



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



PRÉVENTION DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ ET DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

La préoccupation et l'engagement du CHU Sainte-Justine à l'égard des enfants victimes de mauvais traitements ne datent pas d'hier. Dans les années soixante-dix, la création d'une clinique de protection des enfants maltraités a permis d'officialiser cette mission. Par la suite, l'évolution de l'organisation des services a entraîné le développement d'un secteur spécifique de pédiatrie sociale qui regroupe l'ensemble des services en maltraitance infantile. Ce secteur peut faire appel à une trentaine de professionnels en santé physique et mentale, ou provenant des domaines socio familial, participant aux activités de pédiatrie sociale. L'ensemble de ces expertises permet de répondre chaque année aux besoins spécifiques de plus de 2 000 enfants et adolescents victimes d'abus ou de négligence ou soupçonnés de l'être.

Le nombre de consultations pour abus physique a augmenté de 50 % au CHU Sainte-Justine depuis 2001, ce qui révèle l'ampleur des besoins dans la société actuelle et confirme le caractère incontournable de la mission préventive assumée par Sainte-Justine.

Un engagement qui s'inscrit dans des actions concrètes et ciblées

Les professionnels du secteur de pédiatrie sociale du CHU Sainte-Justine ont acquis une expertise clinique et scientifique de pointe. Cependant, l'ampleur et la sévérité de la maltraitance infantile ont amené ces experts à identifier la nécessité de cibler des actions préventives.

Dans ce contexte, la prévention du syndrome du bébé secoué (SBS) est apparue prioritaire. En 2002, le CHU Sainte-Justine a réaffirmé sa mission de prévention de la maltraitance infantile en déclarant officiellement la prévention du syndrome du bébé secoué comme une de ses priorités en promotion de la santé.

PROJET GLOBAL

Les experts du CHU Sainte-Justine ont alors développé un projet global de prévention du SBS et de la violence envers les enfants visant d'abord les parents ainsi que les différents groupes de professionnels

La prévention de la maltraitance infantile : une mission au cœur des activités du CHU Sainte-Justine

concernés et ce, tout au long du continuum de soins de la périnatalité à la petite enfance. Ainsi, le projet se divise en plusieurs phases. La phase 1 vise les parents au moment de la naissance en milieu hospitalier ou centre de naissance. La phase 2 vise les parents en post-natal à des moments précis de développement du bébé et la phase 3 s'adresse à des populations spécifiques. Chaque phase se compose d'interventions spécifiques pour lesquelles des outils spécifiques ont été développés. En comparaison avec une mesure de santé publique universelle telle que la vaccination, les phases du projet de prévention de la maltraitance 'des doses de vaccin de prévention de la maltraitance' qui sont individuellement requises mais qui atteignent leur effet préventif optimal lorsqu'elles sont cumulées.

Le CHU Ste-Justine s'est donné comme orientation d'exploiter et d'évaluer les modes d'interventions en santé comme un processus intégré à ses prises de décision et d'assurer le transfert des connaissances dans l'ensemble des disciplines, dans un contexte d'interdisciplinarité, et ce en intégrant la recherche.

Par ce projet de prévention de la maltraitance infantile, le CHU Sainte-Justine tient à protéger les jeunes enfants, de même qu'à soutenir les adultes qui en sont responsables et les professionnels qui interviennent auprès de ceux-ci. Ainsi, le but ultime du projet est de réduire la maltraitance infantile au Québec dont le syndrome du bébé secoué (SBS).

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

De toutes les formes d'abus physique infantile, le syndrome du bébé secoué (SBS)¹ est le plus dévastateur et le plus destructeur. Ce syndrome est respon-

¹ Le terme SBS (syndrome du bébé secoué) est équivalent au terme traumatisme crânio-cérébral non accidentel (TCCNA) ou trauma crânien infligé (TCI). Les écrits scientifiques recommandent d'utiliser le terme TCCNA/TCI mais conviennent qu'il est justifié d'utiliser le terme SBS pour la prévention.

sable de la majorité des décès par maltraitance chez l'enfant et de presque tous ceux survenant chez les nourrissons. Près du tiers des enfants qui en sont victimes décèdent et la majorité de ceux qui y survivent conservent des séquelles permanentes. Selon une étude² sur les conséquences à long terme du SBS, à l'âge scolaire, toutes les victimes du SBS présentent des troubles d'apprentissages graves et ce malgré le fait qu'à leur congé de l'hôpital ils étaient sans séquelles apparentes.

