



Centre d'étude sur le trauma
Centre de recherche de l'Institut universitaire
en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Tél. : 514 251-4000, poste 3734
Télééc. : 514 251-4014
plusqu1souvernir.ca

Événement traumatique chez l'enfant

Par Myra G. Crevier, candidate au Ph. D.

I l y a six mois, Gabrielle, alors âgée de sept ans, a été victime d'un accident de voiture. Alors que le véhicule familial roulait sur l'autoroute en pleine tempête de neige, il a percuté de plein fouet un camion-remorque qui roulait en sens inverse. Les pompiers et les ambulanciers sont arrivés sur les lieux et ont dû travailler d'arrache-pied pour extirper Gabrielle et ses parents du véhicule avant de les conduire à l'hôpital. Heureusement, Gabrielle n'a subi que des blessures légères.

À la suite de cet accident, il semble que Gabrielle ait développé un état de stress post-traumatique caractérisé par les symptômes suivants :

- Elle est particulièrement irritable, allant jusqu'à faire des crises de colère ;
 - Elle insiste constamment pour ne pas se déplacer en voiture et, lorsqu'elle y est obligée, elle est très anxieuse et manifeste des réactions physiques d'anxiété ;
 - Elle est particulièrement nerveuse, lorsqu'il neige à l'extérieur, et refuse de sortir ;
 - Elle insiste pour rester auprès de ses parents. Chaque fois qu'elle doit se séparer d'eux, comme pour aller à l'école, elle est prise de panique.
- Cet exemple illustre comment le stress post-traumatique peut se manifester chez l'enfant. Vous trouverez dans notre magazine des pistes de réflexion, des recommandations et une liste de ressources offrant des services psychologiques aux enfants. 7

Les enfants et les adolescents sont aussi victimes d'événements traumatiques

Par Katia Levrier, M. Sc., candidate au Ph. D.

Les médias abordent davantage les difficultés auxquelles doivent faire face les adultes touchés par un événement traumatique que celles vécues par les enfants et les adolescents. Cependant, ces derniers sont aussi victimes de telles situations et sont également à risque de développer des réactions post-traumatiques.

Quelques chiffres

Des études épidémiologiques à grande échelle ne sont pas encore disponibles afin de connaître la prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez les enfants dans la population générale. Néanmoins, en 2011, une enquête nationale¹ menée aux États-Unis auprès de 4503 enfants âgés d'un mois à dix-sept ans a révélé que :

- 41,2% avaient été victimes de violence physique ;
- 10% avaient eu des blessures à la suite d'une agression physique ;
- 2% avaient été victimes d'abus physiques ou d'agression sexuelle avec un taux plus élevé (10,7%) pour les jeunes filles de quatorze à dix-sept ans ;
- 13,7% avaient subi de la maltraitance de la part de la personne qui prenait soin d'eux, dont 3,7% avaient vécu des sévices physiques.

Comme chez les adultes, tous les enfants ne développent pas automatiquement des réactions post-traumatiques². Selon une autre enquête, 5% des adolescents ont développé un ESPT dans leur vie, cette prévalence étant plus élevée pour les filles (8%) que pour les garçons (2,3%). Certains facteurs influencent son développement, tels que la sévérité du trauma, la réaction des parents qui sont peut-être eux-mêmes victimes du même trauma et le soutien donné par la famille.

Aussi, certaines populations peuvent être plus touchées, par exemple, les enfants rescapés du génocide au Rwanda en 1994, qui ont subi des traumatismes à répétition.

Comment se présente l'ESPT chez les enfants ?

Tout d'abord, il est important de prendre en compte une perspective développementale. Un enfant de quatre ans ne comprend pas un événement de la même façon qu'un adolescent ou qu'un adulte. Certains concepts, comme la mort et la justice, sont abstraits pour eux. Aussi, la mémoire ne traite pas l'information de la même façon selon l'âge.

