



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada



LA SÉCURITÉ,
LA DIGNITÉ
ET LE RESPECT
POUR TOUS

SAFETY, RESPECT
AND DIGNITY
FOR ALL

Vérification des centres régionaux de traitement et du Centre psychiatrique régional

Vérification interne

378-1-252

5 janvier 2011

Cette page est laissée en blanc afin de permettre l'impression recto verso.



Table des matières

RÉSUMÉ	4
ÉNONCÉ D'ASSURANCE	7
1.0 INTRODUCTION	8
2.0 OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION	12
2.1 Objectifs de la vérification	12
2.2 Portée de la vérification	12
3.0 DÉMARCHE ET MÉTHODE DE VÉRIFICATION	14
4.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION ET RECOMMANDATIONS	15
4.1 Cadre de gestion pour les Services de santé mentale	15
4.1.1 Dispositions législatives et directives du commissaire applicables	15
4.1.2 Directives du commissaire et ordres permanents en matière de santé mentale	17
4.1.3 Gouvernance, rôles et responsabilités	18
4.1.4 Dotation et ressourcement	23
4.1.5 Formation	26
4.1.6 Surveillance, reddition de comptes et amélioration continue de la qualité	28
4.2 Conformité à la LSCMLC	32
4.2.1 Services de santé mentale « essentiels » et « non essentiels »	32
4.2.2 Normes professionnelles reconnues	33
4.2.3 Prise en compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale du détenu dans les décisions	34
4.2.4 Consentement libre	36
4.2.5 Admission involontaire	37
4.2.6 Alimentation de force	39
4.3 Conformité aux directives du commissaire	41
4.3.1 Critères d'admission et de sortie	41
4.3.2 Programmes offerts dans les centres de traitement	43
4.3.3 Enquêtes dans les centres de traitement	45
4.3.4 Comités de détenus dans les centres de traitement	46
4.3.5 Recours à la force	46
4.3.6 Utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé	50
4.3.7 Administration de médicaments	51
4.3.8 Gestion des urgences médicales, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation des détenus	52
5.0 CONCLUSION GLOBALE	56
ANNEXE A	58
ANNEXE B	60
ANNEXE C	63
ANNEXE D	74



RÉSUMÉ

CONTEXTE

La vérification des centres régionaux de traitement du Service correctionnel du Canada (SCC) a eu lieu dans le cadre du plan de vérification interne du SCC pour 2009-2012. Tous les documents importants du SCC tels que le Profil de risque de l'organisation, le Rapport sur les plans et les priorités, et le Programme de transformation mentionnent la « capacité d'offrir des soins de santé mentale aux détenus » en tant que risque et priorité essentielle pour le Service correctionnel.

En vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), le SCC a l'obligation de veiller à ce que les détenus reçoivent des soins de santé « essentiels » et « non essentiels » satisfaisant aux normes professionnelles reconnues. Les soins de santé incluent « les soins médicaux, les soins dentaires et les soins de santé mentale dispensés par des professionnels de la santé agréés¹ ». Les « soins de santé mentale » sont « les soins offerts aux délinquants atteints de troubles de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire qui affaiblissent considérablement leur jugement, leur comportement et leur capacité de reconnaître la réalité ou de satisfaire aux exigences ordinaires de la vie ».

Pour s'acquitter de cette obligation prescrite par la loi, le SCC a cinq centres régionaux de traitement qui offrent des services actifs et prolongés de soins de santé mentale aux détenus atteints de graves troubles mentaux nécessitant une hospitalisation. Un centre de traitement est un établissement « hybride », en ce sens qu'il est considéré comme étant à la fois un « pénitencier » assujetti aux dispositions de la LSCMLC fédérale, et un « hôpital » assujetti aux dispositions de la législation provinciale pertinente². Tous les centres de traitement, à l'exception du Centre psychiatrique régional des Prairies, se trouvent à proximité d'un autre établissement du SCC et sont tous considérés comme des établissements à niveaux de sécurité multiples.

La vérification visait à fournir une assurance raisonnable que, dans les centres de traitement, des mesures de contrôle efficaces et adéquates sont en place pour favoriser la prestation de soins de santé mentale aux détenus. Elle a permis d'évaluer la pertinence et l'efficacité de l'outil de surveillance de la gestion des centres de traitement pour les services de santé mentale, et de déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux dispositions législatives et aux directives régissant les services de santé mentale.

Pour atteindre ces objectifs, l'équipe de vérification a inspecté les cinq centres régionaux de traitement, a examiné en profondeur des dossiers de détenus et divers documents, a observé diverses pratiques et fait des entrevues.

¹ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), par. 86 (1).

² Dans la région du Québec, le Centre régional de santé mentale n'est pas désigné comme étant un établissement psychiatrique en vertu de la législation provinciale.



CONCLUSION

Outil de surveillance de la gestion

Certains éléments d'un outil de surveillance de la gestion sont en place pour la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement. Les directives du commissaire satisfont à la majorité des exigences de la LSCMLC, et les ordres permanents en vigueur dans les établissements sont conformes aux politiques. Les rôles et responsabilités de chacun relativement aux services de santé mentale sont définis. Tous les centres de traitement ont un programme d'amélioration continue de la qualité et s'emploient à atteindre ou renouveler leur agrément.

Toutefois, des améliorations s'imposent dans plusieurs domaines pour la mise en place d'un outil de surveillance de la gestion intégré et complet. Il faut notamment :

- rendre les directives du commissaire applicables aux centres de traitement conformes à toutes les exigences législatives pertinentes;
- mieux définir les interactions entre divers postes – personnel clinique et personnel de sécurité, directeurs exécutifs de CRT, psychologues régionaux et directeurs régionaux des services de santé;
- établir un plan détaillé du Secteur des services de santé pour mieux intégrer les services de santé mentale et physique, et pour uniformiser les pratiques en matière de santé mentale dans les centres de traitement;
- définir un modèle de ressources permettant d'officialiser et de normaliser les besoins des centres de traitement en matière de dotation et de finances;
- assurer un meilleur suivi de la formation pour faire en sorte que le personnel des centres de traitement puisse satisfaire aux NNF;
- améliorer les mécanismes de contrôle et de présentation de rapports requis pour déterminer si les centres de traitement atteignent leurs objectifs stratégiques ou mènent à bien leur mandat.

Conformité aux exigences de la Loi

Les articles 85 à 89 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) prescrivent les responsabilités du SCC en ce qui a trait à la santé mentale et aux services en santé mentale pour les délinquants. Le SCC établit la direction et élabore les politiques qui dictent comment il va s'assurer que les exigences législatives vont être satisfaites. Dans certaines situations, le Service n'a pas encore défini comment ces exigences vont être rencontrées alors que dans d'autres cas, un modèle normalisé n'a pas encore été mis en place. Dans d'autres cas encore, la documentation démontrant la conformité avec les exigences n'était pas toujours présente aux dossiers. Plus précisément, il faudrait :

- définir les soins de santé mentale essentiels et non essentiels;
- élaborer un processus uniformisé permettant de s'assurer que les professionnels de la santé sont en règle avec leurs organismes d'agrément respectifs;



- mieux documenter dans les dossiers pertinents la conformité du SCC aux exigences requises pour ce qui est de :
 - tenir compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale des détenus dans la prise de décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline;
 - respecter les exigences relatives à l'obtention préalable du consentement libre et éclairé des détenus avant de dispenser un traitement;
 - appliquer les dispositions des lois provinciales lorsqu'un détenu admis dans un centre de traitement est incapable de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.

Conformité aux directives du commissaire et aux exigences de la politique

Tel que mentionné plus haut, le SCC établit des politiques sous la forme de Directives du Commissaire dans le but de s'assurer que les exigences législatives sont satisfaites et pour aussi définir comment les services seront rendus. Le SCC se conforme aux exigences de la politique applicables aux centres régionaux de traitement, notamment sur les points suivants :

- conformité aux critères d'admission et de sortie;
- communication des renseignements médicaux requis pour les besoins d'une enquête;
- possibilités offertes aux détenus de communiquer avec la direction du centre de traitement par l'entremise des comités de détenus et des représentants de rangée;
- examen de tous les cas de recours à la force par les centres de traitement et les administrations régionales.

Toutefois, il y a matière à amélioration dans d'autres domaines. Plus précisément, il faudrait :

- améliorer le suivi des programmes offerts et les taux d'achèvement des programmes;
- faire en sorte que l'on observe mieux les dispositions des directives du commissaire sur le *Recours à la force* et l'*Utilisation de matériel de contrainte à des fins de sécurité*;
- faire respecter la politique régissant l'administration de médicaments aux détenus;
- améliorer et uniformiser les processus requis conformément aux exigences en matière de communication de renseignements au sujet des détenus à risque élevé de suicide ou d'automutilation, et uniformiser les mécanismes de signalement du niveau de risque associé aux détenus.

On a formulé dans le rapport des recommandations concernant les points à améliorer. La direction a examiné et approuvé le contenu du rapport, et a élaboré un plan d'action en vue de donner suite aux recommandations (voir l'**annexe C**).



ÉNONCÉ D'ASSURANCE

Un niveau d'assurance de vérification a été atteint pour les besoins de cette mission.

D'après mon jugement professionnel à titre de chef de la vérification interne, j'estime que nous avons utilisé des procédures de vérification suffisantes et judicieuses et recueilli les éléments probants nécessaires pour étayer les conclusions formulées dans le présent rapport. Nous avons fondé nos constatations et nos conclusions sur une comparaison des conditions au moment de la vérification avec des critères de vérification établis qui ont été communiqués à la direction. Ces constatations s'appliquent seulement aux questions examinées.

Date _____

Sylvie Soucy, vérificatrice interne autorisée

Chef de la vérification interne p.i.



1.0 INTRODUCTION

La vérification des centres régionaux de traitement du Service correctionnel du Canada (SCC) a eu lieu dans le cadre du plan de vérification interne du SCC pour 2009-2012. Tous les documents importants du SCC tels que le Profil de risque de l'organisation, le Rapport sur les plans et les priorités, et le Programme de transformation mentionnent la « capacité d'offrir des soins de santé mentale aux détenus » en tant que risque et priorité essentielle pour le Service correctionnel.

Au cours d'une journée ordinaire de l'exercice 2009-2010, le SCC avait sous sa garde au-delà de 13 000 délinquants sous responsabilité fédérale, placés dans ses 57 établissements. Environ quatre délinquants sur cinq admis dans un pénitencier fédéral ont un grave problème de toxicomanie. Au cours des dernières années, la proportion de délinquants dont on a diagnostiqué des troubles mentaux à leur admission au SCC n'a fait qu'augmenter.

Le SCC a entrepris un bon nombre de projets reliés à la santé mentale dans le cadre des priorités de l'agenda de transformation. Ces projets comprennent entre autres l'instauration d'un système de dépistage des troubles mentaux dans 16 unités d'évaluation initiale, le renforcement de la capacité du SCC de fournir des services de santé mentale aux délinquants dans la collectivité, la prestation de séance de sensibilisation à la santé mentale au personnel du CSC dans la collectivité et en établissement, ainsi que l'amélioration des services psychologiques et psychiatriques dans les établissements et les centres régionaux de traitement (CRT).

En vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), le SCC a l'obligation de veiller à ce que les détenus reçoivent des soins de santé « essentiels » et « non essentiels » satisfaisant aux normes professionnelles reconnues. Les soins de santé incluent « les soins médicaux, les soins dentaires et les soins de santé mentale dispensés par des professionnels de la santé agréés³ ». Les « soins de santé mentale » sont « les soins offerts aux délinquants atteints de troubles de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire qui affaiblissent considérablement leur jugement, leur comportement et leur capacité de reconnaître la réalité ou de satisfaire aux exigences ordinaires de la vie⁴ ».

Pour s'acquitter de ses responsabilités au cours de l'exercice 2009-2010, le SCC a affecté à l'AC plus de 690 000 \$ pour la prestation de services de santé mentale en établissement et plus de 25 000 000 \$ aux cinq centres régionaux de traitement pour la prestation de soins de santé mentale.

³ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), paragr. 86 (1).

⁴ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) art. 85.

**Tableau 1.1 – Allocation budgétaire initiale du SCC pour les cinq centres régionaux de traitement**

Région	2009-2010			
	Total ETP	Fonds alloués aux Services de santé mentale ⁵	Fonds alloués à tous les Services liés à la santé (Services de santé mentale compris ⁶)	Total des fonds affectés aux Centres régionaux de traitement (Services liés à la santé compris ⁷)
Atlantic	60.0	2,679,798	4,748,041	5,543,824
Québec	119.5	4,479,622	5,553,881	15,116,800
Ontario	168.7	5,216,678	5,491,706	14,129,557
Prairies	298.5	6,734,318	8,806,859	26,147,124
Pacific	134.7	6,212,451	8,228,780	13,441,931
Total	781,4	25 322 867 \$	32 829 267 \$	74 379 236 \$

Source - Information sur les ressources financières fournie par les Services corporatifs.

Le SCC a cinq centres régionaux de traitement répartis dans tout le Canada. Chaque centre de traitement offre des services actifs et prolongés de soins de santé mentale aux détenus atteints de graves troubles mentaux nécessitant une hospitalisation. Les centres régionaux de traitement des Prairies, de l'Ontario et de l'Atlantique sont désignés « établissements psychiatriques » et, à ce titre, sont assujettis aux dispositions législatives sur la santé mentale en vigueur dans la province où ils se trouvent. La région du Pacifique a deux unités relevant du directeur exécutif : « l'unité psychiatrique » du Centre régional de traitement du Pacifique est un établissement psychiatrique désigné; « l'unité de réadaptation », quant à elle, n'est pas un établissement psychiatrique désigné et fournit de l'aide aux détenus dont les facultés intellectuelles ou mentales sont limitées, qui sont peu instruits ou qui ont une incapacité mentale ou physique chronique. Le Centre régional de santé mentale (CRSM) de l'Établissement Archambault, dans la région du Québec, n'est pas un hôpital désigné en vertu de la législation provinciale.

Le tableau qui suit indique le nombre total de places dans chacun des centres régionaux de traitement.

⁵ Activité 840-Services de santé mentale.

⁶ Activité 800-Administration des services de santé, 820-Services cliniques de santé, 840-Services de santé mentale, 860-Services de santé publique.

⁷ Toutes activités confondues : 800, 820, 840 et 860.

**Tableau 1.2 – Nombre de places et taux d'occupation dans les centres de traitement visités**

Région	Places occupées	Places inoccupées	Nombre total de places ⁸
Atlantic	31	12	43
Québec	77	26 ⁹	103
Ontario	111	15 ¹⁰	126
Prairies	177	30	207
Pacific	177	19	196
Total	573	102	675

Source – Dénombrement fait par l'équipe de vérification dans les centres régionaux de traitement

Un centre de traitement est un établissement « hybride », en ce sens qu'il est considéré comme étant à la fois un « pénitencier » assujéti aux dispositions de la LSCMLC fédérale et un « hôpital » assujéti aux dispositions de la législation provinciale pertinente¹¹. Tous les centres de traitement, à l'exception du Centre psychiatrique régional des Prairies, se trouvent à proximité d'un autre établissement du SCC et sont tous considérés comme des établissements à niveaux de sécurité multiples.

En février 2007, le Comité de direction du SCC a approuvé un changement organisationnel de fond dans la gestion des services de santé, qui vise à améliorer la qualité et l'uniformité de la prestation des soins de santé au Canada. En septembre 2007, les Services de santé sont devenus un secteur distinct sous la direction de la commissaire adjointe, Services de santé. On a introduit cette nouvelle structure de gouvernance afin de mettre davantage l'accent sur les services de santé (voir l'organigramme à la section 4.1.3).

Les responsabilités du directeur exécutif de centre régional de traitement peuvent inclure la gestion de responsabilités cliniques - telles que la prestation de services médicaux et de soins de santé - et de responsabilités opérationnelles - telles que la sécurité ou la gestion de cas - selon le centre de traitement et selon que le centre a ou non son propre personnel de correction. Les directeurs exécutifs des centres régionaux de traitement de l'Ontario et des Prairies sont responsables à la fois des fonctions cliniques et des fonctions opérationnelles, tandis que les directeurs exécutifs des centres régionaux de traitement de l'Atlantique, du Québec et du Pacifique sont responsables uniquement des fonctions cliniques. Dans les régions de l'Atlantique, du Québec et du Pacifique, c'est l'établissement du SCC où est situé le centre de traitement qui se charge des opérations.

⁸ À l'exclusion des places temporairement fermées ou en construction.

⁹ The Québec regional treatment centre had an additional 18 units that were temporarily closed at the time of the audit.

¹⁰ The Ontario regional treatment centre had an additional 24 units under construction at the time of the audit.

¹¹ Le Centre régional de santé mentale du Québec n'est pas un établissement psychiatrique désigné en vertu de la législation provinciale.



Le modèle de gouvernance a été mis en œuvre en 2007, mais des modifications ont été apportées récemment à la structure de gouvernance dans certains des centres de traitement. Du fait de ces changements, tous les centres de traitement sont désormais gérés par un directeur exécutif qui rend compte directement au sous-commissaire adjoint, Opérations en établissement (SCAOE) dans la région. Au palier régional, le sous-commissaire régional est tenu de rendre compte et responsable financièrement et opérationnellement de la gestion des ressources du centre de traitement. Le Secteur des services de santé fournit une orientation fonctionnelle pour les opérations cliniques des Centres régionaux de traitement. Il est également responsable de l'allocation de fonds aux centres de traitement pour les soins de santé physique.

Les centres régionaux de traitement ont fait l'objet de plusieurs examens ces dernières années, qui ont mis en évidence la nécessité pour le SCC d'améliorer les services de santé mentale fournis aux détenus.



2.0 OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

2.1 Objectifs de la vérification

La vérification visait à fournir une assurance raisonnable que le SCC a mis en place des mesures de contrôle efficaces et adéquates dans les centres régionaux de traitement pour favoriser la prestation des soins de santé mentale aux détenus. Voici les trois sous-objectifs connexes :

- évaluer la pertinence et l'efficacité de l'outil de surveillance de la gestion du SCC pour les services de santé mentale fournis aux détenus dans les centres de traitement;
- déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux articles 85 à 89 de la LSCMLC concernant les services de santé mentale fournis aux détenus dans les centres de traitement;
- déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux directives dans l'administration des services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement.

Les critères propres à chacun de ces sous-objectifs sont présentés à l'**annexe A**.

