) www.fasdontario.ca/cms/
- Le Fetal Alcohol Spectrum Disorder Group of Ottawa, au 613-737-1122 ou au 613-446-4144
- La Coalition d'Ottawa pour la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, à http://www.fasdottawa.ca/fr/fasd/TSAF_Coalition_dOttawa_p1287.html
- Fetal Alcohol Spectrum Disorder Program, Le project « Awasishak » au Wabano Centre for Aboriginal Health www.wabano.com ou au 613-748-0657, poste 214

**Pour en savoir plus:**

- Meilleur départ: www.beststart.org
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies: www.ccsa.ca
- Parlons de l'ETCAF, Ottawa: VON Canada: http://www.von.ca/fr/home/default.aspx

# Littératie

La littératie familiale, c'est l'utilisation que font les parents, les tuteurs, les enfants et autres membres de la famille de leur capacité à lire et à écrire à la maison et dans leur communauté. Elle survient naturellement dans les routines de la vie quotidienne et aide les adultes et les enfants à accomplir des tâches diverses – berceuses, listes d'épicerie, histoires, transmission de connaissances et de traditions en font notamment partie. Les parents et les tuteurs ont toujours été les premiers et les plus importants enseignants de leurs enfants.

**À NOTER :** Si l'enfant apprend le français, c'est dans la langue maternelle de la personne responsable de l'enfant qu'il faut s'entretenir avec elle des habiletés de littératie et de langage de l'enfant. Il faudra peut-être faire appel à un interprète pour s'assurer que la communication soit claire entre l'enseignant(e) et la famille.

**Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme :**

**De 0 à 3 mois**
- Écoute la voix des adultes
- Fait des bruits et des gazouillements

**De 4 à 8 mois**
- Imite un bruit qu'il a entendu
- Émet des sons lorsqu'il regarde ses jouets ou des personnes
- S'égaye lorsqu'il entend des sons, surtout des voix de personnes
- Semble comprendre certains mots (comme « papa », « bye-bye »)

**De 9 à 12 mois**
- Réagit à des demandes verbales simples renforcées par un geste (comme « viens ici »)
- Fait toute une série de sons (comme ba, da, des claquements de langue et des ga-ga-ga)
- Fait des bruits pour attirer l'attention, faire savoir quels sont ses besoins, ou protester
- Se montre intéressé à regarder des livres

**De 12 à 18 mois**
- Suit des instructions simples (comme « lance la balle »)
- Utilise des expressions courantes (comme « parti », « oh-oh »)
- Dit au moins cinq mots (qu'il ne prononce peut- être pas clairement)
- Identifie des illustrations dans un livre (quand on lui dit, p.ex., « Montre-moi le bébé »)
- Peut tenir un livre et tourner les pages
- Aime qu'on lui fasse la lecture et qu'on regarde des livres simples avec lui

**À 2 ans**
- Demande de l'aide au moyen de mots ou d'actions
- Assemble de deux à quatre mots (p. ex. : « veux biscuit », « veux encore lait »)
- Apprend et utilise de nouveaux mots; est peut-être essentiellement compris par les membres de sa famille
- Tient les livres dans le bon sens et tourne les pages
- Demande qu'on lui lise ses livres préférés encore et encore

**À 3 ans**
- Peut être compris par des gens qui ne le connaissent pas environ 80 % du temps
- Fait des phrases plus longues (p. ex. de cinq à huit mots)
- Continue d'apprendre et d'utiliser de nouveaux mots dans le langage parlé
- Chante des chansons faciles et des comptines
- Redit certains détails d'histoires qui lui sont lues à haute voix, mais pas nécessairement dans l'ordre
- Peut tenir un crayon et s'en servir pour dessiner et/ou écrire son nom et d'autres lettres au hasard
- Suit des instructions à une ou deux étapes
- Décrit des expériences personnelles qu'il connaît bien
- Sait comment on se sert d'un livre (p. ex. tient le livre, tourne les pages, montre les illustrations du doigt et les commente)

- Se montre intéressé par les livres
- Peut tenir un crayon ou un crayon de couleur et s'en servir pour dessiner/gribouiller
- « Lit » en même temps que la personne qui lui fait la lecture les parties répétitives d'un livre qu'il connaît bien (p. ex. : « Tu ne peux pas m'attraper, je suis le bonhomme en pain d'épices! »)

**De 3½ ans à 4½ ans**

- Peut être totalement compris par la plupart des adultes lorsqu'il parle
- Fait des phrases complètes en donnant des détails
- Apprend et utilise du nouveau vocabulaire dans le langage parlé
- Récite des comptines ou chante des chansons qu'il connaît bien
- Comprend le concept de rime; fait des rimes simples
- Lit un livre de mémoire ou en inventant une histoire pour aller avec les illustrations
- Peut deviner ce qui va se passer dans l'histoire

**De 4½ ans à 5½ ans**

- Fait des phrases complètes (presque comme celles d'un adulte)
- Apprend et utilise du nouveau vocabulaire dans le langage parlé
- Connaît les diverses parties d'un livre et le tient de la bonne façon (p. ex. la page couverture sur le dessus, le haut du bon côté, tourne les pages l'une après l'autre)
- Comprend les concepts de base du texte imprimé (les différences entre les lettres, les mots; sait que le texte va de gauche à droite et de haut en bas)
- Prédit ce qui va se passer dans les histoires; peut redire une histoire dans l'ordre de survenance des événements
- Relit des textes simples à structure prévisible (poèmes, chants, livres à structure prévisible) et montre les mots en lisant
- « Lit » certains mots courants qu'il reconnaît (mots très fréquents)
- Montre et nomme la plupart des lettres de l'alphabet lorsqu'on les lui présente au hasard (en majuscules et en minuscules)
- Reconnaît les sons au début de certains mots (dans le langage parlé)
- Tape des mains pour scander les syllabes (comme bi-cy-clette)
- Reconnaît les mots qui riment et fait des rimes
- Écrit son nom
- Commence à écrire des messages simples en utilisant des dessins, symboles, lettres, sons et/ou mots qu'il connaît bien
- Fait un lien entre ses expériences et celles des personnages dans les histoires

## où trouver de l'Aide

- Si vous avez des inquiétudes, veuillez conseiller aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :
- Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire d'Ottawa, au 613-737-7600, poste 2500; www.firstwords.ca
- Santé publique Ottawa, au 613-580-6744, poste 28020
- Les spécialistes de l'alphabétisation durant la petite enfance de l'est de l'Ontario, au 613-565-2467, poste 232; www.parentresource.on.ca/fr/ottawaprc/Les_Spcialistes_de_lalphabtisation_durant_la_petite_enfance_p556.html

**Pour en savoir plus :**

- Bibliothèque publique d'Ottawa : 613-580-2940; http://biblioottawalibrary.ca/
- Regroupement d'Ottawa pour l'alphabétisation : 613-233-3232; www.occl.ca
- Centres de formation au rôle parental et de littératie pour les familles – Ottawa Carleton District School Board et Ottawa Catholic School Board

Sources : Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, l'Algonquin College - Early Childhood Education Program, le Parent Resource Centre et l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers

# Maltraitance des enfants

Selon la loi ontarienne, un enfant peut avoir besoin de protection quand il existe des motifs raisonnables de soupçonner que les actes ou le défaut d'agir de la part du père, de la mère ou du tuteur entraînent ou risquent d'entraîner un préjudice pour l'enfant.

- Le préjudice peut être d'ordre physique, psychologique ou sexuel.
- Les mots « abus », « violence », « sévices », « maltraitance » et « mauvais traitements » désignent des actes qui entraînent des préjudices chez un enfant.

## Préjudice psychologique :

Angoisse profonde, état dépressif grave, repli sur soi caractérisé, comportement autodestructeur ou agressif marqué, ces états ou comportements résultant d'actes, du défaut d'agir ou de la négligence de la part des parents ou du tuteur.

Le préjudice psychologique existe aussi lorsqu'un enfant est exposé aux conflits entre adultes ou à la violence conjugale ou familiale.

## Préjudice physique :

Toute blessure corporelle, celle-ci pouvant être apparente ou non, notamment, mais sans s'y limiter, les ecchymoses, les marques de coups, les fractures.

## Préjudice sexuel :

Préjudice résultant de tout attouchement inapproprié, d'une agression sexuelle ou d'une exploitation sexuelle, notamment de l'utilisation de l'enfant à des fins pornographiques.

## Préjudice résultant de négligence :

Préjudice réel ou potentiel résultant du défaut par les parents ou le tuteur de fournir à l'enfant des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de protéger convenablement. La négligence peut être un incident isolé ou, plus probablement, des comportements négligents habituels.

### *Préjudice résultant du défaut de fournir un traitement médical :*

Un traitement médical qui est nécessaire pour guérir, prévenir ou alléger des blessures ou la douleur de l'enfant n'est pas fourni ou est refusé par les parents ou le tuteur.

L 'enfant présente un état mental, affectif ou développemental qui risque, si on n'y remédie pas, de porter gravement atteinte à son développement, et les services ou le traitement qui sont nécessaires pour remédier à cet état ou le soulager ne sont pas fournis ou sont refusés par les parents ou le tuteur.

La présence d'un ou de plusieurs des indices suivants, même s'ils ne sont pas concluants, devrait alerter les parents, le tuteur et les professionnels sur l'existence possible de mauvais traitements ou de négligence à l'égard de l'enfant. Ces indices ne doivent pas être pris hors contexte ou utilisés individuellement pour faire des généralisations infondées.

Portez une attention particulière à la durée, à la constance et à l'omniprésence de chaque indice. Prenez aussi en compte l'âge de l'enfant; par exemple, un enfant de 2 ans doit être davantage aidé pour s'habiller qu'un enfant de 12 ans.

Si vous soupçonnez qu'il y a ou qu'il y a eu maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant, vous avez l'obligation légale de consulter la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa ou de lui signaler le cas, en appelant au 613-747-7800 (voir aussi la partie Devoir de faire rapport dans le présent document). Les professionnels doivent aussi déclarer toute situation où un enfant est témoin de violence familiale (voir la partie Témoin de violence familiale).

**Dans le doute, consultez toujours!**

**Note :** Pour les situations impliquant des problèmes médicaux, contactez le médecin de famille ou le pédiatre. En cas de blessures graves, il peut être nécessaire de faire amener l'enfant aux urgences de l'hôpital le plus proche.

## Préjudice psychologique : indices possibles

Le préjudice psychologique chez un enfant se traduit notamment par une angoisse profonde, un état dépressif grave, un repli sur soi caractérisé, un comportement autodestructeur ou agressif marqué, ces états ou comportements résultant d'actes, du défaut d'agir ou de la négligence de la part des parents ou du tuteur.

Un préjudice psychologique peut aussi exister lorsqu'un enfant est exposé à des conflits entre adultes ou à la violence conjugale ou familiale.

La violence psychologique, c'est, entre autres choses, le fait de crier ou de hurler après un enfant, de le menacer, de l'intimider, de l'humilier, de lui témoigner peu ou pas d'affection ; de lui dire que tout est de sa faute; de le priver d'attention, de l'enfermer dans un placard ou dans une pièce sans lumière, ou d'attacher l'enfant à une chaise.

### *Indices physiques chez l'enfant :*

- Ne se développe pas comme il devrait
- Se plaint souvent de nausées, de maux de tête, de maux d'estomac sans raison apparente
- Mouille ou salit ses culottes
- Peut avoir une apparence inhabituelle (p. ex. coupe de cheveux, vêtements ou décorations étranges)
- Fait pipi au lit, alors qu'il ne s'agit pas d'un problème médical
- Présente un retard de croissance (retard staturo-pondéral)

### *Indices comportementaux chez l'enfant :*

- Est malheureux, stressé, renfermé, agressif ou en colère pendant de longues périodes
- Recommence à se comporter comme un très jeune enfant (p. ex. problèmes de propreté, succion du pouce, balancement d'avant en arrière constant)
- S'efforce exagérément de bien se comporter et d'obtenir l'approbation des adultes (p. ex. il est trop propre)
- Montre trop d'inhibition dans le jeu
- Déploie de gros efforts pour attirer l'attention
- Essaie de se faire mal (p. ex. il se coupe)
- S'autocritique beaucoup
- Ne participe pas par crainte d'un échec
- Peut être trop exigeant envers lui-même 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'adulte
- Ne s'entend pas bien avec les autres enfants
- Révèle qu'on le maltraite

# Maltraitance des enfants - Préjudice psychologique

### *Comportements observés chez un adulte qui maltraite un enfant*

- Rejette, insulte ou critique souvent l'enfant en présence d'autres personnes
- Parle de l'enfant comme étant la cause de ses difficultés (déclare, par exemple, que les choses ne se passent de la manière qu'il souhaitait)
- Parle de l'enfant ou le traite comme s'il était différent des autres enfants et autres membres de la famille
- Compare l'enfant à quelqu'un qui n'est pas aimé
- Ne porte pas attention à l'enfant
- Refuse d'aider l'enfant (quand l'enfant demande de l'aide, p. ex. pour s'habiller)
- 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 à l'enfant sur la manière de se comporter avec les autres (p. ex. profère des jurons constamment, frappe les autres)
- Permet à l'enfant de participer à des activités illégales
- Utilise l'enfant pour faire de l'argent (p. ex. 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 qu'il frappe,
- Demande à l'enfant d'en faire davantage que ce qu'il peut faire
- Ne traite pas l'enfant aussi bien que les autres enfants de la famille en ce qui concerne la nourriture, les vêtements et les soins.

Si vous soupçonnez qu'il y a ou qu'il y a eu maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant, vous avez l'obligation légale de consulter ou de signaler la maltraitance à :

- La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa
  **Pour signaler une maltraitance ou une négligence à l'égard d'un enfant :** 613-747-7800

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa et Santé publique Ottawa

## Préjudice physique : indices possibles

Le préjudice physique chez un enfant se traduit par des blessures corporelles, qui peuvent être apparentes ou non, notamment, mais sans s'y limiter, les ecchymoses, les marques de coups, les fractures.