Selon un sondage dans la population du Québec, 5 % des parents ont secoué leur enfant au moins une fois³. De plus, à chaque année au Québec environ 30 jeunes enfants (90 % moins de 6 mois) sont amenés à l'urgence d'un CH suite à des secousses causant des symptômes majeurs requérant des soins directs. Les soins directs lors de l'épisode d'hospitalisation d'un survivant du SBS s'élèvent à près de 22 000 \$. Un seul SBS coûte plus d'un million de dollars en soins et réadaptation (écart entre 1 et 1,875 M).

Qu'est-ce que le SBS?

Le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un nourrisson ou un jeune enfant tenu par le tronc, les épaules ou les extrémités est secoué violemment. La personne responsable du geste est habituellement l'un des deux parents ou conjoint(e) ou le (la) gardien(ne).

Les jeunes enfants victimes du syndrome du bébé secoué sont issus de tous les groupes socio-économiques et de toutes les cultures. Cet acte de violence peut se produire dans des familles qui ne présentent aucun risque apparent.

Le SBS touche principalement les bébés âgés entre 0 et 12 mois, mais les enfants d'âge préscolaire (2 à 4 ans) peuvent aussi en être victimes. La moyenne d'âge des enfants touchés se situe entre 2,2 mois et 5 mois. Le nourrisson est alors plus fragile aux secousses car la proportion de sa tête représente 25 % du poids de son corps, comparativement à 2,5 % chez l'adulte et les muscles de son cou, encore peu développés, ne peuvent résister à une extension extrême. De plus, à cette étape du développement, le cerveau flotte en quelque sorte dans la boîte crânienne et la matière cérébrale est moins dense et plus friable, ce qui la rend plus fragile à la distorsion lors des mouvements brusques.

L'incidence du SBS

L'incidence du syndrome du bébé secoué est certainement sous-estimée en raison de la difficulté que représente son dépistage car les symptômes qu'il produit ne lui sont pas exclusifs. Une étude améri-

caine indique que plus de 30 % des cas de traumatisme crânien découlant de cet acte de violence ne sont pas dépistés.

Ainsi, les signes et symptômes peuvent passer inaperçus aux yeux du professionnel ou être confondus avec d'autres problèmes de santé, d'autant plus que le motif de consultation donné par les parents est souvent banal : une chute mineure, des régurgitations, des pleurs ou de l'irritabilité. De tels constats mettent en évidence l'urgent besoin de formation des professionnels afin de développer leurs compétences à dépister le SBS.

Le nombre de cas de syndrome du bébé secoué est donc difficile à établir au Québec comme ailleurs. Cependant, une augmentation des cas de SBS est observée au CHU Sainte-Justine depuis 5 ans. On estime à plus de trente cas par année l'incidence du SBS à l'échelle québécoise.

De graves conséquences

Les secousses violentes produisent des dommages importants au cerveau :

- des hémorragies intracrâniennes (saignement à l'intérieur de la tête, autour du cerveau)
- des hémorragies rétiniennes (saignement à l'intérieur de l'œil)
- de l'œdème cérébral (enflure du cerveau)

Ces lésions peuvent être associées à d'autres signes de traumatismes comme :

- des fractures de côtes ou de l'extrémité des os longs (bras, jambes)
- des fractures du crâne
- des ecchymoses (bleus) sur la tête ou sur le corps

Les deux tiers des enfants qui survivent au syndrome du bébé secoué présentent des séquelles permanentes telles que :

- la paralysie (hémiparésie, hémiplégie, quadriplégie)
- la cécité
- l'épilepsie
- des troubles d'alimentation
- des troubles du sommeil
- des retards de développement (motricité, langage)
- des déficits cognitifs

Plus récemment, il a été démontré que l'enfant qui ne semble présenter aucune de ces séquelles pourra tout de même, à long terme, s'avérer atteint de troubles d'apprentissage et de socialisation.

Ces conséquences désastreuses expliquent que dans des proportions de plus de 40 %, les petits qui sont victimes du syndrome du bébé secoué requièrent l'intervention ponctuelle ou suivie de plusieurs spécialistes (neurologue, neurochirurgien, ophtalmologiste) et d'une équipe de soutien en réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, etc.), parfois durant le reste de leur vie.

² Stipanivic, Nolin, Fortin, Gobeil (2008).

³ ISQ (2004). La discipline des enfants au Québec; normes & pratiques des parents en 2004. ISQ (2000). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999.

