

UNE RÉACTION FATALE

ENQUÊTE SUR LE DÉCÈS EN ÉTABLISSEMENT DE MATTHEW RYAN HINES

Rapport définitif
15 février 2017



L'Enquêteur correctionnel
Canada

The Correctional Investigator
Canada

Canada

© Sa Majesté la Reine du Canada, 2017
IMPRIMÉ AU CANADA

NO DE CAT./ CAT. NO.: PS104-14/2017
ISBN: 978-0-660-07647-8

PDF Française:
NO DE CAT.: PS104-14/2017F-PDF
ISBN: 978-0-660-07646-1

Une réaction fatale:
Enquête sur le décès en établissement de
Matthew Ryan Hines

Bureau de l'enquêteur correctionnel

Introduction

Le présent document constitue le rapport définitif de mon enquête sur le décès subit de Matthew Ryan Hines, âgé de 33 ans à la suite d'une série d'incidents de recours à la force survenus le 26 mai 2015, au pénitencier de Dorchester, établissement fédéral. J'avais présenté un rapport provisoire contenant mes observations préliminaires sur cette affaire au commissaire du Service correctionnel du Canada (SCC) le 26 août 2016. À la suite de ce rapport, le SCC s'est attaqué à un certain nombre de préoccupations et de questions soulevées dans le rapport, dont la discipline des membres du personnel de première ligne impliqués dans cette affaire, l'utilisation d'agents inflammatoires dans les établissements correctionnels fédéraux et la qualité des soins de santé fournis à M. Hines. Cette information, que j'ai reçue au début d'octobre 2016, m'a aidé à terminer mon enquête.

Le décès de M.Hines fait toujours l'objet d'une enquête policière, qui est menée parallèlement à la mienne, mais qui est distincte et indépendante. Pour ce qui est de la cause du décès, d'après le rapport final d'autopsie préparé pour le Bureau du coroner en chef du Nouveau-Brunswick, la cause du décès semble être une asphyxie aiguë liée à un œdème pulmonaire grave causé par l'administration de gaz poivré¹. Au moment où j'ai déposé le présent rapport, le Bureau du coroner de la province n'avait pas encore déterminé définitivement la cause de la mort ni confirmé si une enquête publique sur le décès de M. Hines serait demandée. Il est fort possible que de nouveaux renseignements ou des détails supplémentaires soient obtenus dans le cadre de l'enquête policière et de

¹ *Rapport d'autopsie final* (en anglais), Bureau du coroner en chef du Nouveau-Brunswick, daté et signé le 8 mars 2016.

l'enquête médico-légale, qui sont toutes deux encore en cours. On peut aussi s'attendre à une poursuite au civil compte tenu des circonstances de la mort de M. Hines.

Même si les experts médico-légaux doivent toujours déterminer la cause définitive du décès, le SCC devrait tout de même prendre des mesures correctives en fonction des faits déjà connus. Le 24 août 2016, le ministre de la Sécurité publique, M. Ralph Goodale, a fait une déclaration publique sur le décès de Matthew Hines, dans le cadre de laquelle il a mentionné : « aucune tolérance ne peut être admise relativement à l'usage abusif de la force ou à d'autres inconduites graves » et « toute allégation de comportement inapproprié doit faire l'objet d'une enquête approfondie et transparente, et les conséquences appropriées doivent suivre »². Le SCC a, depuis, admis publiquement les erreurs des membres de son personnel et leur mauvaise conduite en ce qui a trait au décès de M. Hines³, ce qui a provoqué une série de changements dans les aspects suivants : sa façon d'enquêter sur les décès en établissement; les leçons qu'il tire de ce type d'événement; la teneur des renseignements qu'il communique aux familles des délinquants décédés en établissement; et la manière dont il rend compte publiquement des décès en établissement⁴. Le SCC semble vouloir tirer des leçons du décès de M. Hines, et c'est tout à son mérite. Je crois qu'il prendra les mesures qui s'imposent en fonction des conclusions de mon enquête et de toutes les autres conclusions susceptibles d'être tirées à la suite des procédures ultérieures.

Mon rapport est fondé sur ces faits nouveaux ainsi que sur d'autres renseignements. J'y évalue ce qui a mal tourné dans cette affaire, la pertinence des mesures correctives prises jusqu'à maintenant et les moyens qui peuvent être pris pour empêcher ce type d'événements de se reproduire. D'après les renseignements disponibles qui ont été examinés par mon bureau à ce jour, je

² Déclaration du ministre Goodale sur le décès de Matthew Hines, Sécurité publique Canada, le 24 août 2016.

³ CBC News (publié le 23 septembre 2016) <http://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/correctional-service-staff-misconduct-hines-1.3774555>

⁴ Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Laissés dans le noir: Enquête sur les pratiques relatives à l'échange et à la divulgation d'information sur les décès en établissement dans le système correctionnel fédéral*, 2 août 2016 www.oci-bec.gc.ca. Réponse du Service correctionnel du Canada <http://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-1505-fra.shtml>

conclus que le décès de Matthew Hines pendant qu'il était sous les soins et la garde du SCC était évitable.

Sources d'information

Dans une enquête de cette nature et de cette complexité, la production et la réception de documents, ainsi que le moment auquel ils sont produits ou reçus sont des éléments essentiels. Pour préparer mon rapport, j'ai utilisé les sources d'information qui suivent, pour lesquelles j'ai indiqué l'auteur, la source, la date de production et la date de réception ou d'examen à mon bureau.

1. Rapport de situation du directeur (directeur du pénitencier de Dorchester, daté du 2 juin 2015)
2. Documentation sur le recours à la force, dont les bandes vidéo des télévisions en circuit fermé dans les rangées et des caméras portatives qui montrent les événements faisant l'objet de l'examen ainsi que les rapports d'observation ou déclarations d'un agent (RODA) – rapport d'examen accéléré du recours à la force national complété par le SCC le 24 juin 2015
3. Rapport du Comité d'enquête sur l'incident lié à un détenu survenu au pénitencier de Dorchester le 26 mai 2015, et sur son décès subséquent à un hôpital extérieur le 27 mai 2015 (demandé par le commissaire du Service correctionnel du Canada le 3 juillet 2015 et terminé le 4 novembre 2015) – reçu le 24 juin 2016
4. Rapport final d'autopsie (daté et signé le 8 mars 2016), rapport de neuropathologie (daté et signé le 12 février 2016) et rapport de toxicologie judiciaire (29 juin 2015), fournis par le Bureau du coroner en chef du Nouveau-Brunswick – reçus le 23 août 2016
5. Syndrome de la mort subite sous garde (SMSSG) – Manuel du participant – reçu le 8 juillet 2016
6. Dossiers médicaux tenus par le SCC pendant les deux peines fédérales de M. Hines – reçus le 26 juillet 2016
7. Déclaration du ministre Goodale sur le décès de Matthew Hines – 24 août 2016

8. Rapport d'enquête disciplinaire sur le personnel (demandé le 4 novembre 2015 et terminé le 4 décembre 2015) – reçu le 21 septembre 2016
9. Réponse du SCC au rapport provisoire du Bureau de l'enquêteur correctionnel et correspondance, datées du 26 août 2016 – reçues le 4 octobre 2016
10. AJOUT au rapport du Comité d'enquête – reçu le 20 octobre 2016.