2.2 Portée de la vérification

La vérification des centres de traitement avait une portée nationale. Nous avons communiqué avec les cinq centres régionaux de traitement, leur administration régionale respective et l'administration centrale du SCC ou nous nous sommes rendus sur place. La période de vérification allait de septembre 2007 – au moment de l'introduction du nouveau modèle de gouvernance pour les services de santé – à septembre 2009. Toutefois, nous avons remonté jusqu'à avril 2006 pour l'examen des comptes rendus des réunions des directeurs exécutifs des CRT.

Nous avons effectué des entrevues, examiné des dossiers et fait des observations à chaque endroit pour évaluer la pertinence et l'efficacité des éléments du cadre de gestion du SCC pour les services de santé mentale - gouvernance, rôles et responsabilités, dotation et renouvellement du personnel, formation, surveillance et reddition de comptes, conformité aux dispositions législatives et aux directives du commissaire.

Veillez noter qu'à aucun moment lors de notre vérification nous avons tiré des conclusions sur la compétence ou la qualité des décisions du personnel des centres de traitement en matière d'évaluation clinique, de diagnostic ou de traitement. C'est à la lumière des éléments probants figurant aux dossiers que nous avons évalué la mesure dans laquelle les CRT se conformaient aux directives du commissaire applicables.

Ont été exclus de la vérification :



- l'évaluation de l'état de santé mentale à l'admission au centre de réception, qui sera faite à l'occasion d'une mission à venir;
- le contrat de services du SCC avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.



3.0 DÉMARCHE ET MÉTHODE DE VÉRIFICATION

Les éléments probants requis à l'appui de la vérification ont été recueillis au moyen de plusieurs techniques.

Entrevues – Nous avons réalisé un total de 124 entrevues (personnes, membres du personnel du SCC à l'AC, dans les AR et les centres de traitement) lors des phases de planification et d'examen de la vérification.

Examen de la documentation – Nous avons analysé des lois provinciales et fédérales, des directives du commissaire, des politiques, des procédures, du matériel de formation, des documents de contrôle et de reddition de comptes, des normes d'associations professionnelles, des rapports et des comptes rendus de réunions.

Examen aléatoire de dossiers – Nous avons vérifié la conformité avec les lois et les directives du commissaire en choisissant au hasard 93 dossiers de détenu représentant au total 148 admissions. Pour chaque admission, nous avons examiné les dossiers suivants :

- Centre de traitement;
- Soins de santé;
- Gestion de cas;
- Admission et sortie;
- Psychologie;
- Discipline et isolement;
- Système de gestion des délinquant(e)s (SGD) et Rapports automatisés de données appuyant la réinsertion (RADAR).

Nous avons choisi au hasard 267 employés des centres de traitement pour déterminer s'ils avaient suivi les quatre cours réglementaires. En outre, nous avons choisi au hasard 74 cas de recours à la force et 169 offres de programmes dans le cadre de l'examen de dossiers.

Observations – Nous avons observé au total 17 processus dans les différents centres visités, notamment : administration de médicaments, réunions de l'équipe des admissions, sorties et transfèrements; comptes rendus de soins infirmiers; décisions rendues par le tribunal disciplinaire pour infractions graves, le tribunal administratif qui se prononce sur les accusations portées par le personnel des centres de traitement contre des détenus; et comptes rendus de réunions opérationnelles du matin.

Examen analytique - Nous avons effectué des examens analytiques tout au long de la vérification afin d'inventorier des tendances, des questions et des pratiques exemplaires.



4.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION ET RECOMMANDATIONS

4.1 Cadre de gestion pour les Services de santé mentale

Nous avons évalué la pertinence et l'efficacité de l'outil de surveillance de la gestion du SCC pour les services de santé mentale fournis aux détenus dans les centres de traitement en examinant les points suivants :

dispositions législatives et directives du commissaire applicables, et ordres permanents sur la santé mentale établis dans les centres de traitement;

rôles et responsabilités;

dotation et ressources;

formation;

activités de surveillance, de reddition de comptes et d'amélioration continue.

4.1.1 Dispositions législatives et directives du commissaire applicables

Nous nous attendions à constater que les directives du commissaire applicables aux centres de traitement étaient à jour et conformes aux dispositions législatives pertinentes¹².

Nous avons constaté que les directives du commissaire applicables aux centres de traitement sont à jour, conséquentes et satisfont aux exigences législatives. Quoique les directives rencontrent la plupart des exigences législatives, il y a encore quelques exigences sous les articles 86 et 88 qui ne sont pas couvertes.

Nous avons examiné les articles 85 à 89 de la LSCMLC qui énoncent les exigences requises du SCC en matière de services de santé mentale (voir l'**annexe D**) et avons comparé ces exigences aux directives du commissaire applicables pour vérifier si celles-ci satisfont à toutes les exigences de la Loi. Nous avons constaté que les directives du commissaire satisfont aux dispositions suivantes de la LSCMLC :

- l'article 85 – définit les soins de santé et les soins de santé mentale;
- le paragraphe 86(2) – conformité aux normes professionnelles reconnues;

¹² Nous avons analysé par rapport à la LSCMLC, au RSCMLC et aux lois provinciales pertinentes les DC suivantes : 710-2 – Transfert de délinquants; 726 – Programmes correctionnels; 800 – Services de santé; 803 – Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux; 825 – Grèves de la faim; 840 – Services psychologiques; 850 – Services de santé mentale.



- l'article 87 – prise en compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale des délinquants dans les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement ou à la discipline;
- l'article 88 (à l'exception des alinéas mentionnés plus loin) – consentement éclairé avant l'administration du traitement;
- l'article 89 – alimentation de force d'un détenu.

En outre, nous avons analysé la directive du commissaire 803 – *Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux* par rapport à la LSCMLC et aux lois sur la santé mentale et sur les hôpitaux de chaque province, ainsi qu'à la législation fédérale relative à la protection de la vie privée. Nous avons limité notre examen aux dispositions législatives provinciales applicables aux centres de traitement qui concernent les critères d'admission et de sortie, le traitement non demandé, la divulgation de renseignements. Nous avons fait les constatations suivantes :

- les critères d'admission et de sortie en usage dans tous les centres de traitement sont conformes aux dispositions législatives provinciales en matière de santé mentale;
- la DC 803 *Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux* est conforme aux dispositions législatives provinciales¹³ régissant le traitement non demandé;
- la DC 803 *Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux* est conforme aux dispositions législatives fédérales régissant la divulgation de renseignements.

Toutefois, nous avons constaté que les directives du commissaire ne satisfont pas à toutes les exigences prescrites par les articles suivants de la LSCMLC :

Article 86

Aux termes de l'article 86 (par. 1) de la LSCMLC, les détenus doivent recevoir les soins de santé essentiels ainsi que l'accès, dans la mesure du possible, aux soins de santé mentale non essentiels qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale. En 2009, le Secteur des services de santé a élaboré un Cadre national des services de santé essentiels, dans lequel sont définis les services de soins de santé physique essentiels et non essentiels. La directive du commissaire *Services de santé* et l'article 85 de la LSCMLC définissent les soins de santé mentale. Toutefois, on n'a pas encore entrepris de définir les services requis pour les soins de santé mentale. On trouvera à la section 4.2.1 du présent rapport d'autres précisions concernant les soins de santé mentale essentiels et non essentiels, et ce que le SCC a accompli dans ce domaine.

¹³ *Loi sur la santé mentale et Loi sur les hôpitaux.*



Article 88

L'article 88 (alinéas 2 a à e) de la LSCMLC énonce les conditions à remplir pour que le consentement soit considéré comme éclairé. Les directives du commissaire examinées sont conformes aux dispositions des alinéas 88 2a), b), d) et e), mais pas à celles de l'alinéa 88 2c), en vertu duquel un détenu doit connaître et comprendre les solutions de remplacement raisonnables éventuelles au traitement. Pour les besoins de cet article, les solutions de remplacement au traitement s'entendent de tous les traitements jugés raisonnables dont le détenu doit être informé. La directive du commissaire 803 – *Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux* indique que l'on doit proposer d'autres options au détenu seulement s'il refuse le traitement offert. On trouvera à la section 4.2.1 du présent rapport des précisions complémentaires ainsi que les résultats de la vérification concernant l'obtention du consentement du détenu avant l'administration du traitement.

Il n'existe pas d'obligation légale pour le SCC d'adresser individuellement chaque exigence législative dans les directives du commissaire. Cependant, le risque de retrouver une application inconséquente de la loi augmente en ce qui a trait aux exigences auxquelles on n'a pas apporté l'attention requise.

4.1.2 Directives du commissaire et ordres permanents en matière de santé mentale

Nous nous attendions à constater que les ordres permanents en vigueur dans les centres de traitement en matière de santé mentale étaient conformes aux directives du commissaire.

Nous avons constaté que les ordres permanents que nous avons examinés dans les centres de traitement sont conformes aux directives du commissaire correspondantes.

Chaque établissement établit des ordres permanents qui énoncent en détail comment le personnel doit observer les directives et les dispositions législatives pertinentes. Le pouvoir d'établir des ordres permanents est délégué au directeur d'établissement¹⁴. Nous avons constaté que les centres de traitement n'étaient pas tenus d'avoir des ordres permanents sur la santé mentale. Tous les ordres permanents que nous avons examinés étaient conformes aux directives du commissaire correspondantes.

¹⁴ *Comment élaborer des politiques au SCC - Rôles, responsabilités et gouvernance du cadre de politiques du SCC*

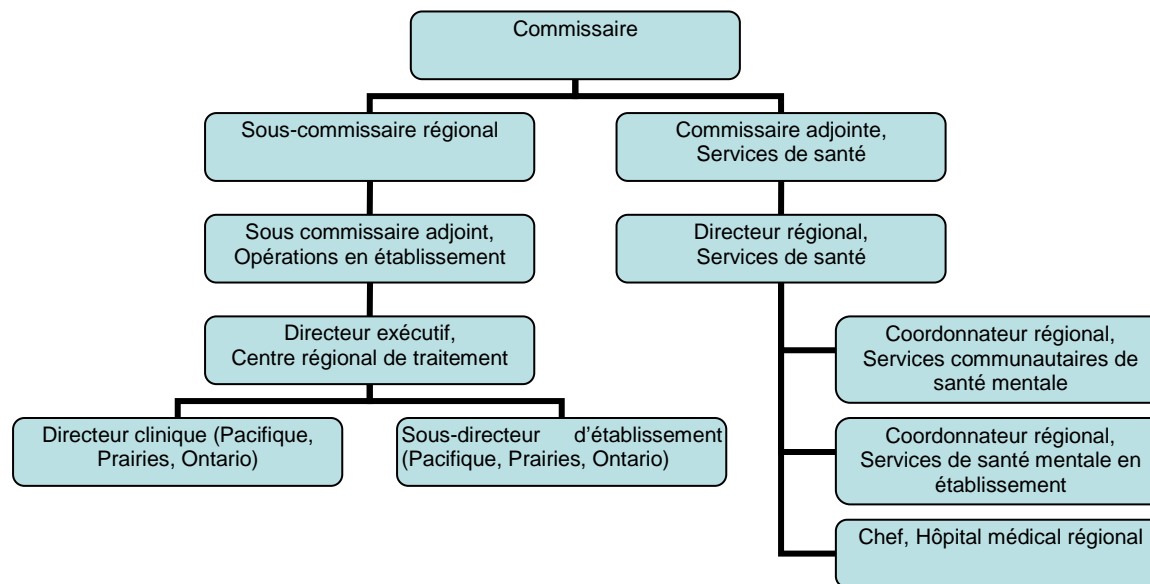


4.1.3 Gouvernance, rôles et responsabilités

4.1.3.1 Gouvernance

Le SCC a approuvé un modèle de gouvernance pour la santé mentale en février 2007. Ce modèle, qui s'applique aux cinq centres régionaux de traitement, a été mis en œuvre en septembre 2007. Le diagramme qui suit illustre la structure de gouvernance pour la santé mentale telle qu'elle a été modifiée en mai 2008.

Tableau 4.1.3.1 - Structure de gouvernance pour la santé mentale¹⁵



Ce graphique illustre la structure organisationnelle des centres de traitements.

En 2008, un conseil consultatif national sur la santé mentale a été chargé de la mise en œuvre intégrale et du suivi du modèle de gouvernance pour la santé mentale. Il a également pour mission de formuler des avis et des recommandations, plus précisément de :

- guider la constitution d'un solide réseau de services de santé mentale, conformément au programme de transformation;
- déterminer et prioriser les besoins nationaux et régionaux en matière de santé mentale; et voir à l'affectation des ressources existantes et nouvelles en santé mentale;
- veiller à ce que les activités de santé mentale à tous les niveaux contribuent à la réalisation du programme de transformation du SCC et à la réinsertion sociale en toute sécurité des détenus;
- inventorier les difficultés et les possibilités qui se présentent aux paliers régional et national, et faire en sorte qu'elles soient prises en compte dans la stratégie du SCC en matière de santé mentale;

¹⁵ La structure de gouvernance la plus récente a été présentée en mai 2008 à l'occasion d'une mise à jour de la nouvelle structure de gouvernance en matière de santé mentale.



- favoriser l'établissement de partenariats aux niveaux national, régional et local, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du SCC, à l'appui des objectifs de la stratégie du SCC en matière de santé mentale.

Nous nous attendions à ce que les fonctions et responsabilités organisationnelles pour les services de santé mentale soient définies et à ce que l'AC, les AR et les centres de traitement s'y conforment.

Nous avons constaté que tous les rôles et responsabilités pour les services de santé mentale ne sont pas définis dans le modèle de gouvernance pour la santé mentale.

En vertu du nouveau modèle de gouvernance, le Secteur des services de santé doit assumer un rôle fonctionnel de surveillance dans les opérations des centres de traitement, plus précisément dans les domaines suivants : pratiques professionnelles et traitements; critères d'admission et de sortie; statut des hôpitaux, gestion des ressources humaines, surveillance et reddition de comptes; et budgets. Comme il est indiqué à la section 4.1.6, le Secteur des services de santé décide, en fonction de formules prédéfinies, du montant des fonds alloués aux centres de traitement pour les soins de santé physique, tandis que le Secteur des finances à l'AC décide du montant des fonds alloués initialement aux CRT pour les soins de santé mentale, puisqu'il est basé sur les dépenses des exercices précédents. Les centres de traitement sont comptables de leurs opérations; toutefois, ils ont peu de contrôle sur les fonds reçus, dont les montants sont déterminés par l'AC et les AR.

Les services de santé, les établissements et les administrations régionales ont conclu des sous-ententes de services afin d'aider les centres de traitement à la prestation de services de santé mentale. Ces ententes prévoient des arrangements particuliers pour la répartition des tâches et des responsabilités liées aux fonctions administratives des centres de traitement et aux domaines dans lesquels les Services de santé prêtent une assistance administrative aux CRT.

Dans le cadre du modèle de gouvernance, le directeur régional des Services de santé, le psychologue régional et le directeur exécutif des centres régionaux de traitement ont tous un rôle à jouer dans la prestation de services de santé mentale, mais ont des fonctions et responsabilités différentes et une autorité hiérarchique différente. Ces trois postes jouent un rôle important pour l'orientation opérationnelle et clinique des centres de traitement. Nous avons constaté que les rôles et responsabilités associés à ces postes en matière de prestation de services de santé n'ont pas encore été officiellement définis.

Le psychologue régional et le directeur exécutif des centres régionaux de traitement relèvent tous deux du SCR, par l'intermédiaire du SCAOE. Quant au directeur régional des Services de santé, il rend compte directement à la commissaire adjointe, Services de santé, à l'AC. En 2007, lors d'une réunion des directeurs exécutifs des centres régionaux de traitement, on a reconnu la nécessité de réviser la directive du commissaire *Services de santé mentale* compte tenu des responsabilités régionales en matière de santé mentale définies dans le nouveau modèle de gouvernance. Selon les



directeurs exécutifs, le Secteur des services de santé était tout désigné pour se charger de cette mise à jour. Nous avons constaté que la directive n'a pas été révisée, bien que les directeurs exécutifs aient souligné la nécessité de le faire. À notre avis, une telle révision pourrait aider le SCC à clarifier les rôles et responsabilités de chacun, en particulier les modèles de financement et de reddition de comptes requis pour uniformiser la prestation de services de santé mentale d'une région à l'autre.

Les travaux du conseil national et des conseils régionaux progressent lentement.

Selon l'énoncé du mandat du conseil national de la santé mentale, le directeur général de la Santé mentale doit rendre compte deux fois par an au sous-comité de direction sur la santé de l'avancement des travaux du conseil. Toutefois, jusqu'à maintenant, le conseil progresse peu dans la réalisation de son mandat, particulièrement en ce qui a trait à la définition d'un modèle d'allocation des ressources qui réponde aux besoins financiers des centres de traitement. En outre, le Secteur des services de santé a été chargé de décider d'un mode de financement pour les centres de traitement. On est en train de faire le point sur l'allocation des ressources, mais il n'en résulte encore aucun changement dans le domaine de la santé mentale. À l'occasion d'entretiens avec des employés des CRT, nous avons appris que les centres de traitement n'ont pas encore été consultés pour les besoins de cet examen.

Lors de notre examen des comptes rendus de réunions des directeurs exécutifs des centres de traitement, nous avons constaté que ces derniers reconnaissaient la nécessité de définir une stratégie de coordination régionale et recommandaient la création de conseils régionaux de la santé mentale qui réuniraient le sous-commissaire adjoint des Opérations en établissement, le directeur régional des Services de santé, le directeur exécutif des centres de traitement, le psychologue régional en chef et les coordonnateurs des initiatives sur la santé mentale dans la collectivité et en établissement. Ces conseils se chargeraient de la coordination et du soutien opérationnel des initiatives de santé mentale.

Ces conseils régionaux de la santé mentale ont donc été créés et sont mandatés dans divers domaines : évaluation initiale, définition des besoins, conséquences pour le placement, lacunes dans les services, intervention en situation de crise, besoins de traitement en santé mentale, programmes et services, planification des sorties, formation et perfectionnement du personnel, ressourcement, recrutement et maintien en fonction du personnel. Toutes les régions ont leur conseil régional de santé mentale, mais tous ne progressent pas au même rythme dans la réalisation de leur mandat.

Nous avons constaté que le Secteur des services de santé n'a pas de plan en vue de mieux intégrer les soins de santé physique et mentale, pas de plan pour uniformiser les pratiques en matière de santé mentale dans les centres de traitement ni de processus officiel pour répondre aux demandes d'orientation fonctionnelle des centres de traitement.

