

La COVID-19, la petite enfance et la santé mentale : favoriser le changement systémique et la résilience

Document d'information



This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *La COVID-19, la petite enfance et la santé mentale : favoriser les changements systémiques et la résilience – Document d'information*. Ottawa, Canada : Commission de la santé mentale du Canada.

© 2021, Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN: 978-1-77318-244-5



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada

Remerciements

La Commission de la santé mentale du Canada effectue ses principales activités sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation algonquine anishinaabe, présente en ces lieux depuis des temps immémoriaux. Les Algonquins ont vécu sur ce territoire en tant que gardiens et défenseurs de la rivière des Outaouais et de ses affluents. Nous avons le privilège de bénéficier de leur longue tradition d'accueil de nombreuses nations sur cette magnifique terre. Nous reconnaissons également les territoires traditionnels de ce qui est appelé aujourd'hui le Canada, où résident notre personnel et nos partenaires.

Notre travail de recherche en matière de politiques utilise une analyse comparative intersectionnelle entre les sexes et le genre plus pour cerner et expliquer les iniquités sociales et œuvrer à les aplanir grâce à la prise de mesures politiques. Pour ce faire, nous utilisons une approche de travail orientée vers la mobilisation d'acteurs ayant divers savoirs expérientiels et d'autres formes d'expertise afin de définir la forme que prendront notre synthèse des connaissances et nos recommandations politiques. Nous nous inscrivons dans une perspective d'apprentissage continu et sommes ouverts aux rétroactions.

La Commission de la santé mentale du Canada et la Société canadienne de pédiatrie tiennent à remercier les évaluateurs externes ainsi que les membres du personnel qui ont apporté leur importante et précieuse contribution à ce travail.

Évaluateurs experts

Leanne Boyd, Dr Robert Whitley, Miranda Andrews, D^{re} Doris Payer

Société canadienne de pédiatrie

D^{re} Daphne Korczak, D^{re} Robin Williams, Francine Charbonneau, Elizabeth Moreau

Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Agence de la santé publique du Canada

Commission de la santé mentale du Canada

Brandon Hey, D^{re} Mary Bartram, Francine Knoops

Table des matières

Objectif	1
Méthodologie	1
Messages clés	2
Introduction	2
Considérations	6
Pourquoi se concentrer sur le stress parental?	6
Adopter des perspectives adaptées au sexe, au genre et à l'équité en santé	8
Ce que nous savons au sujet du stress parental et de la santé mentale des enfants	9
Le stress financier	9
Le stress lié au logement et à la violence conjugale	11
Le travail et les soins aux enfants à domicile	11
Les congés parentaux et les politiques de rémunération	12
La réduction du soutien social	12
L'éclatement de la famille et les questions de garde d'enfants	13
La maladie mentale chez les parents et les enfants aux prises avec des troubles du développement	15
Options de promotion et de prévention	16
Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale pour tous	17
Le soutien social et le bien-être général.....	17
La spiritualité et la religion	18
Les premiers soins en santé mentale et le soutien par les pairs	18
L'éducation de haute qualité pour la petite enfance.....	19
L'équité des genres à la maison et au travail.....	20
Prévention ciblée en santé mentale et intervention précoce	22
L'accès aux services de cybersanté mentale.....	22
Les lacunes dans les soutiens et les services en santé mentale périnatale	23
La capacité en matière de santé mentale pour la petite enfance	24
Investissements stratégiques, responsabilisation et progrès	25
Conclusion	26
Références	27
Annexe A	46
Stratégie de recherche	46
Annexe B	47
Secteurs d'investissements stratégiques, stratifiés selon le type de stress parental et les populations prioritaires	47

Objectif

Le présent document d'information vise à fournir des conseils aux décideurs, aux planificateurs de systèmes et aux responsables politiques sur les façons de soutenir les nourrissons, les jeunes enfants et leurs familles à la lumière des besoins en santé mentale découlant de la pandémie de coronavirus (COVID-19). Pour ce faire, il examine les questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des nouveaux parents et des futurs parents, des nourrissons, des jeunes enfants et de leur famille au Canada? De quelles façons ces répercussions changent-elles entre les différents groupes de population?
2. Quels sont les facteurs de risque et de protection associés à la résilience et à la santé mentale positive pour les nouveaux parents et les futurs parents, les nourrissons, les jeunes enfants et leur famille dans le contexte de la COVID-19?
3. Quelles mesures sont adoptées au Canada pour répondre aux besoins en santé mentale des nouveaux et futurs parents, des nourrissons, des jeunes enfants et de leurs familles? Quelles mesures devraient être amplifiées ou modifiées?

À l'aide d'une approche axée sur la santé mentale des populations, le document d'information fournit des recommandations dans une optique de promotion et de prévention qui met fortement l'accent sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.^{1,2} Étant donné que la gamme complète des politiques de protection de l'enfance dépasse la portée actuelle, les questions de maltraitance envers les enfants sont principalement examinées du point de vue de la prévention. Dans un contexte où la diversité des familles est croissante au Canada, un *parent* est défini comme « toute personne qui est le principal pourvoyeur de soins aux enfants, que ce soit dans le cadre d'une relation biologique ou autre » (p. 5).³

Méthodologie

Nous avons effectué une analyse rapide de la documentation universitaire et littérature grise entre juillet et novembre 2020, en nous appuyant sur les résultats d'une analyse précédente sur la COVID-19 (avril 2020)⁴ réalisée par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et les travaux d'établissement de la portée menés par l'équipe de la santé mentale à la petite enfance de la CSMC.^{5,*}

Une première ébauche de nos conclusions a été distribuée à des fins de commentaires aux membres du groupe consultatif d'experts de la CSMC sur la santé mentale de la petite enfance, au Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, aux groupes de travail de la Société canadienne de pédiatrie sur la petite enfance et la santé mentale des enfants et des adolescents, aux comités de direction et de défense des intérêts de l'Académie canadienne de psychiatrie des enfants et adolescents et à l'Agence de la santé publique du Canada. La CSMC a tenu compte de tous les commentaires recueillis au moment d'élaborer le présent document d'information.

* Voir l'annexe A pour obtenir plus de détails sur notre stratégie de recherche.

Messages clés

- **Pour réussir à soutenir la santé mentale et la résilience des jeunes enfants, il faut essentiellement assurer un financement et des ressources suffisantes, en portant une attention particulière aux ressources humaines et au maintien en poste.** Les domaines d'investissement stratégique comprennent l'expansion des services de santé mentale et de l'usage de substances universellement disponibles, de grande qualité et culturellement sécuritaires, ainsi que l'éducation de la petite enfance (EPE) pour divers groupes de parents, nourrissons, jeunes enfants et familles élargies.
- **Bien qu'il y ait de nombreux facteurs de risque en jeu, citons les raisons d'être optimiste : un soutien social, émotionnel et financier accru pouvant renforcer la résilience.** Fournir aux collectivités, aux familles, aux parents et aux enfants le soutien dont ils ont besoin à un niveau d'intensité adéquat peut permettre d'atténuer les répercussions de la pandémie sur la santé mentale. Ces mesures de soutien peuvent également renforcer l'autonomie des familles et contribuer à éviter que le deuil et la souffrance ne deviennent pathologiques.
- **Le stress parental peut être diminué par l'entremise d'investissements stratégiques rapides, lesquels contribuent à prévenir les effets néfastes sur le développement des enfants, la santé mentale et les familles.** Les secteurs d'investissement comprennent les prestations d'emploi souples, les services de garde universels, les programmes de soutien par les pairs, les premiers soins en santé mentale (PSSM) et les interventions en littératie numérique des jeunes. Il convient de mettre davantage l'accent sur l'adaptation aux collectivités rurales et éloignées et sur l'expansion des visites à domicile, des interventions périnatales et des interventions dans les systèmes familiaux.
- **L'équité en santé, l'analyse comparative entre les sexes et les genres (ACSG+) et l'intersectionnalité devraient orienter les secteurs d'investissement stratégique et d'amélioration de l'infrastructure.** Les parents de jeunes enfants ont été particulièrement stressés par les fermetures d'écoles pendant la pandémie, avec une incidence disproportionnée sur les femmes. La pandémie aggrave également les facteurs de stress pour les enfants, les parents, les familles et les collectivités qui étaient déjà désavantagés socialement avant la pandémie; notamment, les parents racisés, les Autochtones, les parents célibataires, les personnes à faible revenu et les gens vivant avec une maladie mentale ou ayant des besoins particuliers en matière de développement.*

Introduction

Bien que la pandémie de COVID-19 ait des répercussions sur la santé mentale et le bien-être de l'ensemble de la population, celles qui touchent les parents et les familles composées de nourrissons et de jeunes enfants s'avèrent exceptionnelles et importantes. Ce groupe a dû jongler avec plusieurs rôles et responsabilités, souvent face à la perte ou la réduction de la sécurité financière ou du soutien social, ainsi qu'à une interruption ou une perturbation des routines familiales, notamment la garde d'enfants, la scolarisation et les activités de plein air.⁶⁻⁸ Parce que trop de facteurs de stress se sont combinés à des

* Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir un aperçu des domaines recommandés en ce qui a trait aux investissements stratégiques.

facteurs de protection inadéquats, les occasions de résilience et de développement optimal de l'enfant ont été entravées.^{9,10}

Au cœur de la pandémie de COVID-19, 40 % des parents en Ontario font état de problèmes comportementaux et émotionnels chez leurs enfants.¹¹ D'un bout à l'autre du pays, 61 % des parents sont « très » ou « extrêmement » préoccupés par la gestion du comportement, de l'anxiété, des émotions et du niveau de stress de leur enfant.¹² Aux États-Unis, 33 % des parents signalent une augmentation de l'« agitation » ou des comportements perturbateurs de leurs enfants.¹³ Une enquête menée aux États-Unis a révélé que, pour 53 % des femmes et 37 % des hommes, le stress lié au coronavirus avait une incidence négative sur leur santé mentale.¹⁴ Au Canada, entre mai et septembre 2020, 10 % des répondants ont déclaré avoir eu des idées suicidaires depuis le début de la pandémie (contre 3 % en 2016), les pensées suicidaires étant plus fréquentes chez les parents et les parents de jeunes enfants (13 %).¹⁵ Ces taux pourraient être encore pires chez les enfants qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale préexistants, lesquels, en Colombie-Britannique, pourraient être 10 fois plus élevés qu'avant la pandémie de COVID-19.¹⁶

La pandémie a une incidence sur la santé mentale des parents, en particulier chez les femmes ainsi que dans les ménages composés de jeunes enfants. On peut citer comme exemple l'augmentation des taux de maladie mentale chez la mère.¹⁷⁻¹⁹ Par rapport à la période pré-COVID-19, la dépression maternelle est passée de 10 % à 32 % pour les mères d'enfants de 0 à 18 mois ; de 9 % à 42 % pour les mères d'enfants de 18 mois à 4 ans ; et de 9 % à 43 % pour les mères d'enfants de 5 à 8 ans.²⁰ Un sondage mené par la CSMC et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a révélé que les parents ayant des enfants de moins de 12 ans étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes d'anxiété modérés à graves que la population générale (34 % contre 26 %). De plus, cette augmentation de l'anxiété s'accompagne d'une augmentation de la consommation d'alcool. Les parents qui consomment de l'alcool dans les ménages ayant des enfants de moins de 12 ans étaient également plus susceptibles de déclarer une consommation accrue que la population générale (37 % contre 30 %) et de déclarer une consommation problématique (29 % contre 22 %).²¹

Ces tendances pandémiques sont préoccupantes pour chacune des quatre raisons décrites ci-dessous :

1. Le développement positif de l'enfant, lequel favorise la santé, la santé mentale et les résultats sur le plan social plus tard dans la vie, dépend grandement de relations de qualité avec les parents.^{22,23} L'attachement et le développement socio-émotionnel sont les éléments de base nécessaires pour assurer l'établissement et le maintien de relations de qualité. Cependant, lorsque les parents ont moins de ressources — psychologiques, financières ou sociales — à leur disposition pour les aider à faire face à la situation, cela peut engendrer une rupture des relations familiales. Il s'agit d'une conséquence que l'on voit se produire dans diverses populations familiales et groupes ethniques.²⁴⁻²⁷

Si le niveau de stress parental* se poursuit sans diminuer d'intensité, et qu'il s'apparente à celui vécu pendant la pandémie, il peut s'avérer « toxique » et se traduire par des comportements de

* Les termes *stress parental* et *stress des parents* sont utilisés de façon interchangeable dans le présent document. Les deux renvoient au stress distinct vécu par les parents lorsque leur perception des exigences parentales dépasse les ressources disponibles. (Voir notamment [en anglais], « Parenting Stress » par K. Deater-Deckard, N. Chen et S. El Mallah, 2017, *Oxford Bibliographies Online*. para.1. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199828340-0142>).

réactivité moindre des parents et de stress toxique accru.* Les facteurs qui contribuent au stress toxique ou qui en découlent sont connus sous le nom d'expériences néfastes de l'enfance;† il s'agit notamment de la consommation d'alcool et de drogues par les parents, des conflits conjugaux, de la violence conjugale, de la séparation des parents, de la violence verbale et physique et de la négligence.²⁸⁻³⁴ Le stress parental vécu pendant l'enfance augmente également le risque de maladie mentale chez les enfants d'âge préscolaire.³⁵ Pour les parents d'enfants ayant des besoins spéciaux sur le plan du développement (p. ex., trouble du spectre de l'autisme), il s'agit d'un stress associé à une forte prévalence de troubles du sommeil chez les enfants – un précurseur de maladie mentale chez les enfants et les parents.³⁶

2. Que les garderies et les écoles soient ou non ouvertes, il y a toujours des écarts en termes d'accès.³⁷ Bien que certains groupes de la population préfèrent les services de garde par l'entremise de réseaux élargis de parents,^{38,39} il faut souligner que l'éducation de la petite enfance (EPE) améliore les relations parent-enfant et la résilience. Pour les enfants de statut socioéconomique inférieur, l'EPE peut contribuer à réduire les disparités en matière de développement cognitif et linguistique, favoriser la disposition à apprendre et accroître les résultats scolaires et professionnels (ainsi que les résultats sociaux plus tard dans la vie).⁴⁰⁻⁴⁵ Les autres avantages associés à l'accès aux écoles et à l'EPE comprennent un soutien social accru, le respect de routines et de structures saines et la sécurité alimentaire pour les enfants à faible revenu.⁴⁶

Cela dit, l'accessibilité de l'EPE était déjà restreinte avant la COVID-19, en raison de limites relatives à la portée, l'abordabilité et la pertinence culturelle.⁴⁷⁻⁴⁹ Les centres autorisés, qui sont comparés aux pratiques exemplaires et aux normes professionnelles, offrent de meilleurs gains sur le plan du développement socio-affectif des enfants, mais ils sont inaccessibles pour 75 à 80 % des Canadiens.⁵⁰⁻⁵² De plus, des difficultés importantes subsistent dans les besoins en main-d'œuvre de la petite enfance, notamment en ce qui a trait à l'augmentation des salaires pour atteindre ou dépasser les deux tiers des niveaux de salaire des enseignants.^{53,54} Avant la pandémie, l'accès à l'EPE s'est révélé ardu pour les parents des Premières Nations et pour les mères célibataires racisées, surtout dans les régions rurales et éloignées.^{55,56}

Lorsque les services de garde d'enfants sont adaptés sur le plan culturel aux Premières Nations, par le biais de programmes comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, ils contribuent à améliorer le développement et à promouvoir la maîtrise linguistique et la connaissance des langues des Premières Nations. Les enseignements traditionnels offerts en matière de garde d'enfants peuvent favoriser une plus grande satisfaction des parents des Premières Nations à l'égard des services de garde et de l'EPE. Peu de rapports suggèrent que les mères célibataires des Premières Nations trouvent que les services publics de l'EPE et de garde d'enfants sont préférables à d'autres arrangements.⁵⁷

* Selon le Harvard Center on the Developing Child, [le stress toxique](#) est une réaction de stress toxique « qui peut se produire lorsqu'un enfant est confronté à une adversité forte, fréquente et (ou) prolongée [...] sans le soutien adéquat d'un adulte. Ce type d'activation prolongée des systèmes de réponse au stress peut perturber le développement de l'architecture cérébrale de même que d'autres systèmes organiques, et ainsi augmenter les risques de déficience cognitive et de maladies liées au stress, et ce, jusqu'à l'âge adulte (par. 6). »

† Aux fins du présent document, les expériences négatives vécues durant l'enfance sont des événements précoces qui sont stressants ou traumatisants et qui façonnent la santé des enfants et des familles, avec des répercussions qui transcendent souvent les générations. (voir [Di Lemma et al.](#), 2019).

Au cours de la première vague de la pandémie, les risques disproportionnés à l'égard du développement de l'enfant selon les groupes socioéconomiques, sexospécifiques et racisés ont été amplifiés par des lacunes et des perturbations dans l'EPE et la garde d'enfants.⁵⁸⁻⁶⁰ Par exemple, pendant les interruptions d'ordre scolaire, les parents détenant au moins un diplôme universitaire de premier cycle étaient plus enclins à participer aux activités scolaires de leurs enfants au moins trois fois par semaine, comparativement aux parents n'ayant qu'un diplôme d'études secondaires (88 % et 67 % respectivement).⁶¹

Les bouleversements et les inégalités dans l'accès à l'EPE peuvent également perpétuer les rôles traditionnels relatifs au genre au sein des familles, surtout lorsqu'ils sont combinés aux lacunes de longue date sur le plan des congés parentaux payés et des services de santé mentale conviviaux pour les pères. Bien que tous les parents vivent du stress pendant la pandémie, la répartition traditionnelle des tâches (selon les sexes) a amené de nombreuses femmes sur le marché du travail à devoir équilibrer leur vie professionnelle et les soins aux enfants à domicile, une situation qui a exacerbé le niveau de stress et produit des répercussions sur la santé mentale de tous les parents.⁶²⁻⁶⁹

Cette convergence des forces peut aussi avoir nui à la participation des femmes au marché du travail, qui, en avril 2020, est tombé à son niveau le plus bas (55 %) depuis mai 1986.^{70,71} La situation actuelle peut compromettre le développement des enfants en les privant des ressources nécessaires à leur sécurité, tout en limitant la capacité des femmes à exercer une mobilité sociale ascendante au profit de leurs enfants, de leur famille et de la société.⁷²⁻⁷⁴

3. Il existe déjà de nombreux problèmes quant à la disponibilité, à la pertinence et à la qualité des services en santé mentale pour les jeunes enfants et leurs parents.⁷⁵ Les services et le soutien en santé mentale des enfants au Canada sont caractérisés par les longs délais d'attente et les faibles mécanismes d'imputabilité en ce qui concerne le financement public.⁷⁶⁻⁷⁸ Certaines populations prioritaires et certains groupes de parents continuent d'avoir un accès limité aux services de soins prénataux et postnataux en santé mentale, à la télémedecine, à la télépsychologie et à la thérapie familiale.⁷⁹⁻⁸²

Ces problèmes d'accès existent en conjonction avec l'augmentation des problèmes émotionnels et comportementaux — la principale raison d'aiguiller les enfants vers les services en santé mentale au cours des trois dernières décennies⁸³ — ce qui indique des vulnérabilités importantes sur le plan du développement (signes précurseurs de la maladie mentale chez l'enfant). En 2014, en moyenne 27,6 % des enfants de 5 ans avaient un (ou plusieurs) problème de comportement émotionnel (en se basant sur des périodes temporelles légèrement différentes selon la province et le territoire).⁸⁴ De plus, certains rapports font état de lacunes dans la formation sur la santé des nourrissons et de la petite enfance chez les praticiens en santé mentale.^{85,86} Un sondage publié pendant la pandémie de COVID-19 révèle que 57,3 % des praticiens en santé mentale périnatale ne reçoivent pas de formation spécialisée sur les affections périnatales liées à l'anxiété ou aux troubles de l'humeur.⁸⁷ La confluence actuelle des facteurs de stress communautaires et familiaux peut compromettre davantage la santé mentale des parents et des nourrissons et ainsi compromettre davantage le caractère adéquat des services et des mesures de soutien.