Bien que troublants, les enregistrements vidéo et le rapport du Comité d'enquête nationale du SCC fournissent un compte rendu documentaire fiable des événements immédiats, de leur chronologie et des circonstances menant au décès de M. Hines. Il s'agit de deux sources qui, ensemble, permettent d'établir la preuve convaincante que le décès de M. Hines est survenu peu de temps après deux recours à la force physique et plusieurs utilisations inappropriées d'aérosol inflammatoire (aérosol à base d'oléorésine capsicum, aussi connu sous le nom de « gaz poivré »).

Chronologie des événements

Les événements en question se déroulent rapidement. Des erreurs et des omissions dans l'intervention du personnel se succèdent très vite et entraînent une situation mettant la vie du détenu en danger. En fait, du moment où quatre agents recourent à la force pour mettre M. Hines au sol devant sa cellule, au moment où il semble faire la première de plusieurs crises convulsives, où il devient inconscient dans la douche de décontamination de l'unité d'isolement du pénitencier de Dorchester et où il finit par être conduit dans l'ambulance, il ne s'écoule qu'un peu plus de 45 minutes. La bande vidéo montre les points critiques des interventions de recours à la force.

La bande vidéo commence à 22 h 11, environ, au moment où les portes des cellules de la rangée sont verrouillées pour la nuit. Deux agents se trouvent dans la rangée. On voit M. Hines sortir de la cellule d'un autre détenu. Il s'amuse avec les autres détenus (et donne même une accolade à l'un d'entre eux). Par moment, il semble déboussolé, incohérent et un peu agité, mais aucunement

agressif. Présage aux événements à venir, on l'entend dire « ne les laissez pas me tuer », « ne les laissez pas mettre fin à mes jours », « je ne veux pas mourir ». (Ce n'était pas la première fois que M. Hines manifestait sa crainte de mourir en établissement) Arrivé devant sa cellule, M. Hines se retourne et commence à marcher vers la cellule dont il vient de sortir. On voit M. Hines et un agent engager une discussion. Quelques secondes plus tard, deux autres agents arrivent. Un agent prend les avant-bras de M. Hines pour lui passer les menottes. Les agents maîtrisent M. Hines et le conduisent vers l'allée des douches de la rangée.

Le premier recours à la force a lieu à 22 h 13. M. Hines est debout, entouré de quatre agents dans l'allée des douches. Soudainement, presque sans avertissement, les agents mettent M. Hines brusquement et agressivement au sol lorsqu'il semble résister à leur tentative de lui mettre les menottes. M. Hines est au sol, et on voit les agents le frapper plusieurs fois au torse, à la mâchoire et au haut du corps à coups de poing ouvert et fermé et à coups de genou (des soi-disant techniques de « distraction »). Les agents maîtrisent M. Hines, et trois d'entre eux le menotent dans le dos pendant qu'il est allongé sur le plancher, immobile, face contre terre. On voit du sang sur le côté gauche du visage de M. Hines ainsi qu'une tache sur le plancher.

D'après le rapport du Comité d'enquête, aucun membre du personnel ne peut dire comment M. Hines s'est coupé sur le côté de la tête. Même le Comité n'a pu déterminer si la blessure a été causée au moment de la chute au sol ou pendant les coups. D'une façon ou d'une autre, comme le Comité l'a par la suite conclu, « l'utilisation des techniques de distraction dans cette situation était inappropriée et non conforme à la formation ». En d'autres mots, les coups de poing et de genou étaient exagérés et non nécessaires. Je suis d'accord.

Un deuxième épisode de recours à la force survient à 22 h 16, au moment où M. Hines est escorté de la rangée à la cuisine. Après être tombé (ou jeté au sol), M. Hines est étendu face contre terre, les mains menottées dans le dos. Il est retenu par cinq agents au moment où il reçoit du gaz poivré directement dans le visage pour la première fois. Il était inutile d'utiliser un agent inflammatoire dans cette situation, car M. Hines était pleinement maîtrisé par le personnel. À un

certain moment, on voit treize agents dans la cuisine. Malgré cette démonstration dominante de force, aucun agent n'a semblé prendre l'incident en charge, constatation que le Comité d'enquête a par la suite confirmée.

À 22 h 20, M. Hines est roulé sur le côté. On l'aide à s'asseoir, puis à se mettre debout. Il semble avoir uriné dans son pantalon, car celui-ci est mouillé. Il y a du sang sur lui ainsi qu'une flaque sur le plancher. Un agent place une serviette en papier sur la coupure à la tête de M. Hines. Malgré tout, l'état de M. Hines n'incite pas les agents à demander de l'aide médicale ni à réévaluer la situation de façon importante, conformément au Modèle de gestion de situations. Une minute plus tard, M. Hines et les agents qui l'escortent quittent la pièce en direction de l'unité d'isolement. À ce moment-là, M. Hines a encore les mains menottées dans le dos et est amené de force, à reculons. À 22 h 22, il est entouré de plusieurs agents, et l'un d'entre eux lui vaporise deux autres fois du gaz poivré directement au visage, sans avertissement ou sans raison, semble-t-il. À la sortie du bâtiment, M. Hines semble résister (il est poussé à l'extérieur par deux agents) ou avoir de la difficulté à suivre le pas des escortes. Il ne porte pas de chaussures à la sortie dans la cour. Durant la traversée de la cour, le même agent lui vaporise rapidement et successivement plusieurs autres doses de gaz poivré directement dans le visage. En fait, on peut voir cet agent se précipiter vers M. Hines le vaporisateur à la main, les bras tendus de façon à pouvoir bien l'atteindre à courte portée. À ce moment-là, M. Hines ne montre aucune agressivité, et les agents qui l'escortent semblent le maîtriser parfaitement. Aucun gestionnaire correctionnel n'est présent.

À l'entrée dans l'unité d'isolement, on entend M. Hines supplier à répétition les agents de l'aider. Il porte un t-shirt bleu de l'établissement qu'on lui a passé par-dessus le visage, sans doute en guise de masque anti-crachats. Il est toujours escorté de reculons, menotté dans le dos. À 22 h 26, M. Hines est introduit dans la douche de décontamination. Il tombe sur le dos, la tête contre le mur, le t-shirt lui couvrant encore le visage. Les agents ouvrent l'eau. M. Hines semble faire des sons laissant croire qu'il crache ou s'étouffe. À la demande du gestionnaire de service qui a rejoint le détenu et ses escortes à l'unité d'isolement, les agents présents ferment l'eau et retirent le t-shirt de la tête de M. Hines. À 22 h 29, M. Hines semble avoir la première de plusieurs crises

convulsives. Les derniers mots connus et enregistrés qu'il a prononcés de la cabine de douche verrouillée, où il est étendu au sol les mains menottées dans le dos, sont « s'il vous plaît, je vous en supplie ». Le robinet est de nouveau ouvert.