LA PRÉVENTION DU SBS

La prévention du SBS a débuté dans les années 1980 et ne fait nul doute quant à sa pertinence en 2010. «Le syndrome du bébé secoué se prévient à 100 %»⁴. Les interventions éducatives se multiplient et l'implantation d'un programme⁵ de prévention universel démontre des résultats intéressants, traçant la voie d'une donnée probante pour la prévention du SBS. L'une des études⁶ a démontré une réduction de 46 % du SBS lorsque les parents reçoivent une intervention éducative à la naissance de leur enfant.

Les pleurs persistants du nourrisson sont le premier élément déclencheur du SBS. Le manque de connaissances des parents relativement aux pleurs du nourrisson devient l'un des principaux facteurs

liés au syndrome du bébé secoué, auquel s'ajoute la difficulté que représente la gestion de la colère face aux pleurs persistants, conjuguée à la méconnaissance des dangers de secouer un bébé.

Dès 2002, le CHUSJ travaille au développement d'un projet global de prévention dont la phase 1 a été priorisée. Le CHU Sainte-Justine et ses collaborateurs, ont mis sur pied le premier programme périnatal de prévention du SBS au Canada (PPPSBS). La phase 1 correspond au PPPSBS en milieu hospitalier.

Pour les phases 1 et 2, les cadres logiques sont présentés ainsi que la description des interventions. Les informations opérationnelles quant à l'implantation, la formation du personnel et le matériel éducatif sont aussi précisés.



⁴ AAP (2001), Shower (2001); Deyo, Skybo, Carroll (2008); Gutierrez, Clements Averill (2004); Ward, Bennett, King (2004); Levine (2003); NCSBS (2006). Barr, Barr, M., Fujiwara, Conway, Catherine & Brant (2009).

⁵ Showers & coll. (1985-92-97, 2001); Dias & coll. (2002-05); Herman (2002); Barr & coll. (2006-09); deGuehery & Smith (2009); Goulet, Frappier, & coll. (2007).

⁶ Dias, Smith, deGuerry, Mazur, Li & Shaffer (2005).⁷ Les hommes demeurent en plus forte majorité (70%) les responsables du SBS suivies des femmes (30%).

PHASE 1 : PPPSBS - MILIEU HOSPITALIER

Description du programme

Le Programme périnatal de prévention du SBS, phase 1 post-natale immédiate (PPPSBS) bien qu'inspiré des programmes existants, est novateur et adapté à la réalité québécoise. Il est enrichi de la dimension de la gestion de la colère ainsi que d'un cadre logique. Le programme cible s'adresse à tous les parents, (père, mère, ou conjoint). Les objectifs visés par le programme sont : 1) améliorer les connaissances des parents et favoriser le recours à des stratégies d'adaptation quant aux pleurs du nourrisson; 2) améliorer les connaissances des parents et favoriser le recours à des stratégies d'adaptation face à la gestion de la colère; 3) améliorer les connaissances des parents sur les dangers de secouer un bébé.

L'intervention éducative de l'infirmière

Dans le cadre du séjour hospitalier post-natal, l'infirmière débute son intervention en précisant qu'il s'agit d'un enseignement offert à tous les parents. Elle présente aux parents (père & mère) l'essentiel du contenu de chaque fiche d'information : les pleurs, la colère, le SBS. Pour le SBS, l'infirmière précise concrètement les lourdes conséquences qu'entraîne ce geste pour l'enfant. Alors, elle remet les trois fiches aux parents et les invite à formuler par écrit un plan d'actions en vue de faire face aux pleurs incessants de leur enfant s'ils survenaient. (Espace pour écrire prévu à cet effet sur la Fiche 2).

Lors d'une visite subséquente mais rapprochée, l'infirmière revoit avec les parents les stratégies qu'ils ont identifiées et répond à leurs questions. Elle termine par les ressources disponibles (numéro de téléphone de la Ligne Parents inscrit sur les fiches et CLSC). L'intervention de l'infirmière varie entre 5 à 10 minutes en moyenne selon les questions des parents. L'approche de l'infirmière vise aussi à intégrer le père ou le conjoint⁷.

Les infirmières soulignent qu'il n'est pas toujours évident de rejoindre les 2 parents en même temps mais elles réussissent dans plus de 75 % des familles.

⁷ Les hommes demeurent en plus forte majorité (70%) les responsables du SBS suivis des femmes (30%).

Témoignages infirmières :

(2009) Nadine

« Les parents de 2^e ou 3^e enfant qui ont accouché ailleurs avant ici, auraient souhaité avoir cette information lors de la naissance de leurs autres enfants... aussi avoir cette info dans les autres hôpitaux ».

(2010) Josiane

« Je fais l'intervention depuis 1 an et demi, tous les parents jusqu'à présent, apprécient l'enseignement ».