La violence physique, c'est, entre autres choses, battre un enfant, le gifler, le pousser, le jeter à terre, le secouer, lui causer des brûlures, etc.

### *Indices physiques chez l'enfant*

- Plusieurs blessures ou marques sur le corps qui sont à différents stades de guérison
- Blessures ou marques au visage (chez un bébé ou un enfant d'âge préscolaire)
- Blessures ou marques ne correspondant pas à l'âge de l'enfant ou à son stade de développement
- Nombreuses ecchymoses dans la même région du corps
- Brûlures, marques de morsures, coupures, ecchymoses, marques de coups ayant la forme d'un objet (p. ex. brûlures de cigarette; brûlure ayant la forme d'un fer à repasser)
- Port, même par temps chaud, de vêtements qui lui permettent de dissimuler des blessures
- Absence de cheveux par endroits
- Signes de blessures possibles à la tête, comme: enflure et douleur; nausée ou vomissement; étourdissements; ou saignements de nez ou au cuir chevelu
- Signes de blessures possibles aux bras et aux jambes : douleur; sensibilité au toucher; impossibilité de se mouvoir normalement; boitement
- Respiration douloureuse
- Difficulté à lever les bras
- Coupures ou égratignures non conformes à des jeux normaux (p. ex. ecchymoses sur le visage, la poitrine, le haut du dos, ou à la tête)
- Signes de mutilation des organes génitaux féminins (p. ex. difficulté à aller aux toilettes)
- Absence de dents ou dents fracturées sur le devant

### *Indices comportementaux chez l'enfant :*

- Ne peut pas se rappeler comment ses blessures sont survenues
- L'explication de ce qui s'est passé ne correspond pas aux blessures
- Refuse ou a peur de parler des blessures
- A peur des adultes ou d'une personne en particulier
- Ne veut pas rentrer à la maison
- •Ne veut pas être touché
- Est souvent absent, et quand il revient, des blessures en voie de guérison sont visibles
- Ne démontre les compétences qui devraient être acquises
- Ne s'entend pas bien avec les autres enfants
- Essaie de se faire mal (p. ex. se coupe, tentative de suicide)
- Révèle qu'on lui donne des punitions corporelles, qu'on le bat, qu'on le menace

# Maltraitance des enfants - Préjudice physique

### *Comportements observés chez un adulte qui maltraite un enfant*

- 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 à l'égard de l'enfant
- Dit qu'il a de la difficulté à s'occuper de l'enfant
- Dit que l'enfant est difficile, différent, qu'il est « la cause de ses problèmes »
- Ne montre pas d'amour envers l'enfant
- Ne se rend pas immédiatement chez le médecin pour faire vérifier les blessures ou les maladies

Si vous soupçonnez qu'il y a ou qu'il y a eu maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant, vous avez l'obligation légale de consulter ou de signaler la maltraitance à :

- La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa
  **Pour signaler une maltraitance ou une négligence à l'égard d'un enfant :** 613-747-7800

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa et Santé publique Ottawa

## Préjudice sexuel : indices possibles

Le préjudice sexuel chez un enfant, c'est le préjudice qui résulte d'attouchements ou de caresses inappropriés sur l'enfant, d'une agression sexuelle, d'un acte sexuel entre un adulte et l'enfant, y compris l'union sexuelle; du fait d'exposer un enfant à des activités sexuelles entre adultes; ou de l'exploitation sexuelle, notamment la prostitution ou la pornographie juvénile.

La violence sexuelle, les abus sexuels ou les sévices sexuels sont autant d'expressions qui servent à désigner les situations où l'un des parents, le tuteur ou une autre personne qui s'occupe de l'enfant agresse sexuellement l'enfant ou l'utilise à des fins sexuelles, ou ne le protège pas alors que la personne sait qu'il y a possibilité d'atteinte aux mœurs ou d'agression sexuelle à l'égard de l'enfant.

### *Indices physiques chez l'enfant*

- Démangeaisons ou douleurs dans la gorge, au niveau des organes génitaux ou du rectum
- Odeur ou pertes provenant des organes génitaux
- Sous-vêtements tachés de sang
- Douleur physique lorsque l'enfant :
  - 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 : rougeur, ecchymoses, entaille, enflure

### *Indices comportementaux chez l'enfant*

- A des comportements sexuels qui ne correspondent pas à l'âge de l'enfant ou à son stade de développement
- A une connaissance inappropriée des actes sexuels ou imite le comportement sexuel des adultes
- Montre des détails sur le sexe dans ses dessins ou ses écrits
- Adopte des gestes sexuels inappropriés avec d'autres enfants ou des adultes
- Craint ou refuse d'aller vers son père, sa mère, un membre de la parenté ou un ami, sans raison apparente
- Ne fait pas confiance aux autres
- Est soumis ou extrêmement agressif
- Présente des changements de personnalité qui n'ont aucun sens (p. ex. un enfant heureux devient renfermé)
- Éprouve des problèmes de sommeil ou des changements dans le sommeil (p. ex. 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 qu'il est victime d'abus sexuels, qu'il a été exposé à la pornographie ou qu'il est victime d'attouchements sexuels de la part d'un adulte et de la personne qui s'occupe de lui

## Comportements observés chez un adulte qui abuse sexuellement d'un enfant

- Peut être très protecteur envers l'enfant; par conséquent, l'enfant est souvent tenu à l'écart d'autres enfants ou adultes
- S'accroche à l'enfant pour avoir du réconfort
- Est souvent seul avec l'enfant
- Peut être jaloux des relations que l'enfant entretient avec d'autres personnes
- N'aime pas que l'enfant soit avec des amis sans sa présence
- Dit que l'enfant est « sexy »
- Touche l'enfant d'une manière sexuelle
- Permet à l'enfant d'adopter un comportement sexuel ou essaie de le lui faire adopter

Si vous soupçonnez qu'il y a ou qu'il y a eu maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant, vous avez l'obligation légale de consulter ou de signaler la maltraitance à :

- La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa
  **Pour signaler une maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant :** 613-747-7800

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa et Santé publique Ottawa

## Préjudice résultant de négligence : indices possibles

Préjudice résultant du défaut par les parents ou le tuteur de fournir à l'enfant des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger convenablement. La négligence peut être un incident isolé ou, plus probablement, des comportements négligents habituels.

### *Indices physiques chez l'enfant*

- Dans le cas d'un nourrisson ou d'un jeune enfant, peut : ne pas grandir comme il le devrait; perdre du poids; avoir un visage « ratatiné »; avoir un teint pâle; ne pas bien manger
- N'est pas habillé en fonction de la température
- Présente des problèmes médicaux ou dentaires non soignés
- Est sale ou n'est pas lavé
- Souffre d'un érythème fessier ou d'autres problèmes dermatologiques
- A toujours faim
- Montre une carence qui s'améliore dans un milieu plus stimulant (p. ex. problème de faim, érythème fessier)
- Est souvent laissé seul (p. ex. seul dans un siège d'auto ou dans le berceau)

### *Indices comportementaux chez l'enfant*

- Ne montre pas les compétences qu'il devrait avoir acquises
- Prend soin de beaucoup de ses propres besoins
- Assume beaucoup de responsabilités adultes à la maison
- Semble avoir peu d'énergie, en raison de manque de sommeil ou d'une nutrition insuffisante
- Pleure très peu, alors que les pleurs seraient normaux chez un enfant de cet âge
- 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
- A tendance à amasser la nourriture et à la cacher
- A beaucoup de responsabilités d'adultes à la maison
- Révèle une négligence (p. ex. dit qu'il n'y a personne à la maison)

### *Comportements observés chez un adulte qui néglige un enfant*

- 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. amène toujours l'enfant très tôt, va le chercher très tard)
- Ne surveille pas l'enfant adéquatement (p. ex. laisse l'enfant seul, le laisse 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 prêter des motivations négatives d'adulte aux actions de l'enfant (p. ex. dit que l'enfant cherche à se venger de lui ou que l'enfant ne l'aime pas
- 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)

Si vous soupçonnez qu'il y a ou qu'il y a eu maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant, vous avez l'obligation légale de consulter ou de signaler la maltraitance à :

- La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa
  **Pour signaler une maltraitance ou une négligence à l'égard d'un enfant :** 613-747-7800

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa et Santé publique Ottawa

## Témoin de violence familiale

La violence familiale repose sur un déséquilibre des pouvoirs dans les relations d'un couple. Le but du partenaire abuseur, c'est de faire peur, d'intimider, de contrôler. La violence familiale peut gravement compromettre le bien-être et le développement des enfants du foyer.

Les conséquences pour un enfant exposé à la violence familiale sont multiples. Par exemple, l'enfant peut entendre ou voir directement les actes de violence commis par l'un des parents; les effets sur l'enfant peuvent être physiques et psychologiques .

### *Indices physiques chez 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 fatigué en raison d'un manque de sommeil ou d'interruptions de sommeil
- Peut être gravement blessé accidentellement
- Peut présenter des signes ou des symptômes de trouble de stress post-traumatique
- Son corps est rigide en conséquence du stress
- Est blessé physiquement, que ce soit délibérément ou accidentellement, pendant ou après un épisode violent

### *Indices comportementaux chez l'enfant*

- Peut être agressif, faire des crises de colère, avoir un comportement destructeur
- Peut se montrer renfermé, déprimé et anxieux (p. ex. se colle aux gens, gémit, pleure beaucoup)
- Exprime ce qu'il a vu ou entendu entre les parents; parle de la violence entre ses parents; peut « passer à l'acte » sexuellement
- Déploie trop d'efforts pour bien se comporter et obtenir l'approbation des adultes
- A peur de la colère de quelqu'un; de sa propre colère (p. ex. tuer l'abuseur); craint que lui-même ou d'autres êtres chers soient blessés ou tués; a peur 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)
- Se comporte de manière trop responsable
- Peut croire que :
    - C'est normal que les hommes battent les femmes
    - La violence est la façon d'agir pour avoir le dernier mot
  - Les hommes sont des tyrans qui peuvent faire ce qu'ils veulent des femmes et des enfants
  - Les grandes personnes ont le pouvoir et qu'elles en abusent
  - Les femmes sont des victimes et ne peuvent se prendre en mains
- Souffre d'énurésie nocturne (ce qui n'est pas approprié pour son âge)
- Amasse la nourriture
- Essaie de se faire mal (p. ex. se coupe)
- 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 difficultés à l'école
- Prend la responsabilité de protéger et d'aider sa mère et ses frères et sœurs
- Ne s'entend pas bien avec les autres enfants

# Maltraitance des enfants - Facteurs de stress familiaux / environnementaux

### *Comportements observés chez un adulte maltraitant son partenaire, et chez le partenaire maltraité*

Le partenaire abuseur :

- A de la difficulté à se contrôler
- Se montre autoritaire et cherche à intimider
- Inspire la peur chez l'enfant par son regard ou par ses actes
- A de la difficulté à parler et à s'entendre avec les autres
- Utilise des menaces et la violence (p. ex. menace de blesser ou de tuer une personne qui est chère à l'enfant ou de détruire une chose qui est chère à l'enfant; est cruel envers les animaux)
- Exerce un contrôle physique, psychologique et économique sur son partenaire
- Force l'enfant à assister à la scène de violence entre lui et son partenaire
- Insulte, blâme et critique son partenaire en présence d'autres personnes; déforme la réalité
- Est jaloux de son partenaire qui parle à d'autres personnes ou qui voit d'autres personnes
- Ne permet pas à l'enfant ou aux membres de la famille de parler à d'autres personnes et de voir d'autres personnes
- Se sert de l'argent pour contrôler le comportement de l'enfant, refuse de répondre à ses besoins de base
- Consomme de l'alcool ou de la drogue

Le partenaire maltraité :

- Croit que les hommes ont le pouvoir et que les femmes doivent obéir
- N'est pas capable de bien prendre soin des enfants parce qu'il est isolé, fait une dépression ou essaie de survivre, ou parce que le partenaire abuseur ne lui donne pas l'argent nécessaire ou ne répond à ses besoins de base
- Semble avoir peur, être humilié, ressentir de la honte, être impuissant
- Révèle des actes de violence familiale
- Révèle que le partenaire abuseur a agressé une personne tenant un enfant dans ses bras ou lui a lancé des objets

Si vous soupçonnez qu'il y a ou qu'il y a eu maltraitance ou négligence à l'égard d'un enfant, vous avez l'obligation légale de consulter ou de signaler la maltraitance à:

La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa
**Pour signaler une maltraitance ou une négligence à l'égard d'un enfant :**
613-747-7800

---

Sources : Texte extrait du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa et Santé publique Ottawa

## Facteurs de stress familiaux / environnementaux

L'environnement dans lequel l'enfant grandit et apprend peut grandement influencer le développement physique, cognitif, comportemental et psychique de l'enfant, et avoir des effets qui marqueront l'enfant toute sa vie.

Dans la présente partie, on parle de l'environnement physique et de l'environnement psychologique (ou relationnel) de l'enfant. L'environnement physique, c'est, entre autres choses, l'état du logement et la sécurité du quartier où vit l'enfant. L'environnement psychique, c'est notamment la relation que vit l'enfant avec ses parents ou son tuteur, cette relation étant le facteur le plus important dans la croissance et le développement de l'enfant.

Les facteurs de stress au sein de la famille sont, notamment, la pauvreté ou la non-satisfaction des besoins de base (les besoins de base étant la nécessité d'une nutrition appropriée et suffisante, d'un abri, de vêtements), le divorce, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, et la maladie. Les enfants peuvent aussi vivre des formes extrêmes de stress familial quand ils sont, par exemple, témoins de mauvais traitements infligés à l'un des parents ou à une personne qui leur est chère ou qu'ils sont eux-mêmes victimes de mauvais traitements ou de négligence.