M. Hines est traîné par les pieds hors de la douche de décontamination. Il est inerte, inconscient et ne semble plus respirer. L'infirmière de service est maintenant là. Elle n'évalue pas M. Hines. À 22 h 31, quelqu'un compose le 911 pour demander une ambulance. Quelques minutes plus tard, M. Hines est installé sur une civière de l'établissement et transporté vers les services de santé. À partir de ce moment-là, aucun membre du personnel de sécurité ni de la santé ne pratique d'intervention pour tenter de sauver la vie de M. Hines, même si celui-ci fait plusieurs autres crises convulsives, crache du sang et respire visiblement difficilement. À 22 h 37, M. Hines est conduit dans la salle de traitement sur la civière, les mains encore menottées dans le dos. Il respire extrêmement difficilement; il semble même, à divers moments, arrêter de respirer. À 22 h 47, on dirait qu'il a une autre crise. Les ambulanciers arrivent dans la salle de traitement à 22 h 52, et l'infirmière leur fait un compte rendu verbal de la situation.

Comme l'indique le rapport du Comité d'enquête, l'infirmière n'a pas évalué le détenu (signes vitaux, signes vitaux neurologiques, saturation en oxygène). Elle n'a pris aucune mesure pour lui sauver la vie (contrairement à ce qui est indiqué dans le document de l'infirmière). À un certain moment, l'infirmière signale que M. Hines crache du sang. Celui-ci semble faire une autre crise juste avant d'être placé à bord de l'ambulance à 23 h 01. On éteint la caméra portative. Il s'est écoulé environ 46 minutes depuis le premier recours à la force.

En route vers l'hôpital, l'ambulance se range sur l'accotement de l'autoroute à 23 h 20, ou vers cette heure. Les ambulanciers pratiquent des interventions nécessaires à la survie de M. Hines. L'heure et le lieu exacts du décès de M. Hines sont consignés peu après minuit par le médecin traitant à l'hôpital général de Moncton. Un agent accompagnateur avertit le gestionnaire correctionnel que le décès de M. Hines a été constaté. Le directeur de l'établissement est informé à 0 h 23. Le gestionnaire correctionnel de garde

signale le décès de M. Hines à la Gendarmerie royale du Canada (GRC) à 0 h 27. Fait inexplicable, à 1 h 13, quelqu'un demande à ce que les taches de sang dans la rangée de M. Hines et dans l'unité d'isolement soient nettoyées, ce qui constitue une infraction grave compromettant la scène d'un crime possible. La GRC arrive à l'unité de M. Hines à 2 h 41.

Évaluation de l'intervention du personnel

Il est presque certain que l'intervention du personnel a dérapé de façon catastrophique (et ultimement fatale). Les mesures axées sur la sécurité ont dominé jusqu'à ce que M. Hines soit chargé dans l'ambulance (il était encore menotté les mains dans le dos même s'il était inconscient). Il y a eu une très grande démonstration de force si on considère qu'il y avait plusieurs agents dont la présence ne semblait pas justifiée. Même si M. Hines était de toute évidence bien maîtrisé par plus d'une dizaine d'agents au moment où il a été escorté de sa rangée à l'unité d'isolement, plusieurs doses de gaz poivré lui ont été vaporisées au visage, inexplicablement et sans avertissement manifeste, à très courte portée et à court intervalle. Le directeur de l'établissement et le Comité d'enquête ont par la suite déterminé que ces recours à la force étaient « inappropriés ».

Il y a eu des signes évidents de détresse d'ordre médical tout au long de l'incident : M. Hines semblait avoir mouillé son pantalon tout de suite après le deuxième recours à la force; il saignait en raison d'une blessure à la tête résultant de la première altercation et, à divers moments, il semblait désorienté, perdu, fatigué et visiblement, en convulsions. Malgré le niveau de besoin de M. Hines, aucun agent n'a pris la situation en main. Aucun gestionnaire correctionnel n'était présent durant les minutes cruciales précédant la perte de conscience de M. Hines. Personne n'a tenté de prendre du recul et de réévaluer la situation, même si le détenu était de toute évidence en détresse physique et psychologique. Au fur et à mesure que la situation empirait, le personnel ne semblait pas trop se soucier des fréquents cris de détresse et des appels à l'aide de M. Hines ni comprendre qu'il avait un besoin sous-jacent lié à sa santé. Néanmoins, dans les rapports d'observation de certains membres du personnel, il est indiqué que M. Hines ne réagissait pas lorsque le personnel lui parlait ou que ses paroles étaient incohérentes.

Quinze minutes à peine après la première altercation physique avec le personnel, M. Hines a été tiré hors de la douche de décontamination et n'a jamais semblé reprendre pleinement connaissance. L'incident était maintenant irréversiblement passé d'une intervention habituelle de recours à la force à une véritable urgence médicale. Étonnamment, l'intervention du personnel est restée exclusivement axée sur la sécurité. Je constate, par exemple, que M. Hines est resté menotté dans le dos à partir du moment où il ne réagissait plus dans la douche de décontamination, ce qui, même du point de vue du Comité d'enquête, « était injustifié sur le plan de la sécurité ». À partir de ce moment-là, le personnel aurait dû réévaluer la nécessité des menottes d'un point de vue tant opérationnel que médical.

Il semble particulièrement inacceptable, inutile, voire cruel, d'avoir eu recours à répétition au gaz poivré alors que M. Hines était parfaitement maîtrisé par les nombreux agents et portait les menottes. L'usage répété et inapproprié de gaz poivré semble un facteur important dans la convergence d'erreurs et de manquements ayant contribué au décès de M. Hines. Le Comité d'enquête a écrit que le gaz poivré a été utilisé à plusieurs reprises malgré les éléments suivants : « M. Hines était bien maîtrisé par le personnel, aucun ordre direct à cet effet ne semblait avoir été donné, l'intervalle entre les vaporisations était court et la distance entre le vaporisateur et son visage était trop courte ». Compte tenu de l'opinion des médecins légistes quant aux facteurs ayant probablement contribué à la mort de M. Hines, ces constatations sont déterminantes.

D'après les rapports d'observation des membres du personnel, il est arrivé à divers moments tout au long de l'incident que M. Hines « ne collaborait pas physiquement », qu'il « résistait » et qu'il « crachait ». (On ne voit pas clairement dans les bandes vidéo s'il crache en direction du personnel dans le but de les atteindre.) Quoi qu'il en soit, une fois maîtrisé par les agents, M. Hines ne semblait pas agressif, mais il trébuchait par moments pour tenter de suivre le pas des agents (M. Hines était très corpulent; il était maladroitement forcé à marcher de reculons, en chaussettes, menotté dans le dos).

