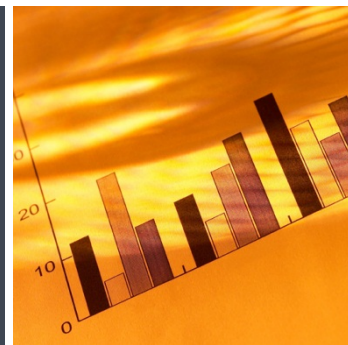


Prévention du crime

Santé mentale, maladie mentale et criminalité chez les jeunes



2017-H01-CP

www.securitepublique.gc.ca

BÂTIR UN CANADA SÉCURITAIRE ET RÉILIENT

HISTORIQUE

La santé et le bien-être mentaux et émotionnels des jeunes représentent au Canada une question de santé importante qui a plusieurs répercussions sur la prévention du crime chez les jeunes, de même que sur le système de justice pour les adolescents. La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) indique qu'un pourcentage aussi élevé que 70 % des personnes atteintes de maladies mentales commence à éprouver ces problèmes au cours de l'enfance et de l'adolescence (CSMC, 2015), et que le début précoce des maladies mentales et des troubles mentaux a des conséquences sur toute la vie. On retrouve des preuves incontestables de ce dernier énoncé dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes du Canada, réalisée entre 1994 et 2008, laquelle a permis de constater que les enfants faisant état de difficultés émotionnelles à l'âge de quatre à huit ans étaient quatre fois plus susceptibles de faire état d'une dépression huit ans plus tard (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2015). Ces statistiques cadrent également avec les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale¹, qui a constaté que la probabilité d'avoir des démêlés avec la police en raison d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances est beaucoup plus élevée chez les jeunes (de 15 à 24 ans) que chez les personnes de 45 ans et plus (Boyce, 2015).

Selon les rapports les plus récents de la CSMC (2017), en 2016, plus de 7,5 millions de personnes au Canada étaient vraisemblablement aux prises avec l'une des maladies mentales courantes : le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire, les troubles liés à l'alcoolisme, la phobie sociale et la dépression (Ratnasingham et al., 2012 dans CSMC, 2017b). Le même rapport révèle en outre que plus de 900 000 adolescents de 13 à 19 ans vivaient avec une maladie ou un trouble mental au Canada (CMSC, 2017a). Pour ce groupe de population, la consommation de substances est le problème le plus fréquent (9,9 %), suivi de l'anxiété (9 %), des troubles de l'humeur (5,2 %), du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (3,9 %), du trouble oppositionnel avec provocation (1,9 %) et des troubles des conduites (1,9 %) (CMSC, 2017b).

Ces statistiques illustrent la nécessité de mieux comprendre les liens entre la maladie mentale et la criminalité chez les jeunes, de même que les pratiques actuellement employées pour venir en aide aux jeunes atteints de troubles mentaux. C'est pourquoi le présent rapport vise à examiner les connaissances canadiennes au sujet des jeunes atteints de troubles mentaux et de leur participation à des activités criminelles, en accordant un intérêt particulier au groupe des 12 à 24 ans afin de faire ressortir les corrélations importantes entre la santé mentale et des enjeux de criminalité précis et de cerner les lacunes dans les connaissances.

DÉFINITIONS

Étant donné que le terme « maladie mentale » est dérivé du terme « troubles mentaux » et y est donc étroitement associé, les termes « maladie mentale » et « troubles mentaux » sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature, et les documents analysés aux fins du présent rapport ne font pas exception. Les définitions suivantes fournissent des éclaircissements sur les concepts liés à la santé mentale employés dans le rapport.



Santé mentale

« Un état de bien-être dans lequel la personne comprend ses propres capacités, peut surmonter les tensions normales de la vie, peut accomplir un travail productif et fructueux, et peut contribuer à la vie de sa communauté. » [Traduction] (Organisation mondiale de la Santé, 2016)²

Maladie mentale

« Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués. » (Agence de la santé publique du Canada, 2015)

Trouble mental

« Un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation émotionnelle ou du comportement qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont habituellement associés à une détresse considérable dans les activités sociales ou professionnelles ou dans d'autres activités importantes. Une réaction prévisible ou approuvée par la culture à une tension ou à une perte de nature courante, comme le décès d'un être cher, n'est pas un trouble mental. Le comportement socialement déviant (politique, religieux ou sexuel) et les conflits qui surviennent principalement entre l'individu et la société ne sont pas des troubles mentaux, à moins que la déviance ou le conflit ne résulte d'un dysfonctionnement chez l'individu, tel qu'il est décrit ci-dessus. » [Traduction] (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 2013) Voir l'annexe A pour certains troubles mentaux clés.

Il est important d'établir une distinction entre la « santé mentale » et la « maladie mentale ». Malgré la confusion occasionnelle qui les entoure, ces termes n'ont pas la même signification, puisque la santé mentale fait partie intégrante du bien-être et de la réalisation, tandis que les maladies mentales sont définies comme des altérations causant un état de détresse ou un dysfonctionnement, et n'englobent pas l'état d'esprit général d'une personne. Par exemple, une personne qui est pessimiste et se sent triste n'est pas nécessairement atteinte d'un trouble dépressif (à moins que ces émotions n'affectent significativement sa capacité de fonctionner). La bonne santé mentale, quant à elle, peut renforcer certains facteurs de protection chez les individus (comme la résilience et l'estime de soi), ce qui peut atténuer les préjudices causés par la maladie mentale; c'est pourquoi il est important de promouvoir la santé mentale chez les personnes ayant une maladie mentale (CSMC, 2015; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les sentiments tels que la gaieté, la satisfaction, la résilience, l'équilibre et l'optimisme sont considérés comme des facteurs de promotion de la bonne santé mentale, tandis que les déterminants tels que la pauvreté, l'exclusion sociale, le stress et la discrimination conduisent à une mauvaise santé mentale (OMS, 2016; Centers for Disease Control and Prevention, 2017; Association canadienne pour la santé mentale, 2014).

PRÉVALENCE AU CANADA

La santé mentale et les enfants et les jeunes

- Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012, les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances sont présents dans une proportion plus élevée chez les jeunes canadiens. En effet, 18,5 % des jeunes canadiens de 15 à 24 ans ont indiqué être atteints d'un trouble dans les

12 mois ayant précédé l'enquête. Ils ont aussi fait état d'un trouble lié à l'utilisation de substances (9,3 %) ou d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances comorbides (2,8 %) dans une proportion plus élevée que tout autre groupe d'âge au Canada (Boyce, 2015).

- En 2014, on estimait que quelque 2 millions d'enfants et de jeunes canadiens (de 0 à 24 ans) étaient atteints d'une maladie mentale, et que 1,5 million d'entre eux ne bénéficiait pas du traitement ou du soutien approprié (ASMC, 2014).
- Entre 2006-2007 et 2013-2014, les taux de jeunes et d'enfants se rendant à la salle d'urgence ou ayant besoin d'être hospitalisés pour des troubles mentaux ont augmenté de 45 % et de 37 % respectivement (ICIS, 2015).

La santé mentale et les populations autochtones

- Les Autochtones affichent un taux généralement plus élevé de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances que les non-Autochtones (15,2 % vs 11,2 %) (Boyce, 2015).
- Un pourcentage beaucoup plus élevé d'Autochtones que de non-Autochtones avait un trouble lié à l'utilisation de substances (6,3 % et 3,9 % respectivement). Par comparaison, si les taux de troubles mentaux étaient légèrement plus élevés chez la population autochtone (7,1 %) que chez la population non autochtone (5,9 %), ces différences n'étaient pas significatives.
- D'après une autoévaluation de la santé mentale, les facteurs de risque tels que la mauvaise santé mentale et la toxicomanie semblent expliquer les taux plus élevés de victimisation chez la population autochtone (28 % vs 18 % chez la population non autochtone) (Boyce, 2016).
- La prévalence élevée de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances chez la population autochtone peut aussi expliquer en partie la prévalence plus élevée de pensées suicidaires chez cette population (21,9 % vs 11,1 % chez la population non autochtone)³ (Kumar, 2016).

