



## **Bureau de l'enquêteur correctionnel**

### **Examen triennal des suicides de détenus sous responsabilité fédérale (2011 – 2014)**

**10 septembre 2014**

NO DE CAT: PS104-11/2014F-PDF  
ISSN: 978-0-660-22555-5

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2014  
IMPRIMÉ AU CANADA

**Examen triennal des suicides de détenus sous  
responsabilité fédérale  
(2011 – 2014)**

**Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada**

**Rapport final**

**10 septembre 2014**

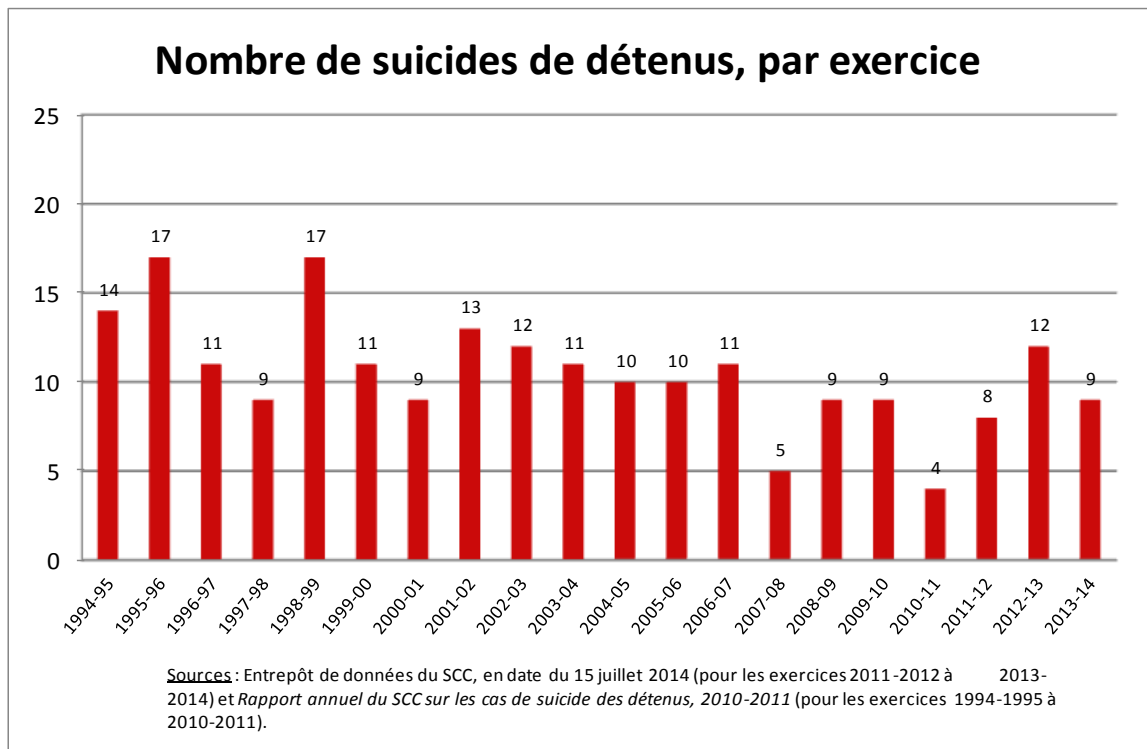
## Table des matières

INTRODUCTION .....	3
CONTEXTE.....	6
MÉTHODOLOGIE .....	9
CONCLUSIONS .....	11
ANALYSE .....	13
Évaluation du programme de prévention du suicide du SCC .....	13
L'isolement comme variable indépendante du risque...	17
Points d'attache dans les cellules .....	20
Éléments déclencheurs .....	23
Questions liées à la continuité des soins.....	25
Qualité du processus d'enquête après incident.....	27
Dépistage et détection des risques de suicide .....	28
Autres sujets de préoccupation .....	30
CONCLUSION .....	31
RECOMMANDATIONS.....	33
ANNEXE .....	36
BIBLIOGRAPHIE .....	61

# Examen triennal des suicides de détenus sous responsabilité fédérale (2011 – 2014)

## INTRODUCTION

Malheureusement, nous nous attendons à ce qu'environ dix détenus sous responsabilité fédérale se suicident chaque année. Ce nombre fluctue chaque année et est généralement à la baisse, mais le taux est demeuré relativement stable au cours des dernières années et il est toujours environ sept fois plus élevé que dans la population générale<sup>1</sup>. Durant la période de vingt ans de 1994-1995 à 2013-2014, 211 détenus sous responsabilité fédérale se sont enlevé la vie. Les suicides représentent la principale cause de décès dus à des causes non naturelles parmi les détenus sous responsabilité fédérale (environ 20 pour cent des décès en établissement pendant toute année donnée)<sup>2</sup>.



<sup>1</sup> Sécurité publique Canada, *Aperçu statistique : le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, décembre 2013.

<sup>2</sup> Les décès dus à des causes naturelles (cancer, maladie cardiovasculaire) sont la principale cause de mortalité dans les pénitenciers fédéraux et représentent les deux tiers de tous les décès en établissement.

Il n'existe aucune méthode infaillible permettant de prédire le nombre de suicides qui seront commis dans le milieu carcéral, mais le Service correctionnel du Canada (SCC) a l'obligation de préserver la vie des détenus. Un programme complet de sensibilisation et de prévention en matière de suicide augmente la probabilité que les détenus suicidaires soient repérés et pris en charge de façon sécuritaire.

Le présent rapport, qui traite de la priorité du Bureau de l'enquêteur correctionnel qu'est la prévention des décès en établissement, consiste en un examen complet de tous les suicides (30) commis dans les pénitenciers fédéraux durant la période de trois ans d'avril 2011 à mars 2014. On a demandé au Bureau d'entreprendre cet examen à la lumière de plusieurs faits nouveaux faisant naître des préoccupations et qui, pris dans leur ensemble, laissent croire que le SCC a cessé de progresser dans ses efforts visant à prévenir les décès en établissement et à en rendre compte publiquement :

1. Préoccupation constante au sujet du nombre disproportionné de suicides de détenus toujours commis dans les cellules d'isolement, où les détenus sont surveillés et supervisés de près. La politique interdit la mise en isolement pour gérer le risque de suicide. Néanmoins, le Service poursuit la pratique dangereuse de placer en isolement pour de longues périodes des détenus ayant des troubles mentaux qui sont très à risque de se suicider ou de s'automutiler.
2. Conclusions et recommandations clés formulées à la suite d'enquêtes très médiatisées et menées récemment par des provinces au sujet de décès de détenus sous responsabilité fédérale<sup>3</sup>.
3. Le SCC a cessé de produire son *Rapport annuel sur les cas de suicide des détenus*, une initiative qui remonte à 1992<sup>4</sup>. (Le dernier rapport traitait des suicides de détenus commis pendant l'exercice 2010-11).

---

<sup>3</sup>Par exemple, voir le Rapport au ministre de la Justice et au procureur général de l'Alberta, *Public Fatality Inquiry into the death of Edward Christopher Snowshoe*, (juin 2014) et le rapport du coroner en chef de l'Ontario *Enquête du coroner sur le décès d'Ashley Smith*, (décembre 2013).

<sup>4</sup> Les *Rapports annuels du SCC sur les suicides* présentaient un aperçu de l'incidence des suicides commis par des détenus dans les installations du SCC, une description des suicides survenus au cours de l'année à l'étude (p. ex. technique et moyen utilisés, niveau de sécurité, endroit, problèmes psychologiques connus et signes avant-coureurs associés aux risques de suicide) et un sommaire des recommandations provenant des rapports du Comité d'enquête du SCC.

4. En février 2009, dans le cadre de son suivi sur les rapports du Bureau sur les décès en établissement, le SCC s'est engagé à diffuser les sommaires trimestriels qui soulignent les enjeux pertinents et les données statistiques sur les décès en établissement (autres que ceux dus à des causes naturelles). Le Bureau a reçu le premier des six bulletins trimestriels (*Décès en établissement : Éléments essentiels et conclusions importantes*) en septembre 2009, et le dernier bulletin a été diffusé en mars 2011. Il traite de 17 décès survenus entre octobre et décembre 2010.
5. À titre de mesure de rationalisation des politiques depuis avril 2014, le Service ne mène plus de dépistages des risques de suicide des détenus purgeant une première peine dans un pénitencier fédéral en attente d'un transfèrement d'un établissement provincial à un établissement fédéral.
6. Le Service n'a toujours pas publié sa réponse aux conclusions et aux recommandations formulées dans le *Rapport final du Comité du second examen indépendant* (novembre 2012) sur son site Internet, comme il avait convenu de le faire. Cet organe d'examen externe, dont les membres sont nommés par le commissaire et qui a été mis sur pied par le SCC à la suite de l'*Étude sur les décès en établissement* menée en 2007 par le Bureau, a examiné 25 décès dus à des causes non naturelles (6 suicides, 4 surdoses, 5 homicides, 9 décès de causes inconnues et 1 décès dû à l'utilisation d'une force létale) et survenus dans des pénitenciers fédéraux entre avril 2010 et mars 2011<sup>5</sup>.
7. Enfin, malgré les documents qui ne sont toujours qu'une ébauche, le SCC n'a toujours pas élaboré un cadre de surveillance du rendement et de production de rapports qui servirait à rendre compte publiquement de ses progrès en matière de prévention des décès en établissement.

Les conclusions contenues dans le présent rapport ont été formulées à la suite d'un examen de la documentation actuelle sur les facteurs de risques en matière de suicide dans les pénitenciers, de l'évaluation du Bureau portant sur la stratégie de sensibilisation et de prévention en matière de suicide du SCC et des

---

<sup>5</sup> Le Comité indépendant d'examen mandate possède un mandat étendu. Il comprend une évaluation du caractère approprié et adéquat des mesures correctives prises par le SCC face aux décès en établissement ainsi qu'une analyse des facteurs facteurs précipitants ou contributeurs liés aux décès en établissement.

conclusions et des recommandations provenant d'examen et d'enquêtes menés à la suite d'incidents. Le présent rapport, qui est un résumé des conclusions et des leçons retenues provenant de ces sources, vise à cerner les lacunes, les risques et les obstacles persistants liés aux mesures employées par le SCC en matière de prévention du suicide. Il signale plusieurs faiblesses institutionnelles et réclame des améliorations dans certains aspects du programme de sensibilisation et de prévention en matière de suicide du SCC :

1. Identification et évaluation des risques de suicide (signes précurseurs).
2. Surveillance et gestion des comportements suicidaires.
3. Vulnérabilités des infrastructures physiques (p. ex. accès à des moyens et à des méthodes permettant de se suicider en prison, notamment à des points d'attache dans les cellules).
4. Qualité du processus interne d'enquête après un incident.
5. Existence continue de préoccupations liées à la santé.
6. Problèmes de communication et d'échange d'information.

## **CONTEXTE**

Plusieurs facteurs font en sorte que les détenus courent un risque accru de se suicider. De par sa nature, l'incarcération entraîne une perte d'autonomie et de contrôle personnel. La privation, l'isolement et la séparation de ses êtres chers peuvent provoquer un sentiment de détresse ou de désespoir. Plus particulièrement, de longues périodes d'isolement physique dans une cellule d'isolement peuvent intensifier de tels sentiments et mener un détenu à conclure que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

La majorité des détenus qui se suicident sont des hommes de race blanche qui ne sont pas mariés et qui sont âgés de 31 à 40 ans<sup>6</sup>. Ils purgent habituellement une peine à la suite d'une infraction avec violence, commise contre une autre personne dans la plupart des cas<sup>7</sup>. Selon les recherches

---

<sup>6</sup> De 1991-1992 à 2010-2011, six détenues sous responsabilité fédérale se sont suicidées.

<sup>7</sup> SCC, « Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada » (2010).



actuelles du SCC, un tiers des délinquants qui se sont suicidés étaient détenus en raison d'une infraction avec violence qui a provoqué le décès de la victime<sup>8</sup>.

Le niveau de sécurité d'une prison a un effet important sur le taux de suicide. La majorité des suicides commis dans les établissements fédéraux le sont dans des établissements à sécurité moyenne (où la majeure partie de la population carcérale sous responsabilité fédérale est détenue). Les suicides surviennent presque toujours dans les cellules et souvent lorsque le nombre d'employés en devoir est le plus bas (entre minuit et 6 heures)<sup>9</sup>. La grande majorité des détenus qui s'enlèvent la vie le font par pendaison.