Le fait de lui avoir tiré le chandail par-dessus la tête pour tenter de l'empêcher de cracher n'a fait qu'empirer son état physique et mental, qui se

détériorait rapidement. Il est fort probable que M. Hines crachait pour tenter de nettoyer ses voies respiratoires après avoir reçu du gaz poivré au visage à maintes reprises. Ses mains, après tout, étaient menottées derrière son dos, et il n'avait aucune autre façon d'évacuer la substance nocive de ses voies respiratoires ou de l'enlever de son visage.

M. Hines semblait excité, anxieux, effrayé et peut-être même en délire. À divers moments, on l'entend littéralement pleurer à l'aide ou supplier qu'on lui sauve la vie. Rien ne peut expliquer qu'on laisse un homme de cette taille, le chandail par-dessus la tête, tomber sans retenue sur le dos dans la douche de décontamination au moment où on ouvre l'eau. L'effet fut probablement similaire à celui d'une simulation de noyade et il a probablement eu l'impression de se noyer.

Le rapport du Comité d'enquête présente un compte rendu relativement détaillé de l'état de santé physique et mentale de M. Hines. D'après celui-ci, certains facteurs de risque liés à des problèmes de santé physique et mentale non diagnostiqués ou non traités existent dans le présent cas (par exemple, antécédents d'épisodes psychotiques causés par la drogue, antécédents de polytoxicomanie, antécédents de dépression, prise de poids rapide et importante, risque d'hypertension). M. Hines recourait fréquemment aux soins de santé. Ses antécédents de symptômes ou d'épisodes psychotiques étaient connus (ces épisodes semblaient déclenchés par sa consommation de plusieurs drogues). Il suivait le programme d'entretien à la méthadone depuis juillet 2012. Pendant qu'il purgeait sa peine courante, Matthew a été admis deux fois dans le centre de traitement psychiatrique de la région de l'Atlantique (Centre de rétablissement Shepody) en raison d'un comportement bizarre et inhabituel. Il a été admis deux fois dans un hôpital externe, soit en avril 2013 et en avril 2015, pour ce qui semblait être des symptômes de psychose ou de crise.

Par ailleurs, M. Hines a pris beaucoup de poids pendant son incarcération (probablement en raison des antidépresseurs); son poids est passé de 190 livres à 313 livres (poids au moment de son décès). À un certain moment, M. Hines a été mis à un régime à faible teneur en gras, qui a ultérieurement été annulé par le

personnel non médical, après qu'il a été déterminé qu'il « trichait » souvent en mangeant de la camelote à la cantine.

Même si, dans l'ensemble, je suis satisfait de la rigueur de l'examen et de l'analyse effectués par le Comité d'enquête au sujet de l'état de santé de M. Hines au moment de son décès, je ne peux m'empêcher de penser qu'il y a eu des lacunes importantes et graves dans l'échange d'information et la communication entre le personnel clinique et le personnel de première ligne. Bien que les comportements de M. Hines aient nui à l'établissement d'un diagnostic clair et actuel en matière de santé mentale, selon l'examen par mon bureau des dossiers médicaux du SCC, le personnel de première ligne avait fréquemment constaté et consigné le comportement « bizarre » de M. Hines. Le personnel avait d'abord cru que son humeur et ses agissements le soir du 26 mai 2015 étaient dus à une consommation illicite de drogue. Toutefois, au moment où l'état physique et mental de M. Hines s'est détérioré après le premier recours à la force, le personnel de première ligne aurait dû avoir l'expérience, les connaissances et la formation nécessaires pour répondre à ses besoins et réagir à l'égard de son comportement d'une façon axée sur la survie.

Cause du décès

Pour ce qui est de la cause du décès, le Comité d'enquête, qui a terminé son rapport vers le 4 novembre 2015 ou à cette date, a relevé une série de facteurs correspondant au *Syndrome de mort subite sous garde* (SMSSG). Une des quatre recommandations formulées par le Comité semble indiquer que le SMSSG pourrait être une cause possible de la mort de M. Hines. Toutefois, comme nous le savons maintenant, les résultats de l'autopsie n'étaient pas tous accessibles au moment où le Comité a conclu son enquête⁵. Le coroner en chef du Nouveau-Brunswick n'a pas encore fait connaître la cause du décès de M. Hines ni la façon dont il est survenu, mais selon le rapport final d'autopsie du pathologiste (rapport signé et daté du 8 mars 2016), la cause du décès semble être une

⁵ Les rapports autopsie semblent avoir été produits dans l'ordre suivant : rapport de toxicologie judiciaire (29 juin 2015); rapport de neuropathologie (12 février 2016); rapport d'autopsie final (pathologie) (8 mars 2016).

asphyxie aiguë liée à un œdème pulmonaire grave causé par l'administration de gaz poivré⁶.

Il y a une piste importante que le Comité d'enquête n'a pas approfondie, soit le rôle qu'a joué l'usage répété et injustifié de gaz poivré dans la survenue rapide d'une détresse respiratoire et d'une insuffisance pulmonaire. Il y a eu des facteurs de risque évidents et fréquents d'asphyxie de contrainte tout au long de l'incident, surtout lorsque M. Hines est tombé inconscient. Voici ces facteurs : le poids et la taille de M. Hines, contrainte physique en position couchée, la position de sa tête qui l'empêchait de bien respirer, le risque d'épuisement et les mains menottées dans son dos pendant une longue période. Le Comité d'enquête a laissé entendre qu'il est possible que l'usage multiple de gaz poivré ait contribué à l'urgence médicale qui a suivi, mais il n'a pas établi précisément ni directement de liens entre les deux. Il a mentionné ce qui suit.

Il y avait suffisamment d'information à la disposition des membres du personnel [...] pour que ceux-ci reconnaissent les risques possibles de leurs interventions de sécurité à l'égard de HINES : les demandes répétées à l'aide du détenu, ses plaintes d'incapacité à respirer, son épuisement progressif et plusieurs interventions qui, à elles seules, ou jumelées à sur le recours à la force recue. d'autres facteurs, avaient la possibilité de nuire à son taux d'oxygénation. Les membres du personnel n'ont pas reconnu ces risques ni ne les ont réévalués, ni pendant ni après l'incident.

Le Comité a commis une faute sur un autre aspect, c'est-à-dire lorsqu'il a indiqué que la formation sur le recours à la force des membres du personnel qui sont intervenus n'était pas à jour [ils n'avaient sans doute pas suivi les modules les plus récents (2014) au sujet du SMSSG]. Un addenda à ce rapport du Comité que mon bureau a reçu le 20 octobre 2016, est venu corriger cette faute. Il indiquait que la formation des agents de première ligne qui sont intervenus était à jour et qu'ils avaient agi conformément à la formation sur le recours à la force recue. Au même titre que les premiers intervenants, les membres du personnel de première ligne sont formés pour reconnaître les risques que représente l'asphyxie de contrainte en situation d'urgence et y répondre. Dans tous les cas, il

⁶ Rapport d'autopsie final (pathologie), 8 mars 2016.

n'est pas nécessaire de déterminer qu'il y a eu SMSSG pour établir un lien entre les gestes des agents correctionnels et la détresse médicale de M. Hines.

