

Notre état de santé est
empreint de nos modes
de vie, d'apprentissage
et de travail.



Améliorer la santé
des Canadiens
2008

Santé mentale, délinquance
et activité criminelle

Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-221-1 (PDF)

© 2008 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle*, Ottawa, ICIS, 2008.

This publication is also available in English under the title *Improving the Health of Canadians: Mental Health, Delinquency and Criminal Activity*.

ISBN 978-1-55465-219-8 (PDF)

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne	v
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	v
Conseil de l'ISPC (en date d'octobre 2007)	vii
Remerciements	ix
Introduction	2
Objet et structure du rapport	4
Section 1. Santé mentale, délinquance, activité criminelle et déterminants de la santé	8
Santé mentale, délinquance et activité criminelle :	
Les relations à l'échelle individuelle	11
Santé mentale, délinquance et activité criminelle :	
Les relations à l'échelle familiale	15
Santé mentale, délinquance et activité criminelle :	
Les relations à l'école et avec les pairs	18
Santé mentale, délinquance et activité criminelle :	
Les relations à l'échelle de la collectivité	20
Santé mentale et prévention du crime : Politiques et programmes	21
Contexte canadien : Initiatives en santé mentale et stratégies de prévention du crime	21
Efficacité des initiatives de prévention du crime et de promotion de la santé mentale	22
Conclusions de la première section	24
Principaux messages et lacunes de l'information de la première section	26
Section 2. La maladie mentale et le système de justice pénale	28
Caractéristiques des adultes atteints d'une maladie mentale et ayant eu des démêlés avec le système de justice pénale	30
Diagnostics les plus courants chez les patients admis à un lit de santé mentale	31
Facteurs de risque chez les patients ayant des antécédents criminels admis à un lit de santé mentale	32
Orienter en dehors du système de justice pénale les personnes atteintes d'une maladie mentale	34
Programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation	34
Programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation	35
Tribunaux de la santé mentale	36
Systèmes de commissions d'examen au Canada	37
Maladie mentale chez les délinquants en établissement correctionnel	38
Prévalence de la maladie mentale chez les adultes en établissement correctionnel	38
Prévalence de la maladie mentale chez les jeunes en établissement correctionnel	40
Maladie mentale chez les Autochtones en établissement correctionnel	41
Comportement suicidaire dans les établissements correctionnels	42
Stratégies des provinces et des territoires pour répondre aux besoins en santé mentale des délinquants	43

Programmes offerts dans les services correctionnels du Canada	44
Services de santé mentale offerts dans le système correctionnel fédéral	45
Programmes communautaires en santé mentale destinés aux délinquants	46
Conclusions de la deuxième section	47
Principaux messages et lacunes de l'information de la deuxième section	48
Conclusions	50
Quelles sont les recherches de l'ISPC dans le domaine?	53
Pour en savoir plus	55
Le Web : Une mine de renseignements!	57
Références	61
À vous la parole!	73
Figures	
Figure 1. Niveaux de comportement agressif selon les facteurs de risque individuels chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005	13
Figure 2. Facteurs de protection individuels chez les jeunes de 12 à 15 ans n'ayant déclaré aucun comportement agressif, 2004-2005	14
Figure 3. Niveaux de comportement agressif selon les pratiques parentales négatives chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005	15
Figure 4. Proportion de jeunes de 12 à 15 ans n'ayant déclaré aucun comportement agressif selon les pratiques parentales, 2004-2005	16
Figure 5. Niveaux de comportement agressif selon les facteurs de risque liés aux pairs chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005	19
Tableaux	
Tableau 1. Comportements délinquants autodéclarés chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005	10
Tableau 2. Comportements agressifs autodéclarés chez les garçons et les filles de 12 à 15 ans, 2004-2005	11
Tableau 3. Exemples d'initiatives visant à favoriser une bonne santé mentale dans le but de prévenir la délinquance et l'activité criminelle	23
Tableau 4. Facteurs de risque et de protection liés aux niveaux précisés de comportement délinquant autodéclarés chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005	25

Tableau 5.	Caractéristiques sociodémographiques des patients admis à un lit de santé mentale selon qu'ils bénéficient ou non de services de psychiatrie légale, 2006-2007	31
Tableau 6.	Diagnostics de schizophrénie et de troubles liés à la consommation de stupéfiants chez les patients admis à un lit de santé mentale selon qu'ils bénéficient de services de psychiatrie légale ou non, 2006-2007	32
Tableau 7.	Comparaison des risques relatifs à la planification du congé des patients admis à un lit de santé mentale avec et sans antécédents criminels, 2006-2007	33
Tableau 8.	Prévalence de la maladie mentale chez les adultes dans la population en général et en milieu carcéral	39
Tableau 9.	Prévalence de la maladie mentale chez les jeunes dans la population en général et en milieu carcéral	40

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été mise sur pied en 1999. La mission de l'ISPC comporte deux volets :

- aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

En tant qu'acteur de premier plan dans le domaine de la santé de la population, l'ISPC :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- commande des travaux de recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve concernant les expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et élabore des options politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'ICIS pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Conseil de l'ISPC (en date d'octobre 2007)

Un conseil, composé de chercheurs et de décideurs renommés provenant des quatre coins du Canada, guide l'ISPC dans ses travaux.

- **Cordell Neudorf** (président), médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region, Saskatchewan;
- **David Allison**, médecin hygiéniste en chef, Eastern Regional Integrated Health Authority, Terre-Neuve-et-Labrador;
- **Monique Bégin**, professeure émérite, Faculté des sciences de la santé et professeure invitée, Programme en administration de la santé, Université d'Ottawa, Ontario;
- **André Corriveau**, médecin hygiéniste en chef et directeur, Santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Territoires du Nord-Ouest;
- **Judy Guernsey**, professeure agrégée, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine de l'Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse ;
- **Richard Lessard**, directeur, Prévention et Santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Québec;
- **Richard Massé**, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec, Québec;
- **Lynn McIntyre**, professeure, Département des sciences de la santé dans la collectivité, Université de Calgary, Alberta;
- **John Millar**, directeur général, Unité de surveillance de la santé des populations et de planification du contrôle des maladies, Régie provinciale des services de santé, Vancouver, Colombie-Britannique;
- **Ian Potter**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ontario;
- **Deborah Schwartz**, directrice exécutive, Direction de la santé des Autochtones, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique;
- **Gregory Taylor** (membre d'office), directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de santé publique du Canada, Ontario;
- **Elinor Wilson**, présidente, Procréation assistée Canada, Santé Canada, Ontario;
- **Michael Wolfson** (membre d'office), statisticien en chef adjoint, Secteur de l'analyse et du développement, Statistique Canada, Ontario.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'élaboration du rapport Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle. Il tient également à remercier les membres du Groupe consultatif d'experts, qui nous ont fait profiter, tout au long de la rédaction du rapport, de leurs conseils inestimables. Les membres du Groupe consultatif d'experts étaient les suivants :

- **Gregory Taylor** (président), directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de santé publique du Canada, Ontario;
- **Carl Lakaski**, analyste principal des politiques, Unité de la promotion de la santé mentale, Division de la santé des collectivités, Agence de santé publique du Canada, Ontario;
- **Kathy Langlois**, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Ontario;
- **Alain Lesage**, professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Québec;
- **Dora Nicinski**, présidente-directrice générale, Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (Région 2), Nouveau-Brunswick;
- **Rémi Quirion**, directeur, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Québec;
- **Margaret Shim**, gestionnaire de projet, Population Health Strategies, Alberta Health and Wellness et professeure agrégée adjointe, Faculty of Rehabilitation Medicine, Department of Occupational Therapy, Université de l'Alberta, Alberta;
- **Phil Upshall**, directeur exécutif national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada, Ontario, et conseiller, Relations avec les intervenants, Commission de la santé mentale du Canada;
- **Cornelia Wieman**, codirectrice, Indigenous Health Research Development Program, et professeure agrégée, Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, Université de Toronto, Ontario.

Nous voulons également exprimer notre reconnaissance aux membres du comité de lecture qui ont évalué le rapport et qui nous ont fait profiter de leurs précieux commentaires :

- **Edward Ormston**, juge, président des comités consultatifs, Comité consultatif sur la santé mentale et la loi, La Commission de la santé mentale du Canada ;
- **John Reid**, coordonnateur, Recours à la force et application de l'article 19, Bureau de l'enquêteur correctionnel, Gouvernement du Canada ;
- **Rebecca Kong**, gestionnaire de projet, Programme des services correctionnels, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Veuillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne traduisent pas nécessairement l'opinion du Groupe consultatif d'experts, des membres du comité de lecture ou de leur organisme affilié.

L'ISPC tient à remercier le Conseil d'administration de l'ICIS et le Conseil de l'ISPC qui ont contribué, grâce à leur soutien et à leurs conseils, à la définition de l'orientation stratégique du rapport.

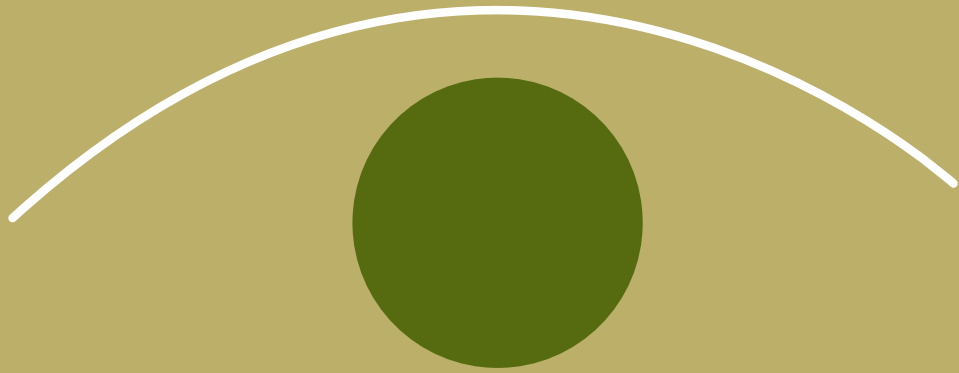
L'équipe de projet chargée de la production du rapport se composait des employés de l'ISPC suivants :

- **Elizabeth Votta**, gestionnaire de projet et rédactrice
- **Keith Denny**, coordonnateur de la revue de la littérature
- **Lisa Corscadden**, analyste principale
- **Andrew Taylor**, analyste principale
- **Andrea Wills**, analyste et responsable de l'assurance de la qualité
- **Judy Threinen**, responsable de l'assurance de la qualité
- **Yann Vinette**, responsable de l'assurance de la qualité
- **Jean Harvey**, réviseure
- **Elizabeth Gyorfi-Dyke**, réviseure
- **Jennifer Zelmer**, réviseure

L'ISPC tient également à remercier les membres du personnel des Services de santé mentale et réadaptation de l'ICIS qui ont participé à l'analyse des données présentées dans le rapport.

Nous tenons à souligner les efforts continus déployés par les chercheurs qui œuvrent dans le domaine de la santé de la population pour faire progresser nos connaissances et notre compréhension des questions importantes qui entourent les déterminants de la santé et les façons d'améliorer la santé de la population.





Introduction

La santé mentale, c'est plus que l'absence d'un diagnostic de maladie mentale¹. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté² (p. 1) ». L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a également adopté une définition globale : « la capacité de chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle³ (p. 2) ».

De nombreux facteurs, ou déterminants de la santé, peuvent influencer sur la santé mentale, notamment les caractéristiques individuelles, physiques, sociales, culturelles et socioéconomiques³. Ces facteurs, avec d'autres, peuvent avoir des interactions complexes sur la santé mentale qui ne sont pas toujours bien comprises. L'étude de groupes particuliers au sein de la population nous permet d'explorer ces interactions plus en profondeur. On retrouve parmi ces groupes les jeunes et les adultes qui présentent un risque de commettre des actes délinquants ou criminels et ceux qui sont atteints d'une maladie mentale et qui ont des démêlés avec le système de justice pénale canadien. *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle* est le deuxième d'une série de trois rapports sur la santé mentale que l'ISPC entend publier sur une période de 18 mois. Le premier rapport, *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*, a paru en août 2007⁴.

Objet et structure du rapport

Pourquoi se pencher sur la délinquance et sur l'activité criminelle dans un contexte de santé mentale? Nous savons déjà qu'il existe de nombreux types d'actes délinquants et criminels, de lieux où ces actes sont commis et de contrevenants⁷. Nous savons également que, bien que la plupart des personnes atteintes d'une maladie mentale ne commettent pas de crime, les jeunes et les adultes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale sont surreprésentés dans les établissements correctionnels au Canada^{3,8,9}. Ce que nous savons moins, par contre, c'est s'il existe un lien entre la santé mentale — particulièrement en ce qui concerne des facteurs tels que les capacités d'adaptation personnelles, la perception de sa propre valeur et les réseaux sociaux — et la délinquance ou l'activité criminelle. Nous en savons moins aussi à propos de la prévalence de certaines maladies mentales chez les personnes qui ont des démêlés avec le système de justice pénale et des stratégies efficaces en matière de déjudiciarisation et de réhabilitation.

Afin de nous éclairer sur ces divers enjeux, le présent rapport examine les liens entre la santé mentale, la délinquance et l'activité criminelle et

leurs divers déterminants. En en sachant plus sur la nature des liens qui existent entre ces questions, nous pourrions mieux comprendre quelles interventions et quelles politiques pourraient être efficaces pour favoriser la santé mentale, prévenir la délinquance et l'activité criminelle et réduire le risque de récidive, en particulier chez les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Dans la première section, nous tenterons de déterminer quels facteurs liés à la santé mentale, à l'échelle individuelle, familiale, de l'école (les pairs) ou de la collectivité, sont des facteurs de risque ou des facteurs de protection relativement à la délinquance ou à l'activité criminelle. Puisque la première partie traite surtout de la délinquance, on y accorde une attention particulière à la jeunesse. Cet accent mis sur la jeunesse s'observe également dans les nouvelles analyses que l'ISPC a produites à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de Statistique Canada. Ces analyses explorent en quoi divers facteurs liés à la santé mentale constituent soit des facteurs de protection, soit des facteurs de risque relativement à la délinquance. Cette première section se conclut par un coup d'œil sur divers programmes et politiques qui s'intéressent autant à la promotion de la santé mentale qu'à la prévention de la délinquance ou de l'activité criminelle.

Santé mentale et ressort psychologique : Thème stratégique de l'ISPC de 2007 à 2010

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a choisi la santé mentale et le ressort psychologique comme l'un des quatre thèmes qui orienteront ses travaux de 2007 à 2010. Pour appuyer ce choix, l'ISPC s'inspirera d'autres rapports récents sur la santé mentale (par exemple, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*³ et *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*⁵), de même que de diverses initiatives fédérales telles que la mise sur pied de la Commission de la santé mentale du Canada⁶. Les travaux de l'ISPC permettront d'explorer les aspects positifs de la santé mentale, notamment l'autoévaluation de l'état de santé mentale, les capacités d'adaptation au stress et l'estime

de soi, de même que les déterminants de la santé mentale, c'est-à-dire les facteurs qui favorisent une bonne santé mentale.

Dans le cadre de ses travaux dans ce domaine, l'ISPC publie une série de trois rapports *Améliorer la santé des Canadiens*. Les rapports *Améliorer la santé des Canadiens* de l'ISPC visent à résumer les résultats de recherches clés sur un thème donné, à présenter de nouvelles analyses des données sur un sujet et à partager ce que nous savons ou ignorons des stratégies efficaces en matière de politiques et de programmes. L'objectif sous-jacent de chacun de ces rapports est de faire progresser la réflexion et l'action dans le domaine de la santé de la population au Canada.

La deuxième section s'intéresse aux personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont ou ont eu des démêlés avec le système de justice pénale. Elle traite des caractéristiques des personnes atteintes d'une maladie mentale et ayant des antécédents de comportement criminel qui sont admis à un lit de santé mentale. Elle se penche également sur la prévalence de la maladie mentale (y compris

la toxicomanie) chez les personnes qui ont commis un crime et qui ont présentement des démêlés avec le système judiciaire canadien. Cette deuxième section se conclut par un coup d'œil sur les politiques et les programmes en place qui portent particulièrement sur la santé mentale des personnes actuellement détenues dans un établissement correctionnel ou qui en ont été libérées.

Processus de sélection de la documentation, des politiques et des programmes mentionnés dans le rapport

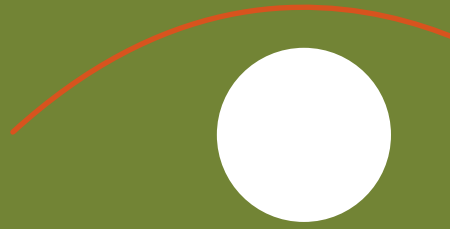
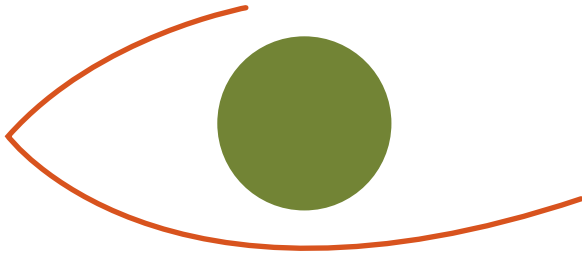
Un protocole de recherche a été élaboré afin de repérer les études traitant du comportement criminel, de la santé mentale, de la maladie mentale et des services correctionnels. Le protocole décrit les bases documentaires devant servir à la recherche et les termes de recherche pertinents, de même que des sources de documentation parallèle sur le Web et certains éléments pour lesquels une recherche manuelle était nécessaire. Lorsque cela était possible, la recherche dans les bases documentaires était limitée aux études publiées en français ou en anglais. La stratégie de recherche ne retenait que les articles évalués par les pairs et publiés au cours des 10 dernières années.

Des stratégies de recherche ont été élaborées pour les bases de données suivantes : Pubmed, PsycINFO, ERIC, EMBASE, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Criminal Justice Abstracts, la Cochrane Collaboration, PAIS International, CIRRIE, Child Development and Adolescent Studies et la Campbell Collaboration. La principale ressource sur le Web pour les livres, les examens systématiques et la documentation parallèle était Google Scholar. Des recherches ont été effectuées dans les sites Web des organismes suivants : Statistique Canada, le Centre canadien de la statistique juridique et Service correctionnel du Canada. Les bibliographies des rapports suivants ont fait l'objet d'une recherche manuelle : *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*; *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*; ainsi qu'une analyse de l'environnement dans le

domaine de la santé mentale non publiée commandée par l'ISPC.

Les recherches ont produit quelque 10 700 articles qui ont été triés en fonction de la pertinence de leur titre. Il est resté environ 1 835 articles dont les résumés ont subi une deuxième analyse de pertinence. Les 480 articles restants ont ensuite été examinés intégralement. Une première sélection en fonction du type d'étude, du domaine d'intérêt, de l'année de publication et du lieu de l'étude a été suivie d'une évaluation critique de l'hypothèse de recherche, des descripteurs de l'échantillon, des mesures, des résultats et des forces et faiblesses de l'étude. Dans la mesure du possible, il est fait référence à la documentation canadienne; la documentation internationale est utilisée au besoin ou lorsqu'il n'existe aucune documentation canadienne.

Les politiques et les programmes ont été sélectionnés en ayant recours aux mêmes critères que pour la documentation. Un protocole de recherche a été élaboré pour les sites Web gouvernementaux et non gouvernementaux afin de repérer les programmes, les politiques et les initiatives dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale, des services de santé mentale, du comportement criminel et du système judiciaire. Les exemples ont été choisis en fonction de leur pertinence, de la disponibilité d'une information détaillée et des résultats ayant fait l'objet d'une évaluation. L'information relative à des programmes ou à des politiques qui figure dans le présent rapport ne constitue nullement une liste exhaustive et ne signifie aucunement, par omission, qu'il n'existe pas d'autre information.



1



1

Santé mentale,
délinquance, activité
criminelle et
déterminants
de la santé

Divers facteurs, y compris les capacités d'adaptation et la perception de sa propre valeur, de même que des caractéristiques telles que le contexte social, physique et culturel et la situation socioéconomique peuvent influencer sur l'état de santé mentale³. Plusieurs de ces facteurs, et d'autres comme la maladie mentale, les tendances à l'agressivité, les conflits familiaux, des pratiques parentales et une influence des pairs négatives, les difficultés scolaires et l'isolement social, peuvent aussi jouer un rôle dans la délinquance et les actes criminels¹⁰. De nombreux chercheurs ont étudié quels facteurs pouvaient accroître le risque qu'une personne commette des actes délinquants ou criminels. De la même façon, plusieurs ont tenté de déterminer quels étaient les facteurs qui pouvaient empêcher les gens de se livrer à de tels actes, les protéger en quelque sorte. Généralement, les études considéraient la santé mentale comme un déterminant du crime, et non comme un résultat. De plus, en raison de l'importance accordée au dépistage précoce des facteurs de risque et de protection, nombre d'études se sont intéressées aux enfants et aux adolescents, en se servant de comportements délinquants comme l'agressivité ou le vandalisme comme mesures des résultats.

Les recherches indiquent que les facteurs biologiques et développementaux, les expériences vécues dans la petite enfance et l'exposition à divers facteurs de risque influent sur les résultats de développement et la santé à l'âge adulte¹¹. Les expériences négatives des enfants peuvent être reliées aux interactions qu'ils ont eues avec les autres enfants, les parents, les autres adultes et l'école^{10,12}. Chez certains, ces expériences peuvent se traduire par une mauvaise santé, des difficultés d'apprentissage, la victimisation, des fugues, des difficultés scolaires, la dépression, un comportement difficile ou agressif et la délinquance¹⁰.

De nouvelles analyses produites par l'ISPC à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de Statistique Canada révèlent qu'en 2004-2005, 44 % des jeunes répondants déclaraient avoir parfois ou souvent eu un comportement agressif et 51 % déclaraient avoir parfois ou

souvent eu des comportements délinquants contre les biens (les définitions figurent au tableau 1)ⁱ. Ces analyses indiquent également un effet de regroupement. Cinquante-huit pour cent des jeunes ayant déclaré avoir souvent eu un comportement agressif ont aussi déclaré avoir souvent eu des comportements délinquants contre les biens; inversement, 74 % des jeunes ayant déclaré n'avoir jamais eu de comportement agressif ont aussi déclaré n'avoir jamais eu de comportement délinquant contre les biens. Un rapport récent du Centre canadien de la statistique juridique faisait état de résultats similaires. Des données fournies par les services de police et concernant un groupe de jeunes de 8 à 18 ans indiquaient que les jeunes contrevenants n'avaient pas tendance à se spécialiser dans une catégorie d'infractions; les deux tiers (65 %) avaient commis plus d'un type d'infraction contre les biens, d'infraction avec violence ou autre; 10 % des jeunes étaient responsables d'une grande proportion (46 %) de l'ensemble des infractions¹³.