Il est important de noter que l'isolement physique pendant lequel il n'y a que très peu de stimulation externe ou d'occasions d'interaction sociale fait naître un risque élevé de suicide chez les détenus. Selon une récente étude du SCC, 22 pour cent des suicides ont été commis par des détenus en isolement ou qui se trouvaient dans des conditions semblables à l'isolement, et 11 % ont été commis dans un centre de traitement (hôpital psychiatrique)<sup>10</sup>. Autrement dit, un tiers des suicides ont été commis dans des secteurs du pénitencier où l'observation et la surveillance sont accrues<sup>11</sup>. On a remarqué le même phénomène au fil des ans : un nombre disproportionné de détenus s'enlèvent la vie dans une cellule d'isolement, comparativement aux cellules réservées à la population carcérale générale.

En ce qui a trait à la durée de la peine, les délinquants qui sont le plus susceptibles de se suicider font habituellement partie de deux catégories générales : ceux qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité et ceux qui purgent une peine de moins de 5 ans<sup>12</sup>. La recherche indique que les détenus

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> SCC, *Atelier de prévention du suicide parmi les détenus : manuel du participant* (automne 2012) et SCC (2010).

<sup>10</sup> SCC (2010).

<sup>11</sup> D'autres études indiquent qu'un pourcentage disproportionné (jusqu'à 79 %) des suicides sont commis dans des cellules où les détenus sont séparés physiquement de la population générale.

<sup>12</sup> Seena Fazel et. coll. « Suicide in Prisoners: A Systemic Review of Risk Factors », *Journal of Clinical Psychiatry* (novembre 2008).

<sup>13</sup> Norbert Konrad et. coll. « Preventing Suicide in Prisons, Part I: Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons, » *Crisis*, 28:3

sont le plus susceptibles de se suicider au début de leur incarcération (90 premiers jours ou première année d'incarcération). À l'opposé, une peine d'emprisonnement à vie provoque souvent un sentiment de désespoir qui peut faire augmenter le risque de suicide.

Comme c'est le cas pour les suicides commis dans la population générale, le fait d'avoir un problème de santé mentale ou une santé mentale fragile semble être un important facteur de risque lié aux suicides commis en détention<sup>13</sup>. Selon une récente étude sur les suicides commis dans les pénitenciers fédéraux, le dossier de 44 pour cent des délinquants qui se sont suicidés entre 2003-2004 et 2007-2008 contenait la preuve qu'ils étaient atteints d'au moins un trouble de santé mentale<sup>14</sup>. L'Ombudsman des prisons et des probation d'Angleterre et du Pays de Galles a récemment conclu que 75 pour cent des détenus qui se sont enlevé la vie étaient atteints d'un problème de santé mentale<sup>15</sup>.

En plus d'antécédents de maladie mentale, on a établi des liens étroits entre les suicides commis en détention et les signes avant-coureurs suivants :

- Idées suicidaires récentes, intention de se suicider ou tentative antérieure.
- Trouble de toxicomanie
- Antécédents en matière d'automutilation
- Prévalence élevée de dépression ou du sentiment de désespoir
- Faible soutien social ou familial
- Antécédents familiaux de suicide (surtout parmi les parents du premier degré)

Comme dans la collectivité, les suicides en détention surviennent rarement sans indicateurs – signes, symptômes, avertissements. Les données

---

(2007); département de la Justice des États-Unis: Insitut national des services correctionnels. *National Study of Jail Suicide: 20 Years Later* (April 2010); Ombudsman des prisons et des probation d'Angleterre et du Pays de Galles, *Learning from PPO Investigations: Self-Inflicted Deaths of Prisoners on ACCT* (avril 2014) et *Risk Factors in Self-Inflicted Deaths in Prisons* (avril 2014).

<sup>14</sup> SCC (2010).

<sup>15</sup> Ombudsman des prisons et des probation d'Angleterre et du Pays de Galles (2014).

relatives à 98 suicides<sup>16</sup> commis dans des installations du SCC pendant la période de dix ans entre 2000-2001 et 2009-2010 montrent l'existence des facteurs de risques suivants :

- La majorité des détenus (58 pour cent) étaient atteints de troubles psychologiques.
- La plupart (60 pour cent) avaient déjà tenté de se suicider.
- Plus du tiers s'étaient déjà automutilés.
- Il était établi que la majorité (85 %) avait eu des problèmes de toxicomanie.

On ne peut pas établir le profil typique d'une personne qui serait prédisposée à se suicider, mais des événements particuliers et des circonstances uniques liées à l'incarcération peuvent entraîner une augmentation du stress, de l'anxiété et de la peur, ce qui mène à un risque élevé. Il peut s'agir d'un changement de situation personnelle (p. ex. perte d'un être cher, divorce, problèmes familiaux); d'un événement important (anniversaire d'un enfant, anniversaire de mariage ou fête importante) ou d'un changement relatif à l'administration de la peine (transfèrement vers un autre établissement, refus de libération conditionnelle, perte d'un appel, nouvelles accusations). Les résumés de cas joints au présent rapport illustrent plusieurs facteurs contributifs ou précipitants eu égard à la décision d'un détenu sous responsabilité fédérale de se suicider.

## MÉTHODOLOGIE

Le Bureau a examiné le dossier relatif à tous les suicides de détenus (30 cas) survenus dans les pénitenciers fédéraux pendant la période de trois ans allant d'avril 2011 à mars 2014. Cette période coïncide avec la décision du SCC de cesser de préparer son rapport annuel sur les suicides de détenus. L'information a été obtenue surtout à partir des rapports des Comités d'enquête nationale (CEN) convoqués par le commissaire après chaque suicide<sup>17</sup>. Au moment de cet

---

<sup>16</sup> SCC, *Atelier de prévention du suicide parmi les détenus : manuel du facilitateur* (automne 2012).

<sup>17</sup> Les suicides en détention font l'objet d'une enquête menée par le Service, conformément à l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Le Comité d'enquête mis sur pied rédige un rapport normalisé qui comprend une description des événements survenus avant et après l'incident causant le décès et un examen de conformité

examen, le Bureau avait reçu 25 des 30 rapports d'enquête. L'information relative aux cas au sujet desquels l'enquête n'avait toujours pas commencé ou pour lesquels le Bureau n'avait pas reçu la copie finale du rapport a été recueillie grâce à des rapports de situation du directeur d'établissement et au Système de gestion des délinquants<sup>18</sup>.

Conformément aux efforts du Bureau visant à accroître la sensibilisation au sujet des lacunes systémiques ou organisationnelles, les dossiers disponibles provenant des enquêtes menées par des coroners provinciaux à la suite de décès ont été examinés dans le but d'évaluer les conclusions des jurys et les recommandations qui pourraient aider à prévenir des décès semblables à l'avenir. Le programme de prévention et de sensibilisation en matière de suicide du SCC, notamment le matériel de formation destiné au personnel et le cadre stratégique, a aussi été examiné et évalué dans le cadre du présent rapport. Enfin, l'examen d'une partie de la documentation existante sur les suicides commis en détention appuyait l'analyse du Bureau au sujet des examens et des dossiers après incident.

On a aussi rédigé des résumés de cas pour dix suicides. Ils sont présentés en annexe. On a expressément choisi ces cas pour illustrer les enjeux et les préoccupations touchant l'ensemble du système dans le contexte de la préservation de la vie en milieu carcéral. L'identité des détenus est protégée, mais chaque cas présente une série d'événements et de circonstances précipitantes. Les résumés sont éloquents, puisqu'ils humanisent un problème que l'on présente souvent comme étant inévitable, sans égard aux efforts ou aux mesures de prévention en place. Comme la documentation et le présent rapport l'indiquent clairement, les détenus se suicident rarement sans signes précurseurs

---

avec les et la loi. Le Comité inclut habituellement, dans les rapports sur les cas de suicide, un examen psychologique du profil du détenu. Un membre de la collectivité externe est nommé au Comité. Les conclusions présentées dans les rapports du Comité servent à concevoir et mettre en place des mesures correctives, au besoin.

<sup>18</sup> Aux fins de cet examen, un décès par surdose a été considéré comme un suicide, car, selon le Bureau, un nombre suffisant d'éléments de preuve permettaient de tirer cette conclusion. Le décès d'un autre détenu par déshydratation n'a pas été considéré comme un suicide. Enfin, on doit souligner que quelques décès plus récents dont la cause est « inconnue » (et pour lesquels l'enquête du CEN et/ou du coroner n'a toujours pas permis d'établir la cause) pourraient être classés parmi les suicides plus tard.

ou dans des circonstances qui n'avaient pas déjà été désignées comme des circonstances contribuant au risque.

## CONCLUSIONS

La moitié des détenus dont le cas a été revu par le Bureau étaient âgés de moins de 40 ans. L'âge médian était de 45 ans. Parmi ces 30 détenus, 16 étaient de race blanche, un tiers étaient d'origine autochtone et 3 étaient de race noire. Presque la moitié (14 détenus) étaient incarcérés dans un établissement à sécurité moyenne, et 9 l'étaient dans un établissement à sécurité maximale. Au moment de leur décès, trois détenus n'avaient toujours pas été classifiés. Un détenu s'est suicidé après seulement 14 jours de détention sous responsabilité fédérale. Un autre détenu s'est suicidé pendant que son ordonnance de surveillance de longue durée était suspendue, et un troisième détenu avait reçu une classification de sécurité moyenne, mais il était détenu dans l'unité d'isolement d'un établissement à sécurité maximale en attendant un transfèrement.

Presque tous les détenus (27 sur 30) sont morts par asphyxie (25 par pendaison)<sup>19</sup>. Une note de suicide a été trouvée dans la moitié des cas (24) pour lesquels de l'information était disponible. Au total, 19 des 25 détenus avaient déjà tenté de se suicider, et 7 avaient déjà fait plus de deux tentatives. Presque 1 détenu sur 4 avait exprimé des idées suicidaires dans les jours précédant leur décès; 14 détenus sur 25 s'étaient fait prescrire des psychotropes en raison de problèmes de santé mentale. La majorité d'entre eux avaient aussi un problème de toxicomanie (alcool et/ou drogues) connu.

Fait important, des 30 cas revus par le Bureau, 14 suicides ont été commis pendant que le détenu était en isolement. Un seul détenu placé en isolement faisait l'objet d'une surveillance étroite pour prévenir son suicide au moment de son décès, mais au moins trois autres étaient surveillés. Presque tous les détenus placés en isolement avaient des problèmes importants de santé mentale connus des autorités. La majorité avaient été dirigés vers un professionnel de la santé

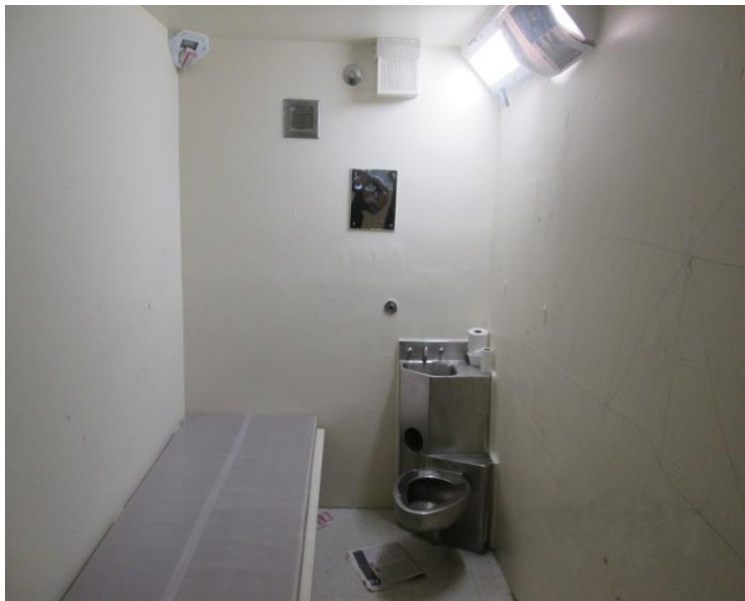
---

<sup>19</sup> Exemples d'autres causes de décès : une surdose, un traumatisme et un cas d'exsanguination (perte de sang importante).

mentale et/ou étaient suivis pendant qu'ils étaient en isolement, et certains faisaient l'objet d'un suivi régulier. La majorité des détenus en isolement avaient déjà tenté de se suicider, avaient eu des idées suicidaires et/ou s'étaient automutilés. Au moins la moitié des détenus avaient déjà été placés en isolement et avaient fait l'objet d'une surveillance en raison de leurs problèmes de santé mentale. Ils avaient tous rempli la *Liste de contrôle des besoins immédiats – risque de suicide*. Plusieurs d'entre eux avaient été transférés dans des centres régionaux de traitement (hôpitaux psychiatriques), puis retournés dans un établissement carcéral, durant leur détention.

En ce qui a trait au temps passé en isolement avant leur décès, 3 détenus se sont enlevé la vie dans les 5 premiers jours de placement en isolement; 3 autres se sont suicidés entre le 15<sup>e</sup> et le 30<sup>e</sup> jour de leur séjour en isolement, et 2 autres y avaient passé entre 30 et 60 jours.

