

**Bureau de l'Enquêteur correctionnel
(BEC)**

**Évaluation finale
de la réponse du Service
correctionnel du Canada
sur les décès en établissement**

8 septembre 2010

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

1 Introduction

Il s'agit de la quatrième (et dernière) évaluation trimestrielle de la réponse du Service correctionnel du Canada (SCC) aux conclusions et aux recommandations découlant d'une série de rapports, d'études et d'enquêtes internes et externes (Bureau de l'enquêteur correctionnel – BEC) sur les décès pouvant être évités dans les établissements correctionnels fédéraux. Cette dernière évaluation porte principalement sur l'incidence de la réponse du SCC et les engagements que le Service a pris jusqu'à maintenant pour prévenir les décès en établissement, et expose de façon détaillée certains sujets de préoccupation continus et immédiats.

Les facteurs individuels et systémiques qui jouent un rôle dans la prévention des décès en établissement ont été exposés en détail.

- *Étude sur les décès en établissement* (février 2007) du BEC, Examen sur 82 décès de causes non naturelles (p. ex. suicides, homicides et décès accidentels) survenus dans des établissements correctionnels fédéraux entre 2001 et 2005.
- Comité d'enquête nationale du SCC sur le décès d'une détenue (Ashley Smith) survenu le 19 octobre 2007 à l'Établissement pour femmes Grand Valley (février 2008).
- Direction des enquêtes sur les incidents (DEI) du SCC – Conclusions importantes découlant des enquêtes nationales sur les suicides de détenus (avril 2008).
- Rapports annuels sur les suicides des détenus du SCC (2002 et années subséquentes).
- Enquête du BEC – À défaut de répondre : Rapport sur les circonstances entourant le décès d'un détenu sous responsabilité fédérale (mai 2008).
- Enquête du BEC – Une mort évitable (juin 2008); enquête menée par le BEC sur le décès d'Ashley Smith (rapport rendu public en mars 2009).
- Direction des enquêtes sur les incidents (DEI) du SCC – Conclusions importantes découlant des enquêtes nationales sur les décès de cause naturelle (janvier 2009).
- Direction des enquêtes sur les incidents (DEI) du SCC – Décès en établissement : points essentiels et constatations principales (rapport d'activité, mai 2010 et mois subséquents).

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

En septembre 2009, mon Bureau a rendu public son évaluation initiale de la réponse du SCC aux questions soulevées dans les rapports d'enquête sur les décès en établissement. Depuis, le Bureau a publié deux autres évaluations trimestrielles, soit en décembre 2009 et en mars 2010. La Réponse du Service et les Évaluations du BEC font partie des archives publiques et sont affichées sur notre site Web (www.oci-bec.gc.ca).

Dans cette dernière évaluation, l'objectif ne vise pas simplement à formuler de nouveau des recommandations ou à rappeler les conclusions découlant des rapports précédents. Je crois que la voie à suivre est claire. Il est essentiel que le SCC convertisse les conclusions, recommandations et leçons apprises en progrès concrets et durables sur le terrain. La préservation de la vie humaine fait partie intégrante du mandat du SCC. Je m'attends à ce que ce principe soit intégré dans la politique, se reflète dans la culture de l'organisme et oriente les interactions quotidiennes avec les délinquants. La préservation de la vie humaine suppose une approche intégrative axée sur un « continuum de soins ». Cette approche nécessite une vigilance accrue et soutenue et ne peut être adoptée indépendamment de son contexte, sans coordination ou de façon isolée. Tous les secteurs du SCC – sécurité, services de santé, gestion des cas, élaboration de programmes, formation du personnel, recherche et éducation – doivent travailler ensemble à l'atteinte d'un but commun.

Évaluation des initiatives les plus récentes

Dans la troisième évaluation trimestrielle, nous avons relevé une série d'initiatives prometteuses qui ont été mises en œuvre en réponse à certaines recommandations formulées dans les rapports du Bureau sur les décès en établissement. Durant ce trimestre, l'équipe de vérification du SCC chargée d'examiner les progrès réalisés en ce qui a trait aux engagements clés liés à la prévention des décès en établissement a terminé l'examen des 11 établissements correctionnels fédéraux. L'équipe a formulé 18 recommandations dans les secteurs des ressources et des communications, de la sécurité active, de l'isolement et de la santé mentale.

En juillet 2010, j'ai reçu trois autres rapports externes qui avaient été commandés par le SCC afin de donner suite aux recommandations découlant du rapport d'enquête sur le décès d'Ashley Smith intitulé *Un décès pouvant être évité*. Ensemble, les trois examens indépendants qui portent sur les plaintes et de la procédure de règlement des griefs du SCC, ainsi que sur les préoccupations relatives à l'isolement à long terme de détenus souffrant de troubles mentaux, ont donné lieu à 128 recommandations additionnelles.

J'approuve les conclusions et les recommandations découlant de la vérification interne et des trois rapports externes. Dans l'intérêt public, j'encourage le SCC à en faire autant et à divulguer ces rapports, de même que la réponse détaillée et les plans d'action.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Voici d'autres progrès importants réalisés durant ce trimestre.

- Création d'un groupe d'examen indépendant qui évaluera, chaque année, le caractère approprié et adéquat des mesures correctives entreprises par le SCC en réponse aux divers rapports sur les décès en établissement.
- Réunions annuelles avec les représentants du bureau du coroner en chef et du bureau du médecin légiste afin de discuter et de trouver des façons d'améliorer les stratégies du SCC en vue de prévenir les décès en établissement.
- Adoption de lignes directrices procédurales pour l'utilisation de défibrillateurs externes automatisés (DEA) dans les établissements correctionnels fédéraux.
- Diffusion d'un Bulletin de sécurité intitulé Vulnérabilités des infrastructures – Points d'attache et prévention du suicide.
- Affichage (Infonet) interne du Bulletin 3 intitulé Décès en établissement : Éléments essentiels et conclusions importantes (rapport d'activité, de janvier à mars 2010).

Ces activités sont importantes. Elles reflètent l'engagement du SCC visant à prévenir les décès et à réduire le nombre de décès dans les établissements correctionnels fédéraux. Comme je l'ai mentionné précédemment, j'encourage le SCC à faire part publiquement de ses efforts visant à réduire le nombre de décès pouvant être évités en établissement.

Évaluation finale

Presque trois années se sont écoulées depuis le décès d'Ashley Smith à l'Établissement pour femmes Grand Valley. Entre octobre 2007 et août 2010, 130 détenus sous responsabilité fédérale sont décédés. Je considère qu'il est dans l'intérêt public de déterminer si les mesures et les efforts du SCC ont permis de respecter l'engagement qui consiste à inscrire les décès pouvant être évités sur la liste des priorités ministérielles.

Cette évaluation permet de passer en revue neuf résumés de cas de décès en établissement survenus entre avril 2008 et avril 2010. Les cas ont été choisis délibérément, car ils mettent en évidence des caractéristiques importantes et, dans plusieurs cas, des tendances récurrentes. De façon individuelle et collective, les cas illustrent la complexité du défi auquel fait face le SCC en ce qui a trait à la préservation de la vie humaine dans un contexte correctionnel. Chaque cas aboutit à des conclusions importantes, mais expose également la nécessité de porter une attention plus particulière à certaines mesures de

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

prévention, plus particulièrement dans des cas touchant des groupes « à risque » plus vulnérables.

Cinq des décès étaient des suicides et un décès est survenu à la suite de complications médicales résultant d'un comportement d'automutilation chronique. Pour deux des décès survenus, la personne décédée était de descendance autochtone. Parmi les victimes de suicide, on compte un jeune délinquant sous responsabilité fédérale qui purgeait pour la première fois une peine de deux ans. Certains des décès concernaient des délinquants qui souffraient de troubles mentaux. Trois cas ont été recensés comme des décès de causes « naturelles », bien que la cause du décès soit inconnue dans l'un des cas.

Les faits exposés sont extraits des rapports du Comité d'enquête du SCC. Le contenu des résumés a été corroboré aux documents existants, y compris l'information relative aux mesures disciplinaires prises par le personnel dans le cas d'incidents impliquant le décès d'un détenu. Dans certains cas, des enquêtes internes peuvent être en cours. Les résultats des enquêtes du coroner visant à déterminer la cause ou les circonstances du décès n'étaient peut-être pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent document.