Tableau 1

Comportements délinquants autodéclarés chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005

Comportement agressif	Un score basé sur les réponses aux six énoncés suivants : Je me bats souvent avec d'autres, Je réagis aux accidents en me fâchant, J'attaque physiquement les autres, Je menace les autres, Je suis cruel envers les autres et Je donne des coups aux autres personnes de mon âge.	Souvent 10 % Parfois 34 %* Aucun 56 %*
Comportements délinquants contre les biens	Un score basé sur les réponses aux six énoncés suivants : Je détruis mes propres choses, Je vole des choses à la maison, Je détruis les biens d'autrui, Je dis des mensonges ou je triche, Je fais du vandalisme et Je vole des choses à l'extérieur de la maison.	Souvent 7 % Parfois 44 %* Aucun 50 %*

Remarques :

Souvent : Jeunes ayant répondu parfois à quatre questions ou plus ou souvent à au moins deux questions.

Parfois : Jeunes ayant répondu parfois à au moins une question et qui n'avaient pas déjà été classés sous souvent.

Aucun : Jeunes ayant répondu jamais à toutes les questions.

* Écart significatif par rapport à « souvent », $p < 0,05$.

En raison de l'arrondissement, les chiffres ne totalisent pas 100 %.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

- i Les analyses des données de l'ELNEJ de 2004-2005 étaient fondées sur les réponses de 3 768 jeunes à des questions sur le comportement agressif et sur les comportements délinquants contre les biens (taux de réponse de 86 % et 85 %, respectivement). Les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population de jeunes Canadiens, puisque l'échantillon de départ sélectionné en 1994 n'a pas été augmenté afin de tenir compte de l'immigration, entre autres changements démographiques. L'enquête exclut les enfants vivant dans des réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les pensionnaires d'établissements institutionnels, les enfants des membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées.

La présente section examine de plus près les liens qui existent entre la santé mentale, la délinquance et l'activité criminelle, dans quatre contextes distincts : la personne, la famille, l'école (les pairs) et la collectivité. D'autres rapports se sont servis de ces contextes afin de déterminer les facteurs de risque d'activité délinquante ou criminelle¹⁰. Plusieurs des facteurs de risque au sein de ces quatre contextes sont associés aux déterminants de la santé mentale, et certains sont liés plus particulièrement à la santé mentale. Bien que certaines études soient de nature longitudinale, d'autres sont fondées sur des données de corrélation, ce qui tend à restreindre la portée des conclusions qui pourraient être tirées à propos de la causalité.

Santé mentale, délinquance et activité criminelle : Les relations à l'échelle individuelle

Nombre de rapports se sont penchés sur divers facteurs individuels tels que l'âge, le sexe et l'origine ethnique en tant que déterminants du risque de délinquance et d'activité criminelle. Certaines études montraient une augmentation de la délinquance en fonction de l'âge chez les jeunes^{14, 15}, alors que d'autres n'arrivaient pas à cette conclusion¹⁶.

En général, les études font état de taux de délinquance plus élevés chez les garçons que chez les filles¹⁴⁻¹⁶. Dans le même esprit, les analyses par l'ISPC des données de l'ELNEJ de 2004-2005 montrent que, par rapport aux garçons, les filles sont moins susceptibles de déclarer avoir eu un comportement agressif (consulter le tableau 2). Cette tendance se confirme même dans des publications antérieures où l'on utilisait des données de l'ELNEJ d'autres cycles et des définitions différentes d'un comportement agressif¹⁷.

Les études révèlent également des différences dans les types de délinquance entre les garçons et les filles, de même qu'entre les jeunes Autochtones et les jeunes non-Autochtones. Les analyses des données de l'ELNEJ de 1998-1999 indiquaient que les garçons étaient plus susceptibles de commettre des infractions à caractère violent ou sexuel et que les filles étaient aussi susceptibles que les garçons de s'adonner au trafic de stupéfiants et presque aussi susceptibles de commettre des infractions contre les biens¹⁴. Les taux de délinquance autodéclarée étaient semblables chez les jeunes non-Autochtones et les jeunes Autochtones (39 % et 41 %); toutefois, les jeunes Autochtones déclaraient des infractions plus graves¹⁴.

Tableau 2

Comportements agressifs autodéclarés chez les garçons et les filles de 12 à 15 ans, 2004-2005

		Garçons	Filles
Comportement agressif	Souvent	13 %*	7 %
	Parfois	37 %*	31 %
	Aucun	50 %*	62 %

Remarque :

* Écart significatif par rapport aux « filles », $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

D'autres facteurs individuels liés de plus près à la santé mentale, comme l'hyperactivité¹⁷, les tendances agressives, le manque de motivation¹⁴ et la victimisation^{14,18}, ont également été associés à la délinquance. Par exemple :

- Les analyses des données de l'ELNEJ montraient que les jeunes de 12 et 13 ans qui déclaraient de l'hyperactivité et de la dépression étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux de comportement agressif élevés, ainsi que des niveaux élevés de délits contre les biens¹⁷.
- Une étude réalisée à Toronto a constaté que, comparativement aux 36 % de jeunes sans comportement délinquant, 56 % des jeunes délinquants déclaraient des incidents au cours desquels ils avaient été victimes d'intimidation, de voies de fait, de menaces ou de vol¹⁸.

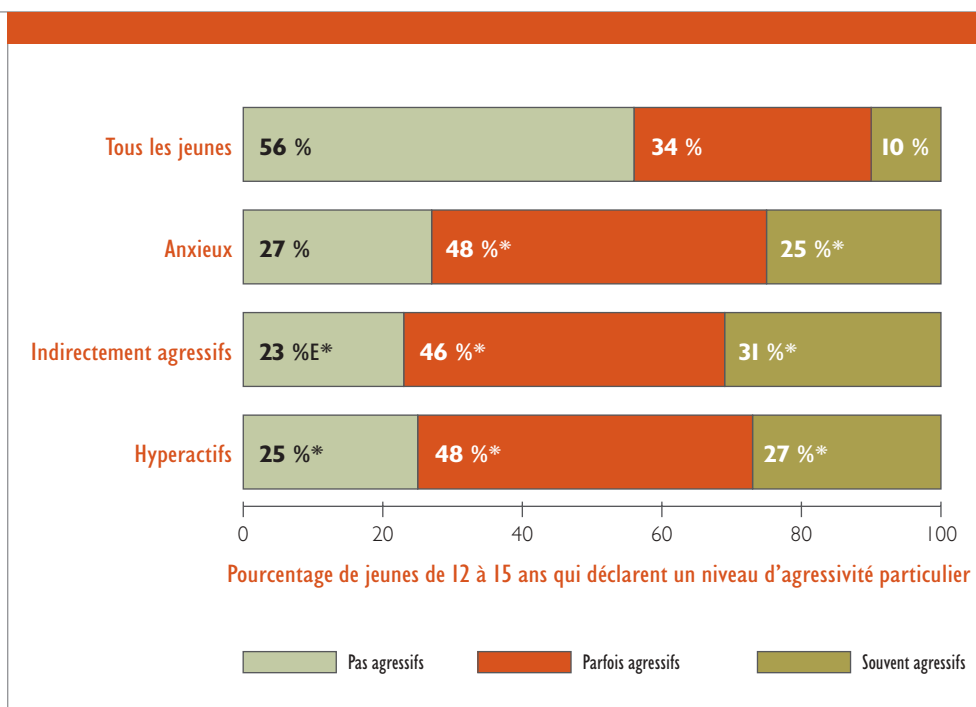
Dans le même ordre d'idées, les analyses par l'ISPC des données de l'ELNEJ avaient établi un lien entre un comportement agressif autodéclaré et un certain nombre de variables (ou facteurs de risque) individuelles liées à la santé mentale, notamment l'hyperactivité (incapacité de rester assis, problèmes de concentration, impulsivité), l'agressivité indirecte (intimidation, difficulté à se divertir, dénigrer autrui lorsqu'on est en colère) et l'anxiété (se sentir malheureux, inquiétude, pleurs, nervosité ou difficulté à être heureux). La figure 1 montre que 56 % de l'ensemble des jeunes déclaraient ne pas être agressif. Cependant, les jeunes qui déclaraient être hyperactif (25 %), indirectement agressif (23 %) et anxieux (27 %) étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer ne pas être agressifⁱⁱ.

À l'étranger, nombre d'études ont analysé les modèles de comportement criminel à long terme. Généralement, les études établissent une continuité entre le comportement agressif durant l'enfance et la violence à l'adolescence et à l'âge adulte, ainsi qu'un lien avec des facteurs liés à la santé mentale tels que les problèmes de comportement précoces et l'estime de soi. Par exemple :

- Les auteurs d'une étude longitudinale réalisée à San Francisco sur 305 participants (230 de sexe masculin et 75 de sexe féminin) ont constaté que l'hyperactivité, l'impulsivité et les problèmes de comportement précoces étaient associés à une probabilité plus élevée d'avoir un dossier d'arrestation pour les hommes, mais non pour les femmes, une fois les participants rendus à l'âge adulte¹⁹.
- Une étude de Nouvelle-Zélande ayant suivi une cohorte de jeunes de 3 à 26 ans a constaté que, comparativement aux adolescents ayant une haute estime de soi, ceux qui avaient une faible estime de soi ont fini par avoir davantage de problèmes de santé mentale (grave dépression et troubles anxieux), davantage de problèmes de santé physique (mauvaise santé cardiorespiratoire, rapport taille-hanches élevé, faible autoévaluation de l'état de santé), plus de condamnations au criminel et moins de possibilités économiques (décrochage scolaire, moins de probabilités de fréquenter l'université). Toutes ces conclusions ont été confirmées après avoir tenu compte du sexe et du statut socioéconomique²⁰.

ii Étant donné la nature transversale de toutes les analyses des données de l'ELNEJ produites par l'ISPC, aucune conclusion ne peut être tirée quant à la causalité.

Figure 1
Niveaux de comportement agressif selon les facteurs de risque individuels chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005



Remarques :

E : Le coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %, on doit faire preuve de prudence dans l'interprétation des données.

* Écart significatif par rapport au même niveau d'agressivité de la catégorie « tous les jeunes », $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

La recherche présentée jusqu'ici indique que divers facteurs liés à la santé mentale peuvent constituer des facteurs de risque de délinquance ou d'agressivité, surtout chez les jeunes. Certaines études, cependant, ont aussi examiné l'incidence d'une bonne santé mentale en tant que facteur de protection contre la délinquance, soulignant des facteurs tels que le sentiment d'appartenance, le soutien social, l'autoefficacité, la fiabilité et la satisfaction de vivre.

- L'analyse des données de la National Longitudinal Study of Adolescent Health aux États-Unis portant sur 2 245 jeunes filles indiquait que les convictions religieuses, la non-consommation d'alcool, le sentiment d'être aimé et désiré, la perception que les enseignants sont justes et des parents qui considèrent les jeunes comme étant dignes de confiance étaient associés à une réduction du risque de délinquance²¹.

- Une étude américaine portant sur près de 800 jeunes filles a établi un lien entre des taux de délinquance inférieurs, d'une part, et un plus grand optimisme face à l'avenir et une plus grande probabilité de recourir à ses réseaux de soutien social, d'autre part¹⁶.
- Une étude réalisée auprès de 2 146 jeunes de collectivités rurales d'un État du sud-est des États-Unis a constaté que des valeurs sociales plus fortes, une plus grande autoefficacité et un sentiment de fiabilité étaient associés à des niveaux inférieurs de délinquance, de pratiques sexuelles à risque et de consommation de stupéfiants¹⁵.
- En Caroline du Sud, l'analyse des données portant sur plus de 5 000 jeunes a montré que les élèves qui se déclaraient plus satisfaits de vivre étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir porté une arme à l'école ou ailleurs. Ceux qui se disaient plus satisfaits de vivre déclaraient également avoir participé à moins de bagarres au cours de l'année précédente²².

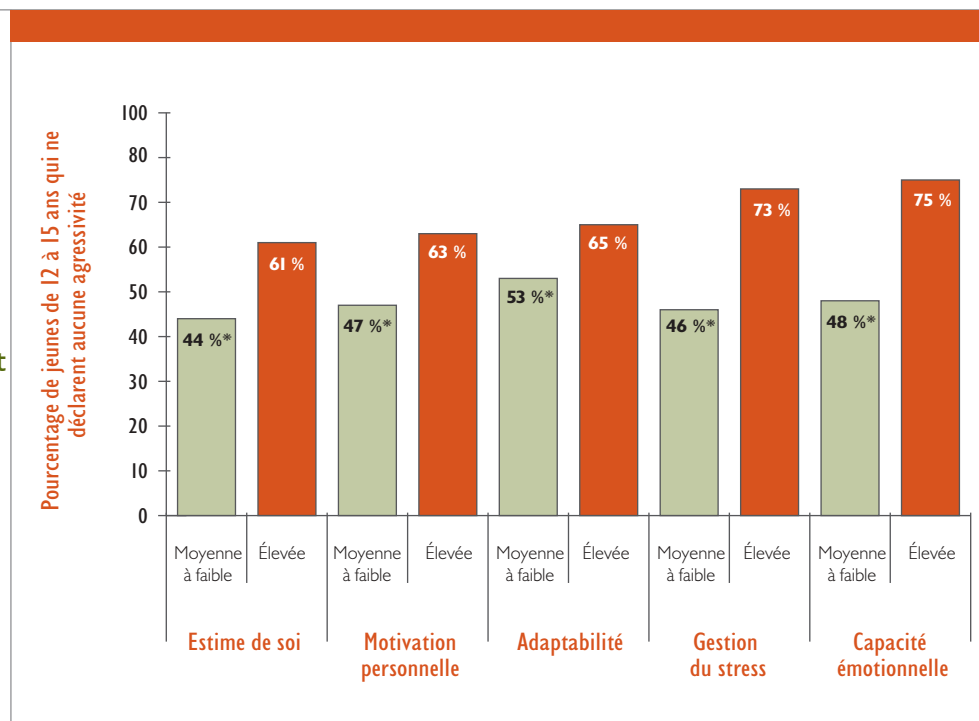
En accord avec ces résultats, les analyses des données de l'ELNEJ effectuées par l'ISPC indiquent un lien entre divers facteurs individuels liés à la santé mentale et la protection contre un comportement agressif (consulter la figure 2). Ces analyses avaient examiné les facteurs suivants :

- l'estime de soi : s'aimer soi-même et se sentir fier de soi et de ce qu'on fait;
- la motivation personnelle : éprouver de l'optimisme, de l'espoir et un sentiment général de bonheur et de joie de vivre;
- l'adaptabilité : comprendre des questions difficiles et leur trouver des solutions multiples et variées;
- la gestion du stress : capacité supérieure à maîtriser ses émotions, ne pas se mettre en colère ou être contrarié facilement;

- la capacité émotionnelle : allie des questions liées à la conscience de soi et des autres à l'adaptabilité, à la motivation et à la gestion du stress.

Les analyses ont montré que les jeunes qui bénéficiaient de ces facteurs de protection dans une proportion élevée étaient significativement plus susceptibles de déclarer n'avoir jamais eu de comportement agressif que ceux qui en avaient une proportion de moyenne à faible. Par exemple, 75 % des jeunes affichant un score élevé pour la capacité émotionnelle ne déclaraient aucun comportement agressif, comparativement à 48 % des jeunes qui présentaient un score de moyen à faible.

Figure 2
Facteurs de protection individuels chez les jeunes de 12 à 15 ans n'ayant déclaré aucun comportement agressif, 2004-2005



Remarque :

* Écart significatif entre les niveaux pour chaque facteur lié à la santé mentale, $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

Santé mentale, délinquance et activité criminelle : Les relations à l'échelle familiale

Selon les spécialistes, un faible statut socioéconomique, un faible encadrement parental, l'isolement ou un faible niveau d'interaction avec la famille²³, des pratiques parentales sévères ou incohérentes, la violence familiale ou les conflits parentaux ainsi que les mauvais traitements ou la négligence¹⁰ figurent parmi les facteurs familiaux pouvant augmenter le risque de délinquance chez les jeunes. Des études canadiennes montrent une association entre des niveaux élevés de comportement agressif chez les enfants et les jeunes et des pratiques parentales punitives^{17,24}, une faible nurturance parentale et un rejet parental élevé¹⁷. Les pratiques parentales punitives et le manque de nurturance parentale ont été associés à un plus grand nombre de délits contre les biens¹⁷; un manque de surveillance parentale

a été associé à une délinquance générale²⁵. Comparativement aux parents dont le score relatif aux pratiques parentales punitives était peu élevé, ceux ayant obtenu un score élevé étaient plus susceptibles de décrire leur enfant comme étant agressif, quel que soit leur revenu ou le sexe de l'enfant²⁴.

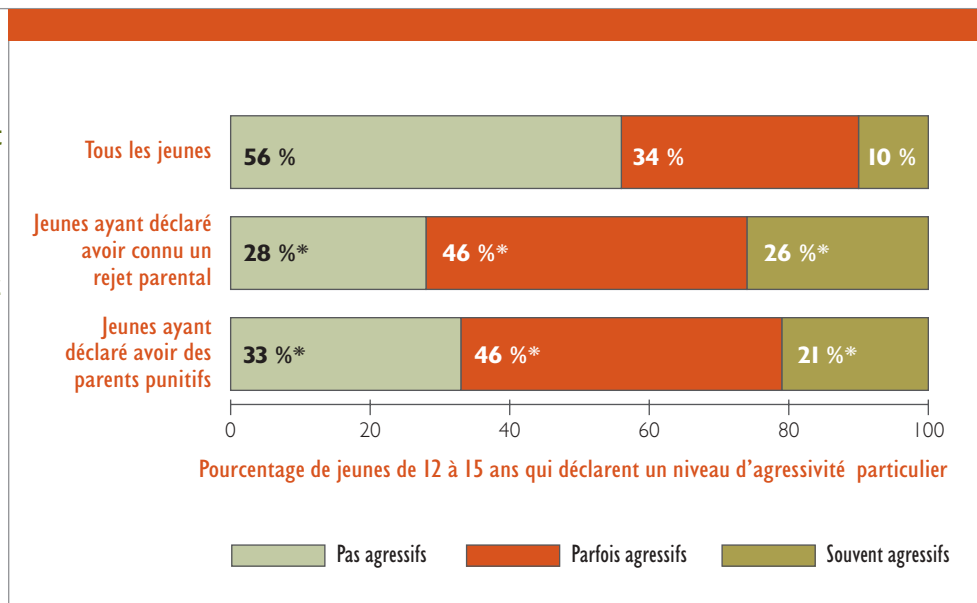
Conformément à ces résultats, l'ISPC a observé que les jeunes qui déclaraient des niveaux élevés de rejet parental et de pratiques parentales punitives étaient plus susceptibles d'avoir un comportement agressif que l'ensemble des jeunes (voir la figure 3). Par exemple, comparativement aux 10 % de l'ensemble des jeunes qui déclaraient être souvent agressifs, 21 % des jeunes ayant confié que leurs parents criaient souvent ou menaçaient de les frapper déclaraient être souvent agressifs.

Rejet parental : Application non uniforme des règles et des punitions par les parents.

Pratiques parentales punitives : Parents qui crient souvent, menacent de frapper les enfants ou ne tentent pas de régler les problèmes avec eux.

Figure 3

Niveaux de comportement agressif selon les pratiques parentales négatives chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005



Remarque :

* Écart significatif par rapport au même niveau d'agressivité de la catégorie « tous les jeunes », $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

Divers facteurs familiaux ont aussi été associés à un risque accru, pour les jeunes, d'affiliation à un gang. Par exemple, une étude menée à Seattle auprès de 808 jeunes a constaté que les éléments suivants constituaient des facteurs de risque d'affiliation à un gang : vivre avec un seul parent, avec un parent et d'autres adultes ou sans aucun parent; avoir des parents qui ont une attitude favorable à l'égard de la violence; le comportement antisocial de la fratrie; et des pratiques inadéquates de gestion de la famille²⁶.

La recherche montre également un lien entre la délinquance des jeunes, les problèmes de santé mentale des parents et d'autres facteurs de stress familiaux. Une étude réalisée à Toronto a révélé des taux significativement plus élevés d'abus physique, de séparation ou de divorce des parents, de consommation d'alcool par les parents, de violence entre les parents et de problèmes de santé mentale des parents chez les jeunes en milieu carcéral comparativement aux autres jeunes²⁷. Une enquête réalisée en Colombie-Britannique en 2004 a constaté que 62 % des jeunes sous

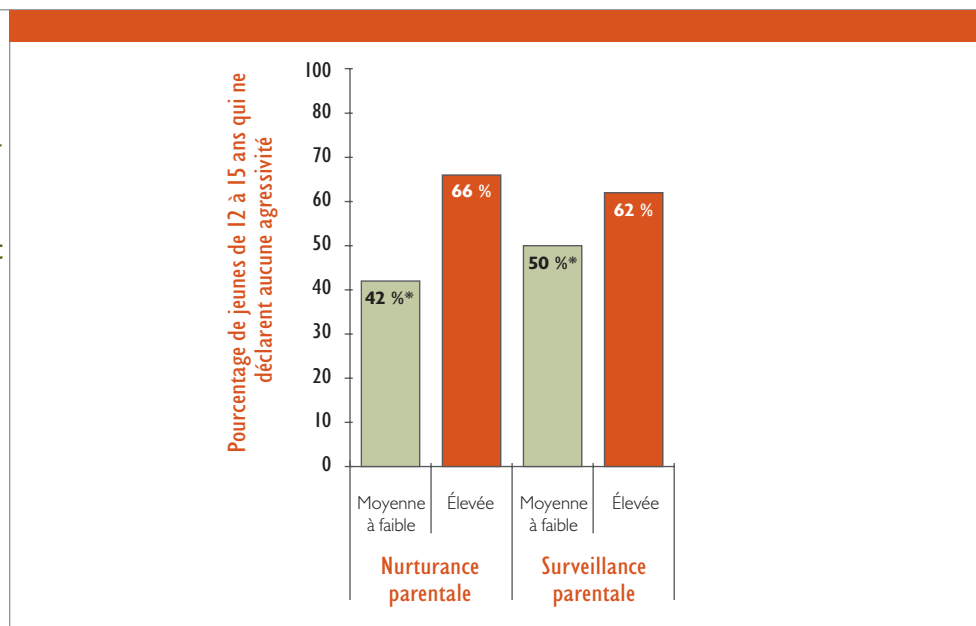
garde avaient un parent qui était aux prises avec une toxicomanie ou une maladie mentale et/ou avait un casier judiciaire²⁸.

