



Constats tirés de l'analyse contextuelle des programmes de santé mentale à la petite enfance

La santé mentale du nourrisson et du jeune enfant, que l'on appelle souvent développement social et émotionnel, représente le développement de la capacité de l'enfant, de la naissance à l'âge de cinq ans, à bâtir des liens étroits et rassurants avec les adultes et d'autres enfants, à expérimenter, gérer et exprimer une gamme complète d'émotions, et à apprendre ainsi qu'à explorer son environnement – le tout dans un cadre familial, communautaire et culturel.*



La santé mentale à la petite enfance était un nouveau domaine prioritaire que la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) devait explorer de 2019 à 2021. À cet effet, la réalisation d'une **analyse contextuelle des programmes de santé mentale à la petite enfance au Canada** en a été un élément clé.

Cette analyse poursuivait deux objectifs principaux :

1. Faire le point sur la nature, la qualité et la disponibilité des programmes de santé mentale à la petite enfance, ainsi que sur les recherches et évaluations qui s'y rapportent.
2. Connaître les lacunes dans les services, les défis actuels et les possibilités d'améliorer la disponibilité des programmes de santé mentale à la petite enfance.

* Cohen, J., Oser, C., et Quiqley, K. (2012). *Making it happen: Overcoming barriers to providing infant-early childhood mental health*. Zero to Three. <https://www.zerotothree.org/resources/511-making-it-happenovercoming-barriers-to-providing-infant-early-childhood-mental-health>

Contenu de l'analyse

Selon la méthodologie déterminée, les programmes ci-dessous ont été trouvés et examinés :

243 Programmes

64 Premières Nations, Inuits et Métis

8 2SLGBTQ+

6 Minorités linguistiques

5 Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés

13 Recherche

10 Évaluation

9 Données non officielles

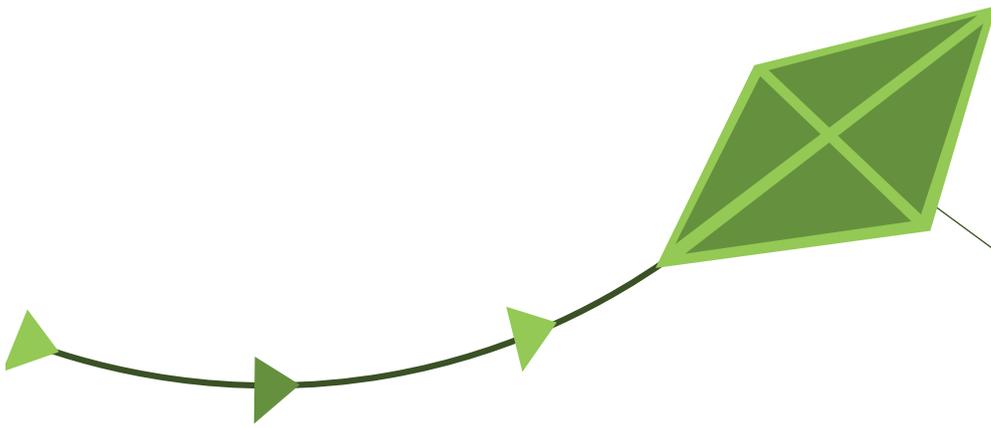
Au total, l'analyse a permis de trouver **243** programmes, **188** rapports et **35** rapports économiques.

Programmes qui appuient les populations prioritaires

L'analyse a permis de relever **64** programmes qui soutenaient les Premières Nations, les Inuits et les Métis, **8** programmes qui soutenaient la communauté 2SLGBTQ+, **6** programmes qui soutenaient les minorités linguistiques et **5** programmes qui soutenaient les immigrants, les réfugiés, les groupes ethnoculturels et racialisés.

Programmes dont les rapports de recherche et d'évaluation sont directement accessibles au public

Sur les **32** programmes dont les rapports de recherche sont directement accessibles au public : **13** étaient des études de recherche; **10** des évaluations; **9** des rapports de données non officielles.