Pour chacun des cas, un résumé des préoccupations du Bureau a été consigné. Les préoccupations exposées dans le résumé englobent

- la qualité des soins reçus;
- l'intervention ou le suivi médical inadéquat ou inopportun;
- les lacunes sur le plan de l'échange de renseignements essentiels entre le personnel clinique et le personnel de première ligne;
- l'observation, la surveillance et l'évaluation du risque de suicide inappropriées ou inadéquates;
- qualité des rapports des comités d'enquête nationaux.

Il ne s'agit, en aucun cas, de nouveaux problèmes pour le SCC. Tous les facteurs contribuant aux décès qui ont fait l'objet d'un examen dans le cadre de cette évaluation ont été mis en évidence dans les enquêtes et les rapports précédents. De plus, un rapport sur les activités interne (SCC) qui résume les points essentiels et les conclusions importantes de 15 décès qui sont survenus dans des établissements fédéraux entre janvier et mars 2010 expose les problèmes de conformité suivants :

- Enregistrement, présentation et communication de renseignements.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

- Incohérences liées à certains cas de patrouilles et de dénombremments.
- Préoccupations relatives à l'intervention en temps opportun des Services de santé.
- Préoccupations relatives à l'emplacement du bouton d'urgence des cellules dans le cas de détenus ayant une incapacité physique.
- Exécution des manœuvres de RCR.
- Problèmes liés au manque de protection vis-à-vis des points de suspension.¹

D'après le rapport sur les activités, « des mesures correctives ont été prises pour régler les problèmes susmentionnés ».

Comme nous avons conclu dans le Rapport d'étude sur les décès en établissement de 2007 du Bureau, il est probable que certains décès qui font actuellement l'objet d'un examen auraient pu être évités grâce à de meilleures évaluations du risque, à des mesures de prévention plus énergiques et à des interventions plus rapides et efficaces de la part du personnel en établissement. Il reste manifestement beaucoup de choses à améliorer.

Je ne conteste pas le dynamisme, les efforts et l'engagement du SCC à l'égard du principe de « préservation de la vie humaine ». Cependant, les progrès mesurables, y compris un cadre d'indicateurs de rendement permettant de consigner les améliorations et les lacunes au fil du temps par rapport à des critères bien définis, ne sont pas encore suffisants. Les derniers chiffres ne montrent pas une réduction du taux de décès de délinquants de causes autres que naturelles.²

¹ Direction des enquêtes sur les incidents, Décès en établissement : points essentiels et conclusions importantes (Rapport d'activité, de janvier à mars 2010), 10 mai 2010

² Le nombre total de surdose entraînant la mort en 2008-2009 était de 2 et était de 1 en 2009-2010. Le nombre total de meurtres en 2008-2009 était de 2 et était de 1 en 2009-2010. Le nombre total de suicides pour 2008-2009 était de 9 et demeure le même pour 2009-2010. Le nombre total de décès de causes inconnues en 2008-2009 était de 4 et était de 7 en 2009-2010. (La catégorie Décès de causes inconnues se rapporte aux décès suspects où le coroner en chef ou le bureau du médecin légiste n'a pas encore déterminé la cause exacte du décès.) Source : Gestion du rendement du SCC

Préoccupations relatives à l'échange d'information

Par ailleurs, les cas de suicide examinés ici révèlent des problèmes récurrents sur le plan de la capacité à cerner, à reconnaître et à rassembler les indicateurs précoces de risque de suicide. Le personnel du SCC a reçu une formation afin de cerner les facteurs liés au risque d'automutilation ou de suicide. Bon nombre d'établissements utilisent un système de diffusion d'avis codés par couleur afin d'aviser le personnel de première ligne lorsqu'un délinquant est placé sous surveillance accrue ou en cellule d'observation. Toutefois, dans un certain nombre de cas de suicide résumés dans le présent document, un échange d'information efficace aurait pu être important pour les efforts d'intervention et de prévention du personnel clinique et de première ligne. La capacité de constater et de communiquer un changement dans les activités quotidiennes ou le comportement d'un délinquant, et de prendre des mesures à cet égard, est une composante essentielle d'une stratégie efficace en matière de prévention du suicide et de connaissance de la situation.

Nous savons que de nombreuses tentatives de suicide ont été évitées grâce aux interventions cliniques et aux agents de surveillance. Nous ne saurons jamais combien de vies ont été sauvées grâce aux patrouilles de sécurité, à la surveillance accrue ou aux interventions en temps opportun et adaptées à la situation du personnel de première ligne, ainsi que des professionnels de la santé et du personnel clinique. Malheureusement, dans les cas examinés dans le présent document, on ne relève que des échecs, non les succès. Comme le Service le reconnaît lui-même (et nous sommes d'accord), il est extrêmement difficile d'empêcher un délinquant, déterminé et capable, de mettre fin délibérément à ses jours dans un milieu carcéral. La présentation de ces résumés de cas ne vise pas à mettre en évidence des événements particuliers ou à mettre en cause certaines personnes, mais a plutôt pour but d'illustrer les défis continus auxquels fait face le SCC pour préserver la vie humaine en milieu carcéral. Nous espérons que le présent document indiquera la voie à suivre en ce qui a trait à l'adoption de meilleures pratiques en matière de préservation de la vie humaine.

Qualité des rondes de sécurité et des patrouilles – Sécurité active

En ce qui concerne un certain nombre de décès récents en établissement, de cause naturelle ou autre, les rapports d'enquête du SCC révèlent des lacunes en matière de conformité concernant les patrouilles de sécurité et les protocoles d'intervention d'urgence. Dans certains cas, les enquêtes internes révèlent que les patrouilles n'étaient pas effectuées conformément aux politiques. Il est obligatoire d'effectuer des rondes de sécurité aléatoires, plutôt que d'effectuer des rondes selon un horaire régulier.

Cependant, ce n'est pas seulement la quantité ou la fréquence des rondes de sécurité qui permettra de réduire le nombre de décès pouvant être évités,

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

mais également la qualité des patrouilles et la vigilance des agents. On a constaté que certaines patrouilles ont été effectuées tellement vite que les agents n'ont pas pris le temps de vérifier chacune des cellules afin de s'assurer que les détenus étaient en vie et se portaient bien.

L'interaction régulière entre le personnel et les délinquants est une composante clé de la sécurité active et efficace qui se traduit par des conditions de vie et de travail plus sécuritaires pour les deux groupes. Ce point est illustré dans le cas du détenu qui s'était pendu en position debout. Les agents qui ont effectué les patrouilles précédentes avaient omis de signaler ou de remarquer que le détenu était suspendu à une tablette.

Interventions en temps opportun et adaptées à la situation

Comme il est précisé dans les deuxième et troisième évaluations trimestrielles, mon Bureau est de plus en plus préoccupé par les décès dits de cause « naturelle ». Les résumés de cas englobent trois décès de cause naturelle – c.-à-d. des décès dont la cause n'est pas attribuable à un suicide, à un homicide ou à un accident – afin de souligner les enjeux liés au principe de « préservation de la vie humaine ». Dans de nombreuses circonstances, les agents correctionnels sont les premiers intervenants en cas d'urgence médicale. Dans ces cas, les agents doivent compter sur leur formation, leur expérience et leur instinct afin de préserver la vie humaine dans une situation où chaque seconde compte.

Il est ainsi inquiétant de constater que certains agents de première ligne ne sont pas munis de matériel d'urgence nécessaire (p. ex., masque de réanimation, gants) lorsqu'ils font face à une urgence médicale. Bien qu'il soit beaucoup moins courant de voir des cas où les agents correctionnels s'équipent d'un ensemble de protection ou d'équipement de sécurité (par exemple des bâtons, des boucliers, de vaporisateurs de poivre) avant d'entrer dans une cellule lors d'une situation d'urgence médicale, on a signalé dans l'un des cas examinés dans le présent document que les agents correctionnels s'étaient armés étant donné qu'il s'agissait d'une pratique jugée appropriée dans cette unité spéciale, malgré le fait que cette pratique est en contradiction avec les directives nationales sur les interventions d'urgence médicale.