La recherche indique également que les pratiques parentales et les facteurs familiaux positifs peuvent protéger de la toxicomanie³⁰, de la délinquance^{14, 31} et de comportements violents³². Des analyses réalisées par l'ISPC pour le présent rapport et des publications antérieures font état de résultats similaires. Par exemple, les jeunes de 12 à 15 ans bénéficiant d'un haut degré de nurturance parentale étaient moins portés à fréquenter des pairs ayant un comportement criminel³³. Les analyses des données de l'ELNEJ de 2004-2005 montrent que la proportion de jeunes ayant déclaré n'avoir jamais eu de comportement agressif était significativement

Nurturance parentale : Des parents qui manifestent de la fierté, font des compliments et montrent à leurs enfants qu'ils sont appréciés.

Supervision parentale : Parents savent où sont leurs enfants, ce qu'ils font, avec qui ils sont et quand ils vont rentrer.

Figure 4
Proportion de jeunes de 12 à 15 ans n'ayant déclaré aucun comportement agressif selon les pratiques parentales, 2004-2005



Remarque :

* Écart significatif entre les niveaux, $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

Pensionnats et pratiques parentales

Un rapport préparé pour la Fondation autochtone de guérison traite des expériences des enfants logés dans des pensionnats et des conséquences intergénérationnelles potentielles pour leurs familles. Le régime de pensionnats décrit dans ce rapport inclut des écoles industrielles, des internats, des résidences d'élèves, des foyers et des centres d'hébergement qui accueillent des élèves autochtones²⁹. Les élèves des pensionnats étaient le plus souvent séparés de leurs

parents et du milieu familial dans lequel ils avaient été élevés²⁹. Devenus adultes, nombre d'anciens élèves des pensionnats ont affirmé qu'ils étaient mal préparés à leur rôle de parents, qu'ils avaient des difficultés à démontrer leur affection à leurs enfants et qu'ils recouraient à une discipline punitive ou sévère²⁹. Les renseignements présentés dans le rapport permettent d'établir un lien entre les pratiques parentales punitives et un comportement agressif chez les enfants.

plus élevée chez ceux qui bénéficiaient d'un haut degré de nurturance parentale (66 %) et de supervision parentale (62 %), comparativement à ceux qui avaient un score moyen à faible relativement à ces pratiques parentales (42 % et 50 %, respectivement), comme l'indique la figure 4.

Des études américaines font état de résultats similaires relativement au rôle protecteur que peut jouer un milieu familial positif.

- Des analyses des données (n = 13 110) de la National Longitudinal Study of Adolescent Health aux États-Unis ont relevé qu'un certain nombre de facteurs familiaux étaient associés à moins de comportements violents déclarés par les garçons comme par les filles, notamment la capacité de discuter des problèmes avec ses parents, la perception des parents comme ayant des

attentes élevées par rapport au rendement scolaire, des rapports familiaux de qualité, la tenue d'activités en famille, et la présence d'au moins un parent à la maison à au moins un des quatre moments importants de la journée (le matin, au retour de l'école, à l'heure du souper ou au coucher)³².

- Une étude menée auprès de 3 046 jeunes de la Californie et du Wisconsin a constaté que les filles déclaraient un degré de supervision parentale et de participation des parents significativement plus élevé par rapport aux garçons. L'organisation du foyer, c'est-à-dire les structures et les règles convenues par la famille, était associée à moins de délinquance chez les garçons³⁴.

Santé mentale, délinquance et activité criminelle : Les relations à l'école et avec les pairs

En milieu scolaire, la santé mentale est souvent examinée sous l'angle des interactions des jeunes avec leurs pairs, de leur participation aux activités de l'école, de leur assiduité en classe et de leur rendement scolaire. La recherche indique que le sentiment d'avoir un bon rapport avec son école pourrait être un facteur de protection contre un comportement violent^{32,35}, la consommation de stupéfiants, la fréquentation de pairs ayant un comportement criminel³³ et la délinquance³⁴. Par exemple, une étude a relevé qu'alors que les filles avaient des liens avec les enseignants et un rendement scolaire significativement plus forts que les garçons, le rendement scolaire et l'importance accordée aux études étaient des facteurs de protection importants contre la délinquance autant chez les garçons que chez les filles³⁴.

Nos analyses des données de l'ELNEJ de 2004-2005 montrent que les jeunes ayant déclaré avoir des expériences positives à l'école étaient plus susceptibles de se dire non agressifs que ceux qui avaient déclaré moins d'expériences positives. Par exemple, 65 % des jeunes ayant déclaré être très

engagés dans leur école ne faisaient état d'aucune agressivité, comparativement à 47 % de ceux qui n'étaient pas aussi engagés; 66 % des jeunes qui affirmaient aimer l'école ne déclaraient aucune agressivité, comparativement à 47 % de ceux qui disaient ne pas trop aimer l'école.

Ce ne sont pas tous les jeunes, cependant, qui estiment avoir un bon rapport avec leur école. Les facteurs de risque de délinquance liés à l'école incluent un faible rendement scolaire, un comportement dérangeant et l'intimidation, un manque d'engagement à l'école, l'absentéisme, le décrochage et un sentiment d'isolement ou d'exclusion sociale de l'école¹⁰.

- Les analyses des données de l'ELNEJ de 1998 ont montré qu'un comportement négatif à l'école, par exemple l'absentéisme et les suspensions, ainsi que l'influence négative des pairs, étaient liés à la délinquance générale chez les jeunes de 12 à 15 ans¹⁴.
- À Toronto, les analyses des données de l'Enquête internationale auprès des jeunes ont révélé que les jeunes qui déclaraient avoir des amis plus âgés ou délinquants, ou des groupes d'amis qui avaient commis des actes illégaux ou qui toléraient des activités illégales, présentaient eux-mêmes des taux de comportement délinquant plus élevés¹⁸.

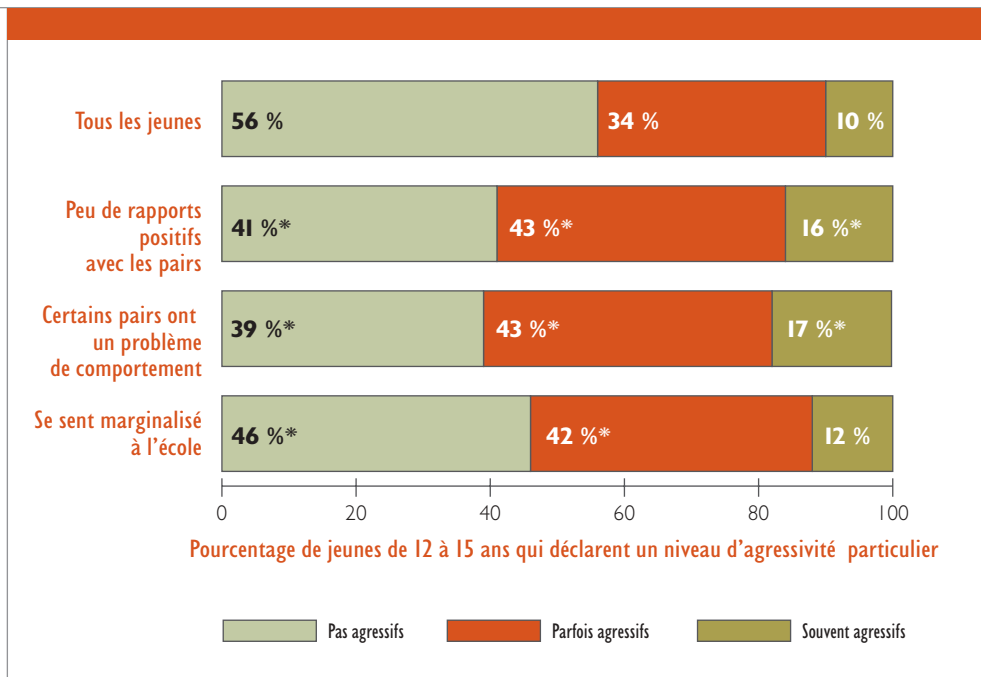
- En examinant les données de l'ELNEJ de 2004-2005, l'ISPC a constaté que les jeunes qui affirmaient se sentir marginalisés à l'école, avoir des amis ayant des problèmes de comportement ou avoir peu de relations positives avec leurs pairs déclaraient des taux de délinquance plus élevés (figure 5).

L'intimidation, c'est-à-dire menacer quelqu'un de plus faible ou le frapper, lui donner des coups de pied, l'empoigner et le bousculer, a aussi été reliée à la délinquance et aux problèmes de comportement chez les jeunes³⁶. Une recherche auprès de quatre catégories de garçons (intimidateurs, victimes, à la fois intimidateurs et victimes et ni intimidateurs ni victimes) a constaté que ceux qui étaient à la fois intimidateurs et victimes déclaraient le plus de troubles psychologiques et de problèmes de comportement, dont la consommation de stupéfiants, la possession d'armes et d'autres comportements délinquants³⁶.

La recherche indique que certains de ces facteurs de risque liés à l'école, comme les troubles d'apprentissage, un faible rendement scolaire (à l'école primaire), le peu d'engagement à l'école, des aspirations éducationnelles peu élevées et la fréquentation d'amis ayant des problèmes de comportement, peuvent également être des facteurs de risque d'affiliation à un gang²⁶. Une étude réalisée au Colorado auprès de plus de 3 600 jeunes a révélé que les membres de gangs avaient moins de liens avec l'école que ceux qui n'en étaient pas membres, de même que les garçons par rapport aux filles³⁷. Dans une étude menée à Montréal auprès de 756 jeunes, la délinquance à 16 ans était associée de manière significative à la délinquance antérieure, à l'affiliation à un gang et à la fréquentation d'amis délinquants²⁵.

Figure 5

Niveaux de comportement agressif selon les facteurs de risque liés aux pairs chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005



Remarque :

* Écart significatif par rapport au même niveau d'agressivité de la catégorie « tous les jeunes », $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

Santé mentale, délinquance et activité criminelle : Les relations à l'échelle de la collectivité

Le sentiment d'appartenance, que ce soit par rapport à sa famille, à ses pairs ou à la collectivité, favorise l'instauration de la confiance ainsi que l'impression de cohérence, de contrôle et de perception positive de soi³. Une partie de la recherche sur les liens entre la santé mentale et la délinquance dans la collectivité s'est donc intéressée principalement au bénévolat et au sentiment d'appartenance; certaines études ont dégagé des liens entre la santé mentale et la délinquance, tandis que d'autres n'en ont établi aucun. Par exemple, les analyses antérieures des données de l'ELNEJ effectuées par l'ISPC ont montré que, tandis que les jeunes qui consacraient du temps au bénévolat étaient moins susceptibles de faire usage de tabac et de marijuana et plus susceptibles de déclarer une perception élevée de leur propre valeur et un état de santé excellent ou très bon, il n'y avait aucune association entre le bénévolat et les relations des jeunes avec des pairs ayant un comportement criminel³³. En revanche, une

étude menée à Houston, au Texas, auprès de plus d'un millier de jeunes a constaté que les jeunes délinquants qui estimaient avoir un rapport positif avec la société étaient moins susceptibles d'adopter un comportement déviant, même s'ils avaient une perception négative d'eux-mêmes³⁸.

D'autres recherches sur les liens entre la santé mentale et la délinquance dans la collectivité se sont penchées sur les caractéristiques physiques ou socioéconomiques du milieu, notamment la pauvreté des quartiers et les mauvaises conditions de logement, la forte migration des résidents dans le quartier, le manque d'équipements collectifs, de services et de possibilités d'emploi, ainsi que l'accès aux stupéfiants¹⁰. Par exemple :

- Vivre dans des quartiers où la marijuana est facilement disponible ou dans lesquels de nombreux jeunes ont des démêlés avec la justice constituait un facteur de risque d'affiliation à un gang, selon une étude longitudinale réalisée auprès de 808 jeunes de Seattle²⁶.
- Une étude auprès de 168 élèves de cinquième année de Milwaukee, au Wisconsin, a montré que la mauvaise conduite des enfants signalée par les parents, les enseignants et les enfants pouvait être reliée à la vie dans des quartiers affichant des taux plus élevés de

Résultats pour la santé mentale liés à la victimisation

La plupart des recherches mentionnées dans le présent rapport portent sur la santé mentale en tant que facteur de risque ou facteur de protection relativement au comportement criminel. Alors que peu d'études ont examiné la santé mentale comme étant un résultat chez les personnes qui commettent des actes criminels, les spécialistes sont d'avis que les problèmes de santé mentale peuvent également toucher les victimes d'un crime⁴¹. Bien que le présent rapport n'ait pas pour objet de discuter en profondeur de cette base documentaire, la recherche indique que les victimes directement touchées par un crime (incluant la violence familiale et la violence contre les enfants) peuvent présenter des troubles de stress post-traumatique, un état dépressif, une toxicomanie ou un

comportement suicidaire⁴¹. La peur d'être victime d'un acte criminel a également été associée au stress, à la dépression, aux troubles du sommeil et au retrait social⁴¹. Les analyses des données de l'Enquête sociale générale de 2004 ont montré que les femmes étaient plus portées à manifester des craintes par rapport aux actes criminels que les hommes. Les femmes ayant été victimes d'un crime ont tendance à être davantage craintives, traumatisées, prudentes et conscientes que les hommes et à se sentir davantage victimisées⁴². Les répondants qui avaient été victimes ou témoins d'un crime étaient plus susceptibles de percevoir une augmentation du niveau de criminalité dans leur quartier, par rapport à ceux qui n'avaient été ni témoins ni victimes d'un crime⁴².

crime avec violence, des revenus moins élevés, des niveaux de scolarité des adultes plus faibles et plus de ménages dont le chef est une femme. Les cas de détresse chez les enfants déclarés par les parents et par les enfants étaient également plus nombreux dans ces quartiers³⁹.

- Une étude menée en Alabama auprès de 2 468 jeunes de 9 à 19 ans vivant dans des quartiers très pauvres a constaté que, pour les filles comme pour les garçons, un comportement violent, la consommation de stupéfiants, l'activité sexuelle et les blessures non intentionnelles étaient plus fréquents chez ceux qui déclaraient un grand désespoir que chez ceux pour qui un tel sentiment était moins prononcé⁴⁰.

Santé mentale et prévention du crime : Politiques et programmes

La recherche présentée jusqu'ici a montré qu'il existe un certain nombre de liens entre les facteurs liés à la santé mentale et la délinquance dans les contextes individuel, familial, de l'école (les pairs) ou de la collectivité. Une analyse des politiques existantes montre que divers aspects de ces contextes ont été l'objet de politiques et de stratégies à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale et locale. Toutefois, les politiques et les stratégies qui abordent les facteurs directement liés à la fois à la santé mentale et à la prévention du crime, et particulièrement celles ayant fait l'objet d'une évaluation, sont relativement peu nombreuses.

Contexte canadien : Initiatives en santé mentale et stratégies de prévention du crime

La prévention du crime a été intégrée à des initiatives au Canada, certaines ayant la santé mentale pour principal objet, d'autres non. La Commission de la santé mentale du Canada est une initiative qui s'intéressera à la fois à

la santé mentale et au système de justice pénale. Sa création découle d'une recommandation que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie avait présentée dans son rapport de 2006, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*⁵. Établie en août 2007 sous forme d'organisme à but non lucratif⁶, la Commission sera orientée par huit comités consultatifs, dont l'un portera précisément sur la santé mentale et la loi⁴³.

La Stratégie nationale pour la prévention du crime (SNPC) est une initiative canadienne qui s'intéresse d'abord à la prévention du crime, et dans une moindre mesure, à la santé mentale. Établie à la suite d'une recommandation du Comité permanent de la justice et du Solliciteur général en 1994⁴⁴, la SNPC a pour mission de « faire preuve de leadership à l'échelle nationale quant aux moyens efficaces de prévenir et de réduire la criminalité par l'intervention sur les facteurs de risque connus chez les populations les plus vulnérables et dans les milieux à risque élevé⁴⁵ (p. 1) ». Son approche relativement à la prévention du crime est celle du développement social, puisqu'elle s'intéresse d'abord aux facteurs de risque et de protection dans la vie des enfants et des jeunes⁴⁶⁻⁴⁸. Les approches de développement social supposent que « les familles et les écoles qui offrent aux jeunes des occasions de participer, qui font en sorte que les jeunes développent des compétences ou des aptitudes pour la participation, et qui encouragent constamment l'effort et une participation véritable, créent des liens solides entre les jeunes et ces unités sociales⁴⁹ (p. 26) ». Les évaluations à long terme indiquent que ces approches peuvent être liées à des résultats positifs pour la santé mentale, notamment un meilleur fonctionnement à l'école et au travail, une meilleure régulation des émotions, moins de symptômes de phobie sociale et moins de

pensées suicidaires⁴⁹. Les données indiquent que les participants à des programmes de développement social sont significativement moins susceptibles d'adopter un comportement criminel, d'avoir vendu des stupéfiants au cours de l'année précédente ou d'avoir un dossier judiciaire à l'âge adulte⁴⁹. Une autre étude a révélé que les femmes qui ont bénéficié de tels programmes au cours de leurs études primaires déclaraient également moins de symptômes de troubles d'anxiété généralisée que les hommes et les femmes des études de contrôle⁴⁹.

Efficacité des initiatives de prévention du crime et de promotion de la santé mentale

Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé souligne que la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale peuvent être associées à une amélioration de la santé globale, à des gains économiques, une productivité et une inclusion sociale accrues, à une diminution des coûts du système de bien-être social et de santé et à une réduction des risques de troubles mentaux⁵⁰. En outre, la recherche indique que bon nombre des facteurs qui protègent contre l'activité criminelle⁵¹ offrent également une protection contre les problèmes de santé mentale³. Selon la documentation mentionnée dans le présent rapport, ces facteurs comprennent des réseaux de pairs prosociaux, des parents aimants qui manifestent leur soutien, un climat positif à l'école et un attachement à la collectivité¹⁰.

Divers programmes au Canada et à l'étranger ont ciblé des facteurs de ce type dans le but de prévenir la délinquance par la promotion de la santé mentale. Bien que peu d'évaluations des résultats à long terme pour la santé soient

disponibles, le tableau 3 présente quelques programmes canadiens et étrangers qui visent à favoriser une bonne santé mentale dans le but de prévenir la délinquance et l'activité criminelle. Certains programmes portent sur des caractéristiques individuelles, tandis que d'autres visent la famille et l'école. Une grande partie de ces programmes privilégie une intervention précoce et concernent donc avant tout les enfants et les jeunes. Pour nombre d'évaluations, les résultats pour la santé se manifestaient plutôt à court terme qu'à long terme. Les données semblent indiquer qu'il existe un lien entre divers programmes d'acquisition de compétences en milieu familial ou scolaire et l'amélioration des résultats pour la santé mentale ainsi que la réduction de la délinquance chez les enfants et les jeunes. Par exemple :

- Deux programmes ont établi un lien entre l'apprentissage de la maîtrise de soi par les enfants et la réduction des comportements agressifs de même que l'amélioration des comportements sociaux^{52, 53}.
- Une autre étude a dégagé un lien entre l'acquisition de compétences familiales durant la petite enfance et une plus grande auto-efficacité ainsi qu'une réduction de la délinquance juvénile plus tard dans l'enfance⁵⁴.
- À l'échelle de l'école, une étude a montré des améliorations du fonctionnement à l'école et au travail ainsi que des réductions de la participation à des activités criminelles et des problèmes de santé mentale chez les jeunes ayant bénéficié d'une intervention en milieu scolaire⁴⁹.
- Une autre étude a montré une diminution de la délinquance à court terme⁵⁵, mais aucune différence à long terme n'a été constatée relativement à la probabilité d'avoir un casier judiciaire⁵⁶.

Tableau 3

Exemples d'initiatives visant à favoriser une bonne santé mentale dans le but de prévenir la délinquance et l'activité criminelle

Programme	Groupe cible	Description	Résultats à court ou à long terme
Projet d'intervention précoce⁵² (Ottawa, Ontario)	Enfants de 6 à 12 ans vivant dans des quartiers à risque de délinquance (par exemple, ménages à faible revenu et régions éloignées).	Allie l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle (par exemple, maîtrise de la colère et résolution de problèmes) à des programmes de sports et de loisirs, un club de travail scolaire à la maison et de l'aide psychosociale.	Moins d'anxiété, de timidité et de retrait social; meilleur rendement scolaire; moins de comportements agressifs et de passages à l'acte.
Projet de sensibilisation SNAP des moins de 12 ans, Banyan Community Service⁵³ (Hamilton, Ontario)	Garçons de 6 à 12 ans ayant déjà commis des infractions et présentant un risque élevé de récidive.	Apprentissage de la maîtrise de soi pour les garçons et techniques de gestion du comportement de l'enfant pour les parents.	Les parents ont signalé des réductions importantes des comportements criminels et une amélioration des compétences sociales.
Syracuse Family Development Research Project⁵⁴ (Syracuse, New York)	108 familles défavorisées.	Les familles ont reçu des services de garderie et de formation parentale personnalisés ainsi que des visites de soutien à domicile.	Un suivi sur 10 ans a révélé que les enfants montraient des autoévaluations plus positives, une plus grande autoefficacité ainsi qu'une réduction de la délinquance juvénile. Les parents étaient plus portés à encourager leurs enfants. Moins d'enfants du groupe d'intervention ont eu à subir une période de probation (6 % contre 22 %). Les frais judiciaires ont été moins élevés pour le groupe d'intervention (12 111 \$ contre 107 192 \$).
Strong Families, Strong Children⁵⁷ (Moncton, Nouveau-Brunswick)	Familles ayant des enfants de 5 à 12 ans présentant des facteurs de risque liés au crime et à la victimisation.	Soutien à domicile, programme de soins familiaux, groupe de soutien aux parents, apprentissage des compétences sociales, soins de relève et programmes sociaux.	Amélioration des capacités d'adaptation des parents, des relations familiales, du développement personnel des enfants et de la capacité à faire face aux questions parentales. Les enfants manifestaient moins de colère, d'inattention, d'anxiété, d'impulsivité et d'agressivité, plus de bonheur et une amélioration du fonctionnement quotidien.
Seattle Social Development Project⁴⁹ (Seattle, Washington)	Enfants provenant de 18 écoles primaires de différents quartiers (dont des quartiers à forte criminalité).	Formation des enseignants en gestion de classe, développement des compétences sociales et émotionnelles des enfants et entraînement aux habiletés parentales.	Un suivi sur neuf ans a révélé que les élèves du groupe d'intervention montraient un meilleur fonctionnement à l'école ou au travail, une meilleure régulation de leurs émotions, une diminution de la participation à des activités criminelles, moins de symptômes de phobie sociale et moins de pensées suicidaires.
Étude expérimentale de type longitudinal effectuée à Montréal^{55, 56} (Montréal, Québec)	Garçons provenant de familles à faible statut socioéconomique.	Apprentissage des compétences sociales pour les enfants, entraînement aux habiletés parentales et soutien et information aux enseignants.	Un suivi sur quatre ans a révélé que les garçons du groupe d'intervention démontraient moins d'agressivité à l'école, avaient moins de difficultés d'adaptation à l'école et commettaient moins de délits. Après 15 ans, il n'y avait pas de différence entre les garçons du groupe d'intervention et ceux des groupes de contrôle quant à la probabilité d'avoir un casier judiciaire.
Programme de prévention de l'intimidation⁵⁸ (Bergen, Norvège)	2 500 élèves d'écoles primaires et secondaires (premier cycle).	Contre la dynamique intimidateur-victime en exposant les enfants à des messages cohérents de différentes personnes dans divers contextes.	Diminution de l'intimidation, du nombre de victimes d'intimidation et de bagarres, du vandalisme, des vols et de l'absentéisme. Relations sociales et attitudes envers l'école plus positives.