Comme la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) le souligne, les adultes, les adolescents et les enfants présentent les mêmes types de réactions : l'événement traumatique constamment revécu, un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, un changement négatif dans les pensées et l'humeur et des symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative. Néanmoins, l'expression de ces réactions peut varier selon l'âge, et le DSM-5 distingue alors les réactions des adultes et des adolescents de celles des enfants de six ans et moins.

À la suite d'un événement traumatique, les enfants et les adolescents ont souvent besoin de réconfort et de réassurance. Ils peuvent même régresser et vouloir partager le lit des parents. Au lieu d'avoir des images intrusives de l'accident, les enfants peuvent revivre l'événement dans le jeu. Par exemple, ils peuvent vouloir jouer avec des armes à feu après avoir vécu une fusillade à l'école. Si les images se produisent avant d'aller dormir, ils peuvent refuser de se coucher et tenter de rester éveillés, alors que les enfants qui sont fatigués n'ont pas normalement de difficulté à dormir. Par conséquent, ils



sont encore plus fatigués, irritables et présentent des difficultés de concentration. Ils peuvent avoir de la difficulté à se rappeler les séquences de l'accident. Les adolescents, quant à eux, auront tendance à exprimer des comportements impulsifs et agressifs. Conséquemment, ils pourront avoir des difficultés relationnelles avec leurs parents ou leurs amis à l'école.

Il faut noter que les enfants peuvent aussi présenter d'autres difficultés, telles que de l'anxiété, de la colère, de l'hostilité, de la dépression, l'abus de substances, des difficultés de concentration ou des problèmes de conduite.

En conclusion

Les enfants et les adolescents sont aussi à risque de développer des réactions post-traumatiques. Celles-ci ressemblent à celles des adultes, mais avec des spécificités selon leur âge. Il est alors important qu'ils consultent un spécialiste qui les aidera à se rétablir. 

Références

1. Finkelhor, D., Turner, H., Ormond, R., & Hamby, S. (2009). "Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth". *Pediatrics*, 124, 1411-1423.
2. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. (April, 2010). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.

Il y a de l'intimidation dans mon école : quelles formes et quelles conséquences ?

Par Anaïs Danel, candidate au M. Sc., et Isabelle Ouellet-Morin, Ph. D.



C'est en 2011 que le Québec a pleinement pris conscience de la problématique de l'intimidation scolaire avec le suicide de la jeune Marjorie Raymond, à Sainte-Anne-des-Monts, victime d'actes d'intimidation répétés. À la suite de cet événement dramatique, le gouvernement québécois a décidé d'élaborer un nouveau projet de loi. Ce projet, destiné à lutter contre les violences scolaires, impose aux écoles du Québec d'établir un plan d'action afin de réduire la prévalence d'enfants et d'adolescents victimes d'intimidation. Au Canada, l'intimidation affecte environ 20% des enfants âgés de neuf à treize ans.

L'intimidation sous toutes ses formes

Définir l'intimidation scolaire n'est pas chose facile, car elle prend plusieurs formes et émerge dans des contextes variés. En général, lorsqu'on parle d'intimidation, la première image qui nous vient à l'esprit est celle d'un élève « bagarreur » qui effraie les autres en les menaçant physiquement. Toutefois, l'intimidation scolaire revêt bien d'autres formes. En effet, l'intimidation renvoie à une exposition répétée à des paroles ou à des actes empreints de violence, commis par une ou plusieurs personnes, et ayant pour

objectif de blesser la victime, favorisant donc une relation de pouvoir inégale entre l'intimidateur et la victime. L'intimidation peut être directe, par exemple, sous forme d'agressions physiques ou de paroles blessantes, mais aussi indirecte, comme la propagation de fausses rumeurs ou encore l'exclusion d'un groupe. Cette violence indirecte ne doit donc pas être sous-estimée, car plusieurs conséquences néfastes pour le développement de l'enfant lui sont aussi associées.