**Si un ou plusieurs des facteurs de stress 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
- Comportements d'intimidation
- Problèmes de santé graves, chroniques, ou qui entraînent une diminution des capacités
- 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 sur le développement de l'enfant
- Parent jeune, immature, souffrant d'un retard de développement
- Antécédents de dépression du post-partum
- Antécédents criminels, notamment incarcération d'un des parents
- Capacités insuffisantes du parent en matière de lecture et d'écriture, études scolaires interrompues

### *Facteurs sociaux / familiaux*

- Éclatement de la famille
- Immigration récente
- Isolement géographique
- Absence d'une communauté culturelle ou linguistique
- Déménagements de domicile fréquents
- Changements de district scolaire fréquents
- 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 spéciaux d'un membre de la famille
- Absence d'un réseau de soutien ou manque de répit pour les aidants naturels

- Services sociaux ou mécanismes de soutien ne répondant pas aux besoins de la famille
- Série de pertes subies dans un bref laps de temps
- Décès récent d'un parent ou d'un enfant
- Logement inadéquat ou pas de domicile fixe pendant une période

### *Facteurs économiques*

- Revenu insuffisant
- Chômage
- Suremploi – doit avoir plusieurs emplois
- Faillite d'entreprise
- Dette

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Le programme Bébés en santé, enfants en santé, au : 613-580-6744 ou, sans frais : 1 866 426-8885
- Centre d'information communautaire d'Ottawa : composer le 2-1-1, ou www.cominfo-ottawa.org
- Jeunesse, J'écoute : 1 800 668-6868; www.KidsHelpPhone.ca

Pour obtenir des services de protection de l'enfance, appeler la Société d'aide à l'enfance d'Ottawa, au 613-747-7800.

---

Sources : Adaptation du document York Region – Red Flags (2009), revu en 2010 par la Société d'aide à l'enfance d'Ottawa, le Crossroads Children's Centre, le programme Cours de langue pour les immigrants au Canada (CLIC), la Maison Sainte-Marie, l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers et Santé publique Ottawa

# Motricité fine

La motricité fine est la coordination des mouvements des petits muscles des doigts et des mains qui permet à l'enfant d'accomplir des tâches comme saisir et manipuler de petits objets, s'habiller, se nourrir, découper et écrire. De nombreuses activités dépendent de la coordination de la motricité fine, de la motricité globale et de la vision.

**Développement sain de l'enfant… Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme.**

**À 2 et 3 mois**

- Tient momentanément un objet si on le place dans sa main
- Ouvre et ferme ses mains

**À 4 mois**

- Tient le sein ou le biberon avec une ou deux mains
- Porte ses mains ou ses jouets à la bouche
- Ramène ses mains au milieu du corps lorsqu'il est allongé sur le dos
- Touche ses genoux avec ses mains

**À 6 mois**

- Mange à la cuillère (p. ex. des céréales pour bébés)
- Essaie d'attraper ses jouets lorsqu'il est allongé sur le dos
- Se sert de ses mains pour attraper et saisir des jouets
- Maintient seul un biberon dans sa bouche

**À 9 mois**

- Saisit de petits objets entre le pouce et l'index
- Fait passer un objet d'une main à l'autre
- Relâche volontairement des objets
- Fait au revoir de la main

**À 12 mois**

- Tient, croque et mâche des aliments (p. ex. des craquelins)
- Retire des objets d'un contenant
- Pointe de l'index
- Joue à des jeux comme « coucou »
- Boit au gobelet en le tenant avec ses deux mains
- Saisit des aliments en petits morceaux pour les manger

**À 18 mois**

- Aide la personne qui s'occupe de lui à l'habiller en tendant les bras et les jambes
- Empile trois cubes ou plus
- Gribouille avec des crayons
- Mange sans tousser ou s'étouffer
- Met des objets dans un contenant
- Est capable d'assortir les formes dans les jeux conçus à cet effet
- Se sert d'une main plus souvent que de l'autre
- Quand le poignet est fléchi, le bras se déplace d'un seul bloc, le poing est fermé (préhension palmaire de force en supination).

**À 2 ans**

- Enlève lui-même ses chaussures, ses chaussettes et son chapeau
- Empile au moins cinq cubes
- Mange avec une cuillère en ne faisant presque rien tomber

**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 entre ses doigts
- Trace des lignes verticales et horizontales par imitation
- Copie un cercle déjà dessiné
- Est capable d'effectuer une prise digitale en pronation immature – poignet en extension, pouce vers le bas, instrument tenu avec les doigts, doigts serrés, bras se déplaçant d'un seul bloc
- Fait des jeux de doigts en chantant de petites chansons

**À 4 ans**

- Tient un crayon correctement
- Défait les boutons et ouvre les fermetures à glissière
- Se sert de ciseaux pour découper
- S'habille et se déshabille avec très peu d'aide

**À 5 ans**

- Trace des lignes diagonales et des formes simples
- Se sert de ciseaux pour couper du papier le long d'une ligne noire épaisse
- S'habille et se déshabille sans aide, sauf pour les petits boutons, les fermetures à glissière et les boutons-pression
- Dessine des bonshommes en 3 parties (tête, jambes et bras, ou tête, tronc et jambes, ou en faisant des traits)

**À 6 ans**

- Dessine des bonshommes avec une tête, des parties du visage, des bras, des jambes, un tronc, des mains et des pieds
- Indicateurs de troubles de motricité fine… Si un enfant éprouve l'un des troubles suivants, vous devez y voir un signal d'alarme :
- Le bébé n'est pas capable de tenir ni de saisir le doigt d'un adulte, pas plus qu'un jouet ou un objet, pendant une courte période de temps.
- N'est pas capable de jouer de façon adéquate avec divers jouets, ou évite les activités d' bricolage et de manipulation
- Ignore de façon constante un côté de son corps ou a de la difficulté à l'utiliser, ou se sert exclusivement d'une main

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre.
- Les parents peuvent être dirigés vers un centre d'accès aux soins communautaires, où un(e) ergothérapeute mènera une évaluation, ou vers un(e) ergothérapeute privé(e).

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé par le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa et CommuniCare Therapy, qui se sont appuyés sur le document Beery™ VMI Stepping Stones Parent Checklist

# Motricité globale

On entend par motricité globale la coordination des groupes de grands muscles du corps qui font se mouvoir les bras, les jambes, les pieds ou l'ensemble du corps. Elle joue un rôle important dans les principaux mouvements du corps comme ramper, marcher, s'asseoir, sauter, soulever, donner des coups de pied et lancer une balle. Le développement de la motricité permet, d'une part, de stabiliser le corps dans l'espace (posture et équilibre) et, d'autre part, d'évoluer dans l'espace. La perception (l'information sur le corps et l'environnement), la cognition (la pensée) et les processus moteurs (le travail simultané des muscles) jouent tous un rôle dans la production du mouvement.

**Développement sain de l'enfant… Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme.**

**À 3 mois**

- Redresse la tête lorsqu'on le tient contre l'épaule
- Redresse la tête lorsqu'il est allongé sur le ventre
- Ramène simultanément ses deux mains vers le milieu de la poitrine ou le visage lorsqu'il est allongé sur le dos
- Étire les jambes lorsqu'on pose ses pieds sur une surface; donne des coups de pied

**À 4 mois**

- Maintient la tête droite dans l'alignement du corps et ramène les mains sur la poitrine lorsqu'il est allongé sur le dos
- Redresse la tête et prend appui sur ses avant-bras lorsqu'il est sur le ventre
- Tient la tête droite lorsqu'il est soutenu en position assise
- Passe du ventre sur le dos; tient assis avec un léger soutien à la taille

**À 6 mois**

- Passe du dos sur le ventre ou du ventre sur le dos
- S'appuie sur les mains, les bras tendus, lorsqu'il est sur le ventre
- Tient assis au sol avec un soutien
- Tient assis sur une chaise haute avec un soutien
- Tient brièvement assis en se soutenant avec les mains
- Se redresse pour s'asseoir si on lui prend les mains, lorsqu'il est allongé sur le dos
- Met la plus grande partie de son poids sur ses jambes lorsqu'il est soutenu par un adulte

**À 9 mois**

- Tient assis au sol sans soutien
- Avance sur le ventre ou roule de façon continue pour aller chercher un objet
- Se tient debout avec un soutien
- Tient en équilibre sur les mains et les genoux
- Tient assis pendant plus de cinq minutes sans se soutenir avec les mains
- Tourne le tronc lorsqu'il se tient assis seul
- Monte une ou deux marches lorsqu'un adulte lui tient les deux mains

**À 12 mois**

- Se redresse pour s'asseoir tout seul
- Se met debout en s'agrippant aux meubles
- Marche en tenant les mains d'un adulte ou en se tenant aux meubles

**À 18 mois**

- Marche seul
- Monte les escaliers en rampant
- Joue en position accroupie
- S'assied sur une petite chaise; monte trois marches en posant les deux pieds sur chaque marche, lorsqu'on le tient par la main

**À 2 ans**

- Marche à reculons ou de côté en tirant un jouet
- Saute des deux pieds à la fois
- Pousse une petite poussette ou un charriot, les fait changer de direction et reculer
- Frappe du pied dans un ballon

**À 3 ans**

- Tient debout brièvement sur un seul pied
- Monte les escaliers avec très peu ou pas de soutien
- Frappe du pied avec force dans un ballon
- Pédale sur les jouets à pédales
- Court sur les orteils en soulevant les deux pieds

**À 4 ans**

- Tient debout sur un seul pied jusqu'à trois secondes sans soutien
- Monte les escaliers en posant un pied après l'autre
- Pédale sur un tricycle
- Marche le long d'une ligne droite sans s'en écarter
- Saute sur un pied

**À 5 ans**

- Peut faire de 8 à 10 sauts de suite sur un pied
- Lance et peut, le plus souvent, attraper une balle
- Joue aisément et de façon sécuritaire sur les structures des terrains de jeu

**Indicateurs de troubles de motricité globale… Si un enfant éprouve l'un des troubles suivants, vous devez y voir un signal d'alarme :**

- Le bébé n'est pas capable de tenir sa tête droite pour la tourner et regarder à gauche et à droite
- N'est pas capable de marcher avec les talons touchant le sol, quatre mois après avoir commencé à marcher
- Asymétrie (différence entre les deux côtés du corps), ou corps trop mou ou trop raide

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre.
- Les parents peuvent être dirigés vers un centre d'accès aux soins communautaires, où un(e) ergothérapeute mènera une évaluation, ou vers un(e) ergothérapeute privé(e).

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), revu par le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa et CommuniCare Therapy, qui se sont appuyés sur le document Beery™ VMI Stepping Stones Parent Checklist

# Nutrition

Une bonne nutrition est extrêmement importante pour la santé, la croissance et le développement en général de tous les enfants, mais surtout de ceux âgés de 0 à 5 ans. Ces cinq années sont cruciales pour le développement du cerveau et du corps, et ce sont les années de croissance les plus rapides que connaîtra un enfant.

**Si l'un ou plusieurs des facteurs de risque suivants sont présents chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme.**

### *De la naissance à 6 mois*

- Le bébé n'est pas nourri lorsqu'il manifeste des signes de faim.
- Au cours des quatre premiers mois, le bébé n'est pas nourri fréquemment.
- Du lait de vache ou des préparations sont donnés à la place du lait maternel ou du lait maternisé enrichi de fer.
- Le biberon donné au bébé est calé pour être maintenu dans sa bouche.
- Les céréales pour bébés sont données dans un biberon.
- Du lait maternisé en poudre est utilisé avant que le bébé ait atteint deux mois.
- Pendant les quatre premiers mois, l'eau utilisée pour le lait maternisé n'est pas bouillie à gros bouillons pendant une minute et le matériel n'est pas aseptisé.
- L'eau provenant d'un puits privé utilisée pour nourrir le bébé n'est pas testée régulièrement.
- Le lait maternisé n'est pas mélangé dans les bonnes proportions.
- Aucun supplément de vitamine D n'est donné au bébé, nourri entièrement ou partiellement au lait maternel.
- Des aliments liquides (dont de l'eau et du jus de fruits) ou solides autres que le lait maternel ou du lait maternisé enrichi de fer sont donnés au bébé avant qu'il ait atteint quatre mois (il est même préférable d'attendre qu'il ait six mois).
- Des aliments présentant un danger pour les bébés sont donnés à l'enfant (comme du miel, du lait de vache ou des tisanes)

### *6 mois :*

- Vous pouvez commencer à donner des aliments solides à votre bébé lorsqu'il peut s'asseoir dans une chaise, se tenir la tête, se pencher vers l'avant, et suivre la nourriture avec ses yeux. Une fois que vous avez commencé à lui donner des aliments solides, vous pouvez poursuivre l'allaitement pendant 2 ans ou plus.
- Continuez l'allaitement et donnez chaque jour un supplément de 400 U.I. de vitamine D.
- À cette étape, vous pouvez lui donner des aliments mous et grumeleux, cuits jusqu'à ce qu'ils soient tendres. Il n'est pas nécessaire de réduire la nourriture en purée.
- Au moment d'introduire de nouveaux aliments, surveillez les signes de réaction allergique.
- Utilisez une cuillère pour nourrir votre enfant, et donnez-lui 1 cuillérée à thé ou moins à la fois. Augmentez progressivement la quantité.
- Commencez par nourrir votre bébé une fois par jour, le matin, puis augmentez à 2 fois par jour.
- Comme premiers aliments solides, donnez à votre enfant de la viande (et ses substituts) ainsi que des céréales pour bébés.
- Commencez à donner à votre enfant des aliments qu'il peut manger avec ses doigts, comme des fruits tendres (banane, mangue), des croûtes de pain, du fromage râpé et des œufs brouillés.

**Viandes et substituts :**

- Donnez à votre bébé de la viande ou des substituts cuits, écrasés à la fourchette, finement hachés ou brouillés. Vous pouvez lui offrir du bœuf, du porc, du poulet, du poisson, des légumineuses, des œufs et du tofu.

**Produits céréaliers :**

- Introduisez des céréales pour bébés à grain unique enrichies en fer (par exemple riz, orge, ou avoine). Au début, mettez beaucoup de liquide dans les céréales (de l'eau ou du lait maternel exprimé) puis réduisez graduellement la quantité de liquide.