La santé mentale et les démêlés avec la police

À partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012⁴, Statistique Canada a compilé des données sur les démêlés avec la police canadienne liés à la santé mentale en vue d'examiner la fréquence de ces démêlés chez ceux qui ont un trouble et ceux qui n'en ont pas (Boyce, 2015). Les données ont été recueillies auprès de personnes de 15 ans et plus et mettaient l'accent sur les raisons précises des démêlés avec la police⁵. Les constatations de cette enquête démontrent ce qui suit (Boyce, 2015) :

- Sur les 5 millions de personnes qui ont eu des démêlés avec la police en 2011-2012, environ une sur cinq (18,8 %) remplissait les critères d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances. Un Canadien atteint d'un trouble mental sur trois a déclaré avoir eu des démêlés avec la police pour au moins une

Aperçu de la santé mentale et des différences entre les sexes

- En 2012, 5,3 % des hommes et 9 % des femmes de 15 à 25 ans ont déclaré avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois. Ces pourcentages ont atteint 8,6 % pour les hommes et 12,8 % pour les femmes lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient déjà vécu un épisode dépressif majeur au cours de leur vie (Statistique Canada – a).
- Les hommes de 15 à 24 ans ont fait état d'un taux beaucoup plus élevé de troubles liés à l'utilisation de substances que les femmes du même groupe d'âge (12,8 % vs 5,5 %) (Boyce, 2015).
- Les hommes sont plus susceptibles d'être hospitalisés pour des troubles schizophréniques, psychotiques et liés à l'utilisation de substances, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour des troubles de l'humeur ou anxieux (ICIS, 2015). Ces statistiques concordent avec les recherches antérieures, qui ont observé des taux plus élevés de troubles mentaux chez les hommes et des taux plus élevés de troubles liés à l'utilisation de substances chez les femmes (Boyce, 2015).

des raisons étudiées (34,4 %). Le pourcentage de personnes sans trouble qui ont eu des démêlés avec la police s'en est ainsi trouvé doublé (16,7 %).

- Les Canadiens atteints d'un trouble étaient plus susceptibles d'avoir des démêlés avec la police en raison d'une arrestation que ceux n'ayant aucun trouble. De plus, les Canadiens atteints d'un trouble mental étaient presque quatre fois plus susceptibles de déclarer avoir été arrêtés (12,5 % comparativement à 2,8 % des Canadiens n'ayant aucun trouble).
- La présence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances a été associée aux démêlés avec la police, même une fois les facteurs démographiques et socioéconomiques connexes pris en compte.
- En 2013, la police soupçonnait presque une personne accusée d'homicide sur cinq (19,1 %) d'avoir un trouble mental ou un trouble du développement⁶.

La santé mentale et le Service correctionnel du Canada

Il existe très peu de statistiques sur les jeunes atteints de troubles mentaux au sein du Service correctionnel du Canada (SCC). L'information est toutefois moins limitée en ce qui concerne les adultes. Selon le SCC et le Bureau de l'enquêteur correctionnel, la recherche relative aux statistiques sur la santé mentale des adultes dans les pénitenciers canadiens indique ce qui suit :

- La maladie mentale et la dépendance aux drogues comptent parmi les problèmes de santé les plus courants chez les délinquants canadiens (Sapers et Zinger, 2015). En 2014-2015, le SCC a déclaré que 27,6 % des délinquants avaient des besoins en santé mentale⁷ (Sapers et Zinger, 2016).
- Les femmes affichaient un taux de besoins en santé mentale plus élevé que les hommes dans le milieu correctionnel (51 % vs 26 %) (Sapers et Zinger, 2016).
- Les troubles mentaux les plus courants chez les délinquants de sexe masculin admis en établissement en 2015 étaient les troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de substances (49,6 %) et le trouble de la personnalité antisociale (44,1 %) (Beaudette et al., 2015).

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Selon le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), des facteurs de risque et de protection sont associés au développement de maladies mentales (CCLT, 2013). Les facteurs de risque peuvent être définis comme les caractéristiques ou les expériences d'un individu qui augmentent la probabilité qu'un problème de santé mentale apparaisse (CCLT, 2013). Un peu comme pour les facteurs de risque associés à une trajectoire criminelle, il n'y a pas un seul facteur de risque connu pour la maladie mentale. En fait, on estime que les facteurs de risque liés au développement d'une maladie mentale sont le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques (génétique), économiques (famille à faible revenu), sociaux (victimisation) et psychologiques (difficultés émotionnelles). Ces facteurs de risque varient d'une personne à l'autre et selon l'étape de la vie. Ils peuvent toutefois être atténués par des facteurs de protection, qui sont considérés comme les caractéristiques ou les expériences qui réduisent la probabilité qu'un problème de santé mentale apparaisse (CCLT, 2013); ces facteurs comprennent notamment les bonnes relations familiales et une grande estime de soi chez les jeunes. On n'a recensé aucune étude de recherche qui précisait et comparait l'influence des facteurs de risque et de protection sur la maladie mentale, de même que leur façon d'interagir de manière à créer un effet exponentiel.

Il vaut la peine de noter que les facteurs de risque et de protection liés à la maladie mentale recoupent considérablement ceux associés aux comportements antisociaux en général, couvrant les facteurs communautaires, scolaires, familiaux, individuels et liés aux pairs (CCLT, 2013; Day et Wanklyn, 2012). Les ressemblances entre les facteurs de risque de la criminalité et de la maladie mentale portent à croire qu'il existe peut-être un lien entre les deux enjeux sociaux; il s'agit là d'un énoncé important qui sera abordé dans la prochaine section. Il est à noter que

la recherche mentionnée dans la section suivante ne s'applique pas uniquement aux jeunes, mais aussi aux adultes. Nous le précisons lorsque les données seront propres aux jeunes.

LIENS AVEC LA CRIMINALITÉ

Dans les travaux de recherche internationaux sur les jeunes et les adultes analysés dans le présent rapport, les constatations indiquent que certains troubles mentaux, comme le trouble lié à l'utilisation de substances, le trouble des conduites et le trouble de la personnalité antisociale, ont une corrélation importante avec la délinquance et la récidive (Hoeve, McReynolds et Wasserman, 2013; Murphy et Fonagy, 2012; Fazel et al., 2009; Heslop et al., 2011; Fridell et al., 2008; Maghsoodloo et al., 2012). D'autres troubles, comme le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ont aussi été associés à la criminalité ultérieure (Fletcher et Wolfe, 2009), mais l'une des études montre que le lien entre le TDAH et la criminalité n'est pas aussi fort que le lien entre les facteurs de risque ou les indicateurs corrélés du TDAH (comme l'agressivité physique et l'adversité familiale) et la criminalité (Pingault et al., 2013). Une autre étude montre que de tous les crimes commis par des personnes atteintes d'un trouble mental grave⁸ aux États-Unis, seulement 7,5 % étaient directement liés au trouble lui-même, ce qui implique qu'il conviendrait d'étudier le lien entre la criminalité et la maladie mentale non plus seulement en fonction des symptômes psychiatriques, mais aussi au regard des facteurs de risque qui s'appliquent tant à la criminalité qu'à la maladie mentale, notamment la pauvreté et le chômage (Peterson et al., 2014). Avant de tirer des conclusions fermes au sujet de l'association entre l'ensemble des troubles mentaux et la criminalité, il conviendrait de mener des recherches plus normalisées tenant compte de multiples facteurs de risque.

En ce qui concerne l'association entre la criminalité et la comorbidité, un terme utilisé pour décrire la présence de multiples troubles chez une personne simultanément ou en séquence (National Institute on Drug Abuse, 2011), la recherche est une fois de plus limitée, d'où la difficulté de tirer des conclusions officielles. Des études ont démontré que la comorbidité augmente bel et bien la probabilité de délinquance et de violence (Coker et al., 2014; Fazel et al., 2009) et que, dans ces cas, les troubles liés à l'utilisation de substances étaient représentés de manière disproportionnée⁹. L'étude Fazel a permis de constater que le risque excédentaire créé par un trouble schizophrénique est atténué par le risque découlant du trouble lié à l'utilisation de substances, puisque le risque est à peu près le même chez les personnes atteintes des deux troubles que chez la population ayant uniquement un trouble lié à l'utilisation de substances (Fazel et al., 2009). Une constatation semblable a été faite dans l'étude Coker, puisque la majorité des associations entre les diagnostics psychiatriques et les crimes ayant mené à une arrestation sont devenues non significatives une fois les diagnostics de trouble des conduites retirés de l'échantillon (Coker et al., 2014). De plus amples recherches sont nécessaires pour formuler une conclusion officielle quant à savoir si la comorbidité augmente la probabilité de délinquance chez les personnes atteintes de troubles déjà fortement associés à la criminalité, comme les troubles des conduites ou les troubles liés à l'utilisation de substances.

La maladie mentale et les infractions avec violence

- Pour ce qui est de la maladie mentale et des infractions avec violence, les constatations sont différentes. Certains travaux de recherche démontrent une association entre la maladie mentale et les crimes violents (Coker et al., 2014; Van Dorn et al., 2012; Swanson et al., 1990), alors que d'autres affirment qu'il n'existe aucune relation statistiquement significative entre le comportement violent et les troubles mentaux à eux seuls (ACSM, 2011; Stuart et Arboleda-Flórez, 2001; Elbogen et Johnson, 2009).
- La recherche a permis de constater que certaines caractéristiques démographiques (comme l'ethnie et le sexe) et facteurs de risque criminogènes contribuent davantage à la violence que les maladies mentales à elles seules (Van Dorn et al., 2012; Swanson et al., 1990; Corrigan et Watson, 2005).
- Enfin, une étude laisse entrevoir une relation entre la violence et les troubles mentaux : la victimisation avec violence augmente la probabilité que les jeunes développent un trouble mental, ce qui accroît le risque de comportement violent (Leschied, 2008).