L'intimidation et ses conséquences

Plusieurs études longitudinales ont montré que les victimes d'intimidation tendent à vivre plus de difficultés dans leur développement émotionnel, psychologique et social comparativement aux enfants n'ayant pas vécu d'intimidation. Un des éléments clés est le facteur temps. En effet, il arrive qu'une victime d'intimidation ne vive pas de conséquences à long terme à la suite d'actes d'intimidation, car il s'agit d'une situation éphémère. Néanmoins, lorsque les actes persistent, aller à l'école peut devenir un vrai calvaire. L'estime personnelle peut alors être affectée, car cette situation change profondément le regard que l'enfant porte sur lui-même et sur son environnement.

Certains signes de détresse, des symptômes d'anxiété ou de la dépression peuvent aussi apparaître. Par exemple, l'enfant peut avoir de la difficulté à dormir la nuit, être irritable, être anxieux lorsqu'il est séparé de ses parents et même montrer un déséquilibre dans le fonctionnement de certains systèmes physiologiques (p. ex. : ses hormones de stress). Afin de se protéger, il est possible qu'il cherche à fuir certaines situations et à s'isoler des enfants qui l'intimident et aussi des autres, augmentant ainsi sa perception du danger dans son environnement et les difficultés associées à l'expérience de l'intimidation. Les victimes ne vivent pas toutes les mêmes difficultés et ne les vivent pas à la même intensité non plus. On dit qu'elles sont plus ou moins résilientes par rapport à ces expériences. Les facteurs expliquant ces différences sont à déterminer, mais concernent probablement certaines caractéristiques innées, comme le tempérament, mais aussi le soutien familial et les expériences passées de la victime.

Plus de 80% des écoles québécoises ont établi un plan d'action

La lutte contre l'intimidation scolaire représente un combat quotidien auquel plusieurs écoles sont activement engagées. Pour cela, des travaux en classe et des ateliers informent les élèves des risques et des conséquences de l'intimidation, mais ces programmes demeurent limités. Certains chercheurs explorent de nouvelles pistes d'intervention ciblant principalement les victimes. Par exemple, la professeure Ouellet-Morin et son équipe de l'Université de Montréal développent de concert une application mobile, nommée « + FORT », pour lutter contre l'intimidation. Avec cet outil, l'enfant peut en apprendre davantage sur l'intimidation ainsi que sur les stratégies les plus efficaces à adopter. Le message véhiculé est qu'il est possible de ressortir *plus fort* de ces expériences, aussi désagréables soient-elles. 

La traumatisation secondaire des parents qui apprennent l'agression sexuelle de leur enfant

Par Mireille Cyr, Ph. D.

Apprendre que son enfant a subi une agression sexuelle est un événement traumatique majeur. En effet, pour plusieurs mères et pères, cette révélation peut s'avérer aussi bouleversante que d'apprendre la mort de son enfant. Pour cette raison, il est souvent mentionné que les parents, qui ne sont pas les agresseurs de leur enfant, vivent une traumatisation secondaire, c'est-à-dire un état traumatique pour un événement dont ils ne sont pas directement les victimes, mais dont ils deviennent victimes par association.

Effets sur la santé mentale

Dans notre étude¹ auprès de 109 mères et de 43 pères, on note, dans les mois qui suivent la révélation, que plusieurs parents vivent des symptômes de détresse psychologique (49 % mères, 30 % pères), de dépression (41 % mères, 14 % pères) et, pour certains, d'état de stress post-traumatique (13 % mères, 7 % pères). La colère, voire la rage envers l'agresseur de leur enfant, l'inquiétude concernant les séquelles possibles pour le développement de leur enfant et le sentiment de perte de l'innocence de leur enfant sont autant de sentiments rapportés par les parents. La détresse psychologique de ces parents est deux fois plus élevée que celle observée dans la population générale. Les mères rapportent vivre plus intensément que les pères tous les types de symptômes. Toutefois, notre étude a permis d'observer que, si les symptômes des mères tendent à diminuer avec le temps qui passe, c'est le contraire qui se produit chez les pères qui, eux, voient leurs symptômes augmenter avec le temps. Ainsi, il semble que dans un premier temps, la réaction des mères est plus vive que celle des pères, alors que ces derniers semblent capables de surmonter leur état affectif jusqu'à ce que l'enfant et sa mère se portent mieux.