4. Les urgences sanitaires mondiales peuvent avoir des répercussions considérables sur le développement, la santé et la santé mentale des enfants tout au long de la vie, même pour les

familles bien nanties et instruites.⁸⁸ L'obligation de demeurer en quarantaine lors de précédentes éclosions de maladies infectieuses, comme l'épidémie de SRAS de 2003, en est un exemple flagrant. À la suite des mesures de quarantaine prises en raison du SRAS, 28,9 % des adultes (provenant d'un échantillon communautaire) ont atteint les seuils pour un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT).^{89,90} Ces répercussions ont également été ressenties par les enfants en quarantaine, dont le risque d'avoir des symptômes de TSPT était quatre fois plus élevé que celui des enfants ne se trouvant pas en quarantaine.^{91,92} La portée, la durée et les répercussions de la COVID-19 sont toutefois beaucoup plus importantes que toute éclosion ou urgence antérieure de maladie infectieuse.⁹³⁻⁹⁵

Avec ces enjeux en tête, le document d'information détermine et explore les cibles privilégiées d'intervention. Il formule également des recommandations sur les façons de compenser les répercussions négatives sur la santé mentale, tout en favorisant la résilience des enfants, des parents et de la communauté face au stress et à l'incertitude.

Considérations

Dans les premières années de vie, le cerveau crée un million de nouvelles connexions par seconde. Il triple également de grosseur entre 0 et 6 ans.⁹⁶ Cette période est également la période la plus significative sur le plan de la plasticité neuronale et la plus vulnérable pour le développement du cerveau au cours d'une vie.^{97,98} L'architecture cérébrale émergente des enfants dépend fortement de la nature et de la qualité des relations avec leurs parents principaux.⁹⁹⁻¹⁰¹ Les relations de qualité tissées grâce à des [échanges service-retour](#) fournissent aux enfants les éléments de base nécessaires à l'attachement, à la régulation émotionnelle, à la santé et au bien-être, et ce, tout au long de leur vie.^{102,103}

Bien que la pandémie de COVID-19 soit un événement mondial sans précédent, nous savons, à la lumière des ralentissements économiques antérieurs, des récessions, des catastrophes naturelles et des éclosions de maladies infectieuses à plus petite échelle, que de tels événements peuvent perturber le développement précoce du cerveau. Souvent, ces événements chamboulent les relations et les interactions parent-enfant et parent-nourrison, et atténuent la sensibilité des parents aux besoins de leur enfant ou nourrison.^{104,105} Le stress chronique peut aussi déclencher l'activation de marqueurs génétiques impliqués dans la maladie mentale.^{106,107} Ces effets se font plus gravement sentir si les expériences stressantes se produisent avec une intensité soutenue ou si elles se déroulent pendant la grossesse et les périodes de développement rapide du cerveau. Par exemple au Québec, les femmes enceintes qui ont été exposées aux tempêtes de verglas présentaient des taux élevés de cortisol, une hormone du stress, ce qui s'est traduit par une augmentation des niveaux chez leurs tout-petits et des troubles extériorisés à l'adolescence.^{108,109}

Pourquoi se concentrer sur le stress parental?

Bien que certains impacts soient causés par la biologie de la mère, le stress parental se manifeste également sur les plans psychologique et comportemental. Lorsque le stress d'un parent est tolérable, les stratégies d'adaptation des parents peuvent modéliser des réponses appropriées pour les enfants.

Cependant, lorsque la situation devient accablante, le stress peut influencer négativement les cognitions des parents, aggraver les stratégies d'adaptation et déclencher des symptômes de santé mentale (p. ex., épisodes dépressifs).^{110,111} Cette convergence de facteurs peut nuire à l'attachement et réduire la sensibilité des parents aux besoins de leur bébé ou de leurs enfants.^{112,113}

Il est compréhensible que le stress parental soit associé au stress parental perçu et aux problèmes de santé mentale autodéclarés; il est particulièrement lié au trouble d'anxiété généralisée et à la dépression. Ces rapprochements sont plus évidents lorsque les parents consacrent plus de 20 heures par semaine à la garde d'enfants ou à l'enseignement à domicile.^{114,115} Au-delà de ce seuil, le stress parental peut miner la santé mentale et la résilience des enfants et des parents et diminuer la capacité des parents de prendre soin d'eux-mêmes ou d'être attentifs à leurs enfants.¹¹⁶

Trop de stress peut se traduire par des pratiques parentales sévères et punitives, ainsi que de la maltraitance envers les enfants, ce qui nuit au développement de ceux-ci en raison de l'hypervigilance à la menace qu'ils acquièrent, en plus de compromettre leur sentiment de sécurité et leurs capacités de s'auto-réguler.^{117,118} À long terme, les mauvais traitements infligés aux enfants augmentent le risque de problèmes émotionnels et de maladies mentales pouvant se manifester tout au long de la vie.¹¹⁹ Dans des contextes de catastrophes, de crises ou de ralentissements économiques (ou d'une combinaison de ces facteurs), le stress parental peut être déclenché par des contraintes financières, des perturbations de la routine familiale ou des structures familiales insoutenables, des inégalités dans les rôles parentaux, des répercussions sur la santé mentale et des pertes de soutien social. Par l'entremise de ces mécanismes, le stress provenant de l'extérieur de la cellule familiale peut venir perturber le développement de l'enfant en s'immiscant au sein de sa famille.^{120,121}

Par conséquent, le stress parental constitue une priorité stratégique en matière de prévention et d'intervention, modifié grâce à la parentalité soutenue et solidaire. Il est essentiel de rétablir les ressources humaines, sociales et financières dont les parents ont besoin pour assumer efficacement leurs responsabilités parentales et aider les familles à faire face aux chocs et aux adversités engendrées par la COVID-19, et puis à s'en remettre. La réduction du stress parental commence par la satisfaction des besoins fondamentaux des familles.¹²² Il est donc essentiel de prévenir les expériences négatives vécues durant l'enfance et de maintenir ou rétablir de saines relations entre les époux et entre les parents et leurs enfants, en vue d'assurer la bonne santé mentale des parents et des enfants ainsi que le développement optimal de l'enfant.^{123,124}

Les interventions sont particulièrement importantes lorsque les enfants sont en période critique de développement, car comparativement aux enfants plus âgés, ils sont plus fortement touchés par trop de stress parental et d'adversité. Ce stress et cette adversité peuvent se combiner avec les antécédents de maladie mentale, les capacités d'adaptation ainsi que les compétences et le niveau d'éducation des parents.¹²⁵ Par exemple, comparativement aux enfants de 7 à 11 ans, les enfants d'âge préscolaire qui vivent une séparation parentale sont beaucoup plus à risque d'extérioriser des troubles à l'adolescence.¹²⁶

Malgré les efforts déployés à l'heure actuelle pour atténuer ces risques, des enquêtes récentes indiquent qu'il faut mettre en place plus de mesures – des politiques sociales progressives jusqu'aux services et soutiens en santé mentale – afin de contrer ou de réduire les niveaux de stress chez les parents et les familles. Aux États-Unis, 68 % des parents ont signalé une augmentation du stress depuis le début de la pandémie.¹²⁷ Au cours de l'été 2020, le tiers des familles canadiennes ont déclaré

éprouver une anxiété très élevée ou extrême à l'égard de la tension familiale causée par le confinement obligatoire en raison de la pandémie. Lorsque le stress familial extrême était présent, il était associé à une probabilité réduite de signaler une santé mentale optimale.¹²⁸

Recommandation 1 : Mettre l'attention sur le stress parental car il s'agit d'une priorité stratégique en termes d'intervention.

Adopter des perspectives adaptées au sexe, au genre et à l'équité en santé

Comme c'est le cas pour de nombreux problèmes sociaux, les sources et la gravité du stress parental ne sont pas réparties uniformément.¹²⁹ Le stress parental exacerbe les déterminants sociaux de la santé et les inégalités qui existaient avant la COVID-19. Par exemple, les personnes qui vivent avec plusieurs désavantages liés à la race, la classe sociale, le niveau d'éducation, l'incapacité et le statut d'immigrant ont été touchées de façon disproportionnée par le chômage pendant la pandémie.¹³⁰⁻¹³² En date d'août 2020, les taux de chômage les plus élevés au Canada étaient ceux des Arabes (17,9 %); des Africains, des Caribéens et des Noirs (17,6 %); et des Asiatiques du Sud-Est (16,6 %).¹³³ Le taux de chômage était de 10 % chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM) avant la pandémie, et il a augmenté jusqu'à 16,6 % entre mars et mai 2020.¹³⁴ De plus, 41 % des familles des PNIM se sont dites « très préoccupées » ou « extrêmement préoccupées » par les répercussions de la mise en quarantaine sur le stress familial, comparativement à 28 % des familles non autochtones. Enfin, 47 % des femmes des PNIM ont aussi signalé cette préoccupation, comparativement à 33 % chez les hommes.¹³⁵

De même, parmi les populations qui consomment des drogues, les mesures de lutte contre l'infection par la COVID-19 ont aggravé la crise des opioïdes, qui a causé l'hospitalisation de 16 personnes par jour et le décès de 4 000 personnes en 2018. La Colombie-Britannique a signalé 183 décès liés aux opioïdes en juin 2020, comparativement à 76 en juin 2019.¹³⁶ Bien que cette crise ait été aggravée par la contamination et la toxicité croissantes dans l'offre de drogues illicites (p. ex., le carfentanyl),¹³⁷ la lutte contre l'infection à la COVID-19 a entraîné des perturbations et des pertes de services liés à la consommation de substances, comme la réduction des méfaits (p. ex., sites de consommation supervisée), les traitements par agonistes opioïdes et l'accès continu aux médicaments (buprénorphine, méthadone). En plus de la toxicité nettement plus élevée des drogues (p. ex., des concentrations plus fortes de fentanyl), cette situation a entraîné la hausse des cas de surdoses et de rechutes chez les mères enceintes et les mères qui consomment des drogues.¹³⁸

Comme lors des éclosions de maladies infectieuses survenues dans le passé, les collectivités ethniques diversifiées courent un risque accru de mortalité et d'exposition forcée au coronavirus. Des facteurs structurels comme l'inégalité économique, le racisme, la discrimination, les habitations collectives, les perturbations et les lacunes dans les services sociaux et de santé, ainsi que le manque d'accès aux espaces verts, aux communautés sécuritaires et aux aliments nutritifs, augmentent ces risques.¹³⁹⁻¹⁴¹ Ces iniquités sont liées à des facteurs de risque plus importants, à moins de facteurs de protection et à une résilience potentiellement réduite face à la COVID-19.^{142,143} Pour les parents, les enfants et les familles

de ces collectivités, la COVID-19 menace d'aggraver et d'exacerber les traumatismes complexes, le deuil, les pertes et la souffrance.¹⁴⁴

Dans d'autres études, les femmes ont signalé des niveaux plus élevés de crainte de contracter le virus et plus de difficultés avec le sommeil, l'anxiété, la nervosité et la tristesse que chez les hommes.^{145,146} Les femmes enceintes courent un risque disproportionné d'infection et de complications liées à la COVID-19. Lorsque l'on additionne ces facteurs sociaux et démographiques, les risques psychologiques liés à la COVID-19 augmentent de façon cumulative. Par exemple, les recherches révèlent que les femmes enceintes et (ou) qui ont des enfants, celles qui sont le plus près du stress familial et (ou) celles qui ont récemment vécu un décès dans la famille sont les plus susceptibles de ressentir une détresse mentale grave. Ces facteurs de risque démographiques et psychosociaux peuvent se combiner aux obstacles sur les plans de la santé, la santé mentale et l'accès aux services sociaux, et ainsi alourdir davantage les risques psychologiques.¹⁴⁷

Pour ces raisons, les efforts visant à réduire le stress parental associé à la pandémie de COVID-19 doivent être axés sur le sexe et le genre ainsi que sur l'équité en matière de santé. Il faut absolument le faire au moment d'examiner et d'adopter des politiques, puis investir de façon stratégique en vue de répondre aux besoins en santé mentale de diverses populations de parents et de familles touchées par la pandémie.^{148,149}

Recommandation 2 : Intégrer une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACSG+) et une perspective d'équité en santé dans l'ensemble des politiques, programmes et recherches portant sur les besoins en santé mentale de la population âgée de 0 à 6 ans et de leurs parents.

Ce que nous savons au sujet du stress parental et de la santé mentale des enfants

Selon les données disponibles, la section suivante traite de chaque source majeure de stress parental ainsi que des groupes de parents qui pourraient être les plus fortement touchés.

Le stress financier

Le stress financier et l'insécurité économique n'affectent pas seulement la santé mentale, mais également les relations enfants-parents, en modifiant le comportement¹⁵⁰⁻¹⁵³ de ces derniers. La présence, la sévérité et la propagation des maladies mentales infantiles s'inscrivent à leur tour dans un climat socio-économique.^{154,155} L'augmentation d'un écart-type en matière d'insécurité financière s'associe à un résultat en croissance de 0,41, sur l'échelle du Questionnaire sur l'état de santé général (conçu pour mesurer le niveau d'anxiété).¹⁵⁶ Et lors des dernières crises économiques, le chômage a joué un rôle dans les risques de suicide.¹⁵⁷

Avec la COVID-19, le stress financier est reconnu comme l'un des vecteurs de stress les plus courants en santé mentale.¹⁵⁸⁻¹⁶⁰ Au cours de la pandémie, 38,2 % des mères en Amérique du Nord ont rapporté avoir rencontré des problèmes financiers.¹⁶¹ En octobre 2020, le nombre de personnes au Canada percevant l'assurance-emploi avait triplé, par rapport à la période pré-pandémique de février.¹⁶² Et en

mai, 14,6 % déclaraient avoir franchi le seuil de l'insécurité alimentaire, contre 10,5 % en 2017-2018.¹⁶³ Parmi les personnes touchées, 64 % affirmaient que cette situation perturbe leurs relations affectives.¹⁶⁴ Aux États-Unis, une étude récente a révélé que la moitié des parents qui vivent une diminution de leurs ressources financières subissent davantage de stress,¹⁶⁵ alors que 22 % soulignaient les difficultés à se procurer des produits de première nécessité.¹⁶⁶

Pendant que la COVID-19 perturbait la vie de tous au Canada, les familles à faible revenu, les PNIM et les familles immigrantes et racisées étaient touchées de manière disproportionnée.¹⁶⁷⁻¹⁶⁹ Selon les données de Statistique Canada, six mois après le début de la pandémie, 35 % des personnes interrogées issues des minorités déclaraient que la COVID-19 avait considérablement diminué leur capacité à honorer leurs engagements financiers, contre 22 % des répondants blancs.¹⁷⁰ Dans les réponses recueillies auprès des PNIM, 28 % ont indiqué avoir emprunté (ou se préparent à emprunter) de l'argent pour subvenir à leurs besoins de base, contre 19 % pour la population générale.¹⁷¹ Ces diverses populations sont surreprésentées dans les entreprises le plus durement touchées par la pandémie, tout comme le sont les femmes.

En août 2020, la représentation des femmes sur le marché du travail était au plus bas (55 %) depuis 1986.¹⁷² Comparé aux tendances passées, le stress financier pour les mères s'est particulièrement intensifié, et cela dans plusieurs modèles familiaux.^{173,174} En raison d'inégalités sur le plan de la rémunération et du congé parental, les mères en couple sont généralement les premières (et souvent les seules) parentes à prendre un congé.^{175,176} Alors que les mères célibataires étaient trois fois plus assujetties à vivre dans la pauvreté avant la pandémie,¹⁷⁷ la reprise économique après la COVID-19 est à ce jour bien pire pour elles, ainsi que pour celles dont les enfants ont moins de six ans.¹⁷⁸

Il est frappant de constater que 37,5 % des mères de famille monoparentales ayant des enfants de moins de 12 ans ont perdu leur emploi ou travaillent de la maison, contre 25,5 % des mères de familles biparentales.¹⁷⁹ En avril et mai 2020, le taux d'emploi des mères célibataires avoisinait les 50 %, comparé à un écart de 67 à 69 % pour les mères en couple.¹⁸⁰ Par rapport aux autres types de ménages, les mères célibataires, avec des enfants de moins de six ans, ont connu la pire reprise, en termes de perte d'heures de travail. Pour ce groupe, le taux était proche de 55 % en mai, contre 31 % pour celles avec des enfants de plus de six ans. En août 2020, le taux de reprise économique a reculé de 37 % pour les mères célibataires avec des enfants de moins de six ans, comparativement à un recul de 15 % pour celles avec des enfants de plus de six ans.¹⁸¹

Par conséquent, il y a un besoin criant de soutiens financiers, et ce de façon continue, pour celles qui, en ce moment particulier, connaissent la pire insécurité économique causée par la perte de leur emploi. En premier lieu, fournir des services de garde d'enfants accessibles paraît fondamental, afin de les aider à participer à l'essor de la relève économique.^{182,183} Ces stratégies demeurent indispensables pour atténuer les sources de détresse familiale et redonner aux parents leur plein potentiel, aux enfants de saines habitudes, et à tous la force de la résilience.¹⁸⁴

Recommandation 3 : Assurer la continuité des mesures de soutien au revenu pour tous les parents, en mettant l'accent sur les groupes parentaux démesurément confrontés aux répercussions économiques de la pandémie.

Le stress lié au logement et à la violence conjugale

Le stress financier extrême allant de pair avec la précarité du logement, l'absence de domicile fixe et le spectre grandissant d'une contamination par la COVID-19, il est nécessaire de disposer de logements abordables pour abriter et protéger petits et grands enfants, ainsi que leurs parents. Les analyses actuelles indiquent que la gent féminine et les personnes de diverses identités de genre risquent davantage de perdre leur foyer.^{185,186} Des études internationales ont révélé que durant la première vague de la pandémie, les personnes en situation d'itinérance ont vu leur santé physique et mentale se dégrader.¹⁸⁷ Pour les personnes aux prises avec une maladie mentale, l'absence de logement constitue l'un des principaux obstacles à l'accès aux services de santé mentale et à la continuité des soins. Dans la région du Grand Toronto pendant cette même période, l'aiguillage vers les services aux victimes a triplé, indiquant que le développement rapide de maisons d'hébergement est prioritaire pour protéger les personnes fuyant la violence conjugale.^{188,189} Dans le cadre de la Stratégie nationale sur le logement du Canada, 236,7 millions de dollars sont alloués aux itinérants et aux interventions d'urgence à la COVID-19, tandis que 40 millions de dollars sont offerts en soutien aux refuges pour les femmes fuyant la violence familiale.^{190,191} Ce financement semble être un pas dans la bonne direction. Néanmoins, pour ces populations, la pénurie récurrente de lits en refuge ainsi que le manque d'accès aux services en santé mentale et consommation de substances restent un défi permanent.

Recommandation 4 : Étendre et surveiller davantage l'accès aux logements et aux refuges pour les parents risquant de séjourner dans une habitation précaire, de se retrouver sans abris et (ou) d'être victimes de violence conjugale.