En définitive, la cause exacte du décès de M. Hines va au-delà de l'hypothèse ou de l'expertise de l'ombudsman correctionnel. La détermination de cette cause relève purement d'une analyse médico-légale. Cela dit, en guise de mesure additionnelle de reddition de compte, le SCC a accepté, à la demande de mon bureau, de réaliser un examen indépendant de la qualité des soins de santé que M. Hines a reçus pendant qu'il était sous la garde du SCC. Les services de santé du SCC ont par la suite publié un rappel des pratiques à l'intention du personnel infirmier des établissements pour lui indiquer ses responsabilités quant à la réalisation d'évaluations de santé à la suite d'un recours à la force. Le document renferme de l'information sur les symptômes susceptibles de correspondre au syndrome du délire agité, c'est-à-dire, entre autres, la détresse respiratoire, un rythme cardiaque rapide, de l'hypertension, une température élevée, une agitation, une confusion, des hallucinations et une altération de l'état de conscience⁷. Tous ces signes et symptômes semblaient manifestes chez M. Hines. Toutefois, il y a peu de documents pouvant confirmer ce qu'est en fait un état psychologique contesté et une cause de décès controversée dans les milieux médical et médico-légal⁸.

Actes de non-conformité

Le Comité d'enquête a relevé dans son rapport 21 actes de non-conformité aux politiques, ou lacunes dans celles-ci. Suivent les infractions les plus graves qu'il a relevées :

1. Ne pas avoir constamment évalué et réévalué les interventions en matière de sécurité et les mesures prises par le personnel.

⁷ Note de service aux directeurs régionaux, Services de santé, « rappel des pratiques professionnelles à l'intention des professionnels de la santé sur la conduite d'une évaluation postérieure au recours à la force », 23 septembre 2016.

⁸ Dans le contexte canadien, il y a le *Report of the Panel of Mental Health and Medical Experts Review of Excited Delirium*, juin 2009, comité consultatif formé par le ministre de la Justice et procureur général et le ministre de la Santé (Nouvelle-Écosse); Commission Braidwood sur la mort de Robert Dziekanski, mai 2010 (Colombie-Britannique).

2. Ne pas avoir protégé contre les blessures une personne menottée dans le dos.
3. Ne pas avoir pris la situation en main (un agent aurait dû prendre le leadership).
4. Avoir utilisé le gaz poivré de façon « inappropriée ».
5. Ne pas avoir contrôlé les agents inflammatoires ni en avoir tenu compte de façon adéquate.
6. Ne pas avoir préservé l'intégrité d'une scène de crime possible.
7. Ne pas avoir fourni de soins de santé d'urgence.

Malgré les graves et multiples manquements aux politiques relevés par le Comité d'enquête dans son rapport et le fait qu'il y a eu un décès, le Comité n'a formulé que quatre recommandations. Deux de ces recommandations s'adressent au pénitencier en cause : le pénitencier de Dorchester devrait « envisager » d'évaluer les caractéristiques de sécurité de ses civières, et l'administration régionale devrait « envisager » de réaliser un audit sur les procédures d'utilisation du gaz poivré au pénitencier de Dorchester. Les deux autres recommandations portent sur l'apprentissage et la formation à l'échelle nationale dans les domaines des arrestations, du contrôle et du SMSSG.

Je ne vois pas en quoi ces mesures auraient une incidence perceptible sur le devoir légal du SCC de prendre toutes les mesures raisonnables pour réduire le nombre de décès en établissement et les prévenir. La qualité du rapport du Comité surpasse la moyenne, mais aucune des recommandations qui y sont formulées ne traite concrètement des multiples actes de non-conformité importants énoncés précédemment. En fait, dans le cas présent, il y a un manque total de cohérence entre les constatations du Comité en ce qui a trait à la non-conformité (considérable et systémique) et les mesures correctives qu'il a recommandées (faibles et générales).

De façon plus générale, la manière dont le SCC enquête et rédige des rapports sur les décès en établissement et les leçons qu'il tire de ces événements sont inadéquates. Dans l'ensemble, le Comité d'enquête sur le décès de M. Hines a déterminé que, le soir du 26 mai 2016, les membres du personnel qui sont intervenus n'ont pas respecté les politiques et les procédures déjà établies. Dans son rapport, le Comité a fait état de lacunes et d'erreurs évidentes dans leur façon de recourir à la force et de fournir des soins de santé, mais il n'a pas poussé plus loin pour conclure que les multiples dérogations aux politiques et aux procédures ont possiblement contribué à la détresse médicale de M. Hines et, ultimement, à son décès.

Comme le SCC enquête sur lui-même principalement en fonction du respect des politiques et des procédures plutôt que de la responsabilisation, la plupart des comités d'enquête ne formulent pas de recommandations d'une portée nationale. Par conséquent, mon bureau est témoin des mêmes erreurs qui se produisent encore et encore dans les établissements. Bien entendu, le décès de M. Hines est tragique et avait survécu subitement, mais le Comité d'enquête n'a rien constaté qui le portait à croire que le décès de M. Hines aurait pu être prévenu, autre que si le personnel avait respecté les politiques et les procédures.

Le raisonnement intéressé, irréfléchi et redondant découlant de ce genre d'enquête laisse peu de place à un examen critique sur la façon dont M. Hines est décédé et pourquoi c'est arrivé, ou sur ce qui pourrait être fait pour empêcher un tel événement de se reproduire. En d'autres mots, un processus d'enquête qui ne porte ni sur la responsabilisation ni sur la prévention ne permettra jamais d'apprendre des interventions inadéquates, erronées ou inappropriées que le personnel répète et qui sont susceptibles de mener à une catastrophe.

Indépendamment du processus du Comité d'enquête, mon bureau a été informé que la direction du pénitencier de Dorchester avait d'abord relevé les problèmes de conformité suivants :

1. le détenu était menotté pendant la douche de décontamination;
2. le gaz poivré a été utilisé d'une manière contraire à la politique et à la formation reçue par les agents;

3. les techniques de frappe comme manœuvre de distraction ont été utilisées d'une manière contraire à la formation;
4. le gestionnaire de quart n'a pas pris le plein contrôle de la situation lorsqu'il était sur place.

Mon enquête a permis de confirmer que la direction du pénitencier de Dorchester avait « discuté » des problèmes de conformité avec les membres du personnel visés. Aucune mesure disciplinaire officielle n'a été prise à la suite de l'examen local de l'intervention du personnel correctionnel.

Dans le cadre d'un processus distinct, on a déterminé que les services de l'infirmière de service, qui était en probation au moment de l'incident, ne seraient plus retenus par le SCC. Mon bureau a appris que ce cas avait été soumis à l'examen des organismes d'accréditation et de réglementation professionnels pertinents. Bien que cette mesure rétroactive semble raisonnable compte tenu de ce qui est arrivé, la situation soulève des questions encore plus troublantes en ce qui concerne la raison de savoir pourquoi une infirmière relativement inexpérimentée, en service probatoire, travaillait pratiquement sans appui pendant le quart de nuit dans un grand pénitencier⁹. Il est évident qu'elle n'a pas donné les soins infirmiers de base qui font partie de sa formation professionnelle, mais elle n'est pas la seule responsable de l'échec à maintenir M. Hines en vie et à prévenir son décès.

