

AU-DELÀ DES PIERRES D'ASSISE : INVESTIR DANS LA SANTÉ MENTALE PRÉSENTE ET FUTURE DES ENFANTS ONTARIENS DE TROIS À SIX ANS

**Une communication de politique développée par le
Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des
enfants et des adolescents**

**Principaux chercheurs de l'équipe de rédaction :
Chaya Kulkarni, Nisreen Khambati, Purnima Sundar, Laura Kelly,
Nicole Summers et Kathy Short**



**Centre d'excellence de l'Ontario
en santé mentale des
enfants et des adolescents**

Table des matières

Remerciements	1	Réactions actuelles aux comportements de défiance dans les milieux d'apprentissage, de garde et d'enseignement	20
Équipe de rédaction du document de politique	1	Soutenir un développement socioaffectif positif dès le début	21
Comité consultatif	1	Promotion et prévention de la santé mentale	23
Sommaire exécutif	3	Reconnaissance et évaluation précoces	24
Pourquoi la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants est-elle importante?	7	Programmes d'intervention précoce visant à favoriser un développement socioaffectif optimal	25
Objectif et portée	8	Améliorer les connaissances et les compétences	25
Auditoire cible	8	Apprentissage socioaffectif et promotion de la santé mentale	26
Questions d'orientation	8	Favoriser des relations de qualité	27
Approche et méthodes.	9	Recommandations	29
Approche d'équipe	9	Limites de ce travail	33
Méthodes	9	Conclusion.	34
Santé mentale durant la petite enfance et développement optimal	10	Glossaire.	34
Environnement préconceptionnel	10	Références	37
Environnement prénatal	10	Annexe A : Méthodologie pour la revue de la littérature	50
Naissance à un an : attachement	10	Annexe B : Outils de sondage	51
Un à trois ans : autonomie et conscience de soi	11	Annexe C : Guides d'entrevue	62
Trois à quatre ans : compétence émotionnelle	11		
Quatre à six ans : maîtrise de soi et émergence d'une conscience	11		
Principales influences sur le développement socioaffectif et la santé mentale de la petite enfance	12		
Facteurs de risque et de protection	12		
Facteurs propres à l'enfant	12		
Facteurs relatifs aux parents/ personnes responsables	13		
Facteurs relationnels	13		
Déterminants sociaux de la santé	13		
Développement et comportement socioaffectifs	16		
Développement socioaffectif des enfants de trois à six ans en milieux de garde et scolaires	17		
Développement socioaffectif, préparation à l'école et résultats scolaires	18		
Influences structurelles sur le développement socioaffectif	19		

Remerciements

Équipe de rédaction du document de politique

Ce document a été élaboré en collaboration par des représentants des organismes suivants :

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents	Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents stimule la prestation de services en santé mentale de qualité aux enfants et aux adolescents en mobilisant les connaissances et en plaçant haut la barre de l'excellence, tout en collaborant avec d'autres experts et organismes dans une optique d'amélioration de la qualité. Nous favorisons la planification et la prestation de services éclairés par des données probantes et soutenons la recherche pratique pour combler les lacunes dans les connaissances lorsqu'elles font obstacle aux services efficaces et accessibles.
Infant Mental Health Promotion	L'organisme Infant Mental Health Promotion œuvre à l'échelle nationale et est dirigé par des professionnels d'organismes au service des nourrissons, des jeunes enfants et de leur famille. Il vise à améliorer les résultats toute la vie durant en traduisant et en faisant la promotion de la science de la pratique précoce de la santé mentale auprès des femmes enceintes, des nourrissons et des jeunes enfants.
Santé mentale en milieu scolaire Ontario	Santé mentale en milieu scolaire Ontario (anciennement Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles) est une équipe de soutien à la mise en œuvre travaillant aux côtés du ministère de l'Éducation pour aider les 72 conseils scolaires des districts de l'Ontario à promouvoir la santé mentale et le bien-être des élèves. Cette équipe est appuyée par les investissements du gouvernement de l'Ontario dans la création d'un système ontarien global de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Elle assure le leadership et l'encadrement de la mise en œuvre et des ressources en plus d'être responsable d'un réseau d'apprentissage provincial sur les pratiques efficaces en matière de santé mentale en milieu scolaire. En plus d'aider à la sélection et à la mise en œuvre de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale fondés sur des données probantes et à leur saine mise en œuvre, Santé mentale en milieu scolaire Ontario apporte son soutien au renforcement des capacités des éducateurs, à la mise en place de conditions organisationnelles, au leadership des élèves et à la différenciation pour des populations spécifiques (y compris la santé mentale durant la petite enfance).



Comité consultatif

Les auteures souhaitent remercier les membres du comité consultatif pour leurs conseils et leurs commentaires tout au long de l'élaboration de ce document de politique. Nous aimerions également remercier Karen Petursson, Laura Banfield et Karine Collette pour leur importante contribution à ce travail.

Cynthia Abel	Ordre des éducatrices et des éducateurs de la petite enfance (OEPE)
Virginia Allan	St. Clair Child & Youth Services
Joan Arruda	Family Day Care
Cathy Breton	Société d'aide à l'enfance de Toronto
Sarah Cannon	Parents for Children's Mental Health (PCMH)
Sibel Cicek	Santé mentale pour enfants Ontario
Brenda Clarke	Services aux familles d'Algoma
D^{re} Jean Clinton	Université McMaster, département de psychiatrie et de neurosciences comportementales
D^{re} Malini Dave	Centre de santé communautaire Black Creek
Fionnuala Donaghy	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) - Unité des programmes de santé mentale
Phyllis Hesion-White	La Fédération des enseignantes et des enseignants de l'élémentaire de l'Ontario (FEEO)
Michael Hone	Crossroads Children's Centre (CCC)
D^{re} Magdalena Janus	Université McMaster, département de psychiatrie et de neurosciences comportementales
Margaret Leslie	Mothercraft
Lisa Lumley	Ministère de l'Éducation - Éducation de l'enfance en difficulté et de la réussite pour tous
D^{re} Katherine Matheson	Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO)
Lucia Pinteá	Ministère de l'Éducation
Denise Plante-Dupuis	Conseil scolaire du district du Nord-Est de l'Ontario
D^{re} Sharon Pyke	Greater Essex County District School Board
Anne Ricci	Conseil scolaire du district de Toronto
Cindy Simpson	Centre Youville Centre Ottawa-Carleton Inc.
Rachel Skinner	Aisling Discoveries Child & Family Centre
D^{re} Janice Tomlinson	Santé mentale en milieu scolaire Ontario

Citation suggérée : 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. Ottawa (Ontario) : Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents

Sommaire exécutif

Les chercheurs, les experts et les fournisseurs de services directs s'accordent pour dire que promouvoir la santé mentale tout au long de la vie et agir tôt pour prévenir les maladies mentales conduisent à une société et à une économie plus fortes (Conference Board of Canada, 2017; Heckman, 2011; Reynolds, Temple, White, Ou et Robertson, 2011). En outre, il a été démontré que l'incapacité à maîtriser les émotions — habileté qui fait partie d'un développement socioaffectif sain au cours des premières années d'une vie — peut être un facteur prédictif d'un faible niveau d'éducation, d'une stabilité financière réduite et d'une santé compromise à l'âge adulte (Moffitt et coll. 2011).

Dans ce document de politique, nous concentrerons notre attention sur la santé mentale et le développement socioaffectif des enfants âgés de trois à six ans. Au moment d'entrer dans des services structurés d'apprentissage ou de garde ou à la maternelle, les enfants élargissent leurs réseaux relationnels, leurs expériences et leurs environnements. Bien que la plupart des enfants atteignent leurs jalons de développement social et affectif comme prévu, ceux qui ont de la difficulté à les atteindre ne reçoivent pas toujours le type de soutien dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. Reconnaître les signes de retard de développement chez les jeunes enfants peut être difficile pour les familles et les fournisseurs de soins et, sans une piste de solution possible, ces problèmes peuvent rester non résolus et devenir plus complexes au fil du temps. Des données récentes colligées en Ontario suggèrent par ailleurs qu'au cours des dernières années, il y a eu hausse du nombre d'enfants qui éprouvent une vulnérabilité socioaffective lors de leur entrée à la maternelle (Early Development Instrument, 2016a). Puisque les expériences vécues au début de la vie influencent les résultats ultérieurs, nous devons travailler collectivement pour veiller à ce que tous les enfants de l'Ontario aient accès à des relations, des environnements et des expériences dans lesquels ils se sentent soutenus et en sécurité afin d'optimiser leur santé future et des résultats optimaux pour la société.

Pour mieux comprendre le problème, nous avons entrepris des consultations ciblées auprès d'un large éventail d'intervenants clés (représentants de la recherche de plusieurs ministères provinciaux, parents/personnes responsables, professionnels issus des milieux de l'enseignement, de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants et fournisseurs de soins de santé et de

services paramédicaux). Nous avons également examiné les données probantes actuelles relatives à ce sujet et analysé les programmes qui peuvent soutenir un développement socioaffectif sain des enfants âgés de trois à six ans. Nous avons ensuite utilisé cette information pour élaborer huit recommandations spécifiques afin de guider une réponse collective intersectorielle pour satisfaire les besoins socioaffectifs des enfants de trois à six ans. Une fois le document et les recommandations rédigés, nous avons consulté notre comité consultatif, divers intervenants et des tables communautaires pour les affiner davantage. Pour faire progresser ces recommandations, il est essentiel que nous comprenions et tenions compte de la diversité des collectivités ontariennes et que nous nous assurions que nos réponses sont adaptées au contexte, à la culture et à la langue. Grâce à cette approche intégrée, nous pouvons, ensemble, promouvoir la santé mentale tout au long de la vie, et ce, dès les premières années de vie des Ontariens.

RECOMMANDATION 1 : CRÉER UN CADRE COMMUN DE POLITIQUES ET DE PRATIQUES POUR LA PROVINCE AFIN D'HARMONISER LES EFFORTS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS.

Étant donné que les allocations de fonds sont essentielles à l'orientation des décisions relatives à la prestation des services et à l'affectation des ressources nécessaires à la coordination, nous avons besoin d'une vision commune en matière d'éducation, de santé, de développement et de services communautaires et sociaux entre les ministères et les différents paliers de gouvernement. La participation des secteurs des soins aux adultes (tels que la santé mentale et la toxicomanie, les services d'établissement, etc.) est également nécessaire pour aider les parents/personnes responsables, à la fois individuellement et dans le cadre de l'écosystème familial, afin de favoriser une santé et un bien-être efficaces et durables. Une approche pangouvernementale (qui inclut un point de mire sur une vision autochtone du monde) est essentielle pour assurer la mise en place d'un cadre commun de politiques et de pratiques qui appuie les décisions de financement et la répartition des ressources de façon : 1) à être alignées sur les besoins des jeunes enfants et de leur famille; et 2) à représenter la diversité culturelle et linguistique de la province.

RECOMMANDATION 2 : VEILLER À FOURNIR DES OCCASIONS DE FORMATION PRÉALABLE AINSI QUE DE FORMATION CONTINUE DE QUALITÉ PORTANT SUR LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT SOCIOAFFECTIF DES ENFANTS DE TROIS À SIX ANS, À L'INTENTION DES FOURNISSEURS DE SERVICES D'APPRENTISSAGE ET DE GARDE DES JEUNES ENFANTS, DES ENSEIGNANTS, DES FOURNISSEURS DE SOINS PRIMAIRES, DES INFIRMIERS EN SANTÉ PUBLIQUE, ETC. LE CONTENU DE LA FORMATION DOIT ÊTRE FONDÉ SUR LES PLUS RÉCENTES DONNÉES RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT SOCIOAFFECTIF ET À LA SANTÉ MENTALE DURANT LA PETITE ENFANCE ET METTRE L'ACCENT SUR UNE PRATIQUE AXÉE SUR LES RELATIONS.

Bien que ce document constitue un point de départ, il n'existe actuellement aucune compréhension cohérente et exhaustive de la santé mentale des jeunes enfants et des principaux jalons du développement socioaffectif dans les différentes disciplines qui travaillent régulièrement auprès des jeunes enfants et leurs parents/personnes responsables. Sans une compréhension commune du continuum du développement, les fournisseurs ont du mal à savoir quand se préoccuper d'un comportement et quelle méthode adopter pour réagir du point de vue culturel et linguistique. Par conséquent, des leaders possédant une expertise dans le domaine doivent élaborer un corpus commun de connaissances afin de guider les soutiens que nous fournissons à nos plus jeunes Ontariens. Ce corpus de connaissances doit reposer sur les plus récentes données probantes concernant le développement socioaffectif et la santé mentale durant la petite enfance, et faire l'objet d'une promotion (sans frais) auprès des fournisseurs de services dans tous les secteurs touchés (y compris, mais sans s'y limiter, les fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, les enseignants, les infirmiers en santé publique, les fournisseurs de services de santé mentale et les professionnels paramédicaux). Ces connaissances doivent être appropriées du point de vue culturel et linguistique, éclairer à la fois la formation préalable et les possibilités de perfectionnement professionnel continu et être adaptées aux besoins en matière de connaissances de ceux qui assument des rôles professionnels particuliers, à la fois en termes de contenu et de profondeur.

RECOMMANDATION 3 : ÉLABORER ET PROMOUVOIR DES RESSOURCES ET DES DOCUMENTS DIDACTIQUES POUR AIDER LES PARENTS À COMPRENDRE ET À OPTIMISER LE DÉVELOPPEMENT SOCIOAFFECTIF DES ENFANTS DE TROIS À SIX ANS.

Les parents et les personnes responsables ont également besoin d'avoir accès à des connaissances sur le développement socioaffectif et la santé mentale durant la petite enfance. Les ressources sur mesure (élaborées en tenant compte des besoins en matière de connaissances des parents et des personnes responsables et en fonction de leurs préférences en matière d'apprentissage) doivent être disponibles pour les aider à cerner les défis et à s'assurer que leur enfant reçoit les bons soutiens au bon moment. Ces documents doivent être élaborés conjointement avec des membres de la famille, des experts et des fournisseurs de soutien afin de veiller à créer un produit d'apprentissage éclairé qui intègre les connaissances de chaque groupe. En outre, ces ressources et ces documents didactiques doivent intégrer les considérations linguistiques et d'identité culturelle. De telles ressources doivent aider les parents à soutenir l'acquisition de compétences de base du développement socioaffectif de leur enfant, comme l'empathie, la résilience, l'estime de soi, la confiance en soi, la régulation émotionnelle, l'apprentissage affectif, la résolution de conflits, la résolution de problèmes, la gestion du stress et la conscience sociale dans les établissements scolaires et les milieux d'apprentissage des jeunes enfants, car ces compétences sont essentielles à l'épanouissement des enfants et leur permettent d'éviter les futurs défis comportementaux et émotionnels (Réseau d'échange de données probantes sur la toxicomanie et la santé mentale, 2016). Dans l'ensemble de la documentation, il existe un consensus sur les composantes les plus efficaces de la programmation de l'apprentissage socioaffectif (ASA), qui comprend : 1) l'intégration des programmes ASA à l'échelle de l'environnement scolaire et du programme d'enseignement général; 2) des programmes qui intègrent un apprentissage séquentiel, actif, interactif, ciblé et explicite; 3) un point de mire sur l'acquisition de compétences; 4) l'implication des parents et des personnes responsables ; et 5) des programmes ciblant tous les âges et tous les niveaux d'éducation (Réseau d'échange de données probantes sur la toxicomanie et la santé mentale, 2016).

RECOMMANDATION 4 : RENFORCER ET AMÉLIORER LES PARTENARIATS ENTRE LES SECTEURS AFIN D'ASSURER UNE COMMUNICATION EFFICACE, DES VOIES D'ACCÈS CLAIRES ET EFFICACES ET LA RESPONSABILISATION RELATIVEMENT À LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DURANT LA PETITE ENFANCE.

La nécessité de mieux relier certaines parties du système de soins afin d'assurer la cohérence dans la manière dont les services de santé mentale à l'intention des jeunes enfants sont structurés et fournis est un thème récurrent qui est apparu dans le cadre de notre collecte de données. Pour une prestation optimale des soins, une communication robuste est essentielle entre les fournisseurs de services d'enseignement, d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, de services de soins primaires et de services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents. La coordination et la collaboration entre les services et une infrastructure permettant de partager les connaissances pour mettre en œuvre un plan de soins exhaustif sont essentielles (p. ex. la création d'un fichier électronique qui permet aux praticiens de partager les informations de l'enfant, le plan de traitement, etc. ou l'organisation de conférences de cas et de réunions d'encadrement où tous les fournisseurs et la famille se réunissent régulièrement pour préciser les objectifs du traitement, suivre les progrès, etc.). Les voies d'accès entre les services de santé, d'éducation et de santé mentale communautaire doivent être renforcées pour assurer un soutien plus méthodique aux enfants et aux familles. Il faut tenir par ailleurs aussi compte des besoins linguistiques et de l'identité culturelle des enfants et de leur famille.

RECOMMANDATION 5 : PRÉCISER ET METTRE EN ŒUVRE DES OUTILS NORMALISÉS POUR RECUEILLIR DES DONNÉES SUR LES ENFANTS DE TROIS À SIX ANS DANS TOUS LES SECTEURS AFIN DE RENSEIGNER LA PLANIFICATION DES TRAITEMENTS, DE CONCEVOIR DES SOUTIENS ET DE FOURNIR UN APERÇU PROVINCIAL DE LA SITUATION DE NOS PLUS JEUNES ONTARIENS.

Nous ne disposons pas actuellement d'une compréhension exacte et exhaustive du statut socioaffectif de nos plus jeunes enfants. Pour s'assurer que les services et le soutien destinés aux enfants de trois à six ans en Ontario sont fondés sur des données probantes, nous avons besoin de données exactes et opportunes sur les besoins et les forces de cette population (c.-à-d. les résultats de développement, le soutien familial et social existant, les déterminants sociaux de la santé et d'autres facteurs de risque connus). Pour

faciliter cela, des outils normalisés et des lignes directrices connexes doivent être élaborés et utilisés à la fois pour renseigner l'intervention précoce et le traitement au niveau de la famille, et pour donner un aperçu général de la situation des enfants au niveau provincial.

La collecte de données dans les conseils scolaires est également essentielle. À mesure que des activités de promotion de la santé mentale et des programmes d'apprentissage socioaffectif seront introduits et que de nouvelles ressources en santé mentale destinées à la petite enfance seront élaborées, il sera important d'en surveiller l'adoption, l'utilisation, la fidélité et l'efficacité. Les voix des éducateurs, des directeurs et des parents/de la famille peuvent également être très instructives dans le cadre des efforts continus d'amélioration de la qualité. En outre, les interventions individuelles effectuées auprès des élèves (qui peuvent être recueillies de façon anonyme, mais qui doivent inclure des informations relatives à la culture, à la race et à la langue) doivent comprendre des données sur les aiguillages aux équipes scolaires, aux professionnels de la santé mentale des écoles ou aux organismes de santé mentale communautaires; des données de gestion du comportement positif; un suivi des progrès de la mise en œuvre de la stratégie; de l'information sur les suspensions et les expulsions; ainsi que des statistiques sur toute modification ou adaptation apportées à la journée scolaire ou à la participation d'un enfant. Il existe actuellement de bonnes plateformes et de bons outils qui peuvent être adaptés ou améliorés pour comprendre ces éléments afin de mieux cerner les besoins, les défis, les ressources disponibles et les pratiques actuelles de la province en matière de santé mentale. Ces connaissances peuvent être utilisées pour guider notre réponse collective et notre soutien aux enfants et aux familles d'une manière qui tienne compte des différences culturelles et linguistiques.

RECOMMANDATION 6 : FOURNIR UN FINANCEMENT ADÉQUAT POUR LA RECHERCHE, LA MISE EN ŒUVRE ET L'ÉVALUATION CONTINUE DE PROGRAMMES DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION FONDÉS SUR DES DONNÉES PROBANTES ET DESTINÉS À LA SANTÉ MENTALE DURANT LA PETITE ENFANCE.

Pour assurer un développement socioaffectif positif et une santé mentale durant la petite enfance aux enfants de trois à six ans de l'Ontario, des investissements ciblés sont nécessaires afin de soutenir la mise en œuvre et l'évaluation continue des efforts de promotion, de prévention et d'intervention fondés sur des données probantes. Bien que de nombreux programmes soutiennent actuellement

la santé mentale à un jeune âge, peu d'entre eux ont été évalués avec rigueur. Des approches et des composantes communes à ces programmes ont été précisées, comme l'accroissement des connaissances et des compétences et la promotion de relations de qualité, mais nous avons besoin de plus d'informations sur ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes.

RECOMMANDATION 7 : VEILLER À CE QUE LES ENFANTS QUI ÉPROUVENT DES PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT SOCIOAFFECTIF SOIENT IDENTIFIÉS TÔT ET REÇOIVENT UN DÉPISTAGE RÉGULIER ET UN SOUTIEN CIBLÉ.

Les enfants qui présentent des signes de vulnérabilité sur le plan de la santé mentale doivent être identifiés tôt et, une fois identifiés, avoir accès à une intervention et à un soutien réguliers. Les efforts de collaboration sont essentiels entre les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs de soins primaires communautaires et les personnes travaillant dans des environnements d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Les parents et les personnes responsables doivent bénéficier d'un soutien immédiat en attendant une évaluation et une intervention plus poussées.

Par exemple, ici en Ontario, les services aux enfants du comté de Bruce sont associés aux conseils scolaires locaux depuis l'an 2000, dans le but d'obtenir les réponses des familles au questionnaire sur les âges et les stades, lors des séances d'inscription dans les classes de maternelle (Let's Learn Grey Bruce). On a demandé aux parents d'apporter le questionnaire « Étapes du développement » (ASQ) de leur enfant auquel ils ont répondu au moment de l'inscription, qui était ensuite évalué par un membre du personnel des services à l'enfance. Dans les cas où l'évaluation de l'enfant indiquait un risque de retard de développement, la personne responsable du dépistage (avec le consentement du parent ou de la personne responsable) devait orienter l'enfant directement aux services de soutien pour un suivi.

En 2018, le comté de Bruce a examiné le programme Let's Learn à l'interne. De l'avis général, bien que le fait de remettre le questionnaire ASQ lors de l'inscription à la maternelle ait eu de la valeur, il n'y avait pas assez de temps pour fournir des soutiens appropriés aux enfants ayant des besoins avant la rentrée scolaire. En conséquence, les services aux enfants du comté de Bruce lancent cette année, le programme Bruce County's Journey Through the Ages and Stages (2019). Au cours de la première phase du programme, le comté de Bruce travaillera en partenariat avec les organismes de services de garde pour faire remplir le questionnaire à toutes les familles du système de garde d'enfants afin que les problèmes puissent être signalés

et que l'intervention puisse être effectuée rapidement. Afin d'aller de l'avant, le comté de Bruce espère que la participation régulière à un questionnaire de dépistage, y compris le questionnaire ASQ-SE:2, constituera une exigence de contrat de service de toutes les garderies dans le cadre de leur processus d'intégration des nouvelles familles.

Durant la prochaine phase, le comté de Bruce communiquera avec d'autres fournisseurs de services de garde et de services à la petite enfance (p. ex. les services médicaux, les services aux enfants et aux familles, etc.) pour coordonner leurs efforts avec des partenaires qui effectuent le dépistage et le repérage des enfants à risque qui ne sont pas impliqués dans le système de garde d'enfants agréé. Cette approche proactive permettra à la communauté de mieux répondre au besoin en matière d'apprentissage, de développement et de bien-être des enfants.

RECOMMANDATION 8 : VEILLER À CE QUE TOUS LES ENFANTS ET LEUR FAMILLE AIENT ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ, ADAPTÉS AUX ENFANTS DE TROIS À SIX ANS ET ANCRÉS DANS UN ENGAGEMENT FERME DES FAMILLES.

Il n'existe pas d'approche unique qui satisfera les besoins de tous les jeunes enfants susceptibles d'avoir de faibles résultats socioaffectifs. Au moyen d'une formation et d'un perfectionnement professionnel appropriés, les praticiens de tous les secteurs qui travaillent avec les enfants et leur famille disposeront de bases solides en santé mentale durant la petite enfance et seront en mesure de travailler avec les familles pour préciser les solutions adaptées à leur enfant, particulièrement les enfants âgés de trois à six ans. Pour procéder de manière efficace, les praticiens doivent être capables de comprendre le contexte d'une famille et d'évaluer ses forces et ses besoins.

Les pratiques d'engagement des familles s'inscrivent dans une philosophie de prise en charge axée sur la famille, qui reconnaît les familles en tant qu'experts lorsqu'il s'agit de soutenir leur enfant; favorise un partenariat équitable entre les familles et les fournisseurs de soins; et valorise le rôle de la famille dans la prise de décisions et la mise en œuvre du plan de prise en charge de leur enfant (Lieberman et Van Horn, 2005). La collaboration entre les parents/personnes responsables de tous les groupes culturels et linguistiques et les fournisseurs de services de tous les secteurs est essentielle pour assurer le développement socioaffectif vigoureux de nos plus jeunes enfants et des résultats positifs soutenus qui contribueront à leur succès au fil des années.

Pourquoi la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants est-elle importante?

Les chercheurs, les experts et les fournisseurs de services directs s'accordent pour dire que promouvoir la santé mentale tout au long de la vie et agir tôt pour prévenir les maladies mentales conduisent à une société et une économie plus fortes (Conference Board of Canada, 2017; Heckman, 2011; Reynolds, Temple, White, Ou et Robertson, 2011). Les progrès scientifiques réalisés en matière de sciences comportementales et sociales, d'épigénétique et de neuroscience ont établi des liens clairs entre la santé mentale durant la petite enfance et les résultats ultérieurs du développement (Shonkoff et coll., 2012). Par exemple, des études empiriques démontrent que les premières relations d'un enfant et la qualité de ses interactions avec ses parents/personnes responsables contribuent de manière significative à son développement et à son bien-être (Crockenberg et Leerkes, 2000; Gilkerson et coll., 2018; Conseil national de la recherche et Institut de médecine, 2000; Zeanah et Zeanah, 2009). Nous savons également qu'une exposition précoce à l'adversité, que la présence ou l'absence de facteurs de risque et de protection et que les déterminants sociaux de la santé influent sur la trajectoire d'un enfant (Zeanah et Zeanah, 2009), ce qui est particulièrement vrai au cours des six premières années de sa vie, période critique du développement physique et affectif (Dube et coll., 2001; Metzler, Merrick, Klevens, Ports et Ford, 2017; Shonkoff et coll., 2012).