La maladie mentale et la victimisation

- La recherche montre que les personnes atteintes de maladies mentales graves¹⁰ sont considérablement plus susceptibles d'être victimes de crimes et de violence que la population générale (Teplin et al., 2005; Pettitt et al., 2013; Khalifeh et al., 2015).
- Une fois les autres facteurs de risque pris en compte (notamment l'itinérance et la consommation de drogues), on a constaté que les personnes ayant déclaré avoir une incapacité mentale ou psychologique, ou ayant autoévalué leur santé mentale comme étant mauvaise ou passable, avaient fait état d'un risque de victimisation environ deux fois plus élevé que les personnes ayant indiqué avoir une très bonne santé mentale (Perreault, 2015).
- Une étude américaine a permis de constater que les personnes atteintes de troubles mentaux sont en fait plus susceptibles d'être les victimes d'un crime que les auteurs d'un crime (Desmarais et al., 2014). Les troubles étudiés étaient la schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble dépressif majeur et le trouble lié à l'utilisation de substances. Le taux de victimisation était le plus élevé chez les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances et le plus bas chez les personnes schizophrènes.
- Les résultats d'une étude ont révélé un taux de victimisation plus élevé chez les personnes ayant des troubles psychotiques et des troubles liés à l'utilisation de substances; cette victimisation pourrait en fait augmenter les taux de consommation d'alcool et de drogues (Vaughn et al., 2010). Les auteurs de l'étude ont en outre constaté que certains facteurs de risque associés à la criminalité et aux maladies mentales, comme la pauvreté et les antécédents familiaux de conduite antisociale, augmentent de beaucoup la probabilité de victimisation (Vaughn et al., 2010).

La maladie mentale et les gangs de jeunes

- La recherche montre que l'appartenance à un gang est associée à des taux élevés de troubles mentaux. En effet, les membres de gangs sont plus susceptibles que les gens ne faisant pas partie d'un gang d'être aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale (57x), une dépendance à l'alcool ou aux drogues (6x et 13x respectivement), une psychose (4x) ou un trouble anxieux (2x) (Coid et al., 2013). Ils sont également plus vulnérables aux humeurs dépressives et aux idées suicidaires (McDaniel, 2012). La rumination de pensées violentes, la victimisation avec violence et la peur d'être victimisé expliquaient les niveaux élevés de psychose et de troubles anxieux chez les membres de gangs (Coid et al., 2013).
- Les jeunes membres de gangs sont atteints de troubles mentaux, tels que l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique, dans une proportion plus élevée que les jeunes délinquants ne faisant pas partie de gangs (Laurier et al., 2015; Corcoran et al., 2005). On estime que cette proportion plus élevée de troubles mentaux est associée

aux facteurs de risque accrus liés à l'appartenance à un gang, notamment les expériences traumatiques vécues (Laurier et al., 2015).

- Une étude indique que les jeunes ayant adhéré à un gang ont fait état d'une pire santé et santé mentale (anxiété et dépression) que la population générale plus tard dans la vie (de la fin de la vingtaine au début de la trentaine). Ces personnes étaient aussi presque trois fois plus susceptibles de remplir les critères de la toxicomanie ou de la dépendance aux drogues dans l'année ayant précédé l'étude (Gilman et al., 2014).
- Non seulement les jeunes ayant une mauvaise santé mentale peuvent être attirés vers l'affiliation à un gang (pour des raisons telles que l'isolement et le manque de soutien familial), mais cette affiliation peut avoir des conséquences négatives pour leur santé mentale et souvent empirer les maladies mentales dont ils sont déjà atteints (Hughes et al., 2015).

La maladie mentale et la cyberintimidation

- L'Enquête sociale générale sur la sécurité des Canadiens (victimisation) menée en 2014 a révélé que les effets combinés du cyberharcèlement et de la cyberintimidation augmentent le risque d'éprouver un problème de santé émotionnelle, psychologique ou mentale¹¹. À titre d'exemple, 26 % des personnes qui avaient été victimes de cyberharcèlement ont indiqué avoir un problème de santé émotionnelle, psychologique ou mentale, comparativement à 13 % des personnes qui n'avaient pas été victimes de cyberharcèlement. Cette probabilité s'établissait à 33 % chez celles qui avaient été victimes de cyberintimidation, et à 41% chez celles qui avaient été victimes à la fois de cyberintimidation et de cyberharcèlement (Hango, 2016).
- La recherche démontre l'existence d'associations claires entre la cybervictimisation, la dépression et l'anxiété (Rose et Tynes, 2015; Elgar et al., 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016), et d'une corrélation entre la gravité de la dépression et la gravité de la cyberintimidation (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Une étude ajoute en outre à la crédibilité de la notion d'une relation réciproque entre la dépression et la cybervictimisation. En effet, la cybervictimisation peut accroître les niveaux de dépression, qui peuvent à leur tour augmenter la probabilité que la personne soit à nouveau victimisée (Rose et Tynes, 2015).
- Une étude finlandaise réalisée en 2008, à l'aide de questionnaires distribués à des adolescents, a permis de constater que les auteurs de cyberintimidation sont généralement aux prises avec des difficultés liées aux émotions, à la concentration et au comportement; des problèmes de conduite; l'hyperactivité; et la consommation de substances. Les constatations montrent également une tendance générale indiquant que plus le degré de difficultés ou de symptômes découlant de ces facteurs de risque psychosociaux est élevé, plus une personne est susceptible de commettre des actes de cyberintimidation (Sourander et al., 2010).
- Sur le plan de la victimisation générale par les pairs¹², une méta-analyse montre que les antécédents de victimisation par les pairs sont associés à des troubles d'intériorisation (tels que l'anxiété, le retrait, les symptômes émotionnels graves et le risque accru d'expériences psychotiques comme la paranoïa) et à des troubles d'extériorisation (tels que le risque accru de problèmes de conduite, l'agressivité, les idées suicidaires et les tentatives de suicide) (McDougall et Vaillancourt, 2015). Cette même étude soutient également que les effets de la victimisation par les pairs sont potentiellement influencés par les facteurs de risque et de protection (McDougall et Vaillancourt, 2015).

La maladie mentale et la consommation de substances

- La recherche montre une association claire entre les troubles liés à l'utilisation de substances et d'autres troubles mentaux, puisque les personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble mental courent un risque beaucoup plus élevé de présenter l'autre trouble que les personnes qui n'ont ni trouble lié à la consommation de substances, ni trouble mental (Reiger et al., 1990 dans Skinner et Centre for Addiction and Mental Health, 2011; Conway et al., 2006).

- Le taux élevé de comorbidité chez les personnes atteintes à la fois d'un trouble lié à l'utilisation de substances et d'un autre trouble mental a été analysé de différentes façons. Il est à noter que des explications probables de cette comorbidité résident dans la ressemblance entre les facteurs de risque des troubles mentaux et ceux des troubles liés à l'utilisation de substances (comme l'exposition au stress, les traumatismes et les vulnérabilités génétiques), et dans le fait qu'un de ces troubles peut en fait déclencher l'autre trouble : il est possible que les jeunes composent avec les symptômes d'une maladie mentale par la consommation (et plus tard l'abus) de drogues et d'alcool, et que la consommation de substances entraîne un état de détresse grave et prolongé qui peut contribuer à l'apparition d'un trouble mental (National Institute on Drug Abuse, 2011; CCLT, 2013).
- Des études laissent entrevoir des associations positives avec la récidive (Schubert et al., 2011; Grann et al., 2008), de même qu'avec le comportement violent (Grann et al., 2008) chez les délinquants atteints d'un trouble lié à l'utilisation de substances ainsi que d'un autre trouble mental comorbide. Les résultats de ces études indiquent toutefois que la considération des facteurs de risque criminogènes demeure essentielle à la prédiction criminelle (Schubert et al., 2011; Grann et al., 2008).