**Légumes et fruits**

- Vous pouvez donner à votre bébé, n'importe quel type de légumes ou de fruits cuits et réduits en purée. Vous pouvez également lui donner des poires, des bananes ou des pêches crues, si elles sont tendres.

**Lait et substituts :**

- Donnez par exemple à votre enfant, du fromage râpé, du yogourt, du fromage cottage ou du fromage ricotta riches en matières grasses (au moins 2 % M.G.).
- Les allergènes alimentaires les plus courants, comme les arachides, le poisson, le blé, les produits laitiers, le soya et les œufs entiers peuvent être introduits dans l'alimentation dès l'âge de 6 mois. Au début, donnez une seule portion de l'aliment dans une même journée, puis attendez 2 jours avant d'introduire un nouvel allergène courant.

Être parent à Ottawa, Saine alimentation, 2015

## *De 7 à 8 mois : C'est le moment d'ajouter des textures*

- Vous pouvez ajouter des textures dans l'alimentation de votre enfant lorsqu'il peut mordre les aliments, les ramasser avec ses doigts, et boire d'un gobelet sans couvercle (même s'il en renverse).
- Poursuivez l'allaitement et donnez chaque jour un supplément du 400 U.I. de vitamine D.
- Donnez-lui de petites bouchées d'aliments qui se mangent avec les doigts. Vous pouvez par exemple lui donner de la viande hachée cuite, du poisson, des œufs, des nouilles, du riz, des rôties, des fruits ou des légumes tendres et du fromage.
- Offrez-lui à manger 2 ou 3 fois par jour.

**Viandes et substituts :**

- Continuez de donner à votre enfant des viandes riches en fer, des œufs et des légumineuses. Les aliments semi-solides ou hachés sont à privilégier.
- Essayez de lui donner des bouchées de rôtie tartinées d'une mince couche de beurre de noix.

**Produits céréaliers :**

- Introduisez les céréales mixtes pour bébés.
- Offrez-lui du riz, des pâtes, des céréales sèches et des rôties sèches. Les grains entiers sont à privilégier.

**Légumes et fruits :**

- Donnez des bouchées de légumes cuits à votre enfant. Vous pouvez aussi lui offrir des légumes et des fruits crus s'ils sont tendres.

**Lait et substituts :**

- Continuez à lui offrir du yogourt, du fromage cottage et du fromage ricotta.
- Vous pouvez lui offrir de petits morceaux d'autres types de fromage.
- Donnez de l'eau à votre enfant dans un gobelet sans couvercle, même s'il en renverse.
- Ne lui donnez pas d'aliments qui contiennent de la viande, des œufs, de la volaille ou du poisson crus ou partiellement cuits. Évitez également tout aliment non-pasteurisé, comme les produits laitiers, les œufs, les jus et les cidres.

Être parent à Ottawa, Saine alimentation, 2015

## *Neuf à douze mois : c'est le moment d'introduire les aliments à mastiquer*

- Votre bébé est prêt à mastiquer lorsqu'il peut ramasser la nourriture et la mettre dans sa bouche, contrôler la nourriture dans sa bouche et tenir sa cuillère et son gobelet.
- Poursuivez l'allaitement et donnez chaque jour un supplément de 400 U.I. de vitamine D.

- Vous pouvez lui donner la même nourriture que vous servez au reste de la famille, mais elle doit être râpée, hachée finement ou coupée en morceaux ou en languettes.
- Offrez-lui de la nourriture 3 ou 4 fois par jour.

**Viandes et substituts :**

- Les viandes et les substituts devraient être servis de manière à ce que le bébé puisse se nourrir lui-même avec une cuillère ou avec ses doigts.

**Produits céréaliers :**

- Vous pouvez donner de petites bouchées de riz, de couscous, de pita, de pâtes ou de pain à grains entiers à votre enfant.

**Légumes et fruits :**

- Servez n'importe quelle variété de fruits ou de légumes tendres, crus ou cuits.

**Lait et substituts :**

- Votre enfant peut commencer graduellement à boire du lait de vache entier (3,25 % M.G.), dès qu'il mange une grande variété d'aliments.
- Offrez-lui du lait ou du lait maternel après les repas
- Servez l'eau et le lait dans un gobelet sans couvercle
- Offrez quotidiennement à votre tout-petit de 12 à 24 mois, une variété d'aliments provenant des 4 groupes du Guide alimentaire canadien. Laissez votre tout-petit choisir la quantité de nourriture qu'il souhaite manger. Pour cette tranche d'âge, on ne recommande pas un nombre particulier de portions de chaque groupe alimentaire.

**Essayer de nouveaux aliments**

- Encouragez votre tout-petit à essayer de nouveaux aliments et offrez-lui les mêmes aliments que vous offrez au reste de la famille lors des repas et des collations.
- Offrez un nouvel aliment à votre enfant à plusieurs reprises et accompagnez-le d'aliments qu'il aime déjà.
- Il se peut que votre tout-petit doive goûter à un aliment plusieurs fois avant de l'adopter.
- Votre tout-petit sera plus enclin à goûter à de nouveaux aliments s'il est calme.
- L'heure du repas devrait être un moment agréable.
- Évitez de forcer votre tout-petit à manger et ne lui promettrez rien en retour, car il sera moins enclin à manger par la suite et il aura plus de difficulté à savoir s'il a faim ou s'il est rassasié.

**Offrez des boissons santé**

- Les tout-petits devraient boire de l'eau entre les repas et les collations et lorsqu'ils ont soif.
- Chaque jour, offrez deux tasses de lait homogénéisé (3,25 % M.G.) à votre tout-petit, offrez-en moins si vous allaitez. S'il boit trop de lait, il sera rassasié et ne voudra pas manger d'autres aliments santé.
- Les tout-petits devraient manger des fruits plutôt que de boire du jus. Les enfants n'ont pas besoin de jus.
- Boire du lait, du jus ou du jus dilué avec de l'eau entre les repas pourrait causer la carie.

Être parent à Ottawa, Saine alimentation, 2015

### *De 1 à 2 ans*

- L'enfant boit moins de 16 onces, ou plus de 24 onces, de lait par jour.
- Aucun aliment solide n'a été introduit dans l'alimentation; l'enfant est exclusivement nourri au lait maternel ou au lait maternisé.
- Du lait écrémé, des boissons à base de soja,
- de riz ou d'autres boissons végétariennes sont donnés régulièrement à l'enfant avant l'âge de deux ans.
- L'enfant consomme des quantités excessives de boissons contenant des calories, comme du jus de fruits (plus de quatre à six onces par jour), des boissons gazeuses et des boissons fruitées.

- L'enfant boit des liquides (y compris du lait) principalement dans un biberon.
- L'enfant ne mange pas une variété d'aliments ordinaires provenant de chacun des quatre groupes alimentaires.
- L'enfant refuse systématiquement la nourriture grumeleuse ou d'une certaine consistance.
- À 15 mois, l'enfant ne mange pas avec ses doigts, ne se nourrit pas seul.
- L'enfant mange rarement ou ne mange jamais en même temps que le reste de la famille.
- P. ex. les repas de l'enfant durent longtemps, une heure.
- Un simple nettoyage buccal régulier (au moyen d'une compresse de gaze imbibée d'eau stérilisée) n'est pas encore effectué.
- L'enfant grignote toute la journée.
- Les parents ne laissent pas l'enfant décider de la quantité qu'il veut manger.

### *De 2 à 3 ans*

- Mangez en famille.
- Les parents et/ou les personnes prenant soin des enfants devraient donner l'exemple en mangeant une grande variété d'aliments.
- Ne donnez pas plus de 125 à 175 ml (4 à 6 onces) de jus par jour. Servez plutôt des légumes et des fruits.
- Intégrez de 3 à 4 groupes alimentaires aux repas de votre enfant. Consultez le Guide alimentaire canadien pour en savoir plus.
- Offrez le même aliment à plusieurs reprises pour encourager votre tout-petit à y goûter. Il est possible que vous ayez à offrir un nouvel aliment de 10 à 15 fois avant qu'il y goûte.
- Offrez à votre tout-petit un nouvel aliment à la fois en l'accompagnant d'au moins un autre aliment qu'il aime.
- L'appétit des tout-petits varie d'une journée à l'autre. Prévoyez 2 à 3 heures entre les repas et les collations pour que votre enfant ait faim à l'heure du repas.
- Dès l'âge de 2 ans, les tout-petits peuvent participer à la préparation des repas et des collations. Certaines tâches peuvent être appropriées selon leur âge, leur stade de développement et leur niveau d'intérêt.

Les enfants de 2 à 3 ans aiment découvrir avec leurs sens. Ils peuvent vous aider à effectuer certaines tâches simples comme laver les fruits et les légumes, ajouter des ingrédients aux plats et sentir les fines herbes et les épices.

### *De 3 à 4 ans*

- Mangez en famille.
- Les parents devraient donner l'exemple en mangeant une grande variété d'aliments
- Ne donnez pas plus de 125 à 175 ml (4 à 6 onces) de jus par jour. Servez plutôt des légumes et des fruits.
- Intégrez de 3 à 4 groupes alimentaires aux repas de votre enfant. Consultez le Guide alimentaire canadien pour en savoir plus.
- Offrez le même aliment à votre enfant à plusieurs reprises pour l'encourager à y goûter. Vous pourriez devoir lui présenter un nouvel aliment de 10 à 15 fois avant qu'il y goûte.
- Offrez à votre enfant d'âge préscolaire un nouvel aliment à la fois en l'accompagnant d'au moins un autre aliment qu'il aime.
- Sachez que l'appétit de votre enfant d'âge préscolaire peut varier d'une journée à l'autre. Prévoyez 2 à 3 heures entre les repas et les collations pour que votre enfant ait faim à l'heure du repas.

Être parent à Ottawa, Saine alimentation, 2015

## Facteurs de risque généraux

- Les mesures de croissance sont tombées de deux percentiles ou plus de façon inattendue (absence de croissance).
- Les parents ne reconnaissent pas les signes de faim verbaux et non verbaux manifestés par l'enfant et ne répondent pas à ses besoins.
- Utilisation de biberons au bisphénol A (BPA)
- Allergies ou intolérances alimentaires suspectées ou diagnostiquées entraînant des restrictions alimentaires
- L'enfant a des problèmes pour téter, mâcher ou avaler; a des haut-le-cœur, vomit ou tousse pendant qu'il mange ou après avoir mangé.
- L'enfant souffre de problèmes dentaires ou buccaux qui le gênent pour manger ou boire.
- Est fréquemment constipé ou a fréquemment la diarrhée, ou les deux
- Suit un régime spécial qui limite ou inclut des aliments précis
- Tous les produits d'origine animale, y compris le lait et les œufs, sont exclus de l'alimentation.
- Des aliments non appropriés ou présentant un danger sont donnés à l'enfant (comme des œufs crus, du lait ou du cidre non pasteurisé, des tisanes, des boissons gazeuses, des boissons fruitées, du café, des boissons contenant de la caféine, de l'alcool, des aliments pouvant provoquer un étouffement).
- Mange des produits non alimentaires
- Le bébé ou l'enfant n'est pas surveillé lorsqu'il mange.
- L'enfant grignote, ou mange ou boit de petites quantités de nombreuses fois dans la journée au lieu de faire des repas et de manger des collations à des heures précises.
- La famille exerce des pressions sur l'enfant, le récompense ou le punit dans le but de le faire manger.
- La famille ne dispose pas d'installations adéquates d'entreposage et de préparation de la nourriture.
- La famille ne peut pas se procurer de nourriture adéquate
  (p. ex. en raison d'un manque d'argent).
- Les parents ou les tuteurs utilisent une approche très restrictive concernant la nourriture.
- La personne qui s'occupe de l'enfant n'installe pas l'enfant correctement pour manger. (Il prend son biberon allongé sur le dos après 6 mois. )
- Le refus de manger ou le comportement de l'enfant rendent les repas difficiles ou longs pour la personne qui s'occupe de l'enfant.

## Facteurs de risque généraux indiquant la nécessité de faire intervenir un(e) diététiste ou un autre fournisseur de soins de santé primaires

- L'alimentation de l'enfant cause des problèmes à la famille – les repas ne sont pas agréables; le bébé/l'enfant refuse de nombreux aliments ou boit des quantités excessives de liquides dans la journée et n'a donc pas faim à l'heure des repas. Les parents le forcent peut-être à manger ou lui offrent peut-être des quantités inappropriées de nourriture.
- Les parents ont des problèmes de perception concernant leur propre alimentation et/ou leur image corporelle.
- Le bébé/l'enfant a un problème d'ordre médical qui le gêne pour boire ou manger; il a du mal à avaler, il a des haut-le-cœur, il s'étouffe, etc.

- Le bébé/l'enfant a d'autres problèmes de santé pouvant être reliés à son alimentation, comme une anémie ferriprive, la constipation, l'obésité ou un problème concernant son image corporelle.
- La famille a des croyances différentes concernant la nourriture (p. ex. elle utilise des produits à base d'herbes médicinales, exclut certains groupes alimentaires comme la viande et les substituts ou utilise des produits présentant un danger comme le lait non pasteurisé).
- La famille a un faible revenu. Les familles doivent avoir suffisamment d'argent pour pouvoir accéder à des aliments qui assureront leur subsistance.