Dans le cadre du nouveau modèle de gouvernance approuvé par le comité de direction, la Direction générale de la santé mentale a été créée et chargée de veiller à



l'uniformisation des pratiques, et de mieux intégrer les services de santé physique et mentale. Bien que l'intégration entre services de santé physique et services de santé mentale soit mentionnée dans de nombreux documents publiés en rapport avec la nouvelle structure de gouvernance, aucun d'entre eux ne précise le mode d'intégration attendu. Les services de santé physique et les services de santé mentale fonctionnent indépendamment les uns des autres dans le cadre de la structure de rapport actuelle, bien que la CASS offre une orientation fonctionnelle à ces deux secteurs de la santé. En outre, nous avons constaté que le Secteur des services de santé n'a pas de plan en vue de l'intégration des services de santé physique et mentale compte tenu de la structure actuelle. Comme nous le verrons plus en détail à la section 4.2.1, dans son Cadre national des services de santé essentiels pour 2009, le Secteur des services de santé a souligné la nécessité d'établir à cette fin un cadre pour les services de santé mentale; toutefois, rien n'a encore été fait en ce sens.

Selon le nouveau modèle de gouvernance, le Secteur des services de santé doit jouer un rôle fonctionnel plus important dans les opérations des centres de traitement; toutefois, nous avons constaté que l'AC n'a ni plan ni processus prévoyant des délais pour le traitement des demandes d'orientation fonctionnelle. Les entretiens que nous avons eu ont révélé que les délais de traitement des demandes d'orientation fonctionnelle, à l'AC et dans les AR, étaient variables. Sur le chapitre de l'agrément notamment, l'orientation fonctionnelle se fait attendre. La question de l'approbation d'instruments ou de processus répondant aux exigences en matière d'agrément préoccupe particulièrement les centres de traitement car elle se rapporte, et fait souvent obstacle, aux formalités d'agrément. Le Secteur des Services de santé a créé dernièrement un processus d'agrément de base pour les services de santé physique dans le cadre du programme Q-mentum, et est en train de concevoir des outils comparables pour les activités d'amélioration de la qualité communes à tous les centres de traitement.

4.1.3.2 Rôles et responsabilités

Nous nous attendions à ce que les rôles et responsabilités de chacun pour les services de santé mentale soient définis et à ce que les centres de traitement s'y conforment.

Nous avons constaté que les rôles et responsabilités de chacun pour les services de santé mentale sont définis, et que les équipes cliniques et correctionnelles des centres de traitement s'y conforment.

Une description de travail existe pour la plupart des postes cliniques, mais, le plus souvent, elles n'ont pas été mises à jour depuis bien des années. En outre, nous avons constaté que, pour les agents de correction, des ordres de poste génériques¹⁶ existent dans les centres de traitement des régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Québec. Les centres de traitement des régions du Pacifique et des Prairies ont leurs propres ordres de poste pour les agents de correction qui y sont affectés.

¹⁶ Les ordres de poste énoncent les fonctions respectives des titulaires de poste dans chaque établissement. Ils sont signés par le directeur d'établissement ou le sous-directeur d'établissement.



Les centres psychiatriques régionaux de l'Ontario et des Prairies sont les seuls centres de traitement à avoir leur propre tableau de service pour le personnel de correction. Dans tous les centres de traitement, la direction nous a affirmé que le rendement des agents de correction dépendait de leur ancienneté et de leur capacité de travailler dans l'environnement propre aux CRT, mais que les pratiques de déploiement dans les CRT reposent principalement sur l'ancienneté, ce qui pose parfois problème.

Les interactions entre les rôles et les responsabilités du personnel clinique et du personnel de correction ne sont pas claires.

Une équipe de santé mentale réunit un psychologue, une infirmière, un agent de gestion de cas, un psychiatre au besoin, et d'autres membres le cas échéant¹⁷. On nous a indiqué que le personnel clinique se charge habituellement de la gestion des questions concernant la santé mentale des détenus, tandis que le personnel de correction gère les questions concernant le comportement des détenus dans les centres de traitement et veille à l'administration du traitement dans des conditions sûres et sécuritaires pour toutes les parties concernées.

Les centres de traitement ont souligné l'importance d'une démarche multidisciplinaire; toutefois, bon nombre d'employés interrogés ont indiqué qu'il n'y avait pas de réunions multidisciplinaires régulières. Nous avons constaté que des équipes multidisciplinaires existent dans tous les CRT, mais elles ne sont pas structurées de manière à ce que les rôles et responsabilités de chacun soient clairement définis.

Notre examen des comptes rendus de réunions des directeurs exécutifs des centres de traitement, à compter de juin 2007, et d'autres documents du SCC a révélé que le SCC appuie l'offre d'une formation multidisciplinaire spécialisée à tous les membres du personnel des centres de traitement pour promouvoir la responsabilité collective en matière de résolution de problèmes et de désamorçage de situations. En février 2010, à l'appui de cette démarche, la Division des horaires et du déploiement, de concert avec la Direction de la santé mentale, a publié une ébauche de document sur les normes de déploiement pour le personnel de correction des centres de traitement. Ce document fait actuellement l'objet de consultations.

Nous avons relevé des cas dans lesquels les rôles et responsabilités respectives du personnel clinique et du personnel de correction ne sont pas claires lorsqu'il faut intervenir auprès des détenus. Nous avons noté que, si les rôles et responsabilités de chacun étaient clairement définis, il serait plus facile de concilier les impératifs liés à la sécurité et à la prestation de services de santé. Par exemple, nous avons noté que ce manque de clarté contribue parfois à empêcher les membres du personnel de s'acquitter de leurs fonctions parce que les préoccupations relatives à la sécurité l'emportent sur les exigences du traitement.

¹⁷ DC 850 - *Services de santé mentale*, page 3, paragraphe 2.



4.1.4 Dotation et ressourcement

Nous nous attendions à constater que les niveaux de dotation et les ressources pour les services de santé mentale sont établis, alloués et distribués conformément au plan organisationnel approuvé qui s'y rapporte.

Nous n'avons trouvé aucun plan organisationnel pour les centres de traitement qui énoncent les besoins en matière de dotation et de ressources.

Nous avons constaté que tous les centres de traitement, à l'exception du centre régional de traitement de l'Atlantique, ont un plan de ressources humaines; toutefois, ces plans ne font pas état de toutes les ressources requises pour fournir des services de santé mentale dans les centres de traitement. Les régions des Prairies, de l'Ontario et du Québec ont des plans de ressources humaines qui font état des postes vacants actuels ou prévus, mais pas du nombre de postes effectifs requis par catégorie de personnel pour répondre aux besoins des détenus dans les centres de traitement. En conséquence, les effectifs dont ils ont besoin ne sont pas clairement établis. Le plan de ressources de la région du Pacifique indique bien le nombre d'employés requis, mais nous avons constaté qu'il n'a pas été appliqué dans certains domaines; il est donc difficile de savoir si les chiffres indiqués sont justifiés.

Le modèle d'allocation des ressources est complexe, n'est pas bien documenté ni expliqué et n'est pas bien compris par les principaux responsables à l'interne.

Le modèle type d'allocation de fonds pour un établissement comme pour les centres de traitement englobe des activités opérationnelles régulières – administration, opérations, sécurité, repas, etc. (appelées enveloppe - Entité 1) et les allocations aux établissements gérées depuis l'AC (appelées enveloppe - Entité 4) – GI/TI, soins de santé physique et soins de santé mentale non fournis en CRT, notamment. Les activités de l'entité 1 sont souvent financées en fonction d'indicateurs de ressources tels que le nombre de détenus, le nombre d'ETP, la taille de l'établissement; le financement de certaines dépenses est basé sur les coûts historiques. L'entité 4 Santé physique a également établi des indicateurs de ressources, bien qu'il n'existe pas d'indicateurs semblables pour la santé mentale dans les centres de traitement, le financement des dépenses dans ce domaine étant également basé sur les coûts réels enregistrés les années précédentes.

L'AC contrôle habituellement les allocations correspondant à l'Entité 4, plus précisément le Secteur fonctionnel qui est responsable de la répartition des ressources financières, à l'exception des fonds destinés aux soins de santé mentale de l'Entité 4 pour les CRT. À la différence des soins de santé physique de l'Entité 4, la responsabilité des soins de santé mentale dans les CRT incombe au sous-commissaire régional.

Après les allocations initiales par l'AC, l'AR peut ensuite redistribuer les fonds correspondant aux entités 1 et 4, en augmentant ou en diminuant les montants affectés aux centres de traitement. Ces réaffectations doivent permettre de répondre aux



besoins régionaux, d'indemniser les centres de traitement pour les services supplémentaires fournis à l'AR et d'indemniser d'autres établissements pour les services supplémentaires fournis aux centres de traitement. Le processus d'allocation et de répartition des fonds aux centres de traitement varie d'une région à l'autre. Il n'y a aucun mécanisme en place qui relie les besoins courants en ressources des centres de traitement aux allocations annuelles de l'AC.

Nous avons noté que bien des personnes interrogées dans les régions ne comprenaient pas parfaitement le système d'affectation des ressources ou de présentation de rapports. Actuellement, des consultations sont en cours en vue de la création d'indicateurs de ressources propres à la santé mentale pour les CRT.

Nous avons constaté des insuffisances de financement dans tous les centres de traitement ainsi qu'un manque d'uniformité d'un centre de traitement à l'autre en ce qui a trait au mode de financement.

Tout au long de l'exercice, les allocations budgétaires aux centres de traitement sont ajustées en fonction des fonds supplémentaires octroyés aux CRT et des nouvelles initiatives lancées par l'AC et les AR. Lorsqu'ils font face à des pressions financières, les centres de traitement, s'adressent d'abord à la région. Selon qu'elles concernent l'Entité 1, l'Entité 4 Santé physique ou l'Entité 4 Santé mentale, la procédure de demande de fonds supplémentaires varie. Habituellement, lorsque la région n'a pas le budget requis pour combler le manque de fonds ou que cette insuffisance ne relève pas de sa compétence, la demande de fonds supplémentaires est portée en plus haut lieu, à l'AC.

Les centres de traitement font face régulièrement à des insuffisances de fonds. Ils doivent constamment assumer les frais imprévus : entretien de détenus vieillissants, soin de ceux qui s'automutilent, gestion de la population, réparation des dégâts causés aux biens publics, entretien des bâtiments dans le cas de l'hôpital régional des Prairies, et coûts encourus durant le processus de transfert des délinquants dans la collectivité. Par ailleurs, nous avons constaté que les centres de traitement de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique laissent certains postes financés vacants pour pouvoir assumer les frais pour lesquels ils ne reçoivent pas de ressources régulières.

Le tableau qui suit illustre les variations du nombre d'équivalents temps plein et du montant des allocations de l'AC par centre de traitement. Le montant de l'allocation de fonds par place est basé sur le dénombrement des places effectué par l'équipe de vérification dans chaque centre de traitement.

**Tableau 4.1.4.1 - Allocations de fonds de l'AC aux centres de traitement**

	ETP	Nombre de places	Ratio ETP / nombre de places	Allocation budgétaire de l'AC 2009 – 2010	Allocation budgétaire de l'AC par place
Atlantique	60.0	43	1.4	5 543 824 \$	128 926 \$
Québec	119.5	121	1.0	15 116 800 \$	124 932 \$
Ontario	168.7	150	1.1	14 129 557 \$	94 197 \$
Prairies	298.5	207	1.4	26 147 124 \$	126 315 \$
Pacifique	134.7	196	0.7	13 441 931 \$	68 581 \$
Total	781.4	717¹⁸	1,1	74 379 236 \$	103 737 \$

Source – Observations de l'équipe de vérification et informations sur les ressources financières fournies par les Services corporatifs.

Nous avons constaté qu'aucun des centres de traitement ne bénéficie d'un financement stable pour la prestation de programmes aux détenus.

Aux termes de la directive du commissaire intitulée « Programmes correctionnels », « l'affectation des délinquants à un programme correctionnel particulier doit se faire en fonction de leur plan correctionnel et des critères de sélection du programme¹⁹ ». Nous avons constaté que même si les centres de traitement sont tenus d'offrir des programmes aux détenus, aucun d'entre eux ne bénéficie d'un financement stable à cette fin. Le tableau qui suit illustre les variations du financement des programmes d'un centre de traitement à l'autre.

Tableau 4.1.4.2 – Fonds affectés aux programmes par l'AC dans les centres de traitement

Région	2009-2010		2008-2009	
	ETP	Fonds alloués aux programmes	ETP	Fonds alloués aux programmes
Atlantique	0.0	\$167	0.0	\$152
Québec	2.0	\$164,640	1.0	\$78,566
Ontario	1.0	\$88,872	0.0	\$599
Prairies	2.0	\$168,621	1.0	\$81,437
Pacifique	4.0	\$331,036	2.0	\$161,374
Total	9.0	\$753,336	4.0	\$322,128

Source – Informations sur les ressources financières fournies par les Services corporatifs.

¹⁸ Y compris les unités temporairement fermées ou en construction.

¹⁹ DC 726 *Programmes correctionnels*, page 3, paragraphe 11.



4.1.5 Formation

Nous nous attendions à constater que de la formation est offerte et dispensée au personnel des centres de traitement.

À la lumière de l'examen des dossiers, nous avons constaté que l'observation des normes nationales de formation dans les centres de traitement variait beaucoup d'une région à l'autre et d'un cours à l'autre.

Depuis le mois de septembre 2007, le Secteur des services de santé est responsable de la définition des besoins en formation (contenu et calendrier) des professionnels de la santé dans tous les domaines des soins de santé. Le Secteur des services de santé a reconnu que tous les employés des CRT ont des besoins continus en matière d'apprentissage, de formation et de perfectionnement s'ils doivent améliorer leurs interventions auprès des détenus. En outre, bien des professionnels de la santé mentale doivent se perfectionner régulièrement conformément aux exigences relatives à l'obtention du permis d'exercer. L'équipe a vérifié si les quatre cours suivants remplissaient les normes nationales de formation correspondantes.

Sensibilisation à la santé mentale

Le cours de sensibilisation à la santé mentale (FSWCO) est désigné en tant que norme nationale de formation depuis le 1^{er} avril 2009; il est obligatoire pour tous les agents de correction. Les personnes ayant suivi le cours « connaîtront et comprendront les différents problèmes de santé mentale, puisque les problèmes ont rapport avec le mandat du SCC, ainsi que leur rôle individuel consistant à interagir avec les délinquants atteints de problèmes de santé mentale et à les aider »²⁰.

Au moment de la vérification, le personnel des centres de traitement nous a informé que tous les CRT, à l'exception de celui des Prairies, étaient en train de former des instructeurs chargés de donner le cours de sensibilisation à la santé mentale. En conséquence, ce cours n'a pas encore été donné, sauf dans la région des Prairies où il a été donné avant de devenir une norme nationale de formation. Selon les renseignements obtenus depuis dans chacun des centres de traitement et au Secteur des services de santé, environ 65 % des employés des centres de traitement ont suivi le cours sur la santé mentale depuis la fin de l'étude sur le terrain.

Les résultats de l'étude de conformité effectuée concernant les trois programmes de formation suivants sont présentés au tableau 4.1.5.1 ci-dessous.

²⁰ NNF, version datée du 1^{er} septembre 2009, page 39.



Système de contrainte Pinel

Le cours sur le système de contrainte Pinel²¹ (PINEL1) existe depuis le 1^{er} avril 2009; les agents de correction des centres de traitement doivent le suivre dans les six mois suivant leur nomination. Les personnes ayant suivi le cours « font preuve de compétence dans l'application pratique et la connaissance théorique des dispositions législatives et des politiques nécessaires pour attester de leur capacité d'appliquer le système de contrainte souple en usage à l'Institut Pinel »²².

Recyclage sur la prévention du suicide et de l'automutilation

Le cours en ligne de recyclage sur la prévention du suicide (SUICD5) est établi en tant que norme nationale de formation depuis le 1^{er} avril 2005; les employés des centres de traitement doivent le suivre tous les deux ans à compter de la date d'achèvement du cours préalable. Le cours préalable s'intitule Prévention du suicide et fait partie du Programme d'orientation des nouveaux employés. Les personnes ayant suivi le cours « démontrent qu'ils possèdent les connaissances et habiletés nécessaires pour détecter les comportements qui laissent deviner, chez une personne, l'intention de se suicider ou de s'automutiler et pour intervenir en pareil cas »²³.

Perfectionnement professionnel pour les psychologues

Le cours de perfectionnement professionnel pour les psychologues (PSYD1) est établi en tant que norme nationale de formation depuis le 1^{er} avril 2006; le personnel doit le suivre une fois par an. Les personnes ayant suivi le cours « doivent montrer qu'ils possèdent les connaissances et les habiletés nécessaires aux psychologues travaillant dans le système correctionnel fédéral, soit les connaissances et les habiletés liées aux domaines de formation suivants : Évaluation du risque, Évaluation des besoins en santé mentale, Prévention du suicide pour les psychologues, Lois et éthique en matière de santé mentale et de supervision clinique »²⁴.

Le tableau qui suit résume les résultats de l'examen de dossiers fondé sur le contenu de la base de données du SCC sur les ressources humaines concernant les trois normes pour lesquelles des données existent.

²¹ Le système de contrainte Pinel est un dispositif de contrainte souple à plusieurs points d'attache – de quatre à sept - permettant d'immobiliser les quatre membres et, au besoin, d'autres parties du corps (p. ex., la tête et les épaules).

²² NNF, version datée du 1^{er} septembre 2009, page 32.

²³ NNF, version datée du 1^{er} septembre 2009, page 33.

²⁴ NNF, version datée du 1^{er} septembre 2009, page 52.



Tableau 4.1.5.1 – Résultats de l'examen de dossiers concernant les NNF visés

Région	Cours sur le système de contrainte Pinel suivi dans les délais prescrits	Cours sur la prévention du suicide et de l'automutilation suivi dans les délais prescrits	Cours de perfectionnement professionnel pour les psychologues suivi dans les délais prescrits
Cours obligatoire depuis le	1 ^{er} avril 2009	1 ^{er} avril 2005	1 ^{er} avril 2006
Période d'examen	1 ^{er} septembre 2007 au 30 septembre 2009	1 ^{er} septembre 2007 au 30 septembre 2009	1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2009
Atlantique	40% (10/25)	92% (23/25)	100% (5/5)
Québec	96% (24/25)	80% (20/25)	100 % (5/5)
Ontario	95% (18/19)	96% (24/25)	100% (5/5)
Prairies	88% (22/25)	92% (22/24)	100% (5/5)
Pacifique	38% (9/24)	78% (18/23)	60% (3/5)
Total	70% (83/118)	88% (107/122)	92% (23/25)

Source – Examen de dossiers à l'aide des données du Système de gestion des ressources humaines

4.1.6 Surveillance, reddition de comptes et amélioration continue de la qualité

4.1.6.1 Surveillance et reddition de comptes

Nous nous attendions à constater que des mécanismes de surveillance et de reddition de comptes, y compris des programmes d'amélioration continue de la qualité, soient en place et à ce que l'AC, les AR et les centres de traitement se conforment aux exigences en matière de production de rapports.