Effets sur la santé physique

Si les effets sur la santé mentale des parents ont été assez bien documentés dans la littérature scientifique, nous

n'avons que peu ou pas de données sur les effets de la révélation de l'agression sexuelle des enfants sur la santé physique des parents. Avant d'apprendre que leur enfant a été victime d'agression sexuelle, la moitié des pères et des mères de notre étude considèrent leur état de santé très bon ou excellent, ce qui est semblable à la population générale. Environ 10 % d'entre eux notent une détérioration de leur état de santé physique dans les mois qui suivent la révélation. Ici, les mères et les pères sont affectés dans des proportions similaires.

Consultation et médication

Pour faire face à cet état de traumatisation secondaire, les mères vont plus souvent que les pères consulter un psychologue ou un intervenant social. Environ le tiers d'entre elles vont chercher de tels services. Chez les pères, on note une augmentation des consultations auprès de leur médecin de famille, ce qui semble indiquer que les pères cherchent une aide au plan physique plus qu'au plan psychologique. Aussi, ces parents utilisent plus fréquemment que la population générale une médication pour composer avec leurs symptômes. En effet, la fréquence de la prise d'une médication pour contrer l'anxiété est une fois et demie plus élevée et celle pour la dépression est dix fois plus importante chez ces parents. On constate également que les pères consomment plus de tranquillisants que les mères.



Conclusion

Pour un nombre important de mères et de pères, la révélation de l'agression sexuelle de leur enfant entraînera une période de difficultés sur les plans psychologique et physique. Si les réactions des mères et des pères varient en intensité et en types de symptômes, les stratégies utilisées pour faire face à cette situation diffèrent également. Avec le temps, la plupart des parents arriveront à composer avec cet événement traumatique. 7

Référence

1. Cyr, M., Frappier, J.-Y., Hébert, M., Tourigny, M. (2013). *Health and support of mothers and fathers of sexually abused children*. Rapport de recherche déposé aux Instituts de recherche en santé du Canada.

L'intervention auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle – Entrevue avec Martine Hébert, Ph. D.

Par Myra G. Crevier, candidate au Ph. D.

Myra G. Crevier – Quels sont les services offerts au Centre d'expertise Marie-Vincent ?

Martine Hébert – Le Centre d'expertise Marie-Vincent offre un service spécialisé aux enfants de moins de douze ans ayant été victimes d'agression sexuelle. Ce Centre est l'un des rares centres d'appui aux enfants au Canada et le seul au Québec. Les enfants sont évalués par des intervenants formés et bénéficient d'un traitement reconnu efficace pour la gestion des symptômes post-traumatiques. Le Centre travaille de concert avec des policiers formés à effectuer des entrevues d'enquête, des pédiatres et les Centres jeunesse de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) afin d'offrir un service optimal aux enfants. De surcroît, les parents peuvent aussi profiter du soutien des intervenants.

M. G. C. – En quoi consiste le traitement développé et implanté à Marie-Vincent ?

M. H. – Les interventions se basent sur un modèle de traitement de type cognitif comportemental orienté vers le trauma qui a été validé et implanté avec succès au Centre Marie-Vincent. La thérapie s'échelonne sur douze séances hebdomadaires de 90 minutes chacune. Les enfants avec des symptômes post-traumatiques bénéficient de plusieurs stratégies, soit l'enseignement de la relaxation, le recadrage de leurs pensées et de leurs peurs, la régulation des émotions et des comportements difficiles, l'éducation quant à la sexualité, l'enseignement d'habiletés d'affirmation et de protection de soi, afin de prévenir la revictimisation, et l'élaboration du récit de leur agression, c'est-à-dire que les enfants écrivent l'histoire de l'agression qu'ils pourront partager à leurs parents par la suite. De plus, les parents non agresseurs sont rencontrés individuellement ainsi qu'avec l'enfant afin d'être informés quant aux besoins de l'enfant et pour renforcer les pratiques parentales



optimales. Les résultats de notre étude indiquent que l'approche permet de réduire les symptômes chez les enfants.