Une santé mentale optimale est un état de bien-être positif grâce auquel les individus éprouvent le sentiment d'être utile, d'avoir un sens, d'espoir et d'appartenance (Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, 2015). La santé mentale durant la petite enfance (aussi appelé développement socioaffectif sain ou santé mentale infantile) renvoie à « la capacité de développement du [jeune enfant] à ressentir, gérer et exprimer toute une gamme d'émotions positives et négatives; tisser des relations étroites et satisfaisantes avec d'autres enfants et des adultes; et explorer activement son environnement et apprendre, le tout dans le contexte familial, communautaire et culturel » (Cohen, Oser et Quigley, 2012, à la page 1). Les éléments constitutifs d'une bonne santé mentale tout au long de la vie sont établis tôt.

Malheureusement, certains enfants éprouvent des difficultés dès la petite enfance et présentent des signes de vulnérabilité par le biais de leurs émotions et de leurs comportements. Près de 70 % des jeunes adultes qui vivent avec un problème de santé mentale déclarent que leurs symptômes ont commencé dès l'enfance (Gouvernement du Canada, 2006) et, malheureusement, de nombreux enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale ne surmontent pas ces problèmes par eux-mêmes (Breslau et coll., 2014). Lorsque nous ne parvenons pas à traiter les premiers signes de troubles de manière opportune ou appropriée, les enfants risquent de développer des problèmes de santé mentale (Shonkoff et coll., 2012). Par exemple, les premières difficultés éprouvées à maîtriser l'agressivité et à suivre des règles ont été associées à une consommation ultérieure de substances, à de mauvaises relations avec les pairs, à un comportement antisocial, à la délinquance et à la violence au cours des années ultérieures (Havighurst et coll., 2013; Ocasio et coll., 2015). La vulnérabilité socioaffective est également liée à un état de préparation à l'école lacunaire, ce qui peut avoir un impact négatif important sur le rendement et le succès scolaires d'un enfant au fil des années (Raver, 2005; Rimm-Kaufman, Curby, Grumm, Nathanson et Brock, 2009). En fait, il a été démontré que l'incapacité à maîtriser les émotions (ce qui fait partie d'un développement socioaffectif sain) peut être un facteur prédictif d'un faible niveau d'éducation, d'une stabilité financière réduite et d'une santé compromise à l'âge adulte (Moffitt et coll. 2011). De toute évidence, l'impact des premières expériences sur les résultats ultérieurs renforce la nécessité de veiller à ce que tous les enfants aient accès à des relations, des environnements et des expériences où ils se sentent soutenus et en sécurité et qui optimisent leur développement socioaffectif.

L'atteinte de cet objectif ambitieux peut toutefois constituer un défi. En écho aux taux de prévalence de troubles mentaux des enfants plus âgés et des adolescents, les données fournies par les parents/personnes responsables dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes du Canada ont révélé que 18 % à 21 % des bambins, des enfants d'âge préscolaire et des enfants du primaire et du secondaire de notre pays présentaient un

certain type de vulnérabilité socioaffective (p. ex. anxiété, comportement agressif, suractivité) (Willms, 2002). Les résultats de l'Instrument de développement de la petite enfance (IMDPE)* ont démontré une augmentation de 1,4 % à 3,2 % entre 2004 et 2015 des niveaux de vulnérabilité en matière de santé physique et de bien-être, de compétence sociale et de maturité émotionnelle chez les élèves de la maternelle de l'Ontario (Instrument de développement de la petite enfance, 2016a).

Comprendre l'ampleur de ces problèmes au fur et à mesure qu'ils émergent dans les écoles et les communautés de l'Ontario constitue une première étape essentielle vers la création de nouvelles façons pour les parents/personnes responsables, les fournisseurs de services de santé et communautaires et les éducateurs travaillant dans des milieux d'apprentissage de soutenir de manière collaborative la santé mentale et le bien-être des enfants de trois à six ans de l'Ontario.

Objectif et portée

Ce document de politique est centré sur un aspect particulier de la petite enfance : la santé mentale et le développement socioaffectif des enfants âgés de trois à six ans. Au moment d'entrer dans des services structurés d'apprentissage ou de garde ou à la maternelle, de nombreux enfants élargissent leurs réseaux relationnels, leurs expériences et leurs environnements. Il s'agit d'un moment idéal pour promouvoir un développement socioaffectif positif ainsi que pour préciser et résoudre les problèmes socioaffectifs lorsqu'ils surviennent. Cependant, pour soutenir pleinement le développement socioaffectif, nous devons commencer encore plus tôt (entre la naissance et l'âge de trois ans), puisque les années qui précèdent cette étape constituent le fondement d'un développement positif ultérieur.

Dans ce document, nous nous appuyons sur des recherches empiriques, des perspectives de parents et de familles et les opinions de fournisseurs de services d'enseignement, d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, de la santé et des environnements paramédicaux pour formuler des recommandations concrètes permettant d'orienter des mesures collectives favorisant la santé mentale durant la petite enfance des enfants de trois à six ans. Compte tenu de l'influence des expériences vécues de la naissance à l'âge de trois ans, nous considérons également la contribution des premières expériences d'un enfant à son développement socioaffectif entre l'âge de trois à six ans.

Auditoire cible

Ce document et les recommandations qui y sont énoncées s'adressent principalement aux conseillers en politiques

et aux décideurs de divers ministères et organismes décisionnels locaux. Nous espérons également qu'un large éventail de professionnels et de leaders organisationnels travaillant dans les secteurs de l'enseignement de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants, des soins primaires, des soins paramédicaux, de la protection de l'enfance et d'autres secteurs trouveront des informations utiles pour leur travail et leurs rôles respectifs.

Questions d'orientation

Les questions spécifiques guidant ce travail sont listées ci-dessous.

- Pourquoi la santé mentale durant la petite enfance est-elle si importante?
- À quoi ressemblent la santé mentale et le développement optimaux durant la petite enfance?
- Quels sont les facteurs clés qui influencent la santé mentale durant la petite enfance?
- Quelles sont les préoccupations et les occasions actuelles en matière de développement socioaffectif pour les enfants de trois à six ans en milieu formel de garde et d'enseignement?
- Quelles sont les pratiques exemplaires actuelles en matière de promotion de la santé mentale et de dépistage précoce de la vulnérabilité socioaffective?
- Quelles sont les pratiques exemplaires actuelles pour pallier les problèmes socioaffectifs des jeunes enfants âgés de trois à six ans?

* L'IMDPE est un questionnaire de 103 questions rempli par les enseignants des classes de maternelle au cours de la deuxième moitié de l'année scolaire. Il mesure la capacité d'un enfant à satisfaire les attentes de développement correspondant à l'âge de l'enfant dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être, la compétence sociale, la maturité affective, le langage et le développement cognitif, les compétences en communication et les connaissances générales (Centre Offord pour l'étude de l'enfance, 2018).

Approche et méthodes

Approche d'équipe

Ce document a été élaboré conjointement par le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre), Infant Mental Health Promotion (IMHP) et Santé mentale en milieu scolaire Ontario. Ces trois organismes représentent les secteurs de la santé mentale, du développement de l'enfant et de l'éducation et ont constitué l'équipe centrale chargée de la gestion du projet, de la recherche, de la collecte des données, de l'analyse et de la rédaction. Nous reconnaissons que la relation entre développement de la petite enfance et santé mentale est complexe. Ensemble, nos organismes représentent la perspective de chacun de nos domaines et ont travaillé à préciser des moyens de favoriser la collaboration entre nos groupes d'intervenants pour soutenir la santé mentale de nos jeunes Ontariens.

Pour guider ce travail, nous avons mis sur pied un comité consultatif composé de conseillers en politiques et d'experts en matière de garde d'enfants, d'apprentissage des jeunes enfants, de la maternelle, des loisirs, de santé publique, d'ergothérapie et de santé mentale des enfants (veuillez consulter la page 2 pour obtenir la liste complète des conseillers). Ce groupe s'est réuni à divers moments au cours de ce projet pour fournir des commentaires d'orientation et contribuer à la formulation de recommandations de mesures d'action concrètes.

Méthodes

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Nous avons procédé à une revue exhaustive de la littérature pour répondre aux questions énumérées ci-dessus et avons consulté les bases de données suivantes : Education Resources Information Center (ERIC), Psych-Med, Medline, PubMed, Cochrane Library et ProQuest. Les mots-clés et les termes de recherche comprenaient : développement socioaffectif, santé mentale, relations parent/personne responsable-enfant, résilience, formation du personnel enseignant, attachement, interventions, traitement, réglementation, rentrée scolaire retardée, suspension, expulsion, comportement de défiance/agressif/non conforme, anxiété/dépression/retrait, enfants, âge préscolaire, maternelle, garde d'enfants, petite enfance. La plupart des recherches trouvées provenaient des États-

Unis. Les études dont les méthodes ou les conceptions présentaient des faiblesses ont été exclues (pour consulter une liste complète des critères d'inclusion et d'exclusion, voir l'annexe A).

SONDAGE EN LIGNE

Pour mieux comprendre le développement socioaffectif et la santé mentale des jeunes enfants en Ontario du point de vue de ceux qui vivent ou travaillent en étroite collaboration avec les enfants de trois à six ans, nous avons recueilli les points de vue de professionnels issus de milieux d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, d'établissements de soins de santé et de services paramédicaux, de parents/personnes responsables, de conseillers en politiques et de membres du personnel du ministère (pour consulter les outils de l'enquête, voir l'annexe B). Ensemble, nous avons entendu :

- 209 parents ou personnes responsables d'enfants âgés de trois à six ans;
- 553 fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, éducateurs et membres du personnel de soutien (p. ex. des directeurs, des éducateurs de la petite enfance accrédités, des conseillers en ressources, des enseignants de la prématernelle et de la maternelle, des aides-enseignants, etc.);
- 422 professionnels de la santé et paramédicaux (p. ex. des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers en santé publique, des conseillers en santé mentale, des intervenants à domicile, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes);
- 7 conseillers en politiques des ministères provinciaux (p. ex. le ministère de l'Éducation et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires) et d'organismes fédéraux (p. ex. l'Agence de la santé publique du Canada).

Les sondages ont été distribués en anglais et en français par l'intermédiaire des réseaux professionnels des membres du comité consultatif, des organismes de santé mentale des enfants et des adolescents, des conseils scolaires et d'autres organismes qui ont partagé des liens du sondage avec leur personnel et leurs parents/personnes responsables. Nous avons encouragé les destinataires à transmettre les sondages aux autres personnes concernées. Lorsque cela était nécessaire, les organismes ont aidé les parents/personnes responsables à répondre aux sondages. Aucune information personnelle ou d'identification n'a été demandée.

ENTREVUES AVEC LES RÉPONDANTS CLÉS

Les leaders des secteurs de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants, de la santé et des services paramédicaux ainsi que les parents/personnes responsables qui avaient une perspective unique sur ce sujet ont été précisés par l'équipe de base et les membres du comité consultatif et ont été invités à participer à des entrevues semi-structurées avec

les répondants clés (pour connaître les guides d'entrevue, voir l'annexe C). Au total, 24 entrevues ont été réalisées par téléphone ou en personne (en anglais seulement). Les entrevues ont été enregistrées et des notes ont été partagées avec chaque participant après l'entrevue afin d'assurer l'exactitude des informations recueillies.

Santé mentale durant la petite enfance et développement optimal

Bien que ce document soit centré sur la santé mentale des enfants de trois à six ans, il est important de comprendre comment les années antérieures établissent un fondement pour le développement optimal de l'enfant au cours de cette période (Zeanah et Zeanah, 2009). À ce titre, nous traitons brièvement de l'impact de l'environnement préconceptionnel et prénatal sur la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants et décrivons les principales étapes du développement socioaffectif de la naissance à l'âge de six ans.

Environnement préconceptionnel

Même avant la grossesse, des événements de la vie et des facteurs environnementaux, sociaux, psychologiques et génétiques de la vie d'une mère peuvent influencer sur le développement du bébé (Centre for Disease Control and Prevention, 2018; Witt, Wisk, Cheng, Hampton et Hagen, 2012). Par exemple, il a été démontré que des événements stressants survenant avant la conception (p. ex. le décès d'un proche, un divorce, des problèmes d'infertilité, etc.) augmentaient le risque qu'un bébé naisse avec un faible poids et éprouve des problèmes de santé entre l'âge de 9 et 24 mois (Cheng et coll., 2016). Compte tenu du lien qui existe entre l'état de santé préconceptionnel de la mère et les résultats ultérieurs de l'enfant, il convient de prendre en compte les antécédents familiaux de la mère avant la conception si on cherche à comprendre et à aider un enfant aux prises avec des difficultés affectives ou comportementales.

Environnement prénatal

Les expériences intra-utérines d'un enfant peuvent avoir une incidence profonde sur sa neurobiologie et sa physiologie, ce qui peut aussi affecter son développement socioaffectif (Sheridan & Nelson, 2009). Par exemple, l'incidence d'une exposition prénatale au stress et à l'anxiété (Van den Bergh, Mulder, Mennes et Glover, 2005), à l'alcool (Niccols, 2007) et aux stupéfiants (Behnke, Smith, Committee on Substance Abuse, & Committee on Fetus and Newborn, 2013) est connue. Une telle exposition influe négativement sur le développement du cerveau et a un impact durable sur un enfant. Des études du domaine en croissance de l'épigénétique ont également démontré comment l'environnement prénatal pouvait influencer la façon dont les gènes sont exprimés, ce qui à son tour peut influencer sur les processus biologiques et physiologiques et le fonctionnement socioaffectif (épigénétique; McCain, Mustard et Shanker, 2007).

Naissance à un an : attachement

Former un lien affectif avec la personne qui s'occupe principalement de l'enfant est le principal jalon socioaffectif de la première année de vie. Dès le début, un enfant communique ses besoins et ses sentiments et recherche de manière sélective le soutien, l'affection et la protection de la personne qui prend soin de lui. La sensibilité et la réactivité constantes de cette personne vis-à-vis des signaux de détresse de l'enfant l'aideront à se sentir suffisamment en sécurité pour explorer en toute confiance son environnement immédiat.

Un à trois ans : autonomie et conscience de soi

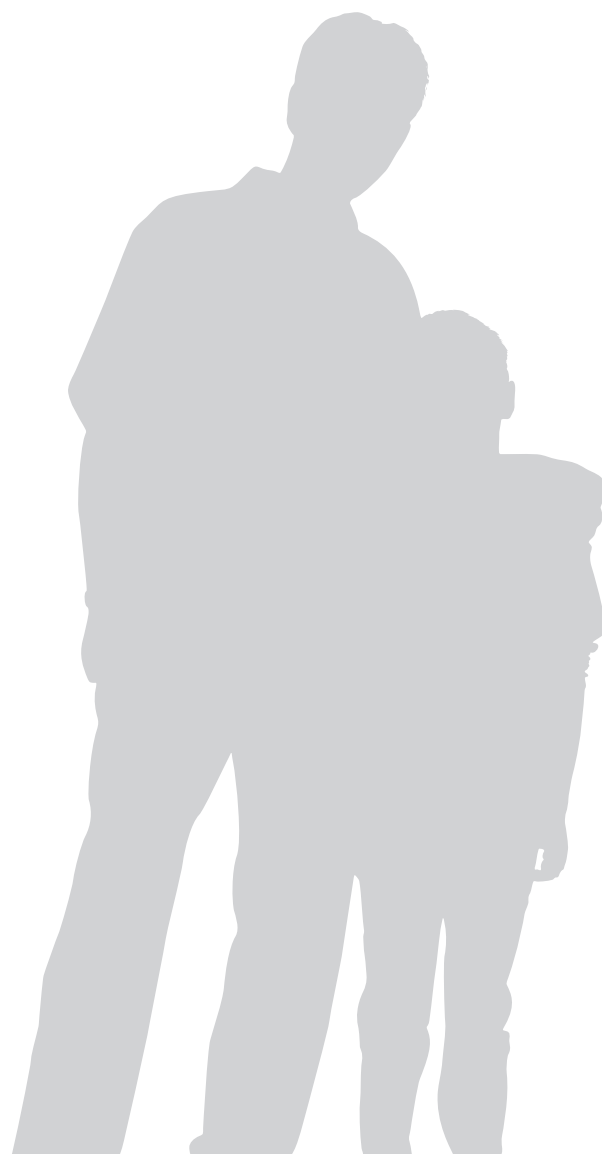
Cette étape du développement est marquée par l'exploration, la curiosité et des comportements dirigés vers des objectifs qui, ensemble, soutiennent l'autonomie de l'enfant et l'évolution de sa conscience de soi. La quête d'autonomie de l'enfant va de pair avec un besoin constant de sécurité de la part de la personne responsable de lui et cette tension peut conduire à de fréquentes crises de colère et à des comportements non conformes. Bien que ces « nouveaux » comportements puissent être difficiles à gérer pour les parents et ceux qui travaillent avec des enfants, ils sont considérés comme appropriés pour cette tranche d'âge. Cependant, il peut arriver que la fréquence, l'intensité et la durée des comportements ne se situent pas dans la plage « normale » et nécessitent une réponse ciblée.

Trois à quatre ans : compétence émotionnelle

Au fur et à mesure que le réseau social d'un enfant se développe, il y a de plus en plus d'occasions de jeu coopératif et commun avec ses pairs. Au cours de cette étape, nous remarquons également une amélioration de l'estime de soi de l'enfant, le développement de son sens de l'identité et de sa compréhension ainsi que l'expression du langage et des émotions. Ensemble, ces occasions sociales permettent à l'enfant de développer de l'empathie et de comprendre les sentiments et les points de vue des autres. Cela conduit à une hausse du respect et de l'appréciation de la discipline et des règles. Cette étape est également marquée par une forte augmentation du vocabulaire, ce qui permet à un enfant de mieux exprimer ses besoins, ses désirs et ses inquiétudes par le biais du langage plutôt que par le comportement.

Quatre à six ans : maîtrise de soi et émergence d'une conscience

Les enfants d'âge préscolaire ont une imagination en développement et expérimentent avec les différents événements qui se déroulent autour d'eux. À cinq ans, l'enfant se passionne pour la vie et apprend à faire face à la frustration. Avec l'émergence d'une conscience, les enfants de cette tranche d'âge ont tendance à adopter des règles et à les accepter comme étant les leurs. Ils apprennent à attendre leur tour et à coopérer. Ils adoptent aussi d'autres comportements prosociaux en plus d'avoir un meilleur contrôle moteur, d'utiliser un langage raffiné et de démontrer des capacités cognitives avancées. À l'âge de six ans, les enfants ont une gamme d'émotions plus sophistiquées qui leur permettent de mieux maîtriser leur colère et leur agressivité. Ils ont également les capacités d'adaptation nécessaires pour gérer des émotions complexes, comme la culpabilité, la honte, l'inquiétude et la jalousie. Au cours de cette étape, leur capacité accrue d'affection et de réciprocité leur permet également de tisser des relations avec plus d'habileté et de facilité.



Principales influences sur le développement socioaffectif et la santé mentale de la petite enfance

Le développement socioaffectif est influencé par les interactions complexes entre les facteurs de risque et de protection relativement à l'enfant, aux parents/personnes responsables, à ses relations et à la collectivité (c.-à-d. les déterminants sociaux de la santé).

Facteurs de risque et de protection

Dans le cas des jeunes enfants, les facteurs de risque et de protection « augmentent ou diminuent les risques de perturbations du développement et de psychopathologie » (Zeanah et Zeanah, 2009, à la page 10). Lorsque l'on considère l'impact des facteurs de risque sur le développement, il est important de noter que le « risque » fait référence à la probabilité, et non à la certitude, et qu'un seul facteur ne conduit généralement pas à lui seul à de mauvais résultats. Au contraire, c'est l'accumulation de plusieurs facteurs de risque, en l'absence de facteurs de protection, qui peut influencer négativement sur le cours du développement de l'enfant. En fait, une enquête longitudinale historique sur l'impact des expériences négatives vécues au cours de l'enfance (Adverse Childhood Experiences[†]) sur le développement ultérieur a démontré qu'une hausse du nombre des expériences négatives se traduisait par une augmentation du risque de développer plusieurs maladies physiques et mentales chroniques (Felitti et coll., 1998). Une autre étude examinant la relation entre ces expériences négatives et le risque scolaire au sein d'un échantillonnage d'élèves de l'école primaire a révélé que plus le nombre d'expériences défavorables vécues pendant l'enfance était grand, plus le risque de manque d'assiduité, de difficultés de gestion des comportements et d'incapacité à atteindre les normes établies pour le niveau scolaire en mathématiques, en lecture ou en écriture était grand (Blodgett et Lanigan, 2018). Il en va de même pour les facteurs de risque individuels, comme la naissance prématurée (Nix et Ansermet, 2009) ou le fait d'avoir une

mère adolescente (Hans et Thullen, 2009) : les facteurs uniques ne sont associés qu'à une légère hausse du risque relativement aux difficultés ultérieures. Toutefois, le risque augmente parallèlement avec le nombre de facteurs présents.

Heureusement, les facteurs de protection dans la vie d'un enfant peuvent servir de facteurs d'atténuation : « les effets du risque peuvent améliorer la compétence ou protéger l'individu contre l'adversité » (Zeanah et Zeanah, 2009, à la page 10). Les facteurs de protection – en particulier les relations positives – (Zeanah, Boris et Larrieu, 1997) peuvent avoir un effet tampon profond sur les expériences défavorables pendant l'enfance (Ludy-Dobson et Perry, 2010; Sege et coll., 2017). Par exemple, il a été démontré que le fait d'avoir une relation de soutien avec au moins une personne de confiance (mentor, frère, sœur, etc.) atténuait les effets négatifs de relations conjugales extrêmement conflictuelles entre les parents/personnes responsables d'un enfant qui est témoin de cette violence (Kelly, 2012). Un niveau élevé de sensibilisation et d'engagement de la part des éducateurs et des parents/personnes responsables peut également aider à atténuer les problèmes scolaires, sociaux et d'autorégulation pouvant surgir à la suite d'une adversité durant la petite enfance (Pears et Peterson, 2018). Il est donc important d'évaluer à la fois les facteurs de risque et de protection lors de l'élaboration d'une réponse d'aide lorsqu'un enfant a du mal à gérer ses émotions ou son comportement.

Facteurs propres à l'enfant

Certains enfants peuvent être plus à risque que leurs pairs de connaître des difficultés sociales, émotionnelles et développementales en raison d'influences biologiques individuelles (Walker et coll., 2011), comme le faible poids à la naissance et la prématurité (Nix et Ansermet, 2009),

[†] Les expériences défavorables pendant l'enfance comprennent : l'abus physique, sexuel et émotionnel, la négligence physique et émotionnelle, la violence conjugale, l'abus de substances au sein de la famille, la maladie mentale, la séparation ou le divorce des parents et l'incarcération d'un membre de la famille.

ou de caractéristiques de la personnalité, telles que le tempérament (Lengua et Wachs, 2012). Encore une fois, la présence de ces facteurs de risque ne signifie pas que des difficultés ultérieures sont inévitables; aucun enfant ne réagira de la même façon à la même expérience qu'un autre enfant (Cicchetti et Rogosch, 1996). Chaque enfant a des forces différentes qui peuvent aider à le protéger contre l'impact du risque sur le développement (McDonald, Kehler, Bayrampour, Fraser-Lee et Tough, 2016). Par exemple, une estime de soi positive et de solides compétences en matière de résolution de problèmes et de communication peuvent renforcer la résilience, ce qui peut protéger les enfants contre les effets des expériences négatives (Rutter, 1987).

Facteurs relatifs aux parents/ personnes responsables

Des facteurs de risque et de protection existent également relativement aux parents/personnes responsables et doivent être pris en considération pour comprendre la trajectoire de développement de l'enfant (McDonald et coll., 2016). La situation d'un parent/d'une personne responsable peut avoir une incidence importante sur sa capacité à répondre à un enfant, ce qui finit par affecter la qualité de la relation entre le parent/la personne responsable et l'enfant. Par exemple, lorsque les parents et les familles sont bien soutenus, vivent dans des conditions positives et stables et ont accès à de l'information et à des ressources, ils peuvent constituer une force protectrice qui contribue à la résilience de leurs enfants face à l'adversité. En revanche, le développement de l'enfant peut être compromis si son parent/sa personne responsable a lui-même subi un traumatisme de l'enfance (Lieberman, Padron, Van Horn et Harris, 2005), été toxicomane (Boris, 2009), connu une grossesse précoce (Hans et Thullen, 2009) ou a une mauvaise santé mentale (Goodman et Brand, 2009). Pourtant, même dans ces circonstances difficiles, il a été démontré que les stratégies d'adaptation, la capacité à maintenir un système de soutien social et une grande auto-efficacité personnelle protégeaient à la fois les parents/personnes responsables et leurs enfants contre les expériences négatives (McDonald et coll., 2016).

Facteurs relationnels

La capacité d'un enfant à atteindre des jalons socioaffectifs clés est influencée par l'interaction de nombreux facteurs, en particulier la nature et la qualité de ses premières relations (Zeanah, Boris et Larrieu, 1997). La qualité des premières relations de l'enfant est cruciale au cours de la petite enfance. Un attachement profond est formé en réagissant et en répondant aux signaux de l'enfant (Leerkes, Blankson et O'Brien, 2009). Alors que les relations de l'enfant commencent à la maison et préparent le terrain pour le développement futur, il n'est pas surprenant que, à mesure que l'enfant grandit, les interactions avec d'autres adultes de son réseau (p. ex. la famille élargie, les voisins, les médecins de soins primaires, les éducateurs, etc.) jouent un rôle de plus en plus important dans l'atteinte des jalons socioaffectifs (Howes, Galinsky et Kontos, 1998; Lisonbee, Mize, Payne et Granger, 2008).