Conclusions de la première section

Dans la première section du rapport, nous avons tenté de déterminer les facteurs liés à la santé mentale, à l'échelle individuelle, familiale, de l'école (les pairs) ou de la collectivité et qui sont associés à des activités délinquantes ou criminelles. Les analyses des politiques et des programmes en place indiquent qu'il existe dans tout le Canada de nombreuses initiatives qui s'intéressent soit à la prévention du crime soit aux facteurs de risque liés à la santé mentale, ou encore des initiatives en santé mentale qui comportent un élément lié à la prévention du crime. Bien que les données indiquent que bon nombre des facteurs qui protègent contre la délinquance sont également associés à une bonne santé mentale, il n'y a pas suffisamment de programmes dont les résultats à long terme pour la santé ont été évalués.

En raison de l'importance accordée au dépistage précoce des facteurs de risque et de protection liés à la délinquance, beaucoup d'études se sont intéressées aux enfants et aux jeunes. La recherche montre que certains facteurs augmentent le risque de délinquance chez les jeunes, tandis que d'autres semblent les protéger contre un tel comportement. Par exemple :

- À l'échelle individuelle, les facteurs de risque de délinquance incluent une faible estime de soi et l'hyperactivité. Les facteurs de protection contre la délinquance incluent la satisfaction de vivre, l'optimisme, une capacité émotionnelle, une bonne motivation et la capacité de gérer le stress.
- À l'échelle de la famille et de l'école (ou des pairs), les facteurs de risque comprennent des pratiques parentales et une influence des pairs négatives, une interaction parent-enfant insuffisante, un manque de participation à l'école, un faible rendement scolaire et l'intimidation. Les facteurs de protection comprennent des pratiques parentales enrichissantes et un milieu scolaire auquel le jeune se sent appartenir.
- À l'échelle de la collectivité, les facteurs de risque incluent une forte migration des résidents du quartier, des taux élevés de crimes violents et des sentiments de désespoir. Les facteurs de protection comprennent l'impression d'avoir des liens positifs avec la société.

Ces résultats figuraient également dans les analyses des données de l'ELNEJ effectuées par l'ISPC et visant à examiner les écarts entre les comportements délinquants autodéclarés pour une série de déterminants de la santé mentale et de l'activité criminelle (tableau 4). Diverses variables liées à l'individu, à la famille, aux pairs, à l'école et à la collectivité ont été réparties en deux catégories, l'une représentant un seuil de risque et l'autre, un seuil de protection. Les deux catégories ont ensuite été reliées à un résultat d'agressivité.

- Un peu plus de la moitié (56 %) des 3 768 jeunes répondants n'ont déclaré aucune agressivité. Comparativement à ces jeunes, ceux bénéficiant de facteurs de protection déterminés étaient plus nombreux à ne déclarer aucune agressivité. Les facteurs de protection représentaient généralement un comportement positif, par exemple la capacité émotionnelle, la gestion du stress, la nurturance parentale, l'appréciation de l'école et la facilité d'adaptation. Les cinq premiers facteurs de protection contre un comportement agressif étaient ceux pour lesquels le nombre de jeunes ne déclarant aucune agressivité était le plus élevé globalement tout en étant significativement plus élevé que le niveau opposé du facteur.
- En revanche, 10 % des jeunes répondants ont déclaré être souvent agressifs. Les jeunes présentant des facteurs de risque déterminés étaient plus susceptibles de se dire souvent agressifs comparativement à ces jeunes. Les cinq premiers facteurs de risque de comportement agressif indiquent la présence d'un comportement négatif, par opposition à l'absence d'un facteur de protection, et incluaient l'agressivité indirecte, l'hyperactivité, le rejet parental, des parents punitifs et l'anxiété.
- La présence ou l'absence d'un trouble d'apprentissage n'était pas un lien de protection ou de risque relativement au comportement agressif. De même, le fait d'avoir deux parents n'était pas un facteur de protection significatif, pas plus que le fait d'avoir un seul parent n'était un facteur de risque significatif.
- Le tableau 4 met en évidence l'importance à la fois de promouvoir les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque pour faire face à l'agressivité chez les jeunes.

Tableau 4

Facteurs de risque et de protection liés aux niveaux précisés de comportement délinquant autodéclarés chez les jeunes de 12 à 15 ans, 2004-2005

Aucune agressivité : 56 % de tous les jeunes (IC de 53 % à 59 %)		Souvent agressif : 10 % de tous les jeunes (IC de 8 % à 12 %)	
Facteurs de protection	Pourcentage n'ayant déclaré aucune agressivité	Facteurs de risque	Pourcentage ayant déclaré être souvent agressifs
Grande capacité émotionnelle	75 %	Degré d'agressivité indirecte moyen à élevé	31 %
Grandes capacités de gestion du stress	73 %	Degré d'hyperactivité élevé	27 %
Degré de nurturance parentale élevé	66 %	Degré de rejet parental élevé	26 %
Estime pour l'école	65 %	Degré d'anxiété moyen à élevé	25 %
Capacités d'adaptation élevées	65 %	Degré de pratiques parentales punitives élevé	21 %
Grande motivation personnelle	63 %	Influences négatives des pairs	17 %
Degré de supervision parentale élevé	62 %	Faible participation à l'école	16 %
Peu d'influences négatives des pairs	61 %	Liens faibles avec les amis	16 %
Degré de pratiques parentales punitives moyen à faible	61 %	Estime de soi moyenne à faible	15 %
Degré de rejet parental moyen à faible	61 %	Manque de motivation	15 %
Haute estime de soi	61 %	Degré de nurturance parentale faible	15 %
Degré d'anxiété faible	61 %	Peu d'estime pour l'école	14 %
Très bons rapports avec les amis	61 %	Faible capacité émotionnelle	13 %
Bonne participation à l'école	60 %	Faibles capacités de gestion du stress	13 %
Degré d'agressivité indirecte faible	60 %	Absence de bénévolat	12 %
Degré d'hyperactivité moyen à faible	60 %	Faible supervision parentale	12 %
Absence de sentiments de marginalisation	59 %	Faibles capacités d'adaptation	11 %
Aucun trouble d'apprentissage	n. s.	Trouble d'apprentissage	n. s.
Deux parents	n. s.	Un parent	n. s.
Activités de bénévolat	n. s.	Sentiments de marginalisation	n. s.

Remarques :

Facteur de protection : Un pourcentage significativement plus élevé n'ont déclaré aucune agressivité par rapport au niveau opposé du facteur ($p < 0,05$).

Facteur de risque : Un pourcentage significativement plus élevé ont déclaré être souvent agressifs par rapport au niveau opposé du facteur ($p < 0,05$).

n. s. : Écart non significatif par rapport au niveau opposé du facteur pour le comportement agressif précisé.

IC : Intervalle de confiance

Source :

Analyse par l'ISPC de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 6, 2004-2005), Statistique Canada.

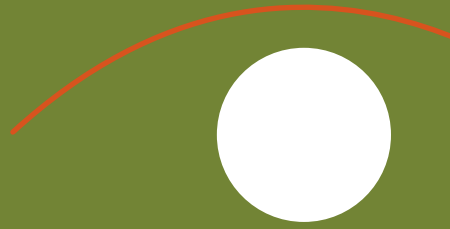
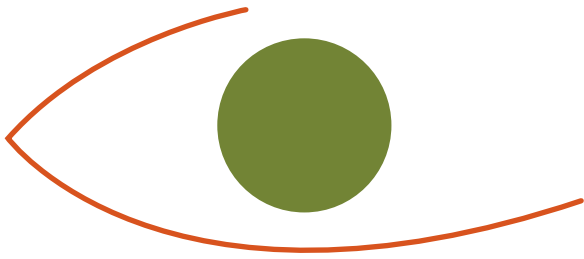
Principaux messages et lacunes de l'information de la première section

Que savons-nous?

- Les déterminants sociaux individuels et généraux de la santé mentale et de l'adoption d'un comportement criminel sont nombreux et reliés entre eux. De nombreuses analyses sont fondées sur des données de corrélation, ce qui restreint la portée des conclusions qui pourraient être tirées à propos de la causalité.
- Les études dans le domaine du développement de la petite enfance montrent l'efficacité de certaines interventions durant l'enfance pour réduire les comportements criminels ultérieurs.
- De nombreuses études ont considéré les facteurs liés à la santé mentale comme des facteurs de risque de délinquance, mais peu se sont penchés sur les résultats pour la santé mentale des personnes qui commettent des actes criminels.
- Les nouvelles analyses de l'ISPC montrent que le comportement délinquant est plus fréquent chez les jeunes qui déclarent un degré élevé de rejet parental, d'agressivité indirecte, d'anxiété et d'hyperactivité. Les taux de jeunes n'ayant jamais eu de comportement délinquant (agressivité et délinquance contre les biens) étaient les plus élevés chez les jeunes qui déclaraient un fort degré de nurturance parentale, de gestion du stress et de capacité émotionnelle.
- L'analyse des politiques et des programmes en place dans le milieu montre qu'il existe de nombreux programmes axés sur la prévention du crime; toutefois, peu ont été évalués, surtout sur le plan des résultats pour la santé mentale.

Que nous reste-t-il à découvrir?

- Au fil du temps, quels changements relatifs aux facteurs liés à la santé mentale sont-ils associés à l'augmentation ou à la diminution de la délinquance chez les jeunes?
- Quels facteurs liés à la santé mentale sont-ils associés à un comportement criminel chez les adultes? Et qu'en est-il chez des sous-groupes de population précis, par exemple les Autochtones?
- Les pratiques parentales punitives forment-elles des enfants plus agressifs ou est-ce le comportement agressif des enfants qui entraîne des tendances plus punitives de la part des parents?
- Quelles sont les répercussions à long terme sur la santé mentale des politiques et des programmes existants qui comportent des éléments à la fois de prévention du crime et de promotion de la santé mentale?



2



2

La maladie mentale et le système de justice pénale

La plupart des personnes atteintes d'une maladie mentale ou ayant des problèmes de santé mentale ne commettent pas de crimes. Cependant, des données de diverses sources indiquent que la prévalence de la maladie mentale est plus élevée en milieu carcéral que dans l'ensemble de la population. Par conséquent, la deuxième section du présent rapport, divisée en trois parties, s'intéresse aux personnes qui ont ou ont déjà eu des démêlés avec le système de justice pénale et qui sont atteintes d'une maladie mentale.

- La première partie de la section se penche sur certaines des caractéristiques qui distinguent les patients admis à un lit de santé mentale en Ontario qui ont un lien avec le système de justice pénale de ceux qui n'en ont pas.
- La deuxième partie s'intéresse aux personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont commis un crime et qui ont été orientées ailleurs que vers le système judiciaire.
- La section se conclut par un coup d'œil sur les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont commis un crime et qui ont été admises dans un établissement correctionnel. Elle se penche sur la prévalence de la maladie mentale chez les adultes, les jeunes et les Autochtones en milieu carcéral. Elle présente en outre de l'information sur la prévalence des comportements suicidaires dans les populations carcérales et sur les programmes offerts aux délinquants en établissement et au moment de leur libération.

Le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) de l'ICIS

Cette base de données recueille et analyse les renseignements au sujet des clients admis à un lit de santé mentale dans 70 hôpitaux généraux et établissements psychiatriques spécialisés de l'Ontario. Le SIOSM incorpore l'instrument d'évaluation des pensionnaires en santé mentale (RAI-MH[®]) et recueille des données administratives et démographiques, ainsi que

des renseignements sur le niveau fonctionnel, la santé mentale et physique, le soutien social et l'utilisation des services. L'information est recueillie à l'admission, à la sortie, lorsqu'un changement marqué se produit dans l'état du patient et tous les trois mois dans le cas des patients de longue durée.

Caractéristiques des adultes atteints d'une maladie mentale et ayant eu des démêlés avec le système de justice pénale

La recherche montre que, comparativement à l'ensemble de la population, les personnes qui ont des démêlés avec le système de justice pénale sont plus susceptibles de souffrir d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie. Les études indiquent également un chevauchement des personnes atteintes d'une maladie mentale et qui ont eu affaire à la fois au système judiciaire et à des établissements de santé mentale. Afin de mieux comprendre ces liens, l'ISPC a étudié les caractéristiques de deux groupes de patients admis à un lit de santé mentale à l'aide des données du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) de l'ICIS :

- Les admissions en psychiatrie légale : les patients dont le dossier mentionne qu'ils ont été hospitalisés parce qu'ils ont été impliqués dans une activité criminelle ou accusés d'une telle activité³⁹.
- Les patients ayant des antécédents criminels : les patients ayant déclaré (ou dont on a rapporté) qu'ils ont eu des démêlés avec la police pour avoir participé à une activité criminelle avec ou sans violence (à l'exclusion d'un procès civil)³⁹.

Sur 30 606 patients distincts admis à un lit de santé mentale du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, 9 % ont été admis en psychiatrie légale et 28 % des patients admis avaient des antécédents criminels déclarés. Ces catégories ne s'excluent pas mutuellement : certains patients bénéficiant de services de psychiatrie légale (17 %) n'avaient pas d'antécédents criminels déclarés.

Plusieurs caractéristiques sociodémographiques distinguent les patients admis en psychiatrie légale des autres patients. Le tableau 5 montre que les patients bénéficiant de services de psychiatrie légale tendent à être plus jeunes et qu'un pourcentage élevé sont des hommes, ne se sont jamais mariés et ont un niveau de scolarité moins élevé et un logement moins stable. Quarante-cinq pour cent des patients bénéficiant de services de psychiatrie légale avaient effectué un premier séjour dans un hôpital psychiatrique avant d'avoir eu 25 ans, comparativement à 34 % des autres patients. Les deux groupes étaient également différenciés par leur revenu. Les principales sources de revenu des patients en psychiatrie légale étaient l'aide aux personnes handicapées (22 %) et l'aide sociale (21 %). Dans le cas des patients ne bénéficiant pas de services de psychiatrie légale, les prestations de retraite (29 %) et l'emploi (25 %) étaient les principales sources de revenu. Bien qu'elles ne soient pas présentées ici, les caractéristiques sociodémographiques des patients en psychiatrie légale étaient semblables à celles du groupe plus vaste des patients ayant des antécédents criminels déclarés.

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques des patients admis à un lit de santé mentale selon qu'ils bénéficient ou non de services de psychiatrie légale, 2006-2007

	Admis en psychiatrie légale	Non admis en psychiatrie légale
Âge moyen	40 ans	45 ans
Hommes	77 %	48 %
Jamais mariés	70 %	46 %
Niveau de scolarité secondaire ou inférieur	67 %	54 %
Avaient une résidence temporaire avant l'admission	32 %	24 %
Sans domicile fixe avant l'admission	7 %	3 %
Se disent Inuits, Métis ou d'ascendance indienne de l'Amérique du Nord	6 %	3 %

En outre, les autres facteurs pris en compte, chacun des facteurs sociodémographiques a été lié de façon indépendante à la probabilité qu'un patient ait été inscrit comme bénéficiant de services de psychiatrie légale. Les patients plus jeunes, de sexe masculin, célibataires ou se déclarant Inuits, Métis ou d'ascendance indienne de l'Amérique du Nord étaient significativement plus susceptibles de bénéficier de services de psychiatrie légale. Les patients ayant un niveau de scolarité plus élevé, dont le logement précédent était stable ou qui déclaraient un emploi ou des prestations de retraite comme sources de revenu étaient moins susceptibles de bénéficier de services de psychiatrie légale. De tous les facteurs, le sexe était le plus fortement lié à la probabilité d'être admis en psychiatrie légale, les hommes étant plus de trois fois plus susceptibles de bénéficier de services de psychiatrie légale que les femmes (RC de 3,01ⁱⁱⁱ, IC de 2,7 à 3,3).

Diagnostiques les plus courants chez les patients admis à un lit de santé mentale

Le diagnostic le plus courant n'était pas le même selon que les patients étaient admis en psychiatrie légale ou non. Dans le cas des patients qui n'étaient pas admis en psychiatrie légale, les troubles de l'humeur

représentaient le diagnostic le plus courant (53 %), suivis de la schizophrénie (33 %). Dans le cas des admissions en psychiatrie légale, la schizophrénie était le diagnostic le plus fréquent (54 %), suivie des troubles de toxicomanie (38 %) (tableau 6). La toxicomanie était un trouble concomitant de la schizophrénie dans le cas de 17 % des patients admis en psychiatrie légale, comparativement à 5 % pour les patients qui n'étaient pas admis en psychiatrie légale.

Des différences liées au diagnostic ont également été observées chez les patients ayant des antécédents criminels. Les patients qui déclaraient un trouble de toxicomanie concomitant étaient au delà de deux fois plus susceptibles de déclarer des antécédents criminels que ceux qui n'avaient pas ce trouble concomitant (RC de 2,65, IC de 2,50 à 2,81). Compte tenu du niveau de scolarité, du revenu, de l'âge et du sexe, les patients ayant reçu un diagnostic de toxicomanie étaient au delà de deux fois plus susceptibles d'avoir des antécédents criminels (RC de 2,33, IC de 2,20 à 2,47) que ceux qui n'avaient pas de trouble de toxicomanie. Les patients atteints de schizophrénie étaient près de une fois et demie plus susceptibles d'avoir des antécédents criminels, compte tenu du revenu, du niveau de scolarité, de l'âge et du sexe (RC de 1,40, IC de 1,33 à 1,48).

iii « RC » signifie rapport de cotes.

Tableau 6

Diagnostiques de schizophrénie et de troubles liés à la consommation de stupéfiants chez les patients admis à un lit de santé mentale selon qu'ils bénéficient de services de psychiatrie légale ou non, 2006-2007

	Non admis en psychiatrie légale n = 27 735		Admis en psychiatrie légale n = 2 871		Total n = 30 606	
	Nombre		Nombre		Nombre	
Schizophrénie	9 133	33 %	1 550	54 %	10 683	35 %
Toxicomanie	6 876	25 %	1 104	38 %	7 980	26 %
Les deux	1 278	5 %	481	17 %	1 759	6 %

Source :

Analyse par l'ISPC du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), ICIS, 2006-2007.

Facteurs de risque chez les patients ayant des antécédents criminels admis à un lit de santé mentale

Les données montrent que, comparativement aux patients sans antécédents criminels, les patients ayant des antécédents criminels admis à un lit de santé mentale ont déclaré significativement plus de facteurs de risque avant l'admission et à la sortie.

À l'admission, les patients ayant des antécédents criminels déclaraient des antécédents plus marqués de maladie mentale et d'utilisation des services, de même que des taux élevés de toxicomanie, de victimisation, d'événements stressants de la vie et de relations instables.

- Utilisation des services : Soixante-neuf pour cent n'en étaient pas à leur première admission et plus du quart des patients déclaraient au moins six admissions antérieures en santé mentale.
- Toxicomanie : Les taux de toxicomanie déclarés étaient près de deux fois plus élevés chez les patients ayant des antécédents criminels lors de l'évaluation initiale.
- Victimes de crime : Les patients ayant des antécédents criminels déclaraient un taux de victimisation significativement plus élevé (38 % par rapport à 26 % pour ceux n'ayant pas d'antécédents criminels).
- Événements de la vie : Les patients ayant des antécédents criminels étaient plus susceptibles d'avoir échoué ou abandonné

un programme éducatif (41 % contre 25 % pour ceux n'ayant pas d'antécédents criminels) et d'avoir subi une blessure grave ou de souffrir d'une incapacité physique (28 % contre 22 %).

- Relations instables : Dans le cas de 44 % des patients ayant des antécédents criminels, le patient, sa famille ou ses amis ont indiqué que la relation entre le patient et sa famille immédiate était dysfonctionnelle (contre 34 % pour ceux n'ayant pas d'antécédents criminels). De plus, 19 % ont déclaré éprouver de l'hostilité envers leur famille, comparativement à 12 % des patients sans antécédents criminels.

À la sortie, les patients ayant des antécédents criminels présentaient aussi un risque plus élevé relativement au manque de soutien social et à une faible observance de la médication (tableau 7).

- Au cours du mois précédant leur admission, les patients ayant des antécédents criminels ont déclaré avoir plus de problèmes à respecter leur médication. Près du tiers des patients (31 %) ont déclaré une faible observance (moins de 80 %) comparativement à un cinquième des patients sans antécédents criminels.
- Comparativement à 6 % des patients sans antécédents criminels, 11 % de ceux ayant des antécédents criminels ne s'attendaient pas à ce qu'une surveillance soit prévue pour leur sécurité personnelle au moment de la sortie.