Notamment, 3 détenus se sont suicidés après avoir été en isolement pendant plus de 120 jours consécutifs. Un autre détenu a été placé en isolement perpétuel pendant des années, jusqu'à son décès. Un autre avait passé la majeure partie de son



incarcération tour à tour dans des conditions semblables à l'isolement, dans des cellules d'observation sous surveillance étroite en raison du risque de suicide et dans l'Unité spéciale de détention, souvent alors qu'il portait du matériel de contrainte.

En ce qui concerne d'autres signes précurseurs, un détenu en isolement était à un mois de la date d'expiration de son mandat au moment de son décès, et la mère d'un autre détenu était décédée juste avant son suicide. Parmi les 14 détenus qui se sont suicidés dans une cellule d'isolement, 7 avaient laissé une

note de suicide, ce qui indique que ces détenus avaient des idées suicidaires (plans et préparations).

On avait placé les détenus en isolement pour diverses raisons : certains l'étaient volontairement (à leur propre demande), d'autres involontairement (pour assurer leur sécurité ou celle de l'établissement), et on en avait placé d'autres pour des raisons disciplinaires. Un détenu qui présentait un risque élevé de suicide de façon chronique et qui avait tenté de s'enlever la vie au moins six fois au cours des deux dernières années de sa vie avait fait l'objet de divers niveaux de surveillance préventive ou de suivi de la santé mentale pendant des mois, et il était suivi de près par une équipe de traitement en raison de ses idées suicidaires et de ses comportements autodestructeurs.

## **ANALYSE**

### **Évaluation du programme de prévention du suicide du SCC**

Selon la documentation, un programme complet de prévention du suicide comprend un certain nombre de mesures et d'interventions intégrées, notamment dans les principaux domaines d'intérêt suivants :

1. Dépistage, détermination et évaluation du risque de suicide (sous la responsabilité de professionnels de la santé mentale)
2. Formation du personnel au sujet de la sensibilisation et de la prévention en matière de suicide
3. Procédures d'aiguillage et de traitement claires
4. Protocoles pour la surveillance et la gestion des comportements suicidaires
5. Milieu physique (points d'attache et angles morts relevés et éliminés, ou améliorations de sécurité apportées dans la mesure du possible)
6. Communication – Échange d'information au sujet du comportement antérieur ou récent des détenus suicidaires entre les membres du personnel (agents

correctionnels, professionnels de la santé et psychiatres), dans les établissements et entre les administrations.

7. Approche interdisciplinaire – On ne devrait pas considérer le suicide uniquement comme une question relative à la sécurité ou un problème médical.
8. Intervention – Procédures sur la façon de réagir face à une tentative de suicide en cours.
9. Notification – En cas de suicide, les représentants compétents et les membres de la famille doivent être informés.
10. Séance d'aide après un stress causé par un incident critique – Des professionnels en intervention en cas de crise et en sensibilisation au stress post-traumatique aident le personnel et les détenus.
11. Rapport et examen – Procédures d'établissement de rapports appropriés, examens administratifs et médicaux avec des vérifications périodiques de l'ensemble de la stratégie de prévention.

Selon l'évaluation qu'a faite le Bureau de la stratégie de prévention du suicide du SCC, ces protocoles et ces pratiques sont en place au sein des services correctionnels fédéraux, une conclusion également appuyée par le Comité du second examen indépendant (novembre 2012)<sup>20</sup>. La directive du commissaire 843 (*Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus*) présente le cadre stratégique général pour la gestion des détenus visés par des mesures de prévention du suicide (p. ex. niveaux d'observation de la surveillance du risque de suicide, dépistage du risque de suicide, articles interdits). La fréquence et l'intensité de la surveillance de la santé mentale sont déterminées par un professionnel de la santé mentale. Par exemple, les détenus sous surveillance préventive constante (risque imminent) sont surveillés constamment et directement, et l'accès à divers articles à l'aide desquels ils pourraient se faire du mal (vêtements, literie, coutellerie et autres effets personnels) est très limité. Tel que mentionné précédemment, la politique interdit expressément la mise en

---

<sup>20</sup> *The Final Report of the Independent Review Committee into Federal Deaths in Custody 2010-2011*, présenté par M. Michael Weinrath (président), M. Tristan Wayte et M. Julio Arboleda-Flórez (novembre 2012).



isolement d'un détenu uniquement en vue de gérer le risque de suicide. Les détenus suicidaires doivent être suivis conformément aux protocoles d'observation de la santé mentale présentés dans la directive du commissaire 843.

Chaque détenu doit passer un dépistage en santé mentale (*Liste de contrôle des besoins immédiats – Risque de suicide*) dans les 24 heures après son admission, lorsqu'il arrive dans un nouvel établissement et lorsqu'il est placé en isolement. Bien que souvent suivie par du personnel de sécurité de première ligne, la *Liste* établit un processus d'aiguillage en santé mentale.

En ce qui concerne l'isolement préventif, un infirmier ou une infirmière doit rencontrer le détenu lors de son admission pour déterminer s'il existe des préoccupations liées à la santé de ce dernier. Par la suite, l'infirmier ou l'infirmière voit le détenu tous les jours. Un professionnel en santé mentale doit évaluer la santé mentale du délinquant et rédiger un rapport à ce sujet, en mettant l'accent sur l'évaluation du risque d'automutilation ou de suicide, dans les 25 premiers jours du placement initial et une fois tous les 60 jours subséquents où le détenu est en isolement. L'agent de libération conditionnelle doit rencontrer le détenu placé en isolement dans les deux jours ouvrables pour étudier les solutions de rechange à l'isolement.

Le SCC offre un atelier de sensibilisation et de prévention en matière de suicide destiné aux détenus afin de leur donner des connaissances de base sur le suicide. Un programme de soutien par les pairs destiné aux détenus est aussi offert dans les cinq établissements régionaux pour délinquantes<sup>21</sup>.

En octobre 2013, la portée du mandat du Comité régional de gestion de la prévention du suicide et de l'automutilation a été élargie pour inclure les délinquants qui ont des besoins complexes en matière de santé mentale et ceux qui adoptent des comportements autodestructeurs de façon persistante et chronique. Les membres des comités régionaux élargis sur les cas complexes de

---

<sup>21</sup> L'initiative VIVA (Vouloir investir dans sa vie affective), un programme de mentorat par les pairs destinés aux détenus, qui était mené dans quelques établissements pour hommes, n'existe plus.

santé mentale se réunissent mensuellement pour étudier les cas complexes, en portant une attention particulière aux détenus qui s'automutilent de façon chronique, ils signalent les questions préoccupantes et consultent les établissements, en plus de les faire participer, pour offrir un soutien et des conseils sur la gestion et le traitement des délinquants qui ont des besoins complexes en matière de santé mentale<sup>22</sup>.

La formation obligatoire donnée aux employés comprend un cours de deux jours sur les *Notions élémentaires en santé mentale*, pendant lequel on donne de l'information de base sur la prévention du suicide et les comportements autodestructeurs en prison. Le programme d'orientation destiné aux nouveaux employés du SCC comprend un module d'auto-apprentissage « optionnel » (1,5 heure) sur la sensibilisation au suicide, pour les employés de l'administration centrale nationale, et une séance d'auto-apprentissage et en salle de cours est requise pour tous les employés dans les régions qui sont en contact direct avec les délinquants<sup>23</sup>. Les modules sur la prévention du suicide sont aussi incorporés au Programme de formation correctionnelle et au Programme d'orientation des agents de libération conditionnelle. Les cours de recyclage sur la prévention et l'intervention en matière de suicide sont obligatoires pour le personnel de première ligne. Il s'agit d'une séance annuelle offerte en ligne (1 heure) et d'une séance en salle de cours (2 heures) offerte tous les deux ans. Le personnel de première ligne reçoit aussi une formation sur les principes de base en mesures d'urgence. Après un suicide, une séance d'aide

---

<sup>22</sup> En examinant les comptes- rendus des réunions des comités régionaux sur les cas complexes de santé mentale, il semble que ces comités se consacrent exclusivement, ou presque, sur les détenus qui s'automutilent de façon chronique. Comme le reconnaît la politique du SCC, l'automutilation est l'acte de s'infliger directement et intentionnellement des lésions aux tissus corporels, habituellement sans avoir l'intention de se suicider. La mesure dans laquelle les comités régionaux participent à la supervision du traitement et à la gestion des détenus au sujet desquels des précautions particulières ont été prises pour éviter qu'ils ne se suicident (p. ex. Directive du commissaire n° 843) n'est pas clairement définie dans les documents fournis par le Service.

<sup>23</sup> Certains experts en prévention du crime remettent en question l'utilité et la valeur de l'auto-apprentissage, de l'apprentissage en ligne et de l'enseignement par questions et réponses en tant que solutions de rechange à la formation offerte en classe. Ils remettent aussi en question la formation fournie uniquement pour se conformer à une norme d'accréditation. Comme le souligne Hayes, op. cit., (2013) : « La prévention du suicide est un sujet plus propice à une formation en direct, dans un milieu interactif, offerte à des employés des services correctionnels, à des spécialistes de la santé mentale ou à du personnel médical » [traduction].

après un stress causé par un incident critique est offerte au personnel, mais pas aux détenus.

En ce qui concerne les procédures liées aux rapports et à l'examen, conformément à la loi, le SCC doit enquêter sur tous les décès en établissement. Les suicides font l'objet d'une enquête menée par un comité d'enquête nationale mis sur pied par le commissaire. Les bureaux des coroners ou des médecins légistes provinciaux et territoriaux mènent des enquêtes indépendantes sur certains des suicides commis en prison.

Dans le cas du SCC, le problème n'est pas qu'il ne possède pas de stratégie de prévention du suicide, mais plutôt la façon dont les composantes de l'approche interdisciplinaire permettent de déceler, de surveiller, de faire connaître et de gérer le risque de suicide de façon sécuritaire.

### **L'isolement comme variable indépendante du risque**

Une conclusion majeure du présent examen, appuyée par la documentation, est que les taux de suicide sont plus élevés dans les cellules qui sont isolées physiquement (cellules d'isolement, d'observation ou de santé mentale) que dans les cellules où se trouve la population carcérale générale. La documentation indique aussi clairement que l'isolement physique augmente le risque que les détenus aient des tendances suicidaires. Le placement d'un détenu ayant un trouble de santé mentale en



isolement ou dans une cellule d'observation ou conçue de façon à prévenir les suicides a des aspects punitifs perçus et réels. Les placements en observation de la santé mentale, par exemple, signifient habituellement que le détenu sera

obligatoirement fouillé à nu, qu'on lui remettra des vêtements anti-suicide, qu'on lui confisquera des articles personnels, qu'il fera l'objet d'une surveillance directe constante (par l'intermédiaire d'une télévision en circuit fermé ou par du personnel, ou les deux), qu'il ne pourra que peut s'associer à d'autres détenus, qu'il aura un accès limité aux douches, qu'il ne pourra pas recevoir de visiteurs et qu'il ne pourra pas faire d'appels téléphoniques. On peut s'attendre à ce que ces facteurs aggravent les tendances suicidaires plutôt que de les faire diminuer. Les comportements provoqués par une maladie mentale sous-jacente ne sont pas modifiés ou corrigés par des mesures qui semblent punir le détenu ou le priver. Comme le soutient le Bureau depuis longtemps, l'isolement à long terme des détenus atteints d'un trouble de santé mentale ou susceptibles de se suicider ou de s'infliger des blessures graves devrait être interdit. Une interdiction de ce genre serait plus consistante avec la politique en place portant sur la gestion du risque de suicide, que le statu quo.

Le fait que seulement un détenu se soit suicidé pendant qu'il faisait l'objet de protocoles officiels de surveillance préventive laisse croire que les précautions relatives à la surveillance de la santé mentale, combinées à un traitement et à du counseling proportionnels au risque, peuvent aider à prévenir le suicide des détenus qui présentent un risque imminent. Cependant, pour la vaste majorité des détenus qui se sont suicidés dans des cellules d'isolement, le placement ne semble pas avoir été sécuritaire, sans égard à la durée de l'isolement ou son objectif. L'isolement n'a pas permis de répondre à la détresse mentale du détenu et peut, dans certains cas, avoir été un facteur contribuant indépendant. Outre l'intervention en cas de crise, une cellule d'isolement ne permet pas de fournir du counseling, et encore moins de mener une intervention thérapeutique qui pourrait sauver la vie du détenu. Dans un cas, un détenu a été maintenu en isolement jusqu'à ce qu'il se suicide, bien que le SCC ait été au courant que le stress provoqué par l'isolement à long terme était un facteur de risque expliquant ses tendances suicidaires. Un autre détenu a été placé en isolement parce qu'il s'infligeait des blessures, un comportement qui, selon le personnel de l'établissement, était simulé et visait à manipuler. Alors que le détenu était en détresse et avait besoin d'aide, on a répondu à son comportement autodestructeur à l'aide d'une forme de mesure disciplinaire et de punition qui,

ultimement, a précipité son décès, bien que ce fut de façon non intentionnelle de la part du personnel.