La maladie mentale et d'autres enjeux sociaux importants

Étant donné que certains enjeux sociaux ont un impact sur la santé mentale et la criminalité, il conviendrait d'examiner les enjeux sociaux suivants :

- **La stigmatisation** : Une enquête canadienne menée en 2010 montre que plus du tiers (38,5 %) des personnes ayant reçu un traitement pour maladie mentale ont déclaré avoir été traitées injustement à cause d'un ancien ou actuel trouble de santé mentale ou émotionnelle (Stuart et al., 2014). La stigmatisation a été relevée comme un facteur qui empêche les personnes atteintes d'un trouble mental de se prévaloir des services dont elles ont souvent besoin (Barney et al., 2006; Bharadwaj et al., 2015).
- **L'itinérance** : La recherche montre que les personnes atteintes d'une maladie mentale sont plus susceptibles de devenir sans abri (Costello et al., 2013; Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Des constatations indiquent en outre que l'itinérance peut empirer l'état de santé mentale (Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2009; Observatoire canadien sur l'itinérance, 2016). La première étude pancanadienne sur l'itinérance chez les jeunes, « Sans domicile : un sondage national sur l'itinérance chez les jeunes » (2016)¹³, montre que 85,4 % des jeunes sans abri « ont déclaré avoir des symptômes de détresse élevés, [...] 42 % ont rapporté avoir tenté le suicide au moins une fois et 35,2 % ont rapporté avoir eu une surdose de drogue exigeant une hospitalisation ». Les jeunes sans abri autochtones, LBGTQ2S et de sexe féminin sont les plus susceptibles d'avoir des symptômes de détresse élevés, tout comme les jeunes qui deviennent sans abri avant l'âge de 16 ans (Schwan et al., 2017). Le même rapport révèle que le suicide et la surdose de drogue sont les principales causes de décès chez les jeunes canadiens sans abri (Schwan et al., 2017).
- **Le suicide** : Le suicide fait partie des principales causes de décès chez les Canadiens de 15 à 24 ans, après les accidents (Statistique Canada – b). La recherche montre que les personnes atteintes de troubles mentaux connaissent des taux de mortalité par suicide beaucoup plus élevés que la population générale (Chesney et al., 2014; Nock et al., 2008). Les taux de mortalité par suicide sont particulièrement élevés chez les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (taux 45 fois plus élevé que chez la population générale), de dépression (20x), d'un trouble bipolaire (17x), d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes (14x) et de schizophrénie (13x), ainsi que d'anorexie mentale (31x) et d'un trouble lié à la consommation d'alcool chez les femmes (16x) (Chesney et al., 2014). En 2014-2015, le nombre de tentatives de suicide chez les filles de 15 à 19 ans était alarmant : les jeunes femmes affichaient le taux le plus élevé d'hospitalisations pour des blessures

autoinfligées, lequel est trois fois et demie plus élevé que celui des jeunes hommes du même groupe d'âge (Skinner et al., 2016 dans CSMC, 2017a).

CONSIDÉRATIONS LIÉES AUX COÛTS

Peu d'études analysent les conséquences économiques des troubles mentaux, et les techniques utilisées pour estimer les coûts dans ces études varient. Par exemple, au cours des dix dernières années, quatre grandes études canadiennes ont analysé les coûts des troubles mentaux et leurs répercussions sur l'économie à l'échelle nationale. Chaque étude faisait appel à des composantes de coûts et à des méthodes différentes (les économistes de la santé font la distinction entre trois types de coûts : les dépenses directes, les coûts indirects ou externes et les coûts intangibles). Les coûts indirects ont été mesurés différemment d'une étude à l'autre, et les dépenses du système de justice liées aux maladies mentales et aux troubles mentaux n'ont pas été calculées (CSMC, 2017b). Ceci dit, les constatations suivantes peuvent aider à illustrer la relation entre les troubles mentaux, les maladies mentales et l'économie :

- En 2016, la Commission de la santé mentale du Canada estime que le coût total des maladies mentales et des troubles mentaux pour l'économie canadienne se chiffre actuellement à bien au-dessus de 50 milliards de dollars par année, ou près de 1 400 \$ par personne vivant au Canada (CSMC, 2017a-b).
- Le Conference Board du Canada, en 2012, a montré que la maladie mentale coûte au Canada 20,7 milliards de dollars par année en raison de la perte de population active découlant des six troubles mentaux qui affligent le plus couramment la population en âge de travailler : la dépression, la dysthymie, le trouble bipolaire, la phobie sociale, le trouble panique et l'agoraphobie. Ce chiffre n'inclut pas les coûts des soins aux malades, de l'assurance pour les employeurs et des services offerts dans les collectivités, de même que les nombreux coûts intangibles pour les personnes touchées et leurs familles (Conference Board du Canada, 2012). La même analyse montre que près de 452 000 Canadiens de plus participeraient au marché du travail s'ils n'étaient pas touchés par la maladie mentale.
- Au Canada, le montant estimatif de 15,8 milliards de dollars dépensé par les secteurs public et privé en 2015 pour des soins de santé mentale non liés à la démence, représentait approximativement 7,2 % des dépenses totales en santé du Canada (219,1 milliards) (CSMC, 2017b).
- D'après le Bureau de l'enquêteur correctionnel, en 2012-2013, le coût des soins de santé mentale pour le SCC se chiffrait à 66,37 millions de dollars, soit plus de 30 % des dépenses totales pour les services de santé (Sapers et Zinger, 2014).

PRÉVENTION ET INTERVENTION

Bien que la Stratégie nationale pour la prévention du crime, par l'entremise de ses programmes de financement, ait soutenu la mise en œuvre de programmes de prévention du crime qui viennent en aide à des populations telles que les jeunes ayant des troubles mentaux, ces programmes visent principalement à prévenir la criminalité, et leurs résultats ne sont pas structurés de manière à mesurer les indicateurs dans le domaine de la santé mentale. Toutefois, compte tenu de la ressemblance entre les facteurs de risque associés à la criminalité et aux troubles mentaux, il reste essentiel de promouvoir la prévention et l'intervention précoce auprès des jeunes à risque et de leurs familles.

Les économies potentielles découlant des programmes de prévention peuvent devenir extrêmement importantes lorsqu'il s'agit de réduire les coûts immenses associés aux troubles mentaux et aux maladies mentales. Étant donné qu'un grand nombre de ces problèmes font leur apparition à l'enfance ou à l'adolescence, la promotion de la santé mentale, la prévention et l'intervention précoce sont considérés comme des secteurs d'investissement clés (Knapp

et al., 2011; ICIS, 2015; Lesage, 2017 dans CSMC, 2017a), tant du point de vue de la prévention du crime que de la santé publique.

L'accès à des services de santé mentale (détermination précoce du problème, traitement, suivi, etc.) et à des médicaments appropriés revêt une importance capitale et représente la première étape à suivre pour prévenir l'activité criminelle, en particulier la violence, chez les personnes atteintes d'une maladie mentale (Coker et al., 2014; Peterson et al., 2014; Kopel et Cramer, 2014; ASMC, 2011). En 2012, un nombre estimatif de 1,6 million de Canadiens ont signalé dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités que leur besoin en matière de soins de santé mentale était seulement partiellement satisfait ou n'était pas du tout satisfait. Le besoin de médicaments était le plus susceptible d'être satisfait, tandis que le besoin de counseling était le moins susceptible d'être satisfait, 36 % des répondants ayant déclaré que leur besoin de counseling n'était pas du tout satisfait ou était seulement partiellement satisfait (Sunderland, 2013 dans CSMC, 2017a).

L'utilisation d'outils normalisés¹⁴ pour vérifier la présence de troubles mentaux ou de facteurs de risque chez les jeunes est aussi essentielle pour adapter le traitement approprié et déterminer les besoins en matière de services (Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015; ministère des Modes de vie sains et du Sport de la Colombie-Britannique, 2009). Selon l'ASMC, les initiatives de prévention qui ciblent les facteurs de risque et de protection appropriés peuvent être efficaces pour réduire la consommation de substances et les troubles mentaux, et peuvent même produire des économies (ASMC, 2013; Leschied, 2008).

Stratégies d'intervention clés auprès des jeunes atteints d'une maladie mentale

Pour les fins de cette section, les stratégies clés recensées par Leschied (2008) s'adressent aux jeunes atteints de troubles mentaux à risque de criminalité, tandis que les autres exemples de stratégies clés s'adressent aux jeunes atteints de troubles mentaux. Or, si ces autres exemples se sont avérés efficaces dans le domaine de la prévention du crime, la littérature n'a pas reconnu leur relation avec les programmes de prévention destinés aux jeunes qui sont à risque de criminalité en plus d'avoir un trouble mental.