Tableau 7
 Comparaison des risques relatifs à la planification du congé des patients admis à un lit de santé mentale avec et sans antécédents criminels, 2006-2007

	Antécédents criminels	Sans antécédents criminels
Observance de la médication		
Ont déclaré <u>avoir toujours observé</u> leur médication pendant le mois précédant l'admission	30 %	43 %
Ont déclaré avoir observé leur médication <u>moins de 80 % du temps</u> pendant le mois précédant l'admission	31 %	21 %
Ont intentionnellement fait un mauvais usage de leur médication au cours des trois derniers mois	17 %	13 %
Soutien social		
Le patient ne peut compter sur aucun soutien qui se montre favorable à son congé	23 %	18 %
Absence de famille ou d'amis qui pourraient offrir un soutien en cas de crise à la sortie	10 %	6 %
Absence de famille ou d'amis qui pourraient assurer la surveillance nécessaire à leur sécurité personnelle	11 %	6 %
Premier type de logement prévu à la sortie		
Logement privé	66 %	77 %
Pension avec services, logement avec assistance, foyer de groupe	11 %	6 %
Sans domicile fixe	4 %	1 %
Chambre louée	4 %	3 %
Établissement correctionnel	3 %	< 1 %
Inconnu	3 %	2 %

Remarque :

Toutes les comparaisons sont significativement différentes entre les groupes, $p < 0,05$.

Source :

Analyse par l'ISPC du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), ICIS, 2006-2007.

- Pour les deux groupes, les deux types de conditions de logement auxquels on s'attendait le plus étaient le logement privé et le logement avec assistance. Toutefois, les conditions de logement auxquelles on s'attendait le plus dans le groupe ayant des antécédents criminels étaient ensuite : être sans domicile fixe, louer une chambre, aller en établissement correctionnel ou inconnu. Sur les 26 000 patients ayant indiqué le type de logement attendu à la sortie, plus de 500 s'attendaient à être sans domicile fixe et quelque 200 s'attendaient à entrer en établissement correctionnel.

Le SIOSM recueille des données sur une population diversifiée. Celle-ci comprend des personnes n'ayant jamais eu de démêlés avec

le système de justice pénale, d'autres ayant des antécédents criminels et d'autres encore qui ont actuellement des démêlés avec le système judiciaire. Ce dernier groupe comprend des personnes qui pourraient avoir eu affaire aux services de police, aux services médicaux d'urgence ou à d'autres services du genre après avoir manifesté des symptômes ou un comportement liés à leur maladie mentale. Dans ce contexte, ces personnes peuvent avoir été orientées en dehors du système de justice pénale et portées à l'attention du personnel œuvrant en santé mentale. La section suivante étudie plus en profondeur les diverses façons d'orienter en dehors du système judiciaire les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Orienter en dehors du système de justice pénale les personnes atteintes d'une maladie mentale

Depuis les années 1960, les services psychiatriques ont connu toutes sortes de réorganisations au Canada. Ces réorganisations ont eu pour conséquence que les établissements de santé mentale ont retourné de nombreuses personnes souffrant de maladie mentale dans la collectivité⁶⁰. On ne s'entend pas au sujet du lien entre ce processus et l'implication possible dans le système de justice pénale⁶¹. Le Code criminel du Canada prévoit le recours à d'autres mesures que l'incarcération, dont le traitement, dans les cas des personnes atteintes de maladie mentale⁶¹. La déjudiciarisation en santé mentale est l'une de ces mesures⁶¹.

À l'aide de traitements dans la collectivité appropriés et de ressources de soutien, les politiques de déjudiciarisation tentent d'intervenir aux divers points où les personnes atteintes d'une maladie mentale risquent d'entrer en contact avec le système de justice pénale⁶². Globalement, il y a trois catégories de programmes de déjudiciarisation en santé mentale au Canada :

- les programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation;
- les programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation;
- les tribunaux de la santé mentale^{61, iv}.

iv Les tribunaux de traitement de la toxicomanie représentent une autre mesure de déjudiciarisation ayant été mise en œuvre dans plusieurs villes dont Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto et Ottawa. Ces programmes n'entrent pas dans le cadre du présent rapport.

Programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation

Ces programmes permettent aux policiers d'évaluer une situation et de décider si des accusations seront portées dans le cas d'infractions mineures impliquant des personnes qu'ils croient atteintes d'une maladie mentale⁶¹. Ils visent à orienter les personnes souffrant de maladie mentale directement vers les divers services communautaires en santé mentale au lieu de les arrêter et de porter des accusations contre elles^{62, 63}.

Les programmes de déjudiciarisation de ce type varient de la discrétion laissée aux policiers, plutôt informelle, aux équipes d'intervention en situation de crise constituées de policiers et de professionnels en santé mentale, comme Car 87 - Mental Health Car à Vancouver⁶⁴, la Police and Crisis Team (PACT) à Edmonton⁶⁵, la Crisis Outreach and Support Team (COAST) à Hamilton⁶⁶ et la Mental Health Mobile Crisis Team (MHMCT) à Halifax⁶⁷. Étant donné que ces programmes ont une durée limitée et sont souvent conçus pour faire face à des crises, les évaluations portent habituellement sur des données liées aux processus (par exemple, le nombre de bénéficiaires, les liens avec des services de longue durée, le nombre de visites en salle d'urgence et les accusations portées). On sait peu de choses à propos des retombées à long terme de ces programmes sur la santé.

Programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation

Les programmes de déjudiciarisation de cette catégorie interviennent après que des accusations ont été portées. Ils visent à orienter les contrevenants adultes non violents qui présentent un faible risque et qui ont un trouble mental vers des services de santé communautaire capables de les aider, au lieu de les diriger vers le système de justice pénale⁶⁸. Le processus de déjudiciarisation après la mise en accusation comporte habituellement la désignation d'un avocat, l'évaluation de l'état de santé mentale, la consultation des victimes et l'examen des accusations, qui peut ensuite mener à la décision de déjudiciariser et à l'orientation vers les services appropriés dans la collectivité⁶¹. Ce processus exige que la personne atteinte d'une maladie mentale accepte de suivre un traitement en santé mentale⁶¹.

La recherche sur les programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation en milieu rural et urbain en Ontario montre de faibles taux de récidive (2 % et 3 % dans les régions urbaines et rurales, respectivement) chez les personnes atteintes de maladie mentale qui participent de leur plein gré à des programmes de déjudiciarisation⁶⁹. L'évaluation formelle des participants orientés vers le Calgary Diversion Pilot Project de janvier 2002 à juin 2003 révèle une diminution des plaintes ayant entraîné le dépôt d'accusations, des frais dus aux comparutions, aux admissions et aux sorties, des jours d'hospitalisation et des visites aux services d'urgence⁶⁸. Une comparaison du total des coûts des services de police et des services de santé indique que, pendant les neuf mois suivant l'orientation vers un programme de déjudiciarisation, ces coûts étaient inférieurs de plus de 1 700 \$ par personne, en moyenne, comparativement aux neuf mois précédant l'orientation (compte tenu des coûts de prestation du programme)⁶⁸.

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA) est entrée en vigueur en avril 2003⁷⁰. L'un des objectifs de la LSJPA était d'éviter aux jeunes ayant commis des crimes mineurs sans violence d'avoir à faire face au système de justice pénale et au processus judiciaire en leur imposant les sanctions suivantes : réprimande, ordonnance de suivre un programme d'assistance et de surveillance intensives, ordonnance de participer à un programme, ordonnance de placement et de

surveillance dont l'application est différée et ordonnance de placement et de surveillance dans le cadre d'un programme intensif de réadaptation⁷¹. La loi contient des dispositions liées à la santé mentale qui protègent les jeunes contre la détention lorsqu'ils ont besoin de services de santé mentale. Par exemple, « la détention sous garde ne doit pas se substituer à des services de protection de la jeunesse ou de santé mentale, ou à d'autres mesures sociales plus appropriées⁷¹ (p. 4) ».

Tribunaux de la santé mentale

Les tribunaux de la santé mentale privilégient les mesures de réadaptation au lieu des sanctions juridiques et ils visent quatre objectifs principaux : la déjudiciarisation, l'accélération de l'évaluation de la capacité de l'accusé à subir un procès, le traitement du trouble mental de l'accusé ainsi que la réduction des récidives chez les personnes atteintes de maladie mentale⁶². Leur fonctionnement diffère selon les besoins et les ressources disponibles dans le contexte où ils ont été établis⁶².

Le premier tribunal de la santé mentale au Canada a vu le jour à Toronto en 1998 et il est encore le seul à fonctionner en permanence au pays. Il veille à accélérer l'évaluation et le traitement des personnes atteintes d'une maladie mentale qui ne sont pas aptes à subir un procès^{62,72}. Les tribunaux de la santé mentale aident également les personnes atteintes d'une maladie mentale lors des enquêtes sur cautionnement, des plaidoyers de culpabilité et des procédures qui accompagnent un plaidoyer de non-responsabilité pour cause de troubles mentaux⁶². Aucune évaluation en bonne et due forme du tribunal de la santé mentale de Toronto n'avait encore été menée au moment de la publication du présent rapport⁷².

D'autres villes, comme Sudbury en Ontario et Saint John au Nouveau-Brunswick, ont également des programmes de tribunaux de la santé mentale⁶². Le tribunal de la santé mentale de Saint John entend les personnes dont l'infraction est liée à leur maladie, qui acceptent de participer au programme, qui sont aptes à subir un procès et qui sont criminellement responsables de leur infraction⁷³. Une fois qu'ils sont acceptés dans le programme, les contrevenants doivent suivre un traitement personnalisé au terme duquel les accusations sont retirées ou une peine en milieu ouvert leur

est infligée⁷³. Le nombre de cas traités par le tribunal de la santé mentale de Saint John a connu une hausse constante depuis sa création en 2000⁷⁴. Les évaluations préliminaires ont donné lieu aux constats suivants :

- Soixante-seize pour cent des participants ont terminé le programme, ce qui a entraîné l'abandon des accusations ou leur a permis d'éviter l'incarcération. Par comparaison, toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont passées par le système judiciaire normal ont été reconnues coupables et 64 % ont été incarcérées⁷⁵.
- Comparativement aux personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont passées par le système judiciaire normal, les participants ont passé beaucoup plus de temps avec des professionnels et des services communautaires en santé mentale que s'ils avaient été en prison⁷⁵.

Les évaluations des résultats de ces programmes sont plutôt rares. Cependant, de nouvelles données indiquent que les programmes de déjudiciarisation n'augmentent pas le risque pour la sécurité publique et ont pour effet que les participants déjudiciarisés sont plus susceptibles de passer moins de temps en prison, de passer plus de temps dans la collectivité et de recevoir plus de traitements tels que des séances de consultation, des médicaments ou l'hospitalisation⁷⁶. Les analyses indiquent que le succès de la mise en œuvre des programmes de déjudiciarisation dépend notamment de l'identification précoce des clients⁶³, de la prestation de services intégrés grâce à une collaboration entre les divers ministères et agences, de l'identification précoce des clients, de rencontres régulières entre les fournisseurs clés^{61, 63, 77}, et de la participation des gestionnaires de cas de tous les secteurs^{61, 77}.

Systèmes de commissions d'examen au Canada

Lorsqu'elles ne sont pas orientées vers les programmes de déjudiciarisation mentionnés précédemment, les personnes qui sont accusées d'un acte criminel et qui sont atteintes d'une maladie mentale peuvent toujours être tenues criminellement responsables de leur infraction⁷⁸. Toutefois, une évaluation de l'état de santé mentale d'un individu peut être ordonnée⁶¹ et certains peuvent être déclarés non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux (NRCTM) ou inaptes à subir un procès⁷⁸. Ces personnes peuvent être orientées vers une commission d'examen provinciale ou territoriale, qui est en fait un tribunal présidé

par un représentant de la magistrature et comprenant au moins un psychiatre. L'objectif de la commission d'examen est de rendre une décision qui pourra à la fois protéger le public et traiter le trouble mental⁷⁸.

Une recherche portant sur sept provinces ou territoires canadiens^v montre que cette population est passée de moins de 500 en 1992 à près de 2 500 en 2004, compte tenu du nombre de personnes qui ont été libérées et admises⁷⁸. La schizophrénie (53 %), les troubles de toxicomanie (29 %) et les troubles affectifs (25 %) étaient les diagnostics les plus courants. Sur l'ensemble des cas admis en 1992-1993, les accusés déclarés NRCTM ou

Itinérance, maladie mentale et comportement criminel

Le rapport de l'ISPC intitulé *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*⁴ présente des recherches et des données sur les liens entre la santé mentale, la maladie mentale et l'itinérance. Les recherches mentionnées dans ce rapport montrent que plusieurs types de maladie mentale, de toxicomanie et de comportement suicidaire sont plus fréquents chez les itinérants que dans l'ensemble de la population. Le rapport ne traite toutefois pas des liens entre ces résultats, l'itinérance et la criminalité. Bien que le présent rapport ne vise pas à discuter en profondeur de cette base de documentation, la recherche indique qu'il existe divers liens. Par exemple :

- En Colombie-Britannique, 68 % des jeunes sous garde ont déclaré qu'ils avaient fugué ou avaient été forcés de quitter leur foyer dans l'année précédant la mise sous garde; 46 % ont déclaré avoir été itinérant au cours de l'année précédente²⁸.
- Une analyse documentaire a révélé que plus de la moitié des personnes accusées de méfaits étaient itinérantes ou vivaient dans un logement instable avant leur arrestation⁷⁹. Dans le même ordre d'idées, la recherche montre que les détenus sous responsabilité fédérale au Canada déclarent des taux de logement instable plus élevés que l'ensemble de la population⁸⁰.

- Aux États-Unis, une étude auprès de détenus à San Francisco a révélé que 16 % de l'ensemble des épisodes d'incarcération concernaient une personne itinérante; les détenus avaient reçu un diagnostic de trouble mental dans 18 % de ces épisodes⁸¹. Les détenus itinérants étaient plus susceptibles que les non itinérants de recevoir un diagnostic de trouble mental et de trouble de toxicomanie concomitants; ces derniers étaient également plus susceptibles de connaître de multiples épisodes d'incarcération que ceux sans trouble concomitant⁸¹.

En ce qui concerne la planification du congé, un rapport récent souligne qu'il « ... existe une relation bidirectionnelle entre l'itinérance et l'incarcération⁸² (p. 87) ». Les hommes itinérants sont plus à risque de se retrouver dans le système judiciaire en raison de la pauvreté, de la toxicomanie, des stratégies de survie économique et d'une surveillance plus étroite de la part des services policiers; en outre, « ... l'expérience carcérale même pourrait mettre les détenus à risque de devenir itinérant après leur libération⁸² (p. 87) ».

v L'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Nunavut et le Yukon.

inaptes à subir un procès étaient les plus susceptibles de passer de un à cinq ans dans le système de commissions d'examen (27 %); 23 % y sont restés pendant 10 ans ou plus. Les hommes, les Autochtones, les personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble affectif et celles ayant commis des infractions à caractère sexuel y sont restés le plus longtemps⁷⁸.

Maladie mentale chez les délinquants en établissement correctionnel

Les évaluations publiées des besoins en santé des détenus sous responsabilité fédérale au Canada ont relevé certaines différences entre les détenus et la population en général relativement aux caractéristiques sociodémographiques et à divers déterminants de la santé. Les détenus sont en moyenne plus jeunes, sont surtout des hommes et les Autochtones y sont surreprésentés⁸⁰. Ils se caractérisent également par de faibles taux de scolarité terminée, des niveaux de littératie peu élevés, de piètres antécédents professionnels, des difficultés financières, un logement instable, des liens ténus avec les ressources de soutien social et de lourds antécédents criminels⁸⁰.

La recherche établit un lien entre le milieu carcéral même et les résultats pour la santé mentale, puisque le premier se caractérise par des facteurs de stress, y compris, mais non exclusivement, le risque de violence élevé, la séparation des réseaux de soutien social, les préoccupations relatives à la sécurité personnelle et la discrimination fondée sur la race, la religion, l'orientation sexuelle ou le type de délit⁸⁰. Les données disponibles sur les détenus fédéraux indiquent que certains d'entre eux, hommes ou femmes, présentent des signes de détresse

ou de dépression lors de leur admission⁸⁰. De plus, des troubles mentaux déjà présents peuvent empirer en raison du stress et d'une capacité d'adaptation insuffisante⁸⁰. Il convient de noter, cependant, que la plupart des études portant sur les taux de prévalence sont de nature transversale. Il est donc difficile de déterminer si une maladie mentale donnée a pu être un précurseur de l'incarcération et si elle est apparue ou a empiré en raison de l'incarcération.

Prévalence de la maladie mentale chez les adultes en établissement correctionnel

Dans de nombreux cas, ce sont les symptômes et les comportements liés à la maladie mentale qui portent les individus à l'attention des policiers et du personnel médical. Par exemple, une analyse de la documentation canadienne et internationale a estimé qu'environ la moitié des contrevenants souffrant de psychoses étaient en proie à des idées délirantes au moment où ils ont commis un crime avec violence⁸³. Une étude réalisée en Nouvelle-Écosse a révélé que 85 % des contrevenants interrogés affirmaient que la drogue et l'alcool avaient joué un rôle dans les crimes qu'ils avaient commis⁸⁴.

La plupart des personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de santé mentale ne commettent pas de crimes; cependant, diverses sources indiquent une prévalence plus élevée de certains types de maladie mentale chez les adultes incarcérés par rapport à l'ensemble de la population (p. ex. psychose, dépression majeure, anxiété, toxicomanie)^{3, 8, 9}. Le tableau 8 donne un aperçu des taux de prévalence connus pour certains troubles mentaux au sein de diverses populations carcérales au Canada et dans la population adulte en général.

Tableau 8
Prévalence de la maladie mentale chez les adultes dans la population en général et en milieu carcéral

Trouble	Population adulte canadienne en général	Population carcérale adulte
Psychose	Moins de 1 % des adultes déclarent avoir reçu d'un professionnel un diagnostic de schizophrénie ⁸³	Une analyse de la documentation montre que les taux de schizophrénie varient de 1 à 8 % selon six études canadiennes. ⁹
Dépression majeure	Proportion qui satisfait aux critères de dépression majeure Au cours des 12 derniers mois : 7 % des femmes et 4 % des hommes (25 à 44 ans) ³ Au cours de leur vie : 17 % des femmes et 10 % des hommes (25 à 44 ans) ³	À Edmonton, 17 % et 14 % des hommes (18 à 44 ans) ont déclaré une dépression majeure pendant leur vie et au cours des six derniers mois, respectivement. ⁸ Un examen systématique de 31 études internationales (incluant le Canada) a révélé que 12 % des femmes et 10 % des hommes et avaient reçu un diagnostic de dépression majeure au cours des six derniers mois. ⁸⁵
Anxiété	Proportion qui satisfait aux critères d'un trouble anxieux parmi ceux sélectionnés Au cours des 12 derniers mois : 7 % des femmes et 4 % des hommes (25 à 44 ans) ³ Au cours de leur vie : 15 % des femmes et 11 % des hommes (25 à 44 ans) ³	Une étude réalisée à Edmonton a constaté que 16 % et 12 % des hommes (18 à 44 ans) ont déclaré la prévalence d'un trouble anxieux pendant leur vie et pendant six mois, respectivement. ⁸ À Abbotsford, en Colombie-Britannique, 17 % des hommes satisfaisaient le critère de un mois pour un trouble anxieux; 1 % ont déclaré un trouble anxieux pendant leur vie. ⁹
Personnalité antisociale	Estimée à 9 % chez les hommes dans la population générale (18 à 44 ans). ³	À Edmonton, 57 % des hommes (18 à 44 ans) déclaraient une personnalité antisociale. ⁸
Toxicomanie	Proportion qui satisfait aux critères de dépendance à l'alcool ou à des stupéfiants Au cours des 12 derniers mois : 2 % des femmes et 5 % des hommes (25 à 44 ans) ³	Dans une étude menée à Edmonton auprès d'un groupe d'hommes (18 à 44 ans) : • 51 % et 79 % ont déclaré une prévalence d'abus d'alcool pendant six mois et pendant leur vie, respectivement ⁸ • 24 % et 51 % ont déclaré une prévalence d'abus de stupéfiants pendant six mois et pendant leur vie, respectivement ⁸
Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	Selon les estimations, le SSPT touche 1 Canadien sur 10. ⁸⁶	À Abbotsford, en Colombie-Britannique, 4 % des hommes avaient reçu un diagnostic de SSPT. ⁹
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)	La prévalence de l'ETCAF est estimée à 0,5 à 2 sur 1 000 naissances aux États-Unis ⁸⁷ . Remarque : Les données pour le Canada n'étaient pas disponibles au moment de la publication du présent rapport.	Une étude des établissements correctionnels provinciaux et territoriaux au Canada a révélé que 13 cas d'ETCAF avaient été enregistrés chez 148 979 contrevenants (0,087 sur 1 000). ⁸⁸

Remarques :

* Les données relatives aux taux de troubles de psychose, de dépression, d'anxiété et de toxicomanie sont basées sur les réponses autodéclarées à l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être 2002 de Statistique Canada (ESCC, cycle 1.2).

Étant donné la variabilité des méthodes de collecte, des stratégies d'échantillonnage et des sources d'où les estimations ont été tirées (par exemple, les études uniques par rapport aux examens systématiques), toute comparaison et toute conclusion devrait être établie avec prudence.