Nous n'avons pas trouvé d'indicateurs de rendement, ni dans les AR ni à l'AC, susceptibles d'aider les centres de traitement à démontrer qu'ils atteignent leurs objectifs stratégiques ou réalisent leur mandat.

Depuis le mois de septembre 2007, le Secteur des services de santé est responsable de la définition d'indicateurs de rendement en vue de mesurer les résultats de traitement dans les CRT. Nous avons constaté que l'on n'a pas encore établi d'indicateurs de rendement ni de cadre de gestion du rendement pour les centres de traitement.

Nous avons constaté que le cadre de présentation de rapports varie d'un centre de traitement à l'autre.



Comme on l'a mentionné précédemment, les fonds alloués aux centres de traitement proviennent habituellement de l'enveloppe de l'Entité 1 pour leurs opérations non cliniques. Le Secteur des services de santé supervise l'allocation de fonds provenant de l'enveloppe de l'Entité 4 aux opérations de santé physique, mais n'exerce aucun pouvoir direct sur l'emploi de ces fonds, les centres de traitement n'ayant pas à lui en rendre compte directement. La structure de reddition de comptes est la même pour les centres de traitement que pour les autres établissements; mais comme les CRT ne s'y conforment pas pour toutes les dépenses, la reddition de comptes est imprécise et difficile.

Nous avons constaté que les mécanismes de surveillance et de reddition de comptes pour la présentation de rapports financiers étaient limités. Cependant, les mécanismes existants sont effectivement appliqués à l'AC, dans les AR et les centres de traitement.

Nous avons constaté que les exigences en matière de reddition de comptes concernent essentiellement les données financières. Celles qui sont imposées par l'AC et les AR concernent les prévisions de trésorerie aux paliers des régions et des centres de traitement. L'analyse qui accompagne ces prévisions de trésorerie et qui vise à justifier la position financière de chaque centre de traitement est plus ou moins approfondie et cohérente d'une région à l'autre. Les responsables du Secteur des services de santé nous ont informés qu'ils surveillent l'enveloppe de la santé pour vérifier si les fonds sont affectés à la prestation de services de santé.

Pratique exemplaire

Au Centre psychiatrique régional des Prairies, des mécanismes de surveillance et de présentation de rapports sur le rendement sont en place à l'appui des objectifs stratégiques à atteindre.

La région des Prairies a défini des objectifs stratégiques pour son fonctionnement, ainsi que des indicateurs permettant de déterminer la mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints sous la forme d'un « tableau de bord » publié sur leur Infonet dans le cadre de leur système intégré de rapports.

4.1.6.2 Amélioration continue de la qualité

Nous nous attendions à ce qu'un programme d'amélioration continue de la qualité soit en place.

Nous avons constaté que tous les centres de traitement ont un programme d'amélioration continue de la qualité.

Le Secteur des services de santé est responsable de la coordination d'un programme d'amélioration continue de la qualité pour tous les centres de traitement, qui vise à faire en sorte que la prestation de services de santé mentale soit conforme aux principes médicaux.

Le SCC exige de tous les centres de traitement qu'ils fonctionnent en tant qu'hôpitaux psychiatriques légaux agréés conformément aux dispositions législatives provinciales



pertinentes. L'agrément permet aux organismes « d'intégrer des projets pratiques et efficaces axés sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients à leurs activités quotidiennes »²⁵. Actuellement, Agrément Canada est l'organisme chargé de l'agrément des CRT. Les domaines évalués globalement au cours du processus d'agrément sont notamment « la gouvernance, le leadership et la gestion, la prévention des infections et la gestion des médicaments. Quant aux normes propres à une population et aux normes d'excellence des services, elles portent sur des secteurs, des services, des maladies et des populations spécifiques »²⁶.

Tous les centres de traitement, à l'exception de celui de la région de l'Atlantique, sont agréés depuis de nombreuses années. En 2008, Agrément Canada a changé de normes d'agrément : de « MIRE », il est passé au nouveau processus « Q-mentum ». À compter de janvier 2010, tous les CRT agréés sont tenus de renouveler leur agrément conformément à ce processus.

Le Centre régional de traitement du Pacifique a été le premier CRT à obtenir son agrément conditionnel en vertu du processus « Q-mentum », l'agrément définitif étant prévu pour le milieu de l'année 2010. En janvier 2010, le CRSM au Québec a également reçu son agrément conditionnel en vertu du processus « Q-mentum ».

Le Secteur des services de santé n'a encore rien fait pour l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance ou la coordination du programme d'amélioration continue de la qualité dans les CRT. Chaque CRT a créé son propre programme d'amélioration continue de la qualité et les processus connexes. Nous avons noté qu'aucun CRT ne bénéficie d'un financement permanent à l'appui de son programme d'amélioration continue de la qualité, processus d'agrément compris.

Pratique exemplaire

La région des Prairies a imposé d'autres exigences en matière d'amélioration continue, outre celles qui ont été établies lors du processus d'agrément.

Depuis mars 2009, le Centre psychiatrique régional des Prairies a chargé un comité d'amélioration de la qualité de coordonner et de prioriser les initiatives en la matière. Le comité est mandaté pour favoriser la santé physique et mentale, ainsi que l'excellence opérationnelle grâce à un processus complet et factuel d'amélioration de la qualité. Outre ses exigences en matière d'agrément, le comité a inventorié les améliorations requises dans d'autres domaines, dont l'orientation des patients à l'admission, la planification des programmes et l'aiguillage, et les plans de traitement.

CONCLUSION

Certains éléments d'un outil de surveillance de la gestion sont en place pour la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement. Les directives du commissaire satisfont à la majorité des exigences de la LSCMLC et les ordres permanents en vigueur dans les établissements sont conformes aux

²⁵ <http://www.accreditation.ca/Shop-for-Standards/>

²⁶ <http://www.accreditation.ca/Shop-for-Standards/>



politiques. Les rôles et responsabilités de chacun relativement aux services de santé mentale sont définis. Tous les centres de traitement ont un programme d'amélioration continue de la qualité et s'emploient à atteindre ou renouveler leur agrément.

Toutefois, des améliorations s'imposent dans plusieurs domaines pour la mise en place d'un outil de surveillance de la gestion intégré et complet. Il faut notamment :

- rendre les directives du commissaire applicables aux centres de traitement conformes à toutes les exigences législatives pertinentes;
- mieux définir les interactions entre divers postes – personnel clinique et personnel de sécurité, directeurs exécutifs de CRT, psychologues régionaux et directeurs régionaux des services de santé;
- établir un plan détaillé du Secteur des services de santé pour mieux intégrer les services de santé mentale et physique, et pour uniformiser les pratiques en matière de santé mentale dans les centres de traitement;
- définir un modèle de ressources permettant d'officialiser et de normaliser les besoins des centres de traitement en matière de dotation et de finances;
- assurer un meilleur suivi de la formation pour faire en sorte que le personnel des centres de traitement puisse satisfaire aux NNF;

améliorer les mécanismes de contrôle et de présentation de rapports requis pour déterminer si les centres de traitement atteignent leurs objectifs stratégiques ou mènent à bien leur mandat.

Recommandation 1²⁷

La commissaire adjointe, Services de santé devrait réviser le cadre de gestion de la santé mentale dans les centres régionaux de traitement pour s'assurer que :

- le modèle de gouvernance est clair, bien compris et appliqué;
- (avec l'aide de la commissaire adjointe, Services corporatifs) un modèle structuré d'allocation des ressources cadre avec les autres activités du SCC et l'environnement fonctionnel des centres de traitement, à l'appui de la bonne gouvernance;
- (avec l'aide du commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels) les interactions entre le personnel clinique et le personnel opérationnel chargés des soins de santé mentale nécessitant des interventions sont bien définies et comprises;
- les exigences requises en matière de contrôle du rendement et de reddition de comptes sont établies et communiquées afin de mieux répondre aux besoins cliniques.

²⁷ Un code de couleur a été attribué à chaque recommandation afin d'identifier la priorité à lui donner. La couleur rouge signifie que nous sommes d'avis que la recommandation devrait être adressée immédiatement, la couleur jaune représente les recommandations pour lesquelles nous sommes d'avis que les actions devraient être prises dans un futur assez rapproché alors que celles codées de couleur verte devraient à notre avis suivre par la suite.

**Recommandation 2²⁸**

La commissaire adjointe, Services de santé, devrait élaborer des processus pour uniformiser les pratiques en matière de santé mentale dans les centres de traitement et fournir les orientations requises.

4.2 Conformité à la LSCMLC

Ce sous-objectif visait à déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux articles 85 à 89 de la LSCMLC concernant la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement. À cette fin, nous avons examiné la mesure dans laquelle les centres de traitement :

- fournissent des soins de santé mentale essentiels et rendent accessibles, dans la mesure du possible, les soins de santé mentale non essentiels (paragraphe 86 (1));
- se conforment aux normes professionnelles reconnues (paragraphe 86 (2));
- tiennent compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale du détenu dans les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement ou à la discipline (article 87);
- obtiennent le consentement libre et éclairé du détenu avant l'administration du traitement (paragraphe 88 (1));
- se conforment aux dispositions législatives provinciales pertinentes dans le cas d'un détenu incapable de comprendre en quoi consiste le consentement éclairé (paragraphe 88 (5));
- interdisent l'alimentation de force des détenus (article 89).

4.2.1 Services de santé mentale « essentiels » et « non essentiels »

Aux termes du paragraphe 86 (1) de la LSCMLC, nous nous attendions à constater que le SCC veille à ce que chaque détenu placé dans un centre de traitement « reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale ».

Nous n'avons pu évaluer la conformité à une norme nationale sur la question de savoir si le SCC fournit aux détenus admis dans les centres de traitement des soins de santé mentale essentiels et leur permet d'accéder, dans la mesure du possible, à des soins de santé mentale non essentiels.

Comme il est indiqué à la section 4.1.1, rien n'est prévu relativement aux soins de santé mentale essentiels ou non essentiels, y compris les interventions correspondantes.

²⁸ Pour une explication du code de couleur attribué à chaque recommandation, veuillez vous référer à la note en bas de page reliée à la recommandation 1



En mars 2009, le Secteur des services de santé a établi un « Cadre national des services de santé essentiels » en réponse à la vérification interne des soins de santé physique effectuée en avril 2008. Dans ce cadre, on a défini les soins de santé essentiels et non essentiels et dressé une liste d'interventions correspondantes. Lors d'une deuxième phase, le Comité consultatif national sur les services de santé essentiels a été créé; en font partie des membres des Services de santé, des Services corporatifs et d'autres secteurs. Le Comité joue un rôle clé dans la définition, la surveillance et la mise à jour régulières du Cadre. En outre, il est chargé de définir un cadre pour d'autres services de santé essentiels dont la santé mentale. À ce jour, il n'existe pas de cadre pour les services de santé mentale « essentiels » ou « non essentiels », bien que l'on nous ait indiqué qu'il en sera question dans un futur plan de travail.

Aux termes de la directive du commissaire 850 *Services de santé mentale*, les centres de traitement « sont chargés de planifier et de mettre en place des services de santé mentale essentiels dans leurs régions respectives, en collaboration avec la direction régionale et nationale »²⁹. En l'absence d'une définition valable à l'échelle nationale, le personnel clinique de chaque centre de traitement décide au cas par cas des soins de santé mentale essentiels ou non essentiels requis.

4.2.2 Normes professionnelles reconnues

Aux termes de l'article 86 (2) de la LSCMLC, nous nous attendions à constater que la prestation de services de santé mentale pour les détenus admis dans les centres de traitement satisfaisait à des normes professionnelles reconnues.

La directive du commissaire sur les services de santé stipule que « Les services de santé ne doivent être fournis que par des professionnels de la santé inscrits au tableau d'une corporation ou titulaires d'un permis d'exercice obtenu au Canada, de préférence dans la province où ils exercent »³⁰. En conséquence, nous nous attendions à constater que le SCC veille à ce que les professionnels de la santé dans les centres de traitement soient en règle auprès de leur organisme d'agrément respectif, leur association professionnelle étant tenue de prendre des mesures à l'endroit des membres ne satisfaisant pas aux normes prescrites.

À la lumière de la définition des normes professionnelles reconnues énoncée dans la directive du commissaire sur les Services de santé, rien ne nous porte à croire que les professionnels de la santé qui travaillent dans les centres de traitement ne sont pas des membres en règle de leur organisme d'agrément respectif.

Nous avons testé un total de 122 infirmiers et infirmières, psychologues et psychiatres agréés pour vérifier s'ils étaient membres en règle de leur organisme d'agrément respectif. Nous avons pu démontrer qu'une bonne partie d'entre eux étaient membres en règle. Rien ne nous a porté à croire, tout au long de cette vérification, que les

²⁹ Directive du commissaire 850 *Services de santé mentale*, paragraphe 7.

³⁰ Directive du commissaire 800 *Services de santé*, paragraphe 9.



professionnels des CRT n'étaient pas membres en règle de leur organisme d'agrément respectif.

Nous avons constaté qu'il n'y a pas de pratique uniforme pour confirmer que les professionnels de la santé qui travaillent dans les centres régionaux de traitement sont membres en règle de leur organisme d'agrément respectif.

Les pratiques en usage pour déterminer si un professionnel de la santé est membre en règle de son organisme d'agrément respectif varient d'un centre de traitement à l'autre. Elles vont de la surveillance active - à l'aide d'un tableau établi à l'interne qui consiste à conserver une copie de la documentation justifiant l'agrément et à consigner si l'on a reçu des justificatifs - jusqu'à un système informel ne prévoyant pas la conservation de documentation pertinente. Habituellement, les professionnels visés produisent les justificatifs requis une fois par an pour se faire rembourser les frais annuels qu'ils doivent payer pour rester membres de leur organisme d'agrément respectif. Ce mécanisme de contrôle n'est pas accessible aux professionnels engagés à contrat.

4.2.3 Prise en compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale du détenu dans les décisions

Aux termes de l'article 87 de la LSCMLC, nous nous attendions à constater que le SCC tient compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale du détenu dans les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif ou à la discipline dans les centres de traitement.

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que le SCC ne démontrait pas toujours, documents à l'appui, qu'il avait tenu compte de l'état de santé du détenu ni de ses besoins en matière de santé mentale dans les décisions relatives au transfèrement ou à l'isolement préventif dans un centre de traitement. Nous avons constaté que le SCC ne démontrait pas toujours, documents à l'appui, qu'il avait tenu compte de l'état de santé du détenu ni de ses besoins en matière de santé mentale dans les décisions relatives à la discipline dans les centres de traitement.

Nous avons constaté que les directives du commissaire sur le transfèrement, l'isolement préventif et la discipline ne contenaient pas de dispositions indiquant aux membres du personnel comment démontrer qu'ils ont pris en compte l'état de santé mentale et les besoins en matière de santé mentale du détenu dans la prise de décisions.

Aux termes de l'article 87 de la LSCMLC, le SCC doit prendre en considération l'état de santé mentale et les besoins en matière de santé mentale du détenu dans toutes les décisions le concernant, y compris les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline. Aux termes de l'article 85 de la LSCMLC, les besoins en soins de santé incluent les soins de santé mentale. Nous avons noté que la directive du commissaire sur les transfèrements fait état de cette exigence de la LSCMLC et énonce les besoins en matière de santé mentale du détenu qui doivent être pris en compte en cas de risque d'automutilation ou de suicide. La directive du



commissaire n'exige pas expressément que l'on tienne compte de l'état de santé mentale ni des besoins en matière de santé mentale avant de décider de transférer un détenu qui ne risque pas de se suicider ou de se mutiler.

Nous n'avons pas non plus trouvé dans la documentation à l'appui d'un transfèrement de section utilisée pour attester que l'on a tenu compte de l'état de santé mentale du détenu ou de ses besoins en matière de santé mentale. En conséquence, nous avons pu évaluer la conformité seulement dans les cas où les besoins du détenu avaient été pris en considération comme en attestait son dossier. Nous avons examiné tous les documents à l'appui d'un transfèrement versés aux dossiers des détenus pour vérifier s'ils démontraient que l'état de santé mentale et besoins en matière de santé mentale avaient été pris en compte avant le transfèrement au départ du centre de traitement. Nous avons constaté que, dans 70 cas de transfèrement sur 121 (58 %), la décision avait été prise compte tenu des besoins en matière de santé mentale et de l'état de santé mentale du détenu.

Aux termes de la directive du commissaire *Isolement préventif*, un psychologue doit se prononcer sur l'état de santé mentale du détenu au moment de l'évaluation et dans les 25 jours suivant sa mise en isolement préventif. En outre, toujours aux termes de la directive du commissaire, lorsqu'ils recommandent de mettre fin à l'isolement préventif ou d'en modifier les conditions compte tenu de l'état de santé physique ou mentale d'un détenu, les professionnels des Services de santé doivent en aviser par écrit le directeur d'établissement. Pour vérifier si l'état de santé mentale du détenu et ses besoins en matière de santé mentale étaient pris en compte avant et pendant sa mise en isolement préventif, nous avons examiné toute la documentation versée à son dossier. Nous avons constaté que, dans 13 cas de placement en isolement préventif sur 18 (72 %), le contenu du dossier démontrait que les besoins en matière de santé mentale et l'état de santé mentale du détenu avaient été pris en compte.

Notre examen des décisions relatives à la discipline a inclus les accusations officiellement portées à l'endroit d'un CRT. La directive du commissaire sur la discipline érige en principe que la santé mentale du détenu soit prise en compte, mais elle ne précise pas où cette mesure doit être consignée. Nous avons examiné la documentation d'inculpation et l'information connexe versées aux dossiers des détenus pour déterminer si la prise en considération de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale y était démontrée, pour constater que c'était le cas dans un cas sur 69 (1 %).