Le travail et les soins aux enfants à domicile

À la suite de la première vague de la pandémie, la fermeture des écoles et des centres d'apprentissage préscolaire a compromis l'équilibre entre le travail et la vie personnelle; les parents ont été confrontés à des exigences conflictuelles en matière de temps, qu'ils ont dû alors répartir entre la prestation de soins aux enfants et les responsabilités professionnelles.¹⁹² Seulement 2 % des enfants ont continué de fréquenter les services de garde, et seulement 9 % des participants à l'étude ont déclaré avoir eu recours aux services de garde pendant la première vague de fermetures (en date du 29 juillet 2020). Juste avant l'automne, 49 % des parents étaient réticents à renvoyer leurs enfants à l'école ou à la garderie en raison de la santé de leur enfant ou d'un membre de la famille.¹⁹³ Pourtant, en juin 2020, 74 % des parents au Canada se sont dits « très préoccupés » ou « extrêmement préoccupés » par leur capacité d'équilibrer les responsabilités en matière de garde d'enfants, de scolarité et de tâches professionnelles. Ces préoccupations sont particulièrement présentes chez les parents d'enfants d'âge préscolaire et de jeunes enfants d'âge scolaire, à 70 % et à 80 %, respectivement.¹⁹⁴

Au cours de cette période, de nombreuses familles ont également signalé une diminution de l'activité physique, une baisse de la qualité du sommeil et une augmentation du temps passé devant l'écran, autant de facteurs qui posent des risques pour le développement de l'enfant.^{195,196} À l'inverse, les loisirs et les jeux en plein air comptent parmi les principaux facteurs de protection de la santé mentale de la population et ils sont particulièrement bénéfiques pour la promotion du développement socio-émotionnel et cognitif des jeunes enfants.^{197,198} Pourtant, seulement 4,8 % des enfants au Canada âgés

de 5 à 17 ans ont respecté les lignes directrices en matière d'activité physique pendant la première vague de confinement dans le cadre de la COVID-19.¹⁹⁹

Recommandation 5 : Aiguiller les parents qui travaillent à la maison sur le temps passé devant l'écran et l'importance de l'activité physique des jeunes enfants; aussi, accroître l'accès aux espaces de jeu en plein air.

Les congés parentaux et les politiques de rémunération

Comme c'est le cas pour les contraintes financières, le stress parental plus élevé est inégalement réparti selon le sexe ou le statut socio-économique. Les mesures liées à la COVID-19 ont peut-être aussi interagi avec les politiques et les normes sociales de manière à renforcer les rôles traditionnels de prestation de soins – plaçant les mères, les jeunes parents, les parents de jeunes enfants et les parents seuls en situation où ils assument les plus grands fardeaux.²⁰⁰⁻²⁰³ Certains rapports indiquent que les ménages dont le revenu est le plus faible sont ceux qui éprouvent le plus de stress parental ou qui jonglent davantage avec de multiples rôles et responsabilités.²⁰⁴

Recommandation 6 : Renforcer les politiques de soutien au revenu et aux congés parentaux payés de façon à promouvoir des rôles plus équilibrés entre les sexes et diminuer le stress parental.

La réduction du soutien social

La pandémie a également une incidence sur la nature et la qualité des relations conjugales et du soutien social. Des enquêtes communautaires ont révélé que les sentiments d'isolement et de solitude sont à la hausse au Canada. En juillet 2020,

- 43 % des parents se disaient « très préoccupés » ou « extrêmement préoccupés » par le maintien des liens avec leurs amis et leur famille;²⁰⁵
- 37 % des parents se disaient « très inquiets » ou « extrêmement inquiets » de leur capacité à s'entendre et à s'entraider;²⁰⁶
- 40 % des nouvelles mères signalaient ressentir de la solitude.^{207,*}

Alors que diverses couches de la société ressentent de la solitude ou de l'isolement, ces sentiments sont vécus de façon particulièrement intense chez les parents célibataires et les parents de jeunes enfants.^{208,209} Des synthèses de recherches antérieures ont révélé que le soutien social était également plus faible pour les familles divorcées et séparées, par rapport aux familles biparentales.²¹⁰ Une étude a révélé que les mères plus âgées et à revenu élevé bénéficiaient en réalité de beaucoup moins de soutien social que les mères plus jeunes ou à faible revenu.²¹¹

* D'après un sondage mené auprès de 31 femmes en période prénatale et postnatale.

L'isolement physique est associé à une augmentation du stress familial et des problèmes psychologiques, notamment, quatre fois plus de symptômes de stress post-traumatique chez les parents et les enfants.^{212,213} Selon les tendances observées lors de catastrophes et d'urgences passées, la perte ou la réduction du soutien social peut exacerber les effets des traumatismes communautaires et sociétaux (comme passer à travers une pandémie et vivre un deuil généralisé).

Des liens sociaux détériorés ou perturbés peuvent accroître les risques de maltraitance des enfants et de violence familiale.^{214,215} Ces risques, combinés aux expériences négatives vécues durant l'enfance, sont aggravés par la consommation d'alcool et d'autres substances par les parents, comportement qui est en hausse pendant la pandémie.²¹⁶⁻²²⁰ À l'inverse, l'implication accrue des membres de la famille élargie pendant le confinement peut réduire le risque d'adopter des approches trop sévères ou punitives en endossant le rôle parental.^{221,222}

Des recherches antérieures portant sur les catastrophes ont révélé des cas où le partage des émotions et le renforcement des liens au sein des familles permettaient de rehausser l'humeur.²²³ Une étude préliminaire sur la COVID-19 menée à l'été 2020 a révélé que six parents sur dix passaient plus de temps à tisser des liens avec leurs enfants, et que les parents de jeunes enfants étaient près de deux fois plus enclins à consacrer du temps à des activités artistiques, comparativement aux couples qui n'avaient pas d'enfants ou qui étaient des parents de jeunes.²²⁴

Néanmoins, ces tendances méritent un examen minutieux et un suivi attentif. Des examens récents de la portée de l'isolement social chez les parents d'enfants de moins de cinq ans ont révélé que l'on connaît peu de choses sur les expériences vécues par les nouveaux pères et les futurs pères. Une évaluation rigoureuse des mesures de santé publique visant à réduire l'isolement social des parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans est nécessaire.²²⁵

Recommandation 7 : Accroître rapidement les soutiens et les services sociaux et communautaires qui favorisent les liens sociaux, avec une sensibilisation directe menée auprès des parents qui font face à des niveaux élevés d'isolement social ou de consommation de substances.

L'éclatement de la famille et les questions de garde d'enfants

Selon une étude menée en Ontario en 2020 auprès de 7 500 parents mariés ou en union de fait, 49 % indiquaient vivre un niveau de conflit conjugal élevé.²²⁶ Bien entendu, un niveau aussi élevé est un signe avant-coureur de séparation ou de divorce.²²⁷ Pendant la pandémie de COVID-19, la présence de facteurs de stress cumulatifs pourrait s'ajouter aux risques de divorce et affecter le fonctionnement de la famille.²²⁸ Les problèmes matrimoniaux et les divorces contribuent aux risques liés au développement émotionnel et social de l'enfant, comme la maltraitance, l'exposition aux difficultés subséquentes, l'intériorisation (dépression, anxiété, etc.), les troubles d'extériorisation (troubles de comportement, usage de substances, etc.) et les problèmes psychologiques.²²⁹⁻²³¹ Même avant la COVID-19, les parents de 1,19 M d'enfants de moins de 18 ans au Canada étaient séparés.²³² Puisqu'on s'attend à ce que le nombre et les besoins de cette population augmentent pendant la pandémie, il est important de contrer la rareté relative des services et des soutiens particuliers en santé mentale qui sont offerts.²³³⁻²³⁵

Pour les parents qui se séparent, des méta-analyses et des déclarations internationales communes recommandent une garde partagée et égale visant à optimiser les chances de réussite des enfants et ainsi augmenter leur qualité de vie, selon diverses perspectives sociales, émotionnelles et comportementales.²³⁶⁻²³⁹ Une étude auprès de populations africaines au Canada, ainsi que de jeunes mères européennes à Montréal, a également relevé l'absence du père comme facteur de stress important.²⁴⁰ Cependant, avec la structure actuelle des politiques en droit de la famille, la garde exclusive est accordée dans 82 % des cas et la garde partagée est plus probable dans les juridictions ayant entrepris une réforme législative.²⁴¹ Et en l'absence de garde partagée, 60 % des parents n'ayant pas la garde verront leur enfant entre zéro et trois mois par an.²⁴²

Pendant la pandémie, la Cour suprême du Canada a insisté sur la nécessité de maintenir les horaires de garde, tout en respectant les mesures de distanciation physique.²⁴³ Les tribunaux de la famille sont rapidement passés à la vidéoconférence, exigeant la désignation « urgente » pour les affaires devant être entendues, comme celles où les parents enfrenaient clairement, pendant leurs heures de garde, les mesures de la santé publique en lien avec la COVID-19.^{244,245} Malgré ces mesures, on signale des refus de visite (supervisée ou non) pour les parents n'ayant pas la garde, une augmentation du retrait des enfants de leur foyer et des délais dans les audiences des tribunaux de la famille.²⁴⁶⁻²⁴⁸ Certains rapports indiquent que les personnes en milieu rural ou éloigné sans accès à Internet, ou avec un accès limité, ont été désavantagées durant la transition vers les technologies virtuelles.²⁴⁹

Quant au bien-être de l'enfant, il faut noter que les visites parentales ont été temporairement suspendues au début de la pandémie. Comme pour les cas de garde d'enfants, les communications virtuelles ont remplacé les visites en personne. Bien que cette transition vers les technologies virtuelles se conformait aux mesures de la santé publique en lien avec la COVID-19, les compromis potentiels et les conséquences de ces moyens de communication n'ont pas encore été étudiés. Évidemment, les communications virtuelles empêchaient tout contact physique, ce qui est essentiel à la création du lien parent-enfant. La suspension temporaire des visites en personne pourrait également avoir compromis des occasions de développement social et émotif, particulièrement chez les jeunes enfants et les nourrissons. La perturbation, même temporaire, de ces services pourrait avoir entravé l'acquisition de compétences parentales essentielles et avoir nui aux capacités de certains parents (c.-à-d. ceux dans le système de protection de la jeunesse) de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan du développement.²⁵⁰

Comme pour d'autres enjeux traités dans ce document, les bouleversements dans la garde d'enfants et dans l'accès aux services d'aide sociale à l'enfance pourraient avoir affecté de manière disproportionnée les familles vivant une précarité sociale accrue. Avant la COVID-19, les familles de communautés racisées, les Premières Nations, les Inuits et les Métis étaient surreprésentés dans le système de protection de la jeunesse.^{251,252} La transition vers des services virtuels pour la garde et le bien-être des enfants pourrait avoir affecté de manière disproportionnée des populations semblables, y compris celles qui n'ont pas de téléphone intelligent ni d'accès à Internet.^{253,254}

Bien que dans certains cas les problèmes de maltraitance et d'abus d'enfants justifient de mettre fin à la relation parent-enfant, perturber ces services pourrait avoir un effet néfaste sur la promotion d'un attachement sûr, ainsi que sur le développement social et affectif lorsqu'il survient durant l'importante période de développement rapide du cerveau. De plus, l'absence du père pourrait affecter de manière disproportionnée les garçons qui reproduisent les comportements, développent leur résilience, et font

d'autres expériences sur les plans social, scolaire et du développement auprès de leur père.²⁵⁵ Les perturbations dans l'accès aux parents pourraient également avoir des effets sociaux et émotifs négatifs sur les nourrissons et les enfants des familles surexposées aux systèmes de protection de la jeunesse (c.-à-d. les tribunaux de la famille, les services de protection de l'enfance). On doit accorder davantage d'attention aux familles affectées par les difficultés d'accès aux tribunaux de la famille et aux visites en personne avec l'enfant, afin de faciliter les relations parent-enfant et favoriser les processus de réunification des familles.

Recommandation 8 : Étendre rapidement les services et les mesures de soutien aux familles divorcées ou séparées et revoir les dispositions du droit de la famille relativement à la garde partagée.

Recommandation 9 : Remédier aux effets sur l'ACSG+ et l'équité des soins qu'ont eus les interruptions d'accès à la garde d'enfants, aux visites supervisées et aux processus de réunification parent-enfant.

La maladie mentale chez les parents et les enfants aux prises avec des troubles du développement

Les données donnent à penser que des taux plus élevés de dépression et d'anxiété parentale sont liés à une augmentation du fardeau des aidants et à une diminution de la proximité parent-enfant.²⁵⁶ De plus, la maladie mentale d'un parent constitue une expérience néfaste de l'enfance pouvant nuire au développement de l'enfant.²⁵⁷ On croit que ce mécanisme survient, en partie, en raison d'une sensibilité moindre chez la personne responsable, ainsi qu'une diminution des occasions d'interactions entre l'enfant et le parent.²⁵⁸ Une revue systématique récente a décelé un lien étroit entre la dépression maternelle et l'attachement insécurisant et désorganisé-désorienté chez l'enfant d'âge préscolaire. Ceci contribue aux risques subséquents pour sa santé mentale et ses perspectives sociales éventuelles.²⁵⁹ Plusieurs facteurs causant les problèmes de santé mentale chez les parents sont reliés aux sources de stress parental déjà évoquées : revenu du ménage inférieur, fardeau financier et soutien social faible.^{260,261} Des différences entre les sexes ont aussi été décelées. Plus précisément, la maladie mentale d'un parent est associée à une augmentation des conflits avec l'enfant pour les pères et à une diminution de la complicité avec l'enfant pour les mères.²⁶²

Les parents d'un enfant avec des besoins en matière de développement peuvent aussi être vulnérables au stress émanant de la pandémie.²⁶³ Durant la première vague de la COVID-19, le projet de recherche RAPID-EC aux États-Unis a comparé les niveaux de maladie mentale et de stress dans les foyers avec des enfants de cinq ans et moins, avec ou sans déficience développementale. Les chercheurs de disciplines variées ont noté :²⁶⁴

- Anxiété parentale : les pourcentages qu'affichent les foyers avec des enfants de cinq ans et moins aux prises avec des troubles du développement sont de 70,3 %, comparativement à 40,2 % lorsque ces troubles sont absents
- Dépression parentale : 64,4 % contre 27,3 %
- Stress parental : 55,4 % contre 44,2 %
- Problèmes comportementaux chez l'enfant : 35,9 % contre 26,8 %

- Anxiété chez l'enfant : 33,5 % contre 10,3 %

En date du mois d'octobre 2020, un sondage auprès des parents d'un enfant avec des troubles du développement au Canada a trouvé que 60 % d'entre eux étaient préoccupés par la santé mentale de leur enfant, comparativement à 43 % des parents d'un enfant sans ces troubles. Dans le premier groupe de parents, 76 % étaient préoccupés par la gestion de l'anxiété et des émotions de leur enfant, contre 57 % dans le groupe comparatif. Les progrès scolaires de leur enfant représentaient également une source de préoccupation pour respectivement 58 % et 36 % d'entre eux.²⁶⁵

Bien que ces statistiques indiquent une disparité²⁶⁶ en matière de santé mentale, les recherches d'avant la pandémie avaient démontré que la couverture en santé mentale pour les enfants avec des déficiences était très inégale. Les longues listes d'attente sont monnaie courante, tout comme les problèmes de sécurisation culturelle.²⁶⁷ Les chercheurs et les décideurs politiques ont souligné le fait que les enfants neurodivergents et leurs parents semblent être affectés de manière disproportionnée par la fermeture, l'interruption ou la suspension des services en garderie, en centres de services de la petite enfance, en milieu scolaire et à tout autre endroit qui répond à leurs besoins complexes.^{268,269} Étant donné ces résultats, d'autres interventions sont requises pour sonder et combler le gouffre d'iniquités en matière de soins en santé physique et mentale offerts aux enfants aux prises avec des déficiences et à leur famille.²⁷⁰

Recommandation 10 : Fournir des services ciblés en santé mentale ainsi que des mesures de soutien aux parents de jeunes enfants, en plus de favoriser la collaboration avec les fournisseurs et l'intégration des services aux personnes atteintes de troubles du comportement et de problèmes de santé mentale.

Recommandation 11 : Offrir une approche adaptée ainsi que des mesures de soutien sur les plans parental, social et de santé mentale, lesquelles sont destinés aux parents d'enfants vivant avec des besoins en matière de développement.

Options de promotion et de prévention

Bien que les risques engendrés par le stress semblent sérieux, nous pouvons intervenir en cas de stress parental et veiller à le réduire en nous penchant sur les déterminants sociaux de la santé. En superposant les déterminants sociaux aux facteurs prévalents liés à la maltraitance des enfants, à la violence familiale et à d'autres expériences négatives vécues durant l'enfance, nous pouvons façonner et peaufiner des interventions politiques adéquates. L'amélioration des ressources dont disposent les familles peut inverser le cours des changements épigénétiques, protéger le développement de l'enfant et favoriser la résilience. Nous devons également mener plus de recherches et soutenir tous les parents, en plus d'appuyer la coparentalité et les relations enfants-parents dans les différents modèles familiaux au Canada. En examinant ces éléments d'un « système familial », en tenant compte de l'ACSG+ et de

l'équité en santé, nous pouvons déterminer, surveiller et créer des possibilités d'amélioration des programmes, des politiques et des services offerts.

Nous pourrions mieux atteindre ces objectifs au moyen d'un cadre de santé de la population, et ce, par la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, « la prévention vise à éviter les maladies tandis que la promotion vise à améliorer la santé et le bien-être » (p. 9).²⁷¹ Dans le présent document, les options de promotion de la santé mentale et de prévention primaire (ou universelle) des maladies mentales sont axées sur le renforcement des facteurs de protection et la réduction des facteurs de risque pour tous les parents et toutes les familles avec enfants de 0 à 6 ans. Les options de prévention secondaire (ou sélective) et d'intervention précoce sont axées sur des interventions ciblées visant à réduire les facteurs de risque pour les personnes à risque élevé de développer un problème de santé mentale ou une maladie mentale et pour fournir un accès rapide aux services et aux soutiens lorsque les problèmes surviennent pour la première fois.

Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale pour tous

Le soutien social et le bien-être général

Le soutien social est une sorte de « capital humain » qui aide les personnes et les collectivités à se remettre du stress et de l'adversité. Des études ont révélé qu'un tel soutien dans les familles et la collectivité peut compenser les risques liés à l'insuffisance pondérale à la naissance et à l'adversité précoce et ainsi améliorer le développement socio-émotionnel et cognitif des enfants.²⁷²⁻²⁷⁵ Les relations entre frères et sœurs peuvent également protéger contre le stress parental et les conflits conjugaux.²⁷⁶

Pour les mères d'enfants de 0 à 18 mois, le fait d'avoir des relations conjugales de qualité permet de protéger les enfants et les relations enfants-parents contre la dépression maternelle.²⁷⁷ Les soutiens sociaux comme les relations familiales et communautaires peuvent contribuer à réduire les conséquences du stress parental, de la consommation de substances, de la dépression et du stress post-traumatique, tout en améliorant les comportements parentaux.²⁷⁸⁻²⁸¹ En février et mars 2020 aux États-Unis, lors des ordonnances de rester à la maison en raison de la propagation de la COVID-19, on a pu constater que la taille et la disponibilité des réseaux de soutien social étaient associées à une réduction des symptômes de dépression et de trouble d'anxiété généralisée chez les adultes.²⁸²

Par conséquent, la création d'occasions de resserrer les liens, comme par le biais d'activités familiales qui respectent les mesures de distanciation physique, demeure une fonction de protection essentielle.²⁸³ Il est impératif de trouver des façons novatrices de rester en contact en cette période difficile, tout comme assurer le maintien des échanges service-retour entre les parents et leurs enfants.²⁸⁴ Des enquêtes transversales ont révélé que le fait d'entretenir le soutien affectif des partenaires et d'utiliser la communication virtuelle constituait des éléments essentiels pour favoriser la résilience des femmes enceintes et des parents.²⁸⁵ Parmi les autres activités de renforcement de la résilience pour cette population, mentionnons encourager l'activité physique, manger des aliments sains, passer du temps à l'extérieur, favoriser la gratitude et respecter les routines et les horaires.^{286,287}

Favoriser l'accès aux espaces verts, aux parcs et aux activités récréatives dans la communauté est particulièrement crucial pour limiter les répercussions de l'augmentation du temps passé devant un

écran et de l'accès perturbé à l'EPE, surtout pour les communautés socialement défavorisées. À cette fin, il est essentiel de travailler avec les responsables de la santé publique en vue de promouvoir l'accès aux espaces verts et de modifier le tracé des routes afin de faciliter les activités de plein air et respecter la distanciation physique sécuritaire.²⁸⁸

Au sein de diverses collectivités, certaines femmes et mères africaines, caribéennes et noires disposent de réseaux psychosociaux plus étendus qui protègent leur santé mentale contre la marginalisation économique et raciale; d'ailleurs, elles signalent des taux plus faibles de recours aux services de santé mentale. Toutefois, ces différences pourraient être attribuées en partie à une stigmatisation culturelle et à des obstacles systémiques liés à la recherche d'aide.²⁸⁹⁻²⁹¹ Les données fondées sur la race et portant sur la connectivité sociale et la santé mentale pendant la COVID-19 demeurent absentes.²⁹² Un examen approfondi et un suivi plus poussé relativement aux changements dans la connectivité sociale pour les parents d'enfants de moins de 6 ans, pour l'ensemble des groupes racialisés et ethniques, s'avèrent nécessaires.