(2011) Claude

« Pour la colère, aucun problème. On aborde les parents en leurs disant que c'est un enseignement que l'on fait à tous les parents. Ils comprennent ».

LA FORMATION

La formation spécialisée d'un coordonnateur-formateur par CH

La formation spécialisée d'un coordonnateur-formateur, préalable à l'implantation est d'une durée d'une journée. Cette journée de formation spécifique permet d'abord un transfert de connaissances spécialisées quant au contenu scientifique (SBS-pleurs-colère) et ensuite facilite l'échange pour l'organisation des sessions de formation ainsi que la planification du suivi-monitorage des interventions. Le rôle du coordonnateur-formateur est de planifier et suivre l'implantation du PPPSBS dans l'établissement ainsi que de dispenser la formation aux infirmières. Le coordonnateur prévoit l'intégration de cette formation dans le parcours d'accueil des nouvelles infirmières des unités de naissances et planifie l'acquisition des fiches qui sont remises aux parents selon le nombre d'accouchement total par année.

La formation des infirmières

D'une durée de trois heures, la formation se divise en deux parties soit la théorie et la mise en pratique.

La première partie contient une mise à jour scientifique à partir des plus récentes données de la littérature quant aux trois thèmes abordés soient : pleurs du nourrisson, la colère et le SBS. Par exemple, le contenu sur les pleurs du nourrisson est présenté à partir des multiples causes sous-jacentes possibles dont certaines permettent de briser des mythes (ex : les coliques). Le thème du SBS est soutenu de plusieurs animations 3D qui permettent de comprendre

comment apparaissent les lésions intracrâniennes. Enfin, avant chacun des thèmes, un bref Quiz est proposé suivi de la mise à jour scientifique. Les réponses au Quiz sont discutées à la fin du thème abordé.

La deuxième partie correspond à la mise en pratique. Cette activité est réalisée en sous-groupe de 3 personnes (jeu de rôle : père-mère-infirmière) soutenu de mises en situation. Une courte vidéo de l'intervention est aussi présentée et favorise le transfert dans la pratique.

Chaque infirmière se voit remettre un cahier du participant (Quiz, lectures), un aide-mémoire résumant l'information à transmettre aux parents ainsi qu'un exemplaire des fiches remises aux parents.

Pour qui ?

Toutes les infirmières et sages-femmes (jour-soir-nuit) qui travaillent sur les unités de naissance.

L'intervention et la formation visent aussi le secteur de la néonatalogie (re : 14 % plus d'incidence du SBS).

Matériel didactique et éducatif

Pour le formateur :

Chaque coordonnateur-formateur reçoit un cartable PPPSBS incluant :

- Cédérom de formation complet avec la formation Power point & les animations 3D,
- cahier du participant,
- aide-mémoire
- feuille d'évaluation formation,
- fichier Excel pour le suivi d'implantation,
- coordonnées pour soutien en tout temps.

Pour les parents :

Les fiches remises aux parents ont été créées à partir d'histoires cliniques réelles. L'information est organisée de la même façon sur les trois fiches soit : ce qu'il faut savoir, que faire et rappelez-vous. Par exemple, pour la fiche sur les pleurs, le parent y retrouve en premier la description des pleurs du nourrisson avec les normales en terme d'âge et de durée. Chacune des fiches débute par les premières phrases d'un parent. Les paroles évoluent des pleurs de son bébé jusqu'à la colère et le dépassement de celle-ci par un geste qui peut être fatal : le SBS.

« Il pleurait sans arrêt, je faisais tout mais rien ne le consolait : pourquoi ? » ...j'avais chaud. Je sentais mon cœur battre très fort... et j'ai crié. Pourquoi ? »... « Je l'ai repris même si pleurait...je n'aurais pas dû... je l'ai secoué... »

Voici les trois fiches qui sont remises aux parents et qui soutiennent l'intervention de l'infirmière.



Pertinence des fiches et de la présence de l'infirmière ?

La majorité des parents et des infirmières (96 % à 98 %) trouve utile et intéressante l'information contenue dans les fiches⁸. De plus, la majorité des parents considère la présence de l'infirmière essentielle à l'intervention : la simple remise des fiches ne pourrait suffire (94 %).

L'EXPÉRIMENTATION AU QUÉBEC :

Le PPPSBS a été implanté progressivement et évalué. En 2004, un premier projet pilote a été réalisé au CHUSJ avec une première recherche évaluative. Par la suite, trois hôpitaux ont participé à l'implantation complète du programme PPPSBS (version française et version anglaise). En 2005-06, une deuxième recherche évaluative sur le PPPSBS démontre des résultats qui confirment la tendance de tous les résultats de recherche quant à la pertinence d'une intervention éducative à la naissance (Showers & coll. 1998, Dias, & coll, 2005). Voici les résultats de Goulet, Frappier, Fortin & coll. (2007) quant au PPPSBS.