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs sociaux et économiques qui peuvent influencer profondément les résultats individuels en matière de santé et de santé mentale (Association canadienne pour la santé mentale, 2018). Ces déterminants incluent la race, le sexe, le handicap, le statut autochtone (c.-à-d. l'impact de la colonisation sur les familles et les pratiques de soins, et le traumatisme intergénérationnel qui en résulte), le revenu et la répartition du revenu, l'éducation, l'emploi et la sécurité d'emploi, le logement, la sécurité alimentaire, l'exclusion sociale, les services de santé, le filet de sécurité sociale et le développement de la petite enfance (Mikkonen et Raphael, 2010). Un statut socioéconomique faible, par exemple, peut créer des obstacles à l'accès à un logement abordable, à des services de santé et des services sociaux de qualité et à des soins de qualité, qui peuvent tous influencer sur le développement socioaffectif et la santé mentale des enfants (Meins, Centifanti, Fernyhough et Fishburn, 2013)

Tableau 1 : Liste complète (mais non exhaustive) des facteurs de risque et de protection pouvant influencer sur la santé et la santé mentale des enfants âgés de trois à six ans[‡]

NIVEAU	FACTEURS DE RISQUE	FACTEURS DE PROTECTION
Enfant	<ul style="list-style-type: none"> • exposition à des toxines intra-utérines • naissance prématurée • faible poids à la naissance • problèmes physiques ou anomalies congénitales • tempérament difficile, mettant du temps à s'ouvrir aux autres • dysrégulation des routines d'alimentation • dysrégulation des routines du coucher • comportement perturbateur ou inhibé • faible estime de soi • faibles habiletés d'adaptation • désengagement avec les pairs, l'école, le sport, la religion, la culture 	<ul style="list-style-type: none"> • environnement intra-utérin sain • naissance à terme • développement physique positif • tempérament facile • routines d'alimentation régulières • routines du coucher régulières • développement comportemental et socioaffectif positif • bonne estime de soi • bonnes habiletés d'adaptation • engagement avec les pairs, l'école, le sport, la religion, la culture
Parent/ personne responsable	<ul style="list-style-type: none"> • expérience d'abus, de traumatisme ou d'abandon pendant l'enfance • faible estime de soi • faible sentiment de compétence • faibles habiletés de résolution de problèmes, sociales et interpersonnelles • mauvaise santé physique • mauvaise santé mentale • problèmes de toxicomanie • stratégies d'adaptation mésadaptées • manque d'accès à un réseau de soutien • mauvaise supervision • conflit conjugal • criminalité • jeune âge, faible niveau d'éducation, monoparentalité, faible revenu • grossesse non planifiée • manque de connaissances solides sur le développement de l'enfant • attitudes hostiles à l'égard des habiletés parentales ou de la prestation de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • bonne estime de soi • sentiment de compétence • bonnes habiletés de résolution de problèmes, sociales et interpersonnelles • bonne santé physique • bonne santé mentale • stratégies d'adaptation bien adaptées • résilience • accès à un réseau de soutien • bonne supervision • cohésion conjugale • grossesse planifiée • connaissances solides sur le développement de l'enfant • attitudes joyeuses à l'égard des habiletés parentales ou de la prestation de soins

[‡] Le contenu de ce tableau est tiré de : Belsky et Fearon (2002); Bhutta, Cleves, Casey, Cradock et Anand (2002); Felitti et coll. (1998); Harland et coll. (2002); Keenan (2000); Kohn, Lengua et McMahon (2000); Muris & Ollendick (2005); Rosenblum et coll. (2004); et Werner (2000).

Tableau 1 (suite)

NIVEAU	FACTEURS DE RISQUE	FACTEURS DE PROTECTION
Relations sociales	<ul style="list-style-type: none"> • traumatisme de l'attachement • insensible, indifférent, mal adapté à la détresse de l'enfant • conflit familial • incohérence/imprévisibilité avec l'enfant • négatif et hostile à l'égard de l'enfant • conflit entre le parent/la personne responsable et l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • attachement profond • sensible, réactif, à l'écoute de la détresse de l'enfant • cohésion familiale • cohérence, prévisibilité avec l'enfant • positif et affectueux à l'égard de l'enfant • cohésion entre le parent/la personne responsable et l'enfant
Société	<ul style="list-style-type: none"> • enseignement • conditions d'emploi et de travail • insécurité alimentaire • disponibilité des services de santé et des ressources sociales • logement • revenu et répartition du revenu • race ou ethnie • orientation sexuelle • exclusion sociale • filet de sécurité sociale • cohésion sociétale 	

Les conseillers en politiques et les personnes qui travaillent avec des enfants de trois à six ans doivent comprendre et réfléchir à la façon dont les facteurs relatifs à l'enfant, aux parents/personnes responsables, aux relations sociales et à la société influencent le développement socioaffectif de la petite enfance afin de réduire les facteurs de risque (autant que possible) et de tirer parti des facteurs de protection.



Développement et comportement socioaffectifs

Pour beaucoup de nourrissons et de jeunes enfants, le développement socioaffectif se déroule comme prévu (Cohen et coll., 2005). Lorsque les enfants sont sur la bonne voie et atteignent leurs jalons socioaffectifs, ils apprennent à tisser des relations étroites et significatives avec les parents et personnes responsables et les autres enfants; à réguler leurs émotions et à tolérer des situations stressantes et frustrantes; à explorer et à apprendre activement de leur environnement; et à adopter des comportements prosociaux, comme suivre des règles, partager et écouter des consignes (Cohen et coll., 2005, 2012).

L'interaction de la génétique et d'autres facteurs de risque et de protection liés au contexte peut parfois entraîner une vulnérabilité socioaffective ou des problèmes de santé mentale de la petite enfance chez certains enfants (Bohlin, Hagekull et Rydell, 2000; Calkins et Fox, 2002; Cohen et coll., 2005 ; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg et Fearon, 2012). Ces comportements et émotions observables peuvent inclure (sans toutefois s'y limiter) des comportements agressifs, inattentifs, impulsifs ou hyperactifs (c.-à-d. des comportements d'extériorisation). Certains enfants peuvent également présenter des comportements d'intériorisation, comme l'anxiété, le retrait social, le manque d'énergie et l'irritabilité. (Pour consulter une liste plus complète des comportements d'intériorisation et d'extériorisation, voir le tableau 2.) Chez les nourrissons et les jeunes enfants, les comportements d'intériorisation peuvent être très subtils et peuvent passer inaperçus, en particulier chez ceux qui n'ont pas une connaissance approfondie de la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants (Cohen et coll., 2005; Kokkinos, Panayiotou et Davazoglou, 2004; Zeanah, Stafford, Nagle et Rice, 2005).

Il est important de tenir compte de l'intensité, de la fréquence, de la durée et de la gravité des comportements d'intériorisation ou d'extériorisation, ainsi que de l'âge et du stade de développement de l'enfant, avant de conclure qu'il y a lieu de s'inquiéter. Par exemple, il est typique et sain pour les tout-petits de faire des crises de colère, car cela fait partie du développement de leur sentiment d'indépendance (Landy, 2009). Pourtant, un tel comportement de la part d'un enfant plus âgé peut nécessiter une attention et un

suivi plus étroits, car les crises de colère sont considérées comme atypiques pour leur stade de développement. De même, alors qu'un enfant est censé pouvoir préciser et dialoguer avec des personnes extérieures à sa famille entre l'âge de quatre et six ans (Landy, 2009), certains enfants peuvent prendre plus de temps pour s'ouvrir à de nouvelles personnes. Au cours de cette phase du développement, si un enfant affiche un comportement de repliement et un manque d'intérêt pour l'établissement de relations sociales avec d'autres enfants pendant une période prolongée, cela peut toutefois constituer un motif de surveillance plus étroite. Dans le cadre de notre enquête auprès des fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, 29 % des participants ont déterminé que la « difficulté à rester en file » constituait un comportement de défiance. Toutefois, plusieurs répondants ont suggéré que cette attente était inappropriée au stade de développement d'un jeune enfant, soulignant la nécessité de mieux comprendre ce qui devrait ou ne devrait pas être attendu des enfants de cet âge.



Tableau 2 : Comportements d'intériorisation et d'externalisation

COMPORTEMENTS D'INTÉRIORISATION §	COMPORTEMENTS D'EXTERNALISATION **
<ul style="list-style-type: none"> • anxiété • perfectionnisme • tristesse • fatigue ou baisse d'énergie • retrait social • irritabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • inattention • hyperactivité • impulsivité • agression • fluctuations des émotions • faible seuil de tolérance à la frustration • comportement oppositionnel

Développement socioaffectif des enfants de trois à six ans en milieux de garde et scolaires

De nombreux enfants ontariens âgés de trois à six ans suivent un programme structuré d'apprentissage, de garde ou d'enseignement des jeunes enfants (préscolaire, prématernelle, maternelle) et c'est dans ces contextes que les enfants vivent plusieurs « premières expériences ». Il s'agit notamment d'être avec un grand groupe d'enfants, de recevoir de l'enseignement et des soins de plusieurs adultes différents et d'être dans un cadre plus structuré au cours d'une journée relativement longue. Ces environnements génèrent également de nouvelles attentes, structures et transitions. Le niveau de développement socioaffectif d'un enfant est souvent reflété dans sa capacité à gérer ces exigences (Aviles, Anderson et Davila, 2006; Gilliam et coll., 2016). Par exemple, un enfant qui a de la difficulté à maîtriser ses émotions (indicateur d'une faible compétence socioaffective) peut facilement devenir agité lors de l'apprentissage d'un nouveau concept et cette agitation peut se manifester par une agression verbale ou physique à son égard ou à celle des autres (Aviles et coll., 2006). Les problèmes de maîtrise des émotions peuvent également se présenter dans des comportements moins perturbateurs et donc plus difficilement détectables jusqu'à ce qu'ils deviennent plus évidents à l'adolescence (Kokkinos et coll., 2004; Landy, 2009). Ceux-ci comprennent, sans s'y limiter, l'anxiété, la dépression, le manque

d'énergie, le comportement de repliement et les troubles psychosomatiques (Eisenberg et coll., 2001; Landy, 2009). Dans les milieux de soins à la petite enfance (où les enfants doivent socialiser et dialoguer avec de nouveaux enfants), des comportements, comme l'anxiété, la dépression et le retrait, peuvent nuire à la capacité de l'enfant à développer des relations avec ses pairs et d'autres adultes (Landy, 2009). La compétence socioaffective est clairement la clé du succès des enfants en milieu éducatif et contribue à plusieurs domaines de croissance et de développement (Landy, 2009).

Dans notre enquête auprès des fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, 83 % des répondants ont indiqué que soutenir le développement socioaffectif des jeunes enfants était un élément clé de leur rôle dans leurs programmes ou environnements respectifs.

§ Gilliam, Maupin, et Reyes, 2016

** Dobbs et Arnold, 2009; Havighurst et coll., 2013; Gilliam et coll., 2016; Williford, Wolcott, Whittaker, et Locasale-Crouch, 2015

Développement socioaffectif, préparation à l'école et résultats scolaires

La préparation à la rentrée scolaire fait référence à la mesure dans laquelle les aptitudes et les compétences des enfants les aident à réussir lorsqu'ils entrent à l'école. La préparation à la rentrée scolaire prend en compte cinq domaines de développement : la santé et le développement physique, les méthodes d'apprentissage, l'acquisition des compétences langagières et communicationnelles, la cognition et les connaissances générales, et le développement social et affectif (National Education Goals Project, 1997). La préparation à la rentrée scolaire ne se limite pas aux indicateurs scolaires traditionnels, tels que la lecture, l'écriture et le calcul, car le bien-être socioaffectif contribue également de manière significative à la transition en douceur vers la maternelle et la réussite des premières années d'école (Pears et Peterson, 2018; Peth-Pierce, 2000; Zero to Three, 2016). Par exemple, pour s'épanouir dans les milieux de l'enseignement, de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants, les enfants doivent pouvoir se concentrer, faire preuve de persistance dans le cas de tâches difficiles, gérer des émotions pénibles, communiquer efficacement, tisser des relations significatives, être curieux de connaître le monde, avoir envie de vivre de nouvelles expériences et respecter l'autorité des adultes (Raver, 2003; Zero to Three, 2016).

Un peu moins de la moitié des répondants du secteur de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants étaient sûrs que les enfants dont ils avaient la responsabilité étaient prêts à participer à leurs programmes respectifs.

Des données récentes recueillies en Ontario démontrent que la plupart des jeunes enfants font bien leur transition vers les milieux formels de garde et scolaires. Cependant, les éducateurs et les fournisseurs de services de garde signalent que certains jeunes enfants manifestent des problèmes sociaux, affectifs et comportementaux en milieu éducatif (Instrument de mesure du développement de la petite enfance, 2016b), qui deviennent souvent des obstacles à la

Nos données issues de l'enquête et des entrevues indiquent que les fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants mentionnent que la difficulté de l'enfant à maîtriser les comportements impulsifs (82 %), la difficulté à exprimer ses sentiments (80 %) et les comportements agressifs constituent les défis les plus courants dans leur milieu. Les comportements agressifs peuvent inclure l'agression physique, les menaces, les emportements émotifs, la destruction de biens, la fuite et les tentatives d'automutilation. Les comportements de non-conformité, de manipulation, de manque de respect, injurieux et sexualisés ont également été signalés. Ces résultats étaient également cohérents chez les parents/personnes responsables, les professionnels de la santé et paramédicaux.

réussite scolaire et académique (Whitted, 2011). Dans une étude américaine, des enseignants de la maternelle ont déclaré que la gestion des comportements de défiance des élèves était la plus grande préoccupation de la classe (Carter, Van Norman et Tredwell, 2011). Bien que les comportements d'intériorisation et d'extériorisation en classe soient tout aussi préoccupants en termes de développement socioaffectif des jeunes enfants (Baker, Grant et Morlock, 2008), des études démontrent que les comportements d'intériorisation sont plus susceptibles d'être négligés par des éducateurs moins expérimentés puisque ce sont des indicateurs subtils de ce qui pourrait être un problème (Baker et coll., 2008; Henricsson et Rydell, 2004) et parce qu'ils ne requièrent pas une gestion urgente (Kokkinos et coll., 2004).

L'entrevue de développement de la petite enfance (IMDPE; Offord Center for Child Studies, 2018) est un outil multidimensionnel utilisé pour comprendre le développement, qui peut aider les éducateurs à réfléchir à des indicateurs d'extériorisation et d'intériorisation de la santé socioaffective. L'IMDPE est une mesure de qualité de la capacité d'un enfant à répondre aux attentes en matière de

développement correspondant à son âge dans les domaines liés à la préparation à la rentrée scolaire (IMDPE, 2014-2015). Au Canada, les résultats des données de l'IMDPE suggèrent que dans la plupart des collectivités locales, environ le quart des enfants entrent à la maternelle avec des vulnérabilités dans au moins un domaine du développement (IMDPE, 2014-2015). En termes de compétence sociale et de maturité affective, respectivement 10,7 % et 12,3 % des enfants de l'Ontario étaient considérés comme vulnérables, et environ 14 % des enfants étaient considérés comme susceptibles aux vulnérabilités socioaffectives (IMDPE, 2014-2015).

Domaines de la santé socioaffective (IMDPE 2016_b)

1. Compétence sociale globale
2. Responsabilité et respect
3. Méthodes d'apprentissage
4. Volonté d'explorer
5. Comportement prosocial et d'aide
6. Comportement anxieux et craintif
7. Comportement agressif
8. Comportement hyperactif et inattentif

Influences structurelles sur le développement socioaffectif

Il y a plusieurs facteurs structurels qui peuvent interagir avec les vulnérabilités socioaffectives d'un enfant. De concert, ces facteurs peuvent influencer la santé mentale et la réussite des enfants dans les milieux structurés de garde et d'enseignement. Par exemple, le ratio des adultes par rapport aux enfants dans un milieu donné peut affecter l'expérience d'un enfant dans un programme éducatif ou de garde destiné aux jeunes enfants ou une classe de maternelle et peut également avoir une incidence sur ses résultats sociaux et comportementaux (p. ex. la réactivité aux adultes et aux pairs, l'initiative, le comportement coopératif; Friendly, Ferns et Prabhu, 2009).

Selon un coordinateur de la petite enfance qui a répondu à notre enquête, des ratios enfants/éducateur plus faibles ont été associés, pour la plupart, à de meilleurs résultats de développement des enfants, comme une meilleure

préparation à l'école, une meilleure compréhension du langage et une réduction des problèmes de comportement. (Friendly et coll., 2009; NICHD EarlyChild Research Network, 1999; Vandell et Wolfe, 2000). Des ratios plus faibles permettent probablement d'avoir davantage d'interactions individuelles de qualité entre l'éducateur et l'enfant et favorisent une relation positive entre les deux, ce qui peut contribuer à des résultats positifs en matière de développement des jeunes enfants (Shim, Hestenes et Cassidy, 2009).

Alors que les ratios enfants/éducateur influencent les résultats de développement, comme la réussite scolaire et la compétence cognitive/socioaffective, d'autres considérations, comme la formation et l'expérience du personnel, la rémunération du personnel et l'accès au personnel de soutien, ont également une incidence sur le rendement des enfants en classe. (Browne, Magnuson, Schindler, Duncan et Yoshikawa, 2017; Eleni et Giosta, 2018; Friendly et coll., 2009; O'Brennan, Bradshaw et Furlong, 2014; Scheck, Kinicki et Webster, 1994). Du côté positif, il a été constaté qu'une structure et une prévisibilité accrue, des routines solides et une cohérence dans l'environnement aident les enfants à maîtriser leurs émotions et leurs comportements (Breitenstein, Hill et Gross, 2009). Ces éléments structurels doivent être pris en compte collectivement pour assurer un apprentissage des jeunes enfants de qualité et un enseignement adapté à la culture dans des environnements formalisés (Schools, 2013).

« La taille des classes [peut être un problème] pour certains de ces petits. Il y a trop de bruit et beaucoup d'enfants dans la salle... [Il n'y a pas plus] de 30 [enfants], mais [même] 29, c'est trop [pour eux]. Le nombre d'adultes qui doivent interagir avec un enfant sur une base quotidienne est également trop élevé... il est donc difficile de former de telles relations pour l'enfant. »

– Coordinateur de la petite enfance

Réactions actuelles aux comportements de défiance dans les milieux d'apprentissage, de garde et d'enseignement

Les milieux d'apprentissage et de garde sont des endroits merveilleux pour inspirer un sentiment d'appartenance, de curiosité et de bien-être des jeunes enfants. Ce sont également des milieux naturels dans lesquels les enfants peuvent acquérir des compétences socioaffectives, comme le recensement et la gestion des émotions, la résolution de problèmes et le maintien des relations entre pairs. Cependant, lorsque certains élèves ont tendance à avoir des problèmes comportementaux ou affectifs, les membres du personnel sont mis au défi de trouver des moyens de résoudre ces problèmes de manière proactive et cohérente, afin d'assurer un apprentissage continu de qualité pour tous les élèves.

Il s'agit d'un problème courant dans les milieux d'apprentissage et de garde en Amérique du Nord. Dans certaines communautés, les élèves qui ont constamment de la difficulté à gérer leur comportement et leurs émotions peuvent être retirés de la classe pendant un certain temps. Par exemple, dans une étude menée aux États-Unis, les données provenant de 3 898 maternelles dans 40 États ont démontré que le taux d'expulsion des enfants d'âge préscolaire était 3,2 fois supérieur à celui des élèves de la maternelle à la 12e année (Gilliam, 2005). Dans la même étude, environ 10 % des enseignants de prématernelle ont indiqué avoir expulsé au moins un enfant d'âge préscolaire au cours de la dernière année et 20 % ont expulsé plusieurs enfants en réaction à des comportements de défiance (Gilliam, 2005).

En revanche, les données provinciales recueillies dans le cadre de l'élaboration de ce document (n=553) indiquent que les éducateurs ontariens recourent rarement à l'expulsion et à la suspension pour gérer les comportements de défiance des jeunes enfants dans les milieux d'apprentissage, de garde ou d'enseignement des jeunes enfants. Au lieu de cela, les moyens privilégiés pour traiter les problèmes à mesure qu'ils se présentent peuvent consister à mettre en œuvre une intégration plus

lente dans un programme (p. ex. modification de la date de début ou des heures de présence), utiliser des stratégies spécifiques en classe (p. ex. promotion de l'autorégulation, arrivée en classe de l'enfant à un moment plus calme, souplesse relativement aux attentes du programme, promotion d'une implication accrue des parents/personnes responsables, soutien individuel accru pour l'enfant ou recours à une planification propre à l'enfant). Les répondants ont clairement indiqué que ces modifications n'avaient lieu que dans les cas où le programme ou l'école n'étaient pas en mesure de répondre aux besoins individuels de l'enfant pour une raison quelconque (dans la plupart des cas, pour des raisons de structure ou de financement). Les répondants ont également suggéré que les modifications résultaient parfois d'autres problèmes, tels que d'importants problèmes de santé mentale, qui ne pouvaient être résolus que dans le contexte d'une intervention plus formelle. La plupart des fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (54 %) n'avaient « jamais » ou que « rarement » pris des mesures d'adaptation en matière de participation d'un enfant à un programme ou à un milieu d'enseignement pour gérer les comportements de défiance en classe. Dans le cas du 46 % du personnel restant, 16 % des membres ont déclaré avoir réagi « assez fréquemment » à des comportements de défiance en apportant une modification et 30 % ont déclaré avoir eu recours « souvent » ou « presque toujours » à cette méthode en réaction à ces comportements.

Les comportements qui ont le plus souvent incité les fournisseurs à utiliser des modifications comprennent le comportement agressif (83 %), les problèmes de maîtrise des émotions (58 %), la difficulté à exprimer des besoins ou des sentiments (39 %), la difficulté à écouter et à suivre des consignes (38 %) et la difficulté à porter attention (31 %). L'anxiété liée à la séparation, la fugue, l'incapacité de rester éveillé et, dans de rares cas, une agression grave entraînant des risques importants pour la sécurité de l'enfant ou de ses pairs, constituaient d'autres raisons pour lesquelles les

fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants avaient modifié la participation scolaire d'un enfant. Les données de notre enquête auprès des parents/ personnes responsables montrent que plus de la moitié (56 %) des familles dont l'enfant s'est fait imposer une modification de la journée scolaire n'ont reçu que peu ou pas du tout de soutien ou de conseils pour faire face à la situation.

Il est important de noter que cette information a été recueillie uniquement aux fins du présent projet, et qu'il ne s'agit donc pas d'une représentation complète et exacte de ce qui se passe à l'échelle de la province pour réagir

à ce problème. Il est donc clair qu'il faut adopter une méthode intégrale et coordonnée de collecte de données afin de mieux comprendre la prévalence des problèmes de comportement et des problèmes de santé mentale des jeunes enfants ainsi que la manière dont ces problèmes sont gérés dans les programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants de l'Ontario. Il s'agit d'une occasion pour les éducateurs, les spécialistes de l'apprentissage des jeunes enfants, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire et les cliniciens des milieux de soins de santé et des services paramédicaux de travailler ensemble pour mettre en œuvre des solutions visant à aider les enfants en difficulté.

Soutenir un développement socioaffectif positif dès le début

En dépit des efforts visant à promouvoir le bien-être social et à intervenir rapidement lorsqu'un problème survient, il peut être nécessaire, dans certains cas, de modifier ou d'adapter la journée scolaire de l'enfant pour réagir à des préoccupations socioaffectives. Cependant, pour beaucoup, la promotion de la santé mentale, la prévention ainsi que le dépistage et l'intervention précoces peuvent constituer la clé pour éviter que les difficultés socioaffectives et les problèmes de comportement ne persistent et ne s'aggravent – ou aient un impact sur l'individu, sa famille et la société en général (Shonkoff et coll., 2012; Breitenstein, Hill et Gross, 2009; Conners-Burrow et col., 2012; Reynolds et coll., 2011; Gouvernement du Canada, 2006). De nombreuses données probantes suggèrent que les structures et les soutiens fondés sur l'acquisition de compétences socioaffectives, les pratiques de gestion de classe, les interactions adaptées à la culture et positives entre enseignant et enfant et les interactions prosociales entre pairs sont les méthodes les plus à même de répondre aux besoins des enfants vulnérables (Assemblée des Premières Nations, 2012; Brown, 2015; Cohen et coll., 2012; Durden, Escalante et Blitch, 2015; Gilliam, 2005; Jennings et Greenberg, 2009; Lisonbee et coll., 2008, Whitted, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2003; Zeanah et coll., 2005).

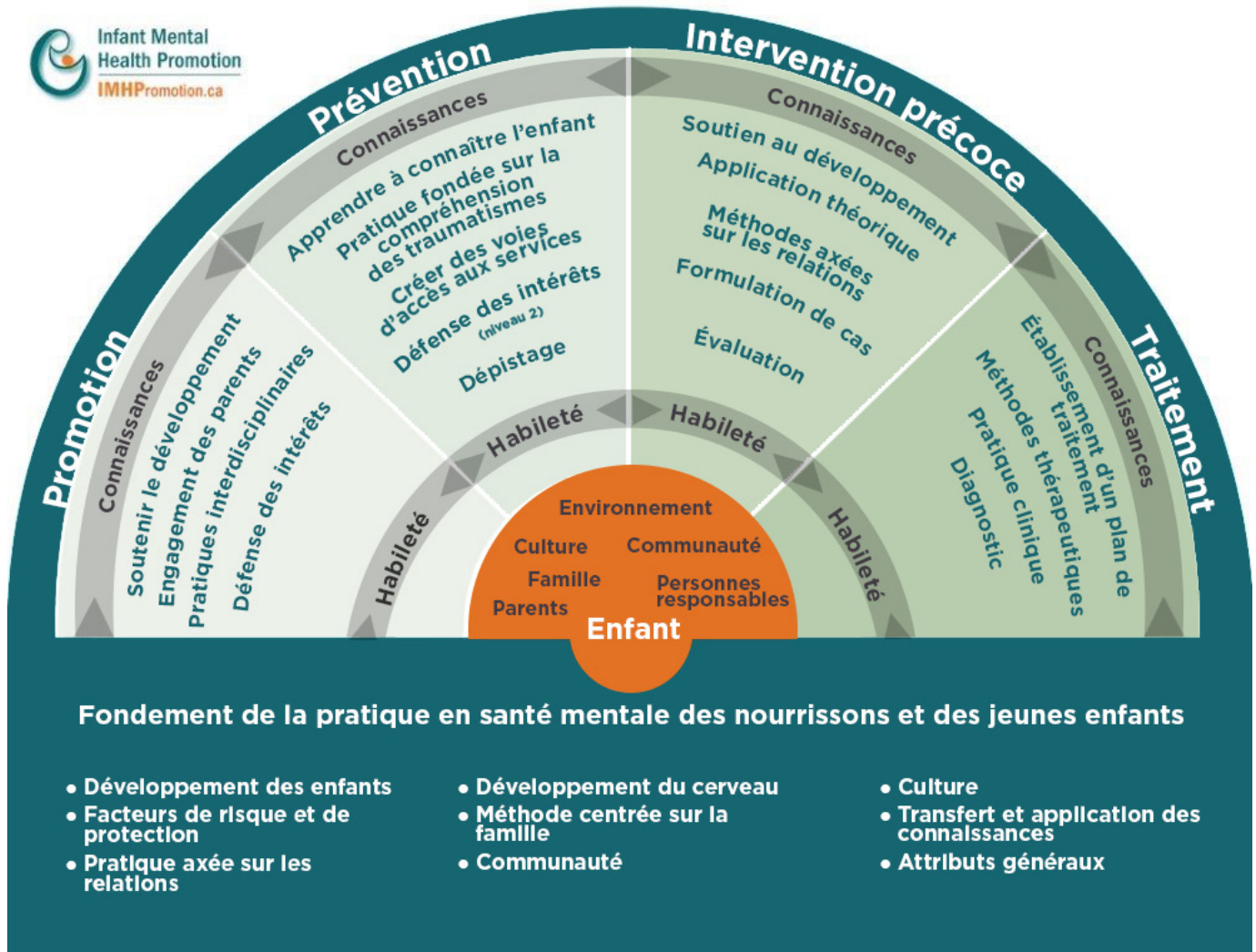
Il existe également d'importants avantages économiques à l'optimisation de la santé mentale des enfants au cours de la petite enfance. En 2011, James Heckman, lauréat d'un prix Nobel, a réalisé une analyse coûts-avantages démontrant

que l'investissement dans les premières années est rentable et permet de réaliser un rendement de 7 % ou plus. En fait, les recherches les plus récentes de M. Heckman ont révélé que des programmes de grande qualité destinés aux enfants défavorisés de la naissance à l'âge de cinq ans peuvent offrir un rendement du capital investi de 13 %, grâce à de meilleurs résultats scolaires et professionnels et à une réduction des coûts liés à l'orthopédagogie, à la santé et au système de justice (Heckman, 2017).