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Un(e) diététiste à Saine alimentation Ontario, au 1-877-510-510-2; www.eatrightontario.ca/DoorwayFR.aspx
- Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744
- Le programme Bébés en santé, enfants en santé, Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744; numéro sans frais: 1 866 426-8885
- Une consultante privée en allaitement, un(e) ergothérapeute ou un(e) diététiste

**Pour en savoir plus :**

- Site Web de Santé publique Ottawa : http://www.ottawa.ca/residents/health/living/nutrition/services/index_fr.html
- Centres de la petite enfance de l'Ontario: http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/oeyc/index.aspx
- Campagne Know More Do More (Faire plus, Savoir plus), site Web du RPMCC: www.ccpnetwork.ca/en_priorities_schoolchildren.php

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Santé publique Ottawa, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario et la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, qui se sont appuyés sur le document *Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers* (mai 2008) de la Société ontarienne des professionnel(le)s de nutrition en santé publique – Family Health Nutrition Advisory Group

# Parole et langage

Les premières années de la vie sont très importantes pour l'acquisition d'habiletés de parole et de langage. Très tôt dans leur vie, les enfants apprennent à comprendre ce que disent les personnes qui les entourent, à babiller et à développer des habiletés de parole et de langage. Ces habiletés les aident à se faire des camarades et jouent un rôle crucial dans leur capacité à apprendre à lire et à écrire. Les habiletés de communication sont primordiales pour la réussite future d'un enfant.

Environ un enfant sur dix a besoin d'aide pour que ses habiletés de parole et de langage se développent normalement. À chaque étape clé du développement indiquée ci-dessous correspondent des habiletés qui marquent les progrès de l'enfant dans l'apprentissage de la communication.

**Développement sain de l'enfant… Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme :**

**À 6 mois**

- Tourne la tête en direction des sons;
- Sursaute en réaction à des bruits soudains et forts;
- Pleure de façon différente pour exprimer ses besoins différents: «j'ai faim» ou « je suis fatigué»;
- Regarde votre visage pendant que vous parlez;
- Sourit et rit en réaction à vos sourires et à vos rires;
- Imite les toux ou d'autres sons: a, é, ba.

**À 9 mois**

- Réagit quand on l'appelle par son nom;
- Réagit à la sonnerie du téléphone ou quand on frappe à la porte;
- Comprend quand on lui dit « non »;
- Obtient ce qu'il veut par des sons et des gestes, p. ex. tendre les bras pour qu'on le prenne;
- Joue avec vous, p. ex. joue à coucou;
- Aime être avec des gens;
- Gazouille et répète des sons: « bababa, duhduhduh ».

**À 12 mois**

- Suit des directives simples en une étape: « assieds-toi »;
- Regarde dans la pièce en direction de quelque chose que vous montrez du doigt;
- Utilise régulièrement de trois à cinq mots, même s'il ne les prononce pas clairement
- Utilise des gestes pour communiquer: dit « au revoir » de la main, secoue la tête pour dire « non »;
- Attire votre attention avec des sons, des gestes et en désignant des objets tout en regardant vos yeux;
- Vous apporte des jouets pour vous les montrer;
- « fait l'acteur » pour obtenir de l'attention et des éloges;
- Combine des tas de sons comme s'il conversait: « baba dada dodo »;
- Manifeste de l'intérêt envers des livres d'images simples.

**À18 mois**

- Comprend les notions de « dedans et dehors », « allumé et éteint », «ouvert et fermé »;
- Montre plusieurs parties du corps quand on le lui demande;
- Utilise régulièrement au moins 20 mots, même s'il ne les prononce pas clairement;
- Répond par des mots ou des gestes à des questions simples: « Où est ton ourson? », « Qu'est-ce que c'est? »;
- Joue à faire semblant avec ses jouets (donne à boire à son ours en peluche, imagine qu'un bol est un chapeau, p. ex
- Prononce au moins quatre consonnes différentes: p, b, m, n, d, g;
- Aime qu'on lui lise des histoires et regarder des livres simples avec vous;
- Montre des images avec le doigt.
- Joue à faire semblant avec ses jouets

**À 24 mois**

- Suit des instructions en deux étapes: « Va chercher ton ourson et montre-le à grand-maman »;
- Utilise 100 mots ou plus;
- Utilise au moins deux pronoms: « tu », « moi », «mien »;
- Combine régulièrement deux à quatre mots dans de courtes phrases comme « chapeau à papa », « camion va descendre »;
- Prononce des mots et se fait comprendre dans 50 à 60 pour cent du temps;
- Dit des mots et émet des sons facilement et sans effort;
- Aime être avec d'autres enfants;
- Commence à offrir des jouets à ses amis et imite les gestes et les mots des autres enfants;
- Tient les livres dans le bon sens et tourne les pages
- Lit à ses oursons ou à ses jouets;
- Gribouille avec des crayons de couleur.

**À 30 mois**

- Comprend les concepts de taille (grand/petit) et de quantité (un peu, beaucoup, plus);
- Utilise une grammaire plus élaborée: « deux biscuits », « l'oiseau vole», « j'ai sauté »;
- Emploie plus de 350 mots;
- Utilise des mots qui décrivent des actions: courir, renverser, tomber;
- Dit le premier son de la plupart des mots
- Prononce des mots comportant au moins deux syllabes (comme « ba-na-ne », « é-lé-phant » « cha-peau »)
- Commence à interagir avec d'autres enfants en utilisant 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 et la couche; met des blocs dans un train, conduit le train et décharge les blocs;
- Reconnaît les logos et les panneaux imprimés familiers: les arches dorées de McDonald, les panneaux « Arrêt »
- Comprend les histoires familières, se souvient des histoires qu'il connaît et peut les redire

**À 3 ans**

- Comprend des questions avec « qui », « quoi », « où » et « pourquoi »;
- Fait de longues phrases en utilisant cinq mots ou plus;
- Parle d'événements passés: une visite chez ses grands-parents, une journée à la garderie;
- Raconte des histoires simples;
- Est le plus souvent compris par la plupart des gens en dehors de la famille;
- Manifeste de l'affection envers ses camarades de jeu préférés;
- Joue à faire semblant de: préparer un repas, réparer une voiture, des activités à plusieurs étapes;
- Est conscient de la fonction du texte imprimé – dans les menus, les listes, les panneaux;
- S'intéresse aux rimes et en perçoit le sens.

**À 4 ans**

- Exécute des instructions comportant au moins trois étapes: « Va chercher du papier, fais un dessin et donne-le à maman »;
- Utilise une grammaire de type adulte;
- Raconte des histoires dont le début, le milieu et la fin sont clairs;
- Discute de solutions à des problèmes avec des adultes et d'autres enfants;
- Fait preuve d'imagination de plus en plus complexe en jouant;
- Est compris par des étrangers presque tout le temps;
- Est capable de faire des rimes simples: « l'histoire du chat qui chasse le rat »;
- Associe certaines lettres avec leurs sons « la lettre B dit "bébé" ».

**À 5 ans**

- Suit des instructions données au groupe: « tous les garçons doivent prendre un jouet »;
- Comprend des instructions comportant « si... alors »: « Si tu portes des espadrilles, alors mets-toi en rang pour la gymnastique »;
- Décrit en détail les événements passés, présents et futurs;
- S'efforce de plaire à ses amis;
- Manifeste de plus en plus d'indépendance dans les amitiés: peut rendre visite à un voisin par lui-même;
- Utilise presque tous les sons de sa langue en faisant peu d'erreurs ou en n'en faisant aucune;
- Connaît toutes les lettres de l'alphabet;
- Identifie les sons au début de certains mots: « Papa commence par le son « pa ».

**Indicateurs de problèmes… Si l'un des signes suivants est présent chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme :**

## Parole et langage

- Perd une habileté de langage ou sociale acquise antérieurement, quelle qu'elle soit, à quelque âge que ce soit
- N'a pas franchi une étape clé du développement
- Ne répond pas ou pas toujours à l'appel de son nom
- A de rares contacts sociaux (p. ex. ne sourit pas ou n'établit pas de contact avec les yeux ou le fait peu)
- Est hypersensible ou hyposensible au toucher, aux textures, au mouvement ou au bruit
- Est plus intéressé à regarder les objets que le visage des personnes
- N'imite pas les bruits: est anormalement calme; n'essaie pas de produire des sons ou de dire des mots
- Fait des otites à répétition
- A de la difficulté à suivre des instructions
- Se montre frustré lorsqu'il essaie de communiquer
- Ne manifeste aucun intérêt pour les jouets ou joue avec eux de façon inhabituelle (p. ex. les aligne, les fait tourner, ouvre et referme certaines parties du jouet plutôt que de jouer avec le jouet lui-même)
- A des centres d'intérêt inhabituels comme les interrupteurs de lumière, les portes, les ventilateurs, les roues
- Répète hors contexte ou sans les comprendre des phrases dites par d'autres (p. ex. le parent ou le tuteur dit à l'enfant: « mets tes chaussures», et l'enfant répond: « mets tes chaussures »)
- Répète des « phrases entières » ou des « scripts» tirés d'émissions de télévision ou de livres qui semblent n'avoir aucun rapport avec la situation
- Montre un intérêt inhabituel pour les lettres ou les nombres et/ou peut faire preuve d'une certaine capacité à reconnaître des mots imprimés – mais rien n'indique clairement qu'il les comprend
- Est inflexible à l'égard des routines; a un comportement compulsif ou ritualisé (doit faire certaines activités d'une façon précise ou dans un certain ordre; est enclin à avoir des accès de colère si les rituels sont interrompus)

## Bégaiement

- Les parents ou tuteurs disent que l'enfant « bégaie »: il répète des mots (p. ex. : « je-je-je») ou des syllabes (p. ex. : « ma-ma-maman »), allonge les sons (p. ex. : « mmmaman ») ou les détache (p. ex. : « b----alle »).
- Évite certains mots ou situations, ou évite de parler
- Bégaie depuis plus de 6 mois
- A physiquement des difficultés à faire sortir les mots
- Est conscient des difficultés et/ou a mentionné le bégaiement

## Voix

- Sa voix est constamment rauque ou a un timbre inhabituel.

## Habiletés motrices orales :

- Continue de baver excessivement au-delà de 18 mois
- A des problèmes pour avaler ou mâcher, ou a des haut-le-cœur lorsqu'il mange de la nourriture d'une certaine consistance (voir la partie « Alimentation et déglutition » du présent document)

### Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- **PREMIERS MOTS – PROGRAMME DE SERVICES DE RÉÉDUCATION DE LA PAROLE ET DU LANGAGE POUR LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE D'OTTAWA :**
  - Pour les enfants de la naissance à l'admission au jardin d'enfants qui présentent un RETARD DE PAROLE ET/OU DE LANGAGE SEULEMENT
  - Dirigez les parents vers une clinique de dépistage de Premiers mots: 613-580-6744, poste 28020
  - Ou envoyez une demande par télécopie au bureau d'accueil de Premiers mots, au 613-738-4893
  - www.firstwords.ca
- CENTRE DE TRAITEMENT POUR ENFANTS D'OTTAWA (CTEO) :
  - pour les enfants de la naissance à l'admission au jardin d'enfants qui présentent un RETARD DE PAROLE ET/OU DE LANGAGE ET un PROBLÈME DE DÉVELOPPEMENT (habiletés à jouer, sociales ou motrices)
  - Demandez aux parents d'appeler le 613-737-0871, poste 4425
  - Ou envoyez une demande par télécopie au 613-738-4841
- Pour obtenir une liste d'orthophonistes privé(e)s situé(e)s à Ottawa :
  - Rendez-vous à http://firstwords.ca/wp-content/uploads/2010/09/Private-SLP-List-sep-29. pdf
  - Ontario Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists: 1 800 718-6752 (www.osla.on.ca)
  - Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario (www.caslpo.com)
  - Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (www.caslpa.ca/francais/index.asp)
- Leur médecin de famille ou pédiatre

**Pour en savoir plus :**

- Hanen Centre (www.hanen.org)
- Ontario Association for Families of Children with Communication Disorders (OAFCCD)
- Centres de la petite enfance de l'Ontario www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/oeyc/index.aspx
- Ottawa Parents of Children with Apraxia (OPCA)
- Info-santé publique Ottawa: 613-580-6744

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa, CommuniCare Therapy, et Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, qui se sont appuyés sur la brochure Compétences langagières de votre bébé de la naissance à 30 mois, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, et la brochure Le développement de la parole et du langage chez votre enfant d'âge préscolaire, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

# Préparation à l'école

Aucun facteur unique ou simple ne permet de déterminer si un enfant est prêt à commencer l'école. Divers domaines du développement de l'enfant ont besoin d'être évalués. La capacité à penser de façon logique, à parler clairement et à bien interagir avec les autres est d'une importance cruciale pour la réussite scolaire d'un enfant.

Certains comportements chez l'enfant aideront à déterminer si, sur les plans physique, social et cognitif, celui-ci est prêt à aller à l'école.

L'enfant doit pouvoir :

- S'habiller avec de l'aide
- Aller aux toilettes seul
- Sortir les aliments pour ses repas des contenants, emballages, etc.
- Être séparé de ses parents ou tuteurs
- Demander de l'aide
- Partager avec les autres enfants et attendre son tour
- Suivre des routines
- Communiquer de sorte à être compris par l'enseignant(e) et les autres élèves
- Écouter et suivre des instructions
- Comprendre les règles élémentaires de sécurité
- Tenter de faire de nouvelles choses
- Prendre part à des activités de groupe

**Si l'un ou plusieurs des comportements suivants sont présents chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme :**

- Importantes difficultés d'attention
- Le comportement de l'enfant entrave sa capacité à apprendre de nouvelles choses.
- Survenance d'un changement soudain de comportement, inhabituel chez l'enfant
- Difficultés à acquérir des habiletés préscolaires/ à saisir des concepts (comme les couleurs ou les formes)
- Antécédents de troubles d'apprentissage dans la famille
- Retard dans les habiletés à se prendre en charge
- Antécédents de retard de parole et de langage
- Difficultés à acquérir des habiletés de littératie précoce (comme faire des rimes)
- Résultats irréguliers (n'est pas capable de faire ce qu'il avait réussi à faire la semaine précédente)
- Faible concentration et manque d'organisation

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

Les spécialistes de l'alphabétisation durant la petite enfance de l'est de l'Ontario, au 613- 565-2467, poste 232;

http://www.parentresource.on.ca/fr/ottawaprc/Contacteznous_p561.html

**Pour en savoir plus :**

- Ottawa Carleton District School Board: 613-596-8211; www.ocdsb.edu.on.ca
- Ottawa Catholic School Board: 613-224-2222; www.occdsb.on.ca
- Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario: 613-742-8960; www.cepeo.on.ca
- Conseil des écoles catholiques du centre-est: 613-744-2555; www.ceclf.edu.on.ca
- Centres de la petite enfance de l'Ontario: http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/oeyc/index.aspx

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Premiers mots – Programme de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, l'Algonquin College - Early Childhood Education Program, le Parent Resource Centre et l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers

# Santé buccodentaire

Une mauvaise hygiène buccodentaire peut entraîner la formation de caries de la petite enfance avant même que ne perce la première dent.