On reconnaît que le SCC fait face à des enjeux extrêmement importants en ce qui a trait à la prévention des décès en établissement en raison du nombre croissant de délinquants atteints de troubles mentaux. Dans l'un des cas, les agents correctionnels ont tenté de placer un détenu à l'extérieur de l'unité affectée à la population carcérale générale en raison de son problème de comportement. Le personnel de soins de santé a confirmé que le détenu pouvait être placé en isolement sans que cette mesure compromette sa sécurité, même si les causes possibles de santé mentale sont à la base du problème de comportement. Les normes minimales en matière de soins, de traitement et de

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

protection prévues par la loi et la politique n'ont tout simplement pas été respectées dans ce cas. Dans un autre cas, le personnel de soins de santé croyait qu'un détenu présentait des symptômes de santé mentale alors qu'en fait son comportement était lié à des dommages au cerveau causés par un anévrisme. Le détenu n'avait pas souffert de troubles mentaux par le passé. Son comportement et son attitude ont simplement été décrits comme « étranges ». Une évaluation complète de la santé physique aurait pu permettre d'établir un diagnostic précis et d'intervenir en vue de préserver la vie du détenu.

Dans un autre cas encore, un détenu âgé de 28 ans est décédé dans un hôpital externe à la suite d'un comportement d'automutilation extrême et chronique qui a duré plusieurs années. Étant donné la longue durée et la nature extrême du comportement d'automutilation et le fait que le SCC a mené au moins huit enquêtes au cours de l'incarcération du délinquant, mon Bureau a recommandé une réunion du Comité d'enquête nationale, présidé par un professionnel de la santé externe au SCC. Le SCC a convenu de mener une enquête nationale, bien qu'elle sera dirigée par un professionnel de la santé du SCC. On peut convenir qu'en dépit des efforts déployés par le personnel correctionnel et le personnel médical, y compris les périodes prolongées d'hospitalisation dans un établissement externe, la demande de conseils auprès d'intervenants externes et les divers traitements, il n'aurait peut-être pas été possible de modifier le comportement d'automutilation extrême de ce détenu pendant son incarcération. Malheureusement pour ce jeune homme, il n'y avait aucune unité de soins pour les besoins complexes ou d'unité de soins intermédiaires en santé pour fournir le niveau de soutien intensif et de soins spécialisés qui auraient pu être nécessaires dans ce cas.

Mesures correctives, responsabilisation et leçons apprises

Des enquêtes disciplinaires à l'égard du personnel furent menées à la suite des quatre décès. Certaines enquêtes disciplinaires internes ont révélé des problèmes liés à la conformité et au rendement; on compte trois enquêtes qui ont donné lieu à une mesure disciplinaire formelle à l'égard du personnel qui allait d'une réprimande écrite à une suspension de 12 jours sans solde. Dans tous les autres cas, l'intervention du personnel n'a pas fait l'objet d'un examen disciplinaire.

En ce qui concerne les mesures correctives, les comités d'enquête nationaux (CEN) ont formulé des recommandations dans quatre cas distincts. Dans les cas où l'on a formulé des recommandations, celles-ci semblent, selon nous, ne pas cadrer avec la gravité des lacunes dont font état les conclusions du Comité. En règle générale, les rapports d'enquête interne ne mettent pas en relief les questions relatives à la responsabilisation. Sur le plan des mesures correctives, les rapports mettent généralement l'accent sur la nécessité de se conformer aux politiques, de clarifier les politiques ou d'améliorer la formation.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Les rapports du CEN ne sont pas rendus publics et ne sont pas automatiquement transmis aux membres de la famille.

Suivant les politiques du SCC, le processus d'enquête interne vise à s'assurer que

1. des mesures adéquates sont prises à la suite d'un incident;
2. les leçons tirées de l'examen et de l'analyse des rapports sont intégrées dans les pratiques organisationnelles;
3. la responsabilité, la responsabilisation et la transparence ont été démontrées.

L'examen et la corroboration des rapports des comités d'enquête nationaux nous ont permis de relever une série de lacunes communes et permanentes.

- Qualité du processus d'enquête interne et des rapports (p. ex. mettre l'accent sur la chronologie et le contexte plutôt que sur l'analyse critique et la formulation de commentaires).
- Représentation limitée d'intervenants externes, indépendants ou d'experts au sein des comités d'enquête nationaux.
- Manque de progrès manifestes et continus en ce qui a trait à l'intégration uniforme des leçons apprises dans les cinq régions où le SCC mène des activités.

Conclusions et résumé des recommandations

Les cas choisis mettent en relief des problèmes importants et récurrents sur le plan de la conformité. Comme il fallait s'y attendre, le processus d'enquête interne du SCC en arrive à des constats similaires relativement aux préoccupations individuelles et systémiques. Par suite de ces conclusions, on peut tirer des leçons, déterminer les mesures correctives et les mettre en œuvre. Les erreurs ne devraient pas se reproduire et les recommandations ne devraient pas être formulées de nouveau. Les leçons tirées d'un seul décès doivent avoir une incidence durable sur le milieu correctionnel.

En effet, il y a des lacunes particulières en ce qui a trait à la qualité globale de l'examen interne et des méthodes de surveillance en place, ayant pour conséquence une imputabilité diminuée et un gestion moins centrée sur les pratiques correctionnelles sécuritaires et efficaces. Le maintien de l'équilibre entre les obligations de diligence professionnelles et de préservation de la vie humaine, et les impératifs opérationnels s'avère être un défi continu. La sécurité

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

et les interventions spécialisées doivent être perçues comme étant des activités complémentaires, et non pas incompatibles. D'un point de vue préventif, il existe quelques zones à risques particulièrement élevés qui nécessitent un examen interne et un cadre de responsabilisation rigoureux; on pense immédiatement à l'utilisation de la réclusion et de l'isolement cellulaire pour gérer les délinquants à risque de se suicider et à l'application de moyen de contention afin de gérer les délinquants qui s'automutilent. Il semble également évident que les rapports publics sont un élément clé en matière de responsabilisation afin d'évaluer le progrès du Service et sa capacité à sauver des vies et à prévenir les décès en établissement. Les leçons retenues doivent être transposées dans les activités et les mesures qui font une différence notoire et soutenue.

Les neuf cas examinés dans le présent document comportaient des lacunes communes sur les plans suivants :

1. intervention en cas d'urgence médicale;
2. échange d'information entre le personnel clinique et de première ligne;
3. surveillance des indicateurs précoces de suicide;
4. qualité/fréquence des patrouilles de sécurité, des rondes et des dénombrements;
5. gestion des délinquants atteints de troubles mentaux;
6. qualité des rapports et des processus d'enquête interne.

Voici mes recommandations visant à combler les lacunes susmentionnées.

1. Je recommande que le SCC élabore un cadre de responsabilisation et de rendement exhaustif afin d'assurer la réalisation de progrès continus en ce qui a trait à l'examen des facteurs liés à la prévention des décès en établissement.
2. Je recommande que le SCC fournisse des services de soins de santé tous les jours 24 heures sur 24 dans tous les établissements à sécurité maximale, moyenne et dans tous les établissements à niveaux de sécurité multiples.
3. Je recommande que les renseignements et les instructions de base liés à la gestion des délinquants présentant des risques d'automutilation et de suicide soient communiqués au personnel de première ligne de manière à

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

assurer une surveillance efficace et veiller à ce que les stratégies d'intervention de crise et les protocoles en matière de prévention puissent être consultés facilement et rapidement.

4. Je recommande d'améliorer la qualité des patrouilles de sécurité en adoptant des mesures de vérification et de responsabilisation visant à assurer que les rondes et les dénombrements sont effectués conformément au principe de « préservation de la vie humaine ».
5. Je recommande l'interdiction de placer en isolement prolongé des délinquants atteints de troubles mentaux qui présentent un risque de suicide ou d'automutilation.
6. Je recommande que le SCC renforce son processus d'enquête nationale afin que les principes d'indépendance, de responsabilisation et de transparence soient intégrés dans l'examen des leçons apprises et la mise en œuvre de mesures correctives. À cette fin, les comités d'enquête nationaux chargés d'enquêter entre autres sur les cas de suicide et d'automutilation grave, doivent être présidés par des professionnels de la santé indépendants et leurs rapports doivent être rendus publics.
7. Je recommande que le SCC crée un poste de cadre supérieur dont le titulaire devra promouvoir, surveiller et assurer l'adoption des pratiques de détention sécuritaire.