Les résultats de la recherche évaluative sont forts révélateurs. La majorité (99.6 %) des **parents** souligne que l'information est facile à comprendre et 92 % disent avoir appris à propos des pleurs, de la colère et du SBS. La presque totalité (99.6 %) souligne que l'intervention est à poursuivre pour tous les parents, 98 % l'ont apprécié et 89 % trouve l'intervention utile. La fiche sur les pleurs du nourrisson est la plus aidante, suivie de celle sur la colère et 94 % des parents mentionnent que la simple remise des fiches aux parents sans l'intervention de l'infirmière ne pourrait suffire pour mener à bien l'intervention. En outre, 97 % des parents croient utile d'écrire un plan d'action tel que suggéré. Parmi les répondantes **infirmières**, la totalité trouve l'intervention utile (100 %), 97 % recommande de la poursuivre, que les parents

⁸Goulet, C., Frappier, J.Y., Fortin, S., Lampron, A., Déziel, L. (2008). Results of evaluation for the perinatal program of shaken baby syndrome. JOGNGN.

accueillent bien leur intervention (98 %) et dans 89.8 %, elles croient que l'intervention répond aux besoins des parents.

Le PPPSBS a rejoint plus de 25 000 familles depuis la première implantation dans trois hôpitaux du Québec.

DÉPLOIEMENT AU QUÉBEC PHASE 1

Le MSSS soutient l'implantation provinciale du PPPSBS phase 1 en milieu hospitalier. En effet, le MSSS met à la disposition des CH, un formateur expert qui accompagnera chaque CH dans l'implantation du PPPSBS. Les fiches aux parents sont fournies par le MSSS et le processus de commande vous sera communiqué sous peu.

Voici les étapes :

- 1- Contacter le répondant de la périnatalité de votre région⁹ (via les agences de santé et services sociaux).
- 2- Identifier un coordonnateur-formateur¹⁰ dans votre établissement.
- 3- Le répondant régional de la périnatalité et/ou le coordonnateur d'un CH planifie la journée de formation spécialisée pour tous les coordonnateurs d'une même région. Les sessions de formation des infirmières sont alors planifiées successivement pour chaque CH. Le MSSS prévoit que le formateur-expert se déplacera une fois par région. NB : Il n'y a pas de limite au nombre de participantes infirmières par session de formation mais le minimum est de 3.
- 4- Informations à transmettre au CHUSJ :
 - a. le nom et les coordonnées du répondant régional en périnatalité, ainsi que le ou les noms des coordonnateurs-formateurs par établissement
 - b. le nombre d'infirmières visées par la formation/CH
 - c. le nombre de naissances/année/CH
 - d. préciser si votre établissement (CH) accueille une unité de néonatalogie (inclure le nombre de naissance et le nombre d'infirmières visées par la formation)
 - e. Important : indiquer les dates de formation souhaitées ou la période de l'année ou vous prévoyez l'implantation pour votre région.
- 5- Inscrivez-vous et votre région :
 - a. Par courriel : sylvie.fortin.hs@ssss.gouv.qc.ca
 - b. Par téléphone : secrétariat : 514-345-4931 poste 3866
 - c. Questions informations : coordonnateur provincial formateur-expert : S.Fortin inf. M.Sc. 514-833-1611

⁹ Le terme région signifie région ou territoire.

¹⁰ Le coordonnateur-formateur est habituellement le cadre conseil en soins infirmiers ou la conseillère en soins relevant de la DSI.

Exemple d'implantation

Par exemple, pour une région qui a 3 CH, il est suggéré de planifier une seule journée de formation spécialisée regroupant les coordonnateurs-formateurs de chaque CH. Par la suite, le formateur-expert accompagne consécutivement chaque coordonnateur-formateur pour 4 sessions de formation des infirmières d'une durée de 3 heures. Les 2 premières sessions de formation sont réalisées par le formateur-expert sous l'observation du coordonnateur-formateur interne et 2 autres sessions de formation permettent au coordonnateur interne de dispenser la formation avec le soutien de l'expert.