M. G. C. – Comment ces stratégies sont-elles adaptées pour les enfants de zéro à douze ans ?

M. H. – Le langage et le format sont adaptés au stade développemental de l'enfant. Le récit de l'agression peut être raconté à l'aide de dessins, de courtes histoires ou sous forme d'entrevues. Les intervenants se doivent d'être créatifs dans leurs interventions. De surcroît, le travail avec les parents s'avère important afin de favoriser les habiletés relationnelles et de renforcer la relation d'attachement entre le parent et son enfant.

M. G. C. – Quels sont les défis particuliers quant au travail auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle ?

M. H. – À la suite du dévoilement de l'agression, plusieurs démarches majeures sont entamées, telles que l'enquête policière, l'évaluation médicale et le signalement à la DPJ. L'enfant peut parfois être placé dans une famille d'accueil pour assurer sa sécurité. De

plus, le dévoilement engendre souvent une onde de choc et une situation de crise qui peuvent mener à une détresse importante chez tous les membres de la famille.

M. G. C. – Existe-t-il des types d'agression ou des profils d'enfants victimes d'agression sexuelle qui influencent la façon dont il faut aborder le traitement ?

M. H. – Les circonstances entourant l'agression sexuelle peuvent influencer les réactions développées par l'enfant, soit la relation avec l'agresseur, la fréquence des actes et l'utilisation de la force lors de l'agression. De plus, les ressources et les capacités de résilience de l'enfant ainsi que les réactions et le soutien de la famille modulent le développement de symptômes. Quant au sexe, les filles semblent rapporter et dévoiler plus fréquemment les agressions sexuelles et présentent davantage un état de stress post-traumatique. Le traitement se doit de rester flexible et adapté aux besoins des enfants en fonction de leur profil et de leur milieu. Il apparaît pertinent de considérer les capacités de résilience des enfants ainsi que le risque de revictimisation à d'autres étapes du développement, par exemple, la violence dans les relations amoureuses ultérieures.

M. G. C. – Qu'est ce qui serait particulièrement important à retenir ?

M. H. – Le défi actuel concerne le dévoilement. La majorité des victimes demeurent dans le silence pendant plus de cinq ans avant de dévoiler l'agression sexuelle. Désormais, il existe des traitements efficaces. Nous nous devons d'outiller les parents, les adultes de l'entourage de l'enfant et les intervenants afin qu'ils parviennent à soutenir et à diriger ces enfants vers les services appropriés. Ces enfants peuvent s'en sortir s'ils bénéficient de services adaptés à leurs besoins. 

Les défis pour l'intervenant qui travaille auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle

Par Isabelle V. Daignault, Ph. D., et Martine Hébert, Ph. D.



L'agression sexuelle (AS) pendant l'enfance est une problématique sociale importante qui fait malheureusement plusieurs jeunes victimes. Selon un sondage mené auprès d'adolescents, on estime qu'une fille sur quatre et qu'un garçon sur vingt sont victimes d'AS avant l'âge de dix-huit ans¹. Les conséquences associées à ce type d'expérience sont nombreuses. Elles peuvent s'exprimer lorsque l'enfant saisit la trahison de l'agresseur, qui est souvent un proche, et son impuissance quant à la situation. Elles peuvent également se manifester par des sentiments de honte et de culpabilité liés aux gestes posés. Plusieurs enfants sont ainsi aux prises avec des symptômes d'anxiété, de l'ordre de l'état de stress post-traumatique.