- **Services appropriés sur le plan culturel :** Au moment de mettre en œuvre une stratégie de prévention, il est important de tenir compte du contexte culturel et ethnique afin de mieux adapter l'initiative aux besoins de la population servie (ministère des Modes de vie sains et du Sport de la Colombie-Britannique, 2009).
- **Services appropriés pour l'âge sur le plan du développement :** Il est important que les services assurés soient appropriés compte tenu de l'âge des enfants et des jeunes ciblés et du contexte dans lequel ils évoluent. Par exemple, un programme servant les enfants qui présentent des facteurs de risque tels que la violence envers les enfants devrait être géré différemment d'un programme destiné aux enfants qui présentent des facteurs de risque comme les comportements violents ou agressifs (Leschied, 2008).
- **Services fondés sur des données empiriques :** Les stratégies exemplaires en matière d'intervention et de prévention devraient être guidées par les résultats évalués d'interventions antérieures réussies (Leschied, 2008).
- **Services adaptés au sexe :** Comme l'ont démontré les statistiques, la maladie mentale a des effets différents sur les garçons et les filles, et les programmes de prévention doivent veiller à ce que les services soient adaptés en fonction des différences entre les sexes (Leschied, 2008; ministère des Modes de vie sains et du Sport de la Colombie-Britannique, 2009).
- **Services fondés sur les facteurs de risque :** La littérature a pris note des multiples causes et facteurs qui influencent la relation entre la maladie mentale et la criminalité. Les programmes de prévention doivent incorporer les éléments liés aux facteurs de risque pouvant toucher les jeunes atteints d'une maladie mentale (Leschied, 2008).
- **Services de portée appropriée :** Les stratégies de prévention réussies aident leur clientèle du fait de leur portée appropriée sur le continuum d'intervention (prévention primaire, secondaire ou tertiaire)¹⁵ (Leschied, 2008).

- **Services ciblés :** Les programmes doivent se servir des connaissances sur des troubles précis, ainsi que leur relation avec le comportement antisocial, pour aider à cibler les causes précises de la maladie mentale et de la criminalité chez les jeunes (Leschied, 2008).

Exemples d'interventions et de programmes fondés sur des données probantes abordant les troubles mentaux

Plusieurs méta-analyses et examens recensés par le groupe de travail de l'American Psychological Association (APA) sur la pratique fondée sur des données probantes auprès des enfants et des adolescents, montrent que les programmes de prévention destinés aux jeunes peuvent réduire les taux de problèmes comportementaux, sociaux, scolaires et psychologiques ultérieurs chez les participants (APA, 2008). Dans le cadre de ces programmes et d'autres initiatives de développement social¹⁶, des interventions fondées sur des données probantes ont été réalisées en matière de santé mentale, lesquelles se sont avérées efficaces pour prévenir la maladie mentale et traiter les jeunes touchés.

Pour les fins du présent rapport, seuls quelques exemples d'interventions fondées sur des données probantes¹⁷, suivies de programmes standards, sont présentés. Selon la gravité et la nature des troubles devant être prévenus ou traités, différentes interventions psychosociales de prévention ou de traitement peuvent être réalisées :

- **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :** Psychothérapie orientée vers la résolution de problèmes et l'enseignement de compétences qui vise à modifier la pensée et le comportement dysfonctionnels (Waddell et al., 2014; Société canadienne de psychologie, 2012). Par exemple, la TCC s'est montrée efficace pour prévenir et traiter l'anxiété et les troubles dépressifs majeurs, ainsi que pour traiter les troubles liés à l'utilisation de substances (Waddell et al., 2014).
- **Programmes de formation des parents et programmes de soutien familial :** Programmes visant à améliorer les pratiques parentales et les relations parent-enfant (Dretzke et al., 2009; Lundahl et al., 2006). Par exemple, les programmes portant sur les pratiques parentales constituent un traitement efficace pour les enfants ayant des problèmes de conduite (Dretzke et al., 2009; Waddell et al., 2014); ils ont même eu des effets positifs faibles ou modérés immédiatement après le traitement, les effets faibles ayant persisté jusqu'à un an pour modifier le comportement perturbateur de l'enfant (Lundahl et al., 2006).
- **Apprentissage social et affectif (ASA) :** Programmes qui aident les jeunes à gérer leurs émotions, à reconnaître les points de vue des autres, à prendre des décisions responsables et à mieux gérer les situations interpersonnelles (Greenberg et al., 2003; Knapp et al., 2011). À titre d'exemple, les programmes d'ASA ont servi à prévenir les problèmes de conduite à l'enfance, et des données probantes internationales montrent que les participants à ces programmes affichent des compétences sociales et affectives, des attitudes, un comportement et un rendement scolaire considérablement améliorés (Knapp et al., 2011).

Vous trouverez ci-dessous des exemples de programmes efficaces qui ont donné des résultats positifs relativement aux troubles mentaux et à certains enjeux de criminalité. Étant donné le manque d'évaluations des résultats pour ces programmes en contexte canadien, les constatations sont tirées d'évaluations des résultats réalisées aux États-Unis¹⁸ :

- **Nurse-Family Partnership (NFP)¹⁹ (groupe d'âge : 0-2 ans) :** Le programme NFP consiste en des visites de personnel infirmier au domicile de femmes à faible revenu qui sont enceintes pour la première fois, lesquelles mettent l'accent sur la prestation de soins, les comportements sains et le développement au cours de la vie. La recherche sur le programme NFP montre des réductions dans la consommation de substances et la probabilité de faire état d'un trouble d'intériorisation chez les enfants appartenant au groupe expérimental (Kitzman et al., 2010).

- **Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)²⁰ (groupe d'âge : 5-11 ans)** : Le programme PATHS est une initiative d'intervention scolaire axée sur l'apprentissage social et affectif, qui cherche surtout à réduire l'agressivité et les problèmes de comportement chez les enfants. Les effets sur les participants comprennent la réduction des problèmes de conduite, des symptômes du TDAH, de la délinquance et de la dépression (Malti et al., 2012; Seifert et al., 2004; Crean et Johnson, 2013).
- **SNAP – Stop Now and Plan (groupe d'âge : 6-11 ans)²¹** : Le programme SNAP est un programme normalisé dans un manuel, adapté au sexe et fondé sur des données probantes qui est destiné aux enfants au comportement perturbateur et à leurs parents. Il enseigne comment s'arrêter pour réfléchir avant d'agir, ce qui permet aux participants de faire de meilleurs choix. Selon un essai clinique randomisé réalisé auprès de garçons (n=252) ayant un comportement agressif, antisocial ou d'infraction des règles qui dépasse les niveaux cliniques, les jeunes ayant participé au programme SNAP affichaient une réduction beaucoup plus importante de l'agressivité, des problèmes de conduite et du comportement d'extériorisation en général, ainsi que des symptômes du trouble oppositionnel avec provocation et du TDAH. D'autres avantages du programme SNAP ont été observés dans les mesures de la dépression et de l'anxiété (Burke et Loeber, 2015). Au suivi d'un an après le programme, les avantages de l'intervention s'étaient maintenus dans certaines mesures des résultats (agressivité, TDAH et trouble oppositionnel avec provocation, dépression et anxiété) (Burke et Loeber, 2015).
- **Multidimensional Family Therapy (MDFT)²² (groupe d'âge : 11-18 ans)** : Cette intervention axée sur la famille est une thérapie fondée sur l'adolescent à risque, sa famille, ses parents et sa collectivité, qui vise à motiver l'adolescent à apporter des changements dans son comportement et ses interactions. La recherche montre que les participants au programme MDFT affichent une réduction de la consommation de substances, des problèmes de conduite et de la délinquance, ainsi que d'autres troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété (Liddle, 2010).

Bien que la réalisation d'interventions fondées sur des données probantes par du personnel ayant reçu une formation appropriée soit considérée comme une pratique exemplaire, d'autres interventions ont donné des résultats prometteurs pour ce qui est de prévenir les troubles mentaux et de traiter les enfants et les jeunes qui en sont atteints. Nous donnerons en exemple le **mentorat** des enfants ayant des troubles affectifs et comportementaux²³. Cette intervention de mentorat vise à fournir des modèles positifs et des relations de soutien qui facilitent la croissance éducative, sociale et personnelle. Les résultats indiquent que les services de mentorat offerts aux enfants ayant des troubles affectifs et comportementaux contribuent, avec les autres services de santé mentale, à réduire les problèmes liés aux comportements d'extériorisation et d'intériorisation (Jent et Niec, 2006). De plus, les mères des enfants mentorés ont signalé des taux accrus de soutien social des parents perçu, comparativement aux mères des enfants placés sur une liste d'attente (Jent et Niec, 2006).

Pour conclure cette section sur la prévention et l'intervention, il est important de mentionner la littérature et les programmes orientés vers la promotion de la santé mentale chez les enfants et les jeunes. En effet, la littérature sur les programmes efficaces de prévention et de promotion de la santé mentale insiste sur les domaines d'intérêt suivants : la résilience et les facteurs de protection; la création d'environnements de soutien; la réduction de la stigmatisation; l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé; l'inclusion sociale; l'appartenance; de même que l'apprentissage social et affectif (Murphy et al., s.d.). L'appartenance sociale, les pratiques parentales positives, la santé physique et la sensibilisation à la santé mentale ne sont donc que quelques exemples des domaines clés où les programmes de promotion peuvent intervenir positivement, tant du point de vue de la santé publique que de la prévention du crime.