Pour les 14 suicides commis en isolement, la *Liste de contrôle des besoins immédiats* – risque de suicide avait été complétée et la majorité des détenus avaient été vus par un professionnel de la santé. Cependant, dans au moins deux cas, les détenus n’ont jamais pu consulter un professionnel de la santé mentale, même s’ils y avaient été dirigés. Dans un cas, le personnel infirmier chargé de faire une évaluation de 24 heures a renvoyé un détenu vers un psychologue, mais la date n’a jamais été estampillée sur le renvoi et aucune mesure n’a été prise en raison d’une pénurie de personnel au département de psychologie. Dans un autre cas, le département de psychologie a décidé de ne pas renvoyer un détenu devant un professionnel de la santé mentale, malgré des troubles de santé mentale diagnostiqués, encore une fois en raison d’une pénurie de personnel et du mauvais échange de l’information.

En raison du nombre disproportionné de suicides commis dans les cellules autres que celles où se trouve la population carcérale générale, le SCC doit comprendre que ces placements sont un facteur indépendant qui doit être atténué dans le cadre de son programme de prévention des risques de suicide. Autrement dit, les conditions d’isolement font augmenter la possibilité que les détenus vulnérables se suicident. L’isolement est souvent décrit comme « une prison dans une prison ». Détenus dans les conditions les plus austères et privatives possibles permises par la loi, certains délinquants forment des idées suicidaires et posent des gestes qui peuvent mener à leur décès.

On s’entend de plus en plus, partout dans le monde, pour affirmer que l’isolement à long terme a des répercussions sur la santé mentale. En effet, le rapporteur spécial du Conseil des droits de l’Homme des Nations Unies réclame l’interdiction totale de l’isolement durant plus de 15 jours, et il a de plus déclaré que l’isolement des personnes atteintes de maladies mentales connues est un traitement cruel, inhumain ou dégradant, sans égard à sa durée, et qu’il constitue donc une violation du droit international<sup>24</sup>. Fait important, 10 des 14 détenus qui

---

<sup>24</sup> Voir le *Rapport intérimaire du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l’homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (août 2011).

se sont suicidés dans une cellule d'isolement et dont le cas a été étudié dans le cadre de l'enquête étaient en isolement depuis plus de 15 jours. En fait, cinq de ces détenus étaient en isolement depuis plus de 120 jours lors de leur décès.

Enfin, le fait que les détenus placés en isolement avaient les moyens et l'occasion de s'enlever la vie dans un secteur du pénitencier qui est censé être sécuritaire et faire l'objet d'une surveillance constante représente une importante faiblesse organisationnelle relativement à la stratégie de prévention du suicide du SCC. En termes de moyens et de méthodes, 11 des 14 décès survenus dans des cellules d'isolement ont été causés par la pendaison. Les points d'attache suivants ont été utilisés dans les cellules : fenêtre (5); conduit de ventilation (3); barreaux (1); détecteur de fumée (1); tablette (1). Sept détenus ont utilisé leurs draps, 2 ont utilisé un cordon électrique et 1 a utilisé des lacets.

### Points d'attache dans les cellules

Fait important, un Bulletin de sécurité intitulé *Vulnérabilités des infrastructures – Points de suspension et prévention du suicide* promulgué en janvier 2010, demandait de « repérer, inspecter, réparer, remplacer, replacer ou



retirer systématiquement tous les points de suspension potentiels, amovibles (c.-à-d. ameublement, rayonnage) ou inamovibles (p. ex. prises électriques, grilles d'aération), et d'autres vulnérabilités de la cellule (p. ex. plaques protectrices qui ont été altérées ou retirées) ».

Conformément à cette directive nationale, en mars 2010, le Service a indiqué ce qui suit au Bureau : « Nous (SCC) sommes en train de prendre des mesures à l'égard des vulnérabilités de l'infrastructure liées aux décès en établissement qui

ont été cernées à l'échelle nationale au cours de la dernière année, et ce, dans tous nos établissements correctionnels, notamment des boutons d'appel à partir des cellules et la hauteur de la ligne de vision pour l'observation. Nous sommes en train de faire le point sur la mise en oeuvre concrète de ces mesures »<sup>25</sup>.

Voyant que plus aucun progrès n'était réalisé au sujet de cette initiative, le Bureau a fait la recommandation suivante dans son rapport annuel de 2011-2012 : « que le SCC prenne immédiatement les mesures nécessaires, y compris affecter des fonds, pour voir à ce que les points d'attache possibles soient repérés dans les cellules des détenus et qu'ils soient éliminés afin de prévenir les suicides ». Le SCC a répondu que, bien qu'il appuie cette recommandation, en principe « il n'est pas possible d'éliminer absolument tous les types de points d'attache... Cela dit, le SCC s'efforce d'éliminer tous les points d'attache possibles qui ne sont pas nécessaires, et, ce qui est encore plus important, lorsqu'il n'est pas possible de le faire, notre objectif est de veiller à ce que le personnel de première ligne connaisse tous les éléments vulnérables des cellules avant d'y placer un délinquant qui pourrait être susceptible de s'automutiler ou d'avoir des tendances suicidaires ».

Il est évident, à la suite de cet examen, que les détenus ont toujours accès à de nombreux points d'attache. Contrairement à la Directive de 2010, les points d'attache connus n'ont même pas été retirés ou éliminés dans les cellules d'isolement, le secteur le plus vulnérable de l'établissement et l'endroit où un nombre disproportionné de détenus tentent de se suicider, avec succès ou non. Il est difficile de comprendre pourquoi certaines de ces cellules sont toujours utilisées pour héberger des détenus en isolement, surtout dans certains établissements plus vieux. Le SCC doit expliquer pourquoi il continue d'accepter un niveau de risque organisationnel aussi élevé, qui donne à des détenus potentiellement suicidaires et placés en isolement les moyens (et l'occasion) de se suicider.

---

<sup>25</sup> SCC, « Mise à jour au rapport d'étape sur la réponse du 14 août 2009 du Service correctionnel du Canada (SCC) à l'Étude sur les décès en établissement du Bureau de l'enquêteur correctionnel, au rapport *Une mort évitable* du Bureau de l'enquêteur correctionnel et au rapport du Comité d'enquête nationale du SCC sur le décès d'une délinquante à l'Établissement pour femmes Grand Valley » (mars 2010).

Dans un cas particulièrement grave, un détenu qui avait des comportements autodestructeurs et qui présentait un « risque constant de suicide », qui avait fait l'objet d'une surveillance préventive élevée et modifiée pendant plusieurs jours avant qu'il ne se suicide, ne faisait plus l'objet d'une surveillance de sa santé mentale et avait été placé dans une cellule ordinaire à « sécurité maximale renforcée » qui contenait, selon le comité d'enquête, « une multitude de points d'attache » (p. ex. des barres protectrices sur la fenêtre, une boîte électrique, des tablettes suspendues, un luminaire exposé près du plafond). Le détenu s'est suicidé en se pendant à partir du couvercle qui protégeait le détecteur de fumée. Le Comité a conclu son enquête en indiquant qu'il n'existait aucune norme nationale conforme ou équivalente servant à gérer les efforts du SCC visant à repérer et à enlever les points d'attache. Laisser le soin à chaque établissement d'établir ses propres critères de repérage et de retrait génère des lacunes et des inégalités (en termes de ressources) dans les mesures d'élimination.

Aussi récemment qu'en mars 2013, un autre comité d'enquête a formulé une recommandation nationale pour que le SCC désigne un secteur, au sein de son administration centrale, qui serait chargé de gérer les efforts visant à réduire le nombre de points d'attache se trouvant dans les cellules dans tout le pays<sup>26</sup>. Dans le cas faisant l'objet de l'examen, le détenu a utilisé comme point d'attache un conduit d'aération qu'on considérait comme un risque potentiel, mais qui

---

<sup>26</sup> Le raisonnement expliquant cette recommandation du comité d'enquête reflète celui du Bureau dans son *Évaluation finale de la réponse du Service correctionnel du Canada sur les décès en établissement* (septembre 2010), c'est-à-dire que le SCC « devrait créer un poste de haute direction dont le titulaire serait chargé exclusivement de la promotion, de la surveillance et de l'adoption de pratiques sécuritaires en matière de détention ». [traduction] Le Service a rejeté cette mesure à deux reprises, car la sécurité en détention est la « responsabilité de tous les gestionnaires opérationnels à l'échelle locale, régionale et nationale ». [traduction] Fait important, la directive nationale de janvier 2010 sur le repérage et l'enlèvement des points d'attache dans les cellules ne précise pas de quel bureau ou de quelle personne à l'administration centrale ce serait la première responsabilité. Un document sur les vulnérabilités potentielles liées aux infrastructures physiques, à la conception des cellules et au contenu de celles-ci a été rédigé pour chaque établissement, mais la directive indique simplement que les « régions doivent continuer à concentrer leurs efforts sur l'atténuation des vulnérabilités connues ». [traduction] On ignore si des échéances précises, des ressources appropriées, des normes techniques ou une vérification de suivi traitent des progrès réalisés (ou des lacunes existantes) à l'échelle nationale en ce qui a trait à la conformité de cette importante initiative portant sur la détention (plus) sécuritaire.



n'avait pas été inclus dans le rapport national sur les vulnérabilités relatives aux points d'attache. De plus, l'établissement avait déterminé que rien ne pouvait être fait pour atténuer ce risque lié aux infrastructures, une conclusion que le comité d'examen a remise en question. Dans ce cas, le placement en isolement était particulièrement critique, puisque l'équipe qui traitait ce détenu considérait qu'il représentait un risque élevé de suicide, surtout s'il était placé en isolement. Il a tout de même été transféré de l'unité des soins aigus du centre de santé mentale vers une cellule d'isolement en raison de son comportement perturbateur. Une lacune en matière de communication a fait en sorte que le détenu n'a pas été surveillé pendant une courte période de temps (moins de 20 minutes), pendant laquelle il a réussi à se suicider.

### **Éléments déclencheurs**

Il est rare que les suicides en milieu correctionnel surviennent sans signe précurseur, événement déclencheur ou facteur de risque contributif. Comme l'indique un commentateur, le suicide n'est pas un acte bizarre ou incompréhensible d'autodestruction. Plutôt, les personnes suicidaires utilisent une certaine logique, un style de pensée qui les amène à la conclusion que la mort est la seule solution à leurs problèmes. On peut rapidement remarquer le style et prendre des mesures pour empêcher le suicide, si l'on sait quoi observer<sup>27</sup>. Le fait qu'on ait trouvé une note de suicide dans la moitié des cas de l'échantillon pour lesquels une enquête a été menée rappelle que l'intention de se suicider est souvent formée bien avant de passer à l'acte.

Il est surprenant de constater que les comités d'enquête ont normalement peu de commentaires à formuler au sujet des notes de suicide, en dehors du fait qu'on en a trouvé une. Une note de suicide reflète tout bonnement l'intention de se suicider. Même si l'impulsivité peut avoir joué un rôle au moment d'agir (p. ex. pour le choix de la méthode ou l'occasion de passer à l'acte), au moins la moitié des suicides examinés avaient été planifiés. En fait, il est extrêmement rare qu'un suicide se produise sur un coup de tête, tant en milieu correctionnel

---

<sup>27</sup> Lindsay Hayes, « Suicide Prevention in Correctional Facilities: Reflections and Next Steps » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 (2013).

que dans la collectivité. Le fait d'avoir un plan et d'en parler indique des idées suicidaires à prendre au sérieux.

Dans l'un des cas examinés, moins d'un mois avant sa mort, un détenu avait affirmé au psychologue qu'il avait prévu s'enlever la vie dans la douche en se coupant la veine jugulaire avec un rasoir. Il avait de lourds antécédents d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de comportements autodestructeurs. Il est mort au bout de son sang sur le plancher de sa cellule d'isolement après s'être coupé l'artère carotide à l'aide d'une lame de rasoir jetable fixée à deux bâtonnets de bois avec du fil dentaire.

Avec du recul, on observe que plusieurs détenus (même ceux placés en isolement) avaient accès aux moyens et aux méthodes qu'ils souhaitaient pour se suicider; qu'ils s'étaient préparés; et qu'ils ont suivi leur plan de suicide quand l'occasion s'est présentée. À ces égards, la majorité des suicides examinés ne peuvent être qualifiés d'actes impulsifs ou incompréhensibles. Dans presque toutes les enquêtes menées par le SCC, on a trouvé des éléments déclencheurs, des indicateurs et des risques qu'on pourrait raisonnablement classer comme ayant contribué au suicide (p. ex. des tentatives de suicide antérieures, des antécédents familiaux de suicide, des antécédents de troubles psychiatriques ou psychologiques). Dans un certain nombre de cas, les rapports mentionnent des changements d'humeur, de pensées ou de comportement récents et connus ou notables, mais l'on a souvent déterminé qu'ils sont passés inaperçus ou qu'ils n'ont pas été pris en compte ou au sérieux au moment de l'incident<sup>28</sup>.