La spiritualité et la religion

Bien que plusieurs facteurs influent sur le potentiel thérapeutique de la spiritualité sur la santé mentale, il semble que les pratiques spirituelles pourraient atténuer le stress psychosocial et favoriser la résilience et la croissance post-traumatique au sein de diverses collectivités.²⁹³⁻²⁹⁸ Les pratiques spirituelles, comme les prières, les rituels et les arts expressifs, favorisent la responsabilisation et l'autonomie dans des circonstances autrement incertaines et inconnues. La spiritualité peut permettre d'éviter que des séquelles psychiatriques se transforment en symptômes cliniquement significatifs, en plus d'encourager les personnes avec des conditions préexistantes de faire l'autogestion de leur propre santé. À titre d'exemple, des essais comparatifs randomisés sur les pratiques philosophiques orientales, comme le chemin octuple du bouddhisme, ont montré une diminution du stress, une amélioration de la réponse immunitaire et une réduction de l'anxiété chez les adultes plus âgés.^{299,300} Une recherche réalisée au Royaume-Uni comparant des utilisateurs de services psychiatriques a révélé des niveaux plus élevés d'anxiété et de consommation de médicaments psychotropes chez les participants qui ne pratiquaient aucune forme de spiritualité.³⁰¹

Les pratiques spirituelles ont également été associées à une amélioration de la satisfaction de la vie et à une réduction des hospitalisations.³⁰²⁻³⁰⁴ En ce sens, la spiritualité a un rôle à jouer pour réduire les besoins et la demande de services plus formels en santé mentale.³⁰⁵ Des recherches antérieures ont révélé que les églises et les pratiques religieuses peuvent réduire l'incidence de l'absentéisme des pères et du manque de soutien au revenu.³⁰⁶

Par conséquent, les pratiques et les centres spirituels et religieux peuvent tenir un rôle important dans l'atténuation des répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des familles et des collectivités. Bien que les croyances et les pratiques spirituelles soient de bons outils pour gérer le deuil, la souffrance et les pertes de façon harmonieuse et adaptative, il est également nécessaire de recourir à des formes de deuil adaptées au développement et à la culture afin de favoriser la croissance post-traumatique et la résilience de divers enfants et parents.^{307,308}

Les premiers soins en santé mentale et le soutien par les pairs

Dans le contexte actuel, il est possible d'accroître et d'améliorer l'accès aux premiers soins en santé mentale (PSSM) et au soutien par les pairs.³⁰⁹ Des méta-analyses antérieures ont révélé que les

programmes de PSSM réduisent les attitudes négatives des participants et améliorent la littératie en santé mentale, les connaissances et les comportements favorables à l'égard des personnes qui ont des troubles de santé mentale et des maladies mentales.^{310,311} Une fois adapté au format numérique, le programme de PSSM *Prendre soin des autres*, réalisé par la CSMC, a été offert à 3 142 participants entre avril et octobre 2020.³¹²

Bien que l'usage précis et les avantages clairs du soutien virtuel par les pairs pendant la COVID-19 n'aient pas encore été déterminés, Mental Health America a déclaré que ces services étaient particulièrement essentiels pour aider les enfants, les jeunes et les parents à faire face aux réactions de stress traumatique, en plus de les aider à dépister l'épuisement professionnel et de leur fournir un moyen d'accéder à des services et à des soutiens plus formels.³¹³ Les méta-analyses ont révélé que les interventions de soutien par les pairs disponibles sur Internet procurent un sentiment de soutien communautaire et affectif aux mères tout en facilitant la transition des pères vers la parentalité.³¹⁴ De plus, pendant la crise de la COVID-19 en Chine, les interventions de soutien par les pairs ont permis de réduire les torts associés à la dépression périnatale chez les femmes et de réaliser des économies pendant la suspension temporaire des services en santé mentale.³¹⁵

Recommandation 12 : Élargir l'accès aux premiers soins en santé mentale et aux interventions de soutien par les pairs pour diverses populations de parents et leurs enfants de 0 à 6 ans.

L'éducation de haute qualité pour la petite enfance

Comme l'alphabétisation précoce favorise la préparation à l'école; confère des avantages sociaux, scolaires et de santé mentale à long terme; et comble les lacunes de millions de mots et de vocalisations des enfants à faible revenu et socialement défavorisés, nous nous trouvons face à un impératif éthique de réinventer les ressources en matière d'apprentissage des jeunes.³¹⁶⁻³¹⁸

En s'appuyant sur les ententes fédérales, provinciales et territoriales déjà codifiées dans le Cadre multilatéral d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, le gouvernement fédéral a accordé une augmentation sans précédent de 1,2 milliard de dollars pour les services de garde d'enfants en 2020-2021 — 67 % de plus que l'investissement annuel le plus important effectué en 2005-2006.³¹⁹ Cet investissement a précédé le discours du Trône de septembre 2020 et a permis d'obtenir l'appui de deux partis, d'entreprises et de la collectivité en faveur d'investissements durables et à long terme, d'infrastructure de soins et d'apprentissage pour les jeunes enfants canadiens — des investissements qui pourraient générer entre 45 et 90 milliards de dollars par année grâce à la participation accrue des femmes au marché du travail et à la reprise après la COVID-19.³²⁰

Il est essentiel d'utiliser une partie de ces fonds pour réaliser des investissements stratégiques dans des approches de santé publique novatrices pour les programmes d'apprentissage et l'éducation des jeunes enfants, notamment au moyen de modalités numériques. Des solutions adaptées seront cruciales pour les collectivités rurales, éloignées, nordiques et des PNIM, qui ont été particulièrement affectées par les perturbations et les pertes de soutien de l'EPE pendant la pandémie,³²¹ et elles se devront d'offrir des occasions de transmettre le savoir culturel. La Fondation canadienne pour l'alphabétisation des enfants

se concentre actuellement sur ces solutions sur mesure et y investit beaucoup de ressources. * Dans les cas où les relations de la famille élargie sont privilégiées, des ressources financières, sociales et économiques adéquates devront également être mises à la disposition des membres de la famille qui fournissent des soins.³²²⁻³²⁴

Recommandation 13 : Affecter des fonds du Cadre multilatéral d'apprentissage et de garde des jeunes enfants de 2020-2021 en vue de financer l'élaboration de solutions d'apprentissage numérique novatrices et fondées sur des données probantes, en particulier pour les collectivités rurales, éloignées, nordiques et des PNIM.

L'équité des genres à la maison et au travail

La COVID-19 a précipité la nécessité d'adopter des politiques publiques basées sur des données probantes qui soutiennent le développement optimal de l'enfant. Plusieurs de ces mesures ont été endossées avant la pandémie par des déclarations universelles ou canadiennes majeures, y compris la *Convention relative aux droits de l'enfant* des Nations Unies³²⁵ et l'énoncé de position sur les droits du nourrisson de la World Association for Infant Mental Health's.³²⁶ D'autres mesures ont également été endossées dans le cadre d'objectifs^{327,†} de développement durable des Nations Unies, de l'Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes de l'UNICEF,³²⁸ et des initiatives du Centre Atkinson.³²⁹ Comme nous l'avons appris des faibles risques de complication et de mortalité liés à la COVID-19 pour les nourrissons et les jeunes enfants,³³⁰ les facteurs de stress qui affectent présentement les familles et les enfants ont conféré un surcroît de légitimité aux demandes pour maintenir l'accès aux centres de services de la petite enfance, à la scolarisation et aux services de garde.³³¹ Cela a également fait ressortir le besoin pour une éducation préscolaire de qualité à l'échelle nationale, un revenu de base universel, des conditions de travail souple et des congés de maladie payés.

Sans ces mesures, le taux de participation au marché du travail des femmes – particulièrement pour les mères célibataires et les mères de jeunes enfants – risque d'être encore affecté par un stress financier et familial disproportionné qui nuisent à la santé mentale durant la petite enfance. Aussi, plusieurs de ces facteurs de stress menacent d'affaiblir les progrès en matière d'équité des genres à la maison et au travail.

Bien que la Prestation canadienne d'urgence (PCU) ait été utile pour la société, plusieurs groupes de parents ont signalé des retards de paiement.³³² Il faudrait également évaluer la continuité et les délais en temps de pandémie des initiatives provinciales déjà en place – comme la prestation prénatale du Manitoba qui verse entre 10 \$ et 81,41 \$ par mois pour favoriser de meilleurs soins prénataux et l'accès à une alimentation nutritive.³³³

Les représentants des gouvernements cherchent maintenant à offrir des mesures de soutien économique plus durables et il faut donc être prudent avec l'implantation des programmes d'aide

* A. Siller, communication personnelle, 25 septembre 2020.

† Plus précisément, la mesure numéro 3, visant à « assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous, à tous les âges, dans les régions », notamment la santé maternelle et infantile.

sociale. Une analyse d'une centaine de politiques de protection sociale d'envergure a révélé que la structure des prestations perpétue les rôles parentaux traditionnels.³³⁴ Bien que les pères millénariaux s'impliquent davantage auprès de leurs enfants que ceux des générations précédentes, dans le contexte de la COVID-19, le fardeau des tâches parentales incombe encore de manière disproportionnée aux femmes.³³⁵⁻³³⁷

Recommandation 14 : Revoir les politiques de soutien au revenu en vue de promouvoir la participation des femmes sur le marché du travail et d'offrir un soutien ciblé en santé mentale aux mères célibataires et aux mères de jeunes enfants.

Malgré tout, les congés de paternité payés sont de plus en plus répandus dans le monde, passant de 21 % en 1995 à 52 % en 2015. Un rapport de 2019 sur 13 pays, dont les États-Unis et le Canada, révélait que 85 % des pères sondés seraient « prêts à tout » pour être davantage impliqués auprès d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté durant les premières semaines ou les premiers mois.³³⁸ Au Canada, cela s'est traduit par 46 % des pères qui prenaient leur congé parental payé entre 2012 et 2017, comparativement à 34 % entre 2001 et 2006. Mais cela reste bien peu comparativement à 88 % des mères qui ont pris leur congé de maternité entre 2012 et 2017.³³⁹ De même, plus de 80 % des mères sont retournées travailler entre 27 et 52 semaines après la naissance ou l'adoption de leur enfant, comparativement à 36 % des pères hors Québec et 17 % des pères au Québec. Et seulement 48 % des pères ont pris un congé parental payé de cinq semaines ou moins, soit le maximum permis pour le congé paternel payé (avec le taux de remboursement maximal).^{340,341}

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces disparités, y compris les représentations négatives des pères comme incompetents (c.-à-d. le modèle du père déficitaire), la stigmatisation des hommes comme parent et le fait que seulement 30 % des entreprises offrent un congé de paternité payé.^{342,343} Puisque les congés de paternité payés diminuent les inégalités de genre et favorisent la santé de l'enfant et de la mère, il est nécessaire d'examiner et de soutenir les congés parentaux payés pour les pères.^{344,345} Bien que les mères et les pères au Canada (excluant le Québec) puissent se diviser jusqu'à 35 semaines de congé parental payé, en date de 2019, les femmes avaient accès à 15 semaines réservées au congé de maternité et les pères avaient accès à cinq semaines réservées au congé de paternité. Ces différences contribuent peut-être au classement actuel du Canada, qui est 24^e parmi les pays de l'OCDE en matière de politiques de congé parental en général et dernier sur le plan des congés de paternité payés.³⁴⁶

Il est également nécessaire de mettre sur pied et de financer davantage de services pour développer la confiance, les aptitudes et les compétences des pères lorsqu'ils prennent soin de leur nourrisson ou de leur enfant. La dépression post-partum paternelle, qui affecte entre 4 % et 25 % des nouveaux pères, est liée à la maltraitance des enfants, aux problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire et à la maladie mentale chez les enfants.³⁴⁷⁻³⁴⁹ Les besoins des nouveaux pères sont encore largement ignorés dans le cadre des politiques, des cours de formation parentale, et des services et soutiens en santé mentale, au Canada comme à l'étranger.³⁵⁰⁻³⁵⁶

Il faut également soutenir les parents adoptifs ou de famille d'accueil, à qui on restreint présentement le recours et la disponibilité des avantages liés aux congés parentaux. Il s'agit d'une question étudiée en détail par Cichocki *et al.* qui soutiennent que les parents adoptifs devraient avoir 15 semaines d'assurance-emploi (soit l'équivalent du temps offert aux mères hors Québec), une mesure approuvée par 94 % des parents adoptifs sondés au Canada.³⁵⁷ Des données préliminaires recueillies pendant la COVID-19 indiquent que les niveaux de stress des parents étaient, depuis le début de la pandémie, particulièrement élevés chez les parents de famille d'accueil, avec des effets plus importants sur les parents non mariés, avec un revenu inférieur ou une moins bonne santé mentale.³⁵⁸ Compte tenu de la convergence entre les niveaux de stress parental élevés et d'un attachement compromis chez ces populations, d'autres travaux sont essentiels (avec l'accès aux services et des politiques de soutien) pour minimiser l'accumulation et l'aggravation des risques.³⁵⁹

Recommandation 15 : Étudier divers moyens pour encourager et soutenir l'engagement accru des pères dans l'éducation des enfants, notamment une aide ciblée en santé mentale pour les pères et tous les parents qui ne portent pas l'enfant.

Recommandation 16 : Étendre complètement les congés parentaux aux parents adoptifs et de famille d'accueil.

Prévention ciblée en santé mentale et intervention précoce

L'accès aux services de cybersanté mentale

Pour les populations qui présentent des symptômes de maladies ou de troubles de santé mentale ou un degré élevé de détresse, il est nécessaire d'examiner et de corriger les inégalités dans l'accès à la téléconsultation en médecine et en psychologie.³⁶⁰⁻³⁶² Une partie de la solution consistera à migrer vers des plateformes mieux adaptées à des populations et à des groupes démographiques variés.³⁶³ Plusieurs études – y compris la première analyse de la conjoncture liée à la COVID-19 réalisée par la CSMC – ont démontré que les services offerts à distance durant la première vague de la pandémie étaient plus accessibles pour les familles bien nanties et moins accessibles pour celles d'origines ethniques différentes, en milieu rural ou éloigné, ou défavorisées sur le plan social ou économique.^{364,365}

Ces inégalités sont elles-mêmes ancrées dans les enquêtes communautaires menées pendant des catastrophes actuelles ou passées et qui se concentraient de manière disproportionnée sur les besoins des femmes d'un statut socioéconomique plus élevé.^{366,367} Parmi ces répondants, les principales barrières à l'accès aux services en santé mentale durant la première vague de COVID-19 étaient (1) le manque d'énergie ou de temps à 34,53 % (2) le prix des services à 17,95 % et (3) la conviction qu'on n'en avait pas besoin à 15,25 %.³⁶⁸ Puisque les communautés démunies sur le plan social sont exposées à davantage de stress parental, il est nécessaire d'identifier les besoins en santé mentale de groupes de parents plus diversifiés.^{369,370}

Recommandation 17 : Mener davantage de recherche sur les besoins en santé, en santé mentale et en services sociaux de groupes de parents plus diversifiés et de statuts sociaux économiques moins élevés, en plus de répartir l'accès aux services en ligne de manière appropriée sur les plans culturel, géographique, social et économique.

Les lacunes dans les soutiens et les services en santé mentale périnatale

La pandémie de COVID-19 a grandement perturbé les services de santé et de santé mentale pour les femmes enceintes et les nouvelles mères.³⁷¹ Les lacunes dans les couvertures des services en santé durant la première vague de la pandémie incluaient des manques dans les services de soins en santé mentale pour les mères et l'interruption d'occasions de créer des liens, d'allaiter et d'avoir un contact peau contre peau lorsqu'aux soins intensifs.^{372,373} Malgré cela, les recherches ont, à ce jour, établi de faibles taux de transmission (du coronavirus) de la mère au nourrisson et rien ne démontre qu'il puisse y avoir transmission intra-utérine ou transplacentaire entre la mère enceinte positive au coronavirus et le fœtus.³⁷⁴ Au cœur de la pandémie, 69 % des praticiens en santé mentale périnatale qui ont été sondés ont signalé une diminution des visites en personne et de l'accès général aux services.³⁷⁵ L'arrêt des services en personne peut être particulièrement dommageable pour les parents qui fuient une situation de violence conjugale et pour les enfants de nouvelles mères confrontées aux dépendances ou au sevrage d'opiacés ou d'opioïdes.³⁷⁶

Dans la population, les taux de dépression périnatale et post-partum au Canada avant la COVID-19 pouvaient atteindre 23 % pour les nouvelles mères et cela semblait encore plus fréquent au cours de la première vague.³⁷⁷⁻³⁸⁰ Durant la pandémie, 95,8 % des 438 praticiens en soins périnataux croyaient que les services en soins de santé mentale périnatale étaient insuffisants et 87 % d'entre eux n'avaient pas le mandat de vérifier l'état de santé mental après l'accouchement. Présentement, l'Alberta est la seule juridiction canadienne à le faire.³⁸¹ Par conséquent, il y a un besoin croissant de vérifier automatiquement, de détecter et de gérer les problèmes de santé mentale après l'accouchement (comme la dépression post-partum), en plus d'augmenter l'accès et la prestation des soutiens et des services en santé mentale, en personne et à distance.³⁸²⁻³⁸⁴ Quant aux nouvelles mères qui vivent avec un trouble de consommation ou qui risquent de vivre de la violence conjugale, elles pourraient obtenir d'autres soins périnataux adaptés (comme une norme d'excellence pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes pendant la grossesse), incluant des évaluations psychosociales rapides et de routine, l'accès à des services de diminution de la violence ou de l'usage de substances, ainsi que des logements adéquats, de l'aide à l'emploi et un accès à des groupes d'entraide par les pairs.^{385,386} Pour rétablir convenablement les soins axés sur la personne, les politiques organisationnelles devraient veiller à maintenir l'équilibre entre la question de la sécurité des employés et les avantages des services offerts en personne.³⁸⁷

Tandis qu'on réclame de plus en plus vivement une stratégie nationale en santé mentale après l'accouchement, les défenseurs, les bénéficiaires de services, les chercheurs et les planificateurs des systèmes devraient se pencher sur les domaines de services et de soutiens en santé mentale périnatale qui ont été perturbés ou interrompus à cause de la pandémie, comme les initiatives d'uniformisation et d'amélioration des systèmes et de la qualité.^{388,389}

Recommandation 18 : Mener une ACSG+ des lacunes à combler dans les soins de santé, les services sociaux et les soins en santé mentale périnatale, puis garantir une couverture des suivis à long terme et des services en ligne et en personne qui fonctionne et qui est adaptée à la culture.