CONCLUSION

Comme l'indiquent les renseignements examinés dans le présent rapport, les connaissances sur la relation entre la maladie mentale et la criminalité chez les jeunes ne sont pas concluantes. Il est toutefois possible que la surreprésentation des personnes ayant une maladie mentale dans le système correctionnel ait été partiellement expliquée : la ressemblance des facteurs de risque entre les jeunes ayant des troubles mentaux et les jeunes à risque de criminalité prouve l'influence que peuvent avoir ces expériences ou événements de la vie sur la perversion sociale. Par ailleurs, nous devrions examiner le lien entre les maladies mentales et la victimisation, de même que l'association claire des troubles des conduites et des troubles liés à l'utilisation de substances avec la criminalité, or nous ne disposons pas de renseignements suffisants pour répondre clairement aux questions relatives à la relation entre la maladie mentale et la criminalité.

Pour qu'il soit possible de commencer à répondre à ces questions, il faut mener de plus amples recherches sur les liens entre les troubles mentaux et l'activité criminelle. Par exemple, dans le présent rapport, nous n'avons pas été en mesure de formuler des conclusions précises au sujet du lien entre la criminalité chez les jeunes et la maladie mentale, étant donné le manque d'études disponibles qui se concentrent sur ce lien. Par conséquent, la plupart des conclusions tirées ici s'appliquent à la maladie mentale et à la criminalité sans égard à l'âge (à moins d'indication contraire). Par ailleurs, des facteurs tels que la normalisation des définitions au sein du paradigme de la maladie mentale; l'étude des symptômes des maladies et de leurs liens respectifs avec la criminalité; et la reconnaissance de l'influence des facteurs de risque associés à la maladie mentale sur la criminalité constituent d'autres questions très importantes que nous devons examiner dans les futurs travaux de recherche, si nous souhaitons réellement approfondir notre compréhension de la relation entre la maladie mentale et l'activité criminelle.

Enfin, la présence de facteurs de risque liés à l'activité criminelle dans la vie des jeunes atteints de troubles mentaux représente une occasion d'intervenir avant qu'une infraction puisse être commise. Combinés avec les bons services et la bonne intervention, les programmes de prévention du crime peuvent avoir un impact positif sur la vie des jeunes à risque puisqu'ils leur donnent l'occasion de changer leur avenir.

ANNEXE A

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), les troubles mentaux sont regroupés dans des catégories en fonction notamment de la similitude des symptômes, des effets sur la personne et de la réaction au traitement (APA, 2013). Si le DSM-V contient de nombreuses catégories, celles-ci ne présentent pas toutes un intérêt pour le présent rapport, puisqu'elles ne comprennent pas toutes des comportements considérés comme « associés » à la criminalité, par exemple les troubles alimentaires. Voici certaines catégories clés de troubles mentaux pour les fins du présent rapport :

- **Troubles anxieux** : Troubles qui partagent les caractéristiques de la peur excessive et de l'anxiété, et perturbations du comportement connexes (p. ex. trouble panique).
- **Troubles bipolaires et connexes** : Troubles caractérisés par des changements marqués et imprévisibles de l'humeur et du comportement. Ces troubles sont reconnus comme un pont entre les classes diagnostiques des troubles dépressifs et des troubles psychotiques au chapitre de la symptomatologie, des antécédents familiaux et de la génétique (p. ex. trouble bipolaire).
- **Troubles dépressifs** : Troubles caractérisés par la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de changements somatiques et cognitifs qui affectent significativement la capacité de fonctionner de la personne (p. ex. trouble dépressif majeur).
- **Troubles des conduites et des impulsions** : Troubles caractérisés par des problèmes dans l'autorégulation des émotions et des comportements (p. ex. trouble des conduites).
- **Troubles neurodéveloppementaux** : Groupe de troubles qui se manifestent à l'enfance (p. ex. TDAH).
- **Troubles de la personnalité** : Troubles qui créent des schémas de pensées, d'émotions et de comportements causant un niveau de dysfonctionnement (p. ex. trouble de la personnalité antisociale).
- **Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques** : Troubles caractérisés par des anomalies dans au moins un des domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée déviante (discours), comportement moteur extrêmement déviant ou anormal (comprend la catatonie) et symptômes négatifs (p. ex. schizophrénie).
- **Troubles liés aux substances et troubles d'addictions** : Consommation récurrente de substances causant une grande incapacité clinique et fonctionnelle (p. ex. trouble lié à l'utilisation de substances²⁴).
- **Troubles liés au traumatisme et au stress** : Troubles où l'exposition à un événement traumatique ou stressant est nommée explicitement comme un critère diagnostique (p. ex. trouble de stress post-traumatique).

(tiré du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2013)

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-maladies-mentales-canada-2015.html>
- Augimeri, L. K., Pepler, D., Walsh, M. et Kivlenieks, M. (sous presse). Addressing Children's Disruptive Behavior Problems: A Thirty-Year Journey with SNAP (Stop Now And Plan). Dans P. Sturmey (dir.), *Handbook of Violence and Aggression, Volume 2: Assessment, Prevention, and Treatment of Individuals*. Wiley Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington D.C. : Auteur.
- American Psychological Association (APA). (2008). *Disseminating evidence-based practice for children and adolescents: A systems approach to enhancing care*. Washington D.C. : American Psychological Association.
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2011). *Violence and mental health: Unpacking a complex Issue*. Repéré à http://ontario.cmha.ca/public_policy/violence-and-mental-health-unpacking-a-complex-issue/
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2014). *Enfants et jeunes : accès à la promotion de la santé mentale et aux soins de santé mentale*. Repéré à http://www.cmha.ca/fr/public_policy/enfants-et-jeunes-acces-a-la-promotion-de-la-sante-mentale-et-aux-soins-de-sante-mentale/
- Barney, L. J. et al. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Beaudette, J. N., Power, J. et Stewart, L. A. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis*. Rapport de recherche n° R-357. Ottawa, Ontario : Service correctionnel du Canada.
- Bharadwaj, P. et al. (2015). *Mental health stigma* (n° 21240). National Bureau of Economic Research.
- Boyce, J. (2015). La santé mentale et les contacts avec la police au Canada, 2012. *Juristat*. N° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14176-fra.htm>
- Boyce, J. (2016). La victimisation chez les Autochtones au Canada, 2014. *Juristat*. N° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14631-fra.htm>
- Burke, J. D. et Loeber, R. (2015). The effectiveness of the Stop Now And Plan (SNAP) program for boys at risk for violence and delinquency. *Prevention Science*, 16(2), 242–253. DOI 10.1007/s11121-014-0490-2
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). *CDC - Mental Health Basics - Mental Health*. Repéré à <https://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). (2013). *Quand les troubles de santé mentale et d'abus de substances se rencontrent*.
- Chesney, E. et al. (2014). Risk of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153–160.

- Coid, J. W. et al. (2013). Gang membership, violence, and psychiatric morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 985-993.
- Coker, K. L. et al. (2014). Crime and psychiatric disorders among youth in the US population: an analysis of the national comorbidity survey–adolescent supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 888-898.
- Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2015). *La tête haute : Rapport provisoire*.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2017a). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2017b). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/arguments-en-faveur-des-investissements>
- Conway, K. P. et al. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 247-257.
- Corcoran, K. et al. (2005). The Impact of Gang Membership on Mental Health Symptoms, Behavior Problems and Antisocial Criminality of Incarcerated Youth Men. *Journal of Gang Research*, 12(4), 25.
- Corrigan, P. W. et Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136(2), 153-162.
- Costello, L. et al. (2013). *Mental Health and Homelessness: Final Report*. Australian Housing and Urban Research Institute.
- Crean, H. F. et Johnson, D. B. (2013). Promoting Alternative THinking Strategies (PATHS) and elementary school aged children's aggression: results from a cluster randomized trial. *American Journal of Community Psychology*, 52, 56-72.
- Day, D. M. et Wanklyn, S. G. (2012). *Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes*. Rapport de recherche du CNPC. Ottawa, Ontario : Sécurité publique Canada.
- Desmarais, S. L. et al. (2014). Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses. *American Journal of Public Health*, 104(12), 2342-2349.
- Dretzke, J. et al. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 7.
- Elbogen, E. B. et Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Elgar, F. J et al. (2014). Cyberbullying victimization and mental health in adolescents and the moderating role of family dinners. *JAMA Pediatrics*, 168(11), 1015-1022.