Une note de suicide adressée au psychologue du détenu contenait cette excuse : [*Traduction*] « Je suis désolé, je sais que je vous ai donné ma parole. Après votre départ, je suis retourné dans ma cellule en me disant que je ne me ferais rien. Mais le temps a passé, et je pensais seulement à me faire du mal. Vous devez comprendre que je ne peux plus vivre comme ça... je le fais parce que je ne me sens plus en sécurité en prison. » Dans ce cas, le détenu avait signé un

---

<sup>28</sup> Le SCC a récemment ajouté un nouveau cadre de référence à ses enquêtes portant sur les suicides : « existence de signes précurseurs, d'événements déclencheurs ou de facteurs de risque contributifs [...], le personnel les connaissait-il et leur a-t-il accordé de l'attention ou pris des mesures? ». Le nouveau document contient des définitions et des exemples.

« contrat de sécurité » avec un psychologue à la fin d'une séance d'urgence, quelques heures avant de se suicider. Les contrats avec les détenus suicidaires sont souvent élaborés dans l'espoir d'obtenir la garantie qu'ils n'adopteront pas de comportement suicidaire. Il s'agit d'une pratique controversée même dans le milieu, car de nouvelles preuves laissent croire qu'une fois que le détenu a formé une intention suicidaire, un contrat verbal ou écrit ne suffit plus à empêcher le suicide. Une autre solution consiste à effectuer une surveillance préventive, qui peut diminuer grandement les libertés résiduelles et perturber la relation thérapeutique établie entre le professionnel de la santé mentale et son patient. Chaque cas est unique, et sa gestion dépend du jugement du professionnel de la santé mentale.

Dans un autre cas, un détenu ayant de lourds antécédents de comportements autodestructeurs était perçu par le personnel du SCC comme une personne manipulatrice qui tentait de contrôler les situations ou de les tourner en sa faveur. Cette mentalité a fait en sorte que de nombreux incidents d'automutilation n'ont pas été inscrits de façon appropriée ou signalés au personnel des services de santé mentale. La journée avant que le détenu se suicide, il avait commis un acte d'automutilation assez grave pour justifier une évaluation et un traitement dans un hôpital externe. Cet incident, comme les autres, a été jugé de nature à manipuler et n'a pas été signalé aux professionnels de la santé mentale (comme l'exige la directive du commissaire 843, *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus*). Par conséquent, on n'a pas évalué le risque que le détenu commette un autre acte d'automutilation. Fait incroyable, environ une heure avant son suicide, on avait donné au détenu un acte d'accusation pour avoir endommagé la propriété du gouvernement, la veille, pendant son acte d'automutilation. Dans une rare conclusion concernant la prévention, le comité d'enquête a qualifié l'incident d'automutilation ayant entraîné l'hospitalisation d'élément déclencheur immédiat qui, s'il avait fait l'objet d'un suivi adéquat, aurait pu prévenir la tentative de suicide et le décès subséquent du détenu.

### **Questions liées à la continuité des soins**

Dans certains des cas examinés par le Bureau, avant de s'enlever la vie, le détenu avait passé beaucoup de temps dans un centre régional de traitement,

hôpital psychiatrique désigné et agréé. Un autre détenu avait passé huit mois dans un centre de traitement, et les rapports indiquaient qu'il allait bien. Il s'est suicidé cinq jours après son retour dans l'unité d'isolement de son établissement d'origine. Un autre détenu, qui faisait des séjours fréquents dans le centre de traitement sur une période de trois ans, s'est suicidé moins de quatre mois après son retour dans l'unité d'isolement de son établissement d'origine. Fait significatif, quand ils formulent des recommandations, peu de comités d'enquête examinent sérieusement l'option des unités de soins intermédiaires en santé mentale qui pourraient offrir un environnement plus thérapeutique que l'isolement pour les détenus sortant d'un centre de traitement pour revenir dans leur établissement. Malheureusement, le Service n'a pas encore la capacité d'offrir des soins intermédiaires en santé mentale dans les établissements pour hommes, même s'il a indiqué qu'il s'agit d'un élément important du continuum de soins dans sa Stratégie en matière de santé mentale de 2004.

Les questions liées à la continuité des soins, notamment l'accès limité à des services, des professionnels et un soutien en santé mentale, sauf en cas d'intervention en situation de crise, ainsi que la qualité des traitements et la capacité d'intervention, continuent d'entraver les efforts de prévention du SCC. À défaut d'avoir une autre solution perçue ou réelle, le recours à une intervention non thérapeutique en réponse à une maladie mentale est une pratique répandue dans l'ensemble du Service, particulièrement dans les établissements à sécurité élevée, comme si les comportements causés par des problèmes sous-jacents de santé mentale pouvaient être modifiés ou améliorés par l'ajout de mesures de sécurité, de séparation et d'isolation dans la population carcérale non générale. Le SCC continue encore d'accepter les risques liés au placement des détenus atteints de troubles mentaux graves, suicidaires et qui s'automutilent dans des cellules d'isolement pour des raisons « comportementales » (par ex. rébellion, simulation). L'isolement demeure le recours le plus commun en réponse à un comportement perturbateur.

Les rapports de situation et d'enquête indiquent que des problèmes liés à l'ajustement de la médication (psychotropes ayant récemment été prescrits, changés ou cessés) ont été mentionnés dans au moins quatre décès par suicide en isolement. Un délinquant venait tout juste d'être suspendu du Programme

national de traitement d'entretien à la méthadone quand il s'est enlevé la vie. Dans un autre cas, les médicaments prescrits pour des troubles de santé mentale n'avaient pas été administrés pendant un transfert interrégional. À son arrivée dans le nouvel établissement, le détenu s'est inquiété auprès de plusieurs membres du personnel de ne pas avoir pris ses médicaments. Il a reçu ses médicaments le jour suivant, mais le détenu s'est encore inquiété quand on l'a informé que le psychiatre de son nouvel établissement avait changé le dosage et le type de médicaments qui lui étaient prescrits. Deux jours avant son suicide, le détenu avait signalé à un infirmier qu'il était distrait et que ses idées étaient désorganisées. Dans un autre cas encore, un médicament prescrit a été changé pour un médicament ayant un effet indésirable reconnu, ce que le comité d'enquête a qualifié de facteur potentiel de risque contributif au suicide. La gestion des psychotropes semble être un secteur de la pratique organisationnelle qui doit obtenir beaucoup plus d'attention de la part du SCC, ainsi que des comités d'enquête examinant des décès par suicide pouvant être liés à des effets délétères du changement des médicaments prescrits<sup>29</sup>.

### **Qualité du processus d'enquête après incident**

Même après avoir déterminé qu'il y a eu non respect d'une quelconque politique ou procédure ou y avoir décelé des lacunes, un nombre surprenant de rapports de comités d'enquête présentent la conclusion que rien n'aurait pu être fait pour empêcher le suicide; malgré tous les efforts, le détenu est parvenu à cacher ses intentions suicidaires et à passer à l'acte. En effet, la plupart des rapports indiquent que le décès n'était pas prévisible et (par conséquent) qu'il n'aurait pu être empêché d'aucune façon. Il est rare qu'un comité d'enquête fasse l'effort supplémentaire d'indiquer comment le décès *aurait pu* être évité si le personnel avait agi différemment ou pris une décision différente.

Même si le Service déploie beaucoup d'efforts pour préserver l'autonomie professionnelle des membres des comités, incluant les nominations en communauté, la réalité est qu'il s'agit principalement d'enquêtes internes menées par des membres du personnel. Les membres des comités ont de

---

<sup>29</sup> Une conclusion semblable – tendance dans la gestion de la médication – a été notée dans le rapport du deuxième comité d'examen indépendant. Le Bureau a ciblé la gestion des médicaments de prescription comme un sujet d'enquête systémique.

grandes expériences et connaissances du milieu correctionnel – les conclusions factuelles de la plupart des comités sont complètes et toujours de grande qualité – mais le fait que des membres du SCC enquêtent au sujet d’autres employés du SCC constitue un manque d’indépendance fonctionnelle et organisationnelle.

Pour ces raisons, les conclusions auxquelles arrivent ceux qui mènent les examens internes du SCC concernant les suicides en milieu correctionnel semblent limitées tant par le processus d’enquête que par la mentalité avec laquelle le Service approche et mène les enquêtes sur les décès en établissement prescrites par l’article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Trop souvent, le comité d’enquête se concentre sur le respect des politiques et des procédures et n’aborde que de façon accessoire la prévention des futurs incidents. En effet, dans la plupart des cas, le respect des procédures semble être le point de départ et d’arrivée du processus d’enquête. De plus, on aborde souvent le suicide en milieu correctionnel comme un incident rare et isolé. En dépit de la production de « guides de discussion » spécifiques à un incident et reliés à la cause du décès, souvent, on tente faiblement de résumer ou de rassembler les conclusions découlant d’enquêtes semblables sur des décès en milieu correctionnel ou de s’assurer que les leçons retenues d’un incident sont communiquées dans l’ensemble du Service. Afin de se concentrer adéquatement sur la prévention, le SCC doit explorer davantage le « pourquoi » du respect des procédures. Il doit porter son attention sur l’atténuation des lacunes organisationnelles, des risques et des vulnérabilités.

### **Dépistage et détection des risques de suicide**

[Traduction] L’absence de détenus faisant l’objet de mesures de prévention du suicide ne doit pas être interprétée comme l’absence de détenus suicidaires dans votre établissement, ni comme un indicateur de pratiques efficaces de prévention du suicide [...] En fait, le contraire est probablement vrai. On ne peut affirmer que notre système correctionnel prend en charge de plus en plus de personnes souffrant de troubles mentaux ou à risque élevé pour ensuite déclarer qu’aucun détenu suicidaire ne se trouve dans notre établissement. Les établissements correctionnels abritent des détenus suicidaires au quotidien; le défi consiste à les trouver. On ne devrait pas viser « zéro » détenus faisant l’objet de mesures de prévention du suicide; l’objectif devrait plutôt être

de cibler, de traiter et de stabiliser les détenus suicidaires sous sa responsabilité<sup>30</sup>.

Le SCC a toujours de la difficulté à cibler les détenus qui ne font pas l'objet de mesures de prévention du suicide, mais qui le devraient possiblement. Dans les cas examinés par le Bureau, il est important de souligner qu'un faible nombre de détenus faisaient l'objet d'une forme d'observation en santé mentale quand ils sont décédés. Il n'est pas facile de gérer les risques de suicide de façon sécuritaire, mais la première étape essentielle consiste à cibler les personnes vulnérables. Une liste non exhaustive des détenus à risque élevé comprendrait :

- ceux qui ont des antécédents récents ou actifs d'automutilation;
- ceux qui nient avec insistance avoir des pensées suicidaires, mais dont les antécédents psychiatriques ou le comportement laissent croire le contraire;
- ceux qui signent des « contrats de sécurité »;
- ceux qui souffrent de troubles psychiatriques et dont la prescription de psychotropes a été récemment commencée, changée ou retirée;
- ceux qui cessent de consommer de la drogue ou de l'alcool;
- ceux qui souffrent de troubles psychiatriques ainsi que de toxicomanie;
- ceux qui ont récemment été transférés, surtout vers un établissement à sécurité plus élevée;
- les délinquants atteints de troubles mentaux placés en isolement.

Le point important à retenir au sujet du dépistage et de la détection est que les risques de suicide sont variables et dynamiques; certains risques sont liés à l'âge, au type d'infraction et à la durée de la peine. Le stress vécu pendant une peine peut augmenter le risque (p. ex. réception de mauvaises nouvelles pendant une audience du tribunal ou de libération conditionnelle, une conversation téléphonique, une visite familiale ou d'un avocat, la dissolution d'une relation ou des comportements inhabituels tels que la dépression, le repli, donner des effets personnels). Le dépistage et la détection de comportements suicidaires ne

---

<sup>30</sup> Citation de Hayes, op. cit. (2013).

devraient pas uniquement être effectués à l'admission ou pendant des situations de crise, mais plutôt de façon continue, tout au long de l'isolement.