Recommandation 19 : Utiliser les lacunes dans la couverture en santé mentale périnatale comme point de départ pour agir, améliorer les systèmes et la qualité en prévision de la stratégie nationale sur la santé mentale périnatale à venir.

La capacité en matière de santé mentale pour la petite enfance

Davantage d'opportunités sont nécessaires pour traiter les symptômes de nombreux problèmes et troubles de santé mentale grâce à des interventions thérapeutiques cognitivo-comportementale en ligne. Plusieurs de ces interventions pourraient porter sur le dérèglement émotionnel et être offertes avec des formations sur les compétences parentales.³⁹⁰⁻³⁹² Regrouper des services permettrait d'atténuer ou diminuer les facteurs de stress liés à la COVID-19 pour les familles, lesquels contribuent aux difficultés comportementales et d'adaptation des enfants, à la maltraitance et à la violence conjugale. Ces services et ces soutiens devraient être offerts ensemble afin d'optimiser le développement de l'enfant et mieux soutenir les familles.³⁹³⁻³⁹⁵

Combiner les interventions cliniques et les formations sur les compétences parentales fait également partie intégrante des programmes de visite à domicile, comme *Les familles d'abord* au Manitoba et les projets pilotes de *Nurse-Family Partnership* en Colombie-Britannique et en Ontario. Cependant, il est également nécessaire de cerner les services perturbés et les adaptations requises en période de pandémie de COVID-19. Les femmes enceintes et les mères exposées à la violence conjugale qui consomment des drogues ou hésitent à demander des services, pourraient particulièrement bénéficier des visites à domicile et du soutien d'une doula.^{396,397} Des données provenant de l'Australie indiquent que les doulas seraient bien placées pour constater la présence de problèmes en santé mentale ou d'adversité psychosociale.³⁹⁸ Avant la COVID-19, *Les familles d'abord* avait permis de voir une amélioration des compétences parentales, du soutien social, de la cohésion communautaire et de la maîtrise de l'environnement,* tandis que *Nurse-Family Partnership* contribuait à réduire la maltraitance envers les enfants et les risques de mortalité, tout en suscitant des gains dans le développement cognitif des enfants.^{399,400}

Des suivis et des contrôles à plus long terme sont également nécessaires pour les nouvelles mères et les femmes enceintes ayant des antécédents en santé mentale, puisque les pires résultats de traitements surviennent habituellement dans ces contextes.^{401,402} Comme pour les programmes de visite à domicile, les fournisseurs de services en santé mentale devraient garder l'œil ouvert sur les familles où il y a de la maltraitance envers les enfants et de la violence conjugale.⁴⁰³⁻⁴⁰⁵ Dans le cadre des efforts déployés pour rendre les services de soins psychologiques à distance respectueux des valeurs culturelles, il faut

* Selon le rapport [Families First Program Evaluation](#), la maîtrise de l'environnement se produit lorsque les mères ou les parents « se sentent responsables de leur situation et gèrent les responsabilités et les exigences de leur vie quotidienne » (p. 12).

également tenir compte des croyances religieuses et culturelles des parents afin de favoriser de manière optimale le développement et la résilience de l'enfant.^{406,407}

Finalement, il est également essentiel d'augmenter le nombre de formations qui enseignent comment intervenir en tenant compte des traumatismes; il faut aussi favoriser les possibilités de perfectionnement des effectifs dans les milieux où les enfants vivent, apprennent et jouent.⁴⁰⁸ Ces efforts pourraient s'inspirer des demandes qui ont déjà été faites pour favoriser les compétences en santé mentale du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire. Cela s'appliquerait à l'ensemble des services aux enfants, y compris les professionnels de l'éducation et de la santé ainsi que les spécialistes en santé mentale, en soins périnataux et en soins primaires.⁴⁰⁹⁻⁴¹³ Les enfants retourneront bientôt à la garderie et à l'école et il faudra déployer encore plus d'efforts pour répondre aux besoins en formation continue des éducateurs de la petite enfance et des fournisseurs de services de garde.^{414,415}

Recommandation 20 : Vérifier les compétences requises pour le personnel de différents groupes professionnels qui travaillent auprès des nourrissons, des jeunes enfants et de leurs parents. Cerner les occasions d'intégrer les compétences en santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants dans les contextes et les établissements appropriés.

Investissements stratégiques, responsabilisation et progrès

Si l'on se fie aux estimations communautaires actuelles et aux recherches antérieures sur les catastrophes, il est à prévoir que les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des nourrissons, des enfants, des familles et des parents seront probablement ressenties pendant un certain temps. Bien que des mesures préventives soient nécessaires pour atténuer et inverser ces tendances, il y a peu ou pas de moyen de suivre les évolutions dans ce domaine en raison des limites de la population, de la mesure du rendement normalisée et des données fondées sur la race.^{416,417} Ces contraintes sont amplifiées par une pénurie d'évaluations, de recherches ou de données empiriques sur les services et les soutiens en santé mentale qui sont actuellement offerts aux familles. Il faut adopter davantage de mesures fondées sur la population pour évaluer la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, de façon à assurer la responsabilisation et permettre le suivi et la mesure des progrès dans ce domaine.⁴¹⁸

Bien que la santé mentale chez les jeunes ait connu, à juste titre, un afflux important de recherche, de services et de soutien stratégique, il est maintenant temps de réaliser des investissements stratégiques semblables dans les services et les mesures de soutien en santé mentale pour les futurs et nouveaux parents, les nourrissons, les enfants et les familles. Comme il est indiqué à l'annexe B, les investissements dans les services devraient compléter les investissements dans les politiques sociales qui favorisent la résilience des personnes, des nourrissons, des enfants et des familles, y compris la garde universelle des enfants, le congé parental payé (pour les mères, les pères et les parents adoptifs),

le logement abordable et de rigoureuses mesures de soutien au revenu. En vue de combler les disparités actuelles et se protéger contre les répercussions à long terme de la COVID-19 sur la santé mentale, toutes les décisions relatives aux politiques publiques devraient être fortement ancrées dans l'ACSG+ et l'équité en santé.

À mesure que nous planifions l'avenir, ces investissements sont nécessaires pour renforcer les objectifs sociaux, économiques et de productivité à long terme du Canada. Des décennies de recherche sur le développement des jeunes enfants (ainsi que des études économiques et scientifiques émergentes sur le cerveau) ont révélé que ces mesures sont absolument essentielles pour réduire le fardeau des maladies chroniques et non transmissibles, ainsi que l'apparition, le maintien et l'aggravation des effets négatifs sur la santé mentale, en arrêtant cette trajectoire défavorable dès le départ. La pandémie de COVID-19 démontre qu'il est crucial de s'attaquer au stress familial et parental. Les mesures prises à cet égard seront indispensables au Canada pour honorer ses obligations envers la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*. Ces mesures permettront également d'appuyer les actions émergentes à l'égard des droits de l'enfant, qui visent à garantir aux enfants un milieu de vie sécuritaire et exempt de violence, de conflits, de mauvais traitements et d'abus.^{419,420} Les mesures prises favoriseront aussi l'attachement sécurisant au sein des familles de plus en plus diversifiées et de diverses structures parentales partout au Canada.

Conclusion

Bien que l'on assiste à une hausse de plusieurs facteurs liés aux expériences négatives vécues durant l'enfance et au développement sous-optimal des enfants, il y a tout de même des raisons d'être optimiste. De nombreuses difficultés engendrées par la maladie mentale des parents, le stress parental et les conflits conjugaux peuvent être corrigées en redéfinissant les priorités et en augmentant les ressources humaines, financières et les mesures de soutien social, lesquelles sont incontournables si l'on souhaite accroître la résilience. Même si les données sur les prestations de PCU ne sont pas concluantes, il est grandement possible qu'elles aient été le facteur le plus déterminant pour réduire certains des effets de la COVID-19 sur la santé mentale des jeunes enfants, des nourrissons et des familles. L'ouverture de créneaux stratégiques sur le logement abordable, le revenu de base universel et la garde d'enfants est également un pas dans la bonne direction.

Un examen des lacunes actuelles en matière de ressources et de responsabilisation dans le secteur de la santé mentale de la petite enfance pourrait faire en sorte que les décisions relatives aux investissements et à l'infrastructure soient prises en tenant compte d'activités équitables, peu coûteuses et à rendement élevé.⁴²¹ Comme plusieurs études l'ont révélé, il s'agit assurément du meilleur pari que puisse prendre une société.⁴²²⁻⁴²⁴ Les investissements dans le bien-être et l'avenir des nourrissons, des enfants et de leurs parents engendrent des avantages qui seront ressentis et constatés au cours de plusieurs années à venir. Il est maintenant temps pour les décideurs de donner suite à ces mesures afin de stimuler le rétablissement du Canada après la pandémie de COVID-19, et ce, par le biais de ressources favorisant la résilience des nourrissons, des enfants et des familles et servant d'assise aux changements sociétaux transformateurs.

Références

- ¹ Mantoura, P. (2014). *Defining a population mental health framework for public health*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps>
- ² Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- ³ Waddell, C., Schwartz, C., Barican, J., Yung, D. et Gray-Grant, D. (2020). *COVID-19 and the impacts on children's mental health*. Centre des politiques sur la santé des enfants, Université Simon Fraser. <https://rcybc.ca/wp-content/uploads/2020/11/Impact-of-COVID.pdf>.
- ⁴ Commission de la santé mentale du Canada. (2020a). *COVID-19 and mental health: COVID-19 et santé mentale : Réponses stratégiques et enjeux émergents - Analyse préliminaire*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4345>
- ⁵ Commission de la santé mentale du Canada. (2020b). *Promouvoir la santé mentale à la petite enfance*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4365>
- ⁶ Prime, H., Browne, D. T. et Wade, M. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, vol. 75, n° 5, p. 631-643. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660>
- ⁷ Child Care Canada. (2020). *How do we navigate a return to school and childcare?* <https://childcarecanada.org/documents/child-care-news/20/06/how-do-we-navigate-return-school-and-child-care>
- ⁸ Spinks, N., MacNaull, S. et Kaddatz, J. (2020). *Familles « en sécurité à la maison » : La pandémie de COVID-19 et la parentalité au Canada*. Institut Vanier de la famille. https://vanierinstitute.sharepoint.com/sites/PublicWebResources/Documents/Public%20Files/AR_Spinks_MacNaull_Kaddatz_Familles-ense%cc%81curite%cc%81-a%cc%80-la-maison-La-pande%cc%81mie-de-COVID-19-et-la-parentalite%cc%81-au-Canada.pdf?originalPath=aHR0cHM6Ly92YW5pZXJpbnN0aXR1dGUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L3MvUHVibGljV2ViUmVzb3VyY2VzL0VWRm91cldxVGdsRG43WGICaGplcHZzQlJPUXphTmloMkZZSUFHaEJPWjBCUGc_cnRpbWU9aENuenZySXUyVWc
- ⁹ Prime, et al. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic.
- ¹⁰ Centre on the Developing Child. (2020). *How to help families and staff build resilience during the COVID-19 outbreak*. <https://developingchild.harvard.edu/resources/how-to-help-families-and-staff-build-resilience-during-the-covid-19-outbreak/>
- ¹¹ Offord Centre for Child Studies. (2020). *Ontario Parent Survey*. <https://offordcentre.com/ontario-parent-survey/>
- ¹² Statistique Canada. (2020a). *Répercussions sur les parents et les enfants* (Revue et périodiques : 11-631-X) [Résultats d'enquête]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s8-fra.htm>
- ¹³ Fisher, P., Lombardi, J. et Kendall-Taylor, N. (2020). *Why households with young children warrant our attention and support during (and after) the COVID-19 pandemic*. UOregon CTN, & RAPID-EC Project. <https://medium.com/rapid-ec-project/why-households-with-young-children-warrant-our-attention-and-support-during-and-after-the-b7cee9b76184>
- ¹⁴ Hamel, L. et Salganicoff, A. (2020). *Is there a widening gender gap in coronavirus stress?* Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/policy-watch/is-there-widening-gender-gap-in-coronavirus-stress/>
- Association canadienne pour la santé mentale, Université de la Colombie-Britannique, Agenda Collaborative, Mental Health Foundation et Maru/Matchbox. (2020a). *Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : Vague 2*, 2020. <https://ottawa.cmha.ca/fr/desespoir-pensees-suicidaires-samplifient-mesure-progresse-pandemie/>
- ¹⁶ Waddell, et al. (2020). *COVID-19 and the impacts on children's mental health*.
- ¹⁷ Cameron, E. E., Joyce, K. M., Delaquis, C. P., Reynolds, K., Protudjer, J. L. P. et Roos, L. E. (2020). Maternal psychological distress and mental health service use during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, vol. 276, pages 765-774. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.081>.

- ¹⁸ Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshaw, M., Tomfohr-Madsen, L. et Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, vol. 277, p. 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>.
- ¹⁹ Collège royal des obstétriciens et gynécologues et Collège royal des sages-femmes. (2021). *Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy*. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf>
- ²⁰ Cameron, et al. (2020). Maternal psychological distress and mental health service use during the COVID-19 pandemic.
- ²¹ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2021). *Santé mentale et consommation de substances pendant la pandémie de COVID-19*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4430>
- ²² National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2019). *Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth: A national agenda*. <https://www.nap.edu/catalog/25201/fostering-healthy-mental-emotional-and-behavioral-development-in-children-and-youth>
- ²³ Lyons-Ruth, K., Manly, J. T., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., Paul, C., Keren, M., Berg, A., Foley, M. et Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the World Association for Infant Mental Health [Éditorial]. *Infant Mental Health Journal*, vol. 38, n° 6, p. 696-705. <https://doi.org/10.1002/imhj.21674>.
- ²⁴ Browne, D. T., Leckie, G., Prime, H., Perlman, M. et Jenkins, J. M. (2016). Observed sensitivity during family interactions and cumulative risk: A study of multiple dyads per family. *Developmental Psychology*, vol. 52, no 7, p. 1128-1138. <https://doi.org/10.1037/dev0000143>
- ²⁵ Cameron, et al. (2020).
- ²⁶ Masarik, A. S. et Conger, R. D. (2017). Stress and child development: A review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.008>
- ²⁷ Prime, et al. (2020).
- ²⁸ Fraser, E. (2020). *Impact of COVID-19 pandemic on violence against women and girls* (Rapport de recherche n° 284). VAWG Helpdesk. <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/2020-03/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf>
- ²⁹ Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., [...] Bullmore, E. (2020). *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science*. *Lancet Psychiatry*, vol. 7, n° 6, p. 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
- ³⁰ Prime, et al. (2020).
- ³¹ Cuartas, J. (2020). Heightened risk of child maltreatment amid the COVID-19 pandemic can exacerbate mental health problems for the next generation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 12, noS1, p. S195-S196. <https://doi.org/10.1037/tra0000597>
- ³² Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M. et Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, vol. 11, article 1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>.
- ³³ Partenariat mondial pour mettre fin à la violence envers les enfants et pour protéger l'enfance dans l'action humanitaire, UNICEF et Organisation mondiale de la santé. (2020). *COVID-19: Protecting children from violence, abuse, and neglect in the home, volume 1*. <https://www.unicef.org/media/68711/file/COVID-19-Protecting-children-from-violence-abuse-and-neglect-in-home-2020.pdf>
- ³⁴ van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N. et Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *E Clinical Medicine, Lancet*, vol. 21, article 100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- ³⁵ Hattangadi, N., Cost, K. T., Birken, C. S., Borkhoff, C. M., Maguire, J. L., Szatmari, P. et Charach, A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC Public Health*, vol. 20, article 1726. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09861-5>

- ³⁶ Martin, C. A., Papadopoulos, N., Chellew, T., Rinheart, N. J. et Sciberras, E. (2019). Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 93, article 103463. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103463>
- ³⁷ Statistique Canada. (2020b). *Utilisation des services de garde d'enfants pendant et après la pandémie de COVID-19* (Numéro : 45-28-0001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00062-fra.htm>
- ³⁸ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *Understanding child care in First Nations communities*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/bd344e1dba275b7a507eec2322bce7db_fnigc_research_series_child_care_en_final.pdf
- ³⁹ Whitley, R. (2009). Mastery of mothering skills and satisfaction with associated health services: An ethnocultural comparison. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 33, n° 3, p. 343-365. <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9140-8>
- ⁴⁰ Child Care Canada. (2020). *How do we navigate a return to school and childcare?*
- ⁴¹ Halvorsen, E., Stamu-O'Brien, C., Carniciu, S. et Jafferany, M. (2020). Psychological effects of COVID-19 on parenting and maternal-fetal mental health. *Dermatologic Therapy*, vol. 33, no 4, article e 13579. <https://doi.org/10.1111/dth.13579>
- ⁴² Van Lancker, W. et Ghysels, J. (2013). *Great expectations, but how to achieve them? Explaining patterns of inequality in childcare use across 31 developed countries* (Document de travail n° 1305). Centre for Social Policy, Université de Antwerp. https://medialibrary.uantwerpen.be/oldcontent/container2453/files/CSB%20WP%202013/CSB_WP_13_05.pdf
- ⁴³ Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts* (1e éd.). École de politiques en santé et administration de l'Université York. <http://www.thecanadianfacts.org/>
- ⁴⁴ Stark, A. M., White, A. E., Rotter, N. S. et Basu, A. (2020). Shifting from survival to supporting resilience in children and families in the COVID-19 pandemic: Lessons for informing U.S. mental health priorities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 12, no51, p. S133-S135. <https://doi.org/10.1037/tra0000781>
- ⁴⁵ Whitley, R. (2009). Mastery of mothering skills and satisfaction with associated health services: An ethnocultural comparison.
- ⁴⁶ Dove, N., Wong, J., Gustafson, R. et Corneil, T. (2020). *Impact of school closures on learning, child and family well-being during the COVID-19 pandemic*. Centre de contrôle des maladies et Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique. http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/Public_health_COVID-19_reports/Impact_School_Closures_COVID-19.pdf
- ⁴⁷ Atkinson Centre. (2017). *Rapport sur l'éducation de la petite enfance 2017* [Rapport sommaire]. <http://ecereport.ca/fr/report/summary-report/summary-report2/>
- ⁴⁸ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *Understanding child care in First Nations communities*.
- ⁴⁹ Valentino, R. (2018). Will public pre-k really close achievement gaps? Gaps in prekindergarten quality between students and across states. *American Educational Research Journal*, vol. 55, n° 1, p. 79-116. <https://doi.org/10.3102/0002831217732000>
- ⁵⁰ Akbari, E. et McCuaig K. (2017). *Rapport sur l'EPE 2017*. Atkinson Centre for Society and Child Development – Institut d'études pédagogiques de l'Ontario de l'Université de Toronto. <http://ecereport.ca/media/uploads/2017-report-pdfs/ece-report2017-en-feb6.pdf>
- ⁵¹ Boyle, M. H., Duncan, L., Georgiades, K., Comeau, J., Reid, G. J., O'Briain, W., Lampard, R. et Waddell, C. (2019). Étude sur la santé des jeunes ontariens 2014 : Policy implications for Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, n° 4, pages 227-231. <https://doi.org/10.1177/0706743719830033>.
- ⁵² Clinton, J., Kays-Burden, A., Carter, C., Bhasin, K., Cairney, J., Carrey, N., Janus, M., Kulkarni, C. et Williams, R. (2014). *Supporting Ontario's youngest minds: Investing in the mental health of children under 6*. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. <https://www.cymh.ca/Modules/ResourceHub/?id=af13e20f-f63b-40b8-a2e4-84c98ff479df>
- ⁵³ Akbari, E. et McCuaig K. (2017). *Rapport sur l'EPE 2017*.