Les conclusions longitudinales tirées d'une autre analyse coûts-avantages ont démontré que, lorsque les enfants issus d'une famille à faible revenu participaient à l'intervention des centres de la petite enfance de Chicago dès l'âge de trois ans au lieu des interventions éducatives standard, le rendement total pour la société s'élevait à 10,83 \$ par dollar investi (Reynolds et coll., 2011). Les avantages provenaient principalement d'économies réalisées en matière d'éducation spécialisée, de retard scolaire, d'évitement de coûts pour le système de justice pénale ainsi que de l'augmentation des revenus et des recettes fiscales (Reynolds et coll., 2011). Dans le cas des enfants qui ont commencé l'intervention à l'âge scolaire plutôt que pendant les années préscolaires, il y avait tout de même un bon rendement du capital investi pour la société, mais il s'élevait plutôt à 3,97 \$ par dollar investi. Cette constatation démontre que plus l'intervention est précoce, plus les avantages sociaux et économiques sont importants (Reynolds et coll., 2011).

Comme l'illustre la figure 1, la promotion et la prévention en matière de santé mentale ainsi que l'évaluation et l'intervention précoces sont toutes importantes pour une approche intégrée visant à soutenir le développement socioaffectif optimal de tous les enfants. Nous abordons chacun de ces aspects ci-dessous. Des traitements spécifiques destinés aux enfants qui ont besoin d'une réponse plus ciblée sont également essentiels, mais dépassent la portée du présent document^{††}.

Figure 1 : Cadre de compétences



Le cadre de compétences illustre les connaissances et les compétences fondamentales requises pour travailler avec des enfants de moins de six ans, tiré de *Core Competencies for Practice in the Field of Infant Mental Health*, de l'organisme Infant Mental Health Promotion (2018). [Une version du graphique accessible aux personnes malvoyantes se trouve sur le site Web de l'organisme Infant Mental Health Promotion](#)

^{††} Veuillez consulter cette [analyse environnementale des programmes éclairés par les données probantes destinés aux enfants de la naissance à l'âge de six ans](#). Dans cette analyse, nous examinons tout particulièrement les programmes qui correspondent aux niveaux de programmes/services 2 et 3 et nous fournissons des informations contextuelles sur les facteurs et les messages clés relatifs au développement social et affectif des enfants âgés de six ans et moins, y compris les définitions actuelles portant sur la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, l'importance de cette étape du développement, les liens entre le développement du cerveau et l'environnement (ainsi que le rôle du stress), les fonctions cognitives et la maîtrise de soi, le tempérament, la résilience, les relations positives en matière de prestation de soins, l'attachement, le jeu et les considérations d'ordre culturel.

Promotion et prévention de la santé mentale

La promotion de la santé mentale des jeunes enfants consiste à renforcer la relation entre le parent/la personne responsable et l'enfant afin de favoriser un développement optimal (Santé publique Ontario, 2015). Les messages de promotion de la santé mentale peuvent être consultés par tous les parents/personnes responsables et visent à accroître la sensibilisation et la compréhension de l'importance du développement socioaffectif précoce des jeunes enfants. Ces messages soulignent le rôle vital que jouent les parents/personnes responsables dans la création et le maintien de relations, d'expériences et d'environnements sains pour tous les enfants, en particulier de la naissance à l'âge de six ans. Il s'agit également d'aider les parents/personnes responsables à reconnaître la résilience et la vulnérabilité et à aider leur tout-petit à exprimer et à maîtriser ses émotions (Cohen, Onunaku, Clothier et Poppe, 2005). Les visites à domicile, les groupes de parents, les groupes de jeu, les activités d'éducation des parents et d'autres efforts visant à sensibiliser la population à la culture et à la langue sont des activités courantes de promotion de la santé mentale qui augmentent la prise de conscience et les connaissances. Elles peuvent aider à résoudre les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent (Cohen et coll., 2005).

En Ontario, les parents/personnes responsables d'enfants de zéro à six ans peuvent profiter sans frais des services des Centres de l'enfant et de la famille « ON y va » dans toute la province. Ces centres offrent aux enfants un environnement sécuritaire, propice à son développement et stimulant pour jouer tandis que les parents/personnes responsables peuvent participer à des programmes axés sur le jeu pour soutenir le développement social et cognitif, la santé et le bien-être des enfants (Toronto District School Board, 2014). De plus, les parents ont la possibilité d'établir des relations positives avec des parents travailleurs, des écoles locales et d'autres fournisseurs de soins avant que l'enfant n'entre dans des milieux formels d'enseignement. Les centres « ON y va » (gérés par le Conseil scolaire du district de Toronto et anciennement connus sous le nom de centres de formation au rôle parental et de littératie pour les familles) ont eu un impact positif sur l'apprentissage et le développement des jeunes enfants. Plus précisément, lors de la rentrée scolaire, les enseignants de la maternelle ont noté que les enfants et les familles qui fréquentaient régulièrement les centres « ON y va » vivaient de meilleures transitions que ceux qui n'avaient pas suivi le programme (Yau et Ziegler, 2005). De

même, les données de l'IMDPE à la rentrée à l'école ont démontré que les enfants qui fréquentaient le centre avec leurs parents/personnes responsables avaient des scores de l'IMDPE nettement plus élevés dans tous les domaines que ceux qui n'avaient jamais été exposés au programme (Yau et Ziegler, 2005).

Pour favoriser la création de salles de classe en bonne santé mentale en Ontario Santé mentale en milieu scolaire Ontario a créé une [série de formations professionnelles](#) et des ressources connexes à l'intention des éducateurs.

Santé mentale en milieu scolaire Ontario offre également une série de ressources, conçues pour et avec les éducateurs, visant à perfectionner leurs connaissances en matière de santé mentale. Le document « Vers un juste équilibre », publié par le ministère de l'Éducation, constitue la base de la plupart des connaissances partagées dans le cadre de cette série de formations professionnelles, qui comprend des séances d'apprentissage facilitées, des tutoriels en ligne, des formations Web et des documents imprimés. Une gamme de documents est également fournie pour aider les éducateurs à intégrer l'apprentissage socioaffectif à la structure de la journée scolaire. Par exemple, [a santé mentale au quotidien, une ressource pour la salle de classe](#), corédigée avec des fédérations d'enseignants et des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire, est offerte gratuitement à tous les éducateurs.

Tout en sachant que la création d'une fondation pour une santé socioaffective positive commence bien avant que les enfants n'entrent à l'école, il est important de s'efforcer de leur fournir des occasions significatives de faire l'apprentissage et de mettre en pratique des moyens de recenser et de gérer leurs émotions, de coopérer et de résoudre les conflits avec leurs camarades de classe et de gérer et de tolérer les situations stressantes et frustrantes (Jennings et Greenberg, 2009). Par exemple, l'apprentissage socioaffectif (ASA) est une approche de promotion de la santé mentale qui s'est avérée efficace pour améliorer considérablement les compétences socioaffectives, le rendement scolaire, la résilience, les capacités d'adaptation et le développement socioaffectif ainsi que pour réduire les comportements d'intériorisation et d'extériorisation (Réseau d'échange de données probantes sur la santé mentale et les toxicomanies, 2016). Un examen récent

de programmes d'apprentissage socioaffectif fondés sur des données probantes a mis en évidence six éléments principaux qui étaient communs à tous les protocoles efficaces : préciser et gérer les émotions, établir et entretenir des relations, cultiver un sentiment de l'identité et d'importance face aux autres, faire face au stress, exercer de bonnes habiletés de fonction exécutive et maintenir une vision optimiste (Réseau d'évidence sur les échanges pour la santé mentale et les toxicomanies, 2016). En outre, les éducateurs peuvent favoriser l'atteinte de résultats positifs en soutenant le perfectionnement de compétences, en modelant régulièrement des relations et des comportements sains et en créant et en facilitant des classes saines en santé mentale, riches en langues, prévisibles, bien gérées et favorisant la mobilisation (Jennings & Greenberg, 2009; World Health Organisation, 2003).

Reconnaissance et évaluation précoces

Les adultes qui travaillent avec des enfants dans différents contextes (y compris l'apprentissage, la garde, l'enseignement et la santé des jeunes enfants) sont bien placés pour déterminer si un enfant est sur la bonne voie pour atteindre des jalons en matière de comportement et de développement. Ces observations, ainsi que des conversations constructives avec les parents/personnes responsables, peuvent aider à décrypter les différents facteurs susceptibles de contribuer aux comportements ou au développement de l'enfant et à préciser les réponses et les appuis potentiels. Des conversations continues et collaboratives entre tous les fournisseurs de services et les parents/personnes responsables sont essentielles à une méthode holistique des soins à l'échelle des différents soutiens et dans tous les contextes.

Même avant que les jeunes enfants n'entrent dans des environnements d'apprentissage et de garde, il existe une excellente occasion de soutenir leur développement socioaffectif dans les milieux de soins primaires et de santé pédiatrique, car les enfants consultent régulièrement des médecins de famille et des pédiatres au cours de leur petite enfance (Zeanah et Gleason, 2009; Cappelli et Leon, 2017). Les parents/personnes responsables ont également tendance à demander l'avis des fournisseurs en soins primaires lorsqu'ils ont des préoccupations au sujet du sommeil, de l'alimentation, du langage ou du comportement de leur enfant. De nombreux professionnels de la santé

spécialisés en soins primaires déclarent se sentir mal outillés pour parler de problèmes de santé mentale en raison du manque de formation ou du temps nécessaire pour traiter ces problèmes (Horowitz et coll., 2007, 2015). Cependant, ces fournisseurs peuvent jouer un rôle important dans le dépistage précoce des problèmes, car ils comprennent les antécédents familiaux (c.-à-d. les facteurs de risque et de protection) et peuvent observer les interactions entre les parents/personnes responsables et l'enfant, fournir aux parents/personnes responsables des informations et des conseils sur le développement de l'enfant et effectuer des dépistages comportementaux, le cas échéant (Zeanah et Gleason, 2009).

Les données de notre enquête démontrent que 47 % des professionnels du secteur de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants de l'Ontario ont orienté des enfants dont ils étaient responsables vers des médecins de famille et des pédiatres lorsqu'ils avaient des inquiétudes au sujet de leur développement socioaffectif. Les praticiens spécialisés en soins primaires peuvent être encouragés à préciser les problèmes socioaffectifs précoces à l'aide d'outils de dépistage des problèmes de développement courants de grande qualité, qui peuvent être particulièrement utiles pour détecter avec précision les risques de problèmes de développement chez les nourrissons et les jeunes enfants, car les symptômes peuvent être assez subtils (Cohen et coll., 2005). Les résultats peuvent être utilisés à la fois pour

préciser des problèmes et fournir des indices afin d'aider les professionnels à réagir adéquatement au risque indiqué pour optimiser les résultats en matière de développement de l'enfant (Cohen et coll., 2005).

Plusieurs outils sont actuellement offerts pour aider les professionnels de la santé spécialisés en soins primaires à préciser les risques potentiels d'un piètre développement socioaffectif. Par exemple, le questionnaire de dépistage du district de Nipissing (Nipissing District Developmental Screen Intellectual Property Association, 2000) peut aider les fournisseurs de services à comprendre l'évolution d'un enfant. En outre, le questionnaire sur les étapes du développement (ASQ; Squires, Twombly et Potter, 2009) est un programme complet de dépistage et de surveillance de premier niveau qui permet de repérer les nourrissons et les jeunes enfants qui, en fonction de leur niveau de risque de développement, peuvent requérir une évaluation plus poussée (Squires, Twombly et Potter, 2009). Pour les enfants en bas âge, il est recommandé d'utiliser l'ASQ en conjonction

avec le questionnaire sur les étapes du développement socioaffectif (Squires, Bricker, Twombly, 2015), qui est axé spécifiquement sur le comportement socioaffectif d'un enfant et qui est communément utilisé à l'échelle des populations d'enfants (y compris dans un certain nombre de collectivités autochtones de l'Ouest canadien).

En fin de compte, de multiples sources d'information (p. ex. observations, rapports des parents/personnes responsables) et une sensibilité à la culture de l'enfant et de la famille sont nécessaires pour bien comprendre la situation relative au développement socioaffectif de l'enfant. Toutefois, l'utilisation structurée de listes de contrôle et d'outils de dépistage et d'évaluation est un moyen efficace et sensible d'entamer la conversation sur la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants. Une fois qu'une image claire des problèmes de l'enfant commence à émerger, il faut utiliser une approche collaborative pour intervenir et résoudre les problèmes.

Programmes d'intervention précoce visant à favoriser un développement socioaffectif optimal

Il n'existe pas de programme, de méthode ou de solution unique pour relever les défis que vivent les enfants qui ont des problèmes de santé mentale. Chaque enfant a une étiologie unique avec un problème sous-jacent et un contexte spécifique dans lequel il s'exprime. Cependant, une analyse des programmes et des méthodes d'intervention visant spécifiquement à relever les défis sociaux et affectifs de ce groupe d'âge^{‡‡} a démontré que, quelle que soit l'intervention, trois éléments clés du programme sont essentiels à l'obtention de résultats positifs par les enfants et leur famille. Il faut : 1) améliorer les connaissances et les compétences des fournisseurs de services; et 2) acquérir des connaissances et des compétences liées à l'apprentissage socioaffectif des parents/personnes responsables et des

enfants par le biais de programmes de promotion de la santé mentale; et 3) promouvoir des relations de qualité.

Améliorer les connaissances et les compétences

Les personnes qui travaillent avec des enfants âgés de trois à six ans (y compris les fournisseurs de services d'apprentissage et de garde et les enseignants de la maternelle) ont des antécédents et des expériences pédagogiques variés, ainsi que différents niveaux de formation et de compréhension culturelle. Dans le cadre du cercle de soins d'un enfant, cette situation a entraîné

^{‡‡} Veuillez consulter cette [analyse environnementale des programmes éclairés par les données probantes destinés aux enfants de la naissance à l'âge de six](#). Cette analyse comprend 37 études portant sur 35 programmes ou méthodes uniques mis en œuvre dans différents milieux de l'enseignement (préscolaire, prématernelle et maternelle), dans des milieux familiaux ou dans des milieux combinés éducatifs et familiaux.

une compréhension inégale de la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que des niveaux variés de compétences pour préciser et résoudre les problèmes (Kulkarni, Persaud et Hill, 2015). Par exemple, certains enseignants ne reçoivent que peu ou pas du tout de formation sur la santé mentale durant la petite enfance, ce qui peut avoir une incidence sur leur capacité à interpréter et à gérer les comportements de défiance en classe, en particulier lorsqu'il s'agit de problèmes d'intériorisation (Kokkinos et coll., 2004). Cette constatation est appuyée par nos enquêtes et nos entrevues auprès de répondants clés. Les conseillers ministériels et les conseillers en politiques ont souligné que l'absence de contenu en matière de santé mentale dans les formations de base et le perfectionnement professionnel continu des personnes travaillant avec de jeunes enfants constituait un obstacle majeur au développement socioaffectif sain des enfants de trois à six ans de l'Ontario.

On a constaté que les stratégies de formation qui enseignent aux éducateurs comment aider les enfants aux prises avec des difficultés affectives ou comportementales et qui favorisent un environnement d'apprentissage positif améliorent l'auto-efficacité de l'enseignant (Steed et Duran, 2013) et la compétence sociale des enfants (p. ex. leur méthode d'apprentissage et leur fonction exécutive; Morris et coll., 2013). Mettre à la disposition des enseignants des connaissances et des compétences liées à la santé mentale des jeunes enfants qui s'inscrivent dans leur rôle de promotion d'un développement socioaffectif constitue une avancée importante. En outre, les éducateurs doivent disposer d'un accès facile à des ressources, des outils et du matériel orientés vers l'action qu'ils peuvent utiliser pour favoriser une santé mentale saine, maintenir des classes calmes et accueillantes et intervenir tôt lorsque des élèves ont du mal à gérer leur comportement et leurs émotions (Santé mentale en milieu scolaire Ontario, 2019).

Apprentissage socioaffectif et promotion de la santé mentale

Les parents/personnes responsables sont essentiels au succès des enfants et, par conséquent, l'accroissement de leurs connaissances et de leurs compétences est essentiel à un développement socioaffectif sain durant la petite enfance (Fung et Fox, 2014; Furlong et coll., 2012; Pears, Kim, Healey, Yoerger et Fisher, 2015). Il existe plusieurs méthodes de promotion de la santé mentale sur lesquelles les parents/personnes responsables peuvent s'appuyer (ACSM, 2019).

Les groupes d'éducation parentale se sont révélés efficaces pour renforcer l'apprentissage des connaissances et des compétences socioaffectives des parents relativement au

développement de leur enfant. Par exemple, un programme parental visant à sensibiliser les parents/personnes responsables à la maîtrise des émotions et à l'acquisition d'habiletés d'encadrement des émotions est associé à une diminution des problèmes de comportement des enfants, comme l'ont signalé des parents, des personnes responsables et des enseignants (Havighurst et coll., 2013). De même, un programme de formation conçu pour aider les parents/personnes responsables à utiliser des compétences centrées sur l'enfant (p. ex. louer l'enfant, décrire le comportement ou le jeu approprié, etc.) a également permis de réduire considérablement les problèmes de conduite des enfants et de fonctionnement adaptatif à l'étape du suivi ainsi qu'à réduire le stress des parents et des personnes responsables (Niec, Barnett, Prewett et Shanley Chatham, 2016). Enfin, on a constaté qu'un programme de mise en œuvre des voies d'accès, qui comprend une formation dirigée par le parent/la personne responsable sur l'importance de la relation entre le parent/la personne responsable et l'enfant, par le biais d'une psychoéducation et de stratégies cognitivo-comportementales, réduisait les problèmes de comportement de l'enfant, augmentait les comportements prosociaux et, au bout du compte, réduisait le nombre de diagnostics cliniques après traitement (Fung et Fox, 2014).

Éduquer les parents/personnes responsables sur l'importance de leur propre santé mentale et sur les stratégies visant à préserver leur bien-être s'est également avérée efficace pour la gestion des comportements à problème de leur enfant. Par exemple, les parents/personnes responsables qui ont participé à un programme de réduction du stress par la pleine conscience ont non seulement déclaré se sentir moins stressés après la formation, mais ont également signalé moins de problèmes de comportement chez leur enfant (Neece, 2014). En plus d'aider les parents/personnes responsables à apprendre et à mettre en œuvre des stratégies pour soutenir directement leur enfant, plusieurs répondants issus des secteurs d'apprentissage et de garde ont indiqué que leurs organismes soutenaient les parents/personnes responsables dans l'acquisition de connaissances sur les jalons de développement, leurs propres besoins socioaffectifs et l'importance de l'attachement au moyen d'ateliers et de programmes psychoéducatifs.

Bien que les interventions dirigées par les praticiens et les parents/personnes responsables soient essentielles à la gestion des comportements problématiques, il est également très utile d'améliorer l'alphabétisation socioaffective des enfants (Réseau d'échange de données probantes en santé mentale et en toxicomanie, 2016). Par exemple, à la suite du programme parental de préparation à l'école, le fonctionnement comportemental des enfants s'est

nettement amélioré – encore davantage dans le cas de ceux qui ont suivi une formation enrichie sur le développement socioaffectif et l'autorégulation intégrée à un programme plus général (Grazino & Hart, 2016). Une étude rigoureuse portant sur plus de 200 enfants (de la maternelle à la troisième année) a également démontré que les leçons en milieu scolaire sur la surveillance des émotions et la maîtrise de soi (c.-à-d. la diminution de l'intensification des comportements) contribuaient à réduire les problèmes signalés par les enseignants et entraînaient une réduction substantielle des mesures disciplinaires et des suspensions sur une période de quatre mois (Wyman et coll., 2010). Dans d'autres recherches, des enfants qui ont participé à un programme axé sur la pleine conscience intégré à un milieu d'enseignement préscolaire ont amélioré encore davantage la compétence sociale et la capacité d'apprentissage par rapport à leurs pairs du groupe témoin (Flook, Goldberg, Pinger et Davidson, 2015). Ces exemples démontrent l'importance et la valeur d'inclure les enfants en tant que participants actifs dans leur propre développement, en particulier dans les milieux de l'apprentissage des jeunes enfants et scolaire.

« Semaines de l'empathie », « Racines de l'empathie » et « MindUP™ » sont des exemples de programmes d'apprentissage socioaffectif fondés sur des données probantes qui ont été conçus pour être mis en œuvre auprès de jeunes enfants dans des milieux et des salles de classe de la petite enfance (c.-à-d. de la prématernelle à la huitième année) pour cultiver et maintenir les compétences socioaffectives fondamentales. Plusieurs études ont démontré l'impact positif de ces programmes sur la santé mentale des jeunes enfants, car ils améliorent la maîtrise et la régulation cognitives et émotionnelles des jeunes enfants et leur acceptation par les pairs et ils réduisent les symptômes de dépression et de comportement agressif (Connolly et coll., 2018; Schonert-Reichl et coll., 2015). Ces programmes comprennent également la participation active des parents/personnes responsables au développement socioaffectif de leur enfant. Plus particulièrement, MindUP™ fournit aux personnes responsables un programme qui peut être mis en place à la maison pour favoriser un dialogue sain sur le bien-être socioaffectif et améliorer les relations .

Toutes les parties qui participent au cercle de soins d'un enfant (y compris l'enfant lui-même) peuvent bénéficier de connaissances et de compétences accrues et d'un apprentissage socioaffectif plus approfondi. En fait, l'intérêt d'une participation de tous les intervenants dans le processus d'apprentissage continu a été démontré dans une étude longitudinale contrôlée randomisée portant sur plus de 1 000 enfants d'âge préscolaire et leurs parents/personnes responsables dans un quartier défavorisé de New York (Dawson-McClure et coll., 2015). L'intervention

comportementale en milieu scolaire axée sur la famille, qui a duré 13 semaines, comprenait une intervention parentale (c.-à-d. la promotion des connaissances, le soutien du comportement positif, la gestion du comportement et l'implication dans l'apprentissage des jeunes enfants) avec un groupe d'enfants impliqué simultanément afin de promouvoir les compétences socioaffectives et l'autorégulation. Le perfectionnement professionnel des enseignants de prématernelle et de maternelle a également été inclus pour aider à améliorer le climat de la classe et donner aux éducateurs des stratégies pour optimiser le développement socioaffectif des élèves et l'apprentissage des jeunes enfants. L'intervention a intentionnellement réuni les groupes de parents et d'enfants pour offrir aux familles la possibilité d'établir des relations positives et de mettre en pratique les compétences nouvellement acquises dans un environnement favorable. Les résultats de cette étude ont démontré des améliorations significatives des connaissances parentales, une diminution des compétences parentales négatives et incohérentes et une réduction du taux de problèmes de comportement comparativement aux familles et aux enfants ayant reçu une éducation prématernelle normale (Dawson-McClure et coll., 2015). Le succès de l'intervention semble provenir de la participation de l'ensemble du cercle de soins de l'enfant et de la suppression des obstacles potentiels, comme la garde d'autres enfants de la famille, les incitations à la participation et à la réalisation du programme, ainsi qu'un engagement continu des enseignants en personne et au téléphone. Assurer des soins adaptés à la culture et favoriser des relations de qualité entre les personnes responsables, les enfants et les éducateurs étaient également des facteurs clés du succès (Dawson-McClure et coll., 2015).

Favoriser des relations de qualité

Bien que les connaissances et les compétences soient essentielles, « les relations constituent le fondement du développement des compétences socioaffectives » (Whitted, 2011, p. 10). Pour assurer des résultats positifs en matière de développement, les enfants ont besoin d'adultes réactifs, sensibles et mobilisés pour les aider à perfectionner ces aptitudes de vie essentielles. Même dans les cas où les enfants sont exposés à des expériences négatives, ceux qui entretiennent des relations positives avec des personnes responsables mobilisées et qui se voient imposer des règles et des limites appropriées sont plus susceptibles de connaître des résultats positifs que les autres quand ils commencent l'éducation formalisée (Duncan et coll., 2007; Raver et Knitzer, 2002).

Par exemple, la thérapie interactive parent/enfant est une intervention qui vise à aider les parents et personnes responsables à utiliser des méthodes centrées sur l'enfant

et axés sur les forces lorsqu'ils interagissent avec leurs enfants. Il a été démontré que cette thérapie atténuait non seulement l'extériorisation des problèmes de comportement des enfants, mais également le stress des parents et personnes responsables (Niec et coll., 2016). Le programme de mise en œuvre des voies d'accès (Fung et Fox, 2014), qui accroît les comportements prosociaux et réduit les comportements perturbateurs par le biais du jeu et de la psychoéducation, est un autre exemple d'intervention qui établit une relation solide entre les enfants et les adultes.

Les relations entre les fournisseurs sont également essentielles pour obtenir des résultats positifs pour un enfant. Par exemple, le modèle de consultation en santé mentale des jeunes enfants utilisé aux États-Unis souligne l'importance de favoriser les relations entre les fournisseurs de services de garde et d'enseignement des jeunes enfants, les enfants et leur famille (Conners-Burrow et coll., 2013; Fischer, Anthony, Lalich, et Blue, 2014, Perry, 2011). Ici en Ontario, les données de notre enquête démontrent que pour dissiper les inquiétudes liées au développement socioaffectif des jeunes enfants, les répondants du secteur des services d'apprentissage et de garde font souvent appel à des spécialistes externes, à des consultants en ressources, à des éducateurs spécialisés et à des membres de leur propre équipe de direction pour collaborer et résoudre ensemble les problèmes. La confiance et les liens instaurés entre un consultant en santé mentale et des fournisseurs de services d'enseignement contribuent à renforcer les capacités, ce qui peut améliorer la relation entre fournisseurs et enfants et aider au climat général de la salle de classe (Perry, Dunne, McFadden et Campbell, 2008). Il a été démontré que ce modèle permet de réduire les problèmes comportementaux et d'accroître les aptitudes sociales grâce à l'utilisation de stratégies de gestion de classe plus positives (Fischer et coll., 2014; Gilliam et coll., 2016; Ocasio et al., 2015; Perry et coll., 2008 Raver et coll., 2009), qui permettent d'éviter les suspensions et les expulsions en milieu préscolaire (Perry et coll., 2008; Vinh, Strain, Davidon et Smith, 2016) et de réduire l'épuisement professionnel des enseignants (Conners-Burrow et coll., 2013). L'établissement de relations continues et collaboratives entre les éducateurs et un fournisseur de soins offrant des services de santé mentale

en classe ou à même l'école (p. ex. un psychologue, un psychiatre, un travailleur social, etc.) qui peut offrir des séances de consultation semble être efficace pour gérer et réagir de manière positive aux comportements de défiance (Gilliam, 2005).