Conclusions

La prévention des décès en établissement est un travail ardu. Il n'existe pas de raccourci. Même les erreurs ou les omissions les plus futiles, par exemple le fait d'omettre de consigner ou de communiquer un changement dans le comportement d'un délinquant, peuvent involontairement donner lieu à des conséquences tragiques. En dépit de l'application d'une politique adéquate, de l'obligation légale de fournir des soins et de meilleurs efforts déployés par le personnel, un pénitencier n'est pas un hôpital. La sécurité est toujours un facteur dont il faut tenir compte. La gestion des soins médicaux en cas d'urgence est complexe, précaire et difficile dans les services d'urgence les plus sophistiqués sur le plan de la technologie. Dans un milieu carcéral, il est toujours plus complexe de gérer les soins médicaux étant donné qu'il faut constamment établir l'équilibre entre les préoccupations relatives à la sécurité et l'obligation juridique de diligence.

L'initiative et l'orientation du SCC visant à se pencher sur les facteurs liés aux décès en établissement pouvant être évités sont indéniables. Il est clair que, depuis sa haute direction, le SCC est saisi de la question et est déterminée à améliorer sa capacité et son rendement en ce qui a trait à la prévention des décès en établissement. Bien que cet engagement mérite une reconnaissance et

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

une mention élogieuse, mon Bureau préconise les progrès continus et la transparence.

Dans la dernière analyse, je reviens sur les questions relatives à la responsabilisation et à la gouvernance. En concluant la quatrième évaluation trimestrielle, j'ai constaté que le SCC n'avait pas tenu compte de certaines questions principales qui peuvent réduire considérablement le nombre de décès pouvant être évités en établissement. Fait inquiétant, les mêmes structures de gouvernance et de responsabilisation qui se sont avérées inefficaces dans le cas de la jeune Ashley Smith sont encore largement en place, et les mêmes lacunes sur le plan des services de santé mentale sont encore existantes. Les préoccupations relatives à la sécurité ont encore fortement tendance à éclipser les interventions cliniques. Les directeurs d'établissements pour femmes ne relèvent toujours pas d'une autorité centrale nationale. Les détenus atteints de troubles mentaux placés en isolement à long terme (au-delà de 60 jours) ne sont toujours pas surveillés par des intervenants indépendants et spécialisés. Les délinquants au comportement autodestructeur chronique atteints de troubles mentaux graves font encore l'objet d'interventions où les agents font un usage disproportionné de placements involontaires en isolement. Il y a encore lieu de créer une unité de soins intermédiaires en santé mentale pour gérer les cas chroniques d'automutilation. Et pour terminer, la politique relative aux comités d'enquête nationale dans le cas de suicide et de comportement d'automutilation grave n'exige toujours pas que les enquêtes soient dirigées par des professionnels indépendants de la santé mentale ou que leurs rapports soient rendus public.

Annexes

RÉSUMÉ DU CAS N° 1

SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU DE 41 ANS

Contexte

Un détenu a été trouvé pendu dans sa cellule à l'automne 2008. Il était âgé de 41 ans. Il purgeait une peine d'emprisonnement de deux ans.

Le défunt était d'origine inuite, sa mère faisait partie d'une communauté qui a été déplacée à la fin des années 50. Historiquement, cette communauté a connu de graves problèmes, dont des taux très élevés d'abus d'alcool et de drogues, de violence et de troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

Le défunt avait de graves problèmes d'alcoolisme et de dépendance. Il avait de lourds antécédents criminels qui comprenaient des condamnations pour voies de fait, dont plusieurs incidents mettaient en cause des membres de sa famille. La peine qu'il purgeait lorsqu'il est décédé avait été imposée à la suite de sa première condamnation pour agression sexuelle.

Indicateurs ou événements précédant le décès

Le jour de l'incident, à 5 h, un agent de correction a effectué une patrouille de sécurité dans l'unité du détenu. Il a déclaré qu'il avait vu le détenu debout, appuyé sur le mur droit au fond de sa cellule, et que les lumières étaient éteintes. Une autre patrouille a été effectuée à 7 h 03.

Réponse

À 8 h 45, des agents ont remarqué que le détenu semblait inconscient et qu'il avait quelque chose autour du cou. Ils l'ont immédiatement rapporté. Les agents qui étaient présents ont précisé que l'homme était pendu à une étagère, du côté droit, au fond de sa cellule.

D'autres agents sont arrivés à 8 h 48 et sont entrés dans la cellule à 8 h 51. Les agents qui sont intervenus ne disposaient pas du matériel de réanimation cardio-respiratoire (RCR) requis, conformément à la directive du commissaire sur les services de santé³. L'un des agents est alors retourné au poste de sécurité afin de se procurer un masque de RCR.

Le personnel infirmier appelé sur les lieux a noté que la rigidité cadavérique était déjà avancée à son arrivée. Les bras du détenu restaient levés et l'infirmier n'est pas parvenu à insérer le matériel nécessaire dans sa bouche, car sa mâchoire

³ Directive du commissaire 800, par. 5 b)

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

était déjà trop raide. Il était évident que le détenu était décédé depuis quelques heures déjà quand on a remarqué que quelque chose n'allait pas.

Le médecin de l'établissement est arrivé à 8 h 57 et a prononcé le décès. On a indiqué au dossier que le corps montrait des signes de rigidité cadavérique et de lividité aux extrémités quand l'intervention d'urgence a été amorcée.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

Le rapport du Comité d'enquête nationale a passé en revue les différentes évaluations réalisées depuis que le détenu est entré dans le système correctionnel. Il avait fait l'objet de plusieurs évaluations des risques de suicide, mais n'avait montré aucun signe de détresse psychologique.

Le CEN a consulté les rapports des patrouilles effectuées entre 22 h la nuit précédant l'incident et 10 h la journée de l'incident, mais a seulement obtenu l'enregistrement des vidéos entre 5 h et 10 h, les enregistrements précédents ayant été détruits.

Le CEN a signalé que les dénombrements n'étaient pas effectués selon les politiques du SCC. Les patrouilles n'étaient pas aussi fréquentes que ce qui est exigé et le temps entre chacune dépassait habituellement le maximum établi dans la Directive du commissaire.⁴ De plus, les patrouilles étaient réalisées si rapidement que les agents ne prenaient manifestement pas le temps de vérifier que les détenus étaient bien dans leur cellule et qu'ils étaient en vie, tel qu'énoncé dans la politique du SCC.⁵

L'enregistrement vidéo montre un agent qui n'a pas pris le temps de regarder à l'intérieur de la cellule. Ce fait est d'autant plus préoccupant que les patrouilles de nuit nécessitent une vigilance accrue puisque la plupart des détenus dorment et qu'il est difficile de s'assurer qu'ils respirent toujours. De plus, le CEN a conclu que certaines patrouilles étaient effectuées par un seul agent, ce qui n'est pas conforme à la politique et aux directives du SCC.

L'agent qui a patrouillé à 5 h a confirmé que le détenu était dans la même position que lorsqu'on l'a trouvé mort. Il ne semble pas s'être demandé si le détenu était seulement debout ou s'il avait besoin d'aide. Le CEN a donc déterminé que le détenu était possiblement déjà décédé lors de la patrouille de 5 h. L'intervention d'urgence n'a pourtant pas été amorcée avant 8 h 48. Aucun des agents ayant patrouillé n'a remarqué que le défunt n'avait pas bougé entre les patrouilles.

Le CEN souligne que le détenu n'avait pas été considéré comme à risque de se suicider. Au cours de peines précédentes, il avait parlé d'une tentative de suicide

⁴ Directive du commissaire 566-4, par. 3

⁵ Ibid., par. 23

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

à l'adolescence, mais ce fait ne figurait pas dans les dossiers de l'établissement. Des questions relatives à la communication efficace de renseignements font l'objet de préoccupations dans cette affaire.

Sommaire des préoccupations

- La conservation d'éléments de preuve (vidéos de surveillance);
- La qualité des rondes de sécurité et des patrouilles;
- La qualité des évaluations des risques de suicide;
- L'intervention tardive à l'urgence médicale;
- L'absence d'enregistrement vidéo;
- La conformité aux Directives du commissaire au sujet des premiers soins.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

RÉSUMÉ DU CAS N° 2

DÉCÈS DE CAUSE NATURELLE D'UN DÉTENU DE 58 ANS

Contexte

Un détenu est décédé à l'automne 2009. Il était âgé de 58 ans. Tout semble indiquer qu'il est mort de causes naturelles. À la fin août 2010, le rapport du coroner n'était toujours pas disponible.