Tableau 4.2.3.1 – Documentation de la prise en considération des besoins en santé mentale lors de la prise de décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline

Type de décision	Taille de l'échantillon	Cas où la prise en considération des besoins en santé mentale est documentée
Transfèrement AILLEURS	121	58% (70/121)
Isolement préventif	18	72% (13/18)
Discipline	69	1% (1/69)

Source – Examen de dossiers effectué sur place et examen du Système de gestion des délinquant(e)s

Pour compléter notre examen de dossiers, nous avons assisté à de nombreuses réunions du matin et réunions multidisciplinaires, et nos observations nous ont amené à conclure que le personnel des centres de traitement tenait compte de façon informelle de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale des détenus dans leurs discussions. Toutefois, ces discussions n'étant pas documentées dans les dossiers des détenus, la conformité aux exigences de la LSCMLC n'est pas démontrée, avec les conséquences qui en résultent pour le SCC.

4.2.4 Consentement libre

Aux termes du paragraphe 88 (1) de la LSCMLC, nous nous attendions à constater que le SCC obtient le consentement libre et éclairé du détenu avant l'administration d'un traitement au CRT.

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que le SCC ne pouvait pas toujours démontrer qu'il avait obtenu le consentement libre et éclairé du détenu avant l'administration d'un traitement dans un CRT.

Les lois provinciales exigent qu'un patient soit hospitalisé de son plein gré (le détenu a consenti au traitement) ou sans son accord lorsqu'un médecin le juge incapable de donner son consentement éclairé, auquel cas le détenu est considéré comme étant admissible. Lorsqu'un détenu retire son consentement et est jugé apte à le faire, il doit être ramené à son établissement d'origine dans un délai raisonnable. Pour donner son consentement libre et éclairé à un traitement psychiatrique, un détenu doit remplir un formulaire standard du SCC. Aux termes du paragraphe 88 (1) de la LSCMLC, le consentement à un traitement doit être libre et éclairé. Le tableau qui suit résume les résultats de l'examen de dossiers effectué pour déterminer si le SCC a obtenu le consentement libre et éclairé d'un détenu avant l'administration d'un traitement.

**Tableau 4.2.4.1 – Taux de conformité pour le consentement libre**

Région	Nombre d'admissions volontaires	Nombre de dossiers faisant état d'un refus de consentir	Nombre de dossiers confirmant que le détenu a donné son consentement à un traitement psychiatrique
Atlantique	33	2	61% (19/31)
Québec	21	0	86% (18/21)
Ontario	19	1	89% (16/18)
Prairies	33	0	67% (22/33)
Pacifique	24	1	91% (21/23)
Total	130	4	76% (96/126)

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Nous avons trouvé au dossier un formulaire standard du SCC de consentement au traitement dûment rempli et signé dans 96 des 126 (76 %) cas d'admission dans un CRT. Les 30 autres dossiers ne contenaient pas de preuve de l'obtention d'un consentement libre au traitement.

4.2.5 Admission involontaire

Aux termes du paragraphe 88 (5) de la LSCMLC, nous nous attendions à constater que le SCC se conforme aux dispositions législatives provinciales régissant l'administration de soins de santé mentale aux détenus placés dans les centres de traitement qui sont incapables de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que le SCC ne se conformait pas toujours aux dispositions législatives provinciales applicables aux détenus placés dans les centres de traitement qui sont incapables de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.

Le paragraphe 88 (5) de la LSCMLC renvoie aux dispositions législatives provinciales applicables lorsqu'un détenu est incapable de comprendre les conditions à remplir pour donner son consentement éclairé. Dans quatre des cinq provinces dans lesquelles le SCC a des centres de traitement, le processus de certification commence lorsqu'un médecin juge qu'un détenu présente un risque pour lui-même ou pour autrui et est incapable de comprendre les conditions à remplir pour donner son consentement éclairé. Un « certificat initial » est alors émis à l'endroit du détenu, qui est généralement valable pour une période de 72 heures. Au-delà de cette période, le certificat doit être renouvelé, le cas échéant, pour la période prescrite par les dispositions législatives provinciales applicables au centre de traitement visé. Lorsque le certificat n'est pas renouvelé, le centre de traitement n'est plus autorisé par la loi à traiter le détenu sans avoir obtenu au préalable son consentement libre et éclairé.



En vertu de la législation en vigueur au Québec concernant l'hospitalisation involontaire, un « tuteur ou curateur » doit agir dans l'intérêt unique de l'individu visé par le certificat lorsqu'on juge que ce dernier présente un risque pour lui-même ou pour autrui et est incapable de comprendre les conditions d'un consentement éclairé³¹. Bien qu'il ne soit pas désigné comme établissement psychiatrique aux termes des dispositions législatives provinciales applicables, nous nous attendions néanmoins à constater, sur la foi de l'examen de dossiers, que le CRSM au Québec était autorisé par la loi à admettre et à traiter des détenus sans leur consentement. Dans notre échantillon, deux individus dans la région du Québec étaient jugés avoir été admis sans leur consentement. L'examen du dossier n'a pu nous renseigner à savoir si ces individus avaient reçu des traitements. Rien dans leur dossier non plus n'indiquait que le SCC était autorisé à leur imposer un traitement obligatoire.

Parmi les 148 cas d'admission que nous avons examinés, 18 (12 %) étaient des cas d'admission involontaire. Dans 12 cas d'admission involontaire sur 16 (75 %), nous avons trouvé au dossier de la documentation démontrant que le SCC avait l'autorisation initiale d'imposer un tel traitement obligatoire au détenu au CRT.

Tableau 4.2.5.1 - Nombre de dossiers démontrant la conformité aux conditions d'admission involontaire

Région	Nombre total de cas d'admission involontaire	Documents au dossier démontrant que le SCC avait l'autorisation initiale d'admettre et de traiter le détenu sans son consentement
Atlantique	2	50% (1/2)
Québec	2	N/A ³²
Ontario	7	71% (5/7)
Prairies	5	80%(4/5)
Pacifique	2	100% (2/2)
Total	18	75% (12/16)

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Après l'exclusion des deux cas montrés sous la ligne du Québec dans le tableau 4.2.5.1 ci-haut, quatre des 16 cas d'admission involontaire restants ne possédaient pas une copie du certificat initial au dossier du détenu. L'un des ces quatre dossiers a révélé que le détenu avait été libéré dans les 72 heures, deux autres ont été régularisés après la période de 72 heures, et le dernier ne contenait pas assez d'information pour déterminer si le détenu visé avait été admis au centre de traitement de son plein gré ou sans son consentement.

³¹ En vertu du *Code civil du Québec*, nul ne peut être soumis sans son consentement à un traitement. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, un tuteur ou curateur fournit un consentement en son nom tout en agissant dans le seul intérêt de la personne. En outre, un juge peut émettre une ordonnance pour obliger un individu à recevoir un traitement lorsqu'il est incapable de donner son consentement et qu'il refuse catégoriquement de suivre un traitement.

³² We were unable to assess whether the two involuntary admissions received treatment prior to receiving consent as required by legislation.



Le tableau qui suit résume les taux de conformité dans le cas des 12 détenus dont le certificat d'admission figurait au dossier et qui sont restés au-delà de la période initiale de 72 heures.

Tableau 4.2.5.2 - Taux de conformité aux conditions d'admission involontaire lorsque le certificat initial figurait au dossier et que le détenu est resté au-delà de la période de 72 heures

Région	Nombre total de cas d'admission involontaire avec certificat initial (ou l'équivalent au Québec) au dossier	Nombre de détenus qui sont restés au-delà de la période initiale de 72 heures	Cas d'admission involontaire en conformité	Cas d'admission involontaire dont on n'a pu évaluer la conformité
Atlantique	1	0	N/A	N/A
Québec	0	0	N/A	N/A
Ontario	5	3	67% (2/3)	33% (1/3)
Prairies	4	4	75% (3/4)	25% (1/4)
Pacifique	2	1	100% (1/1)	0% (0/1)
Total	12	8	75% (6/8)	25% (2/8)

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Nous n'avons pu évaluer la conformité dans deux cas sur huit, la documentation versée au dossier n'indiquant pas clairement si le détenu était admis de son plein gré ou sans son consentement tout au long de son séjour au CRT.

Pour ce qui est des huit détenus qui sont restés au-delà de la période initiale de 72 heures, nous nous attendions à trouver de la documentation au dossier indiquant que la situation du détenu avait changé – renouvellement du certificat, formulaire de consentement libre, date de sortie. C'était le cas 75 % du temps pour les détenus qui sont restés plus de 72 heures.

4.2.6 Alimentation de force

Aux termes de l'article 89 de la LSCMLC, nous nous attendions à constater que le SCC n'alimente de force aucun détenu dans les centres de traitement.

Nous n'avons pas trouvé de preuve dans notre échantillon de cas que le SCC alimentait de force les détenus en grève de la faim dans l'un ou l'autre des centres de traitement.

Aux termes de la directive du commissaire *Grèves de la faim*, « Une grève de la faim est une situation dans le cadre de laquelle une personne refuse tout aliment solide et tout liquide, sauf de l'eau, et où l'on a vérifié qu'elle agit ainsi depuis au moins sept (7) jours, à moins qu'un problème de santé général n'ait nécessité une intervention (...) Le Service ne peut ordonner l'alimentation forcée d'un détenu qui avait la capacité de comprendre les conséquences de son jeûne au moment où il a pris la décision de



jeûner »³³. Nous avons trouvé deux cas où une grève de la faim s'est déclarée lors de la période de vérification, l'une dans la région de l'Atlantique et l'autre dans la région des Prairies, mais rien n'indiquait au dossier que l'alimentation de force avait été pratiquée.

CONCLUSION

Les articles 85 à 89 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) prescrivent les responsabilités du SCC en ce qui a trait à la santé mentale et aux services en santé mentale pour les délinquants. Le SCC établit la direction et élabore les politiques qui dictent comment il va s'assurer que les exigences législatives vont être satisfaites. Dans certaines situations, le Service n'a pas encore défini comment ces exigences vont être rencontrées alors que dans d'autres cas, un modèle normalisé n'a pas encore été mis en place. Dans d'autres cas encore, la documentation démontrant la conformité avec les exigences n'était pas toujours présente aux dossiers. Plus précisément, il faudrait :

- définir les soins de santé mentale essentiels et non essentiels;
- élaborer un processus uniformisé permettant de s'assurer que les professionnels de la santé sont en règle avec leurs organismes d'agrément respectifs;
- mieux documenter dans les dossiers pertinents la conformité du SCC aux exigences requises pour ce qui est de :
 - tenir compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale des détenus dans la prise de décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline;
 - respecter les exigences relatives à l'obtention préalable du consentement libre et éclairé des détenus avant de dispenser un traitement;
 - appliquer les dispositions des lois provinciales lorsqu'un détenu admis dans un centre de traitement est incapable de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.

Recommandation 3³⁴

La commissaire adjointe, Services de santé, devrait définir les services de santé mentale essentiels et non essentiels.

Recommandation 4³⁵

La commissaire adjointe, Services de santé, devrait élaborer un processus uniformisé qui aiderait les sous-commissaires régionaux à veiller à ce que les professionnels et les contractuels soient toujours en règle avec leur organisme d'agrément respectif. La commissaire adjointe, Services de santé, devrait également s'assurer que cette vérification soit faite tous les ans.

³³ DC 825 – paragraphe 4.

³⁴ Pour une explication du code de couleur attribué à chaque recommandation, veuillez vous référer à la note en bas de page reliée à la recommandation 1

³⁵ Idem

**Recommandation 5³⁶**

Les sous-commissaires régionaux devraient faire le nécessaire pour :

- (avec l'aide du commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels) veiller à ce que soit documentée la prise en compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale du détenu dans les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline, conformément aux exigences prescrites;
- (avec l'aide de la commissaire adjointe, Services de santé) veiller au respect des exigences relatives à l'obtention du consentement libre et éclairé du détenu avant l'administration d'un traitement, ainsi que des dispositions législatives provinciales applicables au traitement des détenus qui sont incapables de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.

4.3 Conformité aux directives du commissaire

Ce troisième sous-objectif visait à déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux directives du commissaire dans la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement. À cette fin, nous avons vérifié si les CRT :

- s'assurent que les détenus remplissent les critères d'admission et de sortie;
- offrent aux détenus ayant des problèmes de santé mentale les programmes recommandés et que ces derniers les suivent jusqu'au bout;
- se conforment aux exigences de la politique concernant la divulgation de renseignements médicaux confidentiels pour les besoins d'une enquête;
- se conforment à la directive visant à créer des comités de détenus dans les centres de traitement;
- se conforment aux exigences de la politique relatives au recours à la force;
- se conforment aux exigences de la politique relatives à l'utilisation de matériel de contrainte;
- se conforment aux exigences de la politique relatives à l'administration de médicaments;
- se conforment aux exigences de la politique relatives aux interventions en situation d'urgence médicale ou en cas d'automutilation et de tentative de suicide.

4.3.1 Critères d'admission et de sortie

Nous nous attendions à constater que les détenus admis dans les centres de traitement remplissent les critères d'admission et de sortie.

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que, dans l'ensemble, les détenus admis dans les centres de traitement remplissaient les critères

³⁶ Idem



d'admission (95 %) et de sortie (88 %), conformément aux exigences en vigueur dans les CRT la plupart du temps.

Les critères d'admission et de sortie en usage dans chacun des centres de traitement sont fondés sur les dispositions des lois provinciales pertinentes, mais chaque centre de traitement a défini ses propres conditions d'admission et de sortie.

En général, les détenus admis dans les centres de traitement ont de graves problèmes de santé mentale. Certains détenus de notre échantillon ont été admis dans un CRT et en sont sortis plus d'une fois. L'admission ou la sortie peut être causée par plus d'une raison.

Tous les centres de traitement qui sont désignés comme établissements psychiatriques ont leurs propres critères d'admission et de sortie qui sont conformes à leur loi provinciale respective sur la santé mentale. Les unités de réadaptation situées respectivement au Centre régional de traitement du Pacifique et au CRSM ont également leurs propres critères d'admission et de sortie. Dans les cas où les critères d'admission n'étaient pas remplis, le détenu ne satisfaisait pas aux exigences relatives à l'admission (par exemple, il n'avait pas de problème de santé mentale) ou le motif de l'admission ne figurait pas au dossier.

Tableau 4.3.1.1 - Nombre de cas de conformité aux critères d'admission

Region	Nombre de détenus admis	Nombre total d'admissions	Conformité aux critères d'admission
Atlantic	19	35	100% (35/35)
Québec	19	23	100% (23/23)
Ontario	15	26	96% (25/26)
Prairies	22	38	95% (36/38)
Pacific	18	26	81% (21/26)
Total	93	148	95% (140/148)

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Dans le cadre d'entrevues, on nous a informés que certains détenus résidant dans les centres de traitement n'avaient pas de problèmes de santé mentale diagnostiqués, mais aucun ne figurait dans notre échantillon. Ces personnes ont, non pas des troubles mentaux, mais des problèmes dus au vieillissement, à une incapacité physique ou à leur vulnérabilité dans leur établissement d'origine. Nous avons noté que le SCC n'a pas de stratégie pour le logement des détenus vieillissant qui requièrent une surveillance et des soins constants. Ce sont donc les centres de traitement qui les prennent en charge. Le Secteur des services de santé envisage d'introduire des critères nationaux d'admission et de sortie qui incluent le vieillissement comme motif d'admission.

Les détenus quittent un centre de traitement pour de multiples raisons : leur état s'est stabilisé; ils ne consentent plus au traitement; ils ont atteint la date de leur mise en liberté. Dans les cas où l'on a jugé qu'il ne remplissait pas les critères de sortie, le



détenu a quitté le CRT pour une raison autre ou le motif de la sortie n'a pas été consigné au dossier.

Tableau 4.3.1.2 - Nombre de cas de conformité aux critères de sortie

Région	Nombre total de sorties	Conformité aux critères de sortie
Atlantique	33	97 % (32/33)
Québec	8	100 % (8/8)
Ontario	26	65 % (17/26)
Prairies	38	84 % (32/38)
Pacifique	26	100 % (26/26)
Total	131	88 % (115/131)

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Le tableau ci-dessous traite de la durée moyenne de séjour en CRT dans le cas des détenus de notre échantillon.

Tableau 4.3.1.3 – Durée médiane et moyenne de séjour en CRT dans le cas des détenus dont le dossier a été examiné

Région	Nombre de sorties	Nombre total de jours passés au CRT	Durée médiane du séjour	Durée moyenne du séjour
Atlantic	33	2,014	35	61
Québec	8	1,297	120	162
Ontario	26	1,208	28	46
Prairies	38	3,336	51	88
Pacific	26	3,275	77	126
Total	131	11,130	51	85

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Pratique exemplaire

Nous avons constaté que certains centres de traitement exigent que soit préparé un sommaire au départ lorsqu'un détenu sort du centre de traitement. Ce sommaire contient des précisions sur le séjour du détenu : motif de son admission, progrès accomplis lors du séjour au centre de traitement et raison pour laquelle le détenu quitte le centre.

4.3.2 Programmes offerts dans les centres de traitement

Nous nous attendions à constater que les détenus ayant des problèmes de santé mentale se voient offrir des programmes par le personnel du centre de traitement et qu'ils les suivent jusqu'au bout.

Nous avons constaté que les offres de programmes varient d'un centre de traitement à l'autre.



Les centres de traitement offrent trois catégories de programmes : programmes de base, programmes de base modifiés, et programmes autres. Un programme de base est un programme correctionnel ou « une intervention structurée qui agit sur les facteurs directement liés au comportement criminel des délinquants »³⁷. Les centres régionaux de traitement du Pacifique, des Prairies et de l'Ontario offrent des programmes de base – Programme pour les délinquants sexuels, Prévention de la violence, Prévention de la violence familiale et Traitement des toxicomanes. Au moment de la vérification, le CRSM n'offrait pas de programmes de base, et celui de l'Atlantique n'offrait aucun programme.

Les programmes de base modifiés sont des programmes de base en substance, mais leur mode de prestation a été adapté aux besoins des détenus admis dans les centres de traitement : les séances sont plus courtes; la durée du programme plus longue; il y a moins de participants; ou l'assistance est plus personnalisée. Actuellement, des programmes de base modifiés sont offerts dans les régions du Pacifique et des Prairies.