Des stratégies et des programmes moins coûteux, qui mettent directement l'accent sur la relation enfant-enseignant pour obtenir des résultats positifs, sont également utiles pour soutenir le développement socioaffectif de l'enfant. Par exemple, il a été démontré que des interventions visant à accroître la sensibilité et la réactivité des enseignants renforçaient et amélioraient les relations et réduisaient les problèmes de comportement chez les jeunes enfants (Driscoll & Pianta, 2010; Williford et coll., 2015).

Les programmes et les interventions qui soutiennent la santé mentale des jeunes enfants ont manifestement plus de succès lorsqu'ils : 1) sont dispensés par des professionnels bien formés travaillant avec les parents/ personnes responsables et les enfants eux-mêmes; et 2) sont caractérisés par des relations positives qui favorisent le développement socioaffectif et le bien-être. Ici en Ontario, alors qu'une gamme de services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes est offerte à l'échelle du continuum de soins dans chaque collectivité, une analyse de l'environnement de Clinton et coll. (2014) a démontré qu'il existait d'importantes incohérences et lacunes dans le système provincial de santé mentale des tout-petits et des jeunes enfants. Ainsi, trop d'enfants et de familles qui ont besoin d'un soutien socioaffectif et comportemental ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin (Cooper, Masi et Vick, 2009). Les données de notre enquête démontrent que même lorsque les services sont disponibles, plusieurs obstacles (y compris la distance, les longues listes d'attente, les services coûteux, le manque d'accès aux services dans la langue maternelle, le manque de sensibilisation et de savoir-faire culturels) empêchent les familles d'accéder en temps opportun à du soutien. Dans la section suivante, nous proposons des recommandations fondées sur des données probantes visant à combler ces lacunes et à assurer le développement socioaffectif positif de nos plus jeunes Ontariens.

Recommandations

Nous proposons huit recommandations visant à guider une réponse collective intersectorielle pour satisfaire les besoins de développement socioaffectifs des enfants âgés de trois à six ans. Ces recommandations, qui reposent sur les conclusions de notre revue de la littérature, de sondages et d'entrevues avec des répondants clés, ont ensuite été affinées par le biais de discussions avec notre comité consultatif. Une fois les recommandations rédigées, nous avons consulté divers intervenants et des tables communautaires pour les peaufiner davantage.

1 Créer un cadre commun de politiques et de pratiques pour la province afin d'harmoniser les efforts en matière de santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants.

Étant donné que les allocations de fonds sont essentielles à l'orientation des décisions relatives à la prestation des services et à l'affectation des ressources nécessaires à la coordination, nous avons besoin d'une vision commune en matière d'éducation, de santé, de développement et de services communautaires et sociaux entre les ministères et les différents paliers de gouvernement. La participation des secteurs des soins aux adultes (tels que la santé mentale et la toxicomanie, les services d'établissement, etc.) est également nécessaire pour aider les parents/personnes responsables, à la fois individuellement et dans le cadre de l'écosystème familial, afin de favoriser une santé et un bien-être efficaces et durables. Une approche pangouvernementale (qui inclut un point de mire sur une vision autochtone du monde) est essentielle pour assurer la mise en place d'un cadre commun de politiques et de pratiques qui appuie les décisions de financement et la répartition des ressources de façon : 1) à être alignées sur les besoins des jeunes enfants et de leur famille; et 2) à représenter la diversité culturelle et linguistique de la province.

2 Veiller à fournir des occasions de formation préalable ainsi que de formation continue de qualité portant sur le soutien au développement socioaffectif des enfants de trois à six ans, à l'intention des fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, des enseignants, des fournisseurs de soins primaires, des infirmiers en santé publique, etc. Le contenu de la formation doit être fondé sur les plus récentes données relatives au développement socioaffectif et à la santé mentale durant la petite enfance et mettre l'accent sur une pratique axée sur les relations.

Bien que ce document constitue un point de départ, il n'existe actuellement aucune compréhension cohérente et exhaustive de la santé mentale des jeunes enfants et des principaux jalons du développement socioaffectif dans les différentes disciplines qui travaillent régulièrement auprès des jeunes enfants et leurs parents/personnes responsables. Sans une compréhension commune du continuum du développement, les fournisseurs ont du mal à savoir quand se préoccuper d'un comportement et quelle méthode adopter pour réagir du point de vue culturel et linguistique. Par conséquent, des leaders possédant une expertise dans le domaine doivent élaborer un corpus

commun de connaissances afin de guider les soutiens que nous fournissons à nos plus jeunes Ontariens. Ce corpus de connaissances doit reposer sur les plus récentes données probantes concernant le développement socioaffectif et la santé mentale durant la petite enfance, et faire l'objet d'une promotion (sans frais) auprès des fournisseurs de services dans tous les secteurs touchés (y compris, mais sans s'y limiter, les fournisseurs de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, les enseignants, les infirmiers en santé publique, les fournisseurs de services de santé mentale et les professionnels paramédicaux). Ces connaissances doivent être appropriées du point de vue culturel et linguistique, éclairer à la fois la formation préalable et les possibilités de perfectionnement professionnel continu et être adaptées aux besoins en matière de connaissances de ceux qui assument des rôles professionnels particuliers, à la fois en termes de contenu et de profondeur.

3 Élaborer et promouvoir des ressources et des documents didactiques pour aider les parents à comprendre et à optimiser le développement socioaffectif des enfants de trois à six ans.

Les parents et les personnes responsables ont également besoin d'avoir accès à des connaissances sur le développement socioaffectif et la santé mentale durant la petite enfance. Les ressources sur mesure (élaborées en tenant compte des besoins en matière de connaissances des parents et des personnes responsables et en fonction de leurs préférences en matière d'apprentissage) doivent être disponibles pour les aider à cerner les défis et à s'assurer que leur enfant reçoit les bons soutiens au bon moment. Ces documents doivent être élaborés conjointement avec des membres de la famille, des experts et des fournisseurs de soutien afin de veiller à créer un produit d'apprentissage éclairé qui intègre les connaissances de chaque groupe. En outre, ces ressources et ces documents didactiques doivent intégrer les considérations linguistiques et d'identité culturelle. De telles ressources doivent aider les parents à soutenir l'acquisition de compétences de base du développement socioaffectif de leur enfant, comme l'empathie, la résilience, l'estime de soi, la confiance en soi, la régulation émotionnelle, l'apprentissage affectif, la résolution de conflits, la résolution de problèmes, la gestion du stress et la conscience sociale dans les établissements scolaires et les milieux d'apprentissage des jeunes enfants, car ces compétences sont essentielles à l'épanouissement des enfants et leur permettent d'éviter les futurs défis comportementaux et émotionnels (Réseau d'échange de

données probantes sur la toxicomanie et la santé mentale, 2016). Dans l'ensemble de la documentation, il existe un consensus sur les composantes les plus efficaces de la programmation de l'apprentissage socioaffectif (ASA), qui comprend : 1) l'intégration des programmes ASA à l'échelle de l'environnement scolaire et du programme d'enseignement général; 2) des programmes qui intègrent un apprentissage séquencé, actif, interactif, ciblé et explicite; 3) un point de mire sur l'acquisition de compétences; 4) l'implication des parents et des personnes responsables ; et 5) des programmes ciblant tous les âges et tous les niveaux d'éducation (Réseau d'échange de données probantes sur la toxicomanie et la santé mentale, 2016).

4 Renforcer et améliorer les partenariats entre les secteurs afin d'assurer une communication efficace, des voies d'accès claires et efficaces et la responsabilisation relativement à la prestation de services de santé mentale durant la petite enfance.

La nécessité de mieux relier certaines parties du système de soins afin d'assurer la cohérence dans la manière dont les services de santé mentale à l'intention des jeunes enfants sont structurés et fournis est un thème récurrent qui est apparu dans le cadre de notre collecte de données. Pour une prestation optimale des soins, une communication robuste est essentielle entre les fournisseurs de services d'enseignement, d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, de services de soins primaires et de services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents. La coordination et la collaboration entre les services et une infrastructure permettant de partager les connaissances pour mettre en œuvre un plan de soins exhaustif sont essentielles (p. ex. la création d'un fichier électronique qui permet aux praticiens de partager les informations de l'enfant, le plan de traitement, etc. ou l'organisation de conférences de cas et de réunions d'encadrement où tous les fournisseurs et la famille se réunissent régulièrement pour préciser les objectifs du traitement, suivre les progrès, etc.). Les voies d'accès entre les services de santé, d'éducation et de santé mentale communautaire doivent être renforcées pour assurer un soutien plus méthodique aux enfants et aux familles. Il faut tenir par ailleurs aussi compte des besoins linguistiques et de l'identité culturelle des enfants et de leur famille.

5 Préciser et mettre en œuvre des outils normalisés pour recueillir des données sur les enfants de trois à six ans dans tous les secteurs afin de renseigner la planification des traitements, de concevoir des soutiens et de fournir un aperçu provincial de la situation de nos plus jeunes Ontariens.

Nous ne disposons pas actuellement d'une compréhension exacte et exhaustive du statut socioaffectif de nos plus jeunes enfants. Pour s'assurer que les services et le soutien destinés aux enfants de trois à six ans en Ontario sont fondés sur des données probantes, nous avons besoin de données exactes et opportunes sur les besoins et les forces de cette population (c.-à-d. les résultats de développement, le soutien familial et social existant, les déterminants sociaux de la santé et d'autres facteurs de risque connus). Pour faciliter cela, des outils normalisés et des lignes directrices connexes doivent être élaborés et utilisés à la fois pour renseigner l'intervention précoce et le traitement au niveau de la famille, et pour donner un aperçu général de la situation des enfants au niveau provincial.

La collecte de données dans les conseils scolaires est également essentielle. À mesure que des activités de promotion de la santé mentale et des programmes d'apprentissage socioaffectif seront introduits et que de nouvelles ressources en santé mentale destinées à la petite enfance seront élaborées, il sera important d'en surveiller l'adoption, l'utilisation, la fidélité et l'efficacité. Les voix des éducateurs, des directeurs et des parents/de la famille peuvent également être très instructives dans le cadre des efforts continus d'amélioration de la qualité. En outre, les interventions individuelles effectuées auprès des élèves (qui peuvent être recueillies de façon anonyme, mais qui doivent inclure des informations relatives à la culture, à la race et à la langue) doivent comprendre des données sur les aiguillages aux équipes scolaires, aux professionnels de la santé mentale des écoles ou aux organismes de santé mentale communautaires; des données de gestion du comportement positif; un suivi des progrès de la mise en œuvre de la stratégie; de l'information sur les suspensions et les expulsions; ainsi que des statistiques sur toute modification ou adaptation apportées à la journée scolaire ou à la participation d'un enfant. Il existe actuellement de bonnes plateformes et de bons outils qui peuvent être

adaptés ou améliorés pour comprendre ces éléments afin de mieux cerner les besoins, les défis, les ressources disponibles et les pratiques actuelles de la province en matière de santé mentale. Ces connaissances peuvent être utilisées pour guider notre réponse collective et notre soutien aux enfants et aux familles d'une manière qui tienne compte des différences culturelles et linguistiques.

6 Fournir un financement adéquat pour la recherche, la mise en œuvre et l'évaluation continue de programmes de promotion, de prévention et d'intervention fondés sur des données probantes et destinés à la santé mentale durant la petite enfance.

Pour assurer un développement socioaffectif positif et une santé mentale durant la petite enfance aux enfants de trois à six ans de l'Ontario, des investissements ciblés sont nécessaires afin de soutenir la mise en œuvre et l'évaluation continue des efforts de promotion, de prévention et d'intervention fondés sur des données probantes. Bien que de nombreux programmes soutiennent actuellement la santé mentale à un jeune âge, peu d'entre eux ont été évalués avec rigueur. Des approches et des composantes communes à ces programmes ont été précisées, comme l'accroissement des connaissances et des compétences et la promotion de relations de qualité, mais nous avons besoin de plus d'informations sur ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes.



7 Veiller à ce que les enfants qui éprouvent des problèmes de développement socioaffectif soient identifiés tôt et reçoivent un dépistage régulier et un soutien ciblé.

Les enfants qui présentent des signes de vulnérabilité sur le plan de la santé mentale doivent être identifiés tôt et, une fois identifiés, avoir accès à une intervention et à un soutien réguliers. Les efforts de collaboration sont essentiels entre les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs de soins primaires communautaires et les personnes travaillant dans des environnements d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Les parents et les personnes responsables doivent bénéficier d'un soutien immédiat en attendant une évaluation et une intervention plus poussées.

Par exemple, ici en Ontario, les services aux enfants du comté de Bruce sont associés aux conseils scolaires locaux depuis l'an 2000, dans le but d'obtenir les réponses des familles au questionnaire sur les âges et les stades, lors des séances d'inscription dans les classes de maternelle (Let's Learn Grey Bruce). On a demandé aux parents d'apporter le questionnaire « Étapes du développement » (ASQ) de leur enfant auquel ils ont répondu au moment de l'inscription, qui était ensuite évalué par un membre du personnel des services à l'enfance. Dans les cas où l'évaluation de l'enfant indiquait un risque de retard de développement, la personne responsable du dépistage (avec le consentement du parent ou de la personne responsable) devait orienter l'enfant directement aux services de soutien pour un suivi.

En 2018, le comté de Bruce a examiné le programme Let's Learn à l'interne. De l'avis général, bien que le fait de remettre le questionnaire ASQ lors de l'inscription à la maternelle ait eu de la valeur, il n'y avait pas assez de temps pour fournir des soutiens appropriés aux enfants ayant des besoins avant la rentrée scolaire. En conséquence, les services aux enfants du comté de Bruce lancent cette année, le programme Bruce County's Journey Through the Ages and Stages (2019). Au cours de la première phase du programme, le comté de Bruce travaillera en partenariat avec les organismes de services de garde pour faire remplir le questionnaire à toutes les familles du système de garde d'enfants afin que les problèmes puissent être signalés et que l'intervention puisse être effectuée rapidement. Afin d'aller de l'avant, le comté de Bruce espère que la participation régulière à un questionnaire de dépistage, y compris le questionnaire ASQ-SE:2, constituera une exigence

de contrat de service de toutes les garderies dans le cadre de leur processus d'intégration des nouvelles familles.

Durant la prochaine phase, le comté de Bruce communiquera avec d'autres fournisseurs de services de garde et de services à la petite enfance (p. ex. les services médicaux, les services aux enfants et aux familles, etc.) pour coordonner leurs efforts avec des partenaires qui effectuent le dépistage et le repérage des enfants à risque qui ne sont pas impliqués dans le système de garde d'enfants agréé. Cette approche proactive permettra à la communauté de mieux répondre au besoin en matière d'apprentissage, de développement et de bien-être des enfants.

8 Veiller à ce que tous les enfants et leur famille aient accès à des services de santé mentale de qualité, adaptés aux enfants de trois à six ans et ancrés dans un engagement ferme des familles.

Il n'existe pas d'approche unique qui satisfera les besoins de tous les jeunes enfants susceptibles d'avoir de faibles résultats socioaffectifs. Au moyen d'une formation et d'un perfectionnement professionnel appropriés, les praticiens de tous les secteurs qui travaillent avec les enfants et leur famille disposeront de bases solides en santé mentale durant la petite enfance et seront en mesure de travailler avec les familles pour préciser les solutions adaptées à leur enfant, particulièrement les enfants âgés de trois à six ans. Pour procéder de manière efficace, les praticiens doivent être capables de comprendre le contexte d'une famille et d'évaluer ses forces et ses besoins.

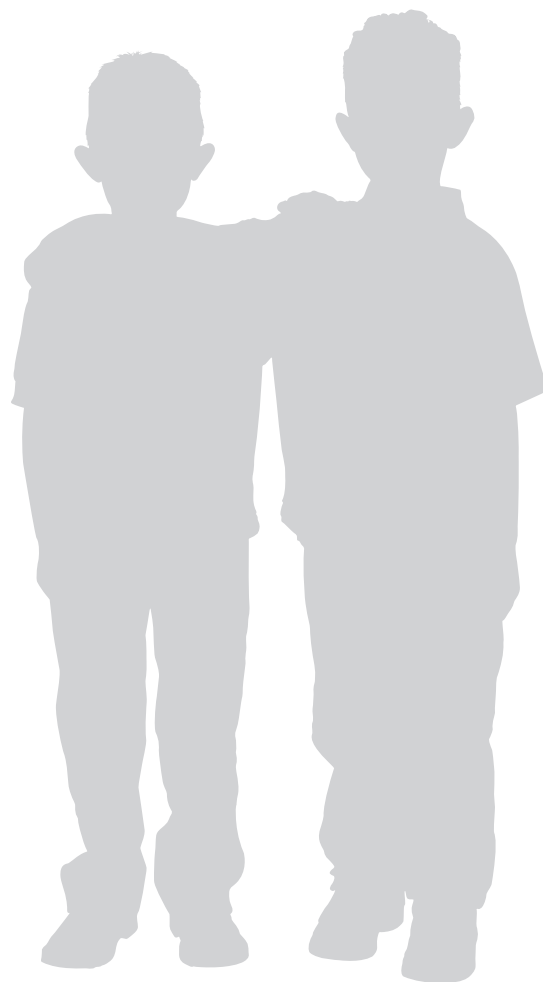
Les pratiques d'engagement des familles s'inscrivent dans une philosophie de prise en charge axée sur la famille, qui reconnaît les familles en tant qu'experts lorsqu'il s'agit de soutenir leur enfant; favorise un partenariat équitable entre les familles et les fournisseurs de soins; et valorise le rôle de la famille dans la prise de décisions et la mise en œuvre du plan de prise en charge de leur enfant (Lieberman et Van Horn, 2005). La collaboration entre les parents/personnes responsables de tous les groupes culturels et linguistiques et les fournisseurs de services de tous les secteurs est essentielle pour assurer le développement socioaffectif vigoureux de nos plus jeunes enfants et des résultats positifs soutenus qui contribueront à leur succès au fil des années.

Limites de ce travail

Ce document est l'un des premiers rapports exhaustifs centrés spécifiquement sur le développement socioaffectif des enfants de trois à six ans. Il réunit la documentation didactique ainsi que les contributions et expériences de divers intervenants, y compris les parents/personnes responsables de tout l'Ontario. Comme dans toute étude, cependant, il existe plusieurs limites inhérentes à ce travail. Premièrement, ce document a été élaboré pour répondre aux préoccupations exprimées par des fournisseurs de services en santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents et des éducateurs communautaires en Ontario au sujet des comportements de défiance dans le cadre des programmes formels de garde et d'enseignement, pour indiquer comment la participation des enfants à ces programmes a été affectée par ces défis et pour préciser les difficultés rencontrées par les parents/personnes responsables pour les gérer. À ce jour, il n'y a pas eu de collecte systématique de données sur ce sujet en Ontario. Il est donc difficile de comprendre la portée et la prévalence des problèmes de développement socioaffectif chez les enfants de trois à six ans et de vraiment cerner comment ces défis influent sur la participation et la réussite dans des milieux structurés de garde et d'enseignement. Comme une grande partie de la recherche actuelle provient des États-Unis, il y a là une occasion de faire appel à des méthodes qui ont été utilisées par des chercheurs américains comme point de départ pour comprendre les problèmes à l'échelle locale.

Deuxièmement, même si de grands efforts ont été déployés pour joindre et mobiliser divers intervenants, nos stratégies de recrutement peuvent avoir entraîné des biais d'échantillonnage et de non-réponse. Cela a probablement eu une incidence sur les personnes qui ont choisi de participer, celles qui ont choisi de ne pas participer et les motifs de ce choix. La taille restreinte de nos échantillonnages, en particulier en ce qui a trait aux familles, nous préoccupe également. Par conséquent, bien que des thèmes communs ressortent de nos sondages et de nos entrevues, nous reconnaissons que ce document ne reflète pas l'ensemble des points de vue des parents/personnes responsables de l'Ontario. Malgré cela, nous avons amorcé un dialogue avec un large éventail d'intervenants qui, avec les parents/personnes responsables, constituent un soutien essentiel pour les enfants de ce groupe d'âge. Nous sommes persuadés que les informations recueillies et nos suggestions pour aller de l'avant vont dans le sens d'une réponse intersectorielle et collaborative pour résoudre cet important problème, de façon à éviter que les difficultés ne persistent au fil du temps.

Enfin, tout au long de ce document, nous avons fait référence à la nécessité de veiller à ce que les facteurs, les forces et les lacunes culturels et linguistiques soient pris en compte à la fois dans la compréhension du contexte de l'enfant et de la famille et dans l'élaboration de réponses et de soutiens potentiels. À l'avenir, il conviendra d'accorder une attention particulière à la manière dont la culture et la langue, ainsi que la race et l'ethnie, interviennent tous dans la vie de tous les enfants, de tous les adolescents et de toutes les familles de l'Ontario. Ces aspects doivent être pris en compte dans les réponses et les soutiens possibles qui sont mis en place en partenariat avec les éducateurs, les fournisseurs de services et les familles.



Conclusion

Les éléments constitutifs d'une bonne santé mentale tout au long de la vie sont établis tôt. Bien que la plupart des enfants atteignent leurs jalons de développement social et affectif comme prévu, ceux qui ont de la difficulté à le faire ne reçoivent pas toujours le type de soutien dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. Des données récentes colligées en Ontario suggèrent que beaucoup d'enfants éprouvent une vulnérabilité socioaffective lors de leur entrée à la maternelle (Early Development Instrument, 2016a). Un développement socioaffectif positif à un jeune âge peut conduire à un bon niveau d'éducation, de stabilité financière, de santé et de bien-être (Moffitt et coll., 2011). Puisqu'il est bien établi que les expériences vécues au début de la vie ont un impact sur les résultats ultérieurs, nous devons agir pour veiller à ce que tous nos enfants aient accès à des relations, des environnements et des expériences où ils se sentent soutenus et en sécurité, car cela contribuera à la santé tout au long de la vie, tant pour les individus que pour les collectivités.

Par conséquent, il est essentiel que les familles et les fournisseurs de soins disposent des connaissances nécessaires pour reconnaître ces problèmes et collaborer avec des professionnels pour proposer des services pour les résoudre de manière opportune et appropriée. Dans ce document de politique, nous avons collaboré avec les

secteurs de l'éducation, de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants, des soins de santé ainsi que de la santé mentale des enfants et des adolescents pour : 1) faire ressortir les besoins uniques des enfants de trois à six ans de notre province; et 2) formuler des recommandations fondées sur des données probantes pour orienter une réponse collective afin d'assurer un développement socioaffectif sain et une santé mentale positive future pour tous les Ontariens. Dans les prochains mois, nous devons examiner de près la façon dont nous faisons actuellement la promotion de la santé mentale toute la vie durant et dont nous pouvons agir de façon précoce pour prévenir les maladies mentales à mesure que nous vieillissons. Nous devons veiller à ce que les enfants, les familles et les professionnels de tous les secteurs concernés (y compris les familles/personnes responsables, les éducateurs et les professionnels de la santé et paramédicaux) possèdent les meilleures informations sur la santé mentale durant la petite enfance et le développement socioaffectif, car ils jouent tous un rôle essentiel pour assurer la bonne santé mentale des enfants, et doivent donc tous faire partie de notre réponse collective. Avec les conversations et les réformes en cours en Ontario, il est possible d'aller de l'avant avec ces recommandations pour soutenir une meilleure intégration des soins et une forte réponse intersectorielle pour améliorer les résultats en matière de santé mentale des enfants de trois à six ans dans nos collectivités.

Glossaire

La littérature actuelle utilise de nombreux termes de manière interchangeable. Le lexique suivant regroupe les définitions les plus couramment utilisées ou généralement acceptées tout au long de ce rapport.

Apprentissage socioaffectif (ASA) : le processus par lequel les enfants et les adultes apprennent et appliquent efficacement les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour comprendre et gérer les émotions, établir et atteindre des objectifs positifs, ressentir et faire preuve d'empathie envers les autres, établir et entretenir des relations positives, et participer à une prise de décisions responsable (Collaborative for Academic Social, and Emotional Learning, 2019). Il s'agit d'une méthode efficace fondée sur des données probantes visant à promouvoir une santé mentale positive et à améliorer les résultats en matière de développement des jeunes enfants.

Attachement : la relation la plus précoce et la plus significative entre le parent/la personne responsable et l'enfant (Bowlby, 1982). La qualité de la relation d'attachement est déterminée par la réactivité et la sensibilité des personnes responsables aux signaux de détresse de l'enfant (Sroufe, 2005). L'attachement est un facteur de prédiction des résultats du développement de l'enfant et sert de modèle aux relations futures et aux croyances fondamentales d'un enfant (Bretherton et Munholland, 2008).

Autorégulation : la capacité à moduler les émotions et les réponses comportementales aux exigences contextuelles. Elle se développe au fil du temps grâce à la présence d'une relation de soutien avec un parent/une personne responsable (Conseil scientifique des États-Unis sur le développement de l'enfant, 2012; Chang, Shaw, Dishion, Gardner et Wilson,

2014). L'autorégulation est une compétence importante qui peut atténuer les problèmes de comportement et constituer un facteur de protection contre les troubles de santé mentale (Chang et coll., 2014).

Comportements atypiques : les comportements qui comprennent les comportements qui se situent en dehors de la plage de développement attendue ou normale par rapport aux pairs (National Center for Learning Disabilities, 2018). Les comportements peuvent également varier en fonction de la fréquence et de la gravité, car aucun enfant ne présente le même type de comportement de la même manière, au cours de la même période.

Comportements d'externalisation : l'adoption de comportements de défiance par un enfant pouvant aussi présenter des réactions négatives à l'égard des pairs et des éducateurs ou de son environnement (Liu, 2004). Ces comportements comprennent l'inattention, l'hyperactivité, l'impulsivité, l'agressivité, la labilité émotionnelle, une faible tolérance à la frustration, le non-respect des règles et le comportement oppositionnel (Gilliam et coll., 2016; Havighurst, Wilson, Harley, Kehoe, Efron et Prior, 2013; Dobbs et Arnold, 2009; Williford, Wolcott, Whittaker et Locasale-Crouch, 2015).

Comportements de défiance : dans le contexte de ce document, les comportements de défiance sont ceux qu'affichent les enfants avec une intensité, une fréquence ou une durée telles qu'ils sont souvent difficiles à gérer pour les éducateurs et les enseignants de la petite enfance, en milieu de garde ou scolaire. Les comportements de défiance peuvent être de type extériorisation (voir définition ci-dessous) ou intériorisation (voir définition ci-dessous).