Principales constatations

- Il existe des preuves convaincantes de l'importance et de l'incidence des premières expériences de vie sur la santé mentale et le bien-être plus tard dans la vie.
- Le dévouement des personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale à la petite enfance est clairement établi.
- Il est difficile pour les parents, les gardiens et les professionnels de la santé de trouver des renseignements accessibles au public sur les programmes et services en santé mentale à la petite enfance. Bien que de nombreux programmes expliquent clairement leurs services, les tendances générales suivantes ont été observées :
 - Les sites Web et les descriptions sont souvent vagues, ce qui fait que les renseignements sont difficiles à trouver.
 - Les programmes font souvent référence d'une façon globale « aux enfants et aux jeunes » plutôt qu'à des tranches d'âge précises.
 - Étant donné que plusieurs termes sont utilisés pour décrire la santé mentale à la petite enfance (p. ex., développement socioaffectif, bien-être de l'enfant, programmes de formation au rôle de parent), il est plus compliqué de trouver le programme adéquat.
 - Il est difficile de savoir si les programmes sont davantage axés sur les populations prioritaires (p. ex., les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, la communauté 2SLGBTQ+, les populations immigrantes, réfugiées, ethnoculturelles et racialisées ou les minorités linguistiques).
 - Les évaluations des programmes sont souvent inaccessibles au public, et l'information sur la manière d'adhérer aux programmes et modèles est souvent manquante ou inconnue.
- Les programmes qui soutiennent les enfants et les familles issus de collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, offrent des leçons précieuses sur la famille, la collectivité, l'environnement et la spiritualité.
- Il reste du travail à faire pour parvenir à une compréhension commune de la santé mentale à la petite enfance et pour réduire les obstacles à la création de politiques et de programmes, à la capitalisation des connaissances et à la communication efficace avec les parents et le grand public.



Mesures recommandées à la suite de l'analyse

- ✓ Améliorer les communications touchant les programmes de santé mentale à la petite enfance afin de donner aux parents et aux gardiens un meilleur accès aux services lorsqu'ils en ont besoin ou qu'ils en font la demande.
 - Encourager les décideurs et les concepteurs de programmes à distinguer les renseignements relatifs aux premières années de vie dans les programmes, rapports annuels et autres documents de base.
 - Intégrer davantage de navigateurs de systèmes liés aux mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) dans le secteur de la santé mentale à la petite enfance.**
 - Travailler avec les organismes, les parents et les gardiens pour optimiser la façon dont les programmes de santé mentale à la petite enfance sont communiqués et mis en valeur, en veillant à ce que la diversité et l'inclusion soient intégrées aux services, aux mesures de soutien et au matériel offerts.
- ✓ Aider les fournisseurs de services à prendre davantage conscience des moyens dont ils disposent pour discuter des programmes de santé mentale à la petite enfance avec les parents et gardiens, et les orienter vers ces programmes.
- ✓ Étudier la possibilité de mettre en place une stratégie nationale de santé mentale à la petite enfance en vue de rationaliser les programmes, la recherche, les évaluations, les analyses économiques et les rapports dans tout le pays.
 - Créer des indicateurs de base communs et des mesures de rendement des résultats et de la population, y compris une approche unifiée de collecte de données.
 - Créer des indicateurs de base communs et approximatifs permettant de mesurer les répercussions économiques des programmes.
 - Déterminer ce dont les organismes de services ont besoin pour renforcer leur capacité d'évaluation, de recherche et d'analyse économique.
- ✓ Collaborer avec les gouvernements, les organismes, les fournisseurs de services, les parents et les gardiens pour cerner les lacunes de la recherche nationale en matière de santé mentale à la petite enfance et trouver les moyens d'y remédier.
- ✓ Préconiser un investissement continu dans la prévention de la maladie mentale et la promotion de la bonne santé mentale tout au long de la vie, avec un accent particulier sur les premières années de vie.

** Les MRDP sont des outils de mesure pour lesquels les patients fournissent des renseignements sur les aspects pertinents de leur état de santé, qui affectent leur qualité de vie, notamment les symptômes, la fonctionnalité, la santé physique et mentale, de même que leurs conditions socio-économiques.



Pour en savoir plus, visitez la page
[Santé mentale à la petite enfance de la CSMC.](#)