- Fazel, S. et al. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 6(8), e1000120.
- Fletcher, J. et Wolfe, B. (2009). Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), 119.
- Fridell, M. et al. (2008). Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addictive Behaviors*, 33(6), 799-811.
- Gilman, A. B. et al. (2014). Long-term consequences of adolescent gang membership for adult functioning. *American Journal of Public Health*, 104(5), 938-945.
- Grann, M. et al. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC psychiatry*, 8(1), 92.
- Greenberg, M. T. et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
- Hango, D. (2016). *La cyberintimidation et le cyberharcèlement chez les utilisateurs d'Internet âgés de 15 à 29 ans au Canada*. N° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2016001/article/14693-fra.htm>
- Heslop, L. et al. (2011). *Trends in Police Contact with Persons with Mental Illness*. London, Ontario : Service de police de London.
- Hoeve, M. et al. (2013). The influence of adolescent mental health disorders on young adult recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 40(12), 1368-1382.
- Hughes, K. et al. (2015). *The mental health needs of gang-affiliated young people, a briefing produced as part of the Ending Gang and Youth Violence programme*. Londres : Public Health England.
- Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé. Dans J. D. Hulchanski et al. (dir.). *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada* (livre numérique), chapitre 2.3 : Mental Health, Mental Illness, and Homelessness in Canada. Toronto : Cities Centre Press, Université de Toronto. Repéré à www.homelesshub.ca/FindingHome
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2015). *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux*. Ottawa, Ontario.
- Jent, J. et Niec, L. (2006). Mentoring Youth with Psychiatric Disorders: The Impact on Child and Parent Functioning. *Child and Family Behavior Therapy*, 28(3), 43-57.
- Khalifeh, H. et al. (2015). Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 275-282.
- Kitzman, H. et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 412-418.
- Knapp, M. et al. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. École des sciences économiques et politiques de Londres, ministère de la Santé, Londres.
- Kopel, D. B. et Cramer, C. E. (2014). Reforming Mental Health Law to Protect Public Safety and Help the Severely Mentally Ill. *Howard Law Journal*, 58(3), 715-778.

- Kumar, M. (2016). *Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes*. Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. N° 89-653-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016008-fra.htm>
- Laurier, C. et al. (2015). *Évaluer pour prévenir : les caractéristiques de la personnalité et les risques pris par les jeunes contrevenants associés aux gangs de rue*. Rapport intégral. Montréal, Québec : Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Le Conference Board du Canada. (2012). *Mental Health Issues in the Labor Force: Reducing the Economic Impact on Canada*. Ottawa, Ontario.
- Leschied, A. W. (2008). *L'origine de la violence : ce que révèle la documentation, particulièrement au sujet des troubles de santé mentale des enfants et des adolescents*. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.
- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional family therapy: a science-based treatment system. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 133-148.
- Lundahl, B. et al. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- Maghsoodloo, S. et al. (2012). The relationship of antisocial personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia. *Journal of Research in Medical Sciences: the Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(6), 566.
- Malti, T. et al. (2012). Effectiveness of a universal school-based social competence program: The role of child characteristics and economic factors. *International Journal of Conflict and Violence*, 6, 249-259.
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (2015). Repéré à <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
- McDaniel, D. D. (2012). Risk and protective factors associated with gang affiliation among high-risk youth: a public health approach. *Injury Prevention*, 18(4), 253-258.
- McDougall, P. et Vaillancourt, T. (2015). Long-term adult outcomes of peer victimization in childhood and adolescence: Pathways to adjustment and maladjustment. *American Psychologist*, 70(4), 300.
- Ministère des Modes de vie sains et du Sport de la Colombie-Britannique. (2009). *Model Core Program Paper: Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention*. Victoria, Colombie-Britannique.
- Murphy, J. et al. (s.d.). *Identifying Areas of Focus for Mental Health Promotion in Children and Youth for Ontario Public Health. A Locally Driven Collaborative Project 2014-2015*. Bureau de santé de Middlesex-London, Services de santé publique de Hamilton, Bureau de santé du district de Thunder Bay, Ontario.
- Murphy, M. et Fonagy, P. (2012). *Mental health problems in children and young people. Annual Report of the Chief Medical Officer, Our Children Deserve Better: Prevention Pays*. Ministère de la Santé, Royaume-Uni.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Preventing Bullying Through Science, Policy, and Practice*. Washington D.C. : The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23482>
- National Institute on Drug Abuse. (2011). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. Repéré à <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses>

- Nock, M. K. et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Observatoire canadien sur l'itinérance. (2016). *Santé mentale | Le rond-point de l'itinérance*. Repéré à <http://rondpointdelitinerance.ca/itinerance/sant%C3%A9-mentale>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *La santé mentale: renforcer notre action*. Aide-mémoire n° 220. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Perreault, S. (2015). La victimisation criminelle au Canada, 2014. *Juristat*. N° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.htm>
- Peterson, J. K. et al. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439.
- Pettitt, B. et al. (2013). *At risk, yet dismissed: the criminal victimisation of people with mental health problems*. (Rapport de projet.) Londres : Victim Support, Mind. 83 p.
- Pingault, J. B. et al. (2013). Childhood hyperactivity, physical aggression and criminality: a 19-year prospective population-based study. *PloS ONE*, 8(5), e62594.
- Rose, C. A. et Tynes, B. M. (2015). Longitudinal associations between cybervictimization and mental health among US adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 57(3), 305-312.
- Sapers, H. et Zinger, I. (2015). *Rapport annuel du bureau de l'enquêteur correctionnel 2014-2015*. Ottawa, Ontario : Enquêteur correctionnel du Canada.
- Sapers, H. et Zinger, I. (2016). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2015-2016*. Ottawa, Ontario : Enquêteur correctionnel du Canada.
- Schubert, C. A. et al. (2011). Influence of mental health and substance use problems and criminogenic risk on outcomes in serious juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(9), 925-937.
- Schwan, K., Kidd, S., Gaetz, S., O'Grady, B. et Redman, M. (2017). *Mental Health Care for Homeless Youth: A Proposal for Federal, Provincial, and Territorial Leadership, Coordination, and Targeted Investment*. Toronto : Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Seifert, R. et al. (2004). Implementation of the PATHS curriculum in an urban elementary school. *Early Education & Development*, 15(4), 471-486.
- Skinner, W. J. W. et Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2011). *Concurrent Disorders: Mental Disorders and Substance Use Problems*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Société canadienne de psychologie (SCP). (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A Canadian perspective*. Rapport du Groupe de travail de la SCP sur la pratique des traitements psychologiques fondée sur des données probantes. Ottawa, Ontario.
- Sourander, A. et al. (2010). Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 720-728.
- Statistique Canada. (a). *Tableau 105-1101 – Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces*. Occasionnel (nombre à moins d'indication contraire). CANSIM (base de données). Repéré à <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick->

[choisir;jsessionid=FD424FB44A601D6C294ED1DFAA2FA4B3?lang=fra&p2=33&id=1051101&retrLang=fra](http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1051101&retrLang=fra)

- Statistique Canada. (b). *Tableau 102-0551 – Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada*. Annuel. CANSIM (base de données). Repéré à <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1020551&retrLang=fra>
- Stuart, H. L. et Arboleda-Flórez, J. E. (2001). A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 52(5), 654-659.
- Stuart, H. et al. (2014). Stigma in Canada: results from a rapid response survey. *La Revue canadienne de psychiatrie = The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 27-33.
- Swanson, J. W. et al. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761-770.
- Teplin, L. A. et al. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911-921.
- Van Dorn, R. et al. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487-503.
- Vaughn, M. G. et al. (2010). Criminal victimization and comorbid substance use and psychiatric disorders in the United States: Results from the NESARC. *Annals of Epidemiology*, 20(4), 281-288.
- Waddell, C. et al. (2014). *Child and Youth Mental Disorders: Prevalence and Evidence-Based Interventions*. Ministère du Développement des enfants et de la famille de la Colombie-Britannique.

Pour obtenir davantage de renseignements sur la recherche effectuée au Secteur de la sécurité communautaire et de la réduction du crime de Sécurité publique Canada, ou pour être inscrit à notre liste de distribution, veuillez communiquer avec :

Division de la recherche
Sécurité publique Canada
340, avenue Laurier Ouest
Ottawa (Ontario) K1A 0P8
PS.CSCCBResearch-RechercheSSCRC.SP@canada.ca

Les *résumés de recherche* sont produits pour le Secteur de la sécurité communautaire et de la réduction du crime, Sécurité publique Canada. Les opinions exprimées dans le présent résumé sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Sécurité publique Canada.

ISSN : 2560-7731

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2017

Le présent document peut être reproduit à des fins non commerciales, sans autorisation, à condition que la source soit citée.