M. Hines est tombé inconscient lorsqu'il était sous la surveillance et la garde de plusieurs agents à la suite de multiples recours à la force inappropriés et injustifiés, voire excessifs. Inconscient, il a été traîné hors de la douche de l'unité d'isolement, puis transporté dans la salle de traitement du pénitencier de Dorchester sur une civière à 22 h 37. À son arrivée, il était toujours inconscient et respirait à peine. Contrairement à la politique, l'infirmière de garde n'a ni évalué

⁹ Au moment de l'incident, l'infirmière de service travaillait à l'hôpital régional attenant (Centre de rétablissement Shepody), mais pouvait intervenir en cas d'urgence à l'unité de sécurité moyenne du pénitencier de Dorchester. Une autre infirmière était affectée à l'hôpital régional ce soir-là et aurait aussi pu intervenir sur demande ou sur appel. D'après le SCC, il s'agit de la composition « habituelle » de l'équipe du personnel infirmier responsable du Centre de rétablissement Shepody et du pénitencier de Dorchester après 22 h.

ses signes vitaux ni pratiqué d'interventions visant à garder M. Hines en vie. Les ambulanciers ont constaté que M. Hines était inconscient du moment où ils sont arrivés auprès de lui, à 22 h 52, jusqu'à la fin de leur intervention. M. Hines a cessé de respirer dans l'ambulance vers 23 h 23 et son pouls était imperceptible. En réalité, il est décédé une heure et dix minutes après le premier recours à la force.

À la suite du dépôt du rapport du Comité d'enquête ainsi que de mon rapport provisoire, un processus disciplinaire plus officiel a été demandé le 4 novembre 2015, lequel a été conclu un mois plus tard. Ce processus visait quatre membres du personnel de première ligne en raison du caractère approprié et de l'intensité de leur recours à la force. Demandé par le directeur du pénitencier de Dorchester, le processus a manqué d'indépendance fonctionnelle et encore plus de crédibilité. Deux agents ont reçu une lettre de réprimande, tout comme le gestionnaire correctionnel, qui s'est aussi vu imposer une journée sans salaire. Les preuves étaient « insuffisantes » pour prendre des mesures disciplinaires officielles contre le quatrième agent. Les quatre membres ont été priés de « relire » les *Règles de conduite professionnelle* et le *Code de discipline* du SCC.

Les comités d'enquête n'ont pas pour mandat d'engager un processus disciplinaire officiel relatif au personnel. Les questions de discipline sont traitées de façon distincte et ne relèvent pas de leur compétence. Comme je l'ai déjà mentionné, un processus disciplinaire supplémentaire a été demandé peu après le dépôt du rapport du Comité d'enquête au commissaire. Mon bureau n'enquête généralement pas sur les relations internes du personnel du SCC ni ne formule de commentaires sur le sujet. Cependant, dans le cas présent, je constate une différence inconciliable entre les conclusions et les recommandations formulées par le Comité d'enquête et les mesures subséquentes prises dans le cadre du processus disciplinaire. Dans les deux cas, on ne rend pas compte de la gravité et des conséquences des gestes individuels des membres du personnel, de leurs omissions et de l'échec de l'organisation à préserver la vie de M. Hines. Ainsi, compte tenu de la déroute catastrophique de l'intervention du personnel, il convient d'examiner et de mettre en doute la

pertinence et le bien-fondé du fait que le SCC enquête lui-même sur son personnel et impose lui-même des mesures disciplinaires.

L'issue du processus disciplinaire pour les quatre agents est particulièrement problématique, car on ne semble pas avoir pris en considération les effets cumulatifs des mesures de contrôle et de recours à la force qui ont ultimement contribué à l'urgence médicale de M. Hines : les coups en guise de « distraction », la blessure à la tête qui en a résulté, les répercussions de la vaporisation de doses successives de gaz poivré à court intervalle et à courte portée, le chandail passé par-dessus son visage dans la douche, l'absence d'aide médicale, défaut de reconnaître une urgence médicale, et, enfin, l'échec à le maintenir en vie. À partir du début de l'intervention, la nature et l'intensité des mesures de recours à la force employées étaient démesurées et injustifiées. Le personnel n'a pas réussi à se ressaisir ni à réévaluer la situation et leurs options au fur et à mesure que l'incident progressait. Leurs erreurs se sont accumulées et ont mené à une catastrophe. Toute cette affaire est encore pire du fait qu'il y a eu 13 agents correctionnels présents à un certain moment. Quelqu'un aurait sûrement pu prendre la situation en main.

En plus des lacunes inhérentes dans les processus d'enquête et disciplinaire du SCC, il existe d'autres aspects tout aussi troublants dans cette affaire qui semblent nécessiter une réponse importante de la part de la direction nationale du SCC. Tout comme dans le cas d'Ashley Smith, les leçons tirées du décès de M. Hines devraient être transmises à l'échelle du SCC. Presque tout ce qui pouvait mal tourner dans une intervention de recours à la force a effectivement mal tourné.

Le cas de M.Hines met aussi en lumière des lacunes persistantes dans les processus disciplinaires et d'enquête, lesquels sont fortement axés sur le respect des politiques et des procédures plutôt que sur la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'organisation. L'imposition rétroactive de mesures disciplinaires à l'endroit de quelques employés ne contribue guère à prévenir d'autres situations semblables. Les membres du personnel sont embauchés, formés, encadrés, supervisés et soutenus par l'organisation. Une bonne supervision implique une bonne discipline. C'est la responsabilité de la direction

de veiller à ce qu'un cadre adéquat de formation, de supervision et de soutien soit rigoureusement mis en œuvre.

Le soir en question, il y a eu désorganisation dans la chaîne de responsabilité des membres du personnel et de la gestion. Aucun agent présent n'a pris les commandes d'une situation qui a dégénéré et qui est devenue hors de contrôle en quelques minutes. Néanmoins, la responsabilité de l'absence de leadership parmi les intervenants et de l'échec à préserver la vie du détenu en cette soirée fatidique revient à la direction. À ce que mon bureau sache, aucun cadre supérieur de l'établissement ni de l'échelon régional ou national n'a fait l'objet d'une mesure disciplinaire rétroactive ni n'a été tenu de rendre des comptes sur les lacunes relevées qui ont contribué directement et indirectement au décès de M. Hines.