L'ETCAF est une expression générale qui couvre plusieurs diagnostics médicaux tels que le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et les effets de l'alcoolisme fœtal (EAF). Selon les lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic, les facteurs de risque associés à l'exposition prénatale à l'alcool incluent l'âge avancé de la mère, le niveau d'éducation et un statut socioéconomique faibles, l'exposition prénatale aux stupéfiants et au tabac, l'accès réduit aux soins prénatals et postnatals de même que la mauvaise alimentation.⁸⁹

Prévalence de la maladie mentale chez les jeunes en établissement correctionnel

Les études qui se penchent sur la prévalence de la maladie mentale chez les jeunes en milieu carcéral font état de tendances semblables à celles qui sont observées chez les adultes incarcérés. Les études montrent que les taux de dépression, de troubles

anxieux, de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et de troubles liés à l'abus de substances psychoactives sont plus élevés chez les jeunes sous garde que chez les jeunes de l'ensemble de la population (tableau 9). D'autres troubles qui ne sont pas traités dans la présente section, mais qui, selon certaines études, sont prévalents chez les jeunes sous garde, comprennent les troubles de conduite, le syndrome de stress

Tableau 9
Prévalence de la maladie mentale chez les jeunes dans la population en général et en milieu carcéral

Trouble	Population de jeunes adultes canadiens	Jeunes incarcérés ou sous garde
Dépression	Proportion qui satisfait aux critères de dépression majeure* Au cours des 12 derniers mois : 5 % des hommes et 8 % des femmes (15 à 24 ans) ³ Au cours de leur vie : 7 % des hommes et 14 % des femmes (15 à 24 ans) ³	À Toronto, 31 % ont déclaré un diagnostic de dépression actuelle comparativement à 4 % des jeunes non incarcérés ²⁷ . En Colombie-Britannique, 19 % des jeunes incarcérés ont déclaré un diagnostic de dépression ²⁸ .
Anxiété	Proportion qui satisfait aux critères d'un trouble anxieux parmi ceux sélectionnés Au cours des 12 derniers mois : 4 % des hommes et 9 % des femmes (15 à 24 ans) ³ Au cours de leur vie : 10 % des hommes et 15 % des femmes (15 à 24 ans) ³	Dans l'État du Maine, aux États-Unis, 5 % des hommes et 9 % des femmes excédaient les critères de diagnostic d'attaque de panique au cours des 12 derniers mois ⁹⁰ .
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	Selon les estimations, de 5 à 10 % des enfants canadiens ont un TDAH ⁹¹ .	À Toronto, 27 % des jeunes incarcérés ont déclaré un TDAH comparativement à 2 % des jeunes non incarcérés ²⁷ . En Colombie-Britannique, 33 % des jeunes sous garde ont déclaré avoir reçu un diagnostic de TDAH ²⁸ .
Toxicomanie	4 % des hommes et 2 % des femmes (15 à 24 ans) ont satisfait les critères de dépendance à des stupéfiants au cours des 12 derniers mois ³ . 10 % des hommes et 4 % des femmes (15 à 24 ans) ont satisfait les critères de dépendance à l'alcool au cours des 12 derniers mois ³ .	En Colombie-Britannique, 22 % des jeunes incarcérés ont déclaré avoir reçu un diagnostic de dépendance au cours de leur vie ²⁸ . À Toronto, 39 % des jeunes incarcérés ont satisfait aux critères de dépendance à l'alcool ²⁷ .
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)	Les données concernant les jeunes Canadiens n'étaient pas disponibles au moment de la publication du présent rapport.	En Colombie-Britannique, 12 % des jeunes sous garde ont déclaré un diagnostic de SAF ²⁸ .

Remarques :

* Les données relatives aux taux de troubles de dépression, d'anxiété et de toxicomanie sont basées sur les réponses à l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être 2002 de Statistique Canada (ESCC, cycle 1.2). Étant donné la variabilité des méthodes de collecte, des stratégies d'échantillonnage et des sources d'où les estimations ont été tirées (par exemple, les études uniques par rapport aux examens systématiques), toute comparaison et toute conclusion devrait être établie avec prudence.

post-traumatique (SSPT) et la schizophrénie. Par exemple, une étude torontoise a montré que 31 % des jeunes incarcérés avaient un trouble de conduite et que 25 % présentaient un SSPT; par comparaison, 4 % des jeunes d'un échantillon de la population déclaraient un trouble de conduite et aucun ne déclarait de SSPT²⁷. En Colombie-Britannique, 6 % des jeunes sous garde déclaraient avoir reçu un diagnostic de schizophrénie²⁸; les données sur la prévalence des troubles psychotiques chez les jeunes de l'ensemble de la population n'étaient pas disponibles au moment de la publication du présent rapport.

Maladie mentale chez les Autochtones en établissement correctionnel

Les Autochtones sont surreprésentés dans le système carcéral canadien^{80, 92}. Les données de 2002 indiquent que 17 % des détenus et 26 % des détenues étaient des Autochtones⁸⁰. En 2006 les Autochtones ne constituent que 4 % environ de la population adulte du Canada⁹³. Des observations semblables ont été faites relativement aux jeunes Autochtones. Par exemple, en 2004, 47 % des jeunes incarcérés en Colombie-Britannique et 8 % des jeunes de l'ensemble de la population de cette province se disaient Autochtones, respectivement²⁸.

Les taux de prévalence des maladies mentales dans les populations carcérales autochtones au Canada sont difficiles à établir. Une étude canadienne a rapporté que

92 % des contrevenants autochtones sous responsabilité fédérale avaient besoin d'aide en raison d'un problème de toxicomanie; 96 % ont déclaré un problème personnel ou émotionnel qui nécessitait une intervention⁹². Les données de l'Enquête sur les délinquants autochtones de 1995 ont révélé que de nombreux détenus autochtones sous responsabilité fédérale avaient subi de mauvais traitements durant l'enfance (agressions physiques, 45 %, agressions sexuelles, 21 %), avaient vécu dans une extrême pauvreté (35 %), avaient souffert de l'absence parentale (41 %), avaient abusé de substances psychoactives (60 %) ou de l'alcool (58 %) et avaient eu des problèmes de comportement pendant leur enfance (57 %)⁹⁴.

Tout comme l'ont fait des profils des détenus autochtones déjà publiés⁹², une évaluation récente des besoins en santé des détenus sous responsabilité fédérale au Canada a souligné les différences entre les délinquants autochtones et non autochtones sur le plan des caractéristiques sociodémographiques et de divers déterminants de la santé⁸⁰. Comparativement aux détenus non autochtones, les détenus autochtones étaient moins nombreux à avoir terminé leurs études; avaient moins d'expérience professionnelle; étaient moins stables en ce qui concerne le logement; affichaient des taux plus élevés de récidive et de délits avec violence⁸⁰. La population carcérale autochtone comprend également plus de femmes que la population carcérale non autochtone⁸⁰.

Comportement suicidaire dans les établissements correctionnels

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être 2002 (ESCC 1.2), 12 % des hommes et 19 % des femmes (15 à 24 ans) ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires à un moment ou à un autre de leur vie. Beaucoup moins (2 % des hommes et 6 % des femmes de 15 à 24 ans) ont admis avoir fait une tentative de suicide³. Les études font état de taux plus élevés de comportements suicidaires dans les populations carcérales. Les analyses des données recueillies auprès des détenus canadiens sous responsabilité fédérale en 2002 (12 170 hommes, 347 femmes) montrent que la proportion de détenus ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des cinq années précédentes variait de 10 % en établissement

à sécurité minimale à 16 % en sécurité maximale; la proportion était plus élevée chez les femmes, variant de 11 % à 41 %⁸⁰.

Une analyse de la documentation a révélé que, chez les jeunes en particulier, les taux de pensées suicidaires variaient de 9 % à 10 %, avec une prévalence au cours de la vie de 34 %; ces taux étaient plus élevés chez les filles que chez les garçons⁹⁵. En Colombie-Britannique, une étude a constaté que 21 % des jeunes incarcérés avaient songé à s'enlever la vie au cours de la dernière année et que 13 % avaient fait une tentative de suicide. Les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, ainsi que chez les jeunes détenus autochtones par rapport aux jeunes détenus non autochtones (18 % contre 11 %)²⁸.

Établissements correctionnels provinciaux, territoriaux et fédéraux au Canada

Établissements provinciaux et territoriaux

Les délinquants condamnés à des peines de moins de deux ans sont envoyés dans des prisons ou dirigés vers des programmes de surveillance dans la collectivité mis en œuvre par les provinces et les territoires⁹⁶.

- Admissions en 2004-2005 : 342 018 (240 786 sous surveillance en détention^{vi} et 101 232 sous surveillance dans la collectivité^{vii})⁹⁷

Établissements fédéraux

Les délinquants condamnés à des peines de deux ans ou plus sont confiés au Service correctionnel du Canada (SCC)⁹⁸, qui est chargé de prendre soin des détenus, d'offrir des programmes de réadaptation, de préparer les détenus en vue de leur mise en liberté et de mettre en œuvre la supervision lors des mises en liberté conditionnelle ou d'office et la surveillance de longue durée de délinquants⁹⁹.

- Admissions en 2004-2005 : 15 152 (7 826 sous surveillance en détention après condamnation et 7 326 libérés dans la collectivité — SCC^{viii})⁹⁷

Ententes d'échange de services :

Des ententes conclues entre le fédéral et les provinces et territoires prévoient le transfert de délinquants d'un régime à l'autre nonobstant la règle des deux ans¹⁰⁰. Ces ententes permettent la mise en œuvre de mesures qui répondent mieux aux besoins du public et à ceux du délinquant. Elles permettent par exemple d'incarcérer un délinquant sous responsabilité fédérale dans un établissement provincial afin qu'il ait un meilleur accès à des programmes, à des réseaux de soutien social ou à sa famille. De plus, un délinquant sous responsabilité provinciale peut être incarcéré dans un établissement fédéral pour des raisons semblables ou parce que l'établissement fédéral offre une plus grande sécurité¹⁰⁰.

- vi** Inclut la détention après condamnation, la détention provisoire et la détention temporaire.
- vii** Inclut la probation, la liberté conditionnelle et l'emprisonnement avec sursis.
- viii** Cette catégorie représente le passage de la détention à la mise en liberté sous condition fédérale et comprend les délinquants sous responsabilité provinciale, territoriale et fédérale en liberté conditionnelle et les délinquants sous responsabilité fédérale en liberté d'office. Elle exclut les contrevenants mis en liberté à l'expiration d'un mandat.

Stratégies des provinces et des territoires pour répondre aux besoins en santé mentale des délinquants

Notre analyse des politiques existantes a constaté une certaine reconnaissance des problèmes liés à la santé mentale dans l'administration des systèmes correctionnels des provinces et des territoires. Certaines provinces élaborent des protocoles et des programmes ayant pour but de gérer et de soutenir les délinquants atteints de troubles mentaux et collaborent avec des organismes communautaires qui aident les délinquants à combler leurs besoins de logement, de littératie et d'emploi¹⁰¹. D'autres cherchent à améliorer la coordination et l'accessibilité des services, en favorisant la collaboration entre la justice, la protection civile et les réseaux de la santé et des services sociaux¹⁰². Quelques

provinces et territoires offrent également des initiatives en matière de justice destinées aux Autochtones¹⁰³, lesquelles, dans certains cas, font participer les membres des collectivités autochtones à la conception et à la prestation des programmes autochtones¹⁰⁴.

Bon nombre de collectivités publiques offrent des programmes portant sur des problèmes précis liés à la santé mentale à l'intention des délinquants en établissement ou sous surveillance dans la collectivité, notamment le traitement de la toxicomanie^{105-110, 114}, la prévention de la violence^{105-107, 109, 111, 112, 114} et la gestion du stress et de la colère^{105-107, 110, 111, 114}.

Malgré cet éventail de programmes, notre analyse n'a trouvé aucune évaluation empirique portant précisément sur les mesures des résultats liés à la santé mentale ou sur l'accessibilité des programmes pour les délinquants, qu'ils aient ou non des problèmes de santé mentale.

La détention provisoire

Les personnes mises en détention provisoire sont celles qui ont été inculpées d'une infraction et qui sont incarcérées en attendant leur procès ou celles qui ont été reconnues coupables d'une infraction et qui attendent le prononcé de leur sentence¹¹⁵. La garde des personnes en détention provisoire est une responsabilité provinciale et territoriale¹¹⁵. La recherche indique une augmentation du nombre de délinquants en détention provisoire et une diminution du nombre de délinquants après condamnation au cours des

dernières années. En 2005-2006, pour la première fois, le nombre d'adultes canadiens en détention provisoire (10 670) était plus élevé que le nombre de contrevenants condamnés qui purgeaient leur peine dans des établissements provinciaux ou territoriaux (9 570)¹¹⁶. Des rapports indiquent que les programmes et les services habituellement offerts aux contrevenants condamnés ne sont souvent pas offerts aux personnes en détention provisoire¹¹⁵.

Programmes offerts dans les services correctionnels du Canada

À partir du postulat que les programmes conçus pour s'attaquer aux facteurs de récidive — tels que la violence familiale, le niveau de scolarité et la capacité de maîtriser sa colère et ses émotions — contribuent à la réinsertion en toute sécurité des délinquants dans la société¹¹⁷, les programmes correctionnels du SCC sont axés sur les aptitudes à la vie quotidienne, la formation de base des adultes, l'acquisition de compétences psychosociales, la prévention de la violence et le traitement de la toxicomanie, pour n'en citer que quelques-uns. Les descriptions de certains des programmes axés sur la santé mentale pour lesquels des évaluations ont été menées sont fournies ci-dessous. Dans la plupart des cas, les évaluations ont été effectuées par des chercheurs de la Direction de la recherche du SCC.

- Le programme révisé Raisonement et Réadaptation, anciennement connu sous le nom de Programme d'apprentissage cognitif des compétences psychosociales, a pour but d'améliorer la résolution des problèmes interpersonnels, la maîtrise de soi, l'autogestion, l'affirmation de soi, les interactions sociales, l'adoption d'une perspective sociale, le raisonnement critique, le style cognitif et le raisonnement en fonction de valeurs¹¹⁸. Les évaluations indiquent une augmentation du taux de mises en liberté sous forme discrétionnaire et une diminution des taux de réadmission et de nouvelles condamnations des délinquants¹¹⁹.
- Le Programme de gestion de la colère et des émotions a pour but d'enseigner aux délinquants à gérer les émotions négatives, à réduire les comportements agressifs et à développer les compétences nécessaires pour se prendre au main et se contrôler, résoudre les problèmes, communiquer et reconnaître les comportements prosociaux¹²⁰. Les évaluations montrent une réduction des récidives avec et sans violence chez les délinquants à risque élevé de récidive ayant terminé ce programme avec succès^{120, 121}.
- Les interventions dans le cadre du Programme de prévention de la violence du SCC incluent les processus de changement, l'exploration des origines de la violence et la reformulation des attitudes envers celle-ci, la gestion de la colère et du stress, la résolution de problèmes, la réduction de la victimisation et de la violence familiale, la résolution des conflits, la rectification des éléments déclencheurs de la violence et la maîtrise de soi¹²². Comparativement à la période ayant précédé le programme, les délinquants qui ont terminé le Programme de prévention de la violence ont été impliqués dans moins d'incidents allant gravement à l'encontre des règles des établissements¹²³. Les résultats indiquent également une réduction significative du taux de récidive avec violence, mais uniquement chez les personnes ayant suivi le programme jusqu'au bout¹²³.
- Les unités de soutien intensif (USI) pour les délinquants sous responsabilité fédérale qui ont des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives visent à régler les problèmes de toxicomanie en offrant des milieux sécuritaires faisant appel à du personnel ayant reçu une formation spéciale¹²⁴. Les délinquants qui choisissent de vivre dans une USI doivent signer une entente par laquelle ils s'engagent à ne pas consommer de drogues, à respecter les règles et à accepter une surveillance relativement aux drogues et à l'alcool plus étroite que ce que prévoit la loi canadienne¹²⁴. Comparativement au groupe de référence et aux participants ayant été renvoyés du programme, une plus grande proportion des détenus ayant suivi le programme jusqu'au bout ont été mis en liberté discrétionnaire dans la collectivité; les participants ayant réussi le programme étaient également moins susceptibles d'être réincarcérés et restaient dans la collectivité plus longtemps¹²⁴.
- Le SCC offre également des programmes liés à la santé mentale aux contrevenants aux prises avec une détresse affective, de graves problèmes de comportement¹²⁵, des lacunes sur le plan des connaissances de base et des difficultés cognitives résultant de problèmes psychiatriques graves¹²⁶. Les objectifs de ces programmes comprennent une meilleure compréhension des schèmes de comportement, une plus grande maîtrise de ses émotions et de ses actes, la réduction du risque

Accessibilité des programmes correctionnels

Les données probantes sur les programmes du SCC indiquent que ceux-ci présentent un potentiel pour la réadaptation et le traitement des délinquants, qu'ils peuvent aider à leur réinsertion dans la collectivité et qu'ils peuvent contribuer à la sécurité publique. Toutefois, divers organismes indépendants tels que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie et le Bureau de l'Enquêteur correctionnel ont exprimé leurs inquiétudes au sujet de l'accessibilité des programmes correctionnels fédéraux¹²⁷, de l'opportunité des évaluations de la santé et des traitements⁵, de la qualité des

normes de soins existantes et de la formation du personnel correctionnel en vue de réactions appropriées aux comportements liés à la santé mentale des délinquants^{5, 127}. En avril 2007, Sécurité publique Canada a formé un comité d'examen indépendant chargé d'évaluer les activités du SCC, notamment la disponibilité et l'efficacité des programmes de réadaptation, des mécanismes de soutien et des programmes et services en santé mentale offerts dans les établissements et dans la collectivité après la mise en liberté des délinquants¹²⁸.

de récidive¹²⁵ et l'amélioration des compétences psychosociales, de la qualité de vie et de la prise en main personnelle^{125, 126}. Les évaluations préliminaires indiquent que de nombreuses participantes estiment que les objectifs de réadaptation ont été atteints ou sont en voie de l'être^{125, 126}; les délinquantes acquièrent de nouvelles compétences quant à l'adoption d'un comportement plus positif et à la prise de décision; de plus, leur confiance en elles, leur estime d'elles-mêmes et leur autonomie sont renforcées¹²⁶.

L'un des objectifs du SCC est de dispenser des services psychologiques qui favoriseront la guérison des troubles mentaux, l'adoption d'un comportement socialement acceptable et la prévention de la réapparition des symptômes problématiques¹²⁹. Les délinquants sous responsabilité fédérale chez qui de graves problèmes de santé mentale ont été diagnostiqués et qui ont besoin de services psychologiques ou psychiatriques peuvent être traités dans l'un des cinq centres régionaux de traitement. Une fois stabilisés, ils sont transférés vers un établissement ordinaire où le personnel médical examine leur état de santé⁵.

Services de santé mentale offerts dans le système correctionnel fédéral

Une évaluation récente des besoins de santé des détenus sous responsabilité fédérale a relevé trois raisons principales d'offrir des soins en santé mentale au sein du système correctionnel :

- 1) réduire les effets débilissants de la maladie mentale afin que le détenu puisse participer efficacement au processus de réadaptation;
- 2) atténuer la souffrance due à la maladie mentale;
- 3) maintenir les prisons sécuritaires pour les autres détenus, le personnel, les bénévoles et les visiteurs⁸⁰.

Le traitement des troubles de santé mentale a pour objectif de réduire la détresse qu'entraîne la maladie mentale, tandis que le traitement correctionnel vise à réduire la récidive⁸⁰.

En 2007, le SCC a lancé une stratégie en santé mentale afin d'offrir des services adéquats aux délinquants pendant l'incarcération et à la mise en liberté¹³⁰. Cette stratégie, qui n'avait pas été évaluée au moment de la publication du présent rapport, comporte cinq volets :

- améliorer le dépistage clinique et l'évaluation de la santé mentale à l'admission;
- offrir des soins primaires en santé mentale dans tous les établissements;
- créer des unités de soins de santé intermédiaires dans certains établissements;
- améliorer la capacité des cinq centres régionaux de traitement d'offrir des services en santé mentale;

- poursuivre la mise en œuvre de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC), qui vise à préparer les délinquants ayant un grave trouble de santé mentale à leur libération dans la collectivité en renforçant la continuité des services de soutien spécialisés en santé mentale qui leur sont offerts après leur mise en liberté¹³⁰.

Programmes communautaires en santé mentale destinés aux délinquants

De nombreux délinquants ayant reçu un diagnostic de maladie mentale et qui sont traités en établissement correctionnel seront mis en liberté un jour ou l'autre. Pour demeurer stables et fonctionnelles dans leurs activités de tous les jours, ces personnes ont souvent besoin de services de suivi et d'avoir un accès continu à des services de santé mentale. Dans l'intérêt de la sécurité publique, le SCC cherche à mettre les délinquants libérés en relation avec un psychiatre, une clinique ou un hôpital, ainsi qu'à intégrer les services communautaires au plan de libération des délinquants ayant des besoins continus⁵. Une étude a noté que les

programmes communautaires présentaient plusieurs avantages par rapport à d'autres solutions comme l'hospitalisation ou l'incarcération à long terme, par exemple des coûts moins élevés, une diminution des taux de récidive et la prévention de la perte de compétences¹³¹. Une vaste étude internationale, à laquelle le Canada a participé, a avancé que les programmes communautaires qui obtenaient de bons résultats présentaient certaines caractéristiques communes :

- Ils sont sérieux et très bien structurés et comportent de multiples volets qui visent des problèmes précis.
- Les cliniciens traitants jouent des rôles multiples, y compris le traitement du trouble mental du patient, la prévention de la violence et de la criminalité, et le maintien du respect du programme par le patient.
- Les cliniciens traitants ont le pouvoir de réhospitaliser un patient contre sa volonté s'il est jugé à risque, commet d'autres crimes ou doit être traité pour des symptômes psychiatriques aigus.
- Les cliniciens traitants ont la possibilité d'obtenir une ordonnance d'un tribunal pour garantir le respect du programme de traitement¹³¹.

Conclusions de la deuxième section

L'information figurant dans la deuxième section du présent rapport vise les personnes qui ont ou ont déjà eu des démêlés avec le système de justice pénale et qui sont atteintes d'une maladie mentale.

La section a débuté par un coup d'œil sur les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont été admis à un lit de santé mentale et qui ont ou ont eu des démêlés avec le système de justice pénale. Les analyses des données du Système d'information ontarien sur la santé mentale de l'ICIS montrent que, d'avril 2006 à mars 2007, les démêlés avec le système de justice pénale étaient l'une des raisons sous-jacentes de l'admission à un lit de santé mentale pour 9 % des patients. La schizophrénie et les troubles de toxicomanie étaient les deux diagnostics les plus courants chez ces patients. Ces analyses soulignaient également l'importance de facteurs comme l'abus de substances psychoactives, les réseaux sociaux et les événements traumatisants pour comprendre les liens complexes qui existent entre la maladie mentale, le comportement criminel et les facteurs de risque à l'admission et à la sortie.

La section a également examiné les moyens utilisés pour l'orientation des personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont commis un crime ailleurs que vers le système judiciaire, notamment les programmes de

déjudiciarisation avant et après la mise en accusation ainsi que les tribunaux de la santé mentale. La recherche indique que les participants aux programmes de déjudiciarisation en santé mentale passent moins de temps en prison et sont plus en contact avec des professionnels et des services communautaires en santé mentale que les non-participants.