Les responsables du SCC remplissent la *Liste de contrôle des besoins immédiats – Risque de suicide* avant de placer un détenu en isolement. Toutefois, étant donné que 14 des 30 détenus qui se sont enlevés la vie au cours des trois dernières années l'ont fait dans une cellule d'isolement, il semble que cet outil de dépistage (ou son administration) n'est pas nécessairement fiable pour détecter les intentions suicidaires. Il est rare qu'une personne admette volontairement à une autre qu'elle songe à s'enlever la vie ou qu'elle a un plan pour le faire. Il est encore moins probable qu'un détenu révèle à un agent de première ligne qu'il a des pensées autodestructrices. Les outils tels que les listes de contrôle et les systèmes de notation visant à estimer le risque de suicide ont leur place dans le milieu correctionnel, mais leur valeur et leur utilisation sont limitées pour déceler des intentions suicidaires latentes chez les détenus placés en isolement. Une liste de contrôle des risques de suicide au moment du placement en isolement, même avec une possibilité de référence, ne doit pas remplacer une évaluation complète et appropriée de l'état de santé mentale effectuée par un professionnel de la santé mentale. L'utilité d'une référence à des services de soins de santé par le personnel de sécurité dépend de l'efficacité du suivi. Le fait de se fier à ce que les détenus demanderont eux-mêmes un service est également problématique.

### **Autres sujets de préoccupation**

Trois autres sujets de préoccupation persistants sont notés quant aux efforts de prévention du SCC :

1. Problèmes liés à la qualité des patrouilles de sécurité, des dénombrements, des vérifications des détenus en vie et de la surveillance dynamique des risques de suicide tout au long de l'incarcération.
2. Inquiétudes quant à l'intervention d'urgence : le personnel ne transporte pas l'équipement de sauvetage approprié; délais prolongés avant de composer le 911; et retards pour trouver et utiliser l'équipement de sauvetage.
3. Lacunes dans l'échange de renseignements : manque de communication entre le personnel de sécurité de première ligne et les fournisseurs de soins de santé; et ruptures entre les responsables des établissements concernant le transfèrement d'un détenu.



Ces conclusions, ainsi que d'autres conclusions du présent rapport, correspondent à celles d'autres rapports d'examens et études liés aux décès en établissement menés par le Bureau depuis 2007. Les lacunes en matière de surveillance, d'intervention et d'échange de renseignements font partie d'une série de risques persistants et connus qui continuent de nuire aux efforts déployés pour réduire les décès évitables en établissement, y compris certains suicides.

## CONCLUSION

*[Traduction] Si vous tolérez quelques décès dans votre système correctionnel, vous avez déjà perdu la bataille<sup>31</sup>.*

Le SCC a un devoir de diligence et doit protéger la vie et éviter le décès des délinquants en établissement. Il est difficile de déceler et de gérer sécuritairement des personnes à risque de s'enlever la vie pendant leur incarcération, mais ce n'est pas impossible. Un grand obstacle incalculable aux efforts de prévention du SCC demeure la croyance organisationnelle que les suicides en milieu correctionnel sont des incidents rares, isolés et imprévisibles. Dans la plupart des examens après incident concernant des suicides en établissement, on a le sentiment que rien n'aurait pu être fait pour empêcher un détenu suicidaire, atteint de troubles mentaux ou qui s'automutile ayant accès aux moyens nécessaires, de s'enlever la vie. On garde l'impression que la plupart des décès par suicide, même s'ils sont très tragiques et qu'il y avait des signes précurseurs, ne sont tout simplement pas à la portée des mesures actuelles de prévention ou de correction.

Un facteur qui nuit grandement aux progrès semble être le manque de suivi immédiat et intensif, surtout en ce qui concerne la diffusion des leçons retenues des comités d'enquête au sein d'un Service très décentralisé. Le fait que les mesures correctives sont normalement présentées à la haute direction plusieurs mois (voire même années) après l'incident augmente invariablement la probabilité que les mêmes erreurs organisationnelles se répètent encore et encore. Les vérifications et les enquêtes après incident sont presque

---

<sup>31</sup> Citation de Hayes, op. cit. (2013).

exclusivement axées sur la conformité opérationnelle, et il est surprenant de constater le peu d'attention qu'elles portent aux risques organisationnels et aux dangers environnementaux (p. ex. l'accès aux soins et au soutien en santé mentale, l'isolement en tant que variable indépendante, l'accès à des points de suspension dans les cellules) qui devraient raisonnablement être atténués. Après tout, l'objet de mener des enquêtes rétrospectives est d'utiliser les conclusions qui en sont tirées pour apporter des ajustements et des corrections afin d'éviter que des incidents semblables ne se produisent.

En rétrospective, peu de suicides examinés par le Bureau, voire aucun, peuvent être qualifiés de purement impulsifs. En effet, dans la majorité des cas, des incidents immédiats (dans les 24 heures précédant l'incident) ou près de l'incident (dans la semaine précédant l'incident) étaient connus, ainsi que d'autres circonstances, risques ou influences indiquant des intentions suicidaires. Les leçons retenues de chaque suicide devraient avoir une incidence durable sur l'organisation et ses efforts liés à la prévention et aux rapports publics concernant les décès en établissement. Les enquêtes après incident devraient inciter à des réformes nécessaires de la transparence et de la responsabilisation qui comprendraient notamment la communication des rapports des comités d'enquête aux membres désignés de la famille, la diffusion de ces rapports au public, ainsi que leur transmission aux bureaux des coroners et des médecins légistes provinciaux, même si l'incident faisant l'objet de l'enquête ne nécessite pas une enquête publique médico-légale ou du coroner.

L'examen par le Bureau de 30 cas récents de suicides laisse penser qu'il est toujours possible, et nécessaire, de faire des progrès en matière de prévention du suicide en établissement. Les résumés de cas ci-joints soulignent les risques, les circonstances et les lacunes tirés des conclusions des comités d'enquête du SCC. Si on les avait ciblés et atténués de façon appropriée, il est possible que les incidents et les facteurs mis en cause auraient eu un résultat différent que de précipiter la mort. À cette fin, les mesures correctives suivantes sont recommandées afin d'éviter de futurs décès en établissement.

## RECOMMANDATIONS

1. En priorité immédiate, le SCC devrait retirer les points connus de suspension dans les cellules d'isolement du pays. Si on le juge impossible des points de vue économique et technique, ces cellules (ou rangées) devraient être désactivées.
2. L'isolement de longue durée des détenus atteints d'une maladie mentale grave, suicidaires ou qui s'automutilent doit être expressément prohibé.
3. Le SCC devrait afficher immédiatement sur son site Web externe le Rapport final du deuxième comité d'examen indépendant sur les décès en établissement survenus en 2010-2011, ainsi que sa réponse aux conclusions et aux recommandations présentées dans ce rapport.
4. Le SCC devrait continuer de produire ses rapports annuels sur les suicides de détenus ou les remplacer par un rapport annuel comprenant une analyse des décès en établissement, peu importe leur cause. Ce mécanisme de rapports comprendrait une synthèse des conclusions et des recommandations importantes émanant des comités d'enquête du SCC, des examens des taux de décès de cause naturelle, ainsi que des questions pertinentes relevées par des coroners provinciaux et territoriaux et dans les enquêtes médico-légales portant sur des détenus sous responsabilité fédérale. Les mesures correctives visant à atténuer les risques organisationnels devraient constituer un aspect important de ces rapports d'étape publics.
5. Le SCC devrait compiler et publier, dans un document évolutif complet, les différents éléments de sa stratégie et de son programme de prévention et de sensibilisation au suicide.
6. Un effort national, dirigé par les services de santé, devrait cibler les détenus présentant un risque élevé de suicide qui se trouvent en isolement de longue durée ou qui ont été placés à plusieurs reprises, et trouver des mesures d'atténuation appropriées à communiquer à toutes les unités opérationnelles.
7. Le Comité régional sur les cas complexes de santé mentale devrait superviser directement les plans de traitement et de gestion des détenus mis sous surveillance active du risque de suicide ou faisant l'objet d'un suivi

de la santé mentale et placés dans une cellule d'isolement, d'observation, de soins psychiatriques ou de comportement.

8. Il faudrait étendre la portée des autopsies psychologiques menées dans le cadre d'enquêtes portant sur des suicides en établissement afin de déterminer les causes profondes possibles et de comparer les profils des détenus qui se sont suicidés.
9. Il faudrait encourager les comités d'enquête sur les suicides en établissement à aller au-delà de la conformité et à se concentrer sur la découverte des lacunes organisationnelles et des risques environnementaux (p. ex. l'accès aux moyens de se suicider), ce qui pourrait permettre la prévention de décès semblables.
10. Le SCC devrait communiquer régulièrement les conclusions des comités d'enquête aux membres désignés de la famille, ainsi qu'aux bureaux des coroners et des médecins légistes provinciaux et territoriaux, que le décès fasse ou non l'objet d'une enquête publique médico-légale ou du coroner.
11. Toutes les formations du personnel du Service, y compris pour l'orientation, la mise à jour des connaissances et le perfectionnement, devraient être davantage axées sur les préoccupations et les problèmes de santé mentale dans le milieu correctionnel. Les formations en classe devraient être offertes de façon vivante et interactive par des professionnels de la santé mentale, dans le but d'aider le personnel de sécurité à reconnaître les détenus suicidaires, ayant des troubles mentaux ou qui s'automutilent et à assurer leur sécurité.

Deux autres recommandations provenant de rapports et d'enquêtes précédents du Bureau demeurent pertinentes et devraient être prises en compte dans le contexte d'une réponse complète et détaillée :

- i. **Le SCC devrait créer un poste de cadre supérieur dont le titulaire devra promouvoir, surveiller et assurer l'adoption des pratiques de détention sécuritaire.** (*Évaluation finale de la réponse du Service correctionnel du Canada sur les décès en établissement, septembre 2010, et Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012*).

- II. **Le ministre de la Sécurité publique devrait créer un forum consultatif national indépendant regroupant des experts, des praticiens et des groupes d'intervenants afin d'examiner les tendances, de communiquer les leçons apprises et de proposer des projets de recherche qui permettront de réduire le nombre et le taux de décès dans les établissements de détention du Canada.** (*Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2012-2013*).

# **ANNEXE**

## **RÉSUMÉS DE CAS**

## **RÉSUMÉ DU CAS N° 1**

### **SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU PURGEANT UNE PEINE D'EMPRISONNEMENT À PERPÉTUITÉ**

#### **Contexte**

Un membre du personnel correctionnel effectuant une patrouille de sécurité de routine a trouvé un détenu pendu à partir du cadre de la couchette supérieure d'un lit superposé dans sa cellule à double occupation.

Le détenu était nouvellement admis et faisait l'objet d'une évaluation aux fins d'un placement pénitentiaire. Il était relativement peu connu des membres du personnel puisqu'il en était à sa première peine d'incarcération dans un établissement fédéral. Il purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité, mais il avait déjà eu des périodes d'incarcération et de probation à l'échelon provincial.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu était sans abri et coupé de sa famille. Il avait d'importants antécédents de toxicomanie et avait reçu un diagnostic de trouble psychotique. Le détenu avait des complications liées au diabète et il ne se conformait pas à son traitement.

Le détenu avait récemment confessé avoir commis un meurtre et a été par la suite accusé.

Il avait fait au moins deux tentatives de suicide auparavant.

#### **Événements précédant le décès**

Le détenu a toujours nié avoir des idées suicidaires et d'avoir tenté de se suicider lors des évaluations de dépistage initiales et des entrevues avec les professionnels de la santé.

Un renvoi non urgent a été fait au département de la psychologie en raison d'un comportement bizarre au cours de l'évaluation des besoins immédiats effectuée à son arrivée. Il a éventuellement rencontré un professionnel de la santé mentale et a été jugé comme étant asymptomatique. Toutefois, un renvoi non urgent en vue d'une consultation en santé mentale a été effectué, et une demande a aussi été faite afin qu'il soit rencontré de façon hebdomadaire par quelqu'un de l'unité des soins de santé mentale.

Le détenu a raté deux occasions de participer au dépistage des troubles mentaux en raison d'autres rendez-vous médicaux.

Un compagnon de cellule a remarqué un changement de comportement chez le détenu lorsqu'il a arrêté de sortir à l'extérieur après sa première semaine d'incarcération et qu'il dormait beaucoup.

Les services de santé ont vu le détenu, afin de traiter une maladie chronique, le matin de son suicide. Il a aussi été vu au moment de la distribution des repas et il semblait bien à ce moment. Il s'est suicidé peu après que son compagnon de cellule soit sorti dans la cour de récréation.

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le CEN est arrivé à la conclusion qu'il n'y avait pas eu de facteurs déclencheurs immédiats au suicide du détenu et qu'il n'y avait aucune information connue qui indiquait qu'il présentait un risque imminent de suicide. Par contre, il y avait des facteurs de longue date (c.-à-d. maladie mentale, isolement familial) et déterminants (isolement social et culturel, état de santé et non-respect du traitement) qui étaient connus du SCC.

Le département de psychologie, les services de santé et l'unité de santé mentale n'étaient pas au courant des informations indiquant les tentatives de suicide antérieures du détenu. Bien que l'information sur les tentatives de suicide antérieures ait été finalement récupérée, elle n'a pas été immédiatement fournie aux professionnels de la santé appropriés.