- ⁵⁴ Stanford, J. (17 décembre 2020). A national child-care plan would accelerate post-COVID recovery. *Options politiques*. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/december-2020/national-child-care-plan-would-accelerate-post-covid-recovery/>
- ⁵⁵ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018).
- ⁵⁶ Whitley, R. et Green, S. (2008). Psychosocial stressors and buffers affecting African Black women in Montreal. *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 27, no 1. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2008-0003>
- ⁵⁷ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018).
- ⁵⁸ Dove, et al. (2020). *Impact of school closures on learning, child and family well-being during the COVID-19 pandemic*.
- ⁵⁹ Gausman, J. et Langer, A. (2020). Sex and gender disparities in the COVID-19 pandemic. *Journal of Women's Health*, vol. 29, no 4, p. 465-466. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8472>
- ⁶⁰ King, T., Hewitt, B., Crammond, B., Sutherland, G., Maheen, H. et Kavanagh, A. (2020). Reordering gender systems: Can COVID-19 lead to improved gender equality and health? *Lancet*, vol. 396(10244). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31418-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31418-5)
- ⁶¹ Statistique Canada. (2020a). *Répercussions sur les parents et les enfants* [Résultats d'enquête].
- ⁶² Cameron, et al. (2020).
- ⁶³ Santé mentale pour enfants Ontario. (2020). *Return to school during COVID-19. Considerations for Ontario's child and youth community mental health service providers*. <https://cmho.org/wp-content/uploads/Return-to-school-during-COVID19-Evidence-summary-for-community-service-providers.pdf>
- ⁶⁴ van der Gaag, N., Heilman, B., Gupta, T., Nembhard, C. et Barker, G. (2019). *State of the world's fathers: Unlocking the power of men's care*. Promundo-US. https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/BLS19063_PRO_SOWF_REPORT_015.pdf
- ⁶⁵ Lechowicz, M. E., Jiang, Y., Tully, L. A., Burn, M. T., Collins, D. A. J., Hawes, D. J., Lenroot, R. K., Anderson, V., Doyle, F. L., Piotrowska, P., Frick, P. J., Moul, C., Kimonis, E. R. et Dadds, M. R. (2018). Enhancing father engagement in parenting programs: Translating research into practice recommendations. *Australian Psychologist*, vol. 54, no 2, p. 83-89. <https://doi.org/10.1111/ap.12361>
- ⁶⁶ Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J. et Horton, A. L. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. *Child Psychiatry and Human Development*, no 4-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01037-x>
- ⁶⁷ Statistique Canada. (2020a).
- ⁶⁸ Statistique Canada. (2020c). *Soins des enfants : répercussions de la COVID-19 sur les parents* (Stats en bref : 45-28-0001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00091-fra.htm>
- ⁶⁹ UNICEF Canada. (2019a). *Politiques favorables à la famille dans les pays riches : comment le Canada se compare-t-il au reste du monde?* Rapport de l'UNICEF, le document canadien d'accompagnement. https://oneyouth.unicef.ca/sites/default/files/2019-06/UNICEF_ResearchBrief_CanadianCompanion_FR-FINAL_WEB.pdf
- ⁷⁰ Banque Royale du Canada. (2020). *Pandemic threatens decades of women's labour force gains*. <https://thoughtleadership.rbc.com/pandemic-threatens-decades-of-womens-labour-force-gains/>
- ⁷¹ Statistique Canada. (2020d). Labour Force Survey, août 2020. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/200904/dq200904a-eng.pdf?st=kv3n6q8C>
- ⁷² Fortin, P., Godbout, L. et St-Cerny, S. (2010). Impact of Quebec's universal low-fee childcare program on female labour force participation, domestic income and government budgets. https://www.oise.utoronto.ca/atkinson/UserFiles/File/News/Fortin-Godbout-St_Cerny_eng.pdf
- ⁷³ Goertzen, B. (2020). *Work life: Women's health, unpaid care and COVID-19*. Centre canadien de politiques alternatives. <https://www.policyalternatives.ca/publications/commentary/work-life-women%E2%80%99s-health-unpaid-care-and-covid-19>
- ⁷⁴ Van Lancker, et al. (2013). *Great expectations, but how to achieve them? Explaining patterns of inequality in childcare use across 31 developed countries*.

- ⁷⁵ Santé mentale pour enfants Ontario. (2019). *Annual report card: The burden of kids mental illness on families and the economy*. https://cmho.org/wp-content/uploads/CMHO_ReportCard_web-min-1.pdf
- ⁷⁶ Boyle, M. H., Duncan, L., Georgiades, K., Comeau, J., Reid, G. J., O’Briain, W., Lampard, R. et Waddell, C. (2019). Tracking children’s mental health in the 21st century: Lessons from the 2014 OCHS. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, no 4, p. 232-236. <https://doi.org/10.1177/0706743719830025>
- ⁷⁷ Santé mentale pour enfants Ontario. (2019). *Annual report card: The burden of kids mental illness on families and the economy*.
- ⁷⁸ Waddell, et al. (2019).
- ⁷⁹ Prime, et al. (2020).
- ⁸⁰ Commission de la santé mentale du Canada. (2020a). *COVID-19 et santé mentale : Réponses stratégiques et enjeux émergents – Analyse préliminaire*.
- ⁸¹ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2019). *Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth: A national agenda*.
- ⁸² Collège royal des obstétriciens et gynécologues et Collège royal des sages-femmes. (2021). *Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy*.
- ⁸³ Comeau, J., Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L. et Boyle, M. (2019). Changes in the prevalence of child and youth mental disorders and perceived need for professional help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, n° 4, pages 256-264. <https://doi.org/10.1177/0706743719830035>.
- ⁸⁴ Institut canadien d’information sur la santé (sans date). *Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance*. <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief.?lang=fr#!/indicateurs/013/children-vulnerable-in-areas-of-early-development;/mapC1;mapLevel2;/>
- ⁸⁵ Clinton, et al. (2014).
- ⁸⁶ Commission de la santé mentale du Canada. (2020c). *Santé mentale à la petite enfance : « Ce que nous avons entendu »* – [Résumé du rapport] <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4407>
- ⁸⁷ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2021). *Appel à l’action Why Canada needs a national perinatal mental health strategy now more than ever*. <https://cpmhc.ca/report/>
- ⁸⁸ King, S., Dancause, K., Turcotte-Tremblay, A. M., Veru, F. et Laplante, D. (2012). Using natural disasters to study the effects of prenatal maternal stress on child health and development. *Birth Defects Research*, vol. 96, n° 4, p. 273-288. <https://doi.org/10.1002/bdrc.21026>
- ⁸⁹ Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. et Styra, R. (2004). *SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada*. *Emerging Infectious Diseases*, vol. 10, n° 7, p. 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- ⁹⁰ Cameron, et al. (2020).
- ⁹¹ Sprang, G. et Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, vol. 7, no 1, p. 105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- ⁹² Brooks, S., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, vol. 395(10227), p. 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- ⁹³ Prime, et al. (2020).
- ⁹⁴ King, et al. (2012).
- ⁹⁵ King, et al. (2020).
- ⁹⁶ Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J. et Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, vol. 129, n° 1, p. e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- ⁹⁷ Promotion de la santé mentale de la petite enfance, et Agence de la santé publique du Canada. (sans date). A collaborative approach to embedding the science of infant mental health and enhancing infant mental health

services [Rapports communautaires]. <http://www.eccdc.org/infant-mental-health/wp-content/uploads/2015/10/Community-Reports-IMHP.pdf>

⁹⁸ Shonkoff, et al. (2012).

⁹⁹ Bartlett, J. D. et Vivrette, R. (2020). Ways to promote children's resilience to the COVID-19 pandemic [Fiche d'information]. *Child Trends*. <https://www.childtrends.org/publications/ways-to-promote-childrens-resilience-to-the-covid-19-pandemic>

¹⁰⁰ Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., Chunling, L., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E. et Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *Lancet*, vol. 389, n° 10064, p. 77-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

¹⁰¹ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2014). *Développement de la petite enfance* [Énoncé de position]. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/early-childhood-development/early-brain-biological-development-early-learning-ebbdel-f>

¹⁰² Centre on the Developing Child. (2013). *In Brief: Early childhood mental health*. de l'Université Harvard. <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf>

¹⁰³ Kulkarni, C., Khambati, N., Sundar, P., Kelly, L., Summers, N. et Short, K. (2019). *Au-delà des pierres d'assise : Investir dans la santé mentale présente et future des enfants ontariens de trois à six ans*. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. <https://www.cymh.ca/Modules/ResourceHub/?id=2292beff-ff42-4294-b65f-2fe515ee1b31&lang=fr>.

¹⁰⁴ Golberstein, E., Wen, H. et Miller, B. F. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents [Commentaire]. *JAMA Pediatrics*, vol. 174, n° 9, p. 819-820. [pages https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456).

¹⁰⁵ Stark, et al. (2020).

¹⁰⁶ Bagot, R. C., Labonté, B. Pena, C. et Nestler, E. J. (2014). Epigenetic signaling in psychiatric disorders: Stress and depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 16, n° 3, p. 281-295. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.3/rbagot>

¹⁰⁷ Cameron, et al. (2020).

¹⁰⁸ King, et al. (2012).

¹⁰⁹ Ping, E. Y., Laplante, D. P., Elgbeili, G., Jones, S. L., Brunet, A. et King, S. (2020). Disaster-related prenatal maternal stress predicts HPA reactivity and psychopathology in adolescent offspring: Project Ice Storm. *Psychoneuroendocrinology*, vol. 117, article 104697. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104697>

¹¹⁰ Beck, A. T. et Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, vol. 4, no 4, p. 596-619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>

¹¹¹ Everaert, J., Koster, E. H. W. et Derakshan, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Clinical Psychology Review*, vol. 32, no 5, p. 413-424. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.003>

¹¹² Bureau, J. F., Martin, J., Yurkowski, K., Schmiedel, S., Quan, J., Moss, E., Deneault, A. A. et Pallanca, D. (2016). Correlates of child-father and child-mother attachment in the preschool years. *Attachment and Human Development*, vol. 19, n° 2, p. 130-150. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1263350>

¹¹³ Cuartas. (2020). Heightened risk of child maltreatment amid the COVID-19 pandemic can exacerbate mental health problems for the next generation.

¹¹⁴ Santé mentale pour enfants Ontario. (2020).

¹¹⁵ Russell, et al. (2020).

¹¹⁶ Russell, et al. (2020).

¹¹⁷ Cuartas. (2020).

¹¹⁸ Kang, K. T. et Jain, N. (2020). Child abuse and neglect in the COVID-19 era: A primer for front-line physicians in British Columbia. *BC Medical Journal*, vol. 62, n° 7, p. 238-240. <https://bcmj.org/articles/child-abuse-and-neglect-covid-19-era-primer-front-line-physicians-british-columbia>

- ¹¹⁹ Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J. et Gross, J. J. (2019). Emotion reactivity and regulation in maltreated children: A meta-analysis. *Child Development*, vol. 90, no 5, p. 1503-1524. <https://doi.org/10.1111/cdev.13272>
- ¹²⁰ Prime, et al. (2020).
- ¹²¹ Luthar, S. S., Ebbert, A. M. et Kumar, N. L. (2020). Risk and resilience during COVID-19: A new study in the Zigler paradigm of developmental science. *Development and Psychopathology*, vol. 1-16. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001388>
- ¹²² Centre on the Developing Child. (2020). *How to help families and staff build resilience during the COVID-19 outbreak*.
- ¹²³ Russell, et al. (2020).
- ¹²⁴ Wade, M., Madigan, S., Plamondon, A., Rodrigues, M., Browne, D. et Jenkins, J. M. (2018). Cumulative psychosocial risk, parental socialization, and child cognitive functioning: A longitudinal cascade model. *Developmental Psychology*, vol. 54, no 6, p. 1038-1050. <https://doi.org/10.1037/dev0000143>
- ¹²⁵ Whaley, G. J. L., Cohen, W. L. et Cozza, S. J. (2017). Children and families responding to disaster and bereavement. Dans R. J. Ursano, C. S. Fullerton, L. Weisaeth, et B. Raphael (éds.), *Textbook of disaster psychiatry* (2e éd., p. 213-230). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316481424.015>
- ¹²⁶ Gosselin, E., Babchishin, L. et Romano, E. (2015). Family transitions and children's well-being during adolescence. *Journal of Divorce and Remarriage*, vol. 56, no 7, p. 569-589. <https://doi.org/10.1080/10502556.2015.1080094>
- ¹²⁷ Fisher, et al. (2020). *Why households with young children warrant our attention and support during (and after) the COVID-19 pandemic*.
- ¹²⁸ Findlay, L. C., Arim, R. et Kohan, D. (2020). Comprendre la santé mentale autoévaluée de la population canadienne au cours de la pandémie de COVID-19 (Catalogue n° 82-003-X). Statistique Canada. *Rapports sur la santé*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020004/article/00003-fra.htm>
- ¹²⁹ Shonkoff, J. P. (2020). *Stress, resilience, and the role of science: Responding to the coronavirus pandemic*. Centre on the Developing Child, Université Harvard. <https://developingchild.harvard.edu/stress-resilience-and-the-role-of-science-responding-to-the-coronavirus-pandemic/>
- ¹³⁰ Prime, et al. (2020).
- ¹³¹ Stark, et al. (2020).
- ¹³² Valentino-DeVries, J., Lu, D. et Dance, G. J. X. (3 avril 2020). Location data says it all: Staying at home during coronavirus is a luxury. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/03/us/coronavirus-stay-home-rich-poor.html>
- ¹³³ Statistique Canada (2020d). Labour Force Survey, août 2020.
- ¹³⁴ Statistique Canada. (2020e). *Les répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des Autochtones : mars à août 2020* (Numéro : 45-28-0001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00085-fra.htm>
- ¹³⁵ Statistique Canada. (2020f). *Répercussions économiques de la COVID-19 chez les Autochtones* (Numéro : 45-28-0001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00091-fra.htm>
- ¹³⁶ Norton, A. et Kerr, T. (2020). Applying the lessons of COVID-19 response to Canada's worsening opioid epidemic. *EClinicalMedicine, Lancet* 29, article 100633. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100633>
- ¹³⁷ Fischer, B., Pang, M. et Tyndall, M. (2018). The opioid death crisis in Canada: Crucial lessons for public health. *Lancet Public Health*, vol. 4, no 2, p. E81-E82. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30232-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30232-9)
- ¹³⁸ Norton et Kerr. (2020). Applying the lessons of COVID-19 response to Canada's worsening opioid epidemic.
- ¹³⁹ Moore, S. A., Faulkner, G., Rhodes, R. E., Brussoni, M., Chulak-Bozzer, T., Ferguson, L. J., Raktim, M., O'Reilly, N., Spence, J. C., Vanderloo, L. M. et Tremblay, M. S. A. (2020). Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: A national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 17, article 85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
- ¹⁴⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>

- ¹⁴¹ Raising Canada. (2020). *Top 10 threats to childhood in Canada*. https://static1.squarespace.com/static/5669d2da9cadb69fb2f8d32e/t/5f51503d5ceab254db134729/1599164484483/Raising+Canada+Report_Final_Sept.pdf
- ¹⁴² Grace, S. L., Tan, Y., Cribbie, R. A., Nguyen, H., Ritvo, P. et Irvine, J. (2016). The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care. *BMC Psychiatry*, vol. 16, article 47. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0759-z>
- ¹⁴³ Shonkoff, J. P. et Williams, D. V. (2020). *Thinking about racial disparities in COVID-19 impacts through a science-informed, early childhood lens*. Centre on the Developing Child, Université Harvard. <https://developingchild.harvard.edu/thinking-about-racial-disparities-in-covid-19-impacts-through-a-science-informed-early-childhood-lens/>
- ¹⁴⁴ Shonkoff, et al. (2020).
- ¹⁴⁵ Spinks, et al. (2020). Familles « en sécurité à la maison » : La pandémie de COVID-19 et la parentalité au Canada.
- ¹⁴⁶ Statistique Canada. (2020c). *Caring for their children: Impacts of COVID-19 on parents*.
- ¹⁴⁷ Gausman, et al. (2020). Sex and gender disparities in the COVID-19 pandemic.
- ¹⁴⁸ Cuartas. (2020).
- ¹⁴⁹ Gausman, et al. (2020).
- ¹⁵⁰ Ponnet, K. (2014). Financial stress, parent functioning and adolescent problem behaviour: An actor-partner interdependence approach to family stress processes in low-, middle-, and high-income families. *Journal of Youth Adolescence*, vol. 43, no 10, p. 1752-1769. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0159-y>
- ¹⁵¹ Prime, et al. (2020).
- ¹⁵² Whitley, et al. (2008).
- ¹⁵³ Whitley. (2009).
- ¹⁵⁴ Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science and Medicine*, vol. p. 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- ¹⁵⁵ Waddell, et al. (2019).
- ¹⁵⁶ Tani, M., Cheng, Z., Mendolia, S., Paloyo, A. et Savage, D. (2020). Working parents, financial insecurity, and child-care: Mental health in the time of COVID-19. *IZA Discussion Paper*, n°. 13588, p. 1-22. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09538-3>
- ¹⁵⁷ Commission de la santé mentale du Canada. (2020d). *COVID-19 et suicide : Répercussions potentielles et occasions d'influencer les tendances au Canada* [Document d'information]. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4403>.
- ¹⁵⁸ Holmes, et autres. (2020). *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science*.
- ¹⁵⁹ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2021). *Santé mentale et consommation de substances pendant la pandémie de COVID-19*.
- ¹⁶⁰ Recherche en santé mentale Canada. (2020). *Mental Health During COVID-19 Outbreak* Sondage n° 3. <https://static1.squarespace.com/static/5f31a311d93d0f2e28aaf04a/t/5fb547325fd88c0dff87360/1605715765135/MHRC+Covid+Poll+3+Presentation++Public+Release+Final.pdf>
- ¹⁶¹ Cameron, et al. (2020).
- ¹⁶² Statistique Canada. (2020g). *Demandes d'assurance-emploi reçues par province et territoire, données mensuelles désaisonnalisées* (Tableau : 14-10-0005-01). https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410000501&request_locale=fr
- ¹⁶³ Statistique Canada. (2020h). *L'insécurité alimentaire pendant la pandémie COVID-19, mai 2020* (Numéro : 45280001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/45280001202000100039>
- ¹⁶⁴ McNicoll, S. et Curtis, A. (2020). *Beyond hunger: The hidden impacts of food insecurity in Canada*. Community Food Centres Canada. https://cfccanada.ca/getmedia/57f5f963-af88-4a86-bda9-b98c21910b28/FINAL-BH-PDF-EN.aspx?_ga=2.196139236.999427921.1601463920-807604576.1601463920
- ¹⁶⁵ Russell, et al. (2020).