Par ailleurs, la section s'est aussi penchée sur les personnes atteintes d'une maladie mentale incarcérées dans un établissement correctionnel au Canada et sur les programmes qui leur sont offerts en prison et après leur mise en liberté. Les personnes souffrant de maladie mentale (incluant la toxicomanie) sont surreprésentées dans les systèmes carcéraux au Canada. Ces personnes incarcérées ont reçu des diagnostics de divers troubles mentaux (psychose, dépression majeure, toxicomanie, etc.). Une tendance similaire a été observée chez les jeunes incarcérés ou sous garde. Selon les évaluations préliminaires, les programmes de prévention de la violence et de gestion de la colère offerts dans les établissements correctionnels sont efficaces. Cependant, en plus de questions relatives à l'accessibilité, nos connaissances comportent encore de nombreuses lacunes au sujet de l'efficacité des programmes de santé mentale et des mesures des résultats liés à la santé mentale chez les délinquants atteints d'une maladie mentale.

Principaux messages et lacunes de l'information de la deuxième section

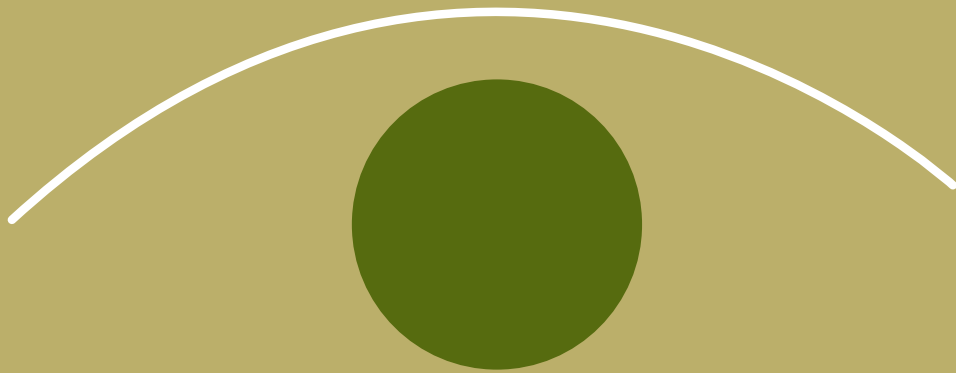
Que savons-nous?

- Les déterminants individuels et généraux de la maladie mentale et du comportement criminel sont nombreux et reliés entre eux.
- Bien que la plupart des personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de santé mentale ne soient pas en établissement correctionnel, les détenus sont plus susceptibles de souffrir de certains types de maladie mentale (y compris la toxicomanie) par rapport à l'ensemble de la population.
- Comparativement à la population en général, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les détenus.
- L'information sur les taux de maladies mentales dans la population carcérale est basée principalement sur des données transversales, ce qui tend à restreindre la portée des conclusions qui pourraient être tirées à propos de la causalité.
- Il existe une grande diversité au sein de la population carcérale relativement à l'âge, au sexe, à l'origine ethnique, à l'état de santé mentale, à la maladie mentale et à l'utilisation des services de santé.
- Les hommes et les Autochtones sont surreprésentés dans le système carcéral.
- La prévalence de la maladie mentale est plus élevée chez les détenus que dans l'ensemble de la population.
- On a observé une tendance à intégrer davantage d'aspects de la promotion de la santé mentale dans les programmes destinés aux personnes qui ont des démêlés avec le système de justice pénale.

Que devons-nous savoir?

- Pour les délinquants atteints d'une maladie mentale, quel est le lien de causalité entre la maladie mentale et l'incarcération et quel est son cheminement dans le temps?
- Quelle proportion des détenus qui sont présentement dans des établissements de responsabilité provinciale, territoriale ou fédérale ont des problèmes de santé mentale? Ou ont reçu un diagnostic de maladie mentale (par exemple, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale)?
- Le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale qui passent par le système de justice pénale est-il en hausse?
- Dans quelle mesure les détenus ayant un trouble mental sont-ils identifiés, évalués et traités correctement lors de l'évaluation initiale?
- Quelle est la disponibilité des services de santé mentale pour les détenus des établissements correctionnels provinciaux, territoriaux et fédéraux?
- Quelle est la capacité des établissements correctionnels de répondre aux besoins des détenus souffrant de troubles mentaux?
- Combien de délinquants atteints d'une maladie mentale sont en détention provisoire? Combien sont évalués correctement et reçoivent un traitement alors qu'ils sont en détention provisoire?
- Combien de délinquants atteints d'une maladie mentale bénéficient ou ne bénéficient pas d'un traitement, de soutien ou de programmes?
- Quelle est l'efficacité des divers programmes communautaires pour répondre aux besoins en santé mentale des détenus libérés et leur offrir un soutien qui empêchera la récidive?
- Quels processus sont efficaces pour faire le lien entre les contextes de détention et communautaire?
- Quel est le lien entre la disponibilité des services communautaires en santé mentale, l'accès au logement social et l'incarcération des personnes ayant une maladie mentale?





Conclusions

Le rapport *Santé mentale, délinquance et activité criminelle* avait pour objectif d'explorer les liens entre la santé mentale, la maladie mentale, la délinquance, l'activité criminelle et leurs divers déterminants. La première section du rapport présente de la documentation et des analyses qui montrent que divers facteurs à l'échelle individuelle, familiale, de l'école ou de la collectivité peuvent être des facteurs de risque ou des facteurs de protection relativement à la délinquance ou au risque de délinquance. La deuxième section examine les liens entre les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont ou ont eu des démêlés avec le système de justice pénale. Elle se penchait sur les questions suivantes : les facteurs de risque liés au manque de soutien social, à la planification du congé, à l'abus de substances psychoactives et aux conditions de vie des personnes ayant des antécédents criminels et qui sont admises à un lit de santé mentale; l'efficacité des programmes de déjudiciarisation pour les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont commis un crime; la prévalence de la maladie mentale chez les adultes et les jeunes en milieu carcéral; la disponibilité et l'efficacité des programmes destinés aux délinquants atteints de maladie mentale.

Compte tenu de l'information disponible et de notre volonté de respecter la portée du présent rapport, certains domaines particuliers n'ont pu être abordés, notamment :

- la santé mentale et le comportement criminel en milieu de travail;
- les répercussions à court et à long terme sur les enfants dont les parents sont incarcérés;
- les conséquences pour la santé des agents de correction qui travaillent avec des délinquants ayant des troubles mentaux;
- le fonctionnement mental des détenus chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale;
- le rôle des services de police en tant que premiers intervenants auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale, et les répercussions de ces interventions sur les policiers;
- l'efficacité des approches de justice réparatrice pour réduire le risque de récidive, particulièrement chez les délinquants atteints de maladie mentale.

La recherche montre que, bien que la santé mentale soit l'un des nombreux facteurs liés à l'apparition d'un comportement criminel, elle n'est pas souvent considérée comme un résultat pour la santé. D'autres facteurs liés au comportement criminel sont de nature plus générale, par exemple le revenu, la qualité du logement et les caractéristiques du quartier. D'autres sont plutôt individuels et peuvent comprendre la maladie mentale et la toxicomanie. Il reste à comprendre les causalités ainsi que les trajectoires de développement associées à la

santé mentale, à la maladie mentale de même qu'à la délinquance et à l'activité criminelle. Pour comprendre la relation qui existe entre ces questions, il faut d'abord prendre en compte les facteurs individuels et les déterminants sociaux généraux de la santé. Une fois cette compréhension acquise, nous serons mieux en mesure de définir quelles interventions et quelles politiques pourraient être efficaces pour favoriser la santé mentale, prévenir la criminalité et réduire le risque de récidive chez les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Tous les paliers de gouvernement et tous les secteurs, qu'ils soient liés ou non au domaine de la santé, ont un rôle à jouer pour comprendre cette relation entre la santé mentale, la délinquance et la criminalité et trouver des moyens de prévention et d'intervention. Les constatations du présent rapport indiquent qu'aucun programme portant sur un seul facteur de risque ou de protection ne peut à lui seul être aussi efficace qu'un ensemble de programmes qui viseraient les multiples facteurs liés à la santé mentale, à la délinquance et à l'activité criminelle. En outre, plusieurs facteurs qui entrent en jeu dans la prévention de la délinquance et de l'activité criminelle sont apparents dans les contextes individuel, familial, scolaire (les pairs) et communautaire. Les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale ont tout à gagner de services et de programmes adéquats dans les établissements correctionnels et dans la collectivité.

Quelles sont les recherches de l'ISPC dans le domaine?

L'ISPC a financé et commandé plusieurs projets et produits de recherche qui se penchent sur la santé mentale, dont ceux indiqués ci-après.

<p>Projets et programmes de recherche financés par l'ISPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil d'ouvrages : <i>Qu'est-ce qui contribue à la bonne santé mentale d'une collectivité?</i> • <i>Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé</i> (Agence de santé publique du Canada, Université Laurentienne) • Inégalités matérielles et sociales dans la métropole de Montréal : Association avec les résultats pour la santé physique et mentale (M. Zunzunegui, Université de Montréal) • La santé mentale des enfants : Prévention des troubles et promotion de la santé de la population au Canada (C. Waddell, Université de la Colombie-Britannique) • Les effets des interventions en éducation spécialisée sur les résultats scolaires et la santé mentale des enfants (K. Bennett, Université McMaster) • La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin (J. Toupin, Université de Sherbrooke) • Jeunesse vulnérable : Une étude de l'obésité, de la mauvaise santé mentale et des comportements à risque chez les adolescents au Canada (D. Willms, Université de la Colombie-Britannique) • Les relations entre les composantes du soutien social, la santé mentale et la qualité de vie chez des populations défavorisées au niveau socio-économique (J. Caron, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal) • <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i> (M. Desmeules, Agence de santé publique du Canada) • Immigrants, sélection et santé mentale (Z. Wu, Université de Victoria)
<p>Autres produits complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Santé mentale, délinquance et activité criminelle</i> — Documents pertinents qui seront affichés sur le site Web de l'ISPC: <ul style="list-style-type: none"> - Rapport sommaire - Présentation PowerPoint - Méthodologie de revue de la littérature - Méthodologie d'analyse des données - Méthodologie d'examen des politiques

Pour en savoir plus

La série de rapports de l'ISPC *Améliorer la santé des Canadiens* vise à synthétiser les résultats de recherche sur un thème donné, à présenter de nouvelles données sur une question et à faire part de ce que nous savons et ignorons de ce qui fonctionne sous l'angle des politiques et des programmes.

Le premier rapport vedette de l'Initiative sur la santé de la population canadienne s'intitulait *Améliorer la santé des Canadiens 2004*¹¹. Ce rapport se divisait en quatre chapitres : le revenu, le développement de la jeune enfance, la santé des Autochtones et l'obésité.

Après la publication du rapport *Améliorer la santé des Canadiens 2004*, nous avons décidé de produire et de diffuser un deuxième rapport, *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006*, et de l'intégrer à une série de rapports qui présenterait les trois thèmes stratégiques de l'ISPC de 2004 à 2007 : *les transitions saines vers l'âge adulte, le poids santé et le lieu et la santé*.

- Le premier rapport de la série, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens* (publié en octobre 2005), portait sur la relation entre les résultats et les comportements relatifs à la santé des jeunes Canadiens âgés de 12 à 19 ans et les liens positifs qu'ils entretiennent avec leur famille, leur école, leurs camarades et la collectivité³³.
- Le second rapport, *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé* (publié en février 2006), étudiait les facteurs liés aux milieux dans lesquels nous vivons, apprenons, travaillons et nous divertissons, et la façon dont ces facteurs facilitent ou compliquent les choix que nous faisons, en tant que Canadiens, en matière d'alimentation et d'activité physique³².
- Le dernier rapport de la série, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain* (publié en novembre 2006), portait sur les liens entre la santé des Canadiens vivant en milieu urbain et l'influence des aspects sociaux et physiques des quartiers urbains sur la vie quotidienne et la santé des personnes qui y vivent³³.

Les thèmes stratégiques de l'ISPC pour la période de 2007 à 2010 incluent *la santé mentale et le ressort psychologique, le lieu et la santé, la réduction des écarts en matière de santé et le poids santé*¹³⁴. La série de rapports *Améliorer la santé des Canadiens* est formée de trois rapports qui se penchent sur la santé mentale et le ressort psychologique dans une perspective de santé de la population.

- Le premier rapport de cette série, *Santé mentale et itinérance* (publié en août 2007), se penchait sur les liens entre la santé mentale, l'itinérance, les facteurs individuels et les déterminants sociaux plus généraux de la santé⁴.

Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle est accessible dans les deux langues officielles, sur le site Web de l'ICIS, à l'adresse www.icis.ca/ispc. Pour commander des exemplaires supplémentaires du rapport, prière de communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé

Bureau des commandes

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : 613-241-7860

Télec. : 613-241-8120

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport et de toute idée qui pourrait nous aider à améliorer les prochains rapports, et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Pour ce faire, nous vous demandons de remplir la feuille de rétroaction (À vous la parole!), qui se trouve à la fin du rapport. Vous pouvez aussi nous faire parvenir vos commentaires par courriel, à ispc@icis.ca.

Le Web : Une mine de renseignements!

La version papier du présent rapport ne propose qu'une infime partie de tout ce que vous pouvez trouver sur notre site Web. Nous vous invitons à le consulter à l'adresse www.icis.ca/ispc pour obtenir de plus amples renseignements ainsi que la liste complète des rapports, des bulletins et des autres produits de l'ISPC à votre disposition.

En effet, vous pouvez :

- télécharger une présentation décrivant les faits saillants du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle*;
- recevoir des mises à jour et de l'information, en vous abonnant au bulletin électronique *La santé de la nation*;
- consulter les autres publications de la série *Améliorer la santé des Canadiens*;
- vous tenir au courant des activités à venir de l'ISPC;
- télécharger des copies des autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS.

Autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS	Nom du rapport	Auteur et date de publication
		La santé mentale
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance</i>	ICIS (août 2007)
	Lieu et santé	
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain</i>	ICIS (novembre 2006)
	• <i>Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé</i>	ICIS, Agence de santé publique du Canada et Université Laurentienne (septembre 2006)
	• <i>Kachimaa Mawiin - Certitudes possibles : Faire une place au lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé</i>	ICIS (octobre 2005)
	• <i>Élaboration d'un indice de la santé des collectivités : Un recueil d'articles</i>	ICIS (février 2005)
	• <i>Le logement et la santé de la population</i>	Brent Moloughney (juin 2004)
	• <i>Atelier de travail régional des provinces des Prairies sur les déterminants des collectivités en santé</i>	ICIS (août 2003)
	• <i>Rapport de synthèse de l'atelier Le lieu et la santé (Banff)</i>	ICIS (juin 2003)
	Poids santé	
	• <i>Examen de l'état des preuves sur la santé en milieu urbain et le poids santé</i>	Kim D. Raine et coll. (mars 2008)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé</i>	ICIS (février 2006)
	• <i>Socio-Demographic and Lifestyle Correlates of Obesity— Technical Report on the Secondary Analyses Using the 2000–2001 Canadian Community Health Survey</i>	Cora Lynn Craig, Christine Cameron et Adrian Bauman (août 2005)
	• <i>Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population</i>	Kim D. Raine (août 2004)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur l'obésité</i>	ICIS (février 2004)
	• <i>L'obésité au Canada : Identifier les priorités politiques</i>	ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (juin 2003)

suite

Autres
rapports de
l'ISPC publiés
par l'ICIS

Nom du rapport	Auteur et date de publication
Réduction des écarts en matière de santé	
• <i>Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population?</i>	Nancy Ross (décembre 2004)
• <i>Améliorer la santé des Canadiens</i> — chapitre sur le revenu	ICIS (février 2004)
• <i>Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé</i>	ICIS, Shelley Phipps et David Ross (septembre 2003)
Transitions saines vers l'âge adulte	
• <i>De fil en aiguille : Tisser une place pour les jeunes</i>	ICIS (septembre 2006)
• <i>Améliorer la santé des jeunes Canadiens</i>	ICIS (octobre 2005)
• <i>S'entendre sur le fond : Combler le fossé de la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques</i>	ICIS (septembre 2004)
• <i>Atelier de travail régional des provinces de l'Atlantique (Fredericton)</i>	ICIS (juillet 2003)
Développement de la jeune enfance	
• <i>Développement de la jeune enfance à Vancouver : Rapport du Community Asset Mapping Project (CAMP)</i>	Clyde Hertzman et coll. (mars 2004)
• <i>Améliorer la santé des Canadiens</i> — chapitre sur le développement de la jeune enfance	ICIS (février 2004)
Santé des Autochtones	
• <i>Améliorer la santé des Canadiens</i> — chapitre sur la santé des Autochtones	ICIS (février 2004)
• <i>Mesurer le capital social : Un guide pour les collectivités des Premières Nations</i>	Javier Mignone (décembre 2003)
• <i>Directions initiales : Procès-verbal d'une réunion sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (juin 2003)
• <i>Collectivités autochtones en milieu urbain : Procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain</i>	ICIS (mars 2003)
• <i>Élargir les optiques d'analyse : Procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (janvier 2003)
Rapports multidimensionnels et outils	
• <i>Bulletin électronique La santé de la nation</i>	ICIS (trimestriel)
• <i>Le Plan d'action de 2007 à 2010 de l'Initiative sur la santé de la population canadienne</i>	ICIS (décembre 2006)
• <i>Mise en application des connaissances sur la santé publique et des populations</i>	IRSC et ICIS (février 2006)
• <i>Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé</i>	ICIS (février 2005)
• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes</i> — chapitres supplémentaires de l'ISPC	ICIS et Santé Canada (octobre 2004)
• <i>Le chemin à parcourir : Rapport d'étape : Deux ans plus tard : Bilan?</i>	ICIS et IRSC (février 2004)

<i>suite</i> Autres rappports de l'ISPC publiés par l'ICIS	Nom du rapport	Auteur et date de publication
	Rapports multidimensionnels et outils <i>suite</i>	
	• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i>	ICIS et Santé Canada (octobre 2003)
	• <i>Les obstacles à l'accès et à l'analyse de l'information sur la santé au Canada</i>	George Kephart (novembre 2002)
	• <i>Outils d'échange des connaissances : Exploration des pratiques exemplaires dans la recherche en politiques</i>	ISPC (octobre 2002)
	• <i>Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations</i>	ICIS et IRSC (mai 2002)
	• <i>Réunion de Partenariat : Rapport de l'ISPC</i>	ICIS (mars 2002)
	• <i>Analyse de la conjecture des stratégies de transfert de la recherche</i>	ICIS (février 2001)

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *The WHO World Health Report 2001: New Understanding - New Hope*, Genève, OMS, 2001.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*, Genève, OMS, 2001.
3. Agence de santé publique du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2006.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, ICIS, 2007.
5. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ontario), Le Sénat, 2006.
6. Cabinet du Premier ministre, *Mental Health Commission of Canada: Media Backgrounder* (en ligne), 2007. Consulté le 11 octobre 2007. Internet : <<http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=1807>>.
7. W. Silver, « Crime Statistics in Canada, 2006 », *Juristat*, vol. 27, n° 5 (2007), p. 1-15. Numéro 85-002-XIE au catalogue de Statistique Canada.
8. R. C. Bland et coll., « Psychiatric Disorders in the Population and in Prisoners », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 21, n° 3 (1998), p. 273-279.
9. J. H. Brink, D. Doherty et A. Boer, « Mental Disorder in Federal Offenders: A Canadian Prevalence Study », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 24, n° 4-5 (2001), p. 339-356.
10. M. Shaw, *Investing in Youth: International Approaches to Preventing Crime and Victimization*, Montréal, Centre international pour la prévention de la criminalité, 2001.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2004.
12. K. McLaren, *Youth Development - Literature Review*, Wellington, Nouvelle-Zélande, Ministry of Youth Affairs, 2002.
13. P. J. Carrington, *The Development of Police-Reported Delinquency Among Canadian Youth Born in 1987 and 1990*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2007. Numéro 85-561-MIE-N.009 au catalogue de Statistique Canada.
14. J. Latimer et coll., *The Correlates of Self-Reported Delinquency: An Analysis of the National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Ottawa, Ministère de la Justice du Canada, 2003.

15. K. B. Ludwig et J. F. Pittman, « Adolescent Prosocial Values and Self-Efficacy in Relation to Delinquency, Risky Sexual Behavior, and Drug Use », *Youth & Society*, vol. 30, n° 4 (1999), p. 461-482.
16. G. MacNeil, C. Stewart et A. V. Kaufman, « Social Support as a Potential Moderator of Adolescent Delinquent Behaviors », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 17, n° 5 (2000), p. 361-379.
17. J. B. Sprott, A. N. Doob et J. M. Jenkins, « Problem Behaviour and Delinquency in Children and Youth », *Juristat*, vol. 21, n° 4 (2001), p. 1-13. Numéro 85-002-XPE au catalogue de Statistique Canada.
18. J. Savoie, « Youth Self-Reported Delinquency, Toronto, 2006 », *Juristat*, vol. 27, n° 6 (2007), p. 1-19. Numéro 85-002-XPE au catalogue de Statistique Canada.
19. L. M. Babinski, C. S. Hartsough et N. M. Lambert, « Childhood Conduct Problems, Hyperactivity-Impulsivity, and Inattention as Predictors of Adult Criminal Activity », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 40, n° 3 (1999), p. 347-355.
20. K. H. Trzesniewski et coll., « Low Self-Esteem During Adolescence Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic Prospects During Adulthood », *Developmental Psychology*, vol. 42, n° 2 (2006), p. 381-390.
21. L. R. McKnight et A. B. Loper, « The Effect of Risk and Resilience Factors on the Prediction of Delinquency in Adolescent Girls », *School of Psychology International*, vol. 23, n° 2 (2002), p. 186-198.
22. J. M. MacDonald et coll., « The Relationship Between Life Satisfaction, Risk-Taking Behaviours, and Youth Violence », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 20, n° 11 (2005), p. 1495-1518.
23. D. P. Farrington et coll., « Are Within-Individual Causes of Delinquency the Same as Between-Individual Causes? », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 12 (2002), p. 53-68.
24. E. M. Thomas, *Aggressive Behaviour Outcomes for Young Children: Change in Parenting Environment Predicts Change in Behaviour*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2004. Numéro 89-599-MIE au catalogue de Statistique Canada.
25. U. Gatti et coll., « Youth Gangs, Delinquency and Drug Use: A Test of the Selection, Facilitation, and Enhancement Hypotheses », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, n° 11 (2005), p. 1178-1190.
26. K. G. Hill et coll., « Childhood Risk Factors for Adolescent Gang Membership: Results From the Seattle Social Development Project », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 36, n° 3 (1999), p. 300-322.
27. T. P. Ulzen et H. Hamilton, « The Nature and Characteristics of Psychiatric Comorbidity in Incarcerated Adolescents », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 43, n° 1 (1998), p. 57-63.
28. The McCreary Centre Society, *Time Out II: A Profile of BC Youth in Custody*, Vancouver, McCreary Centre Society, 2005.