L'évaluation du risque de suicide et de la santé mentale, le dépistage aux fins de renvoi ainsi que les évaluations des soins de santé et les évaluations cliniques initiales ont été effectués, mais ils étaient fondés sur les déclarations du détenu et ne tenaient pas compte des renseignements reçus des autorités provinciales. De plus, il a été établi que l'entrevue des services de santé avait été faite dans un endroit achalandé, à la hâte, de façon non confidentielle et sans un examen approprié de l'information fournie par des tiers.

### **Recommandations du CEN du SCC (deux de quatre)**

Le SCC devrait négocier un protocole d'entente avec les autorités correctionnelles provinciales afin que celles-ci transmettent les renseignements sur la santé 24 heures avant le transfèrement d'un détenu.

Le SCC devrait élaborer un processus pour s'assurer que les renseignements essentiels (p. ex. les rapports psychologiques et psychiatriques, les renseignements sur la santé mentale) soient communiqués aux membres appropriés du personnel avant les évaluations.

### **Résumé des préoccupations du BEC**

Identification des indicateurs de risque de suicide

Échange de renseignements

Nécessité d'extraire immédiatement les renseignements pertinents



## **RÉSUMÉ DU CAS N° 2**

### **SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU AUTOCHTONE**

#### **Contexte**

Au cours d'une patrouille de sécurité de routine, le détenu a été retrouvé pendu aux barres de la porte de sa cellule. Il devait avoir 30 ans le lendemain.

Le détenu avait de longs antécédents criminels, dont la violence semble s'être intensifiée au fil du temps. Au moment de son décès, il purgeait sa deuxième peine sous responsabilité fédérale dans un établissement à sécurité maximale.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu a commencé à inhaler des solvants à un très jeune âge, suivant le décès de son père. Il a ensuite commencé à consommer de la marijuana, puis de l'alcool. Il était violent avec les animaux lorsqu'il était jeune.

Le détenu a dit avoir été victime de sévices par des membres de sa famille.. Il a aussi révélé avoir été agressé sexuellement par deux hommes différents (des étrangers) à deux occasions différentes, mais qu'il avait eu trop peur de signaler les incidents.

Le détenu avait des problèmes de comportement, tels que l'hostilité et la colère, et il prit part à des incidents de violence familiale.

Il n'y avait aucune information quant à des antécédents de tentative de suicide en établissement fédéral et il ne présentait aucun signe de pensées suicidaires. Par contre, le détenu a déclaré avoir tenté de se suicider à deux occasions dans la collectivité.

#### **Événements précédant le décès**

Des évaluations des besoins immédiats et du risque de suicide ont été réalisées dans deux établissements et ont donné des résultats négatifs pour tous les indicateurs de risque de suicide. Le détenu a indiqué qu'il était en détention dans un établissement provincial la dernière fois où il avait eu des idées suicidaires. Toutefois, ses tentatives de suicide antérieures n'ont pas été jugées importantes pour ce qui est de prédire de futures tentatives, car elles s'étaient produites il y a longtemps. Le détenu a refusé de participer aux programmes et ne se conformait pas à son plan correctionnel. Il voyait rarement le personnel des soins de santé ou le psychologue, mais il avait des contacts réguliers avec l'agent de liaison et l'Aîné.

Un Aîné a vu le détenu quelques semaines avant son suicide et il n'a remarqué aucun changement ou problème. Il a rapporté que le détenu était « souriant et bien ».

Le jour de son suicide, le détenu a fait de nombreux appels téléphoniques. On a plus tard déterminé qu'il avait appelé des membres de sa famille et qu'après ces appels il semblait bouleversé (comme l'a signalé un autre détenu). Le détenu est ensuite retourné dans la salle commune et a donné un jeu de cartes à un autre délinquant en lui

disant de ne pas s'adonner au jeu. Le personnel n'était pas au courant de cette information avant le suicide.

**Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le CEN a découvert qu'aucun signe précurseur, événement déclencheur ou facteur de risque contributif n'a été porté à l'attention du personnel.

Les antécédents sociaux autochtones du détenu n'ont pas été pris en considération lors de la dernière évaluation annuelle de sa cote de sécurité.

**Recommandations du CEN du SCC**

Le personnel du SCC devrait recevoir une formation sur la manière d'intégrer les antécédents sociaux des Autochtones dans le processus décisionnel.

**Résumé des préoccupations du BEC**

Prise en considération des antécédents sociaux des Autochtones

**RÉSUMÉ DU CAS N° 3**  
**SUICIDE PAR ASPHYXIE D'UN DÉTENU PURGEANT**  
**UNE PREMIÈRE PEINE SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE**

**Contexte**

Au cours d'une patrouille de sécurité de routine dans l'unité d'isolement, un agent correctionnel a trouvé le détenu face contre sol sous son lit. Lorsqu'il a été retiré de cet endroit, on a constaté que le détenu avait la tête recouverte d'une serviette et d'un sac de plastique, noués avec un fil électrique. Une note de suicide a été trouvée plus tard dans sa cellule.

Le détenu, purgeant sa première peine fédérale, n'avait aucun antécédent criminel.

**Profil du délinquant**

Le détenu a eu une longue carrière dans diverses professions jusqu'à ce que des troubles de santé l'obligent à quitter son emploi pour des raisons d'invalidité. Il tirait une grande fierté de son travail et de sa réussite professionnelle.

Le détenu souffrait depuis longtemps de graves problèmes de santé et il devait prendre des médicaments pour soulager la douleur ce qui l'aurait mené à consommer d'autres substances.

Il avait des antécédents de traitement psychiatrique pour la dépression et l'anxiété liées à son état de santé. Il a admis avoir périodiquement des idées suicidaires, mais il a constamment nié avoir l'intention de passer à l'acte ou d'avoir des comportements suicidaires.

Le détenu avait récemment perdu sa mère (dont il était très proche), il avait précédemment perdu son père et une sœur, et il n'avait plus de contact avec ses frères. Il a aussi perdu un certain nombre d'amis proches à la suite de maladies ou d'abandon (après avoir été accusé).

**Événements précédant le décès**

Le détenu a été placé en isolement préventif non sollicité pour la majorité de son incarcération en établissement fédéral, en raison de craintes pour sa sécurité.. Il a été maintenu en isolement après un transfèrement intrarégional; une situation qu'il trouvait frustrante. Il était en attente d'un transfèrement interrégional non sollicité pour mettre fin à son isolement à long terme. Il avait présenté une réfutation au transfèrement interrégional.

Calculée en fonction de l'échelle de classement par niveau de sécurité, la cote de sécurité initiale du détenu était une cote de sécurité minimale qui a par la suite été dérogée pour une cote de sécurité moyenne.

Le détenu s'est vu attribuer l'emploi de nettoyeur-serveur dans le secteur d'isolement. Par contre, plusieurs détenus s'y sont opposés et l'ont continuellement harcelé. Peu avant son décès, le détenu a démissionné volontairement de son emploi.

Le détenu était vu tous les jours par des infirmières des services de santé, des agents correctionnels et un gestionnaire correctionnel. Son état de santé physique général continuait néanmoins de se détériorer et il ne demandait aucune aide médicale. Il faisait aussi l'objet de réexamens réguliers des cas d'isolement, lesquels ne révélaient aucune idée suicidaire ou inquiétude. Un professionnel en santé mentale l'a rencontré quelques jours avant son décès, et aucune inquiétude n'avait été notée.

Les antidépresseurs et les anti-anxiogènes du détenu avaient récemment été changés ou arrêtés temporairement (dans les six semaines précédant son décès).

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le Comité n'a trouvé aucun signe précurseur à l'incident visé par l'enquête et n'a trouvé aucun élément de preuve qui laisse croire que le personnel savait que le détenu songeait à se suicider. Toutefois, le Comité a relevé un certain nombre de facteurs déclencheurs et contributifs, mais il a constaté que ces facteurs avaient tous été pris en compte comme il se doit.

Le détenu n'a pas participé à une évaluation psychologique initiale, car une évaluation psychologique avait déjà été faite à la demande de la cour. Toutefois, cette évaluation comportait des erreurs de fait.

L'évaluation en vue d'une décision concernant la cote de sécurité et le placement pénitentiaire n'a pas été effectuée avec tous les renseignements pertinents et exacts; ce qui a donné des cotes inexactes pour certains éléments critiques. Les membres du Comité conviennent que sa cote de sécurité répond à la politique, mais ils notent que le détenu aurait pu être pris en charge dans un établissement à sécurité minimale, ce qui aurait réduit son isolement à long terme et rendu inutile le transfèrement interrégional non sollicité.

Les patrouilles de sécurité n'étaient pas exécutées de façon uniforme; certaines patrouilles de sécurité n'incluaient pas tous les postes de poinçonnage et certaines n'étaient pas effectuées au moins soixante minutes après le début de la dernière patrouille.

### **Recommandations du CEN du SCC**

Le SCC devrait mettre en place un processus d'examen de la qualité du taux de concordance de la cote de sécurité du délinquant et de l'échelle de classement par niveau de sécurité (ECNS) pour évaluer et éliminer les facteurs locaux qui contribuent au nombre élevé de dérogations à l'ECNS. De plus, le SCC devrait commander une étude

nationale pour cerner les facteurs qui contribuent aux divergences entre l'ECNS et la cote de sécurité du délinquant.

### **Recommandations découlant de l'enquête provinciale**

Le directeur régional des Services de santé devrait établir des protocoles d'entente avec les hôpitaux communautaires qui offrent des services aux détenus du SCC de façon à ce que des résumés de traitement et d'intervention soient remis aux agents accompagnateurs aux fins de livraison aux Services de santé au retour du détenu de l'hôpital.

Établir des unités de soins de santé mentale intermédiaires (une dans chaque région du SCC).

### **Résumé des préoccupations du BEC**

Identification des indicateurs de risque de suicide

Suivi continu et complet des indicateurs et des événements connus

Exécution des patrouilles de sécurité dans les délais requis (sécurité active)

Pertinence de la dérogation à une cote de sécurité

Utilisation de documents externes en remplacement des rapports exigés par le SCC

## **RÉSUMÉ DU CAS N° 4**

### **SUICIDE PAR ASPHYXIE D'UN DÉTENU DANS UN ÉTABLISSEMENT FÉDÉRAL**

#### **Contexte**

Au cours d'une patrouille de sécurité de routine dans l'unité d'isolement, un agent correctionnel a trouvé le détenu assis par terre, appuyé contre le mur arrière de la cellule, avec une ligature confectionnée à l'aide d'un drap autour du cou suspendu à la fenêtre.

Le détenu purgeait sa troisième peine en établissement fédéral.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu a été pris en charge par les Services sociaux lorsqu'il était très jeune. Il est resté en foyer d'accueil jusqu'à son adoption. Les parents adoptifs du détenu faisaient preuve de violence physique et psychologique à son égard, et il a rapporté avoir été agressé sexuellement.

Le détenu avait un lourd passé criminel. Son comportement criminel était directement lié à un problème de toxicomanie et servait à financer sa dépendance. Il a commencé à abuser des drogues (incluant la cocaïne et l'héroïne) et de l'alcool au début de son adolescence. Ses parents adoptifs ont révoqué l'adoption lorsqu'il n'était qu'un adolescent.

Le détenu avait depuis longtemps des comportements autodestructeurs (depuis l'enfance), principalement à titre de stratégie d'adaptation pour l'aider à maîtriser sa frustration et sa colère. Il a tenté de se suicider à plusieurs occasions. Il a aussi eu de nombreux problèmes de santé mentale.

#### **Événements précédant le décès**

En raison de problèmes de santé mentale, le détenu a été placé dans un centre de traitement peu après son arrivée à l'établissement du SCC aux fins d'évaluation et de traitement. Il est resté dans ce centre environ six mois et demi et il réalisait des progrès avant d'être retourné dans son établissement d'origine. Pendant le transport et à son arrivée à l'établissement, le détenu était très bouleversé et désespéré quant au transfèrement, car il se sentait en sécurité au centre de traitement. Il a menacé de commettre des actes d'automutilation et il a donc été placé dans une cellule d'observation.

Il a continué d'être tracassé par son transfèrement et a régulièrement exprimé une frustration à ce sujet. Il avait aussi peur que sa santé mentale se détériore s'il restait dans une cellule d'observation. Il a fini par être placé en isolement non sollicité (pendant 43 jours).

Pendant que le détenu était au centre de traitement, une ordonnance pour problèmes mentaux a été remplacée par une ordonnance qui était connue pour avoir comme effet indésirable, le suicide.

Le détenu a eu plusieurs problèmes de santé et il a été traité en conséquence au centre de traitement. Toutefois, ces traitements ont pris fin après son transfèrement vers son établissement d'origine, ce qui a causé de la frustration et de l'anxiété chez le détenu. De plus, ses problèmes de santé mentale déterminés antérieurement n'ont pas été pris en compte par les cliniciens du SCC. Le statut de surveillance de son état de santé mentale a été retiré environ un mois et demi avant sa tentative de suicide.