- ¹⁶⁶ Fisher, et al. (2020).
- ¹⁶⁷ Statistique Canada. (2020f). *Répercussions économiques de la COVID-19 chez les Autochtones*
- ¹⁶⁸ Statistique Canada. (2020i). *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2020003-fra.htm>
- ¹⁶⁹ Spinks, et al. (2020).
- ¹⁷⁰ Statistique Canada. (2020i). *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois*.
- ¹⁷¹ Spinks, et al. (2020).
- ¹⁷² Banque Royale du Canada. (2020). Pandemic threatens decades of women's labour force gains.
- ¹⁷³ Spinks, et al. (2020).
- ¹⁷⁴ Whitley, et al (2008).
- ¹⁷⁵ UNICEF Canada. (2019a). *Politiques favorables à la famille dans les pays riches : comment le Canada se compare-t-il au reste du monde?*
- ¹⁷⁶ van der Gaag, et al. (2019). State of the world's fathers: Unlocking the power of men's care.
- ¹⁷⁷ Statistique Canada (2017). *Les enfants vivant dans un ménage à faible revenu* (Numéro : 89-652-X-001). *Recensement en bref* <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016012/98-200-x2016012-fra.cfm>
- ¹⁷⁸ Scott, K. (2020a). *Tracking women's economic recovery*. Centre canadien de politiques alternatives. <https://behindthenumbers.ca/2020/07/22/tracking-womens-economic-recovery/>
- ¹⁷⁹ Scott, K. (2020a).
- ¹⁸⁰ Statistique Canada (2020d).
- ¹⁸¹ Scott, K. (2020b). *Left behind: Two decades of economic progress for single mothers at risk of being wiped out*. Centre canadien de politiques alternatives. <https://behindthenumbers.ca/2020/09/16/left-behind-two-decades-of-economic-progress-for-single-mothers-at-risk-of-being-wiped-out/>
- ¹⁸² Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018).
- ¹⁸³ Van Lancker, et al. (2013).
- ¹⁸⁴ Cuartas. (2020).
- ¹⁸⁵ Centre canadien de politiques alternatives. (4 août 2020). COVID-19 is worsening homelessness and insecure housing for women. *The Monitor*. <https://behindthenumbers.ca/2020/08/04/covid-19-is-worsening-homelessness-and-insecure-housing-for-women/>
- Association canadienne pour la santé mentale, Université de la Colombie-Britannique, Agenda Collaborative, Mental Health Foundation et Maru/Matchbox. (2020b). *Santé mentale : Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables : Vague 1*. <https://cmha.ca/fr/documents/les-consequences-de-la-covid-19-sur-les-populations-vulnerables>
- ¹⁸⁷ Amnistie internationale. (5 octobre 2020). *Affordable housing for all: Key to building a resilient post-COVID-19 world*. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/10/affordable-housing-key-to-resilience-post-covid/>
- ¹⁸⁸ Centre canadien de politiques alternatives. (4 août 2020). COVID-19 is worsening homelessness and insecure housing for women.
- ¹⁸⁹ Sharp, M. (28 avril 2020). A spike in domestic violence happening in Toronto due to COVID-19 experts say. *Canada's National Observer*. <https://www.nationalobserver.com/2020/04/28/news/spike-domestic-violence-happening-toronto-due-covid-19-experts-say>
- ¹⁹⁰ Société canadienne d'hypothèques et de logement. (21 septembre 2020). *Le Canada créera rapidement du logement abordable et aidera les sans-abris*. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/media-newsroom/news-releases/2020/canada-rapidly-create-affordable-housing-support-homeless>
- ¹⁹¹ Gouvernement du Canada. (4 avril 2020). Pandémie de COVID-19 : le gouvernement du Canada annonce un soutien aux personnes en situation d'itinérance et aux femmes qui fuient la violence fondée sur le sexe [Communiqué de presse]. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2020/04/pandemie->

de-covid-19-le-gouvernement-du-canada-annonce-un-soutien-aux-personnes-en-situation-ditinerance-et-aux-femmes-qui-fuient-la-violence-fonde.html

¹⁹² Tani, et al. (2020). Working parents, financial insecurity, and child-care: Mental health in the time of COVID-19.

¹⁹³ Statistique Canada (2020b). Utilisation des services de garde d'enfants pendant et après la pandémie de COVID-19.

¹⁹⁴ Statistique Canada (2020a).

¹⁹⁵ Brazendale, K., Beets, M. W., Weaver, R. G., Pate, R. R., Turner-McGrievy, G. M., Kaczynski, A. T., Chandler, J., Bohnert, A. et von Hippel, P. T. (2017). Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: The structured days hypothesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 14, article 100. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0555-2>

¹⁹⁶ Prime, et al. (2020).

¹⁹⁷ Recherche en santé mentale Canada. (2020). Mental Health During COVID-19 Outbreak Poll #3.

¹⁹⁸ Centres de collaboration nationale en santé publique. (2017). *Influences de l'environnement sur la promotion de la santé mentale des populations chez les enfants et les jeunes*. http://nccph.ca/images/uploads/general/03_Environnement_SanteMentale_CCNSP_2017_FR.pdf.

¹⁹⁹ Moore, et al. (2020). Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: A national survey.

²⁰⁰ Institut Vanier de la famille. (2020). *Le bien-être des familles pendant la pandémie de COVID-19 : Présentations et transcription de la conférence*. <https://vanierinstitute.ca/fr/le-bien-etre-des-familles-pendant-la-pandemie-de-covid-19-presentations-et-transcription-de-la-conference/>

²⁰¹ Lechowicz, et al. (2018). Enhancing father engagement in parenting programs: Translating research into practice recommendations.

²⁰² Statistique Canada (2020c).

²⁰³ Van der Gaag, et al. (2019).

²⁰⁴ Fisher, et al. (21 avril 2020).

²⁰⁵ Statistique Canada. (2020j). Les répercussions de la COVID-19 sur les familles et les enfants canadiens. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200709/dq200709a-fra.htm>.

²⁰⁶ Statistique Canada. (2020j). Les répercussions de la COVID-19 sur les familles et les enfants canadiens.

²⁰⁷ Farewell, C. V., Jewell, J., Walls, J. et Leiferman, J. A. (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *Journal of Primary Care and Community Health*, vol. 11, p. 1-8. <https://doi.org/10.1177/2150132720944074>

²⁰⁸ Institut National de Santé publique du Québec. (2020). *État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : Définitions, instruments de mesure ampleur et facteurs associés*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2721_isolement_social_solitude_parents_grossesse_petite_enfance.pdf

²⁰⁹ Institut Vanier de la famille. (2020). *Le bien-être des familles pendant la pandémie de COVID-19 : Présentations et transcription de la conférence*.

²¹⁰ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2019).

²¹¹ Whitley. (2009).

²¹² Brooks et autres (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence.

²¹³ Stark, et al. (2020).

²¹⁴ UNICEF. (2020). *Protecting children from violence in the time of COVID-19: Disruptions in prevention and response services*. <https://www.unicef.org/media/74146/file/Protecting-children-from-violence-in-the-time-of-covid-19.pdf>

²¹⁵ van Gelder, et al. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence.

- ²¹⁶ Prime, et al. (2020).
- ²¹⁷ Vetter, S., Rossegger, A., Rossler, W., Bisson, J. I. et Endrass, J. (2008). Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use — An internet-based survey of male and female residents of Switzerland. *BMC Public Health*, vol. 8, article 92. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-92>
- ²¹⁸ Walsh, C., MacMillan, H. L. et Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, vol. 27, n° 12, p 1409-1425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.07.002>.
- ²¹⁹ Widom, C. S. et Hiller-Sturmhofel, S. (sans date). *Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-1/52-57.htm>
- ²²⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2006) *Intimate partner violence and alcohol*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate.pdf
- ²²¹ McConnell, D., Breitzkreuz, R. et Savage, A. (2010). From financial hardship to child difficulties: Main and moderating effects of perceived social support. *Child: Care, Health and Development*, vol. 37, n° 5, p. 679-691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01185.x>
- ²²² Barnett, M. A., Scaramella, L. V., Neppl, T. K., Ontai, L. L. et Conger, R. D. (2010). Grandmother involvement as a protective factor for early childhood social adjustment. *Journal of Family Psychology*, vol. 24, n° 5, p. 635-645. <https://doi.org/10.1037/a0020829>
- ²²³ Lau, J. T. F., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E. et Wing, Y. K. (2006). Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their association with other negative impacts. *Journal of Infection*, vol. 53, p. 114-124. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2005.10.019>
- ²²⁴ Spinks, et al. (2020).
- ²²⁵ Institut National de Santé Publique du Québec. (2020). *État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : Définitions, instruments de mesure ampleur et facteurs associés*.
- ²²⁶ Offord Centre for Child Studies. (2020). *Ontario Parent Survey*.
- ²²⁷ Prime, et al. (2020).
- ²²⁸ Lebow, J. L. (2020). The challenges of COVID-19 for divorcing and post-divorce families. *Family Process*, vol. 59, no 3, p. 967-973. <https://doi.org/10.1111/famp.12574>
- ²²⁹ El-Sheikh, M., et Whitson, S. A. (2006). Longitudinal relations between marital conflict and child adjustment: Vagal regulation as a protective factor. *Journal of Family Psychology*, vol. 20, n° 1, p. 30-39. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.30>
- ²³⁰ Cameron, et al. (2020).
- ²³¹ Holt, S., Buckley, H., et Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect*, vol. 32, n° 8, p 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>.
- ²³² Statistique Canada. (2014). *Rôle parental et pension alimentaire après une séparation ou un divorce* (Revue et périodiques : 89-652-X-001). Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-652-X>
- ²³³ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2019).
- ²³⁴ Prime, et al. (2020).
- ²³⁵ Spinks, et al. (2020).
- ²³⁶ Bergstrom, M., Modin, B., Fransson, B., Rajmil, L., Berlin, M., Gustafsson P. A., et Hjern, A. (2013). Living in two homes — A Swedish national survey of wellbeing in 12 and 15 year olds with joint physical custody. *BMC Public Health*, vol. 13, article 868. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-868>
- ²³⁷ Lamb, M. E. (Ed.) (2010). *The role of the father in child development* (5e éd.). Wiley. <https://www.wiley.com/en-gr/The+Role+of+the+Father+in+Child+Development,+5th+Edition-p-9780470405499#:~:text=Michael%20Lamb%E2%80%94the%20recognized%20authority,fatherhood%20across%20cultures%2C%20classes%2C%20economic>

- ²³⁸ Turunen, J. (2017). Shared physical custody and children's experiences of stress. *Journal of Divorce and Remarriage*, vol. 58, no 5, p. 371-392. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1325648>
- ²³⁹ Warshak, R. A. (2014). Social science and parenting plans for young children: A consensus report. *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 20, n° 1, p. 46-67. <https://doi.org/10.1037/law0000005>
- ²⁴⁰ Whitley, et al (2008).
- ²⁴¹ Bala, N., Birnbaum, R., Poitras, K., Saini, M., Cyr, F., et LeClair, S. (2017). Shared parenting in Canada: Increasing use but continued controversy. *Family Court Review*, vol. 55, n° 4, p. 513-530. <https://doi.org/10.1111/fcre.12301>
- ²⁴² Statistique Canada. (2014). *Rôle parental et pension alimentaire après une séparation ou un divorce*.
- ²⁴³ Hendriks, K. (2020). How COVID-19 has impacted supervised access. *Lawyer's Daily*. <https://www.thelawyersdaily.ca/articles/23229/how-covid-19-has-impacted-supervised-access>
- ²⁴⁴ Harnois, C. (2020). *The exercise of custody and access rights in the era of COVID-19: "There will be no easy answers."* Lavery Lawyers. <https://www.lavery.ca/en/publications/our-publications/3209-the-exercise-of-shared-custody-and-access-rights-in-the-era-of-covid-19-there-will-be-no-easy-answers.html>
- ²⁴⁵ Puddister, K. et Small, T. A. (2020). Trial by Zoom? The response to COVID-19 by Canada's courts. *Canadian Journal of Political Science*, vol. 53, no 2, p. 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0008423920000505>
- ²⁴⁶ Hendriks, K. (2020). How COVID-19 has impacted supervised access.
- ²⁴⁷ Scott. (2020a).
- ²⁴⁸ Singer, J. et Brodzinsky, D. (2020). Virtual parent-child visitation in support of family reunification in the time of COVID-19. *Developmental Child Welfare*, vol. 2, no 3, p. 153-171. <https://doi.org/10.1177/2516103220960154>
- ²⁴⁹ Puddister, K. et Small, T. A. (2020). Trial by Zoom? The response to COVID-19 by Canada's courts.
- ²⁵⁰ Singer, et al. (2020). Virtual parent-child visitation in support of family reunification in the time of COVID-19.
- ²⁵¹ Commission ontarienne des droits de la personne. (sans date). *Enfances interrompues : Surreprésentation des enfants autochtones et noirs au sein du système de bien-être de l'enfance de l'Ontario*. <http://www.ohrc.on.ca/fr/enfances-interrompues>
- ²⁵² Scott. (2020a).
- ²⁵³ Puddister, et al. (2020).
- ²⁵⁴ Singer, et al. (2020).
- ²⁵⁵ Lamb, M. E. (Ed.). (2010). *The role of the father in child development* (5e éd.).
- ²⁵⁶ Russell, et al. (2020).
- ²⁵⁷ Di Lemma, L. C. G., Davies, A. R., Ford, K., Hughes, K., Homolova, L., Gray, B. et Richardson, G. (2019). *Responding to adverse childhood experiences: An evidence review of interventions to prevent and address adversity across the life course*. Public Health Wales et Université de Bangor. <https://phw.nhs.wales/news/responding-to-adverse-childhood-experiences-an-evidence-review/responding-to-adverse-childhood-experiences/>
- ²⁵⁸ Russell, et al. (2020).
- ²⁵⁹ Badovinac, S., Martin, J., Guérin-Marion, C., O'Neill, M., Riddell, R. P., Bureau, J.F. et Spiegel, R. (2018). Associations between mother-preschooler attachment and maternal depression symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, vol. 13, n° 10, article e0204374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204374>
- ²⁶⁰ Cameron, et al. (2020).
- ²⁶¹ Russell, et al. (2020).
- ²⁶² Russell, et al. (2020).
- ²⁶³ Waddell, et al. (2020).
- ²⁶⁴ Fisher, et al. (2020).
- ²⁶⁵ Statistique Canada. (2020k). Les changements survenus dans la santé et le bien-être des Canadiens ayant un problème de santé de longue durée ou une incapacité depuis le début de la pandémie de COVID-19 (Numéro 45-28-0001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00082-fra.htm>
- ²⁶⁶ Association canadienne pour la santé mentale et autres (2020b). *Santé mentale : Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables : Vague 1*.

- ²⁶⁷ Mowat, V., Barretto, J., Dunkel-Jackson, S. et Goodman, L. (2019). *Putting children and youth first: Integrating autism and mental health services in Ontario*. Services d'aide aux enfants et aux familles de Kinark. <https://www.kinark.on.ca/wp-content/uploads/AHM-2019.pdf>
- ²⁶⁸ Dove, et al. (2020).
- ²⁶⁹ Waddell, et al. (2020).
- ²⁷⁰ Dove, et al. (2020).
- ²⁷¹ Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Prevention and promotion in mental health*.
- ²⁷² Wade, M., Madigan, S., Akbari, E. et Jenkins, J. M. (2015). Cumulative biomedical risk and social cognition in the second year of life: Prediction and moderation by responsive parenting. *Frontiers in Psychology*, vol. 6, article 354, p. 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00354>.
- ²⁷³ Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., Browne, D. et Jenkins, J. M. (2015). Birth weight variability and language development: Risk, resilience, and responsive parenting. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 40, no 9, p. 869-877. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv056>
- ²⁷⁴ Wade, et al. (2018). Cumulative psychosocial risk, parental socialization, and child cognitive functioning: A longitudinal cascade model.
- ²⁷⁵ Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A. et Jenkins, J. M. (2016). Neighborhood collective efficacy moderates the association between maternal adverse childhood experiences and marital conflict. *American Journal of Community Psychology*, vol. 57, no 3-4, p. 437-447. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12053>
- ²⁷⁶ Wade, et al. (2018).
- ²⁷⁷ Cameron, et al. (2020).
- ²⁷⁸ Prime, et al. (2020).
- ²⁷⁹ Kronenberg, M. E., Hansel, T.C., Brennan, A.M., Osofsky, H.J., Osofsky, J.D. et Lawrason B. (2010). Children of Katrina: lessons learned about postdisaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, vol. 81, no 4, p. 1241-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01465.x>
- ²⁸⁰ Scott, Jones, H., Shogren, M. et Terplan, M. (23 avril 2020). *Caring for Pregnant and Parenting Women with OUD During the COVID-19 Pandemic* [Webinar]. Foundation for Opioid Response Efforts. https://forefdn.org/wp-content/uploads/2020/04/Pregnant-and-Parenting-Women-Webinar_4.23.2020_FINAL.pdf
- ²⁸¹ Wickrama, K. A. S. et Kaspar, V. (2007). Family context of mental health risk in tsunami-exposed adolescents: Findings from a pilot study in Sri Lanka. *Social Science & Medicine*, vol. 64, n° 3, p. 713-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.031>
- ²⁸² Marroquin, B., Vine, V. et Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research*, vol. 293, article 113419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- ²⁸³ McConnell, D., Breitreuz, R. et Savage, A. (2010). From financial hardship to child difficulties: Main and moderating effects of perceived social support.
- ²⁸⁴ Centre on the Developing Child. (2020).
- ²⁸⁵ Farewell, et al. (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19.
- ²⁸⁶ Moore, et al. (2020).
- ²⁸⁷ Farewell, et al. (2020).
- ²⁸⁸ Moore, et al. (2020).
- ²⁸⁹ Chiu, M., Amartey, A., Wang, X., Kurdyak, P. (2018). Ethnic differences in mental health status and service utilization: A population-based study in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 63(7), p. 481-91. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>
- ²⁹⁰ Grace, et al. (2016). The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care.
- ²⁹¹ Whitley, et al. (2008).
- ²⁹² Statistique Canada. (2020a).