29. M. D. Stout et G. Kipling, *Aboriginal People, Resilience and the Residential School Legacy*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2003.
30. J. D. Hawkins, R. F. Catalano et J. Y. Miller, « Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention », *Psychological Bulletin*, vol. 112, n° 1 (1992), p. 64-105.
31. T. I. Herrenkohl et coll., « Developmental Trajectories of Family Management and Risk for Violent Behavior in Adolescence », *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, n° 2 (2006), p. 206-213.
32. M. D. Resnick, M. Ireland et I. Borowsky, « Youth Violence Perpetration: What Protects? What Predicts? Findings From the National Longitudinal Study of Adolescent Health », *Journal of Adolescent Health*, vol. 35 (2004), p. e1-e10.
33. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2005.
34. R. Crosnoe, K. G. Erickson et S. M. Dornbusch, « Protective Functions of Family Relationships and School Factors on the Deviant Behavior of Adolescent Boys and Girls », *Youth & Society*, vol. 33, n° 4 (2002), p. 515-544.
35. V. Battistich et A. Hom, « The Relationship Between Students' Sense of Their School as a Community and Their Involvement in Problem Behaviors », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 12 (1997), p. 1997-2001.
36. J. A. Stein, R. L. Dukes et J. I. Warren, « Adolescent Male Bullies, Victims, and Bully-Victims: A Comparison of Psychosocial and Behavioral Characteristics », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 32, n° 3 (2007), p. 273-282.
37. R. L. Dukes et J. A. Stein, « Gender and Gang Membership: A Contrast of Rural and Urban Youth on Attitudes and Behavior », *Youth & Society*, vol. 34, n° 4 (2003), p. 415-440.
38. H. B. Kaplan et C.-H. Lin, « Deviant Identity, Negative Self-Feelings, and Decreases in Deviant Behavior: The Moderating Influence of Conventional Social Bonding », *Psychology, Crime & Law*, vol. 11, n° 3 (2005), p. 289-303.
39. L. Shumow, D. L. Vandell et J. Posner, « Perceptions of Danger: A Psychological Mediator of Neighborhood Demographic Characteristics », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 68, n° 3 (1998), p. 468-478.
40. J. M. Bolland, « Hopelessness and Risk Behaviour Among Adolescents Living in High-Poverty Inner-City Neighbourhoods », *Journal of Adolescence*, vol. 26 (2003), p. 145-158.
41. F. Robinson et J. Keithley, « The Impacts of Crime on Health and Health Services: A Literature Review », *Health, Risk & Society*, vol. 2, n° 3 (2000), p. 253-266.
42. K. AuCoin et D. Beauchamp, *Impacts and Consequences of Victimization, GSS 2004* (en ligne), Ottawa, ministère de l'Industrie, 2007. Internet : <<http://www.statcan.ca/english/freepub/85-002-XIE/85-002-XIE2007001.pdf>>.
43. Commission de la santé mentale du Canada, *Advisory Committee Chairs* (en ligne). Consulté le 10 octobre 2007. Internet : <<http://www.mentalhealthcommission.ca/boardadvisory.html>>.

44. Sécurité publique Canada, *National Crime Prevention Centre*, 2007 (en ligne). Consulté le 10 juillet 2007. Internet : <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cp/ncpc_about-en.asp>.
45. Sécurité publique Canada, *A Blueprint for Effective Crime Prevention*, 2007 (en ligne). Consulté en août 2007. Internet : <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cp/_fl/bp-en.pdf>.
46. Centre national de prévention du crime, *Policy Framework for Addressing Crime Prevention and Children Ages 12 to 18* (en ligne), Ottawa, Gouvernement du Canada, 2000. Consulté le 11 juillet 2007. Internet : <http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/19/c9/26.pdf>.
47. Conseil national de prévention du crime, Evaluation Document, *Review of the National Crime Prevention Council Interim Report, Programme Evaluation Section* (en ligne), Ottawa, Gouvernement du Canada, 1997. Consulté le 11 juillet 2007. Internet : <<http://www.justice.gc.ca/en/ps/eval/reports/97/ncpc/ncpc.pdf>>.
48. Centre national de prévention du crime, *Policy Framework for Addressing Crime Prevention and Children Ages 0 to 12* (en ligne), Ottawa, Gouvernement du Canada, 2000. Consulté le 11 juillet 2007. Internet : <http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/19/c9/23.pdf>.
49. J. D. Hawkins et coll., « Promoting Positive Adult Functioning Through Social Development Intervention in Childhood », *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159 (2005), p. 25-31.
50. Organisation mondiale de la Santé et universités Nijmegen et Maastricht, *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: Summary Report*, Genève, OMS, 2004.
51. A. Williams, *Literature Review for 0-11: Early Intervention Project* (en ligne), Department of Health and Human Services de la Tasmanie, 2001. Consulté en juin 2001. Internet : <<http://www.dhhs.tas.gov.au/agency/pro/ourkids/documents/Lit%20Review%20-%20The%20Needs%20of%20Children%200-11.doc>>.
52. Centre national de prévention du crime, *Evaluation of Project Early Intervention*, Ottawa, Centre national de prévention du crime, 2003.
53. Sécurité publique Canada, « Banyan Community Services Snap™ Under 12 Outreach Project », *National Crime Prevention Centre*, 2007 (en ligne). Consulté le 11 octobre 2007. Internet : <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cp/bldngevd/_fl/2007-ES-01_e.pdf>.
54. A. Sterling Honig, *Syracuse Family Development Research Program* (en ligne), Syracuse, NY, 2007. Internet : <<http://guide.helpingamericasyouth.gov/programdetail.cfm?id=432>>.
55. P. Begin, *Delinquency Prevention: The Montreal Longitudinal-Experimental Study* (en ligne), Programme des services de dépôt du gouvernement du Canada, 1995. Internet : <<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/MR/mr132-e.htm>>.
56. R. Boisjoli et coll., « Impact and Clinical Significance of a Preventive Intervention for Disruptive Boys: 15-Year Follow-Up », *British Journal of Psychiatry*, vol. 191 (2007), p. 415-419.

57. Sécurité publique Canada, *Strong Families, Strong Children Project*, Ottawa, Sécurité publique Canada, 2007.
58. Centre for the Study and Prevention of Violence, *Blueprints for Violence Prevention: Bullying Prevention Program Executive Summary Highlights* (en ligne), 2004. Consulté le 11 octobre 2007. Internet : <http://www.colorado.edu/cspv/safeschools/bullying/bullying_bppssummary.html>.
59. Institut canadien d'information sur la santé, *Manuel de l'utilisateur sur le fichier minimal du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)*, Ottawa, ICIS, 2007.
60. P. Sealy et P. C. Whitehead, « Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada: An Empirical Assessment », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 4 (2004), p. 249-257.
61. D. K. Hartford et coll., *Evidence-Based Practices in Diversion Programs for Persons With Serious Mental Illness Who Are in Conflict With the Law: Literature Review and Synthesis* (en ligne), Ontario, Ontario Mental Health Foundation, 2004. Consulté le 3 août 2007. Internet : <<http://www.cacp.ca/english/download.asp?id=642>>.
62. R. D. Schneider, H. Bloom et M. Heerema, *Mental Health Courts Decriminalizing the Mentally Ill*, Toronto, Irwin Law, 2007.
63. H. J. Steadman, S. M. Morris et D. L. Dennis, « The Diversion of Mentally Ill Persons From Jails to Community-Based Services: A Profile of Programs », *American Journal of Public Health*, vol. 85 (1995), p. 1630-1635.
64. Ville de Vancouver, *Car 87—Mental Health Car* (en ligne), 2007, p. 1. Consulté le 12 décembre 2007. Internet : <<http://www.city.vancouver.bc.ca/police/OpsSupp/youth/car87.htm>>.
65. H. Kent, « News @ a Glance », *Journal of Ayub Medical College*, vol. 4 (2005), p. 172.
66. Crisis Outreach and Support Team (COAST), *Coast: Crisis Outreach and Support Team* (en ligne), 2007. Consulté le 12 décembre 2007. Internet : <http://www.coasthamilton.ca/coastad_eng.htm>.
67. Capital Health, *Mental Health Mobile Crisis Team* (en ligne), 2007. Consulté le 12 décembre 2007. Internet : <<http://www.cdha.nshealth.ca/default.aspx?Page=75&category.Categories.1=104¢erContent.Id.0=5278>>.
68. L. Simpson, L. Gardner et C. Mitton, *Calgary Diversion Project, Final Evaluation Report*, Calgary, Alberta Health and Wellness, 2004.
69. R. S. Swaminath et coll., « Experiments in Change: Pretrial Diversion of Offenders With Mental Illness », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 5 (2002), p. 450-458.
70. Ministère de la Justice du Canada, *The Youth Criminal Justice Act: Summary and Background* (en ligne), Ottawa, ministère de la Justice du Canada, 2006. Consulté le 8 novembre 2007. Internet : <<http://www.justice.gc.ca/en/ps/yj/ycja/explan.html>>.

71. Ministère de la Justice du Canada, *YCJA Explained: Overview* (en ligne), Ottawa, ministère de la Justice du Canada, 2002. Consulté le 8 novembre 2007. Internet : <<http://www.justice.gc.ca/en/ps/yj/repository/downloads/2010001.pdf>>.
72. Ontario Courts, *Mental Health Court Toronto, Old City Hall* (en ligne), 2007. Consulté le 3 août 2007. Internet : <http://www.ontariocourts.on.ca/ontario_court_justice/mentalhealth/index.htm>.
73. D. C. Walker, juge, éd., *Provincial Judges' Journal*, 2006.
74. Saint John Mental Health Court, *2006 Annual Report - Moving Ahead*, Saint John, Nouveau-Brunswick, 2006.
75. V. Joshi et A. Brien, *Long Term Outcome of Patients Participating in Mental Health Court in Saint John, New Brunswick, Canada*, exposé présenté au XXIX^e Congrès international de droit et de santé mentale, Paris, France, le 4 juillet 2005.
76. H. J. Steadman et M. Naples, « Assessing the Effectiveness of Jail Diversion Programs for Persons With Serious Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorders », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 23 (2005), p. 163-170.
77. D. Macfarlane et coll., « Mental Health Services in the Courts: A Program Review », *Health Law in Canada*, vol. 25 (2004), p. 21-28.
78. J. Latimer et A. Lawrence, *The Review Board Systems in Canada: An Overview of Results From the Mentally Disordered Accused Data Collection Study*, Ottawa, ministère de la Justice du Canada, 2006.
79. H. R. Lamb et L. E. Weinberger, « Persons With Severe Mental Illness in Jails and Prisons: A Review », *Psychiatric Services*, vol. 49, n^o 4 (1998), p. 483-492.
80. B. Moloughney, « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, suppl. 1, (mars-avril 2004), p. S1-S63.
81. D. E. McNiel, R. L. Binder et J. C. Robinson, « Incarceration Associated With Homelessness, Mental Disorder, and Co-Occurring Substance Abuse », *Psychiatric Services*, vol. 56, n^o 7 (2005), p. 840-846.
82. The John Howard Society, *The Missing Link: Discharge Planning, Incarceration and Homelessness*, Toronto, The John Howard Society, 2006.
83. E. Walsh, A. Buchanan et T. Fahy, « Violence and Schizophrenia: Examining the Evidence », *British Journal of Psychiatry*, vol. 180 (2002), p. 490-495.
84. H. A. Kitchin, « Needing Treatment: A Snapshot of Provincially Incarcerated Adult Offenders in Nova Scotia With a View Towards Substance Abuse and Population Health », *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, vol. 47, n^o 3 (2005), p. 501-525.
85. S. Fazel et J. Danesh, « Serious Mental Disorder in 23000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys », *Lancet*, vol. 359, n^o 9306 (2002), p. 545-550.
86. Association canadienne pour la santé mentale, *Post Traumatic Stress Disorder* (en ligne), p. 1-2. Consulté le 12 décembre 2007. Internet : <http://www.cmha.ca/bins/print_page.asp?cid=3-94-97&lang=1>.

87. P. A. May et J. P. Gossage, « Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome. A Summary », *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, vol. 25, n° 3 (2001), p. 159-167.
88. L. Burd et coll., « Fetal Alcohol Syndrome in the Canadian Corrections System », *Journal of FAS International*, vol. 1 (2003), p. 1-10.
89. A. E. Chudley et coll., « Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Canadian Guidelines for Diagnosis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, n° 5, suppl. (2005), p. S1-S21.
90. A. M. Abrantes, N. G. Hoffmann et R. Anton, « Prevalence of Co-Occurring Disorders Among Juveniles Committed to Detention Centers », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 49, n° 2 (2005), p. 179-193.
91. L. Scahill et M. Schwab-Stone, « Epidemiology of ADHD in School-Age Children », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 9, n° 3 (2000), p. 541-555.
92. S. Trevethan, J.-P. Moore et C. J. Rastin, « A Profile of Aboriginal Offenders in Federal Facilities and Serving Time in the Community », *FORUM on Corrections Research*, vol. 14, n° 3 (2002), p. 1-6.
93. Statistique Canada, *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census*, Ottawa, Ministre responsable de Statistique Canada, 2008. N° 97-558-XIE au catalogue
94. Service correctionnel du Canada, *Aboriginal Offender Survey: Case Files & Interview Sample*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1997.
95. R. Vermeiren, I. Jaspers et T. Moffitt, « Mental Health Problems in Juvenile Justice Populations », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 15, n° 2 (2006), p. 333-351.
96. Solliciteur général du Canada, *Sentence Calculation: How Does It Work?* (en ligne), 2007. Consulté le 8 août 2007. Internet : <http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/corrections/pdf/sentence_calcbook_how_e.pdf>.
97. Statistique Canada, *Adult Correctional Services in Canada, 2004/2005*, Ottawa, Statistique Canada, 2006. N° 85-002-XIE au catalogue.
98. Sécurité publique Canada, *Federal and Provincial Responsibilities* (en ligne), 2007. Consulté le 7 août 2007. Internet : <<http://publicsafety.gc.ca/prg/cor/acc/ifpr-en.asp>>.
99. *Bill C-44.6: Corrections and Conditional Release Act* (en ligne) (1992, lecture c.20, 18 juin 1992; C-44.6, legislature), Ottawa, gouvernement du Canada, 1992. Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <<http://laws.justice.gc.ca/en/ShowFullDoc/cs/C-44.6///en>>.
100. Sécurité publique Canada, *Sentence Calculation: A Handbook for Judges, Lawyers and Correctional Officials* (en ligne), Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005. Consulté le 30 octobre 2007. Internet : <http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/Corrections/sent_calc_handbook/index_e.asp>.
101. British Columbia Ministry of Public Safety and Solicitor General, *The Strategic Plan of B.C. Corrections*, Victoria, Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2006.
102. Assemblée nationale du Québec, *Compassion Equity Impartiality Respect*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007.

103. Ministère de la Justice du Nunavut, *Corrections* (en ligne), 2007. Consulté le 8 août 2007. Internet : <<http://www.justice.gov.nu.ca/english/corrections.html>>.
104. Gouvernement de l'Alberta, *Aboriginal Justice Programs and Initiatives*, Alberta, Justice and Attorney General of Alberta, 2006.
105. British Columbia Ministry of Public Safety and Solicitor General, *Correctional Facilities in British Columbia* (en ligne), 2004. Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <<http://www.pssg.gov.bc.ca/corrections/in-bc/details/overview.htm>>.
106. Gouvernement de la Saskatchewan, *Adult Correctional Facilities* (en ligne), 2007. Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <www.cps.gov.sk.ca/Adult-Correctional-Facilities>.
107. Gouvernement de l'Ontario, *Adult Offenders—Treatment Programs* (en ligne), 2004. Consulté le 8 novembre 2007. Internet : <www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/corr_serv/adult_off/treat_prog.html>.
108. Service correctionnel du Canada, *Women Offender Programs and Issues, Federally Sentenced Women on Conditional Release: A Survey of Community Supervisors* (en ligne), Service correctionnel du Canada, 2007. Consulté le 28 janvier 2008. Internet : <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/fsw29/fsw29e05-eng.shtml>>.
109. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Directory: Community and Correctional Services (Division)* (en ligne), 2005. Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <<http://app.infoaa.7700.gnb.ca/gnb/pub/DetailOrgEng1.asp?OrgID1=2551&Keyword1=&DeptID1=78>>.
110. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Offender Programs* (en ligne), 2007. Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <www.gov.ns.ca/just/Divisions/Corrections/OffenderPrograms.asp>.
111. M. A. Jablonski, T. Lukaszuk et R. Danyluk, *Government MLA Review of Correctional Services: The Changing Landscape of Corrections* (en ligne), Edmonton, Legislative Assembly of Alberta, 2002. Internet : <<http://www.solgen.gov.ab.ca/downloads/documentloader.aspx?id=45376>>.
112. Gouvernement du Yukon, *Sexual Offender Risk Management Program* (en ligne), 2004. Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <www.justice.gov.yk.ca/prog/cor/vs/programs.html>.
113. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, *Attorney General: Community and Correctional Services* (en ligne). Consulté le 7 novembre 2007. Internet : <www.gov.pe.ca/oag/cacs-info/index.php3>.
114. John Howard Society of Newfoundland and Labrador Inc., *Learning Resources Program* (en ligne). Consulté le 30 janvier 2008. Internet : <http://www.johnhowardnl.ca/lrp/lrp.htm>>.
115. John Howard Society of Ontario, *Remand in Ontario: A Backgrounder*, Toronto, John Howard Society of Ontario, 2005.
116. Statistique Canada, « Adult and Youth Correctional Services: Key Indicators », *The Daily*, 21 novembre 2007, p. 1-6.
117. Service correctionnel du Canada, *Correctional Service Canada 2007-2008 Estimates, Part III Report on Plans and Priorities* (en ligne), Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2007. Consulté le 7 août 2007. Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/0708/csc-scc/csc-scc_e.pdf>.

118. Service correctionnel du Canada, *Living Skills Program* (en ligne), 2007. Consulté le 7 août 2007. Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/correctional/living_skills_program_e.shtml>.
119. D. Robinson, *The Impact of Cognitive Skills Training on Post-Release Recidivism among Canadian Federal Offenders*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1995.
120. C. Dowden, K. Blanchette et R. Serin, *Anger Management Programming for Federal Male Inmates: An Effective Intervention*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1999.
121. C. Dowden et R. Serin, *Anger Management Programming for Offenders: The Impact of Program Performance Measures*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2001.
122. Service correctionnel du Canada, *Violence Prevention Programs* (en ligne), 2007. Consulté le 7 août 2007. Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/correctional/vp_e.shtml>.
123. F. Cortoni, K. Nunes et M. Latendresse, *An Examination of the Effectiveness of the Violence Prevention Program*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2006.
124. B. A. Grant, D. D. Varis et D. Lefebvre, *Intensive Support Units (ISU) for Federal Offenders with Substance Abuse Problems: An Impact Analysis*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2005.
125. A. Sly et K. Taylor, *Preliminary Evaluation of Dialectical Behavior Therapy within a Women's Structured Living Environment* (en ligne), Ottawa, Direction générale de la recherche, Service correctionnel du Canada, 2003. Consulté le 7 août 2007. Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r145/r145_e.pdf>.
126. A. Sly et K. Taylor, *Evaluation of Psychosocial Rehabilitation within the Women's Structured Living Environments*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2005.
127. Bureau de l'Enquêteur correctionnel, *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2006-2007*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2007.
128. Sécurité publique Canada, *Correctional Service Canada Review Panel* (en ligne), 2007. Consulté le 30 octobre 2007. Internet : <<http://www.securitepublique.gc.ca/media/nr/2007/nr20040420-1-eng.aspx>>.
129. Service correctionnel du Canada, *Commissioner's Directive 840, Health Services* (en ligne), Ottawa, Commissaire du Service correctionnel du Canada, 2007, p. 1-6. Consulté le 15 octobre 2007. Internet : <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/doc/840-cd.pdf>>.
130. F. Bouchard, « A Continuum of Care: CSC Launches a Comprehensive Mental Health Strategy », *Let's Talk*, vol. 32, n° 1 (2007), p. 4-5.
131. S. Hodgins et coll., « A Multisite Study of Community Treatment Programs for Mentally Ill Offenders with Major Mental Disorders: Design, Measures, and the Forensic Sample », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 34 (2007), p. 211-228.

- 132.** Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé*, Ottawa, ICIS, 2006.
- 133.** Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*, Ottawa, ICIS, 2006.
- 134.** Institut canadien d'information sur la santé, *Le Plan d'action de 2007 à 2010 de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ICIS, 2006.

À vous la parole!

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport intitulé *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle* et de toute idée qui nous aiderait à améliorer les prochains rapports et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Veuillez envoyer vos idées par courrier électronique à ispc@icis.ca, ou remplir le questionnaire ci-dessous et nous l'envoyer par la poste ou par télécopieur à:

Série Améliorer la santé des Canadiens
Rétroaction sur le rapport Santé mentale, délinquance et activité criminelle
Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Télécopieur : 613-241-8120

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif consiste à améliorer les rapports à venir. Toutes les réponses demeureront confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment vous êtes-vous procuré un exemplaire du rapport *Santé mentale, délinquance et activité criminelle*?

- Par la poste Par un collègue Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire Autre (préciser) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?

- J'ai lu tout le rapport J'ai lu certains chapitres et l'ai parcouru en entier
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Clarté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Utilisation des figures | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Qualité de l'analyse | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Niveau de détail présenté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Longueur du rapport | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

Utilité du rapport

4. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous avez trouvé utile la lecture du rapport en inscrivant un « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée :

- Très utile Un peu utile Pas utile

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur le lecteur

8. Où habitez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Étranger (veuillez préciser le pays) _____ |

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur du secteur de la santé
- Chercheur
- Analyste de politiques
- Membre d'un conseil d'administration
- Représentant élu
- Dispensateur de soins
- Étudiant/jeune
- Éducateur
- Dispensateur de soins de santé mentale
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci d'avoir rempli le questionnaire.



Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.