Le PPPSBS est un programme de promotion de la santé et de prévention qui a pour but de prévenir la violence physique envers les bébés, particulièrement les secousses violentes. Le PPPSBS conscientise les familles à la réalité des pleurs persistants du nourrisson afin d'identifier et de prévenir des situations de perte de contrôle envers leur enfant. Ainsi, par cette intervention éducative, nous aidons les parents à comprendre la gravité des secousses pour un jeune enfant, mais le fait le plus important est que nous contribuons à une meilleure compréhension des pleurs de leur bébé et nous les aidons à planifier des actions précises. Voici le verbatim d'un parent qui en résume la pertinence :

« Définitivement c'est préventif.. pis ça donne confiance aux parents... Ça nous prépare à quoi faire, un peu comme un cours de premiers soins. Quand ça arrive le drame... Il est trop tard pour penser à quoi faire là » (N : 100).



PHASE 2 : CSSS – CLSC

PPPSBS + THERMOMÈTRE DE LA COLÈRE

La phase 2 en post-natal, poursuit et renforce la phase 1 du milieu hospitalier. La théorie et les principes du PPPSBS sont maintenus et utilisés, cependant le concept de la colère est exploité plus spécifiquement. Le cadre logique a été adapté. Au cours des travaux de réflexion de l'équipe du CHUSJ cherchant à mieux comprendre comment survient le SBS, l'émotion de la colère a été identifiée à partir de verbatim de parents face aux pleurs persistants du nourrisson. L'identification de l'émotion de la colère a aussi été confirmée par des témoignages inédits de personnes qui ont été trouvées responsables des secousses et/ou d'un geste abusif envers un nourrisson, un jeune enfant. L'équipe du CHUSJ a compris qu'il y avait une progression dans les émotions et ce, bien avant d'en arriver à la violence. Ainsi, la colère devient un angle de prévention universel.

Le thermomètre de la colère

J'ai chaud.
J'en peux plus.
Je suis fâché.
Qu'est-ce que je vais faire?

Ces paroles vous disent quelque chose ?
Sentez-vous la colère, c'est ce que vous avez bien des parents qui ont de la peine. La colère est une émotion normale. Tous les parents peuvent ressentir de la colère et les réactions différentes et pour des raisons différentes.
Le thermomètre de la colère présente des parents et des nourrissons physiquement pour vous aider à reconnaître la colère.

- 1 Pourquoi pleure-t-il ?
- 2 Je ne sais plus quoi faire.
- 3 Je n'ai jamais de répit.
- 4 Rien ne marche comme je veux.
- 5 Là, ça suffit, c'est assez !

Pour garder le contrôle de la situation, évitez le déclenchement de la colère.
La colère, c'est normal.
Garder le contrôle, c'est vital.
Surtout ne secouez jamais un bébé.
Ne frappez jamais un enfant.

Le thermomètre de la colère est un outil pour vous aider à reconnaître et à gérer votre colère.
Pour commander : CHU Sainte-Justine
Téléphone : 514-343-4871 Courriel : colere@chuj.quebec.ca

CHU Sainte-Justine
CHUSJ
Non à la violence
CHUSJ

Colère et maltraitance infantile

Plusieurs études¹¹ démontrent la corrélation entre l'émotion de la colère et la maltraitance infantile et ce, particulièrement quant à l'abus physique¹². L'émotion de la colère est présente peu importe le genre voir hommes-pères ou femmes - mères. En effet, 83 % des mères ont rapporté avoir ressenti de la colère lors d'une situation de désobéissance de son enfant. De plus, si la mère éprouve de la colère, celle-ci a 2.17 fois plus de risque d'avoir recours à la discipline corporelle¹³.

Ainsi, la colère est introduite comme étant une émotion normale dont l'expérience est universelle mais il faut apprendre à en maîtriser l'expression

avant que celle-ci ne dégénère en une forme de violence envers l'enfant.

Le thermomètre de la colère est le résultat concret de ces réflexions théoriques et expériences cliniques. Il rapporte des paroles et des réactions progressives de parents soutenues d'un contenu rassurant et propose une stratégie de prévention individualisée nommée la boucle de prévention.

Or, la phase 2 du projet de prévention intègre le concept de la colère dans de nouvelles interventions. Celles-ci sont insérées dans le continuum de soins et services et ce, à des moments stratégiques de la vie de l'enfant.

Les interventions

Les interventions éducatives visent d'abord un rappel du PPPSBS lors de la première visite post-natale réalisée par les infirmières (entre 0-10 jours de vie du bébé) et ce, pour toutes les familles du territoire du CLSC visé (durée : environ 3 minutes). Ensuite pour les familles suivies par les programmes JED (SIPPE), celles-ci reçoivent une intervention éducative supplémentaire basée sur le thermomètre de la colère. En effet, entre l'âge de 4 à 6¹⁴ semaines de vie du nourrisson, l'infirmière SIPPE procède de façon universelle pour sa clientèle¹⁵ en introduisant le thermomètre de la colère auprès des parents (durée : environ 15 minutes). Cette nouvelle intervention vient renforcer la prévention de la maltraitance infantile auprès des plus jeunes enfants à un moment critique du développement du nourrisson.