Pendant l'enfance, l'AS a la particularité de se présenter de façon souvent plus insidieuse que les autres formes de violence. Les gestes sexuels sont fréquemment présentés à l'enfant sous forme de jeux ou d'échanges, partagés dans le secret. En raison de son niveau de développement, l'enfant peut ainsi prendre un certain temps avant de réaliser qu'il s'agit de gestes inappropriés. Pour cette raison, l'AS n'est pas nécessairement vécue comme un choc, au sens de traumatisme, mais peut le devenir au fur et à mesure que la sévérité des gestes augmente. Ainsi, bien que plusieurs enfants présentent des symptômes de l'état de stress post-traumatique à la suite du dévoilement, la notion de trauma est parfois plus difficile à cerner chez eux que chez les adultes, en particulier, chez les plus jeunes enfants.

Des études américaines sur la victimisation des enfants indiquent que plusieurs enfants victimes d'AS sont fréquemment exposés à d'autres formes de violence (conjugale, physique, psychologique) et à de la négligence². Ce type d'adversité peut grandement

contribuer à la détresse de l'enfant et doit être pris en compte afin d'identifier les priorités d'intervention ainsi que les traumatismes les plus importants aux yeux de l'enfant.

Le parcours des enfants victimes d'AS en est souvent un qui témoigne d'un grand courage, car ces enfants sont confrontés à plusieurs obstacles et défis en lien avec le dévoilement, mais aussi avec les étapes subséquentes à la dénonciation de l'agresseur. En effet, plusieurs événements stressants peuvent influencer l'expérience des enfants victimes, dont la réaction de l'entourage au dévoilement, les conséquences du dévoilement sur la cellule familiale, l'entrevue d'investigation policière, la rencontre avec des intervenants du Centre jeunesse pour évaluer la situation, l'examen médical, parfois la rencontre avec le procureur, la thérapie et, pour certains, le témoignage à la Cour. À Montréal, nous avons la chance d'avoir un des premiers centres au Canada qui offre pratiquement tous ces services sous un même toit. Le Centre d'expertise Marie-Vincent a justement été élaboré pour mieux répondre aux besoins de ces enfants en facilitant leur expérience à travers les étapes socio-judiciaires subséquentes au dévoilement. Il est souhaitable que ce type de centre puisse voir le jour dans d'autres régions du Québec afin qu'un plus grand nombre d'enfants en bénéficie.

Malgré l'adversité vécue, plusieurs enfants disposent de ressources personnelles et familiales pouvant les aider à traverser ces expériences difficiles et à reprendre un parcours développemental harmonieux. L'aspect le plus touchant de ce travail est justement d'être témoin de la résilience et du cœur que ces enfants mettent à retrouver le sourire et à aller mieux. C'est une belle expérience d'humilité et un travail fascinant et valorisant que de pouvoir les accompagner dans ce processus. Pour y arriver, le clinicien doit être constamment à l'écoute de ses propres réactions aux histoires traumatiques et être en mesure de bien reconnaître ses valeurs, ses perceptions et ses préjugés en lien avec l'AS et la sexualité. Ce sont des sujets avec lesquels il doit se sentir particulièrement à l'aise, que ce soit pour vulgariser des concepts sur le développement psychosexuel, l'AS, la sexualité ou simplement pour être en mesure de créer un environnement thérapeutique sécurisant pour un enfant victime. C'est dans ce contexte que les enfants sourient, reprennent espoir et poursuivent leur chemin. 

Références

1. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A., Hamby, S.L. (2014). The life-time prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, article sous presse.
2. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse Neglect*, 31(1), 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008

Conseils aux parents dont l'enfant a été victime d'un trauma

Par Caroline Berthiaume, Ph. D., psychologue

Votre enfant a été exposé à un événement traumatique et, depuis, vous vous questionnez sur la façon dont vous devriez intervenir. L'aider à y penser le moins possible afin d'éviter de faire resurgir de mauvais souvenirs? En parler avec lui? Quoi dire et comment le dire?