Au moment de son décès, le détenu purgeait une peine de deux ans pour voies de fait; il s'agissait de sa quatrième peine dans un pénitencier. Il souffrait de troubles mentaux et était sans-abri. Au cours de sa plus récente peine de ressort fédérale, le détenu a eu du mal à s'intégrer à la population carcérale générale en raison de son comportement bizarre et de sa mauvaise hygiène personnelle.

Indicateurs ou événements précédant le décès

Des membres du personnel ont dirigé le détenu vers un psychologue au moment de son admission, qui l'a ensuite aiguillé vers le psychiatre. Ce dernier a rencontré le détenu douze jours après son admission.

Deux jours avant sa mort, les agents ont remarqué que le détenu affichait un comportement incohérent. Vers la fin de la journée précédant sa mort, le détenu s'est affaissé sur le sol de l'unité. On l'a escorté en fauteuil roulant jusqu'à l'unité de soins de santé de l'établissement. Il était conscient à son arrivée; il a été examiné par un infirmier avant d'être renvoyé dans sa cellule. Au cours de la soirée, il s'est affaissé pendant qu'il descendait les escaliers. Un autre détenu l'a attrapé. Un agent de correction a noté que le détenu souffrait d'un «apparent déficit cognitif» et que la disposition physique de l'établissement constituait un risque pour sa sécurité.

Plus tard au cours de la soirée, l'homme qui partage la cellule du détenu a communiqué avec les agents en service. Le détenu avait uriné sur sa chaise et semblait incapable de s'occuper de lui-même. Une fois de plus, on l'a escorté en fauteuil roulant jusqu'à l'unité de soins de santé.

La peau du détenu semblait être verdâtre et il souffrait toujours d'une déficience cognitive apparente. Aucun examen médical approfondi n'a été effectué à ce moment; le détenu a été placé dans l'unité d'isolement.

Le rapport officiel de contrôle de la population indiquait que le détenu était vivant lors des dénombrements effectués à minuit, à 1 h, à 2 h et à 3 h 52. Selon les rapports des agents, le détenu a activé l'alarme de sa cellule à 2 h pour demander de prendre une douche. Le rapport du Comité d'enquête nationale du SCC comporte des références à des commentaires formulés par des détenus des cellules avoisinantes selon lesquels le détenu a demandé à voir le personnel

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

infirmier, car il ne se sentait pas bien. D'après ces commentaires, les agents auraient dit à au détenu qu'il devait attendre l'arrivée du personnel infirmier à 5 h. Les rapports de nuit indiquent également que le détenu a sonné l'alarme dans sa cellule à 3 h 25 pour demander à nettoyer sa cellule.

Réponse

Aux environs de 5 h 03, les agents qui patrouillaient se sont arrêtés devant la cellule du détenu. Ils ont consigné la visite sur l'horodateur avant de retourner à la cellule. Ils ont remarqué que le détenu était étendu sur le sol et ne semblait pas respirer. À 5 h 06, ils ont communiqué avec le gestionnaire correctionnel. Ils ont ensuite saisi leur bâton, leur bouclier et des gaz et attendu l'arrivée du gestionnaire correctionnel. Les agents sont entrés dans la cellule à 5 h 09, accompagnés du gestionnaire correctionnel.

Incapable de confirmer les signes vitaux du détenu, le gestionnaire correctionnel a ordonné aux agents de commencer la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et a demandé qu'une ambulance soit dépêchée sur les lieux. Les ambulanciers sont arrivés à l'établissement à 5 h 20 et à la cellule à 5 h 38 après que le véhicule a été fouillé.

On a prodigué la RCR au détenu jusqu'à l'arrivée des ambulanciers. Le décès du détenu a été constaté à l'hôpital une heure plus tard.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

D'après le Comité d'enquête national, les soins qu'a reçus le détenu étaient insuffisants. De plus, l'examen médical et l'intervention d'urgence n'étaient pas adéquats. Le Comité est également d'avis que le personnel de l'établissement n'a pas respecté les directives sur la gestion et la conservation des éléments de preuve.

Selon le Comité, les agents de correction de l'unité d'isolement n'ont pas été informés de l'état de santé précaire du détenu. L'infirmier de service a déclaré au Comité qu'il croyait que le détenu n'en avait plus pour longtemps, mais qu'il ne s'attendait pas à ce qu'il meurt cette nuit-là. Il n'a pas jugé nécessaire de demander des soins médicaux.

Le rapport du Comité pose un jugement critique sur l'examen effectué par l'infirmier en service et l'examen effectué plus tôt au cours de la journée. Plus précisément, le Comité estime que le détenu aurait dû recevoir des soins médicaux immédiats, à la lumière des faits signalés. Le Comité a également constaté un certain nombre d'incohérences, surtout en ce qui concerne les rapports préliminaires d'examens médicaux qui auraient dû être remplis.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Dans son rapport, le Comité a relevé d'autres écarts. Par exemple, les patrouilles dans l'unité d'isolement étaient effectuées selon un horaire établi et elles pouvaient être anticipées, contrairement à ce qui est indiqué dans les politiques. Il est également stipulé dans les politiques que les détenus doivent faire l'objet d'une surveillance au moins toutes les 60 minutes dans le cadre de patrouilles. D'après les constatations du Comité, plus d'une heure s'était écoulée entre l'heure à laquelle le détenu a été vu vivant pour la dernière fois et l'heure à laquelle on l'a trouvé sur le plancher de sa cellule.

En ce qui concerne les contradictions décelées dans les nombreux comptes rendus des événements qui se sont produits cette nuit-là, le Comité est d'avis que les membres du personnel de l'établissement n'ont pas conservé tous les éléments de preuve qui auraient pu les aider à mettre les choses au clair. Aussi, le système de suivi des alarmes dans les cellules était défectueux; le Comité n'a donc pas été en mesure de passer en revue les appels qu'a faits le détenu pendant la nuit.

L'intervention des agents après avoir trouvé le détenu étendu sur le plancher de sa cellule ne respectait aucunement les règles établies. Plutôt que d'évaluer les risques, les agents se sont armés et ont attendu l'arrivée du gestionnaire correctionnel avant d'entrer dans la cellule, plus de six minutes après qu'il a été découvert. Le Comité a constaté l'existence d'une règle non écrite selon laquelle toute intervention dans cette unité nécessite que l'on utilise de l'équipement de protection, car de nombreux détenus ont déjà été incarcérés dans l'Unité spéciale de détention. Il est entendu que le détenu n'a jamais représenté un risque et qu'il n'a pas été placé en isolement pour des raisons de sécurité.

Sommaire des préoccupations

- Conservation des éléments de preuve
- Utilisation inadéquate de l'unité d'isolement
- La qualité des rondes de sécurité et des patrouilles;
- L'intervention tardive à l'urgence médicale;
- Qualité des évaluations des soins de santé physique
- Rôle du gestionnaire correctionnel

RÉSUMÉ DU CAS N° 3

DÉCÈS D'UN DÉTENU DE 47 ANS DE CAUSES NATURELLES

Contexte

Un détenu est décédé à l'automne 2008. Il était âgé de 47 ans et purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre au deuxième degré

Dans son rapport, le coroner a conclu que la cause du décès était une arythmie cardiaque spontanée.

Indicateurs ou événements précédant le décès

L'unité où le détenu était incarcéré pendant la nuit de son décès était composée de quatre rangées. La cellule du détenu se trouvait dans la première rangée qui a été vérifiée pendant la patrouille de dénombrement.

Le rapport du Comité d'enquête national (CEN) spécifie que l'agent en patrouille, au moment de passer devant la cellule du détenu, à 2 h 46, s'est aperçu que « quelque chose ne tournait pas rond ». Il a interpellé le détenu et a éclairé la cellule avec une lampe de poche placée dans la fenêtre. L'agent a affirmé qu'il croyait que le détenu respirait, mais n'en était pas certain.