Les programmes autres sont des programmes qui sont conçus et donnés par les centres de traitement. Ces programmes visent à aider les délinquants à améliorer leurs habiletés dans divers domaines. Tous les centres de traitement, sauf celui de la région de l'Atlantique, offrent des programmes autres ou des programmes conçus et donnés localement. Les programmes autres portent notamment sur les domaines suivants : gestion de compétences, réinsertion sociale, gestion de la santé mentale, aptitudes sociales et gestion du stress.

Le tableau qui suit résume les résultats de l'examen de dossiers effectué pour déterminer le nombre de programmes offerts aux détenus de notre échantillon.

Tableau 4.3.2.1 - Nombre de programmes offerts dans les centres de traitement

Région	Nombre de programmes offerts			Nombre total de programmes offerts	Nombre total de détenus auxquels on a offert des programmes
	Core	Modified Core	Non – Core		
Atlantique	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Québec	N/A	N/A	10	10	7
Ontario	3	N/A	36	39	31
Prairies	17	4	67	88	28
Pacifique	16	4	12	32	28
Total	36	8	125	169	94

Source - Examen de dossiers effectué sur place

Nous nous attendions à ce qu'un processus uniformisé soit en place pour suivre et enregistrer les programmes offerts dans les centres de traitement.

Le Centre de traitement régional du Pacifique et le Centre psychiatrique régional des Prairies ont un processus de renvoi uniformisé pour les offres de

³⁷ DC 726 *Programmes correctionnels*, paragraphe 5.



programmes; toutefois, aucun des cinq centres de traitement n'ont de mécanisme structuré de suivi des offres de programmes.

Un renvoi à un programme correctionnel permet de repérer un détenu admissible à un tel programme. Nous avons examiné la documentation concernant les renvois effectués par le personnel des centres de traitement ainsi que les rapports du SGD sur les programmes. Les détenus se voient offrir de façon systématique des programmes répondant à leurs besoins dans les centres de traitement des régions du Pacifique et des Prairies, et de façon informelle et ponctuelle dans les centres de traitement des régions de l'Ontario et du Québec.

Nous avons constaté que 41 % des détenus auxquels on a offert des programmes les ont suivis jusqu'au bout.

Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble des résultats par région.

Tableau 4.3.2.2 – Programmes offerts et suivis jusqu'au bout dans les centres de traitement

Region	Nombre de programmes suivis jusqu'au bout			Taux d'achèvement des programmes
	Core	Modified Core	Non – Core	
Atlantic	N/A	N/A	N/A	N/A
Québec	N/A	N/A	80% (8/10)	80% (8/10)
Ontario	0% (0/3)	N/A	64% (23/36)	59% (23/39)
Prairies	29% (5/17)	0% (0/4)	15% (10/67)	17% (15/88)
Pacific	94% (15/16)	100% (4/4)	33% (4/12)	72% (23/32)
Total	56% (20/36)	50% (4/8)	36% (45/125)	41% (69/169)

Source - Examen de dossiers effectué sur place et examen du Système de gestion des délinquant(e)s

Le personnel des centres de traitement nous a informés que la participation à des programmes autres que les programmes de base offerts et donnés dans les centres de traitement n'est pas prise en compte dans le plan correctionnel du détenu.

4.3.3 Enquêtes dans les centres de traitement

Nous nous attendions à constater que les centres de traitement se conforment aux exigences de la politique relativement à la divulgation de renseignements médicaux confidentiels pour les besoins d'une enquête.

Concernant les 30 enquêtes effectuées dans les centres de traitement lors de la période de vérification, nous n'avons rien constaté qui donne à penser que les exigences de la politique relatives à la divulgation de renseignements médicaux confidentiels pour les besoins d'une enquête n'étaient pas respectées.

Aux termes de la directive du commissaire *Enquêtes sur les incidents*, « lorsqu'une enquête est ordonnée (...) des professionnels de la santé qui siègent sur le comité ou



que consulte le comité détermineront quels sont les renseignements pertinents dans chaque cas et ils les communiqueront aux autres membres du comité. La divulgation de renseignements (...) est soumise aux règles prévues dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ainsi que dans le code de déontologie des différents ordres professionnels »³⁸.

Nous avons passé en revue les résumés et rapports d'incidents survenus dans les centres de traitement pour constater que l'obtention des renseignements médicaux requis n'a posé aucun problème. Notre examen de dossiers n'a révélé aucun cas de non-conformité avec l'exigence relative à la divulgation de renseignements médicaux confidentiels pour les besoins d'une enquête. En outre, la Direction des enquêtes nous a indiqué n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les renseignements médicaux requis pour leurs enquêtes lors de la période étudiée.

4.3.4 Comités de détenus dans les centres de traitement

Nous nous attendions à constater que le SCC a établi des comités de détenus dans les centres de traitement.

Nous avons constaté que le SCC a des mécanismes de communication et de consultation avec la population de détenus des centres de traitement.

Aux termes de la directive du commissaire *Comités de détenus*, « un Comité de détenus devrait être en place dans tous les établissements, y compris les centres régionaux de traitement. Dans les cas où ce n'est pas réalisable ou possible, des mesures doivent être prises pour assurer la mise en place de mécanismes de rechange qui permettront de maintenir des communications et des consultations ouvertes »³⁹. Nous avons constaté que le Centre psychiatrique régional des Prairies a un comité de détenus, tandis que les centres régionaux de traitement du Pacifique, de l'Ontario et de l'Atlantique utilisent le comité de détenus de l'établissement où ils sont situés. Le CRSM fait appel à des « représentants de rangée » pour régler les questions qui se posent dans la rangée directement avec le gestionnaire correctionnel de l'unité ou autre délégué.

4.3.5 Recours à la force

Nous nous attendions à constater que le SCC se conforme aux exigences de la politique en cas de recours à la force à l'endroit des détenus admis dans les centres de traitement.

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que les centres de traitement et les administrations régionales se conforment aux exigences de la politique relativement à l'examen de tous les cas de recours à la force.

³⁸ DC 041, paragraphes 37 et 38.

³⁹ DC 083, paragraphe 8.



Depuis le 1^{er} avril 2009, la directive du commissaire *Recours à la force* exige que tous les cas de recours à la force fassent l'objet d'une enquête préliminaire et de nombreux examens aux paliers de l'établissement, de la région et de l'administration centrale.

Les examens effectués par le directeur d'établissement et l'administration régionale visent à « s'assurer que les lois et politiques ont été respectées »⁴⁰. Nous avons examiné les documents établis sur les cas de recours à la force dans les CRT, dans les régions et à l'AC pour constater que les exigences de la politique en matière de rapports étaient respectées dans tous les cas.

Tableau 4.3.5.1 - Taux de conformité selon le palier auquel est examiné le cas de recours à la force

Région	Nombre de cas de recours à la force	Examen au CRT	Examen à l'AR
		Conformité à l'exigence requise au palier de l'établissement	Conformité à l'exigence requise au palier régional
Atlantique	15	100%	100%
Québec	15	100%	100%
Ontario	14	100%	100%
Prairies	14	100%	100%
Pacifique	14	100%	100%
Total	72	100%	100%

Source – Examen de dossiers

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que les centres de traitement ne se conforment généralement pas aux exigences de la politique relativement à la conduite d'un examen préliminaire pour tous les cas de recours à la force dans les deux jours ouvrables suivant l'incident, comme il est prescrit dans la directive du commissaire *Recours à la force*.

Du fait des révisions apportées au 1^{er} avril 2009 à la directive du commissaire *Recours à la force*, l'établissement est tenu de faire un examen préliminaire dans les deux jours ouvrables suivant l'incident afin de détecter toute insuffisance grave⁴¹. Avant le 1^{er} avril 2009, un tel examen préliminaire n'était pas requis. Treize des 72 cas de recours à la force de notre échantillon se sont produits après le 1^{er} avril 2009; dans deux de ces cas, le dossier indiquait qu'un examen préliminaire avait eu lieu dans les deux jours ouvrables prescrits.

Nous avons constaté que l'administration centrale ne se conformait pas aux exigences relatives à l'examen des cas de recours à la force dans les 30 jours ouvrables.

Le directeur général de la Sécurité doit s'assurer que « chaque incident ayant comporté un recours à la force est signalé avec exactitude et fait ensuite l'objet d'un examen par

⁴⁰ DC 567-1, paragraphe 15.

⁴¹ DC 567-1, paragraphe 46.



l'établissement, l'administration régionale et l'administration centrale »⁴². En outre, dans sa version révisée, la directive du commissaire exige que tous les cas de recours à la force soient examinés au palier national⁴³. Cet examen doit avoir lieu dans les 30 jours ouvrables suivant la date de réception de la documentation sur le recours à la force envoyée par l'administration régionale⁴⁴. Avant les révisions du 1^{er} avril 2009 apportées à la directive du commissaire, le directeur général de la Sécurité décidait des incidents devant être examinés au palier national⁴⁵.

Nous avons examiné la base de données de l'AC sur les cas de recours à la force enregistrés du 1^{er} avril 2009 au 18 mars 2010, pour constater que les AR ont envoyé de la documentation sur un total de 122 cas de recours à la force qui se sont produits dans les CRT. Nous avons constaté qu'aucun de ces cas n'a fait l'objet d'un examen dans les 30 jours ouvrables suivant la réception de ces dossiers. Au 18 mars 2010, nous avons constaté que seulement 17 dossiers sur les 110 reçus ont été examinés et clos.

L'enregistrement vidéo des cas de recours à la force, qu'ils soient planifiés ou spontanés, n'est pas toujours fait comme le prescrivent les politiques.

Aux termes de la directive du commissaire *Recours à la force*, « il faut effectuer un enregistrement vidéo dès le début de tout recours à la force planifié (...) et dès que possible dans le cas d'un recours à la force spontané »⁴⁶. Nous avons constaté que deux des 29 cas de recours à la force planifié survenus pendant la période étudiée n'avaient pas fait l'objet d'un enregistrement vidéo. Dans l'un de ces incidents, la vidéo avait été détruite par erreur avant notre examen. Dans le second incident, l'absence d'enregistrement vidéo n'a pas été justifiée. Par ailleurs, nous avons constaté que dans 5 cas de recours à la force spontané sur 44 (11 %), l'enregistrement vidéo a commencé dès que possible.

La directive du commissaire stipule en outre que « lorsqu'un recours à la force planifié n'a pas été enregistré sur bande vidéo dès le début ou qu'un recours à la force spontané n'a pas été enregistré sur bande vidéo dès que possible, le directeur de l'établissement fournit une explication écrite de l'absence d'enregistrement vidéo dans le cadre de l'examen mené par l'établissement »⁴⁷. Nous avons constaté que dans 33 des 39 cas de recours à la force spontané (85 %), l'incident n'a pas été enregistré dès que possible mais a fait l'objet d'une évaluation médicale. Pour ces cas de recours à la force spontané qui n'ont pas été enregistrés sur vidéo dès le début, nous nous attendions à trouver dans le rapport d'examen du directeur d'établissement des explications justifiant cette absence d'enregistrement vidéo. Nous avons constaté que de telles explications n'étaient pas fournies systématiquement.

⁴² DC 567-1, alinéa 17c.

⁴³ DC 567-1, paragraphe 61.

⁴⁴ DC 567-1, paragraphe 61.

⁴⁵ DC 567-1, paragraphe 35 (2008-01-24).

⁴⁶ DC 567-1, paragraphe 24.

⁴⁷ DC 567-1, alinéa 19p.

**Tableau 4.3.5.2 - Taux de conformité pour l'enregistrement des cas de recours à la force**

Région	Taille totale de l'échantillon	Recours à la force planifié	Recours à la force spontané	
		Preuve d'enregistrement vidéo (Nbre et %)	Preuve d'enregistrement vidéo commencé dès que possible (Nbre et %)	Non-enregistrement justifié au dossier (Nbre et %)
Atlantique	15	100% (4/4)	0% (0/11)	9% (1/11)
Québec	15	67% (2/3) ⁴⁸	8% (1/12)	9% (1/11)
Ontario	14	100% (9/9)	20% (1/5)	50% (2/4)
Prairies	14	86% (6/7)	14% (1/7)	17% (1/6)
Pacifique	14	100% (5/5)	22% (2/9)	72% (5/7)
Total Compliance	72(43%)	93% (26/28)	11% (5/44)	26% (10/39)

Source - Examen de dossiers

Nous avons constaté que les centres de traitement ne s'entendent pas sur ce qui constitue un cas de recours à la force.

Nous avons constaté que les centres de traitement ne s'entendent pas sur la question de savoir si le matériel de contrainte Pinel⁴⁹ équivaut à un recours à la force ou à une intervention clinique. La plupart des centres de traitement assimilent l'utilisation du matériel de contrainte Pinel à une intervention clinique; en revanche, nous avons noté que selon un centre de traitement, il s'agit d'un cas de recours à la force, dont la durée est établie en conséquence. Avant la publication du bulletin d'orientation du 10 mai 2010, l'AC considérait l'utilisation du matériel de contrainte Pinel sur un détenu comme un cas de recours à la force devant être signalé. Le nouveau bulletin d'orientation « (...) dans le cas d'un délinquant qui tente de s'infliger des blessures, mais qui accepte ou demande qu'on lui pose le système de contrainte Pinel, il s'agit d'un recours à la force n'ayant pas besoin d'être signalé »⁵⁰.

Un bulletin d'orientation publié le 1^{er} avril 2009 annonçait la publication à cette même date d'une version révisée de la directive du commissaire *Utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé*. Les modifications apportées à la directive du commissaire devaient permettre de clarifier la position du SCC au sujet du fait que le recours à la force est jugé terminé une fois l'évaluation de l'état de santé effectuée. Nous avons noté que cette version révisée n'a pas encore été publiée. En général, lorsque le personnel du centre de traitement assimile l'utilisation du matériel de

⁴⁸ Video recording was destroyed prior to our review taking place, therefore we were unable to assess compliance

⁴⁹ Le système de contrainte Pinel est un dispositif de contrainte souple à plusieurs points d'attache – de quatre à sept - permettant d'immobiliser les quatre membres et, au besoin, d'autres parties du corps (p. ex., la tête et les épaules).



contrainte Pinel à un recours à la force, il se termine après l'évaluation de l'état de santé du détenu par le personnel infirmier, qui marque le début de l'intervention clinique.

4.3.6 Utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé

Nous nous attendions à constater que le SCC se conforme aux exigences de la politique relativement à l'utilisation de matériel de contrainte dans les centres de traitement.

À la lumière de l'examen de dossiers, nous avons constaté que le SCC ne se conformait pas systématiquement aux exigences de la politique relativement à l'utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé sur des détenus admis dans les centres de traitement.

Aux termes de la directive du commissaire 844, « le matériel de contrainte est nécessaire dans toute situation où le détenu risque de subir des blessures corporelles graves et (...) une fois que tous les moyens moins restrictifs, incluant les interventions verbales et la négociation, ont échoué »⁵¹.

Lorsqu'il a recours au matériel de contrainte Pinel à l'endroit d'un détenu, le personnel du centre de traitement doit évaluer à tout le moins ses signes vitaux⁵². Ces observations doivent être consignées toutes les 15 minutes dans le « Rapport sur l'observation de l'isolement et de la contrainte ». Dans les 72 heures après le retrait du matériel de contrainte, l'équipe multidisciplinaire doit « évaluer s'il était indiqué d'utiliser le matériel de contrainte »⁵³. Le tableau qui suit résume les résultats enregistrés dans notre échantillon.

Tableau 4.3.6.1 - Taux de conformité avec la directive du commissaire sur l'utilisation du matériel de contrainte

Région	Nombre de cas de pose de matériel Pinel	Conformité à l'obligation de vérifier le rythme cardiaque	Conformité à l'obligation de consigner ses observations toutes les 15 minutes	Conformité à l'obligation d'évaluer le recours au matériel de contrainte
Atlantique	No cases of Pinel available to be sampled			
Québec	3	100% (3/3)	100% (3/3)	33% (1/3)
Ontario	3	33% (1/3)	100% (3/3)	33% (1/3)
Prairies	2	50% (1/2)	100% (2/2)	100% (2/2)
Pacifique	3	67% (2/3)	100% (3/3)	67% (2/3)
Total	11	64% (7/11)	100% (11/11)	55% (6/11)

Source - Examen de dossiers

⁵¹ DC 844, alinéas 3a et b.

⁵² DC 844, paragraphe 33.

⁵³ DC 844, alinéa 42a.



Nous avons constaté que la directive du commissaire Utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé manque de précision sur la surveillance requise au-delà du palier de l'établissement en cas d'utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé.

La directive du commissaire stipule que les médecins, psychiatres, psychologues et infirmières ou infirmiers qualifiés peuvent autoriser l'utilisation de matériel de contrainte souple, tandis que les médecins ou psychiatres sont les seuls membres du personnel clinique habilités à autoriser la pose de matériel de contrainte Pinel.

En l'absence dans l'établissement d'un professionnel de la santé, et lorsqu'une intervention rapide s'impose, le directeur d'établissement ou son délégué peut autoriser l'utilisation de matériel de contrainte souple sans consulter au préalable un professionnel de la santé, mais sous réserve d'en aviser immédiatement le médecin ou le psychiatre en service de garde⁵⁴. Nous avons constaté que la directive du commissaire *Utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé* n'exige pas que la pose de matériel de contrainte Pinel pour des raisons de santé fasse l'objet d'un examen à un palier supérieur à celui de l'établissement. La directive du commissaire stipule qu'un rapport écrit contenant l'évaluation faite en établissement doit être envoyé au SCR et au directeur régional des Services de santé, mais n'indique pas la marche à suivre par ces derniers sur réception du rapport. Nous avons constaté que la Sécurité à l'AC vérifie l'identité de la personne qui a autorisé la pose du matériel de contrainte Pinel, pour déterminer si la politique en vigueur a été respectée; toutefois, la directive n'exige pas de contrôle au palier régional ou national relativement à la fréquence ou à la pertinence des cas d'utilisation de ce matériel.

4.3.7 Administration de médicaments

Nous nous attendions à constater que le SCC se conforme aux exigences de la politique relativement à l'administration de médicaments aux détenus des centres de traitement.

Nous avons constaté que le SCC ne se conformait pas à toutes les exigences de la politique en matière d'administration de médicaments aux détenus dans les centres de traitement.

Aux termes de la directive du commissaire 805, l'administration de médicaments est « le fait de donner des médicaments à un détenu conformément aux ordonnances du clinicien »; elle stipule que « la gestion, le contrôle, l'entreposage et la préparation des médicaments et des fournitures médicales doivent s'effectuer suivant les pratiques de gestion et les méthodes pharmaceutiques généralement acceptées »⁵⁵. Le personnel infirmier du SCC consigne dans le Registre d'administration des médicaments (RAM) les médicaments qui sont administrés aux détenus, dans tous les centres de traitement. Le RAM est un relevé de tous les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement et administrés au détenu.