Les problèmes dentaires pendant la petite enfance peuvent avoir un impact sur la croissance générale et le développement cognitif d'un enfant. Ils peuvent perturber le sommeil, l'appétit et les habitudes alimentaires de l'enfant et avoir un effet néfaste sur son comportement à l'école et son estime de soi. L'accès à des soins dentaires ainsi que de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire dès le départ sont très importants.

La carie de la petite enfance se forme souvent sur les dents supérieures de devant, juste sous la lèvre. La présence de taches blanches « crayeuses » ou de taches brunes peut être un signe précoce de carie dentaire.

**Facteurs de risque de carie dentaire chez le très jeune enfant… La présence de l'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants doit être considérée comme un signal d'alarme.**

## Exposition des dents à des glucides fermentescibles (comme le lait maternisé, les jus de fruits, le lait et le lait maternel), dans les cas suivants :

- Repas prolongés donnés au biberon, au gobelet à bec ou au gobelet avec paille
- Maintien du sein dans la bouche du bébé pendant une période de temps prolongée alors que le bébé ne tète plus activement
- Consommation élevée de sucre pendant la petite enfance
- Suce couverte d'un ingrédient sucré
- Prise à long terme de médicaments sucrés
- Utilisation d'un biberon au-delà de l'âge de un an
- Biberon contenant autre chose que de l'eau pris pour s'endormir
- Collations fréquentes contenant du sucre ou de l'amidon cuit (collations cariogènes) et absence d'hygiène buccodentaire. Exemples d'aliments et de boissons cariogènes :
    - Confiseries au sucre et au chocolat, bonbons
    - Céréales sucrées servies au petit-déjeuner
    - Fruits au sirop, confitures, miel
    - Gâteaux, pâtisseries, biscuits
    - Boissons gazeuses, boissons à base de lait sucré, cocktails de fruits, punchs et autres boissons semblables
    - Croustilles

## Facteurs physiologiques

- Facteurs associés au faible développement de l'émail, comme la nutrition prénatale, une mauvaise santé prénatale et la malnutrition de l'enfant
- Carences possibles concernant l'émail liées à la prématurité ou au faible poids à la naissance
- Manque d'exposition à de l'eau fluorée
- Période d'infectiosité: transfert de bactéries orales d'un parent ou tuteur à l'enfant entre l'âge de 19 et 31 mois, lors de contacts intimes fréquents et du partage d'ustensiles

**Première visite de l'enfant chez un dentiste**

L'Association dentaire canadienne recommande que la première visite d'un enfant chez un dentiste ait lieu à l'âge d'un an.

## Autres facteurs de risque

- Mauvaise hygiène buccodentaire – brossage inefficace ou peu fréquent des dents (moins de deux fois par jour)
- Antécédents de carie de la petite enfance chez des frères et sœurs
- Statut socio-économique peu élevé
- Accès limité à des soins dentaires
- Compétences parentales, dont la manière de traiter l'enfant, faibles ou limitées
- Manque de connaissances des parents en matière de santé buccodentaire
- Absence de routines concernant l'heure des repas et l'hygiène
- Première visite tardive chez un dentiste
- Retards de développement
- Cancers

Pour en savoir plus, visiter http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/dental_care_children/tooth_decay.asp

### Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Leur dentiste
- Info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744
- Les cliniques de soins dentaires de Santé publique Ottawa
  - Ouest – 613-580-9631
  - Sud/est – 613-580-9632
  - Centre-ville – 613-580-9633
- L'enfant pourrait être admissible au Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE) **www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/dental/** ou au programme Beaux sourires Ontario (BSO) www.ontario.ca/fr/page/obtenir-des-soins-dentaires.
- l'Ottawa Dental Society, au 613-523-3876

**Horaires des examens dentaires sans frais :**
http://ottawa.ca/fr/residents/sante-publiques/vie-sante/acces-aux-services-dentaires#depistages

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Santé publique Ottawa

# Sommeil

Le sommeil joue un rôle important dans le développement de l'enfant. Il contribue au développement du cerveau de l'enfant et, en particulier, au développement de la mémoire, de l'attention et de la créativité, et favorise un plus haut niveau de fonctionnement organisationnel. Le manque de sommeil chez les jeunes enfants peut notamment entraîner des sautes d'humeur et des troubles du fonctionnement cognitif (c. -à-d. de mémoire et d'attention) ou de l'apprentissage.

De bonnes habitudes de sommeil à un très jeune âge permettent d'établir des modes de comportement sains qui contribuent au développement global de la santé. S'ils sont établis tôt, les comportements de sommeil sains ont plus de chance de durer toute la vie.

Parler avec les parents ou tuteurs du sommeil, tout comme on leur parle de la croissance et du développement de l'enfant, peut les aider à avoir des attentes réalistes quant au sommeil de leur enfant.

**Les facteurs suivants sont considérés comme étant un problème s'ils perturbent le sommeil et le fonctionnement d'un enfant; ils constituent des signaux d'alarme :**

- L'enfant a des allergies ou souffre d'asthme.
- Antécédents d'amygdales et d'adénoïdes enflées
- L'enfant a tendance à respirer par la bouche.
- Antécédents familiaux du syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- L'enfant ronfle bruyamment, fait des pauses pour respirer pendant le sommeil; un gonflement des adénoïdes et/ou des amygdales a été détecté.
- Dort excessivement pendant la journée (fait la sieste au-delà de six ans)
- A de la difficulté à se réveiller le matin, même s'il semble avoir fait une bonne nuit
- Absence de croissance; symptômes respiratoires chroniques
- Problèmes d'apprentissage, de comportement ou d'humeur, en particulier chez un enfant qui ronfle, qui fait des pauses pour respirer pendant son sommeil, ou dont le sommeil est perturbé
- Chez un tout-petit, anxiété liée à la séparation qui entraîne chez lui de la difficulté à se séparer à l'heure du coucher et une résistance à aller au lit
- Difficulté à s'endormir et à rester endormi
- Parasomnies (frayeurs nocturnes ou somnambulisme) compromettant la sécurité de l'enfant, ou survenant la nuit
- Échec des interventions sur le plan du comportement pour améliorer les problèmes de sommeil
- L'enfant se plaint de maux et douleurs.
- L'enfant a tendance à être prédisposé aux accidents.
- Fait des cauchemars qui génèrent la crainte de se rendormir
- Énurésie (fait pipi au lit)
- Maux de tête le matin

## Règles générales concernant le sommeil

Même si nos habitudes et nos besoins en matière de sommeil sont différents d'une personne à l'autre, voici les règles générales pour ce groupe d'âge.

| | |
|---|---|
| **De 0 à 2 mois** | de 16 à 18 heures de sommeil chaque jour (de 3 à 4 heures à la fois) |
| **De 2 à 6 mois** | de 14 à 16 heures de sommeil chaque jour |
| **De 6 mois à 1 an** | 14 heures de sommeil chaque jour |
| **Tout-petits** | (1 à 3 ans) de 10 à 12 heures de sommeil chaque jour |
| **Âge préscolaire** | (3 à 5 ans) 10 à 12 heures de sommeil chaque jour |
| **Enfants d'âge scolaire** | (6 à 10 ans) 10 à 12 heures de sommeil chaque jour |

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou à la personne qui prend soin de l'enfant de contacter :

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Soins de nos enfants. De l'information pour les parent de la part des pédiatres canadiens www.soinsdenosenfants.cps.ca
- Santé publique Ottawa, au 613-580-6744; sans frais: 1 866 426-8885

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, qui s'est appuyé sur le document Take Charge of Your Child's Sleep: The All-in-One Resource for Solving Sleep Problems in Kids and Teens, Judith Owens, MD et Jodi Mindell, PhD; et du document BEARS: examples of developmentally appropriate trigger questions to assess sleep problems* adapted from Owens J, Mindell JA. Sleep Med 2002; 3(3): 291-4; National Sleep Foundation, www.cdc.gov/sleep/how_much_sleep.htm

# Traumatisme cerebral léger

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

**Si l'enfant présente l'un ou plusieurs des comportements décrits ci-dessous et que ces comportements diffèrent de son comportement habituel, vous devez y voir un signal d'alarme.**

## Sur le plan physique

- Vertige
- Mal de tête
- Nausée
- Vomissements
- Problèmes d'équilibre
- Troubles de la vue (vision embrouillée ou double)
- Fatigue
- Sensibilité à la lumière
- Sensibilité au bruit
- Étourdissement
- Stupeur

## Sur le plan cognitif

- Tête « embrumée »
- Fonctionne au ralenti
- Difficultés scolaires
- Difficulté à se concentrer
- Difficulté à se souvenir
- Oublie l'information récente
- Confusion concernant des événements récents
- Troubles de la mémoire ou diminution de la vitesse d'apprentissage
- Répond lentement aux questions
- Répète les questions
- Difficulté constante à trouver ses mots ou à faire des phrases

## Sur le plan émotionnel

- Irritabilité
- Plus grande émotivité
- Tristesse
- Nervosité

## Troubles du sommeil

- Somnolence
- Dort plus qu'à l'habitude
- Dort moins qu'à l'habitude
- Difficulté à s'endormir

### Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec leur médecin de famille ou leur pédiatre pour que l'enfant fasse l'objet d'une évaluation médicale, ou avec le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO).

**Pour en savoir plus sur les traumatismes crâniens :**

- Clinique de traitement des commotions cérébrales du CHEO – www.cheo.on.ca/fr/CliniqueduCommotionCerebrale
- Pensez d'Abord Canada – http://www.parachutecanada.org/accueil
- Centers for Disease Control and Prevention : Heads Up Toolkit for High School Sports – http://www.cdc.gov/headsup/highschoolsports/index.html
- Centers for Disease Control and Prevention : Heads Up to Health Providers – http://www.cdc.gov/headsup/providers/index.html

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Les troubles d'apprentissage (TA) consistent en des difficultés de traitement de l'information par le cerveau qui compromettent :

- L'acheminement de l'information au cerveau
- La compréhension de cette information
- Le stockage de cette information et son extraction ultérieure (mémoire), ou
- La communication de cette information

Les TA peuvent perturber l'acquisition d'aptitudes scolaires de base, comme la lecture, l'écriture et les mathématiques, chez des enfants qui font par ailleurs preuve d'habiletés moyennes de pensée et de raisonnement.

Les TA ne sont en général pas détectés chez les jeunes enfants. Toutefois, il est possible que l'on remarque certaines difficultés chez des enfants d'âge préscolaire – par exemple, des difficultés de traitement du langage ou l'incapacité à franchir certaines étapes clés du développement.

Le développement chez les bébés et les enfants s'effectue à des rythmes et selon des schémas de maturation différents. Chez certains enfants, les différences et retards dans les capacités sont temporaires et se résolvent dans le cours normal du développement. Chez d'autres, les retards peuvent persister dans différents domaines de fonctionnement.

**Indicateurs de risque de développement ultérieur de troubles d'apprentissage:**

- **Retard dans les habiletés cognitives**
  - N'a pas acquis la notion de permanence des objets
  - A une compréhension limitée de la relation entre la fin et les moyens (p ex. : utiliser un tabouret pour attraper la jarre à biscuits)
  - Ne joue pas à des jeux symboliques
- **Retard dans la compréhension et/ou l'expression du langage parlé**
  - Vocabulaire réceptif limité
  - Vocabulaire expressif restreint (commence à parler tard)
  - Difficulté à comprendre des instructions simples (p. ex. ne comportant qu'une étape)
  - Ton monocorde, ou autres traits prosodiques inhabituels du langage
  - Communication peu fréquente ou spontanée et inappropriée (vocale, verbale ou non verbale)
  - Syntaxe peu évoluée
- **Retard dans les habiletés de littératie émergente**
  - Lenteur pour nommer les objets et les couleurs
  - Conscience phonologique limitée (p. ex. en ce qui concerne le concept des rimes et l'assemblage de syllabes)
  - Manifeste peu d'intérêt pour les textes imprimés
  - Conscience limitée des textes imprimés (p. ex. tenir un livre)
- **Retard dans les habiletés perceptivo-motrices**
  - Problèmes de coordination des habiletés motrices fines et globales (p. ex. sauter, s'habiller, découper, enfiler des billes)
  - Difficulté pour colorier, copier et dessiner
- **Attention et comportement**
  - Facilement distrait/manque d'attention
  - Impulsivité
  - Hyperactivité
  - Difficulté à changer d'activités ou à gérer les perturbations de routine

**Les blessures à la tête**

Un enfant, quel que soit son âge, qui reçoit, directement ou indirectement, un coup, un choc ou un impact à la tête ou au corps pourrait souffrir d'une commotion cérébrale. Une commotion cérébrale, également connue sous le nom de traumatisme craniocérébral léger (TCCL), modifie la manière dont le cerveau fonctionne.

**Principales causes :**

- Chutes
- Accidents de la route
- Accidents de vélo ou autres blessures liés à des activités sportives ou récréatives
- Être frappé par quelque chose ou se heurter à quelque chose (par ex. une collision avec un objet en mouvement ou un objet stationnaire)
- Agression (y compris secouer un enfant avec force)

**La prévention des blessures**

- Les bébés et les tout-petits devraient jouer dans un endroit sécuritaire sous la surveillance d'un adulte responsable
- Ne laissez jamais un enfant sans surveillance sur une surface élevée (par ex. une table à langer ou un comptoir)
- Utilisez un siège d'auto homologué pour bébé ou pour tout-petit qui est approprié pour l'âge et le poids de l'enfant
- Les tout-petits devraient porter de l'équipement de protection approprié lorsqu'ils font du sport ou des activités récréatives (par ex. un casque bien ajuster lors d'une promenade en vélo).
- Les tout-petits devraient participer uniquement à des activités sportives qui sont adaptées à leur âge.
- Soyez prudent lorsque vous êtes dans des lieux de baignade ou à proximité d'endroits où il y a de la baignade.
- Assurez-vous que votre maison est un endroit sécuritaire.