¹ L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012 a permis de recueillir des données sur les personnes de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces; elle posait des questions aux répondants sur les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances. Plus précisément, l'enquête mesurait six troubles : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues. On posait aux répondants une série de questions sur les symptômes ressentis et les types de comportements adoptés. Selon les réponses, les répondants étaient réputés avoir satisfait aux critères d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substance particulier et étaient classés en conséquence. Tous les troubles dont traite le présent article reposent sur le fait que les répondants satisfaisaient aux critères d'un trouble au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Il convient toutefois de mentionner certaines limites : l'enquête ne permettait pas de recueillir de données auprès des personnes vivant dans les réserves ou autres établissements autochtones, des membres à temps plein des Forces canadiennes, des personnes vivant en établissement et des Canadiens vivant dans les territoires. En outre, comme il s'agit d'une enquête-ménage, la population des sans-abri était également hors du champ de l'enquête. Par ailleurs, lorsqu'il est question des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que des contacts avec la police, il est important de souligner le fait que les taux fournis pourraient sous-estimer l'étendue de ces questions au Canada, étant donné que seulement certains troubles et certains types de contacts avec la police ont été mesurés. En outre, certains troubles qui se sont révélés être des facteurs importants dans les interactions des personnes avec la police, comme le trouble de la personnalité antisociale et le syndrome d'alcoolisation fœtale (MacPhail et Verdun-Jones, 2013; Stewart et Glowatski, 2014), n'ont pas été pris en compte dans cette enquête. Pour plus de détails, voir Boyce (2015).

² Cette définition est aussi utilisée par les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis et l'Association canadienne pour la santé mentale.

³ Les données proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. Les populations autochtones examinées dans cette enquête sont les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans. La prévalence chez les non-Autochtones dans cette étude a fait l'objet d'une enquête dans les provinces seulement. Pour plus de détails sur l'enquête, voir Kumar (2016).

⁴ Voir la note en fin d'ouvrage 1 pour les paramètres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012.

⁵ Les raisons pour être entré en contact avec la police sont les suivantes : « les délits de la route, le fait d'être victime ou témoin d'un crime, une arrestation, les problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances, ou les problèmes d'un membre de la famille liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances » (Boyce, 2015).

⁶ « Les troubles mentaux ou du développement soupçonnés peuvent comprendre les troubles suivants : schizophrénie, dépression, syndrome d'alcoolisation fœtale, démence, maladies psychotiques et névrotiques ou tendances sociopathiques. Exclut les auteurs présumés pour lesquels l'information relative aux troubles mentaux ou du développement soupçonnés était inconnue. En 2013, l'information sur les troubles mentaux ou du développement soupçonnés était inconnue pour 13,3 % des auteurs présumés d'homicide (ou 60 auteurs présumés). » (Boyce, 2015)

⁷ Les détenus présentant des besoins en santé mentale, dans ce contexte, sont « définis comme ayant recouru à au moins un service de traitement en santé mentale ou ayant séjourné dans un centre de traitement au cours des six derniers mois » (Sapers et Zinger, 2016).

⁸ Les principaux troubles examinés dans cette étude sont la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression. Les symptômes du trouble bipolaire y sont plus étroitement associés à des crimes directs que les symptômes de la dépression et de la schizophrénie. Pour plus de détails, voir Peterson et al. (2014).

⁹ Dans l'étude Coker (2014), les troubles anxieux, les troubles comportementaux, les troubles alimentaires, les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'utilisation de substances ont tous été évalués. Les conclusions ne mentionnent toutefois pas de combinaisons de troubles particulières et ne précisent pas non plus leur impact sur la criminalité. Il est important de noter que dans cette étude, ce sont les troubles des conduites et les troubles liés à l'utilisation de substances qui sont les plus couramment associés à la criminalité.

¹⁰ Les maladies mentales graves se fondent sur l'âge de la personne, sa déficience fonctionnelle, la durée du trouble et les diagnostics. La schizophrénie et le trouble bipolaire sont des exemples de ces troubles.

¹¹ « Les participants ont déclaré qu'ils souffraient “parfois”, “souvent” ou “toujours” de troubles affectifs, psychologiques ou mentaux pouvant comprendre l'anxiété, la dépression, une psychose maniaco-dépressive, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et l'anorexie. » (Hango, 2016)

¹² Le document original ne définit pas directement le terme « victimisation par les pairs ». Or il est possible, en se basant sur plusieurs sources, de définir de façon générale la « victimisation par les pairs » comme l'expérience d'être la cible d'un préjudice physique, social, émotionnel ou psychologique causé par un pair. Ces activités comprennent, sans pour autant s'y limiter, l'intimidation et la cyberintimidation.

¹³ En octobre 2016, l'Observatoire canadien sur l'itinérance, en partenariat avec Vers un chez-soi Canada, a publié « Sans domicile : un sondage national sur l'itinérance chez les jeunes ». Ce sondage interrogeait 1 103 jeunes sans abri de 47 collectivités différentes dans 10 provinces et territoires, brossant le premier portrait national de l'itinérance chez les jeunes au Canada. Pour plus de détails, voir Schwan et al. (2017).

¹⁴ Comme exemple de ressource permettant de trouver un outil d'évaluation du risque approprié, le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents offre un répertoire en ligne qui dresse le profil d'outils de mesure relatifs à la santé mentale des enfants et des adolescents et à l'évaluation de programmes. Pour plus de détails, consulter le site Web à l'adresse <http://www.excellencepourenfantsados.ca/carrefour-des-ressources/base-donnees-mesures>. De plus, pour les intervenants dans le domaine de la prévention du crime et au sein du système de justice pour les adolescents, le livre de Vincent, G. et al. contient des renseignements détaillés sur les outils d'évaluation du risque utilisés dans le système de justice pénale. Pour plus de détails, voir Vincent, G. et al. (2012), disponible à l'adresse <http://modelsforchange.net/publications/346>.

¹⁵ Les programmes de prévention du crime primaire se concentrent sur le début de la violence ou de la délinquance chez les jeunes atteints d'un trouble mental. Un exemple de programme de prévention primaire consisterait à réduire l'exposition des jeunes vulnérables déjà atteints d'un trouble émotionnel à la violence dans les médias. Les programmes de prévention secondaire ciblent les jeunes qui présentent déjà un risque de violence ou de délinquance, mais qui n'ont pas encore adopté de comportement antisocial ou violent. Un exemple de programme de prévention secondaire réside dans les programmes destinés aux personnes ayant survécu à la violence et qui viennent en aide aux personnes aux prises avec le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les idées suicidaires. Les programmes de prévention tertiaire s'adressent aux jeunes qui sont déjà à risque de violence et de criminalité et qui ont déjà commis une infraction. Un exemple de programme de prévention tertiaire serait un programme de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme (Leschied, 2008).

¹⁶ Le National Registry of Evidence-based Programs and Practices de la SAMHSA (États-Unis) est un système de dépôt et d'examen fondé sur des données probantes qui vise à fournir au public des renseignements fiables sur les interventions en santé mentale et en toxicomanie. Pour plus de détails, consulter le site Web à l'adresse <http://nrepp.samhsa.gov/about.aspx> (anglais seulement). À notre connaissance, il n'existe aucun registre semblable au Canada.

¹⁷ Les exemples d'interventions fondées sur des données probantes proviennent des études d'évaluation les plus rigoureuses et de la plus haute qualité, où les résultats sont appuyés par au moins un essai clinique randomisé rigoureux. Par exemple, dans le rapport de Waddell et al. (2014), les auteurs ont cherché des documents évalués par des pairs en vue de trouver des données probantes découlant d'essais cliniques randomisés pour chacun des troubles majeurs, soit les troubles anxieux (qui comprennent le trouble obsessionnel-compulsif), le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, les troubles liés à l'utilisation de substances, le trouble des conduites, le trouble dépressif majeur, les troubles du spectre de l'autisme, le trouble bipolaire, les troubles alimentaires et la schizophrénie. Pour plus de détails, voir Waddell et al. (2014).

¹⁸ Cette liste se compose d'exemples de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux, et n'est en aucun cas exhaustive.

¹⁹ Pour plus de détails sur le programme Nurse-Family Partnership, consulter son site Web à l'adresse <http://www.nursefamilypartnership.org/>.

²⁰ Pour plus de détails sur le programme Promoting Alternative THinking Strategies, consulter son site Web aux adresses <http://www.pathstraining.com/main/> et <http://www.channing-bete.com/prevention-programs/paths/paths.html>.

²¹ Pour plus de détails sur le programme Stop Now and Plan, consulter son site Web à l'adresse <https://childdevelop.ca/snap/home>.

²² Pour plus de détails sur le programme Multidimensional Family Therapy, consulter son site Web à l'adresse <http://www.mdft.org/>.

²³ Dans le cadre de ce programme de mentorat, 30 jeunes (de 8 à 12 ans) ayant des troubles mentaux ont reçu des services pendant au moins huit semaines. Le groupe témoin se composait de 30 jeunes inscrits sur une liste d'attente. Les mentors rencontraient les jeunes une fois par semaine pendant trois heures. Durant cette rencontre, les mentors se livraient à des activités appropriées sur le plan du développement (comme les jeux et les sports) tout en travaillant à la réalisation d'objectifs précis (Jent et Niec, 2006).

²⁴ Les termes employés dans ce document, comme « dépendance aux drogues » et « abus de substances », ne sont plus classés comme des troubles distincts dans le DSM-V. La catégorie révisée, « troubles liés aux substances », englobe les principaux critères de ces deux anciennes désignations.