L'agent a terminé la patrouille de cette rangée et est renvoyé à la cellule du détenu. Il a frappé à la porte et l'a interpellé à nouveau. L'agent a regardé la cage thoracique du détenu et elle ne semblait pas bouger. Après une minute d'observation, l'agent a terminé la patrouille des trois autres rangées.

Ce n'est qu'après avoir terminé sa ronde qu'il est renvoyé au bureau des opérations pour communiquer avec le gestionnaire correctionnel et l'informer de la possibilité d'une urgence médicale. Il était 2 h 56.

Réponse

À 3 h 02, seize minutes après avoir constaté pour la première fois la possibilité d'une urgence médicale, le gestionnaire correctionnel et deux agents ont demandé à l'agent du poste de contrôle d'ouvrir la porte de la cellule du détenu. Ils sont entrés dans la cellule et ont constaté qu'il était inconscient. Le gestionnaire correctionnel a dit qu'il croyait que le détenu était décédé et a demandé aux agents de ne pas le déplacer pour ne pas détruire les éléments de preuve.

À 3 h 06, le gestionnaire correctionnel a téléphoné à l'infirmière de garde et lui a demandé d'appeler un deuxième infirmier en renfort. (Il n'y a pas de personnel infirmier dans l'établissement pendant la nuit.) À 3 h 10, un agent responsable de la rangée du détenu a communiqué avec le gestionnaire correctionnel par radio

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

et lui a demandé ce qu'il devait faire. Le gestionnaire lui a dit de ne pas déplacer le détenu et l'a informé qu'une infirmière était en route.

L'infirmière est arrivée à l'établissement à 3 h 17 et s'est rendue directement au bureau des opérations. Lorsqu'elle s'est aperçue que l'ambulance n'avait pas été appelée, elle a demandé au gestionnaire de le faire. L'infirmière s'est ensuite rendue à l'infirmierie, mais la porte était verrouillée; il était donc évident que le détenu n'y avait pas été transporté. Elle a ensuite couru vers la rangée du détenu.

Un agent a signalé le 9-1-1 à 3 h 18 et on a procédé à la réanimation cardio-respiratoire (RCR) à 3 h 23, soit 37 minutes après avoir constaté qu'il s'agissait d'une urgence médicale. Lorsque l'infirmière est arrivée sur la scène, elle a examiné le détenu et s'est aperçue que son corps était encore chaud. Elle a détecté un pouls radial faible.

Ils ont installé le détenu sur une civière et l'ont transporté à l'infirmierie, où ils ont poursuivi la RCR, mais l'infirmière a remarqué qu'il avait les lèvres bleues et que son sphincter était relâché. Ils ont utilisé un défibrillateur automatique, mais le détenu ne respirait plus.

Les ambulanciers paramédicaux, qui partaient d'une autre ville, sont arrivés à l'établissement à 3 h 57. Ils ont pris la relève des agents et ont pratiqué la RCR jusqu'à 4 h 10. Le détenu a été déclaré mort à l'hôpital à 4 h 40.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

Le Comité d'enquête national (CEN) a conclu que le traitement médical administré au détenu au cours des quatre semaines qui ont précédé son décès ne correspondait pas aux normes professionnelles reconnues. Le CEN a également conclu que les analyses de la pression sanguine prescrites au détenu par le médecin à l'été 2008 n'ont jamais été effectuées.

Le rapport du CEN indique certaines similarités entre le cas présent et les conclusions faites dans un rapport spécial sur le décès d'un autre détenu, qui a eu lieu dans le même établissement, six ans auparavant.

Sommaire des préoccupations

- Intervention tardive du personnel d'urgence
- Omission de recourir de façon soutenue aux leçons retenues (similarités frappantes entre les deux cas, bien qu'ils aient eu lieu à six ans d'intervalle)
- Incidence d'un endroit éloigné sur les délais de l'intervention d'urgence
- Absence de personnel infirmier pendant la nuit

RÉSUMÉ DU CAS N° 4

DÉCÈS DE CAUSE NATURELLE D'UN DÉTENU DE 40 ANS

Contexte

Un détenu est décédé au printemps 2008, à l'hôpital. Il purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité.

Le détenu avait 40 ans lorsqu'il est décédé. Il a subi un anévrisme cérébral causé par une tumeur au cerveau.

Le CEN du Service correctionnel du Canada a spécifié que des codétenus et des membres du personnel avaient constaté que le détenu avait une personnalité « particulière ». Par le passé, il avait été diagnostiqué comme ayant quelques caractéristiques de la schizoïdie, mais il n'a pas eu besoin d'une intervention médicale à cet égard. Mis à part son attitude que certains caractérisaient d'« étrange », le détenu ne souffrait d'aucun problème de santé mentale précis.

Indicateurs ou événements précédant le décès

À la fin d'avril 2008, le détenu a rencontré le médecin de l'établissement, qui l'a dirigé vers un spécialiste pour qu'il effectue un suivi psychologique. Le médecin avait laissé une note au dossier précisant aux agents de l'unité correctionnelle de porter une attention particulière au détenu, compte tenu de son comportement étrange.

Une journée plus tard, le personnel affecté à l'unité du détenu a appelé l'infirmerie pour informer les responsables que le détenu était malade. Le détenu se plaignait d'avoir des battements douloureux sous l'oreille gauche. On lui a offert des médicaments anti-inflammatoires.

Un jour plus tard, un rapport disciplinaire indiquait que le détenu ne s'était pas levé pendant le dénombrement, tel qu'il est énoncé dans les directives.

La fin de semaine suivante, on a ordonné un isolement cellulaire généralisé pour essayer de trouver un tournevis disparu. Au cours de ces deux journées, rien n'indique que le personnel infirmier a porté une attention particulière au détenu.

Le jour avant son décès, vers 8 h 30, des membres du personnel de la rangée ont demandé au personnel infirmier d'envoyer un infirmier pour examiner le détenu. Il était assis sur son lit, semblait absent, ne répondait pas à l'incitation verbale et était incontinent. On lui a fixé un rendez-vous avec le psychiatre.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Après avoir été nettoyé, le détenu a été transporté en fauteuil roulant à son rendez-vous avec le psychiatre. On a recommandé qu'il soit transféré au Centre régional de traitement pour subir un examen plus complet.

Réponse

À 12 h 15, les agents l'ont escorté à nouveau, dans un fauteuil roulant, à l'infirmierie, où il a été placé en cellule d'observation. Ses signes vitaux étaient normaux, mais il ne répondait pas à l'incitation verbale. À 12 h 45, on l'a trouvé étendu avec le visage contre l'oreiller.

Le protocole d'intervention d'urgence n'a commencé qu'à 15 h 45, soit trois heures après qu'il a été trouvé et que l'on constate qu'il ne réagissait pas aux commandes verbales. On a tenté de repositionner le détenu. Par la suite, on a appelé l'ambulance. Le détenu a d'abord été transporté dans un hôpital local, vers 16 h, puis, au cours de la soirée, il a été transféré par avion dans un hôpital régional. Il a été déclaré mort le matin suivant.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

Le CEN a déclaré que le personnel infirmier avait incorrectement attribué les symptômes du détenu à un problème de santé mentale et qu'ils n'avaient pas suffisamment considéré la possibilité qu'il s'agisse d'un problème de santé physique.

Le CEN a également indiqué, sans s'y attarder particulièrement, qu'un suivi médical n'a pas été mené pendant la fin de semaine avant sa mort.

Sommaire des préoccupations

- Qualité de l'évaluation des services de santé physique
- Suivi médical
- L'intervention tardive à l'urgence médicale;
- L'isolement cellulaire empêche une prestation des services cliniques opportune et efficace
- Qualité des rapports du CEN

RÉSUMÉ DU CAS N° 5

SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU ÂGÉ DE 43 ANS

Contexte

Un détenu est décédé à l'automne 2009. Il avait 43 ans et s'est suicidé une semaine avant son 44^e anniversaire.

En tant que délinquant sous responsabilité fédérale qui en était à sa première peine d'emprisonnement et qui purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité, le détenu est décédé dans sa cellule à sécurité moyenne.

Le détenu avait un dossier étayé sur ses problèmes de santé mentale. Son comportement semblait hors contexte et il refusait la plupart des interactions avec des professionnels en santé mentale.