Par la suite et au besoin, une intervention spécifique individualisée à partir du thermomètre de la colère permet d'approfondir la gestion de la colère chez les parents. Cette intervention individualisée utilise de nouveaux outils de prévention; entre autres, le thermomètre de la colère personnalisé ainsi que la boucle de prévention. Les équipes psychosociales¹⁶ et infirmières de la petite enfance sont habilités à réaliser cette intervention complète auprès du ou des parent(s)-conjoint (e). L'intervenant pivot est souvent le professionnel visé pour l'actualisation de cette dernière intervention. En résumé, voici le schéma proposé des interventions préventives de la phase 2 qui ont été insérées dans le continuum de soins.

¹¹ Whiteman & al. (1987); Novaco, (1976); Watson, (2001); Ateah & Durrant, (2005); Rodriguez & Green, (1997).

¹² Afin d'alléger le texte, le terme abus physique intègre le terme punition corporelle.

¹³ Ateah & Durrant, (2005).

¹⁴ Le pic des pleurs du nourrisson survient autour de la 6e semaine de vie du nourrisson.

¹⁵ Le thermomètre de la colère est remis à toutes les familles recevant des services de JED/SIPPE.

¹⁶ Les équipes psychosociales représentent les professionnels de plusieurs disciplines (T.S, Psychologue, psycho éducatrice, nutritionniste...)

La formation

L'adaptation de la formation du PPPSBS a permis d'intégrer le contenu scientifique quant à l'émotion de la colère et l'utilisation du thermomètre de la colère. Des formations de 3 heures ont été développées pour les infirmières de la périnatalité et petite enfance ainsi que pour les membres de l'équipe psychosociale.

Matériel éducatif

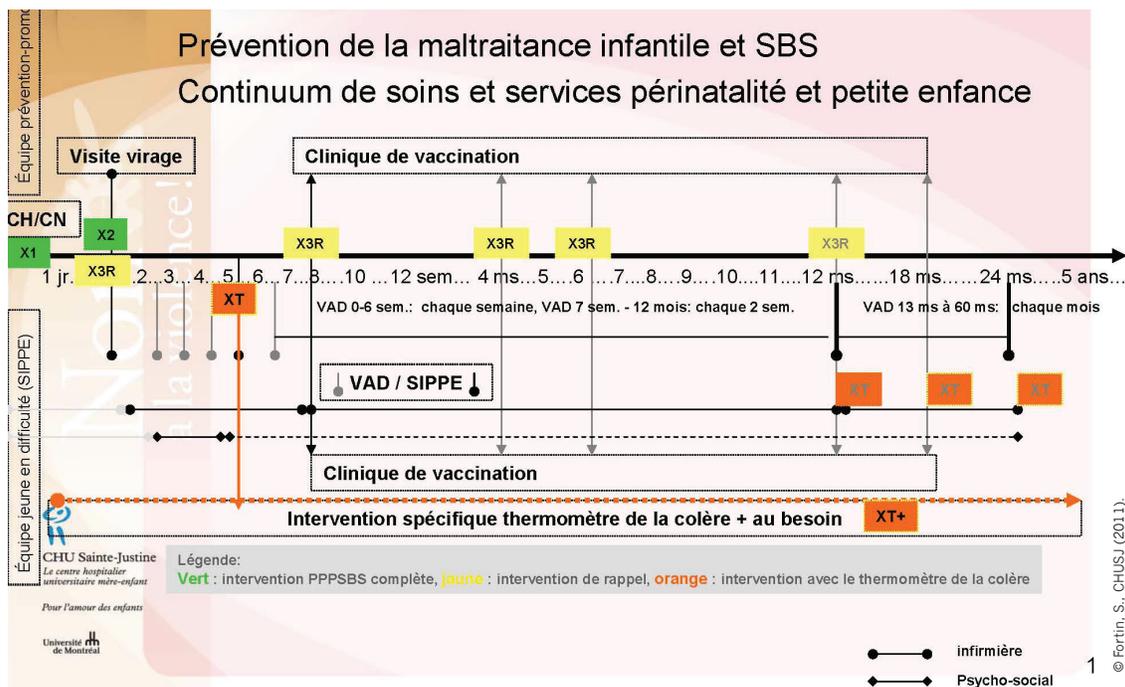
Au besoin les fiches aux parents (PPPSBS) sont utilisées en soutien à l'intervention de rappel de l'infirmière. Pour les interventions quant à l'émotion de la colère, le matériel éducatif comprend : le guide d'utilisation du thermomètre de la colère, le thermomètre de la colère et ses outils afférents (thermomètre colère personnalisé, boucle de prévention).