⁵⁴ DC 844, paragraphes 11 à 13.

⁵⁵ DC 805 – paragraphe 26.



En avril 2008, le Secteur des services de santé a publié un document intitulé « Lignes directrices sur la documentation; tenue et teneur des dossiers de santé » qui fournit des lignes directrices au personnel infirmier sur l'administration des médicaments. Il est notamment stipulé que « toutes les inscriptions doivent être faites le plus rapidement possible après que les soins ont été prodigués » et que, en remplissant le RAM, le membre du personnel infirmier doit apposer ses initiales dans la case correspondant au jour du mois de l'administration de chaque médicament.

Nous avons constaté que deux des centres régionaux de traitement se conformaient aux exigences de la politique relativement à l'administration de médicaments aux détenus dans les centres de traitement. Nous avons noté que les trois autres centres de traitement ne se conformaient pas à l'obligation de signer le RAM tout au long de l'administration des médicaments, et non pas seulement lorsqu'ils sont préparés.

En outre, nous avons constaté que dans un centre de traitement, les médicaments étaient préparés des heures avant d'être administrés. Nous avons également noté des problèmes concernant les médicaments contrôlés gardés en sûreté dans l'entrepôt des médicaments. Par ailleurs, nous avons relevé des problèmes concernant le transport des médicaments contrôlés à l'entrepôt des médicaments en provenance d'une autre aire.

4.3.8 Gestion des urgences médicales, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation des détenus

Nous nous attendions à constater que le SCC se conforme aux exigences de la politique relativement à la gestion des situations d'urgence dans les centres de traitement.

Nous n'avons pu déterminer si le SCC se conformait aux exigences de la politique dans la gestion des situations d'urgence, le système d'enregistrement des situations d'urgence ne nous ayant pas permis de constituer un échantillon.

Aux termes de la directive du commissaire *Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation*, une situation d'urgence est « une blessure ou une situation qui présente une menace immédiate pour la santé ou la vie d'une personne et qui requiert une intervention médicale »⁵⁶.

Par ailleurs, nous nous attendions à ce que le SCC se conforme aux exigences de la politique concernant la gestion et le traitement des détenus suicidaires ou portés à se mutiler dans les centres de traitement.

Nous avons constaté que le SCC se conforme à plusieurs dispositions de la directive du commissaire intitulée « Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation ». Toutefois, les taux de conformité varient d'une région à l'autre concernant les instructions à donner pour les conditions de la surveillance en cas de risque de suicide et le moment d'y mettre fin.

⁵⁶ DC 843, paragraphe 4.



La directive du commissaire *Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation* énonce les mesures à prendre à l'endroit des détenus suicidaires ou portés à se mutiler, notamment lorsqu'ils sont renvoyés en urgence dans un centre de traitement⁵⁷. À ce moment, « le psychologue ou les membres désignés de l'équipe interdisciplinaire en santé mentale doivent déterminer le degré de risque de suicide ou d'automutilation ainsi que les mesures appropriées à prendre »⁵⁸. Lorsque ce risque est élevé et ne peut être ramené à un niveau acceptable, le détenu doit être mis sous surveillance préventive. L'équipe de santé mentale chargée du cas doit alors donner au personnel des instructions sur les conditions précises de la surveillance. Le psychologue ou le membre désigné de l'équipe interdisciplinaire de santé mentale recommande au gestionnaire compétent à quel moment mettre fin à la surveillance préventive⁵⁹.

Tableau 4.3.8.1 - Taux de conformité avec la directive du commissaire Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation

Région	Nombre de cas à risque élevé	Conformité - Gérer le cas de près	Conformité - Établir le degré de risque	Conformité - Donner des instructions sur les conditions	Conformité - Surveillance continue en cellule d'observation	Conformité - Recommander le moment de mettre fin à la surveillance
Atlantique	4	75 % (3/4)	100 % (4/4)	0 % (0/4)	100 % (4/4)	0 % (0/4)
Québec	4	100 % (4/4)	100 % (4/4)	75 % (3/4)	100 % (4/4)	50 % (2/4)
Ontario	11	100 % (11/11)	100 % (11/11)	73 % (8/11)	91 % (10/11)	45 % (5/11)
Prairies	7	100 % (7/7)	100 % (7/7)	0 % (0/7)	86 % (6/7)	71 % (5/7)
Pacifique	2	100 % (2/2)	100 % (2/2)	0 % (0/2)	100 % (2/2)	0 % (0/2)
Total	28	96 % (27/28)	100 % (28/28)	39 % (11/28)	93 % (26/28)	43 % (12/28)

Source - Examen de dossiers effectué sur place

À la lumière de l'examen de notre échantillon, nous avons constaté que rien ne démontrait qu'aucun des centres de traitement n'imposait de sanctions pour tentative de suicide ou d'automutilation. En outre, nous avons noté que les mécanismes en place pour signaler le niveau de risque de suicide associé à une surveillance préventive variaient d'un centre de traitement à l'autre. Dans une région, nous avons constaté que le niveau de surveillance requis en cas de risque élevé de suicide ou d'automutilation était indiqué dans des fiches d'observation versées au dossier du détenu au centre de traitement. Nous n'avons trouvé aucun mécanisme structuré de signalement de détenus à risque élevé de suicide dans les trois autres. Il n'existe pas de processus uniforme en place, mais le SCC nous a informés qu'il travaillait actuellement à l'élaboration d'une politique à cette fin.

⁵⁷ DC 843, paragraphe 16.

⁵⁸ DC 843, paragraphe 17.

⁵⁹ DC 843, paragraphes 18, 20 et 21.



Pratique exemplaire

Le Centre régional de traitement de l'Ontario a mis en place un système de détection des risques de suicide et d'automutilation.

Ce système consiste en une série de fiches de couleurs différentes selon le degré de risque que présente le détenu. Sont également précisées sur ces fiches les restrictions éventuelles imposées pour assurer la sécurité du détenu.

CONCLUSION

Tel que mentionné plus haut, le SCC établit des politiques sous la forme de Directives du Commissaire dans le but de s'assurer que les exigences législatives sont satisfaites et pour aussi définir comment les services seront rendus. Le SCC se conforme aux exigences de la politique applicables aux centres régionaux de traitement, notamment sur les points suivants :

- conformité aux critères d'admission et de sortie;
- communication des renseignements médicaux requis pour les besoins d'une enquête;
- possibilités offertes aux détenus de communiquer avec la direction du centre de traitement par l'entremise des comités de détenus et des représentants de rangée;
- examen de tous les cas de recours à la force par les centres de traitement et les administrations régionales.

Toutefois, il y a matière à amélioration dans d'autres domaines. Plus précisément, il faudrait :

- améliorer le suivi des programmes offerts et les taux d'achèvement des programmes;
- faire en sorte que l'on observe mieux les dispositions des directives du commissaire *Recours à la force et Utilisation de matériel de contrainte à des fins de sécurité*;
- faire respecter la politique régissant l'administration de médicaments aux détenus;
- améliorer et uniformiser les processus requis conformément aux exigences en matière de communication de renseignements au sujet des détenus à risque élevé de suicide ou d'automutilation, et uniformiser les mécanismes de signalement du niveau de risque associé aux détenus.



Recommandation 6⁶⁰

Les sous-commissaires régionaux devraient faire en sorte que :

- les dispositions de la directive du commissaire *Recours à la force* soient respectées, plus précisément les dispositions concernant
 - les délais applicables aux examens préliminaires et examens nationaux, de concert avec le commissaire adjoint Opérations et programmes correctionnels,
 - l'enregistrement vidéo des incidents de recours à la force;
- en cas d'utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé, les examens médicaux et bilans de l'utilisation du matériel de contrainte requis soient faits et documentés;
- les politiques sur l'administration de médicaments soient observées.

Recommandation 7⁶¹

Les sous-commissaires régionaux, avec l'assistance de la commissaire adjointe, Services de santé, devraient faire en sorte que des directives claires et uniformisées sur les conditions de surveillance des détenus à risque élevé de suicide ou d'automutilation soient communiquées et documentées.

⁶⁰ Pour une explication du code de couleur attribué à chaque recommandation, veuillez vous référer à la note en bas de page reliée à la recommandation 1

⁶¹ Idem



5.0 CONCLUSION GLOBALE

Concernant le cadre de gestion, certains éléments sont en place pour la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement. Les directives du commissaire satisfont à la majorité des exigences de la LSCMLC, et les ordres permanents en vigueur dans les établissements sont conformes aux politiques. Les rôles et responsabilités de chacun relativement aux services de santé mentale sont définis. Tous les centres de traitement ont un programme d'amélioration continue de la qualité et s'emploient à atteindre ou renouveler leur agrément.

Toutefois, des améliorations s'imposent dans plusieurs domaines pour la mise en place d'un outil de surveillance de la gestion intégré et complet. Il faut notamment :

- rendre les directives du commissaire applicables aux centres de traitement conformes à toutes les exigences législatives pertinentes;
- mieux définir les interactions entre divers postes – personnel clinique et personnel de sécurité, directeurs exécutifs de CRT, psychologues régionaux et directeurs régionaux des services de santé;
- établir un plan détaillé du Secteur des services de santé pour mieux intégrer les services de santé mentale et physique, et pour uniformiser les pratiques en matière de santé mentale dans les centres de traitement;
- définir un modèle de ressources permettant d'officialiser et de normaliser les besoins des centres de traitement en matière de dotation et de finances;
- assurer un meilleur suivi de la formation pour faire en sorte que le personnel des centres de traitement puisse satisfaire aux NNF;
- améliorer les mécanismes de contrôle et de présentation de rapports requis pour déterminer si les centres de traitement atteignent leurs objectifs stratégiques ou mènent à bien leur mandat.

Les articles 85 à 89 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) prescrivent les responsabilités du SCC en ce qui a trait à la santé mentale et aux services en santé mentale pour les délinquants. Le SCC établit la direction et élabore les politiques qui dictent comment il va s'assurer que les exigences législatives vont être satisfaites. Dans certaines situations, le Service n'a pas encore défini comment ces exigences vont être rencontrées alors que dans d'autres cas, un modèle normalisé n'a pas encore été mis en place. Dans d'autres cas encore, la documentation démontrant la conformité avec les exigences n'était pas toujours présente aux dossiers. Plus précisément, il faudrait :

- définir les soins de santé mentale essentiels et non essentiels;
- élaborer un processus uniformisé permettant de s'assurer que les professionnels de la santé sont en règle avec leurs organismes d'agrément respectifs;
- mieux documenter dans les dossiers pertinents la conformité du SCC aux exigences requises pour ce qui est de :



- tenir compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale des détenus dans la prise de décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline;
- respecter les exigences relatives à l'obtention préalable du consentement libre et éclairé des détenus avant de dispenser un traitement;
- appliquer les dispositions des lois provinciales lorsqu'un détenu admis dans un centre de traitement est incapable de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.

Conformité aux directives du commissaire et aux exigences de la politique

Tel que mentionné plus haut, le SCC établit des politiques sous la forme de Directives du Commissaire dans le but de s'assurer que les exigences législatives sont satisfaites et pour aussi définir comment les services seront rendus. Le SCC se conforme aux exigences de la politique applicable aux centres régionaux de traitement, notamment sur les points suivants :

- conformité aux critères d'admission et de sortie;
- communication des renseignements médicaux requis pour les besoins d'une enquête;
- possibilités offertes aux détenus de communiquer avec la direction du centre de traitement par l'entremise des comités de détenus et des représentants de rangée;
- examen de tous les cas de recours à la force par les centres de traitement et les administrations régionales.

Toutefois, il y a matière à amélioration dans d'autres domaines. Plus précisément, il faudrait :

- améliorer le suivi des programmes offerts et les taux d'achèvement des programmes;
- faire en sorte que l'on observe mieux les dispositions des directives du commissaire *Recours à la force* et *Utilisation de matériel de contrainte à des fins de sécurité*;
- faire respecter la politique régissant l'administration de médicaments aux détenus;
- améliorer et uniformiser les processus requis conformément aux exigences en matière de communication de renseignements au sujet des détenus à risque élevé de suicide ou d'automutilation, et uniformiser les mécanismes de signalement du niveau de risque associé aux détenus.

On a formulé dans le rapport des recommandations concernant les points à améliorer.

**OBJECTIFS ET CRITÈRES DE VÉRIFICATION**

OBJECTIFS	CRITÈRES
1. Évaluer la pertinence et l'efficacité de l'outil de surveillance de la gestion du SCC pour la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement.	<p>1.1. Les directives du commissaire applicables aux centres de traitement sont à jour et sont conformes aux dispositions de la loi.</p> <p>1.2 Les ordres permanents relatifs aux soins de santé mentale dans les centres de traitement sont conformes aux directives du commissaire.</p> <p>1. 3 Les rôles et les responsabilités en matière de services de santé mentale sont définis et sont respectés par l'AC, les AR et les centres de traitement.</p> <p>1.4 Les niveaux de dotation et les ressources affectées aux services de santé mentale sont établis et répartis conformément au plan organisationnel approuvé.</p> <p>1. 5 Une formation est offerte et dispensée au personnel des centres de traitement.</p> <p>1.6 Des mécanismes de surveillance et de reddition de comptes, y compris des programmes d'amélioration continue de la qualité, sont en place, et l'AC, les AR et les centres de traitement satisfont aux exigences en matière de rapport.</p>
2. Déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux articles 85 à 88 de la LSCMLC concernant les services de santé mentale fournis aux détenus dans les centres de traitement.	<p>2.1 Le SCC fournit aux détenus admis dans les centres de traitement des soins de santé mentale essentiels et veille « à ce que chaque détenu [...] ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale ».</p> <p>2.2 La prestation des services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement « satisfai[t] aux normes professionnelles reconnues ».</p> <p>2.3 Le SCC tient compte de l'état de santé mentale des détenus et de leurs besoins en matière de santé mentale dans le cadre des décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif ou à la discipline des détenus dans les centres de traitement.</p> <p>2.4 Le SCC obtient le consentement libre et éclairé du détenu admis dans un centre de traitement avant l'administration d'un traitement.</p>



OBJECTIFS	CRITÈRES
	<p>2.5 Le SCC se conforme aux dispositions législatives provinciales relatives à la prestation de services de santé mentale dans les centres de traitement dans le cas d'un détenu incapable de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.</p> <p>2.6 Le SCC ne force aucun détenu à s'alimenter dans les centres de traitement.</p>
<p>3. Déterminer la mesure dans laquelle le SCC se conforme aux directives relatives à la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les centres de traitement.</p>	<p>3.1 Les détenus placés dans les centres de traitement remplissent les critères d'admission et de sortie.</p> <p>3.2 Les détenus ayant des problèmes de santé mentale se voient offrir des programmes par le personnel du centre de traitement et suivent jusqu'au bout ces programmes.</p> <p>3.3 Les centres de traitement se conforment aux exigences de la politique en matière de divulgation de renseignements médicaux confidentiels pour les besoins d'une enquête.</p> <p>3.4 Le SCC a mis sur pied des comités de détenus dans les centres de traitement.</p> <p>3.5 Le SCC se conforme aux exigences de la politique en matière de recours à la force à l'endroit de détenus dans les centres de traitement.</p> <p>3.6 Le SCC se conforme aux exigences de la politique en matière d'utilisation de matériel de contrainte sur des détenus dans les centres de traitement.</p> <p>3.7 Le SCC se conforme aux exigences de la politique en matière d'administration de médicaments aux détenus dans les centres de traitement.</p> <p>3.8 Le SCC se conforme aux exigences de la politique concernant la gestion des situations d'urgence, et la gestion et les interventions en cas de suicide ou d'automutilation de détenus dans les centres de traitement.</p>

**ANNEXE B****LIEU DES SECTEURS / CENTRES EXAMINÉS**

RÉGION	SECTEURS / CENTRES
Administration centrale	<ul style="list-style-type: none">• Finances• Griefs• Services de santé• Direction des enquêtes
Atlantique	<ul style="list-style-type: none">• Centre de rétablissement Shepody• Établissement Dorchester• Administration régionale
Québec	<ul style="list-style-type: none">• CRSM• Établissement Archambault• Administration régionale
Ontario	<ul style="list-style-type: none">• CRT Ontario• Pénitencier de Kingston• Administration régionale
Prairies	<ul style="list-style-type: none">• Centre psychiatrique régional• Administration régionale
Pacifique	<ul style="list-style-type: none">• CRT Pacifique• Établissement du Pacifique• Administration régionale



PRÉAMBULE AU PAG POUR LA VÉRIFICATION DES CENTRES DE TRAITEMENT

Le SCC a entrepris un certain nombre d'initiatives dans le domaine des soins de santé mentale dans le cadre des priorités du Programme de transformation. Une initiative a été mise en place d'un système de dépistage en santé mentale à 16 unités d'évaluation initiale du SCC. Le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) offre des procédures normalisées pour identifier les délinquants qui ont besoin d'une évaluation ou d'interventions plus approfondies en santé mentale. Au 1er mars 2010, environ 5 000 délinquants avaient été soumis au dépistage à l'aide de ce système informatisé ou de la version papier et crayon des tests. Une gamme de services de santé mentale primaires est offerte, dont des interventions en groupe ou individuelles dans les domaines de la promotion de la santé mentale, de la prévention et de l'intervention précoce, l'évaluation et la planification du traitement individualisé, ainsi que des services de traitement et de soutien fondés sur des faits et respectueux de la diversité (c.-à-d. Autochtones et délinquantes). Les services de santé mentale primaires sont intégrés dans les cadres plus vastes de planification correctionnelle et de supervision en établissement, en tenant compte des besoins multiples que présentent les délinquants aux prises avec des troubles mentaux (p. ex., santé, emploi, alcoolisme et toxicomanie, éducation, programmes). Des lignes directrices sur la prestation des services pour le système d'évaluation initiale en santé mentale et la composante Soins primaires en santé mentale de l'Initiative en santé mentale en établissement ont été élaborées pour guider et aider les équipes de santé mentale qui fournissent des services aux délinquants qui présentent des problèmes à cet égard. Environ 98 postes ETP avaient été pourvus en date de mars 2010, pour appuyer les soins de santé mentale primaires et le système d'évaluation initiale en santé mentale.