- ²⁹³ Bhui, K., King, M., Dein, S. et O'Connor, W. (2008). Ethnicity and religious coping with mental distress. *Journal of Mental Health*, vol. 17, no 2, p. 141-151. <https://doi.org/10.1080/09638230701498408>
- ²⁹⁴ Fleming, J. et Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to Aboriginal research. *Pimatisiwan, A Journal of Indigenous Wellbeing*, vol. 6, no 2. p. 1-18. <http://www.pimatisiwin.com/uploads/834803515.pdf>
- ²⁹⁵ Ho, R. T. H., Lo, P. H. Y., Wong, P. H., Chan, C. L. W., Leung, P. P. Y. et Chen, E. Y. H. (2016). Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental health professionals: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, vol. 6, no 86. p. 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0796-7>
- ²⁹⁶ Koenig, H. G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, vol. 59, n° 5, p. 2205-2214. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>.
- ²⁹⁷ Roberto, A., Sellon, A., Cherry, S. T., Hunter-Jones, J. et Winslow, H. (2020). Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-method approach investigating the impact on women. *Health Care for Women International*, vol. 41, n° 11, p. 1313-34. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1832097>
- ²⁹⁸ Whitley, et al. (2008).
- ²⁹⁹ Hazlett-Stevens, H., Singer, J. et Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: A qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*, vol. 42, n° 4, p. 347-58. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1518282>.
- ³⁰⁰ Padya, S. P. (2019). Meditation program mitigates loneliness and promotes wellbeing, life satisfaction and contentment among retired older adults: A two-year follow-up study in four South Asian cities. *Aging & Mental Health*, vol. 25, no 2, p. 286-98. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1691143>
- ³⁰¹ Smolak, A., Gearing, R. E., Alonzo, D., Baldwin, S., Harmon, S. et McHugh, K. (2013). Social support and religion: Mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, vol. 49, no 4, p. 444-50. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9536-8>
- ³⁰² Jones, S., Sutton, K. et Isaacs, A. (2018). Concepts, practices, and advantages of spirituality among people with a chronic mental illness in Melbourne. *Journal of Religion and Health*. vol. 58, no 1, p. 343-55. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0673-4>
- ³⁰³ Koenig, H. G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic.
- ³⁰⁴ Fallot, R. D. (2007). Spirituality and religion in recovery: Some current issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 30, n° 4, p. 261-70. <https://doi.org/10.2975/30.4.2007.261.270>
- ³⁰⁵ Junior, J. G., de Sales, J. P., Moreira, M. M., Tavares de Lima, C. K. et Neto, M. L. R. (2020). Spiritual beliefs, mental health and the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak: What does literature have to tell us? *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570439>
- ³⁰⁶ Whitley, et al. (2008).
- ³⁰⁷ Junior, et al. (2020). Spiritual beliefs, mental health and the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak: What does literature have to tell us?
- ³⁰⁸ Prime, et al. (2020).
- ³⁰⁹ Vigo, D., Patten, S., Pajer, K., Krausz, M., Taylor, S., Rush, B., Raviola, G., Saxena, S., Thornicroft, G. et Yatham, L. N. (2020). Mental health of communities during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 65, no 10, p. 681-87. <https://doi.org/10.1177/0706743720926676>
- ³¹⁰ Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V. et Wasserman, D. (2014). Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, vol. 26, no 4, p. 467-75. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>
- ³¹¹ Morgan, A. J., Ross, A., Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, vol. 13, n° 5, article e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- ³¹² Commission de la santé mentale du Canada. (20 avril 2020). *La Commission de la santé mentale du Canada lance une formation virtuelle en réponse aux crises à l'intention des travailleurs essentiels durant la COVID-19.*

- [Communiqué de presse]. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/news-article/13950/la-commission-de-la-sante-mentale-du-canada-lance-une-formation-virtuelle-en>
- ³¹³ Mental Health America. (2020). Peer, friend, and self support in the COVID-19 crisis: How to provide support for ourselves and others through times of fear and isolation. https://mhanational.org/sites/default/files/PeerFriendSelfSupport_March2020.pdf
- ³¹⁴ Niela-Vilen, H., Axelin, A., Salanterä, S. et Melender, H. L. (2014). Internet-based peer support for parents: A systematic integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51, n° 11, p. 1524-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.009>
- ³¹⁵ Huang, R., Yan, C., Tian, Y., Lei, B., Yang, D., Liu, D. et Lei, J. (2020). Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, vol. 276, p. 788-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.048>
- ³¹⁶ Hart, B. et Risley, T. R. (2003). The early catastrophe: The 30 million word gap by age 3. *American Educator*, vol. 27, n° 1, p. 4-9. https://www.aft.org/ae/spring2003/hart_risley
- ³¹⁷ Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Montgomery, J. K., et Greenwood, C. R., Oller, D. K., Hansen, J. H. L. et Paul, T. D. (2017). Mapping the early language environment using all-day recordings and automated analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 26, no 2, p. 248-65. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-15-0169
- ³¹⁸ Stanford, J. (2020). A national child-care plan would accelerate post-COVID recovery.
- ³¹⁹ Gouvernement du Canada. (24 juillet 2020). *Le gouvernement du Canada finance les services de garde pour aider les travailleurs qui retournent au travail*. [Communiqué de presse]. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2020/07/le-gouvernement-du-canada-finance-les-services-de-garde-pour-aider-les-travailleurs-qui-retournent-au-travail0.html>
- ³²⁰ Stanford, J. (2020).
- ³²¹ Dove, et al. (2020).
- ³²² Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018).
- ³²³ Whitley, et al. (2008).
- ³²⁴ Whitley. (2009).
- ³²⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies. (1990). *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- ³²⁶ World Association for Infant Mental Health. (2016). *Énoncé de position sur les droits du nourrisson de la World Association for Infant Mental Health's*. http://www.asmi.es/arc/doc/PositionPaperRightsInfants_%20May_13_2016_1-2_Perspectives_IMH_corr.pdf
- ³²⁷ Nations Unies. (2018). *The 17 goals*. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, développement durable. <https://sdgs.un.org/goals>
- ³²⁸ UNICEF Canada. (2019b). *ÉTAT DE LA SITUATION : L'INDICE CANADIEN DU BIEN-ÊTRE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES*. <https://oneyouth.unicef.ca/en/child-and-youth-well-being-index>
- ³²⁹ Akbari et McCuaig. (2017).
- ³³⁰ Chanchlani, N., Buchanan, F. et Gill, P. J. (2020). Addressing the indirect effects of COVID-19 on the health of children and young people. *CMAJ*, vol. 192, n° 32, p. E921-E927. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201008>
- ³³¹ Stanford. (2020).
- ³³² Flanagan, R. (3 septembre 2020). *Was your CERB payment delayed this week? This may be why*. CTV News. <https://www.iheartradio.ca/92-3-the-dock/news-trending/was-your-cerb-payment-delayed-this-week-this-may-be-why-1.13387463>
- ³³³ Gouvernement du Manitoba. (2020). *Allocations prénatales du Manitoba*. Enfants en santé Manitoba. <https://www.gov.mb.ca/healthychild/healthybaby/mpb.fr.html>
- ³³⁴ Van der Gaag, et al. (2019).
- ³³⁵ Tani, et al. (2020).

- ³³⁶ Rodrigues, R., Simmons, C., Schmidt, A. E. et Steiber, N. (2021). Care in times of COVID-19: The impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. *European Journal of Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00611-z>
- ³³⁷ Geiger, A. W., Livingston, G. et Bialik, K. (2019). *6 Facts about U.S. moms*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/05/08/facts-about-u-s-mothers/>
- ³³⁸ Van der Gaag, et al. (2019).
- ³³⁹ Statistique Canada. (7 juillet 2021). Étude : Histoire de famille : congés parentaux au Canada. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210210/dq210210a-fra.htm>
- ³⁴⁰ Statistique Canada. (7 juillet 2021). Étude : Histoire de famille : congés parentaux au Canada.
- ³⁴¹ UNICEF Canada. (2019a).
- ³⁴² Van der Gaag, et al. (2019).
- ³⁴³ Lechowicz, et al. (2018).
- ³⁴⁴ Van der Gaag, et al. (2019).
- ³⁴⁵ UNICEF Canada. (2019a).
- ³⁴⁶ UNICEF Canada. (2020). *Worlds apart: Canadian companion to UNICEF Report Card 16*. https://www.unicef.ca/sites/default/files/2020-09/UNICEF%20RC16%20Canadian%20Companion%20EN_Web.pdf
- ³⁴⁷ Centre of Perinatal Excellence. (2017). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf
- ³⁴⁸ Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L. et Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, vol. 147, no 4, p. 612-618. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1779>
- ³⁴⁹ Stadlander, L. (2015). Paternal postpartum depression. *International Journal of Childbirth Education*, vol. 30, no 2, p. 11-13. https://www.researchgate.net/publication/275950095_Paternal_Postpartum_Depression
- ³⁵⁰ Alink, L., Cyr, C. et Madigan, S. (2019). The effect of maltreatment experiences on maltreating and dysfunctional parenting: A search for mechanisms. *Development and Psychopathology*, vol. 31, no 1, p. 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001517>
- ³⁵¹ Cameron, et al. (2020).
- ³⁵² Lechowicz, et al. (2018).
- ³⁵³ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2019).
- ³⁵⁴ Commission de la santé mentale du Canada. (2020c). *Santé mentale à la petite enfance : « Ce que nous avons entendu. »*
- ³⁵⁵ Smith, T. K., Duggan, A., Bair-Merritt, M. H. et Cox, G. (2012). Systematic review of fathers' involvement in programs for the primary prevention of child maltreatment. *Child Abuse Review*, vol. 21, no 4, p. 237-254. <https://doi.org/10.1002/car.2195>
- ³⁵⁶ Van der Gaag, et al. (2019).
- ³⁵⁷ Cichocki, E. (2019). Equality in parental leave benefits for adoptive parents. *Impact Ethics, & Canadian Bioethics, Law and Policy, Social Justice*. <https://impactethics.ca/2019/06/10/equality-in-parental-leave-benefits-for-adoptive-parents/>
- ³⁵⁸ Miller, J. J., Cooley, M. E. et Mihalec-Adkins, B. P. (2020). Examining the impact of COVID-19 on parental stress: A study of foster parents. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00725-w>
- ³⁵⁹ Cichocki, E. (2019). Equality in parental leave benefits for adoptive parents.
- ³⁶⁰ Golberstein, et al. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents.
- ³⁶¹ Hynan, M. T. (2020). Covid-19 and the need for perinatal mental health professionals: Now more than ever before. *Journal of Perinatology*, vol. 40, p. 985-986. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0696-z>
- ³⁶² Scott, et al. (23 avril 2020). *Caring for pregnant and parenting women with OUD during the COVID-19 pandemic* [Webinaire].
- ³⁶³ Cameron, et al. (2020).
- ³⁶⁴ Commission de la santé mentale du Canada. (2020a).

- ³⁶⁵ Scott, et al. (23 avril 2020).
- ³⁶⁶ King, et al. (2012).
- ³⁶⁷ Cameron, et al. (2020).
- ³⁶⁸ Cameron, et al. (2020).
- ³⁶⁹ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2019).
- ³⁷⁰ Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Findings from a national scan of services and supports for 0-6 population and their caregivers* (infographie en préparation).
- ³⁷¹ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2021). *Time for action: Why Canada needs a national perinatal mental health strategy now more than ever*.
- ³⁷² Mahoney, A. D., White, R. D., Velasquez, A., Barrett, T. S., Clark, R. H. et Ahmad, K. A. (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *Journal of Perinatology*, vol. 40, p. 36-46. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0753-7>
- ³⁷³ Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E. et Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta obstetrica et gynaecologica Scandinavica*, vol. 99, n° 7, p. 817-818. <https://doi.org/10.1111/aogs.13894>
- ³⁷⁴ Li, Y., Zhao, R., Zheng, S., Chen, X., Wang, J., Sheng, X., Zhou, J., Cai, H., Fang, Q., Yu, F., Fan, J., Xu, K., Chen, Y. et Sheng, J. (2020). Lack of vertical transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. *Emergency Infectious Diseases*, vol. 26, no 6, p. 135-136. <https://doi.org/10.3201/eid2606.200287>
- ³⁷⁵ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2021).
- ³⁷⁶ American Society of Addiction Medicine. (2020). *Caring for patients during the COVID-19 pandemic: Treating pregnant people with opioid use disorder*. ASAM COVID-19 Task Force Recommendations. https://www.asam.org/docs/default-source/covid-19/4-tf_treating-pregnant-people-with-opioid-use-disorder_final.pdf?sfvrsn=4dba58c2_2
- ³⁷⁷ Cameron, et al. (2020).
- ³⁷⁸ Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshaw, M., Tomfohr-Madsen, L. et Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, vol. 277, p. 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>.
- ³⁷⁹ Tani, et al. (2020).
- ³⁸⁰ Statistique Canada. (24 juin 2019). Santé mentale maternelle au Canada, 2018-2019. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190624/dq190624b-fra.htm>.
- ³⁸¹ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2021).
- ³⁸² Cameron, et al. (2020).
- ³⁸³ Thapa, et al. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic.
- ³⁸⁴ Tomasi, P. (2020). *COVID-19: These moms say they aren't being screened for perinatal mental illness in Saskatchewan*. Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. <https://cpmhc.ca/2020/04/28/covid-19-these-moms-say-they-arent-being-screened-for-perinatal-mental-illness-in-saskatchewan/>
- ³⁸⁵ American Society of Addiction Medicine. (2020). *Caring for patients during the COVID-19 pandemic: Treating pregnant people with opioid use disorder*.
- ³⁸⁶ Scott, et al. (23 avril 2020).
- ³⁸⁷ Scott, et al. (23 avril 2020).
- ³⁸⁸ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2020). *CPMHC national committee member presents to Canadian parliamentary health research caucus*. <https://cpmhc.ca/2020/11/19/cpmhc-national-committee-member-presents-to-canadian-parliamentary-health-research-caucus/>
- ³⁸⁹ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2021).
- ³⁹⁰ Hofmann, S. G. et Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, n° 4, p. 621-632. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>

- ³⁹¹ Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M. et Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 24, no 4, p. 405-415. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.08.002>
- ³⁹² Binion, G. et Zalewski, M. (2018). Maternal emotion dysregulation and the functional organization of preschoolers' emotional expressions and regulatory behaviors. *Emotion*, vol. 18, n° 3, p. 386-399. <https://doi.org/10.1037/emo0000319>
- ³⁹³ Shonkoff, J. P. et Fisher, P. A. (2013). Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Development and Psychopathology*, vol. 25, no 4, pt. 2, p. 1635-1653. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000813>
- ³⁹⁴ Patel, M. N., Bhaju, J., Thompson, M. P. et Kaslow, N. J. (2012). Life stress as mediator of the childhood maltreatment-intimate partner violence link in low-income, African American women. *Journal of Family Violence*, vol. 27, no 1, p. 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9398-9>
- ³⁹⁵ Cameron et al. (2020).
- ³⁹⁶ Scott, K. (2020b). Left behind: Two decades of economic progress for single mothers at risk of being wiped out.
- ³⁹⁷ Tarasoff, L. A., Milligan, K., Le, T. L., Usher, A. M. et Urbanoski, K. (2018). Integrated treatment programs for pregnant and parenting women with problematic substance use: Service descriptions and client perceptions of care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 90, p. 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.008>
- ³⁹⁸ Sved Williams, A. E. (2017). Perinatal and infant mental health in Australia: Moving forward towards REAL prevention and early intervention — Can we do it? *Australasian Psychiatry*, vol. 25, no 3, p. 274-276. <https://doi.org/10.1177/1039856217700761>
- ³⁹⁹ Jack, S. M., Catherine, N., Gonzalez, A., Macmillan, H. L., Sheehan, D. et Waddell, D. (2015). Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse-Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 35, numéros 8-9, p. 151-159. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-35-no-8-9-2015/adaptation-mise-epreuve-evaluation-interventions-complexes-sante-publique-lecons-tirees-nurse-family-partnership-secteur-sante-publique-canada.html>
- ⁴⁰⁰ Gouvernement du Manitoba. (2020). *Allocations prénatales du Manitoba*.
- ⁴⁰¹ Figueroa, J. F., Frakt, A. B. et Jha, A. K. (2020). Addressing social determinants of health: Time for a polysocial risk score. *JAMA*, vol. 323, no 16, p. 1553-1554. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2436>
- ⁴⁰² Stark, et al. (2020).
- ⁴⁰³ Cuartas. (2020).
- ⁴⁰⁴ Prime, et al. (2020).
- ⁴⁰⁵ Kang, et al. (2020). Child abuse and neglect in the COVID-19 era: A primer for front-line physicians in British Columbia.
- ⁴⁰⁶ Bogels, S. M. et Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, vol. 26, no 7, p. 834-856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- ⁴⁰⁷ Saltzman, W. R., Pynoos, R. S., Lester, P., Layne, C. M. et Beardslee, W. R. (2013). Enhancing family resilience through family narrative co-construction. *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 16, n° 3, p. 294-310. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0142-2>
- ⁴⁰⁸ Ali, M. M., West, K., Teich, J. L., Lynch, S., Mutter, R. et Dubenitz, J. (2019). Utilization of mental health services in educational setting by adolescents in the United States. *Journal of School Health*, vol. 89, no 5, p. 393-401. <https://doi.org/10.1111/josh.12753>
- ⁴⁰⁹ Foy, J. M., Green, C. M. et Earls, M. F. (2019). Mental health competencies for pediatric practice. *Pediatrics*, vol. 144, n° 5, article 20192757. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2757>.
- ⁴¹⁰ Stark, et al. (2020).
- ⁴¹¹ Scott. (2020b).
- ⁴¹² Vigo, et al. (2020). Mental health of communities during the COVID-19 pandemic.

- ⁴¹³ Collectif canadien pour la santé mentale périnatale. (2021).
- ⁴¹⁴ Akbari et McCuaig. (2017).
- ⁴¹⁵ Commission de la santé mentale du Canada. (2020c).
- ⁴¹⁶ Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *Mesurer les progrès : Ressources pour créer un cadre de mesure du rendement sur la santé mentale et les dépendances au Canada.*
<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4117>.
- ⁴¹⁷ Prime, et al. (2020).
- ⁴¹⁸ Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Findings from a national scan of services and supports for 0-6 population and their caregivers* (infographie en préparation).
- ⁴¹⁹ Haut-Commissariat des Nations Unies. (1990). *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.*
- ⁴²⁰ World Association for Infant Mental Health. (2016). *Énoncé de position sur les droits du nourrisson de la World Association for Infant Mental Health's.*
- ⁴²¹ Vigo, et al. (2020).
- ⁴²² Mustard, F. et McCain, M. (1999). *Early years study: Final report. Reversing the real brain drain.*
<https://earlyyearsstudy.ca/early-years-study-1/>
- ⁴²³ Heckman, J. J. (2008). *Return on investment: Cost vs. benefits.*
https://childandfamilypolicy.duke.edu/pdfs/10yranniversary_Heckmanhandout.pdf
- ⁴²⁴ Hertzman, C. (2010). Cadre pour les déterminants sociaux du développement des jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.* <https://www.enfant-encyclopedie.com/importance-du-developpement-des-jeunes-enfants/selon-experts/cadre-pour-les-determinants-sociaux-du>

Annexe A

Stratégie de recherche

Termes de recherche	Bases de données
<ul style="list-style-type: none">• Petite enfance OU santé mentale de la petite enfance OU nourrisson ET santé mentale ET COVID-19• Petite enfance OU santé mentale de la petite enfance OU nourrisson ET santé mentale ET COVID-19 ET politiques	Google Search, Google Scholar
* La recherche a également été tirée d'engagements et de projets antérieurs de la CSMC sur la santé mentale des nourrissons et de la petite enfance.	

Annexe B

Secteurs d'investissements stratégiques, stratifiés selon le type de stress parental et les populations prioritaires

Type de stress familial	Populations prioritaires	Réponses fondées sur des données probantes
Général — les expériences négatives de l'enfance	<ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs politiques • Les parents • Les voisins 	<ul style="list-style-type: none"> • Le savoir des parents sur les expériences négatives vécues durant l'enfance, échanges service-retour (cercle de sécurité, <i>Brain Builders Lab</i>, etc.)
Le stress financier	<ul style="list-style-type: none"> • Les mères • Les parents célibataires • Les ménages à faible revenu • Les collectivités des PNIM 	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestations de CPU • Le revenu de base universel • Les initiatives de sécurité alimentaire • Le logement abordable
La perte de soutien social/conflit conjugal	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents célibataires 	<ul style="list-style-type: none"> • Premiers soins en santé mentale • Interventions de soutien par les pairs • Parentalité égale/partagée • Logement abordable
Les problèmes liés au stress parental	<ul style="list-style-type: none"> • Les mères • Les parents célibataires • Les parents de jeunes enfants • Les parents d'enfants ayant des besoins de développement • Les ménages à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien de l'accès à l'éducation préscolaire, aux garderies et à l'éducation • Politiques sur les congés parentaux payés, y compris l'amélioration des congés de paternité payés; la compensation supplémentaire des rôles de soignants non rémunérés ou sous-payés – c.-à-d. pour les mères, les mères célibataires, le personnel de l'EPE • Encourager davantage le père à endosser des rôles non rémunérés d'éducation des enfants, y compris se pencher sur la stigmatisation entourant le rôle du père comme parent, l'absence de programmes parentaux qui incluent le père,

		<p>et la prévalence des programmes parentaux qui fonctionnent à partir d'un modèle de « père déficitaire »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestations de CPU • Le revenu de base universel
La maladie mentale et les dépendances chez les parents	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents ayant des antécédents préexistants • Les femmes enceintes et mères d'enfants • Les pères nouveaux et futurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Premiers soins en santé mentale • Interventions de soutien par les pairs • Thérapie cognitivo-comportementale • Thérapie fondée sur les systèmes familiaux • Soutien en santé périnatale et en santé mentale offert parallèlement à la formation sur les compétences parentales • Services de réduction des méfaits et de consommation de substances et accès continu aux médicaments (p. ex., buprénorphine, méthadone)
L'humeur de l'enfant, les problèmes de comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants ayant des besoins de développement • Les enfants de ménage à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatives d'apprentissage précoce fondées sur des données probantes • Intégration accrue des fournisseurs de services pour le développement et la santé mentale des enfants • Accès au jeu extérieur, tout en respectant les mesures de distanciation physique • Accès à des amis, à de la famille qui respectent les mesures de distanciation physique • Initiatives de sécurité alimentaire • Logement abordable • Parentalité égale/partagée • Formation sur les compétences de l'effectif axée sur les traumatismes chez les nourrissons et les jeunes enfants



Mental Health Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [y/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [i@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in /Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)