Tout d'abord, vous faire confiance comme parent!

Souvent, vous-mêmes sous le choc, vous pouvez craindre de faire des erreurs. Pourtant, la première chose à vous rappeler est que vous êtes la personne qui connaît le mieux votre enfant. Vous savez reconnaître les indices qui lui sont propres lorsqu'il a besoin de parler, de s'isoler ou de se changer les idées. Ce n'est pas différent depuis l'événement traumatique. Faites-vous confiance et utilisez les stratégies qui ont toujours fonctionné avec lui (p. ex. : le rassurer, lui offrir des objets sécurisants, passer plus de temps avec lui). Chaque enfant est unique! Il s'agit de vous adapter en fonction de ce que vous connaissez de votre enfant, mais aussi en fonction des réactions qui surgissent. Des changements de comportements et des émotions plus intenses qu'à l'accoutumée sont normaux dans les jours et dans les semaines qui suivent l'événement. Votre rôle est d'accompagner votre enfant dans la gestion de ses émotions.

Une question d'attitude

À la suite d'un événement traumatique, les enfants craignent surtout de se retrouver seuls et que la vie ne reprenne jamais son cours normal. Il est donc suggéré de favoriser un retour à la routine habituelle (p. ex. : rituel du coucher, présence en classe, activités sociales et loisirs) le plus rapidement possible. De plus, avant même de parler de l'événement ou des émotions qu'il génère, il est important que vous adoptiez une attitude apaisante et confiante. Cela permettra à votre enfant de se calmer à son tour en vous utilisant comme modèle, mais aussi de ressentir votre capacité à recevoir ce qu'il a à vous dire, si tel est le cas. La

plupart des enfants seront davantage sécurisés par une présence rassurante et des contacts physiques affectueux que par de grandes explications.

Des gestes aux paroles

Alors que certains enfants auront besoin de poser plusieurs questions, d'autres n'auront pas envie de parler de l'événement. Il est important de respecter le rythme de l'enfant et de ne pas forcer la discussion. Rien ne presse de parler! L'enfant intègre à son rythme ce qui est arrivé. Rappelez-lui plutôt votre disponibilité à l'écouter en tout temps. Tôt ou tard, vous trouverez le bon moment pour discuter avec lui de ce qui s'est passé. Ne vous mettez pas de la pression pour chercher quoi lui dire. Il suffit d'accueillir ce qu'il a à vous dire et de répondre à ses questions le plus honnêtement possible. Le degré de précision à fournir dépendra des questions qu'il posera, de l'événement en tant que tel (p. ex. : accident ou geste violent) et de la personnalité de l'enfant (p. ex. : évitement ou recherche d'informations). Vous aurez aussi à vous adapter en fonction de sa maturité et de son âge.

Voici quelques points pour créer un climat propice à la discussion avec des enfants de six à douze ans¹:

- Écoutez l'enfant sans l'interrompre, en l'amenant à verbaliser son point de vue.
- Répondez aux questions de l'enfant en utilisant des mots simples. Donnez-lui des réponses courtes pour lui laisser le temps de comprendre l'information.
- N'en dites pas plus qu'il n'en faut. Par ses questions et ce que vous connaissez



de lui, vous saurez jusqu'où aller. Il vaut mieux donner peu de détails à la fois et s'ajuster selon ses réactions.

- N'hésitez pas à l'informer que certaines questions peuvent demeurer sans réponses pour le moment.
- Rappelez-lui qu'il est maintenant en sécurité et que l'événement est terminé.
- S'il a de la difficulté à s'exprimer avec des mots, proposez-lui d'utiliser l'écriture, le dessin ou les jeux, par exemple. Tous ces moyens sont bons pour l'aider à se révéler.