Questions de transparence et de responsabilisation

Comme cette affaire le montre, il y a beaucoup de progrès à faire dans la façon dont le SCC enquête sur les décès en établissement, la façon dont il tire des leçons de ce type d'événements et la façon dont il présente des rapports publics à cet égard. Je suis particulièrement troublé par le manque de transparence face au public dans ce dossier, y compris par les renseignements et les déclarations ambigus qui ont d'abord été présentés aux médias et aux proches de M. Hines immédiatement après son décès. Il y a un intérêt plus vaste et beaucoup plus décisif à satisfaire dans cette affaire. Comme le ministre de la Sécurité publique l'a déclaré, la famille et la population méritent de savoir comment et pourquoi Matthew Hines est décédé sous la surveillance et la garde du SCC. Le SCC se doit de fournir des réponses

Plus d'un an plus tard, la famille commence tout juste à dresser un portrait plus clair des événements et des circonstances de la rencontre brève, mais fatale, qui a eu lieu entre M. Hines et le personnel le 26 mai 2015. Je crois que le SCC a enfin remis à la famille un rapport relativement complet du Comité d'enquête. Le rapport n'était pas, comme je l'ai vu à maintes reprises déjà, inutilement ou énormément caviardé. C'est encourageant. Du même coup, comme dans d'autres cas de décès en établissement sur lesquels j'ai enquêté, le SCC a eu de nombreuses occasions de communiquer des renseignements à la famille de

M. Hines dans de meilleurs délais et de façon plus transparente et plus attentionnée. Je constate, par exemple, que le directeur de l'établissement a terminé son rapport sur l'incident le 2 juin 2015. Même à ce moment-là, des questions étaient soulevées quant à la pertinence et au bien-fondé des interventions de recours à la force et des soins de santé prodigués, mais l'information n'a pas été communiquée convenablement.

Même s'il y a de graves discordances entre le premier compte rendu des événements du directeur et le rapport du Comité d'enquête (notamment en ce qui a trait à la qualité et au caractère adéquat des soins de santé prodigués par l'infirmière), il ne manquait certainement pas de renseignements qui auraient pu être fournis en premier lieu à la famille même si l'enquête interne était en cours. Le rapport de l'expert en toxicologie judiciaire est daté du 29 juin 2015. Selon ce rapport, il y avait du THC (marijuana), de la méthadone et du bupropion (un antidépresseur) dans le sang de M. Hines au moment de sa mort, mais aucune de ces drogues, seules ou combinées, ne se trouvait en concentration suffisante pour être toxique ou mortelle. En d'autres mots, la cause du décès de M. Hines ne semble pas être une surdose de drogue.

La famille a d'abord été informée par le SCC que M. Hines était décédé d'une crise; cependant, on ne sait pas pourquoi c'est l'information qui a été transmise et qui aurait pu corroborer cette information. Jusqu'à tout récemment, la famille de M. Hines avait été portée à croire que son décès n'aurait pas pu être évité. Les conclusions de mon enquête me laissent croire qu'il en est autrement.

Conclusions

Au terme de mon enquête sur le décès de M. Hines en établissement fédéral, je constate les problèmes qui suivent :

1. de multiples recours à la force inutiles et inappropriés ont contribué à l'urgence médicale subséquente et au décès;

2. utilisations multiples des recours à la force inutile et inappropriée contribuant à l'urgence médicale et à la mort de M. Hines.
3. l'absence de mesures de contrôle suffisantes et d'une obligation de rendre compte en ce qui a trait à l'utilisation d'agents inflammatoires dans les pénitenciers fédéraux;
4. la nécessité d'établir un modèle de gestion et d'intervention indépendant et distinct pour aider le personnel de première ligne à reconnaître les situations d'urgence en matière de soins de santé physique ou mentale et à intervenir;
5. un manque de rigueur du processus d'examen des recours à la force;
6. une inattention à maintenir l'intégrité d'une scène de crime possible;
7. une mauvaise qualité de la communication et de l'échange d'information entre le personnel clinique et le personnel de première ligne;
8. l'existence de questions sur les délais d'intervention en matière de soins de santé, la qualité des soins donnés et leur pertinence;
9. des déclarations publiques trompeuses en ce qui a trait à la cause du décès et à l'intervention du personnel;
10. une communication imprécise et inadéquate de renseignements aux membres désignés de la famille à la suite d'un décès en établissement;
11. les membres du personnel intervenant ne sont pas bien formés, outillés ou soutenus pour gérer des comportements bizarres, erratiques ou provocateurs associés à des problèmes de santé mentale.

Mon bureau a maintes fois relevé ces problèmes. On nous a assuré à plusieurs reprises que le cadre de responsabilisation des décès en établissement du SCC est rigoureux et fiable, mais un certain nombre de recommandations

importantes formulées par mon bureau et les recommandations découlant des enquêtes du coroner n'ont toujours pas été mises en œuvre, notamment les suivantes :

1. un cadre supérieur exclusivement responsable de veiller à la mise en application des pratiques de détention sécuritaire;
2. un forum consultatif national qui dirigera un travail concerté visant à la communication de renseignements dans le but de réduire le nombre de décès en établissement et de prévenir ces décès;
3. un cadre exhaustif de responsabilisation et de rapports annuels sur le rendement au sujet des progrès du SCC liés à la prévention des décès en établissement;
4. la prestation de soins de santé ininterrompus dans les établissements à sécurité moyenne ou maximale et à niveaux de sécurité multiples;
5. un système de défense des patients pour les établissements correctionnels.

Il s'agit d'occasions ratées de rendre le système correctionnel plus responsable, plus ouvert et plus transparent.

Je conclus que le décès de M. Hines en établissement fédéral aurait pu être évité. Il est survenu peu après de multiples recours à une force inappropriée. Le SCC a échoué à son devoir de protéger et de préserver la vie de M. Hines. Ce qu'implique cette affaire touche bien plus que le pénitencier de Dorchester ou les événements tragiques du 26 mai 2015.

RECOMMANDATIONS

1. Les gestionnaires du SCC à l'échelle de l'établissement, de la région et du nation devraient être tenus responsables des lacunes relevées en ce qui a trait aux recours à la force inappropriés, inutiles et répétés qui ont directement contribué à l'urgence médicale de M. Hines, puis à sa mort.

2. Le cas de Matthew Hines devrait être utilisé comme outil d'enseignement et de formation à l'échelle nationale pour tous les employés et les cadres actuels et futurs du SCC. L'étude de cas devrait comprendre une analyse des lacunes dans les interventions ayant mené à des recours à la force et les interventions liées aux soins de santé réalisées dans le cas de M. Hines et qui ont précédé son décès en établissement.¹⁰ (Mon bureau indique qu'un bulletin à l'intention du personnel tiré des leçons retenues a été publié par la Direction des enquêtes sur les incidents du SCC en novembre 2016. Le scénario de ce bulletin, intitulé « À quoi ressemble une urgence médicale », est inspiré du cas de Matthew Hines).
3. Le SCC devrait élaborer immédiatement un modèle de gestion et d'intervention indépendant et distinct pour aider le personnel de première ligne à reconnaître les situations d'urgence en matière de santé physique ou mentale et à intervenir.
4. Le SCC devrait examiner et modifier les voies et les méthodes de communication de l'information entre le personnel de première ligne et le personnel clinique pour assurer à ce que les premiers intervenants soient adéquatement préparés à répondre de façon sûre aux besoins des détenus en matière de santé physique et mentale.
5. Il faudrait procéder à un examen du cadre de pratique du personnel infirmier afin de s'assurer que les infirmiers enregistrés sont adéquatement formés, encadrés et préparés pour travailler en milieu correctionnel et afin d'y ajouter des directives précises sur le recours à la force, les agents inflammatoires et la prestation de soins de traumatologie d'urgence.
6. Le SCC devrait veiller à ce que le rôle de leadership de l'agent responsable soit clair en l'absence d'un gestionnaire correctionnel.