Indicateurs ou événements précédant le décès

À 7 h 55 le jour de son décès, le détenu avait un comportement bizarre, selon ce qui a été dit au personnel de sécurité par les autres détenus. Lorsque le personnel de sécurité s'est approché du détenu, ce dernier a demandé à voir son agent de libération conditionnelle et son gestionnaire correctionnel. Pendant cet échange, il a montré des signes clairs de paranoïa et de pensées dysfonctionnelles et semblait plus agité qu'à l'habitude. Plus tard dans la matinée, le personnel lui a également confisqué des bandes de tissu provenant d'un drap de lit qu'il assemblait les unes aux autres. Le détenu a déclaré qu'il s'agissait d'une ceinture, tout comme celle qu'il portait à ce moment-là.

Le détenu a refusé à deux reprises de parler avec l'infirmière en psychologie lorsqu'elle a tenté de l'interroger. Une rencontre avec le psychologue de l'établissement était prévue plus tard dans la journée.

Malgré les préoccupations soulevées et le comportement bizarre du détenu, celui-ci a été renvoyé dans sa cellule en attendant qu'il rencontre d'autres professionnels. Aucune surveillance accrue n'avait été mise en place. Le détenu a garanti verbalement au gestionnaire correctionnel qu'il ne se blesserait pas et n'a pas été placé en cellule d'observation.

Le détenu a été trouvé pendu dans sa cellule à 12 h 37. La corde dont il s'est servi pour se pendre était faite de bandes de tissu provenant de son drap de lit. Le psychologue qui devait interroger le détenu est arrivé à l'unité une minute après la découverte du détenu.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

Aucune conclusion ou recommandation importante n'a été formulée.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Sommaire des préoccupations

- Évaluation des signes avant-coureurs associés aux risques de suicide
- Accès à un traitement psychologique
- Manque de formation en santé mentale
- Qualité des rapports du CEN

RÉSUMÉ DU CAS N° 6

SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU ÂGÉ DE 24 ANS

Contexte

Un détenu est décédé au premier trimestre de 2010. Il s'est suicidé par pendaison.

Il avait 24 ans et avait été condamné six mois plus tôt à purger une peine de deux ans.

Le détenu a déclaré que son médecin de famille lui avait diagnostiqué un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, des troubles de la personnalité antisociale et des troubles obsessionnels compulsifs. Il avait également de longs antécédents de consommation abusive d'alcool et de drogues. Les évaluations des besoins qui ont été effectuées à l'été 2009 indiquaient que le détenu n'avait aucun problème concernant les risques de suicide, et aucune tentative de suicide n'avait été signalée au cours de cinq dernières années.

Indicateurs ou événements précédant le décès

Le jour de son décès, le détenu a assisté à une entrevue de suivi prévue avec son psychologue aux Services de psychologie de l'établissement. L'entrevue était une source de stress, puisque le détenu a mentionné avoir fait des cauchemars et s'être réveillé en état de panique.

Au cours de la même séance, le détenu a raconté, pour la première fois, certaines des expériences profondément traumatisantes de sa jeunesse. Il a parlé de ses craintes, de ses spéculations sur ce qui pourrait paraître dans les journaux et sur ce que les gens penseraient de lui. Il s'est mis à pleurer. Le psychologue l'a rassuré et lui a expliqué les étapes qu'il devait entreprendre pour dissiper ses appréhensions.

Avant de quitter les Services de psychologie, on a permis au détenu de se nettoyer le visage pour ne pas que l'on sache qu'il avait pleuré. Même si le détenu venait de raconter des événements traumatisants, le psychologue n'a pas demandé l'adoption de mesures spéciales, comme une surveillance accrue. Le psychologue était rassuré du fait que le détenu se projetait dans l'avenir et qu'il avait promis d'apporter les documents requis lors de la prochaine séance.

Plus tard ce soir-là, les agents ont vu le détenu vivant lors du dénombrement debout de 22 h 30.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Réponse

Un agent qui faisait sa patrouille de routine à 23 h 23 a trouvé le détenu pendu par un drap de lit accroché à l'appareil d'éclairage du plafond. L'agent a avisé le gestionnaire correctionnel en service. Ce dernier a immédiatement demandé à des agents de l'aider et a appelé l'ambulance.

Deux agents correctionnels d'intervention ont pris un couteau de type 911 et ont coupé le drap. Ils ont ensuite transporté le détenu dans le vestibule. Les agents ont procédé à une réanimation cardio-respiratoire (RCR) et lui ont posé un défibrillateur externe automatisé. Le défibrillateur indiquait de ne pas administrer de choc, et les agents ont poursuivi la RCR, tel que le défibrillateur le spécifiait.

À 23 h 38, l'ambulance est arrivée à l'entrée des véhicules. Les ambulanciers paramédicaux sont arrivés sur la scène vers 23 h 45. Ils ont installé le détenu sur la civière et l'ont transporté à l'ambulance, alors que les agents poursuivaient la RCR. D'autres ambulanciers sont arrivés et ont continué à pratiquer la RCR dans l'ambulance.

L'ambulance a quitté l'établissement. Sur le chemin de l'hôpital, un médecin a ordonné d'arrêter de pratiquer la RCR. Le détenu a été déclaré mort.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

L'un des membres du personnel qui travaillait sur le quart de nuit avait un certificat de RCR et de secourisme qui était expiré.

Sommaire des préoccupations

- Surveillance accrue des jeunes détenus, plus particulièrement ceux qui purgent une première peine de ressort fédéral
- Communication des renseignements entre le personnel clinique et le personnel de première ligne
- Retrait des points de suspension ou d'ancrage dans les cellules (cellules anti-suicide)
- Qualité des rapports du CEN

RÉSUMÉ DU CAS N° 7

SUICIDE D'UN DÉTENU ÂGÉ DE 50 ANS

Contexte

Un détenu s'est suicidé en se servant d'une corde en décembre 2009. Il était âgé de 50 ans.

À 18 ans, le détenu avait, au cours d'une période d'emprisonnement antérieure, fait une tentative de suicide. Il était d'origine autochtone. Il était toxicomane et avait également de nombreux problèmes de santé. Le détenu rencontrait périodiquement le personnel des services de santé.

Au cours d'une période d'emprisonnement antérieure, le détenu avait eu bon nombre de consultations en raison de problèmes de santé mentale. Les renseignements contenus dans son dossier antérieur montraient que ses problèmes étaient liés à sa dépendance aux drogues.

Indicateurs ou événements précédant le décès

Le père et l'un des frères du détenu ont été assassinés respectivement en 1977 et en 2002. Deux de ses sœurs sont décédées de causes naturelles au cours des dix dernières années. Son frère aîné s'est suicidé dans les années 70. On a trouvé une note de suicide dans la cellule du détenu qui faisait directement référence à la mort de son frère, qui l'avait profondément touché.

Le détenu avait participé au programme d'entretien à la méthadone pendant sept ans.

Moins d'un mois avant sa mort, le détenu a été victime d'une agression par d'autres détenus. L'agression a entraîné son hospitalisation pendant une courte période. Le détenu a ensuite été placé en isolement sollicité pour sa propre sécurité. Il s'est suicidé dans sa cellule d'isolement.

Quatre jours avant sa mort, le détenu avait demandé de quitter le programme de méthadone. L'un des infirmiers avait demandé un suivi psychologique et médical pour surveiller l'état du détenu pendant le sevrage.

La journée avant son décès, un vendredi, l'aîné autochtone avait fait part au personnel des services correctionnels et médicaux de ses préoccupations à l'égard du fait que le détenu n'allait pas bien. À 16 h 55, un infirmier en santé mentale a rencontré le détenu. Le personnel a donc laissé une note au dossier médical pour veiller à ce que le détenu soit vu par un membre du personnel

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

médical au cours de la fin de semaine. mais n'a cependant pas communiqué cette information au personnel de l'unité d'isolement.

Le matin de son décès, le détenu a demandé la permission de donner ses effets de cantine aux autres détenus de la rangée en guise de cadeau. Cette demande inhabituelle a été accordée, et un agent a escorté le détenu dans la rangée pour qu'il laisse une partie de ses effets de cantines devant chacune des portes des cellules. L'agent fera remarquer plus tard que le détenu était jovial et de bonne humeur.

Plus tard ce jour-là, un infirmier a distribué les médicaments aux détenus de la rangée et a discuté avec le détenu, qui a affirmé que tout allait bien.