La capacité a été améliorée afin de fournir des services de santé mentale dans la collectivité par la planification de la continuité des soins, l'embauche de professionnels de la santé mentale dans la collectivité, la passation de marchés avec les fournisseurs de services dans la collectivité et la formation de sensibilisation en santé mentale du personnel et des partenaires du SCC. Environ 49 nouveaux postes ont été créés à l'appui de l'Initiative en santé mentale dans la collectivité, et 43 contrats pour la fourniture de services spécialisés aux délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale sont maintenant en vigueur à 52 unités dans le cadre de l'Initiative en santé mentale dans la collectivité.

À l'appui de sa stratégie en santé mentale, le SCC offre depuis 2007 une formation de sensibilisation en santé mentale au personnel de première ligne dans la collectivité, et depuis décembre 2008, au personnel en établissement. À la fin de mars 2010, plus de 700 employés dans la collectivité et 1 500 employés en établissement du SCC avaient suivi la formation de deux jours. En plus, 450 personnes non du SCC et partenaires communautaires (p. ex., le personnel des ERC et les entrepreneurs) ont reçu cette formation. La formation en santé mentale de tous les agents correctionnels demeure une priorité pour le SCC, et le personnel aux établissements à sécurité maximale sera le groupe cible en 2010-2011.



Le SCC continue aussi de mettre l'accent sur l'amélioration des services psychologiques et psychiatriques dans les établissements et les centres régionaux de traitement (CRT). En octobre 2009, le Comité de direction du SCC a approuvé la création d'un programme pilote de soins pour les besoins complexes au Centre régional de traitement de la région du Pacifique. Ce programme vise à offrir une nouvelle ressource pour les délinquants qui ont le plus tendance à s'automotiler.

Le SCC a aussi mis sur pied récemment des comités régionaux de gestion de la prévention du suicide et de l'automutilation (CRGPSA) dans toutes les régions. Le CRGPSA est un mécanisme qui vient en aide aux établissements et les soutient en assurant un véritable continuum de soins aux délinquants qui éprouvent de graves problèmes de santé mentale ou de comportement pendant leur incarcération. Enfin, le SCC élabore avec ses partenaires fédéraux provinciaux et territoriaux une stratégie de santé mentale en milieu correctionnel pour le Canada.



ANNEXE C

VÉRIFICATION DES CENTRES RÉGIONAUX DE TRAITEMENT ET DU CENTRE PSYCHIATRIQUE RÉGIONAL PLAN D'ACTION DE LA GESTION (PAG)

Recommandation	Recommandation No. 1 La commissaire adjointe, Services de santé, devrait réviser le cadre de gestion de la santé mentale dans les centres régionaux de traitement pour s'assurer que : <ul style="list-style-type: none"> a) le modèle de gouvernance est clair, bien compris et appliqué; b) (avec l'aide de la commissaire adjointe, Services corporatifs) un modèle structuré d'allocation des ressources cadre avec les autres activités du SCC et l'environnement fonctionnel des centres de traitement, à l'appui de la bonne gouvernance; c) (avec l'aide du commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels) les interactions entre le personnel clinique et le personnel opérationnel chargés des soins de santé mentale nécessitant des interventions sont bien définies et comprises; d) les exigences requises en matière de contrôle du rendement et de reddition de comptes sont établies et communiquées afin de mieux répondre aux besoins cliniques
Réponse ou position de la direction	<input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée

Mesures	Réalizations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalizations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
Les Services de santé s'occuperont de ce qui suit : Élaborer un protocole d'entente (PE) entre la commissaire adjointe, Services de santé, et les sous-commissaires régionaux qui définit clairement les pouvoirs fonctionnels et hiérarchiques pour la gouvernance des centres de traitement,	PE régionaux signés par la CASS et les SCR.	Modèle de gouvernance clair des centres régionaux de traitement qui est défini par les PE régionaux et dans la DC 850.	CASS/SCR	mars 2011
a) La DC 850, <i>Services de santé mentale</i> , sera mise à jour pour refléter les responsabilités régionales en matière de	Adoption de la DC 850		CAP	mars 2011



Mesures	Réalisations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<p>santé mentale, et l'accent sera mis sur les rôles du DRSS, du psychologue régional et du directeur exécutif des centres de traitement.</p> <p>b) Finaliser le modèle d'indicateurs de ressources pour les centres de traitement par les Services corporatifs en collaboration avec les Services de santé.</p> <p>c) Le SOPC procédera à une étude en vue d'une décision par le Comité de direction et offrira des recommandations sur les façons qui permettraient le mieux d'assurer une stabilité quant au modèle de dotation des CX aux centres de traitement (p. ex. les normes de déploiement, les horaires et la sélection des CX).</p> <p>La Gestion des ressources humaines élaborera une formation interdisciplinaire qui sera offerte dans tous les centres de traitement. Voici les principales étapes :</p> <p>a) Rapport d'analyse sur les formations pour approbation par la CASS et le CAGRH.</p> <p>b) Présentation des recommandations en matière de formation au Comité de l'apprentissage et du perfectionnement par le CAGRH et la CASS.</p> <p>c) Élaboration de la formation interdisciplinaire.</p> <p>d) Élaboration du plan de mise en œuvre et lancement de la formation dans tous les centres de traitement.</p> <p>d) De concert avec les DECT, les Services de santé élaboreront un cadre de mesure du rendement. Voici les principales étapes :</p>	<p>Finaliser le modèle d'indicateurs de ressources pour les centres de traitement d'ici mars 2011.</p> <p>Présentation de l'étude et des recommandations au Comité de direction en vue d'une prise de décision.</p> <p>Élaboration du matériel de formation et tous les centres de traitement ont leur plan de formation en place.</p>	<p>Les allocations budgétaires des centres de traitement se basent sur une formule d'affectation uniforme des ressources.</p> <p>Relation de travail plus efficace entre les groupes de dotation grâce à un modèle de dotation des CX plus stable dans les centres régionaux de traitement.</p> <p>La formation interdisciplinaire aidera à définir les relations de travail entre le personnel clinique et opérationnel tout en mettant l'accent sur la responsabilité collective pour les services de santé mentale.</p>	<p>CASC/CASS</p> <p>CAOPC/SCP</p> <p>CAGRH</p> <p>CAGRH/CASS</p> <p>CAGRH/CASS</p> <p>CAGRH/CASS</p> <p>CASS</p>	<p>mars 2011</p> <p>avril 2011</p> <p>décembre 2010</p> <p>janvier 2011</p> <p>À déterminer</p> <p>À déterminer</p>



Mesures	Réalisations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
a) Consultation des DECT afin de déterminer les indicateurs de rendement prioritaires. b) Début de la collecte de données. c) Dévoilement des données régionales pour 2011-2012.		progrès quant aux indicateurs de priorité.	CASS SCR SCR	décembre 2010 mars 2011 Résumés semestriels commençant à l'exercice financier 2011-2012



Recommandation:	Recommandation No. 2 La commissaire adjointe, Services de santé, devrait élaborer des processus pour uniformiser les pratiques en matière de santé mentale dans les centres de traitement et fournir les orientations requises.
Réponse ou position de la direction	<input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée

Mesures	Réalisations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalizations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
Élaborer et mettre en œuvre des pratiques normalisées en matière de santé mentale dans tous les centres régionaux de traitement. Voici les principales étapes : a) Évaluer l'utilisation des rapports de fin de traitement des CRT afin de déterminer les possibilités d'amélioration et d'établir des processus normalisés. b) Déterminer les pratiques exemplaires en matière d'évaluation, de plan de traitement, d'interventions en santé mentale, de suivi des progrès et de la planification de la continuité des soins.	Les lignes directrices normalisées sont établies et mises en œuvre dans tous les CRT. Les conclusions de l'évaluation sont terminées. Un plan de travail concernant les rapports de fin de traitement est élaboré pour assurer la conformité dans tous les CRT. Résumé des pratiques exemplaires.	Les pratiques normalisées favoriseront des services uniformes en matière de santé mentale dans tous les centres régionaux de traitement.	CASS/SCR CASS CASS	avril 2012 décembre 2010 janvier 2011



Recommandation:	Recommandation No. 3 La commissaire adjointe, Services de santé, devrait définir les services de santé mentale essentiels et non essentiels.
Réponse ou position de la direction	<input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée

Mesures	Réalizations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalisations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
a) Mettre au point les critères d'admission et de libération pour les centres de traitement.	Adoption des critères d'admission et de libération.	Application de critères normalisés à l'échelle du pays. Le travail accompli pour normaliser les pratiques en matière de santé mentale définies dans la recommandation n° 2 est aussi appuyé.	CASS	décembre 2010
b) Définir les services essentiels et non essentiels en santé mentale (Comité consultatif national sur les services de santé essentiels).	Création d'un cadre pour les services de santé mentale essentiels et non essentiels.	Ce cadre offrira un mécanisme qui favorisera l'uniformité des services de santé mentale partout au pays.	CASS	octobre 2011



Recommandation:	Recommandation No. 4 La commissaire adjointe, Services de santé, devrait élaborer un processus uniformisé qui aiderait les sous-commissaires régionaux à veiller à ce que les professionnels et les contractuels soient toujours en règle avec leur organisme d'agrément respectif. La commissaire adjointe, Services de santé, devrait également s'assurer que cette vérification soit faite tous les ans.
Réponse ou position de la direction	<input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée

Mesures	Réalizations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalizations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
Les Services de santé élaboreront un processus pour vérifier, chaque année, que les professionnels et les contractuels en matière de santé sont toujours en règle avec leur organisme d'agrément. Les régions mettront ce processus en application.	Envoi d'une note de service par la CASS aux SCR présentant le processus de vérification.	Une approche normalisée sera établie par les Services de santé et appliquée aux centres régionaux de traitement par les SCR.	CASS/SCR	juin 2011



Recommandation:	<p>Recommandation No. 5</p> <p>Les sous-commissaires régionaux devraient faire le nécessaire pour :</p> <p>a) (avec l'aide du commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels) veiller à ce que soit documentée la prise en compte de l'état de santé mentale et des besoins en matière de santé mentale du détenu dans les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à la discipline, conformément aux exigences prescrites;</p> <p>b) (avec l'aide de la commissaire adjointe, Services de santé) veiller au respect des exigences relatives à l'obtention du consentement libre et éclairé du détenu avant l'administration d'un traitement, ainsi que des dispositions législatives provinciales applicables au traitement des détenus qui sont incapables de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.</p>
Réponse ou position de la direction	<p><input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée</p>

Mesures	Réalizations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalizations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
a) Le SOPC examinera les DC concernant l'isolement préventif, le transfèrement et la discipline des détenus et apportera les modifications nécessaires pour qu'elles reflètent l'exigence selon laquelle les décideurs doivent prendre en compte, dans les décisions concernant ces questions, les besoins en matière de santé physique et mentale relevés par le personnel des soins de santé ou les psychologues, et documenter cette prise en compte. Un processus sera élaboré pour s'assurer que les évaluations professionnelles sont réalisées et qu'elles sont communiquées aux décideurs avant qu'ils ne prennent des décisions quant à l'isolement, au transfèrement et à la discipline d'un détenu.	Révision des DC et des bulletins d'orientation, au besoin. Élaboration du processus et des lignes directrices nécessaires.	Cela permettra d'avoir une orientation stratégique et des pratiques claires dans les établissements. Cela permettra de s'assurer que les renseignements liés à la santé mentale sont pris en compte avant de prendre toute décision en matière d'isolement préventif, de transfèrement et de discipline.	CAOPC CAOPC	décembre 2010 décembre 2010
b) Les Services de santé renforceront l'exigence de documenter le consentement libre et éclairé d'un détenu	Envoi d'une note de service par la CASS	Cela renforcera la conformité des centres	CASS	janvier 2011



Mesures	Réalisations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<p>avant d'administrer un traitement, et de respecter les dispositions législatives provinciales applicables au traitement des détenus qui sont incapables de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.</p> <p>Entre-temps, les DECT devront vérifier les dossiers de tous les patients hospitalisés pour s'assurer que l'exigence et les dispositions législatives susmentionnées ont été respectées.</p> <p>La DC 803 sera révisée pour qu'elle mentionne les conditions de la LSCMLC qui doivent être respectées pour que le consentement soit considéré comme éclairé.</p>	<p>aux SCR présentant le processus de documentation.</p> <p>Adoption de la DC 803.</p>	<p>de traitement à la LSCMLC et aux dispositions législatives provinciales, et permettra d'établir un processus pour surveiller cette conformité et mettre en œuvre des mesures correctives, au besoin.</p> <p>La DC 803 révisée précisera toutes les exigences énoncées dans la LSCMLC.</p>	<p>SCR</p> <p>CASS</p>	<p>décembre 2010</p> <p>février 2011</p>



Recommandation:	<p>Recommandation No. 6</p> <p>Les sous-commissaires régionaux devraient faire en sorte que :</p> <p>a) les dispositions de la directive du commissaire Recours à la force soient respectées, plus précisément les dispositions concernant</p> <ul style="list-style-type: none"> • les délais applicables aux examens préliminaires et examens nationaux, de concert avec le commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels, • l'enregistre-ment vidéo des incidents de recours à la force; <p>b) en cas d'utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé, les examens médicaux et bilans de l'utilisation du matériel de contrainte requis soient faits et documentés;</p> <p>c) les politiques sur l'administration de médicaments soient observées.</p>
Réponse ou position de la direction	<p><input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée</p>

Mesures	Réalizations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalisations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
<p>a) Un groupe de travail sera formé dans le but de réviser la DC 567-1, Recours à la force, en ce qui a trait aux examens portant sur le recours à la force et aux enregistrements vidéo de ces incidents. Voici les principales étapes :</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Établissement du mandat du groupe de travail.</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Présentation au CAOPC du rapport du groupe de travail incluant les conclusions et les recommandations.</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Présentation des conclusions et des recommandations au Comité de direction en vue d'une décision.</p> <p>b) On prévoit donner des séances d'information au personnel du SCC après la promulgation de la DC 843, <i>Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et</i></p>	<p>Rapport par le groupe de travail présentant les conclusions et les recommandations.</p> <p style="margin-left: 20px;">Au besoin, la Direction de la sécurité révisera le cadre de contrôle de la gestion et des politiques.</p> <p style="margin-left: 20px;">Les séances d'information ont lieu.</p>	<p>Le groupe de travail fera des recommandations concernant la meilleure façon de rationaliser le processus des examens portant sur le recours à la force tout en assurant une responsabilisation et une transparence.</p> <p style="margin-left: 20px;">Les employés comprendront clairement leur rôle et leurs</p>	<p>CAOPC</p> <p style="margin-left: 20px;">CASS</p>	<p>octobre 2010</p> <p>novembre 2010</p> <p>janvier 2011</p> <p>juin 2011</p>



Recommandation:	Recommandation No. 7 Les sous-commissaires régionaux, avec l'assistance de la commissaire adjointe, Services de santé, devraient faire en sorte que des directives claires et uniformisées sur les conditions de surveillance des détenus à risque élevé de suicide ou d'automutilation soient communiquées et documentées.
Réponse ou position de la direction	<input checked="" type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Acceptée en partie <input type="checkbox"/> Rejetée

Mesures	Réalizations attendues	Approche	Responsabilisation	Délai de mise en œuvre
<i>Quelles mesures ont été ou seront prises à l'égard de cette recommandation?</i>	<i>Réalizations attendues/indicateurs qui montrent que les mesures ont été prises</i>	<i>De quelle façon cette approche permet-elle de mettre en œuvre la recommandation?</i>	<i>Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures?</i>	<i>Quand aura lieu la mise en œuvre complète de la recommandation?</i>
Le Secteur des services de santé révisé actuellement la DC 843, <i>Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation</i> . La DC révisée comprendra des niveaux normalisés de surveillance ainsi que des normes de communication et de documentation uniformes. Les régions la mettront en œuvre dès que la DC sera adoptée.	DC 843 révisée.	La DC 843 et l'annexe offrent des directives claires aux employés en matière de gestion des délinquants qui présentent un risque et des besoins élevés. Elle permet aussi d'assurer une gestion uniforme au sein du SCC.	CASS/SCR	automne 2010



LOI SUR LE SYSTÈME CORRECTIONNEL ET LA MISE EN LIBERTÉ SOUS CONDITION

ARTICLES 85-89

Soins de santé

85. Les définitions qui suivent s'appliquent aux articles 86 et 87.

«Soins de santé » Soins médicaux, dentaires et de santé mentale dispensés par des professionnels de la santé agréés.

«Soins de santé mentale » Traitement des troubles de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire qui altèrent considérablement le jugement, le comportement, le sens de la réalité ou l'aptitude à faire face aux exigences normales de la vie.

86. (1) Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

(2) La prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.

87. Les décisions concernant un délinquant, notamment en ce qui touche son placement, son transfèrement, son isolement préventif ou toute question disciplinaire, ainsi que les mesures préparatoires à sa mise en liberté et sa surveillance durant celle-ci, doivent tenir compte de son état de santé et des soins qu'il requiert.

88. (1) Sous réserve du paragraphe (5), l'administration de tout traitement est subordonnée au consentement libre et éclairé du détenu, lequel peut refuser de le suivre ou de le poursuivre.

(2) Pour l'application du paragraphe (1), il y a consentement éclairé lorsque le détenu a reçu les renseignements suivants et qu'il est en mesure de les comprendre :

- a) les chances et le taux de succès du traitement ou les chances de rémission;
- b) les risques appréciables reliés au traitement et leur niveau;
- c) tout traitement de substitution convenable;
- d) les conséquences probables d'un refus de suivre le traitement;
- e) son droit de refuser en tout temps de suivre ou de poursuivre le traitement.

(3) Pour l'application du paragraphe (1), le consentement du détenu n'est pas vicié du seul fait que le traitement est une condition imposée à une permission de sortir, à un placement à l'extérieur ou à une libération conditionnelle.

(4) Tout traitement expérimental est interdit sauf dans le cas où un comité constitué conformément aux règlements et n'ayant aucun lien avec le Service, d'une part, juge le programme d'expérimentation valable sur le plan médical et conforme aux normes d'éthique reconnues, d'autre part, s'assure auparavant du consentement libre et éclairé du détenu au traitement.

(5) Le traitement d'un détenu incapable de comprendre tous les renseignements mentionnés au paragraphe (2) est régi par les lois provinciales applicables.



89. Il est interdit au Service d'ordonner l'alimentation de force d'un détenu, par quelque méthode que ce soit, si celui-ci au moment où il décide de jeûner, en comprend les conséquences.