Quand les interventions des parents ne suffisent plus

Malgré les interventions de l'entourage durant les premières semaines, il peut arriver que l'enfant ne réussisse pas à se remettre de ce qui lui est arrivé. Si les émotions intenses et les changements de comportements perdurent plus de quatre à six semaines et s'intensifient, n'hésitez pas à consulter un professionnel qui l'aidera à se rétablir complètement. 

Référence

1. Santé et Services sociaux du Québec. *Mon enfant a été confronté à un événement traumatique*. Retrieved from cooklibrary.towson.edu/helpguides/guides/APA_govLegal.pdf

Où consulter?

Voici une liste de ressources publiques et privées offrant des services psychologiques aux enfants à Montréal et ses environs.

INSTITUTIONS	SERVICES OFFERTS	COORDONNÉES
AU PUBLIC		
CLSC le plus près de chez vous	• Évaluations et suivis psychologiques	santemontreal.qc.ca/ou-aller/clsc
Service de psychologie de l'Hôpital Sainte-Justine	• Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques	514 345-4775 3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine (étage A, bloc 8), Montréal H3T 1C5
Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	• Suivis psychologiques	514 251-7774 5689, boulevard Rosemont (pavillon Rosemont), Montréal H1T 2H1
Centre de services psychologiques de l'Université du Québec à Montréal	• Évaluations en psychologie scolaire • Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques	514 987-0253 320, rue Sainte-Catherine Est (local DS-4202), Montréal H2X 1L7
Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal	• Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques • Thérapies familiales	514 343-7725 1525, boulevard Mont-Royal Ouest (pavillon Marie-Victorin, local D-331), Outremont H2V 2J7
Hôpital général juif	• Suivis psychologiques	514 340-8226 4335, chemin de la Côte-Sainte-Catherine Montréal H3Z 1R1
AU PRIVÉ		
Centre de consultation psychologique et éducationnelle	• Évaluations en psychologie scolaire • Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques	514 522-3195 1497, boulevard Saint-Joseph Est Montréal H2J 1M6
Centre de psychologie Gouin	• Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques	514 331-5530 39, boulevard Gouin Ouest Montréal H3L 1H9
Centre de neuropsychologie et de psychologie de Laval	• Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques • Consultations pharmacologiques	514 312-7046 500, boulevard Saint-Martin Ouest (bureau 440), Laval H7M 3Y2
Centre de psychologie du Vieux-Longueuil et de Sainte-Julie	• Suivis psychologiques • Thérapies familiales	450 674-9673 300, rue Saint-Laurent Ouest, Longueuil J4H 1M7 621, montée Sainte-Julie, Sainte-Julie J3E 1W8
Centre Professionnel Familial	• Évaluations en psychologie scolaire • Médiation familiale • Suivis psychologiques	450 433-6943 73, boulevard de la Seigneurie Est (bureau 200), Blainville J7C 4M9
Centre d'évaluation neuropsychologique et d'aide à l'apprentissage	• Évaluations neuropsychologiques • Suivis psychologiques	450 907-3339 170, boulevard Taschereau (bureau 250), La Prairie J5R 5H6

L'ÉQUIPE DE RECHERCHE EN BREF

Par Rachel Carrier, agente d'information

Nouvelle coordonnatrice – Caroline Forget-Galipeau est la nouvelle coordonnatrice de l'équipe de recherche VISAGE. Elle travaille depuis plus de cinq ans en recherche. Sa nomination a lieu à la suite d'une année de travail en tant qu'assistante de recherche pour le projet de recherche sur la violence au travail.

Fiche Résumé – L'équipe de recherche VISAGE a réalisé une synthèse d'une revue de littérature sur les risques

d'exposition à la violence auxquels sont confrontés les hommes et les femmes dans les milieux de travail et sur les différences qui existent entre les sexes.

À partir de cette synthèse, l'équipe a produit une fiche de deux pages succinctes intitulée « Les hommes et les femmes face à la violence au travail : les risques d'exposition ».

Pour consulter ou télécharger la fiche Résumé :
equipevisage.ca/outils