¹⁰ Mon bureau indique qu'un bulletin à l'intention du personnel tiré des leçons retenues a été publié par la Direction des enquêtes sur les incidents du SCC en novembre 2016. Le scénario de ce bulletin, intitulé « À quoi ressemble une urgence médicale », est inspiré du cas de Matthew Hines. Ce bulletin est annexé au présent rapport

7. Le SCC devrait se pencher sur les mesures de contrôle adoptées à l'échelle nationale, régionale et des établissements en ce qui a trait à l'utilisation d'agents inflammatoires dans les pénitenciers fédéraux. Il faudrait donner des directives claires selon lesquelles les agents inflammatoires peuvent être utilisés uniquement après que toutes les autres techniques de résolution de conflits ont été utilisées et lorsqu'il y a risque évident et imminent d'effets dommageables.
8. Les membres du personnel de première ligne du SCC devraient recevoir une formation de mise à jour ou de mise à niveau sur les techniques de désamorçage des conflits. La formation devrait mettre l'accent sur la façon de gérer les comportements d'opposition ou de confrontation des personnes ayant des problèmes de santé mentale sous-jacents ou connus.
9. Le SCC devrait immédiatement élaborer des mécanismes pour concilier les conclusions des comités d'enquête avec le processus disciplinaire des employés.
10. Des comités d'enquête sur les décès en établissement devraient être tenus d'examiner si le décès en question aurait pu être évité et de quelle façon, et de l'indiquer clairement.

ANNEXE

1. Direction des enquêtes sur les incidents (DEI) : Bulletin d'information à l'intention du personnel 4^e numéro (novembre 2016)



Direction des enquêtes sur les incidents (DEI) : Bulletin d'information à l'intention du personnel 4^e numéro (novembre 2016)

LEÇONS APPRISSES – À QUOI RESSEMBLE UNE URGENGE MÉDICALE?

Un détenu peut sembler ne pas coopérer et/ou être sous l'influence de substances intoxicantes, alors qu'il peut s'agir d'une urgence médicale.

Ce bulletin fournira des informations à propos d'une condition médicale appelée Altération du niveau de l'état de conscience (AEC)

Scénario : AEC et recours à la force



À ne pas faire

Scénario n° 1 : Alors que les détenus retournaient à leur cellule pour le dénombrement debout, des agents correctionnels ont ordonné à un détenu, qui semblait s'emporter et se comporter bizarrement, de retourner à sa cellule pour procéder au dénombrement. Ils ont présumé qu'il était probablement intoxiqué, et ils l'ont pris par le bras pour l'inciter à obéir, ce qui a provoqué l'agitation du détenu, amenant spontanément l'utilisation de la force. Ce détenu, qui était un grand homme, a été menotté de l'arrière et laissé dans une position étrange. Il s'est démené et un aérosol capsique a été utilisé à plusieurs reprises, après quoi, il s'est plaint d'avoir de la difficulté à respirer. Le détenu est décédé peu après.



À faire

Scénario n° 2 : Alors que les détenus retournaient à leur cellule pour le dénombrement debout, des agents correctionnels ont ordonné à un détenu, qui semblait s'emporter et se comporter bizarrement, de retourner à sa cellule pour procéder au dénombrement. Comme il ne répondait pas aux consignes de retourner en cellule, les agents ont discuté calmement avec lui afin d'essayer d'évaluer pourquoi il refusait de suivre les directives. Alors qu'ils essayaient d'interagir avec lui, ils ont évalué qu'il ne semblait pas être conscient de son environnement ou de comprendre la consigne qui lui avait été donnée. Les agents correctionnels ont par la suite contacté les services de santé. Le détenu a été évalué par les services de santé, qui ont déterminé qu'il nécessitait une intervention médicale. Il fut ensuite évalué et traité par les services de santé, puis retourné en cellule.

Référez-vous à [LD 800-4 Lignes directrices sur une intervention en cas d'urgence médicale](#) pour plus d'information et de directives sur la façon de répondre aux urgences médicales.





Qu'est-ce qu'une altération du niveau de l'état de conscience (AEC)?

L'AEC peut varier, allant d'un état de perturbation des pensées et de confusion à un état d'inconscience et de non-réponse.

Exemples :

- Une personne diabétique dont la glycémie est anormalement faible peut présenter une AEC et présenter les symptômes d'une intoxication.
- Une personne qui a pris de la médication (ou autre substance) peut sembler désorientée, léthargique et/ou agitée.
- Une personne souffrant d'une maladie mentale peut avoir cessé de prendre ses médicaments ou ne pas être stabilisée sur les médicaments.
- Une personne est tombée et s'est frappé la tête, son fonctionnement est ralenti, elle est confuse et incapable de répondre à des questions ou de suivre des directives.
- Une personne a fait une crise d'épilepsie qui est passée inaperçue; une fois terminée, elle semble incapable de rester éveillée, à garder son équilibre, et marche de manière distraite dans la rangée.

Comment reconnaître une personne qui a une AEC?

En interagissant avec la personne, vous sentirez qu'elle est incapable de répondre à vos tentatives de conversation d'une manière typique. Cette personne peut sembler :

- « ne pas être là »
- « ne pas faire de sens »
- « mentalement absente »
- être incapable de suivre des directives simples
- manquer de coordination dans ses mouvements

Bref, vous aurez tout simplement l'impression que « quelque chose ne va pas avec cette personne ».

Que faire en présence d'une personne chez qui l'on soupçonne une AEC?

À faire

- ✓ Traiter toutes personnes présentant une AEC comme une urgence médicale.
- ✓ Garder l'individu le plus calme possible.
- ✓ Demander immédiatement de l'aide médicale, que ce soit auprès des Services de santé de l'établissement ou du 9-1-1.
- ✓ N'oubliez pas de demeurer calme vous-même.
- ✓ Si possible, essayer de laisser la personne à l'endroit où elle se trouve jusqu'à ce que les secours arrivent, s'il n'y a pas de menaces immédiates pour la personne ou pour vous.
- ✓ Surveiller constamment la capacité de la personne à respirer.

À ne pas faire

- ☒ Agiter la personne ou sembler menacer la personne
- ☒ Contraindre les personnes avec une AEC, sauf en dernier recours. Si la personne doit être retenue, le minimum de force doit être utilisé, conformément à la politique.
- ☒ Utiliser du matériel de contrainte sans bien positionner la personne et en ne tenant compte de son poids. Si du matériel de contrainte est utilisé, veiller à ce qu'elle soit soutenue et qu'elle peut respirer.
- ☒ Ne jamais émettre d'hypothèses sur le pourquoi qu'une personne peut avoir une AEC.