**Signaux d'alarme**

Si l'un des symptômes suivants apparaît, rendez-vous à l'urgence/consultez un médecin immédiatement :

- De grosses bosses, des contusions ou de l'enflure inexpliquée à la tête
- Somnolence accrue ou il est impossible de réveiller l'enfant
- Des maux de tête qui continuent de s'aggraver ou de la douleur au cou
- Des vomissements persistants
- Du sang ou du liquide dans l'oreille
- Les pupilles ne sont pas de la même grosseur

**Des crises**

Il est important de se souvenir que la présence d'indicateurs de risque ne signifie pas nécessairement que des problèmes d'apprentissage surviendront ultérieurement, et encore moins la présence d'un seul indicateur.

Toutefois, si des indicateurs de risque sont présents chez un enfant, le développement de l'enfant doit être suivi attentivement et des occasions d'apprentissage de grande qualité doivent lui être fournies. Les enfants chez lesquels ces occasions ne suscitent pas de réactions adéquates sont peut-être plus à risque de développer des troubles d'apprentissage et doivent faire l'objet d'un dépistage ciblé et/ou d'une évaluation complète.

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec:

- La Learning Disabilities Association of Ottawa-Carleton, au 613-567-5864; www.ldaottawa.com
- Consultez votre médecin de famille

---

Source: Document mis au point par la Learning Disabilities Association of Ontario, qui s'est appuyée sur le document Operationalizing the New Definition of Learning Disabilities for Utilization within Ontario's Educational System, Learning Disabilities Association of Ontario, 2001, et le document Learning Disabilities and Young Children: Identification and Intervention, National Joint Committee on Learning Disabilities, 2006

# Troubles de l'humeur post-partum

Les troubles de l'humeur post-partum sont des complications qui peuvent survenir dans l'année suivant la naissance d'un enfant. Ils peuvent avoir de graves effets secondaires sur la mère, le bébé et la famille. S'ils ne sont pas traités, ils risquent d'entraver la capacité de la mère à répondre à ses propres besoins et à ceux du bébé, et sa capacité à interpréter les signes émis par le bébé et à y répondre avec sensibilité. Sans intervention, ils pourraient compromettre la santé et le développement du bébé.

Les perturbations de l'humeur courantes se divisent en trois catégories: le syndrome du troisième jour (baby blues), la dépression post-partum et la psychose post-partum (*La dépression du post-partum: Guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne*, CAMH 2005). L'anxiété post-partum peut également constituer un problème et avoir des effets sur la vie au quotidien et le fonctionnement de la mère.

La présence de l'un des facteurs de risque suivants chez la mère doit être pour le professionnel de la santé une indication que celle-ci est à risque de souffrir de **troubles de l'humeur post-partum**:

- Dépression ou anxiété pendant la grossesse
- Anxiété pendant la grossesse
- Antécédents de dépression personnels ou dans la famille
- Absence de système de soutien (perçue ou ressentie)
- Événements stressants récemment survenus (rupture d'une relation, décès d'un être cher)
- Personnalité maternelle (inquiète, anxieuse, « nerveuse »)
- Faible estime de soi
- Difficultés dans les relations

**Si la mère dit ressentir l'un ou plusieurs des symptômes suivants ou si son partenaire ou vous-même observez l'un ou plusieurs des symptômes suivants, vous devez y voir un signal d'alarme:**

- Ne se sent pas elle-même
- Est triste et pleure facilement
- Se sent épuisée mais est incapable de dormir, ou dort excessivement
- Des changements surviennent dans ses habitudes alimentaires ou de sommeil
- Se sent accablée et est incapable de se concentrer
- Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités qu'elle aimait auparavant
- Ne s'intéresse pas à l'enfant et n'éprouve pas de plaisir à être avec lui
- Se sent désespérée ou frustrée
- Se sent agitée, irritable, frustrée ou en colère
- Se sent extrêmement remontée et pleine d'énergie
- Ressent de l'anxiété
- A un sentiment de culpabilité et de honte, pense qu'elle n'est pas une bonne mère
- N'arrive pas à s'attacher au bébé ou a peur d'être seule avec lui
- A des pensées effrayantes au sujet du bébé
- Fait des cauchemars ou a des rappels d'images perturbants
- Évite des personnes, des endroits ou des événements
- Pense à se faire mal ou à faire mal au bébé

**La psychose post-partum est très rare. Elle est le trouble de l'humeur post-partum le plus grave et le plus rare.**

**Il s'agit d'une maladie grave présentant des risques pour la mère et le bébé. Ses symptômes sont les suivants:**

- Les symptômes apparaissent souvent rapidement (dans bien des cas, dans les 48 à 72 heures après la naissance), et la plupart des cas se développent dans les deux premières semaines de la période post-partum.
- La mère est extrêmement déprimée ou d'humeur euphorique (manie).
- Peut avoir un comportement bizarre ou désorganisé
- Peut être désorientée ou perplexe
- Symptômes psychotiques (comme des illusions – p. ex. la mère croit qu'elle-même ou son bébé ont des pouvoirs spéciaux ou une intelligence supérieure, ou des hallucinations: entend des bruits ou des voix ou voit des choses qui ne sont pas là)

**Si la mère a l'une des pensées ou l'un des sentiments mentionnés ci-dessus, n'attendez pas. Obtenez immédiatement de l'aide. Ne laissez pas la mère seule.**

Si la mère est capable de donner son consentement, et avec son autorisation, appelez son partenaire pour obtenir de l'aide.

Si la mère est capable de donner son consentement, et avec son autorisation, appelez son médecin de famille ou faites le 911.

Si vous n'êtes pas capable d'obtenir son consentement ou de contacter son partenaire,

Appelez la Ligne de crise en santé mentale, au 613-722-6914 (accessible 24 heures par jour pour un soutien immédiat)

Faites le 911

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez à la femme ou à sa famille de contacter :

- La Ligne info-santé publique Ottawa, au 613-580-6744;
- ATS: 613-580-9656, pour un aiguillage vers le programme Bébés en santé, enfants en santé
- Family Services à la Famille Ottawa, au 613-725-3601
- La Ligne de crise en santé mentale (24 heures par jour), au 613-722-6914 ou, sans frais, au 1 866 996-0991
- La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, au 613-747-7800, dans les cas où un enfant a besoin de protection
- Télésanté Ontario, au 1 866 797-0000; ATS: 1 866 797-0007
- Le service des urgences de l'hôpital local
- Leur médecin de famille

**Pour en savoir plus :**

- Association canadienne pour la santé mentale: http://www.cmha.ca/bins/index.asp?lang=2

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Santé publique Ottawa et Family Services à la famille Ottawa, qui se sont appuyés sur le document La dépression du post-partum: Guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne, CAMH 2005

# Troubles du spectre autistique (tSa)

Les troubles du spectre autistique sont des troubles développementaux qui durent toute la vie. Ces troubles se caractérisent par des déficiences dans les domaines de la communication et de l'interaction sociale ainsi que par une gamme restreinte d'activités et d'intérêts. Les symptômes connexes suivants peuvent être présents ou non: difficultés pour manger et/ou dormir, craintes inhabituelles, difficultés d'apprentissage, comportements répétitifs, automutilation et réactions inhabituelles à des stimulations sensorielles.

**Un « signal » ou une inquiétude ne doivent pas être pris isolément. Si certains des comportements suivants sont présents chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme.**

## Inquiétudes sur le plan de l'interaction sociale

- Ne rend pas les sourires qu'on lui fait
- Établit de rares contacts visuels – regarde moins les gens dans les yeux, même s'il regarde parfois intensément les objets
- Manque d'engagement conjoint (p. ex. ne joue pas à faire « coucou » )
- Manque d'imitation (p. ex. ne fait pas au revoir de la main)
- Manifeste peu d'attention, en donne et en partage peu et oriente peu celle des autres
- Accuse un retard dans les jeux d'imagination – ne joue pas à divers jeux spontanés de « faire semblant »
- Préfère jouer seul, s'intéresse moins aux autres enfants
- S'intéresse peu aux jeux interactifs
- Perte d'habiletés sociales ou régression sur ce plan avant l'âge de 36 mois
- Préfère faire les choses par lui-même plutôt que de demander de l'aide
- Salue les autres de façon maladroite ou ne leur prête pas attention

## Inquiétudes sur le plan de la communication

- Le langage apparaît tard ou est atypique.
- Langage inhabituel – (écholalie), p. ex. répète des phrases entendues dans des films ou que d'autres personnes ont prononcées (plus que ce à quoi l'on s'attend dans le cadre d'un développement normal), utilisation répétitive de phrases, intonation étrange
- Ne répond pas toujours de la même façon ou ne répond pas à son nom ou à des directives (il est possible qu'il réponde à des sons mais pas au langage)
- Moins grande capacité à compenser le retard de langage en faisant des gestes ou en pointant du doigt
- Ne comprend pas bien le langage (mots et gestes)
- Perte d'habiletés du langage, en particulier entre 15 et 24 mois
- N'est pas capable de tenir une conversation

## Inquiétudes sur le plan du comportement

- Mouvements répétitifs des mains et/ou du corps: remue ses doigts, bat des mains et des bras, raidit ses doigts, fait des mouvements complexes du corps comme tournoyer et sauter
- A des accès de colère intenses et répétés parce qu'une routine ou un comportement répétitif sont interrompus, ou sans cause ou élément déclencheur apparents
- A des intérêts sensoriels inhabituels: louche ou regarde les objets du coin de l'œil; sent, lèche, met les objets dans sa bouche (passé l'âge de 3 ans); a une ouïe hypersensible
- A une gamme très limitée d'intérêts auxquels il se livre de façon répétitive
- Insiste pour garder les mêmes routines, activités, vêtements, etc.
- Prête une attention inhabituelle à certains objets (comme les interrupteurs de lumière, les ventilateurs, les objets qui tournent, les stores verticaux, les roues et les balles)
- Réagit de façon inhabituelle à la douleur (seuil de tolérance bas ou élevé)

## Habiletés concernant l'alimentation et habiletés connexes

- Bébé, il met rarement les jouets dans sa bouche pour les explorer.
- À l'âge de un an, il ne montre aucun désir de lécher le gâteau d'anniversaire ou d'y goûter.
- Refuse de se brosser les dents
- Entre 15 et 18 mois, il se détourne de nombreux aliments qu'il acceptait auparavant.
- Éprouve des difficultés avec les nouvelles textures; a en particulier du mal à délaisser les purées pour manger la même nourriture que le reste de la famille
- Refuse de manger des aliments nouveaux même s'ils sont adaptés à son développement et sont semblables à d'autres aliments qu'il accepte
- A tendance à ne manger que les aliments qui sont blancs ou beiges
- Refuse de manger les aliments qu'il accepte normalement s'ils sont présentés d'une autre façon ou s'ils ne sont pas de la marque habituelle
- Refuse de toucher les aliments humides et est réticent à se nourrir par lui-même à la cuillère

### Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec:

- Leur médecin de famille ou leur pédiatre
- Le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa (CTEO), accueil: 613-737-0871, poste 4425, pour les enfants de plus de 3 ans

**Pour en savoir plus:**

- Autisme Ontario, chapitre d'Ottawa: http://www.autismontario.com/client/aso/ao.nsf/francais
- Société franco-ontarienne de l'autisme: www.autismefranco.ca
- Geneva Centre for Autism: www.autism.net
- American Academy of Pediatrics: www.aap.org/healthtopics/autism.cfm

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), revu en 2010 par le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa et le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario – Programme d'intervention en autisme

# Vie saine et active

L'activité physique durant les premières années de la vie contribue de façon importante à un développement sain. Elle aide l'enfant à acquérir de la confiance en soi et l'estime de soi, améliore ses habiletés de mouvement de base, développe son imagination et favorise l'interaction sociale avec d'autres enfants et des adultes, et ce, tout en mettant l'enfant sur la voie vers une bonne santé et des comportements sains à long terme.

Le savoir-faire physique ouvre la voie à une vie saine et active. On entend par savoir-faire physique le développement des habiletés de mouvement fondamentales qui permettent aux enfants de maîtriser le mouvement et d'évoluer avec confiance dans le cadre d'une vaste gamme d'activités physiques.

Il faut que les enfants aient des occasions d'apprendre et de mettre en pratique des habiletés de mouvement fondamentales en s'ébattant ou en jouant. Les parents et les tuteurs doivent donner à leurs enfants de telles occasions et des encouragements en ce qui concerne ces habiletés.

- On entend par jeu *structuré* les activités dirigées par un adulte.
- On entend par jeu *non structuré* les activités dirigées par l'enfant et qu'un adulte surveille pour des raisons de sécurité.

Le *temps passé devant un écran* est le temps pendant lequel l'enfant reste passivement devant un « écran » (p. ex. à regarder la télévision, à utiliser un ordinateur ou à jouer à des jeux vidéo).

**Recommandations visant à promouvoir une vie saine et active:**

**Moins de un an**

- Zéro temps passé devant un écran

**De 1 à 2 ans**

- Le temps d'activité physique **structurée** devrait être d'au moins 30 minutes en tout chaque jour.
- Le temps d'activité physique **non structurée** devrait être d'au moins 60 minutes – et jusqu'à plusieurs heures -- par jour, et les périodes sédentaires ne devraient pas dépasser 60 minutes chacune, sauf les périodes de sommeil.
- Zéro temps passé devant un écran

**De 3 à 5 ans**

- Le temps passé devant un écran devrait être limité à 1 heure par jour.
- Le temps d'activité physique **structurée** (dirigée) devrait être d'au moins 60 minutes en tout par jour.
- Le temps d'activité physique **non structurée** devrait être d'au moins 60 minutes – et jusqu'à plusieurs heures – par jour.
- Les périodes sédentaires ne devraient pas dépasser 60 minutes chacune, sauf les périodes de sommeil.