Comportements intériorisés : les comportements intériorisés sont difficiles à observer, car ils varient d'un enfant à un autre et ne sont pas exprimés ouvertement. Ils comprennent notamment, le comportement de repliement, l'anxiété, la timidité extrême, le perfectionnisme et la tristesse (Gilliam et coll., 2016).

Contrôle volontaire : la zone de développement socioaffectif qui permet à un enfant de se concentrer et d'inhiber une réponse immédiate (Landy, 2009). Un contrôle volontaire s'est avéré être la clé de la réussite scolaire des enfants, des relations positives entre les enseignants et les enfants, et de la participation en classe (Valiente, Lemery-Chalfant, Swanson et Reiser, 2008).

Décideurs : dans le contexte de ce document, ce terme désigne les principaux membres des organismes provinciaux, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de l'Éducation.

Développement socioaffectif : « la capacité d'un enfant à nouer des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, à ressentir, à gérer et à exprimer un éventail complet d'émotions et à explorer son environnement dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel » (Cohen, Oser et Quigley, 2012, à la page 1). Aussi appelé développement du nourrisson et du jeune enfant. Les deux termes sont utilisés de manière interchangeable dans le document.

Épigénétique : l'étude de la façon dont les influences environnementales affectent l'expression des gènes. Dans le contexte de ce document, il est particulièrement important de comprendre le processus d'épigénétique chez les jeunes enfants, compte tenu du rythme rapide de développement cérébral qui se produit au cours des premières années. Les premières expériences provoquent des changements épigénétiques qui déterminent si, quand et comment les gènes donnent des « instructions » à la capacité de l'enfant d'améliorer sa santé, ses compétences et sa résilience (Center on the Developing Child, Université Harvard, 2017).

Événements stressants préconceptionnels : les facteurs de stress chez la mère (facteurs environnementaux, sociaux, psychologiques, génétiques) antérieurs à la conception qui ont un impact sur le développement du bébé (Witt et coll., 2014). Les exemples comportent, sans toutefois s'y limiter, le fait pour la mère d'habiter dans un quartier défavorisé, d'être victime de violence conjugale ou d'avoir été ou d'être aux prises avec une maladie mentale/physique.

Expériences négatives vécues au cours de l'enfance : les expériences négatives en début de vie (p. ex. maltraitance et négligence, maladie mentale des parents, violence conjugale) qui ont été associées à des problèmes de santé et de comportement tout au long de la vie, y compris, mais sans s'y limiter, l'alcoolisme, la toxicomanie, les maladies cardiaques, l'absentéisme, les tentatives de suicide et la mort prématurée (Felitti et coll., 1998). Il a été démontré que plus le nombre d'expériences négatives vécues au cours de l'enfance augmente, plus le risque de piètres résultats est élevé plus tard dans la vie (Centers for Disease Control and Prevention, 2016; Luby et coll., 2017).

Expulsion : une forme d'action disciplinaire sans limite de temps, qui empêche un enfant de participer à des activités scolaires ou de se rendre sur le terrain de l'école. Les élèves peuvent être expulsés de leur propre école ou de toutes les écoles du conseil scolaire (ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2018).

Facteurs de protection : les caractéristiques associées à la réduction de l'impact des facteurs de risque. Les facteurs de protection peuvent accroître la résilience aux situations défavorables (Beckwith, 2000).

Facteurs de risque : les facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, communautaires ou culturels qui augmentent la probabilité qu'un enfant connaisse de piètres résultats en matière de développement (Beckwith, 2000).

Fonction exécutive : un niveau plus élevé de fonctionnement cognitif permettant à l'enfant d'effectuer des tâches quotidiennes simples, comme se concentrer, effectuer plusieurs tâches simultanément, contrôler ses désirs et se fixer un objectif à atteindre. Cela nécessite un ensemble de compétences qui dépendent de trois types de fonctions cérébrales : la mémoire de travail, la souplesse mentale et la maîtrise de soi (Center on the Developing Child, Université Harvard, 2017).

Fournisseurs de services d'apprentissage et de garde : les professionnels, comme les éducateurs de la petite enfance accrédités et désignés, aides-enseignants, conseillers en ressources et éducateurs spécialisés qui travaillent avec des enfants de trois à six ans dans un centre de la petite enfance, un programme d'aide à la petite enfance ou tout milieu d'apprentissage et de garde. Dans le contexte de ce document, les gestionnaires, les superviseurs, les directeurs et les responsables des milieux d'apprentissage et de garde des jeunes enfants sont également couverts par ce terme.

Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) : le questionnaire que doit remplir l'enseignant qui évalue le profil de développement de l'enfant dans cinq domaines : santé physique et bien-être, maturité émotionnelle, aptitude sociale, aptitudes à la communication, connaissances générales et développement linguistique et cognitif (Instrument de mesure du développement de la petite enfance, 2016). L'IMDPE est rempli au cours de la seconde moitié de l'année scolaire de la maternelle.

Intervenants : les personnes qui apportent des connaissances et une expertise précieuses entourant le développement socioaffectif des enfants de trois à six ans de l'Ontario, y compris les parents/personnes responsables, les éducateurs des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, les professionnels de la santé et paramédicaux et le personnel du ministère.

Leaders/professionnels de la santé mentale en milieu scolaire : les travailleurs sociaux, psychologues ou associés en psychologie autorisés, dont le rôle est d'aider à l'élaboration et à la mise en œuvre par le conseil scolaire de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances (Santé mentale en milieu scolaire Ontario, 2019).

Les déterminants sociaux de la santé : les facteurs sociétaux et économiques qui peuvent influencer profondément les résultats individuels en matière de santé et de santé mentale (Association canadienne pour la santé mentale, 2018). Ces déterminants comportent la race, le sexe, les handicaps, le statut autochtone (c.-à-d. l'impact du

colonialisme sur les familles et les pratiques de soins, et le traumatisme intergénérationnel qui en découle), le revenu et la répartition du revenu, l'éducation, l'emploi et la sécurité d'emploi, le logement, la sécurité alimentaire, l'exclusion sociale, les services de santé, le filet de sécurité sociale et le développement de la petite enfance (Mikkonen et Raphael, 2010).

Outils de dépistage du développement : les outils qui favorisent le dépistage précoce des enfants susceptibles de vivre des retards de développement. Lorsqu'ils sont utilisés avec précision, ces outils peuvent améliorer les résultats en matière de développement des enfants, car ils offrent aux familles la possibilité de demander une intervention précoce en temps opportun (Committee on Children with Disabilities, 2001).

Participation modifiée ou rentrée scolaire retardée : une stratégie utilisée dans les milieux formels d'apprentissage, de garde et d'enseignement en réaction à des comportements de défiance. Les familles peuvent être invitées à faire la transition de leur enfant lentement (demi-journées, quelques heures par jour ou à temps partiel pendant la semaine). Dans le cadre de ce document, les modifications comprennent également faire la promotion de l'autorégulation, faire en sorte que l'enfant entre en classe à un moment plus calme, exercer une souplesse entourant les attentes du programme, promouvoir une implication accrue des parents/personnes responsables, avoir davantage de soutien individuel pour l'enfant ou avoir recours à une planification propre à l'enfant.

Professionnels de la santé et paramédicaux : les professionnels comme les psychiatres, les psychologues/associés en psychologie, les orthophonistes, les audiologistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux/animateurs sociaux, les travailleurs auprès des enfants et des jeunes, les infirmiers en santé publique, les nutritionnistes, les diététiciens, les consultants en matière de soins des enfants, les intervenants à domicile et le personnel de soutien familial.

Régulation émotionnelle : « parfois appelée régulation affective, ce terme désigne le processus par lequel une personne contrôle ou autorégule ses réactions internes aux émotions ainsi que ses expressions extérieures » (Landy, 2009, p. 443). Dans le cas des nourrissons et des jeunes enfants, les parents/personnes responsables jouent un rôle clé dans l'aide et le soutien au développement de la régulation des émotions (Landy, 2009).

Résilience : la capacité de se remettre d'événements ou d'expériences traumatiques et de s'épanouir malgré l'adversité. Chaque enfant naît avec la résilience, mais celle-ci repose sur des relations positives et un attachement profond. (Conseil scientifique des États-Unis sur le développement de l'enfant, 2012).

Santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants : « la capacité d'un enfant à tisser des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, de ressentir, de gérer et d'exprimer un éventail complet d'émotions et d'explorer son environnement dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel » (Cohen, Oser et Quigley, 2012, à la page 1). Dans ce document, nous utilisons indifféremment les termes santé mentale durant la petite enfance et développement socioaffectif.

Suspension : une action disciplinaire en réponse au(x) comportement(s) de défiance d'un enfant. Ce terme désigne le retrait d'un élève de son milieu scolaire pendant un certain temps (1 à 20 jours d'école). L'élève est prié de ne pas fréquenter l'école et de s'abstenir de participer aux activités scolaires (ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2018).

Références

- Alexander, C., Beckman, K., Macdonald, A., Renner, C., et Stewart, M. (2017). Ready for life: A socio-economic analysis of early childhood education and care. Ottawa, Canada: The Conference Board of Canada. Consultable à l'adresse suivante : <http://mwmccain.ca/reports/2017/10/26/ready-lifesocio-economic-analysis-early-childhood-educationand-care>.
- ASSEMBLY, O. F. N. (2012). Assembly of First Nations: education, jurisdiction, and governance: cultural competency report.
- Aviles, A. M., Anderson, T. R., et Davila, E. R. (2006). Child and adolescent social-emotional development within the context of school. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(1), 32-39.
- Azzi-Lessing, L. (2010). Meeting the mental health needs of poor and vulnerable children in early care and education programs. *Early Childhood Research & Practice*, 12(1).
- Baker, J. A., Grant, S., et Morlock, L. (2008). The teacher-student relationship as a developmental context for children with internalizing or externalizing behavior problems. *School psychology quarterly*, 23(1), 3.
- Barfield, S., Dobson, C., Gaskill, R., et Perry, B. D. (2012). Neurosequential model of therapeutics in a therapeutic preschool: Implications for work with children with complex neuropsychiatric problems. *International Journal of Play Therapy*, 21(1), 30-44. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0025955>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Beckwith, L. (2000). Prevention science and prevention programs. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 439-456). New York, NY: Guilford Press.
- Behnke, M., Smith, V. C., et Committee on Substance Abuse. (2013). Prenatal substance abuse: short-and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, peds-2012.
- Berk, L. E., et Meyers, A. B. (2016). *Infants and children: Prenatal through middle childhood* (8th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Blair, C., et Raver, C. C. (2012). Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *American Psychologist*, 67(4), 309.
- Blodgett, C., et Lanigan, J. D. (2018). The association between adverse childhood experience (ACE) and school success in elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 33(1), 137.
- Bohlin, G., Hagekull, B., et Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9(1), 24-39.

- Boris, W. N. (2009). Parental Substance Abuse. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Edition (171-179). New York, NY: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bowne, J. B., Magnuson, K. A., Schindler, H. S., Duncan, G. J., et Yoshikawa, H. (2017). A meta-analysis of class sizes and ratios in early childhood education programs: Are thresholds of quality associated with greater impacts on cognitive, achievement, and socioemotional outcomes? *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 39(3), 407-428.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., et Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28-42. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0030318>
- Brauner, C. B., et Stephens, C. B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations. *Public Health Reports*, 121, 303–310.
- Breitenstein, S. M., Hill, C., et Gross, D. (2009). Understanding disruptive behavior problems in preschool children. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.10.007>
- Breslau, N., Koenen, K. C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R. M., ... et Moffitt, T. E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, 44(9), 1937-1945.
- Bretherton, I., et Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical application*, 2nd edition (102-127). New York: Guilford Press.
- Bricker, D., Davis, M. S., et Squires, J. (2004). Mental health screening in young children. *Infants & Young Children*, 17(2), 129-144.
- Brown, S. L. (2015). Influences of preschool on social-emotional development for children with disruptive behavior disorders (Doctoral dissertation, Duquesne University).
- Brown, C. M., Copeland, K. A., Sucharew, H., et Kahn, S. S. (2012). Social-emotional problems in preschool-aged children. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 166, 926–932.
- Brown, E. D., Ackerman, B. P., et Moore, C. A. (2013). Family adversity and inhibitory control for economically disadvantaged children: Preschool relations and associations with school readiness. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 443-452. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0032886>
- Brown, S. M., et Shillington, A. M. (2017). Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships. *Child Abuse & Neglect*, 63, 211-221.
- Browne, J. B., Magnuson, K. A., Schindler, H. S., Duncan, G. J., et Yoshikawa, H. (2017). A meta-analysis of class sizes and ratios in early childhood education programs: Are thresholds of quality associated with greater impacts on cognitive, achievement, and socioemotional outcomes? *Emotional Evaluation and Policy Analysis*, 39(3), 407-428.
- Bywater, T. J., Hutchings, J. M., Gridley, N., et Jones, K. (2011). Incredible years parent training support for nursery staff working within a disadvantaged flying start area in Wales: A feasibility study. *Child Care in Practice*, 17(3), 285–302.
- Calkins, S. D., et Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and psychopathology*, 14(3), 477-498.
- Canadian Mental Health Association. (2019). Mental health promotion [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://ontario.cmha.ca/documents/mental-health-promotion/>

- Canadian Mental Health Association. (2018). Social determinants of health [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://ontario.cmha.ca/provincial-policy/social-determinants/>
- Cappelli, M. et Leon, S. L. (2017). Paving the path to connected care: Strengthening the interface between primary care and community-based child and youth mental health services. Ottawa, ON: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Carlson, J. S., MacKrain, M. A., Van Egeren, L. A., Brophy-Herb, H., Kirk, R. H., Marciniak, D., . . . Tableman, B. (2012). Implementing a statewide early childhood mental health consultation approach to preventing childcare expulsion. *Infant Mental Health Journal*, 33, 265–273. doi:10.1002/imhj.21336
- Carter, D. R., Van Norman, R. K., et Tredwell, C. (2011). Program-wide positive behavior support in preschool: Lessons for getting started. *Early Childhood Education Journal*, 38(5), 349–355. <http://dx.doi.org/10.1007/s10643-010-0406-0>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Child abuse and neglect: Consequences [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/consequences.html>
- Centre on the Developing Child, Harvard University. (2011). Building the brain's "air traffic control" system: How early experiences shape the development of executive function: Working paper no. 11 [document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2011/05/How-Early-Experiences-Shape-the-Development-of-Executive-Function.pdf>
- Centre on the Developing Child, Harvard University. (2012). In brief: resilience [document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-The-Science-of-Resilience.pdf>
- Centre on the Developing Child, Harvard University. (2013). In brief: Early childhood mental health (Document PDF). Consultable à l'adresse suivante : <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf>
- Centre on the Developing Child, Harvard University. (2017). Executive function & self-regulation [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/executive-function/>
- Centre on the Developing Child, Harvard University. (n.d.). Toxic stress [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/toxic-stress/>
- Centre on the Developing Child at Harvard University. (n.d.). Epigenetics and child development: How children's experiences affect their genes [Infographic]. Consultable à l'adresse suivante : <https://developingchild.harvard.edu/resources/what-is-epigenetics-and-how-does-it-relate-to-child-development/>
- Chang, H., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Gardner, F., et Wilson, M. N. (2014). Direct and indirect effects of the family check-up on self-regulation from toddlerhood to early school-age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(7), 1117–28.
- Cheng, E. R., Park, H., Wisk, L. E., Mandell, K. C., Wakeel, F., Litzelman, K., ... et Witt, W. P. (2016). Examining the link between women's exposure to stressful life events prior to conception and infant and toddler health: the role of birth weight. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), 245-252.
- Child Welfare Information Gateway. (2013). Addressing the needs of young children in child welfare: Part C— Early intervention services. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Cicchetti, D., et Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Clegg, J., Law, J., Rush, R., Peters, T. J., et Roulstone, S. (2015). The contribution of early language development to children's emotional and behavioural functioning at 6 years: An analysis of data from the Children in Focus sample from the ALSPAC birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 67–75. doi:10.1111/jcpp.12281

Clinton, J., Kays-Burden, A., Carter, C., Cairney, J., Carrey, N., Janus, M., Kulkarni, C., et Williams, R. for the Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. (2014). Supporting Ontario's youngest minds: Investing in the mental health of children under 6 [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/resource/policy_early_years.pdf

Cohen, J., Onunaku, N., Clothier, S., et Poppe, J. (2005). Helping young children succeed: Strategies to promote early childhood social and emotional development. In Research and Policy Report). Washington, DC: National Conference of State Legislatures.

Cohen, J., Oser, C., et Quigley, K. (2012). Making it happen: Overcoming barriers to providing infant-early childhood mental health [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.zerotothree.org/resources/511-making-it-happen-overcoming-barriers-to-providing-infant-early-childhood-mental-health#downloads>

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). (2019). What is SEL? [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://casel.org/what-is-sel/>

Committee on Children with Disabilities. (2001). Developmental surveillance and screening of infants and young children. *American Academy of Pediatrics*, 108(1), 192-196.

Conners-Burrow, N. A., Whiteside-Mansell, L., McKelvey, L., Virmani, E. A., et Sockwell, L. (2012). Improved classroom quality and child behavior in an Arkansas early childhood mental health consultation pilot project. *Infant Mental Health Journal*, 33, 256–264. doi:10.1002/imhj.21335

Conners-Burrow, N., McKelvey, L., Sockwell, L., Ehrentraut, J. H., Adams, S., et Whiteside-Mansell, L. (2013). Beginning to “unpack” early childhood mental health consultation: Types of consultation services and their impact on teachers. *Infant Mental Health Journal*, 34, 280–289. doi:10.1002/imhj.21387

Connolly, P., Miller, S., Kee, F., Sloan, S., Gildea, A., McIntosh, E., et Bland, J. M. (2018). A cluster randomised controlled trial and evaluation and cost-effectiveness analysis of the Roots of Empathy schools-based programme for improving social and emotional well-being outcomes among 8-to 9-year-olds in Northern Ireland. *Public Health Research*.

Cooper, H., Allen, A. B., Patall, E. A., et Dent, A. L. (2010). Effects of full-day kindergarten on academic achievement and social development. *Review of Educational Research*, 80(1), 34-70. doi: 10.3102/0034654309359185

Cooper, J., Masi, R., Vick, J. (2009). Social-emotional development in early childhood: What every policymaker should know. Columbia University Academic Commons. <https://doi.org/10.7916/D83B67VS>

Conroy, M. A., et Brown, W. H. (2012). Early identification, prevention, and early intervention with young children at risk for emotional or behavioral disorders: Issues, trends, and a call for action. *Behavioural Disorders*, 29(3), 224–236.

Crockenberg, S., et Leerkes, E. (2000). Infant social and emotional development in family context. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 60-90). New York, NY, US: Guilford Press.

Dawson-McClure, S., Calzada, E., Huang, K., Kamboukos, D., Rhule, D., Kolawole, B., . . . Brotman, L. M. (2015). A population-level approach to promoting healthy child development and school success in low-income, urban neighborhoods: Impact on parenting and child conduct problems. *Prevention Science*, 16(2), 279-290.

Dobbs, J., et Arnold, D. H. (2009). Relationship between preschool teachers' reports of children's behavior and their behavior toward those children. *School Psychology Quarterly*, 24(2), 95–105. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0016157>

Driscoll, K. C., et Pianta, R. C. (2010). Banking time in head start: Early efficacy of an intervention designed to promote supportive teacher child relationships. *Early Education and Development*, 21(1), 38–27.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., et Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089-3096.

Duncan, G. J., Dowsett, C. J., Claessens, A., Magnuson, K., Huston, A. C., Klebanov, P., ... et Sexton, H. (2007). School readiness and later achievement. *Developmental Psychology*, 43(6), 1428.

DuPaul, G. J., et Power, T. J. (2009). ADHD in elementary school children. In T. E. Brown (Ed.) *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults*, (pp. 55–68). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.

Durden, T. R., Escalante, E., et Blicht, K. (2015). Start with us! Culturally relevant pedagogy in the preschool classroom. *Early Childhood Education Journal*, 43(3), 223-232.

Early Development Instrument. (2014/15). Summary report: Kindergarten students in the province of Ontario. Consultable à l'adresse suivante : <https://edi.offordcentre.com/wp/wp-content/uploads/2016/09/Ontario-Cycle-4-Provincial-EDI-report-2014-2015-EN.pdf>

Early Development Instrument. (2016a). EDI in Ontario. Consultable à l'adresse suivante : <https://edi.offordcentre.com/partners/canada/edi-in-ontario/>

Early Development Instrument. (2016b). Patterns of early socio-emotional health. Consultable à l'adresse suivante : <https://edi.offordcentre.com/patterns-of-early-socio-emotional-health/>

Echoles, A. L. (2013). The development of a comprehensive ADHD program for elementary school educators. Consultable à l'adresse suivante : *Doctoral Nursing Capstone Projects*, 26. https://aquila.usm.edu/dnp_capstone/26

Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... et Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-1134.

Eleni, D. et Giotsa, A. (2018). Early detection of externalizing problems in preschool children according to their teachers. *Psychology*, 8(2), 60-73.

Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge University Press.

Evidence Exchange Network for Mental Health and Addictions. (2016). *Social-emotional learning: School years Evidence Brief [PDF file]*. Consultable à l'adresse suivante : <http://eenet.ca/resource/social-emotional-learning>

Government of Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada*.

Halfon, N., et McLearn, K. T. (2002). Families with children under 3: What we know and implications for results and policy. *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children*, 367-412.

Henricsson, L., et Rydell, A. M. (2004). Elementary school children with behavior problems: Teacher-child relations and self-perception. A prospective study. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 111-138.

Howes, C., Galinsky, E., et Kontos, S. (1998). Child care caregiver sensitivity and attachment. *Social Development*, 7(1), 25-36.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Fischer, R. L., Anthony, E., Lalich, N., et Blue, M. (2014). Addressing the early childhood mental health needs of young children: Evaluating child and family outcomes. *Journal of Social Services Research*, 40, 721–737. doi: 10.1080/01488376.201.930947

Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., et Davidson, R. J. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*, 51(1), 44–51. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0038256>

Friendly, M., Ferns, C., et Prabhu, N. (2009). Ratios for four and five year olds: What does the research say? What else is important? [Document PDF]. University of Toronto Childcare Resource and Research Unit. Consultable à l'adresse suivante : http://childcarecanada.org/sites/default/files/BN_ratios.pdf

Fung, M. P., et Fox, R. A. (2014). The culturally-adapted early pathways program for young Latino children in poverty: A randomized controlled trial. *Journal of Latina/o Psychology*, 2(3), 131-145. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/lat0000019>

Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., et Donnelly, M. (2012). Cochrane review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Cochrane Database System Review*, 2. doi:10.1002/14651858.CD008225.pub2

Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... et Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129(1), e224-e231.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., et Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics*, e20174276.

Gilliam, W. S. (2005). *Prekindergarteners left behind: Expulsion rates in state prekindergarten systems*. New York, NY: Foundation for Child Development.

Gilliam, W. S., Maupin, A. N., et Reyes, C. R. (2016). Early childhood mental health consultation: Results of a statewide random-controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(9), 754–761. doi:10.1016/j.jaac.2016.06.006

Glover, V. (2011). Annual research review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: An evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356-367.

Goodman, H. S., et Brand, R. S. (2009). Infants of depressed mothers: Vulnerabilities, risk factors, and protective factors for the later development of psychopathology. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Edition (153-170). New York, NY: Guilford Press.

Graziano, P.A., et Hart, K. (2016). Beyond behavior modification: Benefits of social–emotional/self-regulation training for preschoolers with behavior problems. *Journal of School Psychology*, 58, 91–111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2016.07.004>

Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., et Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child development*, 83(2), 591-610.

Gunnar, M. (2018, March). The effects of early life stress and adverse care on brain and behavioral development. Community training presented at the Infant Mental Health Community bi-weekly webinar series training session, Toronto, ON.

Hanley, G. P., Heal, N. A., Tiger, J. H., et Ingvarsson, E. T. (2007). Evaluation of a classwide teaching program for developing preschool life skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(2), 277–300.

Hans, L. S., et Thullen, J. M. (2009). The relational context of adolescent motherhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Edition (214-225). New York, NY: Guilford Press.

Havighurst, S., Wilson, K., Harley, A., Kehoe, C., Efron, D., et Prior, M. (2013). "Tuning into kids": Reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(2), 247–264. doi:10.1007/s10578-012-0322-1

Heckman. (2017). 13 percent ROI research toolkit [boîte à outils en ligne]. Consultable à l'adresse suivante : <https://heckmanequation.org/resource/13-roi-toolbox/>

Heckman, J. J. (2011). The economics of inequality: The value of early childhood education. *American Educator*, 35(1), 31–47.

Hoover, S. D., Kubicek, L. F., Rosenberg, C. R., Zundel, C., et Rosenberg, S. A. (2012). Influence of behavioral concerns and early childhood expulsions on the development of early childhood mental health consultation in Colorado. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 246–255.

Horwitz, S. M., Storfer-Isser, A., Kerker, B. D., Szilagyi, M., Garner, A., O'Connor, K. G., ... et Stein, R. E. (2015). Barriers to the identification and management of psychosocial problems: changes from 2004 to 2013. *Academic Pediatrics*, 15(6), 613-620.

Horwitz, S. M., Kelleher, K. J., Stein, R. E., Storfer-Isser, A., Youngstrom, E. A., Park, E. R., ... et Hoagwood, K. E. (2007). Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics*, 119(1), e208-e218.

Infant Mental Health Promotion. (2018). Cumulative Growth of Social and Emotional Competence. The Hospital for Sick Children, Toronto.

Infant Mental Health Promotion (2004, rev. 2011). Core Prevention and Intervention for the Early Years – Best Practice Guidelines. The Hospital for Sick Children, Toronto. Consultable à l'adresse suivante : http://www.imhpromotion.ca/Portals/0/IMHP%20PDFs/Core%20Prevention_Full%20Page_2.pdf

Janus, M., et Duku, E. (2007). The school entry gap: Socioeconomic, family, and health factors associated with children's school readiness to learn. *Early Education and Development*. 18, 375–403.

Jennings, P. A., et Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of educational research*, 79(1), 491-525.

Kelly, J. B. (2012). Risk and protective factors associated with child adolescent adjustment following separation and divorce. *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court*, 49-84.

Knitzer, J., Theberge, S., et Johnson, K. (2008). Reducing maternal depression and its impacts on young children: Toward a responsive early childhood policy framework [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : http://www.nccp.org/publications/pdf/text_791.pdf

Knopf, A. (2016). Officials discourage preschool suspensions, encourage mental health consultations. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 32(S10), 1–2. doi:10.1002/cbl.30161

Kokkinos, C. M., Panayiotou, G., et Davazoglou, A. M. (2004). Perceived seriousness of pupils' undesirable behaviours: The student teachers' perspective. *Educational Psychology*, 24(1), 109-120.