L'expérimentation

L'expérimentation est très positive tant pour les infirmières, les membres de l'équipe psychosociale. Les interventions sont bien reçues par les familles et le principe d'universalité prévaut pour tous les parents et ce, au-delà de leur apparence.

Ces interventions renforcent la première intervention éducative à la naissance mais ne la remplace pas. En effet, les pères sont rejoints à la naissance dans de plus grande proportion (80 %), les programmes de prévention du SBS ayant démontré une diminution de l'incidence du SBS débutent à la naissance de l'enfant, plus des 2/3 des parents suggèrent de maintenir l'intervention en milieu hospitalier et un rappel en externe est souhaitable¹⁸.

SCHEMA DU CONTINUUM DE SOINS



¹⁸ Goulet, Frappier & coll. (2008).

PHASE 3 : AUTRES CLIENTÈLES

La phase 3 vise plusieurs clientèles spécifiques soient basées sur des caractéristiques de vulnérabilité du nourrisson et de l'enfant ou soient basées sur un secteur d'intervention ciblé (ex : l'urgence, les Centres Jeunesses-DPJ). Des expérimentations sont en cours.

CONCLUSION

Le PPPSBS-phase 1 est soutenu par le MSSS et en voie d'implantation provinciale (version complète de la formation et des outils en français et anglais). Les étapes d'implantation sont décrites et les ressources de soutien à l'implantation sont disponibles dès maintenant. Jusqu'à présent plus de 25 000 nouvelles familles ont reçu l'intervention phase 1.

La phase 2 Post-natal-CLSC et le matériel afférent (thermomètre de la colère et autres outils) sont disponibles via le CHUSJ. L'implantation simultanée des phases 1 et 2 est recommandée. Les interventions de la phase 3 et le matériel éducatif développé seront diffusés en 2012.

Le développement des projets de prévention du SBS et de la maltraitance infantile du CHU Sainte-Justine se fait en collaboration avec les équipes multidisciplinaires¹⁹ selon une approche centrée sur la famille. Le projet de prévention du SBS et de la maltraitance infantile s'inscrit en continuité dans le réseau de la santé et des services sociaux et intègre les principes du suivi systématique de clientèle (périnatalité- petite enfance) associé aux principales dimensions de la qualité des services. En effet, les interventions ont été développées dans la perspective du bon service, au bon moment par la bonne personne.

Pour plus d'information :

Sylvie Fortin inf. M.Sc.
Coordonnatrice
Projet prévention SBS et maltraitance infantile
(514) 345-4931 poste : 3866 secrétariat
Sylvie.fortin.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Dr. Jean-Yves Frappier, MD Frcpc M.Sc.
Responsable du comité directeur
Projet prévention SBS & maltraitance infantile et chef
de la pédiatrie sociale
(514) 345-4722

Mme Line Déziel inf.M.Sc. MAP
Gestionnaire clinico-administratif
Programme de soins pédiatriques intégrés et
co-directeur du comité projet prévention
SBS & maltraitance infantile
(514) 345-4931 poste 3866.

¹⁹ Les membres des équipes du projet proviennent de toutes disciplines : infirmières (incluant inf. clinicienne, cadre conseil en soins infirmiers, conseillère en soins infirmiers), gestionnaires, pédiatres, intervenants sociaux, psychologues, criminologues, nutritionnistes, chercheurs, psychoéducateurs. Les membres sont issus de plusieurs secteurs et niveaux d'intervention (CHU, CH régional, CLSC, DPJ...).

PARTENAIRES DU PROJET

Fondation familiale George Hogg
(à travers la Fondation CHU Sainte-Justine)



FONDATION
DE L'HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE

Pour l'amour des enfants

Direction de la promotion de la santé
du CHU Sainte-Justine



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Ministère de la santé et des services sociaux

**Santé
et Services sociaux**
Québec 

Stratégie nationale de prévention du crime

Canada

Université du Québec à Montréal :
département des communications

CSSS sud de Lanaudière (CH Lachenaie)

CH Ste-Mary's

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Centre jeunesse de Montréal - institut universitaire

Table des DPJ du Québec

Collège des médecins du Québec

Compagnie Christie

Centre Jeffery Hale (Québec)