## Recommandations générales :

- Encourager les familles à établir et à faire respecter des règles concernant le temps passé devant un écran et à ne pas installer de télévision dans les chambres à coucher
- Être un modèle pour les enfants
- Un enfant devrait passer au moins la moitié de son temps d'activité physique au « jeu actif ».
- Encourager les jeux à l'extérieur, même en hiver
- Faire en sorte que le jeu actif se déroule dans des espaces sécuritaires et supervisés mais non structurés
- Encourager les membres de la famille à prendre le souper ensemble plus de 5 soirs par semaine
- S'assurer que les enfants dorment suffisamment (au moins10 heures et demie par nuit)
- S'assurer que l'activité physique fasse partie de la routine quotidienne d'un enfant
- Donner aux enfants diverses occasions de s'ébattre pendant la journée
- Les enfants apprennent visuellement à ce stade-ci; ils apprennent souvent en regardant, puis en faisant ce qu'ils ont vu. Il est important qu'ils voient les adultes exercer leurs habiletés de mouvement.
- L'activité physique procure du plaisir. Encouragez les jeux inclusifs et sans compétition
- Faites en sorte que l'enfant réussisse. Si un enfant ne parvient pas à faire un exercice, décomposez l'exercice pour qu'il puisse le terminer et le réussir.
- Souvenez-vous que les jeux vidéo actifs ne remplacent pas le jeu actif.

Il est recommandé que les enfants augmentent de trente minutes par jour le temps qu'ils consacrent à l'activité physique, jusqu'à ce qu'ils y consacrent au moins 90 minutes par jour.

### Où trouver de l'information

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- Les centres de la petite enfance de l'Ontario: www.ottawa.ca/residents/childcare/ottawa/oeyc_fr.html
- Ville d'Ottawa, Service des parcs, des loisirs et de la culture: http://ottawa.ca/residents/childcare/special_needs/integration_fr.html
- Ottawa main dans la main (subvention pour les programmes de la ville): http://ottawa.ca/residents/funding/recreation_culture_assistance_fr.html
- Info-santé publique Ottawa: 613-580-6744
- Le Réseau de prévention des maladies cardiovasculaires de la région de Champlain (RPMCC)
- Campagne Savoir plus, faire plus: www.savoirplus-faireplus.ca/
- La Fondation des maladies du cœur de l'Ontario: www.fmcoeur.on.ca/site/c.pkI0L9MMJpE/b. 3664609/k. BB40/Acceuil. html
- YMCA YWCA Ottawa: http://www.ymcaywca.ca/Enfants/
- Au Canada, le sport c'est pour la vie: http://www.canadiansportforlife.ca/default.aspx?PageID=1000&LangID=fr

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par Santé publique Ottawa, Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

# Vision

Un enfant qui est aveugle ou qui a une basse vision court un risque élevé d'éprouver des difficultés dans tous les domaines de son développement, et notamment dans les domaines de la communication et du langage, de la motricité fine et de la motricité globale, de la coordination, des processus de compréhension et de pensée, ainsi qu'en ce qui concerne son développement social.

**Développement sain de l'enfant… Si un enfant ne montre pas l'un ou plusieurs des comportements attendus aux âges indiqués ci-dessous, vous devez y voir un signal d'alarme:**

**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;
- Produit des larmes lorsqu'il pleure.

**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;
- Préfère les jouets de couleurs aux jouets noirs ou blancs.

**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;
- Regarde les objets qui se déplacent rapidement;
- Regarde une balle qui s'éloigne de lui (jusqu'à 10 pieds) et va la chercher;

**À 2 ans**

- Se guide à l'aide de sa vision pour essayer de prendre et saisir des objets;
- Regarde des illustrations simples dans un livre et tourne le livre ou les illustrations pour les mettre dans le bon sens;
- 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;
- Montre des parties de son corps (nez, cheveux, yeux) ou du corps d'autres personnes lorsqu'on le lui demande.

**À 3 ans**

- S'assied à une distance normale de la télévision pour la regarder;
- Fait bouger les deux yeux simultanément pour suivre les objets qui se déplacent (coordination).

**À 4 ans**

- Reconnaît les gens qui se trouvent à une certaine distance (p. ex. de l'autre côté de la rue);
- Se sert en même temps de ses mains et de ses yeux (p. ex. pour attraper une balle);
- Construit une tour avec des cubes; enfile des billes; copie un cercle, un triangle et un carré.

**À 5 ans**

- Connaît les couleurs et les nuances; relève les détails dans les objets et les illustrations;
- Tient un livre à une distance normale.

# Vision

**Indicateurs de problèmes… Si l'un des signes suivants est présent chez un enfant, vous devez y voir un signal d'alarme:**

- 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 y est sensible;
- Fixe excessivement son regard sur les sources de lumière (fenêtres et lumière au plafond).

## Où trouver de l'aide

Si vous avez des inquiétudes, conseillez aux parents ou aux tuteurs de communiquer avec :

- **Programme d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision** www.pqchc.com/fr/services-a-lenfance-et-a-la-famille/cecite-et-basse-vision/ en appelant le 613-688-3979, ou en envoyant une demande par télécopie au 613-820-7427; ATS: 613-820-7427; numéro sans frais: 1 866 432-7447
- Ce programme a été conçu pour les enfants qui sont nés aveugles ou dont la vision est basse. Et il s'adresse aux enfants de la naissance jusqu'à leur entrée en première année.

**Pour en savoir plus et accéder à d'autres ressources:**

- Institut national canadien pour les aveugles: www.cnib.ca
- Association des optométristes de l'Ontario: http://www.optom.on.ca

---

Sources: Adaptation du document *York Region – Red Flags* (2009), révisé en 2010 par le Centre de traitement pour enfants d'Ottawa, le Centre Jules-Léger, l'Ontario Foundation for Visually Impaired Children, et Premiers mots – Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, qui se sont appuyés sur la publication Services aux enfants aveugles et ayant une basse vision (2008), gouvernement de l'Ontario

# 3

# RESSOURCES

# Annexe A

## Ressources communautaires à Ottawa

Pour en savoir plus sur les services, programmes et organismes communautaires, veuillez consulter les ressources suivantes :

### Centre d'information communautaire d'ottawa

Le Centre d'information communautaire d'Ottawa est un service gratuit et bilingue qui relie les citoyens et organismes d'Ottawa aux ressources communautaires de bien des façons :

#### *211*

Le service 211 est un service d'information et d'aiguillage. Il fournit des renseignements sur la gamme complète de programmes de services communautaires, sociaux, gouvernementaux et de santé de nature non urgente.

Ce service est gratuit, confidentiel et multilingue (150 langues). Doté de spécialistes agréés en information et en aiguillage, il est accessible sept jours sur sept.

Composez le 2-1-1 ou le 613-241-INFO (4636)

#### *Répertoire des services communautaires d'Ottawa (le livre bleu)*

Le Répertoire des services communautaires d'Ottawa est publié par le Centre d'information communautaire d'Ottawa. On peut l'acheter sous forme de copie papier ou électronique (PDF).

Pour commander le Répertoire, veuillez communiquer avec le Centre d'information communautaire d'Ottawa, au 211 ou 613-241-4636, ou par courriel: info@cominfo-ottawa.org.

#### *Répertoire en ligne*

Le Répertoire en ligne est un répertoire bilingue des services communautaires d'Ottawa.

http://www.cominfo-ottawa.org/francais/repertoire.html

### Service téléphonique 3-1-1 de la ville d'ottawa

Le service téléphonique 3-1-1 est le service à la clientèle de la Ville d'Ottawa où l'on peut se renseigner, entre autres, sur les travaux de voirie, le ramassage des ordures ménagères ou le logement social.

Composez le 3-1-1

### The incredible directory

The Incredible Directory est un répertoire facile à consulter de ressources et de services s'adressant aux parents, aux enfants, aux personnes s'occupant d'enfants et aux professionnels travaillant auprès de familles dans la région d'Ottawa.

Pour vous renseigner, appelez le 613-565-2467, poste 411

Site Web: www.parentresource.on.ca

Courriel: directory@parentresource.on.ca

### esantéMentale.ca

eSantéMentale.ca est un service sans but lucratif qui fournit des renseignements aux Canadiennes et Canadiens de tous âges sur les services et ressources en santé mentale. Il fournit de l'information en ligne anonyme et confidentielle, et est accessible 24 heures par jour, 365 jours par an.

www.ementalhealth.ca/site/ottawa/#

# Annexe B

## Outils de dépistage

Un questionnaire de dépistage est une courte liste de vérification des habiletés importantes qu'un enfant devrait avoir acquises à un âge donné. Ce **n'est pas un outil diagnostique** ni une évaluation systématique des habiletés de l'enfant. C'est un rapide survol permettant d'identifier les enfants pouvant avoir besoin d'aide supplémentaire pour acquérir des habiletés correspondant à leur âge, ou pour lesquels une évaluation pourrait être nécessaire.

Le *Questionnaire de dépistage du district de Nipissing* (NDDS™) est un outil novateur à la disposition des professionnels de santé et de puériculture qui s'occupent de bébés et d'enfants jusqu'à l'âge de six ans.

Le NDDS™ examine :

- La motricité globale
- La motricité fine
- La vision
- L'ouïe
- La communication, la parole et le langage
- Les habiletés sociales et affectives
- L'autonomie personnelle
- Les habiletés cognitives

Les questionnaires de dépistage aident également les parents à :

- Se renseigner sur le développement de leur enfant
- Reconnaître les habiletés et aptitudes de leur enfant
- Identifier les domaines du développement qui pourraient avoir besoin d'attention supplémentaire
- Prévoir des stratégies d'intervention
- Assurer un dépistage précoce

Le NDDS™ examine 13 étapes clés de développement: 1 et 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 30 mois, 3 ans, 4 ans, 5 ans et 6 ans.

Il est disponible dans les langues suivantes: français, anglais, espagnol, chinois et vietnamien.

Pour en savoir plus sur le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing (NDDS™) en Ontario, rendez-vous à www.ndds.ca.

---

Source: Adaptation du site ndds.ca Nipissing District Developmental Screen (2011) www.ndds.ca.

# Annexe C

## Références

L'association dentaire canadienne. Première visite chez le dentiste. [http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_children/first_visit.asp]

Beery, K., Buktenica, N. et N. Beery (2010). Beery™ VMI Stepping Stones Parent Checklist.

Centres for Disease Control and Prevention (Janvier 2011). How Much Sleep do I Need? Adapted from National Sleep Foundation. [http://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.htm]

Evans, J. et Myers, R. (1994). Childrearing practices: creating programs where traditions and modern practices meet. The consultative group on early childhood care and development. (Coordinator's Notebook No. 15). [http://www.ecdgroup.com/issue_15_childrearing_practices.asp]

First Signs (2009). Sharing Concerns Physician to Parent. [http://www.firstsigns.org/concerns/doc_parent.htm#listen]

Groupe de travail communautaire pour la lutte contre le crime haineux (2006). La lutte contre le crime haineux en Ontario. Toronto. [http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/hatecrimes/HCCWG_fullFR.pdf]

Jeunes en forme Canada (2010) Le Bulletin 2010 de l'activité physique chez les enfants et les jeunes de Jeunes en forme Canada. [http://www.activehealthykids.ca]

Learning Disabilities Association of Ontario (2001). Operationalizing the New Definition of Learning Disabilities for Utilization within Ontario's Educational System.

Mavropoulos, Y. Welcome to our slide show on families and cultural sensitivity. [http://www.uvm.edu/~cdci/prlc/unit5_slide/tsld001. htm]

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (2009). Compétences langagières de votre bébé de la naissance à 30 mois [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/speechlanguage/brochure_speech.aspx]

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (Septembre 2009). Le développement de la parole et du langage chez votre enfant d'âge préscolaire [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/speechlanguage/brochure_preschool.aspx]

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (2008). Services aux enfants aveugles ou ayant une basse vision. [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/topics/earlychildhood/vision_services.pdf]

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (Décembre 2010) Signaler les cas d'enfants victimes de mauvais traitements et de négligence :
c'est votre devoir.
[http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/topics/childrensaid/reporting_child_abuse_and_neglect.pdf]

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (Décembre 2007) Votre bébé entend-il? [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/topics/earlychildhood/hear_fr.pdf]

# Références

National Association for Sport and Physical Education. Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children From Birth to Age 5 [http://www.aahperd.org/naspe/standards/nationalGuidelines/ActiveStart.cfm]

National Joint Committee on Learning Disabilities (Octobre 2006). Learning Disabilities and Young Children: Identification and Intervention [http://www.nasponline.org/advocacy/LDYoungChildren.pdf]

Owens, J. et J. Mindell (2005). Take Charge of Your Child's Sleep: The All-in-One Resource for Solving Sleep Problems in Kids and Teens

Quappe, S. et G. Cantatore (2005). What is cultural awareness, anyway? How do I build it? [http://www.culturosity.com/articles/whatisculturalawareness.htm]

Red Flags (2009) A Quick Reference Guide for Early Years Professional – Early Identification in York Region. York Region. [http://www.york.ca/RedFlags.htm?ODA=1]

*Rimer, P. (2002) Making a difference: The child care community response to child abuse 3rd edition*. Module 1

Ross, L.E. L. Dennis, E. Blackmore et D. STEWART (2005) La dépression du post-partum: Guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne. Centre de toxicomanie et de santé mentale

Société ontarienne des professionnelles de la nutrition en santé publique (Mai 2008). Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers. Family Health Nutrition Advisory Group

Tekolste, K. (2009). *Sharing sensitive news, Communicating sensitive subjects to parents and children.* [http://www.medicalhome.org/physicians/share_badnews.cfm ]