Réponse

Le Comité d'enquête nationale (CEN) a précisé qu'à 20 h 07 un agent a commencé à patrouiller la rangée. Il est passé devant la cellule du détenu sans regarder à l'intérieur. Il a remarqué une forte odeur de matières fécales et a cru que l'odeur venait de la cellule située en face de celle du détenu.

À 20 h 38, une autre agente a commencé sa ronde. Elle a regardé dans la cellule du détenu, mais ne l'a pas aperçu, puisque les lumières étaient éteintes. Croyant qu'il était peut-être à la toilette, elle a préféré préserver son intimité et revenir après sa ronde.

Lorsqu'elle est revenue, l'agente a constaté que le détenu était étendu sur le sol et qu'il ne répondait pas à ses appels.

À 20 h 39, elle a demandé du renfort à un autre agent, qui a immédiatement informé le gestionnaire correctionnel de la situation. À 20 h 41, les agents ont ouvert la porte de la cellule et ont relevé une forte odeur d'excréments.

Aussitôt qu'ils se sont aperçus qu'une corde était attachée à une chaise, les agents ont levé les épaules du détenu. Un agent a ensuite récupéré l'outil nécessaire à la réception de l'unité et, une minute plus tard, ils avaient coupé la corde. On a immédiatement commencé les mesures de réanimation.

À 20 h 42, on a informé le gestionnaire correctionnel qu'il s'agissait d'une urgence médicale. Lorsque le gestionnaire est arrivé sur la scène, il a demandé que l'on signale le 9-1-1. À 20 h 48, on a apporté un défibrillateur, mais il n'a détecté aucun pouls. Les agents ont procédé à la RCR jusqu'à ce que les ambulanciers arrivent à 20 h 52. Ceux-ci ont poursuivi les mesures de réanimation.

Ils ont arrêté de pratiquer la réanimation à 21 h 14, après la recommandation du médecin du service des urgences de l'hôpital régional.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

On a déclaré officiellement son décès à 21 h 15.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

Une recherche subséquente menée dans la cellule du détenu a révélé cinq repas qu'il n'avait pas mangés et qu'il ne prenait plus ses médicaments.

Le CEN a conclut que l'incident n'aurait pas pu être prévenu, puisque le détenu avait à plusieurs reprises nié avoir des idées suicidaires. Le CEN a souligné le nombre de rencontres qui ont eu lieu entre le détenu et le personnel des services de santé, l'attention qu'il a eu du personnel des soins de santé ainsi que les évaluations périodiques effectuées depuis son admission à l'établissement et à l'unité d'isolement.

Sommaire des préoccupations

- Surveillance du comportement des détenus
- Évaluation des signes avant-coureurs associés aux risques de suicide
- Défaillances en matière de communication des renseignements
- Formation du personnel concernant la patrouille des rangées et la prévention du suicide
- Recours à l'isolement pour les détenus souffrant de troubles mentaux
- Qualité des rapports du CEN

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

RÉSUMÉ DU CAS N° 8

MORT RÉSULTANT D'UNE ACCUMULATION DE COMPORTEMENTS LIÉS À L'AUTOMUTILATION D'UN DÉTENU DE 28 ANS

Contexte

Un détenu est décédé dans un hôpital régional au moment où il était sous la garde du Service, au printemps 2010. Sa mort est le résultat d'années de comportements liés à l'automutilation, plus précisément d'une accumulation de complications médicales résultant d'actes d'automutilation. Il avait 28 ans.

Le détenu purgeait une peine de 12 ans d'emprisonnement, mais il était hospitalisé depuis janvier 2009 à cause de son état de santé. En 2003, à l'âge de 22 ans, il a été admis directement au centre régional de traitement, du fait de ses antécédents d'automutilation.

Indicateurs ou événements précédant le décès

Durant son incarcération, le détenu était régulièrement transporté vers des hôpitaux externes. Il a été transféré vers un centre de traitement situé dans une autre région, afin de changer son comportement d'automutilation chronique et d'essayer de nouveaux traitements, sans résultat.

La seule période de relative stabilité a eu lieu en 2006, avant qu'on ne lui accorde un libération d'office. Le détenu a été placé dans une unité de transition. Cependant, après la suspension de sa liberté d'office, les actes d'automutilation ont continué.

Réponse

La gestion du comportement du détenu a été extrêmement difficile pour le personnel des soins de santé et les agents de correction du SCC. Durant son incarcération, le SCC a rédigé pas moins de huit rapports d'enquête relativement aux incidents d'automutilation ou aux périodes d'intense automutilation. Trois de ces rapports ont été effectués au niveau national.

Le Service a pris des mesures extraordinaires pour demander l'assistance d'un éthicien au sujet des interventions médicales et correctionnelles qui pourraient être employées afin de mieux gérer les comportements du détenu. Au fil des années, nombre de recommandations découlant de divers rapports d'enquête du SCC ont prévu des mesures correctrices similaires, notamment l'élaboration d'un plan de gestion clinique adapté qui intégrerait mieux la sécurité, les programmes et les interventions cliniques.

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

À la suite du décès du détenu, le Bureau de l'enquêteur correctionnel a recommandé que le Service mène une enquête à l'échelle nationale sur la période couvrant la durée totale de l'incarcération, et non pas seulement les mois qui ont suivi la dernière enquête. Le Bureau a également recommandé que le Comité d'enquête nationale soit présidé par un spécialiste externe des soins de santé. Le SCC a accepté de mener une enquête à l'échelle nationale, mais n'a pas mandaté une personne de l'extérieur pour présider le Comité.

Sommaire des préoccupations

- Des options offertes pour gérer les formes d'automutilation extrêmes en établissement carcéral.
- Un spécialiste externe pour présider le Comité d'enquête nationale relativement aux suicides et aux actes d'automutilation graves
- Un cadre de traitement clinique méthodique et permanent

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

RÉSUMÉ DU CAS No 9

SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU ÂGÉ DE 54 ANS

Contexte

Un détenu est décédé à l'hôpital au printemps 2010, à la suite d'une tentative de suicide perpétrée trois jours auparavant. Il avait 54 ans. Il a été trouvé pendu aux tuyaux du plafond de sa cellule.

Le détenu purgeait une peine d'emprisonnement de deux ans. Il en était à sa première peine d'emprisonnement.

Réponse

Quatre jours avant sa mort, à environ 15 h 43, un détenu a informé l'agent de correction qu'un autre détenu de la rangée s'était pendu. L'agent s'est précipité immédiatement vers la cellule et a trouvé le détenu accroché aux tuyaux du plafond par une ceinture.

Le personnel a procédé aux manœuvres de RCR le plus rapidement possible, et une ambulance est arrivée sur les lieux 13 minutes plus tard. Le détenu a été transporté à l'hôpital et est demeuré inconscient jusqu'à ce que l'on constate son décès.

Indicateurs ou événements précédant le décès

Selon le rapport du BEC sur les décès en établissement (juin 2007), les points d'attache soulèvent toujours des préoccupations. Tel qu'il a été noté dans le rapport, on a apporté des modifications limitées à l'infrastructure pour rendre difficile le suicide par pendaison.

Depuis 2006, on a entrepris plusieurs projets visant à modifier certaines cellules de manière à ce qu'il soit pratiquement impossible pour un détenu de se suicider.

En janvier 2010, le SCC a émis un bulletin de sécurité indiquant ce qui suit :

« Il est essentiel que tous les points d'attache amovibles (p. ex., meubles, étagères) ou fixes (p. ex. prises de courant, fenêtres d'aération), et autres vulnérabilités (couvercle de protection altéré ou retiré), soient identifiés, inspectés, réparés, remplacés, repositionnés ou enlevés, et ce, de façon systématique et constante. »

En 2009, la direction de l'établissement en cause a élaboré un plan d'activités visant à éliminer les points d'attache d'environ une centaine de cellules. L'administration centrale a toutefois décidé de ne pas prendre des mesures immédiates en ce qui a trait à au plan d'activités.

Évaluation finale – le 8 septembre 2010

Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN)

Le rapport du Comité d'enquête nationale n'a pas été achevé à temps pour être pris en considération dans le cadre de la présente évaluation.

Sommaire des préoccupations

- Retrait des points d'attache ou de suspension dans les cellules
- Application soutenue des leçons apprises