Kulkarni, C., Persaud, A., et Hill, D. (2015). Embedding the science of infant mental health in practice and policy: Executive summary [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : http://www.imhpromotion.ca/Portals/0/IMHP%20PDFs/Embedding%20the%20Science_Executive%20Summary_Final.pdf

Landy, S. (2009). *Pathways to competence: Encouraging healthy social and emotional development in young children* (2nd ed). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.

Landry, S. H., Zucker, T. A., Taylor, H. B., Swank, P. R., Williams, J. M., Assel, M., . . . Klein, A. (2014). Enhancing early child care quality and learning for toddlers at risk: The responsive early childhood program. *Developmental Psychology*, 50(2), 526-541. doi:<http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0033494>

Lane, S. J., et Bundy, A. C. (2012). *Kids can be kids: A childhood occupations approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K., ... et MCGuire, P. A. (1993). Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*, 91(3), 649-655.
- Lawless, A., Coveney, J., et MacDougall, C. (2014). Infant mental health promotion and the discourse of risk. *Sociology of Health & Illness*, 36(3), 416-431. doi: 10.1111/1467-9566.12074
- Leerkes, E. M., Blankson, A. N., et O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and non distress on social-emotional functioning. *Child Development*, 80(3), 762-775.
- Lengua, L. J., et Wachs, T. D. (2012). Temperament and risk: Resilient and vulnerable responses to adversity.
- Lieberman, A., Padron, E., Van Horn, P., et Harris, W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 504-520. doi: 10.1002/imhj.20071
- Lieberman, A. F., et Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York, NY: Guilford Press.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behaviour: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-101
- Lisonbee, J. A., Mize, J., Payne, A. L., et Granger, D. A. (2008). Children's cortisol and the quality of teacher-child relationships in child care. *Child Development*, 79(6), 1818-1832.
- Luby, J. L., Barch, D., Whalen, D., Tillman, R., et Belden, A. (2017). Association between early life adversity and risk for poor emotional and physical health in adolescence: a putative mechanistic neurodevelopmental pathway. *JAMA Pediatrics*, 171(12), 1168-1175.
- Ludy-Dobson, C. R., et Perry, B. D. (2010). The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*, 26-43.
- Macdonald, G., McCartan, C. J. (2014). Centre-based early education interventions for improving school readiness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi:10.1002/14651858.CD010913
- Mathis, E. T. B. (2016). *Maternal depression, negative parenting practices, and child oppositional-aggression: Bidirectional influences over time*. Dissertation. Consultable à l'adresse suivante : <https://etda.libraries.psu.edu/catalog/4q77fr32b>
- McCain, M.N., Mustard, J.F., et Shanker, S. (2007). *Early years study 2: Putting science into action* [Document PDF]. Council for Early Child Development, Toronto, ON. Consultable à l'adresse suivante : http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/early_years_study_2.pdf
- McDonald, S., Kehler, H., Bayrampour, H., Fraser-Lee, N., et Tough, S. (2016). Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in Developmental Disabilities*, 58, 20-30.
- Meins, E., Centifanti, L. C. M., Fernyhough, C., et Fishburn, S. (2013). Maternal mind-mindedness and children's behavioral difficulties: Mitigating the impact of low socioeconomic status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 543-553.
- Melhuish, E., Belsky J., Leyland A. H., et Barnes J. (2008). Effects of fully established Sure Start local programmes on 3-year-old children and their families living in England: A quasi-experimental observational study. *Lancet*, 372, 1641-1647.
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., et Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141-149.
- Mikkonen, J., et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts* [Document PDF]. York University, School of Health Policy and Management. Consultable à l'adresse suivante : http://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

- Mind Up at Home. (n.d.) Consultable à l'adresse suivante : <https://mindup.org/mindup/mindup-at-home/>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108, 2693–2698. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Montes, G., Lotyczewski, B. S., Halterman, J. S., et Hightower, A. D. (2012). School readiness among children with behavior problems at entrance into kindergarten: Results from a US national study. *European Journal of Pediatrics*, 171, 541–548. doi: 10.1007/s00431-011-1605-4
- Morris, P., Lloyd, C. M., Millenky, M., Leacock, N., Raver, C. C., et Bangser, M. (2013). Using classroom management to improve preschoolers' social and emotional skills: Final impact and implementation findings from the foundations of learning demonstration in Newark and Chicago [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : https://www.mdrc.org/sites/default/files/using_classroom_management_full_report_for%20web_rev2-11.pdf
- Morrison Bennett, M. O., et Bratton, S. C. (2011). The effects of child teacher relationship training on the children of focus: A pilot study. *International Journal of Play Therapy*, 20(4), 193–207. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/a0025833>
- National Center for Learning Disabilities. (2018). Early identification: Normal and atypical development [Online article]. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.ldonline.org/article/6047/>
- National Education Goals Project. (1997). Getting a good start in school. [en ligne]. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.negp.gov/Reports/good-sta.htm>
- National Research Council and Institute of Medicine (2000). From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development (J.P. Shonkoff and D. A. Phillips, Eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- National Scientific Council on the Developing Child (2010). Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: Working paper No. 10 [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2010/05/Early-Experiences-Can-Alter-Gene-Expression-and-Affect-Long-Term-Development.pdf>
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174–186. doi:10.1111/jar.12064
- Niccols, A. (2007). Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. *Brain and Cognition*, 65(1), 135-142.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Child outcomes when child care center classes meet recommended standards of quality. *American Journal of Public Health* 89: 1072–1077.
- Niec, L. N., Barnett, M. L., Prewett, M. S., et Shanley Chatham, J. R. (2016). Group parent–child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 682–698.
- Nix, M. C., et Ansermet, F. (2009). Prematurity, Risk Factors, and Protective Factors. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Edition (180-191). New York, NY: Guilford Press.
- Nipissing District Developmental Screen Intellectual Property Association. (2000). Nipissing District Developmental Screen. North Bay, Ontario, Canada: Nipissing District Developmental Screen.
- O'Brennan, L. M., Bradshaw, C. P., et Furlong, M. J. (2014). Influence of classroom and school climate on teacher perceptions of student problem behavior. *School Mental Health*, 6(2), 125-136.

Ocasio, K., Van Alst, D., Koivunen, J., Huang, C., et Allegra, C. (2015). Promoting preschool mental health: Results of a 3 year primary prevention strategy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1800–1808. doi:10.1007/s10826-014-9983-7

O'Connor, E., Bureau, J.-F., McCartney, K., et Lyons-Ruth, K. (2011). Risks and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age three years in the national institute of child health & human development study of early child care and youth development. *Infant Mental Health Journal*, 32(4), 450–472. doi:10.1002/imhj.20305

Offord Centre for Child Studies (2018). Early Development Instrument: About. Consultable à l'adresse suivante : <https://edi.offordcentre.com/about/>

Olson, S. L., Lopez-Duran, N., Lunkenheimer, E. S., Chang, H., et Sameroff, A. J. (2011). Individual differences in the development of early peer aggression: Integrating contributions of self-regulation, theory of mind, and parenting. *Development and Psychopathology*, 23(1), 253–266. doi:10.1017/S0954579410000775

Ontario Ministry of Education. (2018). Child care rules under the Child Care and Early Years Act, 2014 (CCEYA) [Website]. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/page/child-care-rules-child-care-and-early-years-act#section-0>

Ontario Ministry of Education. (2016). The Kindergarten Program [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : https://files.ontario.ca/books/edu_the_kindergarten_program_english_aoda_web_oct7.pdf

Ontario Ministry of Education. (2018). Full-day kindergarten: What else do I need to know? [Website]. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.edu.gov.on.ca/kingergarten/whatselseidoineedtoknow.html>

Pears, K. C., et Peterson, E. (2018). Recognizing and Addressing the Effects of Early Adversity on Children's Transitions to Kindergarten. In *Kindergarten Transition and Readiness* (pp. 163-183). Springer, Cham.

Pears, K. C., Kim, H. K., et Fisher, P. A. (2012). Effects of a school readiness intervention for children in foster care on oppositional and aggressive behaviors in kindergarten. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2361–2366.

Pears, K. C., Kim, H. K., Healey, C. V., Yoerger, K., et Fisher, P. A. (2015). Improving child self-regulation and parenting in families of prekindergarten children with developmental disabilities and behavioral difficulties. *Prevention Science*, 16(2), 222–232. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1007/s11121-014-0482-2>

Perry, D. F. (2011). Early Childhood Mental Health Consultation (ECMHC) project: Standards for the state of Maryland [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : <https://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/24/ecmhstand093009.pdf>

Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopment lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255. doi:10.1080/15325020903004350

Perry, D. F., Dunne, M. C., McFadden, L., et Campbell, D. (2008). Reducing the risk for preschool expulsion: Mental health consultation for young children with challenging behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 44–54. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1007/s10826-007-9140-7>

Peth-Pierce, R. (2000). *A Good Beginning: Sending America's Children to School with the Social and Emotional Competence They Need To Succeed*.

Public Health Ontario. (2015). Identifying areas of focus for mental health promotion in children and youth for Ontario public health. Consultable à l'adresse suivante : https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/MentalHealth_FinalReport_LDCP_2015.pdf

Raver, C. C. (2003). Young children's emotional development and school readiness. *Social policy report*, 16(3), 3-19.

Raver, C. C. (2005). Emotions Matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. 2002; 16 (3): 3-18. SRCDC Social Policy Report.

- Raver, C. C. (2012). Low-income children's self-regulation in the classroom: Scientific inquiry for social change. *American Psychologist*, 67(8), 681–689.
- Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C., Zhai, F., Metzger, M. W., et Solomon, B. (2009). Targeting children's behavior problems in preschool classrooms: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 302–316. doi:10.1037/a0015302
- Raver, C. C., et Knitzer, J. (2002). Ready to enter: What research tells policymakers about strategies to promote social and emotional school readiness among three-and four-year-olds (No. 0205) [Document PDF]. Consultable à l'adresse suivante : http://nccp.org/publications/pdf/download_108.pdf
- Rees, C. (2007). Childhood attachment. *British Journal of General Practice*, 57(544), 920–922.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B. A., Ou, S.-R., et Robertson, D. L. (2011). Age-26 cost-benefit analysis of the child-parent center early education program. *Child Development*, 82(1), 379–404. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01563.x
- Rimm-Kaufman, S. E., Curby, T. W., Grimm, K. J., Nathanson, L., et Brock, L. L. (2009). The contribution of children's self-regulation and classroom quality to children's adaptive behaviors in the kindergarten classroom. *Developmental Psychology*, 45(4), 958.
- Rosenblum, K. L., Dayton, C. J., et Muzik, M. (2009). Infant social and emotional development. *Handbook of Infant Mental Health*, 3, 80-103.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Ryan, K., Lane, S. J., et Powers, D. (2017). A multidisciplinary model for treating complex trauma in early childhood. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 111-123. doi:<http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/pla0000044>
- Scheck, C. L., Kinicki, A. J., et Webster, J. L. (1994). The effect of class size on student performance: Development and assessment of a process model. *Journal of Education for Business*, 70(2), 104-111.
- Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., et Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental psychology*, 51(1), 52.
- Schools, O. (2013). Culturally responsive pedagogy: Towards equity and inclusivity in Ontario schools. Ontario Schools Online. Consultable à l'adresse suivante : http://www.edu.gov.on.ca/eng/literacynumeracy/inspire/research/CBS_ResponsivePedagogy.pdf
- School Mental Health Assist. (2019). Online learning [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://smh-assist.ca/online-learning/>
- School Mental Health Assist. (2018). About us [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://smh-assist.ca/about-us/>
- Sege, R., Bethell, C., Linkenbach, J., Jones, J., Klika, B. et Pecora, P.J. (2017). *Balancing adverse childhood experiences with HOPE: New insights into the role of positive experience on child and family development*. Boston: The Medical Foundation.
- Sheldrick, R. C., Merchant, S., et Perrin, E. C. (2011). Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. *Pediatrics*, 128(2), 356-363.
- Sheridan, M., et Nelson, C. (2009). Neurobiology of fetal and infant development: Implications for infant mental health. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Edition (40-79). New York, NY: Guilford Press.
- Shim, J., Hestenes, L., et Cassidy, D. (2009). Teacher structure and child care quality in preschool classrooms. *Journal of research in Childhood Education*, 19(2), 143-147.

- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... et Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., et Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy. *Handbook of Infant Mental Health*, 3, 22-39.
- Squires, J., Bricker, D., et Twombly, E. (2015). *The ASQ: SE-2 user's guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Squires, J., Twombly, E., et Potter, L. (2009). *Ages and Stages Questionnaire-3 user's guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367.
- Statistics Canada. (2002/03). National longitudinal study on children and youth. [Document PDF] Consultable à l'adresse suivante : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=5903>
- Steed, E. A., et Durand, V. M. (2013). Optimistic teaching: Improving the capacity for teachers to reduce young children's challenging behavior. *School Mental Health*, 5(1), 15–24.
- Stemmler M., Lösel F. (2010). Different patterns of boys' externalizing behavior and their relation to risk factors: A longitudinal study of preschool children. *Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 1(1), 53–67
- Terlitsky, A. B., et Wilkins, J. (2015). Characteristics of family literacy programmes that improve child literacy, behaviour and parenting skills. *International Journal of Pedagogies & Learning*, 10(2), 121–138. <http://dx.doi.org/myaccess.library.utoronto.ca/10.1080/22040552.2015.1113846>
- The Mehrit Centre. (2016). Self-reg definitions [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <https://self-reg.ca/self-reg/definitions-and-faqs/>
- Thompson, R. A., et Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163-182.
- Toronto District School Board. (2014). EarlyON child and family centres [Web log post]. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.tdsb.on.ca/parenting>
- Valiente, C., Lemery-Chalfant, K., Swanson, J., et Reiser, M. (2008). Prediction of children's academic competence from their effortful control, relationships, and classroom participation. *Journal of educational psychology*, 100(1), 67.
- Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., et Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258.
- Vandell, D. et Wolfe, B. (2000). *Child care quality: Does it matter and does it need to be improved?* Madison, Wisconsin: Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin.
- Vinh, M., Strain, P., Davidon, S., et Smith, B. J. (2016). One state's systems change efforts to reduce child care expulsion. *Topics in Early Childhood Special Education*, 36(3), 159–164. doi:10.1177/0271121415626130
- Voegler-Lee, M., Kupersmidt, J. B., Field, S., et Willoughby, M. T. (2012). Student characteristics as predictors of teachers' implementation of a kindergarten readiness program. *Prevention Science*, 13(5), 472–82. doi:<http://dx.doi.org/myaccess.library.utoronto.ca/10.1007/s11121-012-0274-5>
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., ... et Gardner, J. M. M. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325-1338.

Whitted, K. S. (2011). Understanding how social and emotional skill deficits contribute to school failure. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 55(1), 10-16. doi:10.1080/10459880903286755

World Health Organization. (2003). Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school.

Williford, A. P., Wolcott, C. S., Whittaker, J. V., et Locasale-Crouch, J. (2015). Program and teacher characteristics predicting the implementation of banking time with preschoolers who display disruptive behaviors. *Prevention Science*, 16(8), 1054–1063. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1007/s11121-015-0544-0>

Willis, E., et Dinehart, L. H. (2014). Contemplative practices in early childhood: Implications for self-regulation skills and school readiness. *Early Child Development and Care*, 184(4), 487–499. doi:10.1080/03004430.2013.804069

Willms, J. D. (2002). The prevalence of vulnerable children. In D. J. Willms (Ed.), *Vulnerable children: Findings from Canada's national longitudinal survey of children and youth (45-69)*. Alberta: University of Alberta Press.

Winburn, A., Gilstrap, D., et Perryman, M. (2017). Treating the tiers: Play therapy responds to intervention in the schools. *International Journal of Play Therapy* 26(1), 1–11. <http://dx.doi.org/10.1037/pla000004>

Winnicott, D. W. (2012). Primary maternal preoccupation. In P. Mariotti (Ed.), *The new library of psychoanalysis. The maternal lineage: Identification, desire and transgenerational issues (59-66)*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group

Witt, W. P., Cheng, E. R., Wisk, L. E., Litzelman, K., Chatterjee, D., Mandell, K., et Wakeel, F. (2014). Maternal stressful life events prior to conception and the impact on infant birth weight in the United States. *American journal of public health*, 104(S1), S81-S89.

Witt, W. P., Wisk, L. E., Cheng, E. R., Hampton, J. M., et Hagen, E. W. (2012). Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: A national population-based study. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7), 1525-1541.

Wyman, P. A., Cross, W., Brown, H. C., Yu, Q., Tu, X., et Eberly, S. (2010). Intervention to strengthen emotional self-regulation in children with emerging mental health problems: Proximal impact on school behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 707–720. doi:10.1007/s10802-010-9398-x

Yau, M. Y., et Ziegler, S. (2005). Do Parenting and Family Literacy Centres Make a Difference?. *Research Today*, 1(1), 1-4.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., et Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178

Zeanah, C. H., et Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219-233.

Zeanah, P. D., Stafford, B. S., Nagle, G. A., et Rice, T. (2005). Addressing Social-Emotional Development and Infant Mental Health in Early Childhood Systems. *Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series, Number 12*. UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities.

Zeanah, C.H., et Zeanah, P.D. (2009). The scope of infant mental health. In C. H. Zeanah; Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health (3rd ed., pp. 5-21)*. New York: Guilford Press.

Zeanah, P. D., & Gleason, M. M. (2009). Infant mental health in primary health care. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health, 3rd Edition (549-563)*. New York, NY: Guilford Press

ZERO TO THREE. (2016). Discussing infant mental health and school readiness with funders and policymakers [Web log post]. Retrieved from <https://www.zerotothree.org/resources/1467-discussing-infant-mental-health-and-school-readiness-with-funders-and-policymakers>

Zeytinoglu, S., Calkins, S. D., Swingler, M. M., & Leerkes, E. M. (2017). Pathways from maternal effortful control to child self-regulation: The role of maternal emotional support. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 170–180. doi:<http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1037/fam0000271>

Annexe A : Méthodologie pour la revue de la littérature

Critères d'inclusion et d'exclusion

CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Anglais	
Âge de trois à six ans	
Articles de 2007 à 2017	
Intervention (pour des pratiques exemplaires)	Prévention ou études universelles
Types d'interventions : Groupe dyadique Personne responsable En classe À domicile Communautaire Essais contrôlés randomisés	Renaissance, contact visuel forcé
Amélioration en matière de : développement relation parent-enfant perspective de comportement de l'enseignant résultats scolaires	

Base de données :

- ERIC
- Psych-Med
- Medline
- PubMed
- Cochrane Library
- ProQuest

En outre, l'équipe explorera les plateformes de médias sociaux et la couverture de l'actualité.

Mots-clés :

Santé mentale des enfants âgés de trois à six ans

- promouvoir la préparation à l'école et la résilience au cours des premières années/durant la petite enfance/au service préscolaire/à la maternelle
- promouvoir un développement socioaffectif optimal au service de garde/au service préscolaire/à la maternelle/au cours des premières années/durant la petite enfance
- promouvoir la santé mentale des nourrissons au service de garde/au service préscolaire/à la maternelle/au cours des premières années/durant la petite enfance
- relations entre les parents et l'enfant au cours des premières années/durant la petite enfance
- formation des enseignants sur l'autorégulation et le développement socioaffectif
- apprentissage professionnel

- renforcement des capacités
- renforcement de l'attachement au service de garde/au préscolaire/à la maternelle/au cours des premières années/ durant la petite enfance
- intervention dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde en ce qui a trait au comportement de défiance
- intervention dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde en ce qui a trait au comportement problématiques
- traitement des comportements de défiance dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- traitement des comportements de défiance dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- difficultés de maîtrise des émotions dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- difficultés de dérèglement émotionnel dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- suspension de l'école dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- expulsion de l'école dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- jours d'école modifiés dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- rentrée scolaire retardée dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- santé mentale des enfants âgés de trois/quatre/cinq/six ans
- santé mentale des enfants âgés de trois à six ans
- comportement de défiance dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- problème de comportement dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- comportement agressif dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde
- comportement non conforme dans le milieu préscolaire, de la maternelle ou du service de garde

Annexe B : Outils de sondage

SONDAGE SUR L'APPRENTISSAGE PRÉCOCE ET LES SOINS

1. Quel est votre rôle professionnel?
 - Éducateur/éducatrice de la petite enfance accrédité(e)
 - Conseiller/conseillère en ressources (contexte des milieux de garde)
 - Aide scolaire
 - Enseignant(e) de la prématernelle
 - Enseignant(e) de la maternelle
 - Directeur/directrice
 - Éducateur/éducatrice spécialisé(e)
 - Superviseur(e)/directeur/directrice d'un programme d'aide à la petite enfance (garde d'enfants, CPEO)
 - Infirmier/infirmière en santé publique
 - Autre *(veuillez préciser votre réponse dans l'espace ci-dessous)
2. Depuis combien d'années exercez-vous cette profession?
 - Moins de six (6) mois
 - De six (6) mois à un (1) an
 - D'un (1) à trois (3) ans
 - De trois (3) à cinq (5) ans
 - Plus de cinq (5) ans
3. Dans quelle ville ou municipalité travaillez-vous?
4. Parmi ceux qui travaillent dans le cadre de votre programme/contexte, la définition suivante a été élaborée et elle est utilisée lorsqu'on fait référence à la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants :

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, parfois désignée sous le nom de développement

socioaffectif, est la capacité de l'enfant de la naissance à l'âge de cinq ans de nouer des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, de ressentir, de gérer et d'exprimer un éventail complet d'émotions, d'explorer son environnement et d'apprendre – dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (Cohen, Oser et Quigley, 2012, p. 1).

En gardant cette définition en tête, dans quelle mesure soutenez-vous le développement socioaffectif des enfants dans le cadre de votre programme/contexte actuel? *(Veuillez cocher une réponse dans la liste ci-dessous.)

- Presque toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

5. Au moment de travailler avec des enfants âgés de trois à six ans dans le cadre de votre programme/contexte, à quel point sentez-vous qu'ils sont prêts sur le plan du développement socioaffectif à participer à votre programme/contexte? *(Veuillez cocher une réponse dans la liste ci-dessous.)

- Presque toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

6. Quelles pratiques, quelles stratégies ou quels programmes actuels utilisez-vous pour soutenir le développement socioaffectif dans le cadre de votre programme/contexte? (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- Lecture de livres portant sur la gestion des émotions, l'établissement de relations et les communications, etc. avec les enfants
- Jeux de rôles avec des marionnettes ou des poupées pour enseigner aux enfants des aptitudes de résolution de problèmes, de partage, d'établissement de relations, etc.
- Utilisation d'un langage approprié sur le plan du développement pour orienter les interactions des enfants avec leurs pairs et avec les adultes.

- Inclusion de stratégies de communication à votre programme/contexte *(p. ex. inviter les enfants à demander à leurs pairs comment ils vont, utiliser des photos illustrant des émotions afin de susciter des conversations).
- Gestion globale de la salle de classe *(modification de l'environnement et création d'espaces)
- Autre : (veuillez préciser):

7. D'après votre expérience, quels sont les problèmes de comportement les plus graves que vous ayez observés au sein de ce groupe d'âge dans le cadre de votre programme/contexte? (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- Difficulté à rester debout en ligne
- Difficulté à se concentrer sur une activité
- Comportement(s) agressif(s)
- Difficulté à écouter et à suivre des instructions
- Difficulté à distinguer les sentiments des actions
- Problèmes d'impulsivité
- Difficulté à exprimer des besoins
- Difficulté à exprimer des sentiments au moyen du langage
- Autre (veuillez préciser) :
- Je n'ai pas observé ou eu affaire à des problèmes de comportement d'enfants.

8. D'après votre expérience, quelles difficultés socioaffectives éprouvées par les jeunes enfants les parents/éducateurs participant à votre programme/contexte qualifient-ils de plus préoccupantes? *(Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent.)

- Difficulté à rester debout en ligne
- Difficulté à se concentrer sur une activité
- Comportement(s) agressif(s)
- Difficulté à écouter et à suivre des instructions
- Difficulté à distinguer les sentiments des actions
- Problèmes d'impulsivité
- Difficulté à exprimer des besoins
- Difficulté à exprimer des sentiments au moyen du langage
- Autre (veuillez préciser) :
- Je n'ai pas rencontré de parents ou d'éducateurs qui m'aient fait part de préoccupations au sujet des problèmes de comportement de leur(s) enfant(s).

9. Quels types de soutiens et de programmes sont actuellement offerts dans votre collectivité pour aider les parents et les éducateurs à soutenir le développement socioaffectif des jeunes enfants? *(Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.)

- Les ateliers offerts par :
 - o les écoles
 - o les milieux de garde
 - o les hôpitaux
 - o la santé publique
 - o les programmes ON y va (p. ex., centres de jour, carrefours)
 - o Autre (veuillez préciser) :
- Les services de santé mentale des enfants ou les services à la famille dans votre collectivité
- Programmes de halte-garderie (p. ex., dans un centre de développement de la petite enfance)
- Cliniques sans rendez-vous
- Dépistage développemental
- Programmes de développement de la petite enfance
- Orthophonie
- Ergothérapie
- Hôpitaux
- Autre : *(veuillez préciser)

10. Lorsque vous effectuez un aiguillage, lequel des types d'aiguillage suivants effectuez-vous le plus souvent?

- Les services de santé mentale des enfants ou les services à la famille dans votre collectivité
- Programmes de halte-garderie (p. ex. dans un centre de développement de la petite enfance)
- Cliniques sans rendez-vous
- Hôpitaux
- Médecin de famille/clinique
- Milieux de garde
- Autre : *(veuillez préciser)

11. D'après votre expérience, à quel point avez-vous confiance en votre capacité de soutenir les familles d'enfants âgés de trois à six ans et leur développement socioaffectif à la petite enfance? *(Veuillez cocher UNE réponse dans la liste ci-dessous.)

- Très confiant(e)
- Modérément confiant(e)
- Peu confiant(e)
- Aucunement confiant(e)
- Je ne suis pas certain(e).

12. Au sein de votre collectivité, à quel point êtes-vous au courant des soutiens et des ressources offertes aux parents pour les aider à soutenir le développement socioaffectif de leur(s) enfant(s)? *(Veuillez cocher une réponse dans la liste ci-dessous.)

- Extrêmement au courant
- Très au courant
- Plutôt au courant
- Légèrement au courant
- Pas du tout au courant

13. Lorsqu'un enfant éprouve des difficultés dans le cadre de votre programme/contexte, choisit-on le plus souvent de modifier sa participation d'une quelconque façon? Par exemple, reporter l'accès au programme, participation quotidienne partielle, etc.

- Presque toujours
- Souvent
- Plutôt fréquemment
- Peu fréquemment
- Jamais

Veuillez préciser :

14. Quels types de préoccupations peuvent mener à la modification de la participation d'un enfant à votre programme/contexte?

- Difficultés à maîtriser les émotions
- Difficulté à rester debout en ligne
- Difficulté à se concentrer sur une activité
- Comportement(s) agressif(s)
- Difficulté à écouter et à suivre des instructions
- Difficulté à exprimer des besoins ou des sentiments
- Incapacité à suivre les instructions
- Autre : (veuillez préciser votre réponse dans l'espace ci-dessous)

15. Quelles mesures de soutien vous sont accessibles lorsqu'un enfant présente des difficultés sur le plan du développement socioaffectif au sein de votre programme/contexte?

- Éducateur/éducatrice spécialisé(e)
- Conseiller/conseillère en ressources
- Superviseur(e), directeur/directrice ou gestionnaire responsable
- Spécialistes externes (p. ex., spécialiste en santé mentale, psychologue, travailleur/travailleuse social(e), infirmier/infirmière en santé publique)
- Personnel supplémentaire
- Autre : *(veuillez préciser)

16. Lorsque vous vous inquiétez du développement socioaffectif d'un enfant, quelles mesures adoptez-vous pour l'aider?

SONDAGE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

1. Quel est votre rôle professionnel?

- Psychiatre
- Psychologue/associé(e) en psychologie
- Travailleur social/travailleuse sociale auprès des enfants et des adolescents
- Travailleur social/travailleuse sociale
- Spécialiste des troubles mentaux
- Infirmier/infirmière en santé publique
- Nutritionniste
- Diététicien/diététicienne
- Intervenant(e) à domicile
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Aide familiale
- Consultant(e) en matière de soins des enfants
- Autre : *(veuillez préciser votre réponse dans l'espace ci-dessous)

2. Depuis combien d'années exercez-vous cette profession?

- Moins d'un (1) an
- Un (1) à cinq (5) ans
- Cinq (5) à dix (10) ans
- Dix (10) à quinze (15) ans
- Plus de quinze (15) ans

3. Dans quelle ville ou municipalité travaillez-vous?

4. Parmi les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé mentale du nourrisson et de la petite enfance, la définition suivante a été élaborée et elle est utilisée lorsqu'on fait référence à la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants :

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, parfois désignée sous le nom de développement

socioaffectif, est la capacité de l'enfant de la naissance à l'âge de cinq ans de nouer des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, de ressentir, de gérer et d'exprimer un éventail complet d'émotions, d'explorer son environnement et d'apprendre – dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (Cohen, Oser et Quigley, 2012, p. 1).

En gardant cette définition à l'esprit, quelles pratiques, quelles stratégies ou quels programmes actuels utilisez-vous pour soutenir le développement socioaffectif des enfants âgés de trois à six ans dans votre contexte? (Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent et fournir des précisions dans l'espace fourni.)

- Programmes de traitement _____
- Stratégies d'intervention _____
- Aiguillage vers d'autres spécialistes _____
- Aiguillage vers les agences de protection de l'enfance _____
- Thérapie familiale _____
- Thérapie par le jeu centrée sur l'enfant _____
- Formation sur la relation éducateur/éducatrice-enfant _____
- Services de santé mentale/consultation en santé mentale de la petite enfance _____
- Réduction du stress basée sur la pleine conscience _____
- Programmes de préparation à la rentrée scolaire _____
- Autre : *(veuillez préciser) _____

5. D'après votre expérience, quels sont les problèmes de comportements les plus graves que vous ayez observés au sein de ce groupe d'âge dans le cadre de votre programme? (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- Difficulté à rester debout en ligne
- Difficulté à se concentrer sur une activité
- Comportement(s) agressif(s)
- Difficulté à écouter et à suivre des instructions
- Difficulté à distinguer les sentiments des actions
- Problèmes d'impulsivité
- Difficulté à exprimer des besoins

- Difficulté à exprimer des sentiments au moyen du langage
- Autre (veuillez préciser) :
- Je n'ai pas observé ou eu affaire à des problèmes de comportement d'enfants.

6. D'après votre expérience, quelles difficultés socioaffectives des jeunes enfants les parents/éducateurs participant à votre programme/contexte qualifient-ils de plus préoccupantes? (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- Difficulté à rester debout en ligne
- Difficulté à se concentrer sur une activité
- Comportement(s) agressif(s)
- Difficulté à écouter et à suivre des instructions
- Difficulté à distinguer les sentiments des actions
- Problèmes d'impulsivité
- Difficulté à exprimer des besoins
- Difficulté à exprimer des sentiments au moyen du langage
- Autre (veuillez préciser) :
- Je n'ai pas rencontré de parents ou d'éducateurs qui m'aient fait part de préoccupations au sujet de problèmes de comportement de leur(s) enfant(s).

7. Dans votre contexte, quelles sont les préoccupations les plus usuelles pour lesquelles on aiguille les enfants vers vos services? (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent.)

- Difficulté à maîtriser les émotions
- Difficulté à rester debout en ligne
- Difficulté à se concentrer sur une activité
- Aggressivité envers autrui
- Difficulté à écouter et à suivre des instructions
- Difficulté à exprimer des besoins ou des sentiments
- Dérèglement du comportement
- Autre : (veuillez préciser votre réponse dans l'espace ci-dessous)

8. Quels types de mesures de soutien et de programmes sont actuellement offerts pour aider les parents à soutenir le développement socioaffectif des jeunes enfants?

- Ateliers
 - o Écoles
 - o Milieux de garde
 - o Hôpitaux
 - o Santé publique
 - o Programmes ON y va (p. ex., centres de jour, carrefours)
 - o Autre (veuillez préciser) :
- Programmes de halte-garderie (p. ex., dans un centre de développement de la petite enfance)
- Centres de soins de santé mentale pour les enfants
- Dépistage développemental
- Programmes de développement de la petite enfance
- Orthophonie
- Ergothérapie
- Psychothérapie
- Autre : *(veuillez préciser)

9. En plus des mesures de soutien et des programmes que vous offrez, quels autres services pourriez-vous suggérer pour aider les professionnels à soutenir le développement socioaffectif à la petite enfance?

- Ateliers
 - o Écoles
 - o Milieux de garde
 - o Hôpitaux
 - o Santé publique
 - o Programmes ON y va (p. ex., centres de jour, carrefours)
 - o Autre (veuillez préciser) :
- Programmes de halte-garderie (p. ex., dans un centre de développement de la petite enfance)
- Centres de soins de santé mentale pour les enfants
- Dépistage développemental
- Programmes de développement de la petite enfance
- Orthophonie
- Ergothérapie
- Psychothérapie
- Autre : *(veuillez préciser)

10. Lorsque vous effectuez un aiguillage, lequel des types d'aiguillage suivants effectuez-vous le plus souvent?

- Services de santé mentale des enfants ou services à la famille dans votre collectivité
- Programmes de halte-garderie (p. ex., dans un centre de développement de la petite enfance)
- Cliniques sans rendez-vous
- Hôpitaux
- Médecin de famille/clinique
- Milieux de garde
- Autre : *(veuillez préciser)

11. Outre le traitement ou l'intervention et les services que vous fournissez, quels soutiens supplémentaires pourriez-vous suggérer si vous étiez préoccupé par le développement socioaffectif d'un enfant âgé de trois à six ans? *(Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent.)

- Orthophonie
- Ergothérapeute
- Services de l'ouïe
- Milieux de garde
- Développement des nourrissons
- Dépistage développemental
- Pédiatres du développement
- Autre : *(veuillez fournir des précisions dans l'espace ci-dessous)

12. Avez-vous déjà rempli un questionnaire de dépistage développemental pour un enfant âgé de trois à six ans? Par exemple : les questionnaires Étapes du développement (ASQ : 3R et ASQ-SE)..

- Non
- Je ne suis pas certain(e).
- Oui (veuillez préciser le type de questionnaire et l'endroit où vous l'avez rempli):

13. Si vous avez répondu oui à la question ci-dessus, à combien de reprises utilisez-vous ces outils pour dépister des difficultés de santé mentale à la petite enfance?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

14. Si un enfant inscrit à votre programme participe de façon modifiée ou partielle à un programme/contexte en raison de ses difficultés de comportement, à quoi ce processus d'accommodement a-t-il ressemblé? (Par exemple, quels soutiens ont été offerts aux enfants et à la famille durant la journée modifiée, la suspension ou l'expulsion; en outre, à quel moment l'enfant a-t-il été réintégré au programme?) (Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour répondre.)
SONDAGE AUPRÈS DES PARENTS ET DES personnes responsables

15. Veuillez indiquer l'âge de votre enfant et le garder à l'esprit au moment de remplir le sondage.

- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans

16. Veuillez indiquer le sexe de votre enfant.

- Masculin
- Féminin
- Autre

17. Votre enfant a-t-il été aiguillé vers un service ou a-t-il reçu du soutien supplémentaire en matière de développement socioaffectif, de difficultés de comportement, de développement langagier ou de préoccupations de santé mentale?

- Oui
 - o Veuillez nous en dire davantage : pourquoi votre enfant a-t-il fait l'objet d'un aiguillage? Vers qui votre enfant a-t-il aiguillé? Et quel type de soutien(s) votre enfant a-t-il reçu(s)?
- Non
- Je ne suis pas certain(e)

SONDAGE AUPRÈS DES PARENTS ET DES PERSONNES RESPONSABLES

1. Veuillez indiquer l'âge de votre enfant et le garder à l'esprit au moment de remplir le sondage.

- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans

2. Veuillez indiquer le sexe de votre enfant.

- Masculin
- Féminin
- Autre

3. Votre enfant a-t-il été aiguillé vers un service ou a-t-il reçu du soutien supplémentaire en matière de développement socioaffectif, de difficultés de comportement, de développement langagier ou de préoccupations de santé mentale?

- Oui
 - o Veuillez nous en dire davantage : pourquoi votre enfant a-t-il fait l'objet d'un aiguillage? Vers qui votre enfant a-t-il aiguillé? Et quel type de soutien(s) votre enfant a-t-il reçu(s)?
- Non
- Je ne suis pas certain(e)

4. Est-ce que vous ou votre enfant recevez actuellement des services ou des soutiens additionnels (c.-à-d. santé mentale de l'enfant, services aux familles, programmes de halte-garderie, cliniques sans rendez-vous, etc.)?
- Oui; j'obtiens des services ou des soutiens additionnels.
 - Oui; mon enfant obtient des services ou des soutiens additionnels.
 - Oui; mon enfant/mes enfants ou moi-même obtenons des services ou des soutiens additionnels.
 - Non; ni mon enfant/mes enfants ni moi-même n'obtenons des services ou des soutiens additionnels
5. Votre famille ou votre enfant bénéficie-t-il actuellement de l'un des services ou de l'un des soutiens additionnels suivants? (Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.)
- Services de santé mentale des enfants ou services à la famille dans votre collectivité
 - Programmes de halte-garderie (p. ex. dans un centre de développement de la petite enfance)
 - Cliniques sans rendez-vous
 - Dépistage développemental
 - Programmes de développement de la petite enfance
 - Orthophonie
 - Ergothérapie
 - Hôpitaux
 - Autre : *(veuillez préciser)
 - Mon enfant est actuellement sur une liste d'attente pour obtenir des services de soutien additionnels.
 - o Veuillez expliquer le type de services et le délai d'attente estimé :
6. En plus d'activités à la maison ou avec des amis, avez-vous accès à l'un des soutiens suivants? (Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.)
- Amener mon enfant à des programmes comme un centre d'éducation préscolaire et d'autres services liés à l'âge
 - Assister à des ateliers à l'intention des parents/ personnes responsables axés sur l'âge et sur le stade du développement de mon enfant
 - Participer à des programmes particuliers pour le développement socioaffectif des enfants
 - Amener mon enfant à des programmes de pleine conscience ou de yoga
 - Autre (veuillez préciser) :
7. Les enfants de ce groupe d'âge présentent certains problèmes de comportement. Veuillez indiquer quels comportements sont difficiles ou suscitent des inquiétudes en ce qui concerne votre enfant de trois à six ans. (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent)
- Difficulté à rester debout en ligne
 - Difficulté à se concentrer sur une activité
 - Comportement(s) agressif(s)
 - Difficulté à écouter et à suivre des instructions
 - Difficulté à distinguer les sentiments des actions
 - Problèmes d'impulsivité
 - Difficulté à exprimer des besoins
 - Difficulté à exprimer des sentiments au moyen du langage
 - Autre (veuillez préciser) :
 - Je n'ai pas observé ou eu affaire à des problèmes de comportement chez mon enfant.
8. À quelle fréquence trouvez-vous difficile de gérer le comportement de votre enfant?
- Presque toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
9. Où avez-vous tendance à observer les problèmes de comportement que vous avez mentionnés à la question no 8 (sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent)?
- À domicile – veuillez préciser :

 - Dans la collectivité (c.-à-d. au moment de jouer au parc, alors que vous magasinez ou faites des emplettes, lorsque vous assistez à des rassemblements sociaux) – veuillez préciser :

- Dans le cadre de sa participation à des programmes (veuillez préciser) :

- Au moment de fréquenter la garderie/l'école (veuillez préciser)

- Autre : (veuillez préciser)

- Je n'ai pas observé de problèmes de comportement chez mon enfant.

10. Dans votre collectivité, où pouvez-vous vous rendre pour obtenir de l'information au sujet du développement socioaffectif de votre(vos) enfant(s) de trois à six ans? (Veuillez sélectionner TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- Mon centre communautaire local
- Les bibliothèques publiques
- Mon médecin de famille ou le pédiatre de mon enfant
- Le personnel du milieu de garde de mon enfant
- Mes amis et ma famille
- Des ateliers
- Les centres de développement de la petite enfance
- Les centres de soins de santé mentale pour les enfants
- Les programmes de halte-garderie
- Les programmes de préparation à la rentrée scolaire
- Je ne suis pas certain(e) de l'endroit où trouver ces renseignements
- En ligne, sur les sites Web ou dans les médias sociaux (veuillez préciser) :
- Autre (veuillez fournir une explication) :

11. À titre de parent ou d'éducateur, à quel point les services et les soutiens additionnels qui sont accessibles pour soutenir le développement socioaffectif de votre enfant vous sont-ils utiles?

- Très utiles
- Assez utiles
- Peu utiles
- Pas du tout utiles

12. Votre enfant a-t-il déjà participé à un programme structuré avec d'autres enfants (p. ex., milieu de garde, école ou autre programme en groupe)?

- Oui
 - o Veuillez préciser le type de programme et le nombre de fois où votre enfant y participe
- Non

13. Si votre enfant a participé à un programme structuré, avez-vous déjà demandé de le retirer de ce programme ou de modifier sa participation à celui-ci en raison de difficultés associées à son comportement? (Par exemple, attendre le retour à l'école, date de début plus tardive/retardée, participation à mi-temps, suspension temporaire, expulsion, etc.)

- Non
- Oui (veuillez nous laisser savoir ce qui s'est produit, pourquoi et comment la participation de votre enfant a été modifiée)

14. Si on vous a déjà demandé de retirer votre enfant d'un programme structuré ou de modifier sa participation à celui-ci, vous a-t-on fourni des conseils ou du soutien? (Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.)

- Non; on ne m'a pas aidé.
 - o Veuillez fournir une explication :
- Oui; on m'a donné une rétroaction et du soutien pour aider mon enfant.
- Oui; on m'a fourni une liste de ressources avec qui communiquer.
- Oui; on m'a fourni les coordonnées de services de soutien et des aiguillages vers d'autres services avec qui je n'étais pas tenu de communiquer moi-même.
- Oui; on m'a fourni des conseils ou des soutiens additionnels qui ne figurent pas dans la liste.
 - o Veuillez nous en dire davantage à ce sujet :
- Je sens que le personnel du programme de mon enfant a fait tout son possible pour nous soutenir, moi et mon enfant
 - o Veuillez nous dire ce qui s'est produit) :

Si vous avez un autre enfant âgé de trois à six ans auquel vous aimeriez faire référence au moment de remplir ce sondage, veuillez en remplir un autre pour cet enfant en particulier.

SONDAGE AUPRÈS DES DÉCIDEURS POLITIQUES ET DU PERSONNEL MINISTÉRIEL

1. Veuillez nous indiquer le ministère et le service que vous représentez :
2. Le développement socioaffectif est défini de la façon suivante :

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, parfois désignée sous le nom de développement socioaffectif, est la capacité de l'enfant de la naissance à l'âge de cinq ans de nouer des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, de ressentir, de gérer et d'exprimer un éventail complet d'émotions, d'explorer son environnement et d'apprendre – dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (Cohen, Oser et Quigley, 2012, p. 1).

En gardant cette définition à l'esprit, ainsi que le travail effectué au sein de votre ministère, veuillez nous fournir votre point de vue au sujet des difficultés actuelles pour assurer le développement socioaffectif sain des enfants âgés de trois à six ans en Ontario. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent et fournir des commentaires additionnels ci-dessous

- Difficultés associées au recrutement de personnel formé avec une expérience solide en apprentissage précoce et en soins.
- S'assurer de disposer d'une éducation et d'un perfectionnement professionnel appropriés associés au développement des enfants de trois à six ans
- S'assurer de disposer d'une éducation et d'un perfectionnement professionnel appropriés associés aux besoins uniques de santé mentale des enfants de trois à six ans
- Difficulté à établir des connaissances et des besoins en matière de soutien clairs pour ce groupe d'enfants
- Difficulté à traduire les politiques en pratique en ce qui concerne ce groupe d'enfants
- Autre :

Veuillez fournir des commentaires additionnels le cas échéant :



3. Existe-t-il des pratiques précises relatives aux besoins en matière de soutien que vous souhaiteriez explorer?

- 1) _____
2) _____

4. Un examen de la documentation fournira une synthèse de ce qui suit :

- Que sait-on du développement de la santé mentale chez les jeunes enfants de trois à six ans?
- Comment la santé mentale à la petite enfance influence-t-elle le bien-être mental et physique des enfants à court et à long terme?
- Comment la vulnérabilité à une mauvaise santé mentale peut-elle être discernée chez des enfants de trois à six ans?
- Quelles stratégies ou interventions ont-elles obtenu du succès au moment d'intervenir auprès de jeunes enfants qui peuvent présenter une vulnérabilité à une mauvaise santé mentale?

Qu'avons-nous omis? Quels éléments supplémentaires devrions-nous explorer?

5. Les méthodes suivantes seront utilisées pour élaborer le document politique :

- Un examen de la documentation
- Des entrevues avec des intervenants clés du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du ministère de l'Éducation, des parents, des praticiens, des éducateurs, des professionnels en santé mentale des écoles et de la collectivité,

des décideurs politiques, des responsables organisationnels

- Sondages en ligne auprès de praticiens et de parents

Y a-t-il d'autres groupes qui devraient être mobilisés dans le cadre de ce travail?

6. D'un point de vue politique, y a-t-il d'autres enjeux ou initiatives stratégiques que nous devrions examiner davantage?

7. Quels sont les défis stratégiques?

8. Quels genres de renseignements seraient utiles pour les décideurs dans leur rôle stratégique propre à la santé mentale à la petite enfance?

9. Lorsque vous lirez ce document politique, qu'espérez-vous en tirer, quels sont vos besoins et vos aspirations en ce qui a trait à ce document?

10. Quelle modalité serait la plus utile et permettrait d'assurer la diffusion de l'information (c.-à-d., présentation en personne, webinaire, sommaire exécutif, groupe de réflexion)?

11. Veuillez fournir toute pensée/recommandation supplémentaire dont vous souhaitez nous faire part alors que nous amorçons cet important travail.

Annexe C : Guides d'entrevue

EARLY LEARNING AND CARE LEADER QUESTIONS

Nom :

Date :

Organisme :

Poste :

Ville où vous travaillez :

Le développement socioaffectif est défini de la façon suivante :

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, parfois désignée sous le nom de développement socioaffectif, est la capacité de l'enfant de la naissance à l'âge de cinq ans à tisser des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, à ressentir, à gérer et à exprimer un éventail complet d'émotions, à explorer son environnement et à apprendre dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (Cohen, Oser et Quigley, 2012, à la page 1).

1. En gardant cette définition à l'esprit, quels sont les problèmes de santé mentale les plus fréquents que vous avez observés au sein de votre organisme chez les enfants de trois à six ans?
2. Quels sont les comportements qui accompagnent ces problèmes de santé mentale pour ce groupe d'âge? (p. ex. s'il est fréquent que l'enfant soit agressif, veuillez décrire les formes d'agression qui vous ont été rapportées, comme mordre, frapper avec des objets, pousser, etc.).
3. Votre organisme a-t-il recours à une stratégie, une initiative ou des outils spécifiques pour soutenir la santé mentale durant la petite enfance chez les enfants âgés de trois à six ans?
4. Le cas échéant, veuillez décrire la stratégie, l'initiative ou les outils en place?
5. Quelles qualifications exigez-vous de votre personnel pour soutenir la santé mentale au sein de votre organisme?
6. Quelles sont les connaissances, les compétences et la formation spécifiques que les professionnels (éducateurs de la petite enfance, enseignants, aides-enseignants, etc.) de votre organisme possèdent pour reconnaître les problèmes de santé mentale des enfants de trois à six ans?
7. Votre organisme offre-t-il une formation continue sur la santé mentale durant la petite enfance?
8. Le cas échéant, quelle formation est offerte et à quelle fréquence l'est-elle?
9. Comment votre organisme entretient-il des relations avec d'autres services/organismes qui peuvent continuer de s'investir dans la santé mentale d'un enfant de trois à six ans?
10. Quels types de soutiens sont offerts à l'intérieur ou à l'extérieur de votre organisme lorsque vous vous préoccupez de la santé mentale d'un enfant de trois à six ans?
11. Quels types de soutiens sont offerts au sein de votre organisme à l'intention des parents ou des personnes responsables qui ont des préoccupations quant à la santé mentale d'un enfant de trois à six ans?
12. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles à des soins de santé mentale durant la petite enfance et à un soutien optimaux pour les enfants de trois à six ans?
13. Dans le cas des personnes qui arrivent dans votre organisme avec un diagnostic ou une préoccupation au sujet de la santé mentale d'un enfant, existe-t-il un processus permettant de communiquer avec les organismes qui lui ont fourni des soins avant l'organisme qu'il fréquente actuellement (le service de garde, le centre de la petite enfance, le centre de littératie pour les familles, la protection de l'enfance, etc.)? Le cas échéant, en quoi consiste ce processus?

14. Votre rôle au sein de votre organisme est-il principalement axé sur le soutien en santé mentale des jeunes enfants de trois à six ans?
15. Dans le cas des enfants de trois à six ans qui ont des problèmes de santé mentale persistants dépistés dans la petite enfance (dont certains peuvent avoir reçu un diagnostic), quelle approche votre organisme adopte-t-il pour fournir un traitement ou une intervention ou encore pour orienter la famille ou l'enfant vers les services appropriés?
16. Distribuez-vous un questionnaire de dépistage développemental destiné aux enfants de trois à six ans dans le cadre de votre processus d'inscription? Le cas échéant, est-il possible d'en obtenir un exemplaire?

QUESTIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU PERSONNEL PARAMÉDICALS

Nom :
Date :
Organisme :
Poste :
Ville où vous travaillez :

Le développement socioaffectif est défini de la façon suivante :

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, parfois désignée sous le nom de développement socioaffectif, est la capacité de l'enfant de la naissance à l'âge de cinq ans à tisser des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, à ressentir, à gérer et à exprimer un éventail complet d'émotions, à explorer son environnement et à apprendre dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (Cohen, Oser et Quigley, 2012, à la page 1).

1. En gardant cette définition à l'esprit, quels sont les problèmes de santé mentale les plus fréquents que vous avez observés chez les enfants de trois à six ans?
2. Votre rôle au sein de votre organisation est-il principalement axé sur le soutien en santé mentale des jeunes enfants de trois à six ans?
3. Votre organisme a-t-il recours à une stratégie, une initiative ou un point de mire particuliers pour soutenir la santé mentale précoce des enfants âgés de trois à six ans?
4. Le cas échéant, à quoi cela ressemble-t-il?
5. Quelles qualifications exigez-vous de votre personnel pour soutenir la santé mentale au sein de votre organisme?
6. Une fois qu'il fait partie de votre équipe, quelles connaissances, compétences et formations spécifiques offrez-vous à votre personnel pour l'aider à reconnaître et à prendre des mesures efficaces à l'égard de la santé mentale précoce des jeunes enfants de trois à six ans?
7. Comment votre personnel réagit-il à une préoccupation soulevée au sujet d'un enfant âgé de trois à six ans au sein de votre organisme?
8. Comment votre organisme entretient-il des relations avec d'autres services/organismes qui peuvent continuer de s'investir dans la santé mentale d'un enfant de trois à six ans?
9. À quel moment un enfant cesse-t-il de recevoir des services de votre organisme?
10. Si vous utilisez un questionnaire de dépistage développemental destiné aux jeunes enfants, est-il possible d'en obtenir une copie?

QUESTIONS DESTINÉES AUX CONSEILLERS EN POLITIQUES ET AU PERSONNEL DU MINISTÈRE

Nom :

Date :

Organisme :

Poste :

Ville où vous travaillez :

Le développement socioaffectif est défini de la façon suivante :

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants, parfois désignée sous le nom de développement socioaffectif, est la capacité de l'enfant de la naissance à l'âge de cinq ans à tisser des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, à ressentir, à gérer et à exprimer un éventail complet d'émotions, à explorer son environnement et à apprendre dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (Cohen, Oser et Quigley, 2012, à la page 1).

1. En gardant cette définition à l'esprit, au sein de votre ministère, veuillez nous dire ce que vos collègues et les collectivités considèrent être des difficultés actuelles pour assurer le développement socioaffectif sain des enfants âgés de trois à six ans en Ontario.
2. La santé mentale des jeunes enfants est-elle une priorité au sein de votre ministère? Le cas échéant, quelles initiatives sont en cours?
3. Quelle est votre compréhension/connaissance de la santé mentale précoce chez les enfants âgés de trois à six ans?
 - Excellente
 - Bonne
 - Passable
 - Mauvaise
 - Très mauvaise
4. Quels sont les points forts et les défis à relever pour soutenir les membres de la collectivité travaillant avec ce groupe d'âge?
5. Souhaitez-vous en apprendre davantage sur les problèmes de santé mentale des jeunes enfants et sur la façon de favoriser un développement socioaffectif sain des enfants de trois à six ans? Le cas échéant, veuillez expliquer ce que vous souhaiteriez apprendre de plus et en quoi cela affectera votre travail dans le futur.
6. Y a-t-il d'autres collègues/experts/parents/personnes responsables/professionnels avec lesquels nous devrions parler?
7. À votre avis, quels sont les moyens d'améliorer ou de renforcer la capacité des enfants de trois à six ans dans la province (comparativement à la façon dont les choses se déroulent actuellement)?
8. Que faudrait-il faire pour que cette amélioration se produise?
9. Comment ce document d'orientation peut-il soutenir cette amélioration?



Centre d'excellence de l'Ontario
**en santé mentale des
enfants et des adolescents**