S'approchant de son décès, le détenu a souvent refusé de manger ou de prendre ses médicaments. À un moment donné, il a utilisé du ketchup pour écrire les mots « mourir » et « mort » sur les murs de sa cellule. Il s'est aussi adonné à plusieurs actes d'automutilation, mais aucun de ces actes n'a été adéquatement classifié comme une automutilation.

Trois jours avant son suicide, le détenu a été informé qu'il était considéré pour un transfèrement interrégional afin d'atténuer son placement en isolement. Il a exprimé de l'inquiétude au sujet de ce transfèrement imminent, car il n'aurait plus de soutien communautaire.

La veille de son décès, le détenu s'est adonné à des actes d'automutilation assez graves pour justifier une évaluation et un traitement plus poussés à l'hôpital communautaire. Cet incident d'automutilation n'a pas été signalé à un professionnel de la santé mentale et n'a pas fait l'objet d'un suivi approprié lorsqu'il a été porté à l'attention d'un professionnel de la santé mentale. Par conséquent, le risque que le détenu commette un autre acte d'automutilation n'a pas été évalué.

Le soir de sa tentative de suicide, le détenu a parlé à un membre de sa famille et s'est plaint au sujet de son placement dans l'établissement. Il ne voulait pas être à cet établissement et il avait le sentiment que personne ne se souciait de lui.

Environ une heure avant son suicide, le détenu a reçu un acte d'accusation pour avoir endommagé un bien du gouvernement la veille.

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

L'incident d'automutilation survenu la veille du décès du détenu était un signe précurseur du suicide et si cet incident avait fait l'objet d'un suivi approprié, le personnel aurait pu intervenir et éviter le suicide. Le personnel du SCC ne comprenait pas le but du comportement autodestructeur du détenu et avait l'impression qu'il s'agissait d'un comportement manipulateur utilisé par le détenu pour retourner au centre de traitement, ce qui a miné les stratégies d'intervention.

Les communications et l'échange de renseignements ont été jugés problématiques entre les établissements après le transfèrement du détenu. L'information qui a fini par être transmise était inexacte et incohérente.

Au moment de son décès, le détenu n'avait pas de plan de gestion clinique qui tenait compte de son comportement suicidaire et autodestructeur et il ne faisait pas l'objet d'une surveillance accrue, autre que celle qui a mené à son placement en isolement.

**Résumé des préoccupations du BEC**

Identification des indicateurs de risque de suicide

Méconnaissance au sein du personnel de la SCC du but de l'automutilation

Défaillances en matière de communication des renseignements



**RÉSUMÉ DU CAS N<sup>o</sup> 5**  
**SUICIDE PAR ASPHYXIE D'UN DÉTENU PURGEANT UNE PREMIÈRE PEINE SOUS**  
**RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE**

**Contexte**

Un agent correctionnel qui effectuait une patrouille de sécurité dans l'unité d'isolement a trouvé un détenu pendu à la ventilation de chauffage sur le mur de sa cellule à l'aide d'une bande de drap de lit. Il est décédé deux semaines avant la date de sa libération d'office.

Le détenu purgeait une première peine sous responsabilité fédérale dans un établissement à sécurité moyenne.

**Profil du délinquant**

Le détenu avait des liens étroits avec sa mère mais n'avait aucun contact avec son père depuis un certain nombre d'années. Le détenu n'était pas un citoyen canadien.

Le détenu avait un long passé d'antécédents criminels. Il avait fait l'objet d'un certain nombre de condamnations à l'adolescence et à l'âge adulte, lesquelles avaient mené à des périodes d'incarcération. Il avait souvent recours à des activités criminelles pour augmenter son maigre revenu.

Il était diagnostiqué comme souffrant de problèmes de santé mentale accrus. Des périodes d'hospitalisation pour ses problèmes de santé mentale étaient nécessaires parce qu'il ne prenait pas ses médicaments sur ordonnance.

Le détenu avait déjà manifesté un comportement d'automutilation à trois reprises, et il présentait des antécédents de toxicomanie.

**Événements précédant le décès**

La dernière condamnation du détenu avait entraîné une mesure d'expulsion prise par Citoyenneté et Immigration Canada. Le détenu s'inquiétait de la possibilité d'une expulsion et s'efforçait de réfuter la mesure d'expulsion.

Après avoir été placé dans un établissement à sécurité moyenne, il avait par la suite fait l'objet d'un transfèrement (après environ cinq mois) dans un Centre régional de traitement (CRT) en raison d'une détérioration de son état de santé mentale. Il avait passé huit mois au CRT où son état s'était stabilisé, et il ne présentait aucun autre problème de santé mentale.

Après avoir obtenu son congé du CRT, le détenu avait fait l'objet d'un transfèrement dans un établissement situé dans une autre région à sa demande de façon à être près de sa famille. Au cours du vol de transfèrement, les médicaments prescrits pour ses problèmes de santé mentale ne lui avaient pas été administrés.

Le détenu s'est suicidé cinq jours seulement après son arrivée en établissement. Durant cette période, il mentionnait son inquiétude auprès de plusieurs membres du personnel du SCC car il n'avait toujours pas pris ses médicaments. Il avait également exprimé ses préoccupations quant à la grande proximité avec de nombreux détenus au sein de la population générale, et il avait plus précisément indiqué avoir fait l'objet d'altercations physiques et de harcèlement.

Le dosage et le type de médicaments prescrits au détenu ont été changés à son arrivée du CRT.

Un membre du personnel infirmier avait informé le détenu du changement de médication, ce qui avait eu pour effet d'augmenter son anxiété. Il avait demandé d'être placé en isolement et il avait été convenu que l'isolement serait suffisant pour gérer ses problèmes courants de santé mentale.

Deux jours avant son décès, le détenu avait signalé à un membre du personnel infirmier qu'il était distrait et que ses idées étaient désorganisées, même s'il avait indiqué ne pas être suicidaire. Un renvoi avait été fait au professionnel en santé mentale; toutefois, le professionnel ne l'avait pas vu avant le décès étant donné que rien n'indiquait qu'il s'agissait d'un cas urgent.

Le détenu avait tenté à deux reprises de communiquer avec son père pendant cinq jours, mais sans succès.

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Aucun signe précurseur n'annonçait le décès du détenu, malgré trois événements possiblement déclencheurs (anxiété en raison de son transfèrement, anxiété attribuable à l'impossibilité de prendre ses médicaments durant le transfèrement et le changement de médication à son arrivée dans le nouvel établissement, et ce, sans compter la mesure d'expulsion en instance).

L'agent correctionnel qui effectuait la patrouille de sécurité dans l'unité d'isolement n'avait pas immédiatement demandé de l'aide; en conséquence, les efforts de réanimation avaient débuté avec un retard d'environ cinq minutes.

### **Recommandations du CEN du SCC**

Le SCC devrait examiner la nécessité de mettre en œuvre une politique afin de trouver un moyen d'administrer et documenter les médicaments sur ordonnance durant le transfèrement des détenus. Le SCC devrait élaborer un processus de sorte que la chaîne de possession des médicaments d'un détenu durant un transfèrement ne soit pas rompue et qu'elle fasse l'objet d'un suivi.

### **Résumé des préoccupations du BEC**

Soins en santé mentale (administration de médicaments et répercussions des changements apportés aux médicaments et aux posologies)

Continuité des soins durant les transfèvements

## **RÉSUMÉ DU CAS N° 6**

### **SUICIDE PAR EXSANGUINATION D'UN DÉTENU PURGEANT UNE PEINE À PERPÉTUITÉ**

#### **Contexte**

Un agent correctionnel a répondu à un appel à partir d'une cellule dans l'unité d'isolement et trouvé le détenu qui se « débattait » sur le plancher de sa cellule, criant et saignant abondamment. Le détenu s'est agrippé au cadre du lit lorsque les agents intervenants ont tenté de l'écartier de la flaque de sang pour commencer à lui donner les premiers soins. Il a continué à résister. Le personnel l'a menotté de façon à commencer le traitement. Le détenu avait utilisé une lame de rasoir jetable fixée à deux bâtonnets de bois avec du fil dentaire pour s'infliger des blessures graves.

Une note de suicide présentant ses excuses avait été rédigée à l'intention du psychologue, de même que des messages écrits sur le mur de la cellule condamnant le système carcéral.

Le détenu purgeait une première peine à perpétuité de ressort fédéral, même s'il avait fait l'objet de nombreuses condamnations à des peines de ressort provincial.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu avait été maltraité physiquement pendant son enfance et de ce fait il était très isolé. Il avait des liens étroits avec sa mère, qui était décédée un certain nombre d'années avant son suicide. Il n'avait plus de contact avec ses frères et sœurs sauf avec un d'entre eux.

Le détenu était alcoolique et il était en état d'ébriété au cours de chacune de ses nombreuses condamnations. La plupart de ses crimes avaient été perpétrés dans le but de se procurer de l'alcool.

Le détenu avait été diagnostiqué avec un problème de santé mentale et un lourd passé de pensées suicidaires et de tentatives de suicide en plus d'un comportement autodestructeur. Il a souvent fait des menaces, tenté ou complété de l'automutilation lorsqu'il faisait face à un transfèrement involontaire ou des situations stressantes.

#### **Événements précédant le décès**

Le détenu était inquiet de son placement futur (il était à ce moment-là dans une unité d'isolement) parce qu'il était incapable de retourner dans la population carcérale générale.

Environ un mois et demi avant son décès, le détenu avait été harcelé par d'autres détenus et agressé par l'un des harceleurs. Le détenu avait refusé d'aller dans la cour pour faire de l'exercice parce qu'il craignait pour sa vie; il avait tenté de se suicider deux jours après l'agression.

Moins d'un mois avant son décès, le détenu avait déclaré qu'il « prévoyait s'enlever la vie dans la douche en sectionnant sa veine jugulaire avec un rasoir ».

Un objet personnel auquel le détenu était profondément attaché avait été égaré durant son transfert dans une autre cellule; la veille de son décès, le détenu avait été informé que le personnel était incapable de retrouver l'objet en question.

Le jour précédant son décès, le détenu avait bénéficié d'une séance de consultation afin de l'aider à chasser ses pensées suicidaires suivant la perte de cet objet personnel. À la fin de la séance, le détenu avait conclu un « contrat de sécurité » avec le professionnel en santé mentale, et accepté de le rencontrer le lendemain matin.

Le détenu avait pris la lame d'un rasoir jetable durant une douche prise plus tôt ce jour-là. Même si l'établissement avait adopté une approche relative à un échange de rasoir « un pour un », les agents correctionnels n'avaient pas remarqué qu'il manquait une lame.

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le Comité a déterminé des facteurs de risque contributifs (c.-à-d. antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide), des facteurs déclencheurs (perte d'un objet personnel auquel il était profondément attaché) et un indicateur précédent immédiatement l'incident (se procurer une lame de rasoir).

Les agents responsables de l'isolement ignoraient l'état d'esprit du détenu, et ils disposaient de peu de renseignements le concernant puisque la majorité des quarts de travail était assurée par des équipes qui étaient affectées à l'unité dans le cadre de leur rotation à fonctions multiples. Bien que ce fait n'ait aucune incidence sur l'intervention médicale d'urgence, cela souligne la rupture de communication entre le détenu et les employés de l'unité d'isolement.

Il n'y avait aucune indication dans le journal d'isolement ou dans le journal de bord de l'unité d'isolement que le détenu pensait à se suicider à l'aide d'un rasoir dans la douche.

Il n'y avait aucune indication dans le journal d'isolement ou dans le journal de bord de l'unité d'isolement que le détenu avait conclu un « contrat de sécurité ». Même si le détenu répondait aux critères d'inclusion figurant dans l'Initiative sur la santé mentale en établissement (ISME), il n'avait rencontré qu'une seule fois un membre du personnel infirmier en santé mentale, l'établissement ne disposant pas de ce genre de poste durant de longues périodes.

### **Recommandations du CEN du SCC**

Un examen national devrait être envisagé pour combler l'écart au chapitre des ressources requises dans l'établissement de façon à assurer la gestion proactive des

détenus ayant des besoins modérés en matière de santé mentale, et qui présentent en permanence de graves problèmes de gestion, ce qui a pour effet de réduire les ressources consacrées à d'autres services importants de santé mentale et de psychologie. Cet examen devrait comprendre la possibilité de créer des unités de soins intermédiaires en santé mentale, soit au moins une par région.

**Résumé des préoccupations du BEC**

Identification des indicateurs du risque de suicide

Échange de renseignements

Continuité des soins

## **RÉSUMÉ DU CAS N° 7**

### **SUICIDE PAR ASPHYXIE D'UN DÉTENU AUTOCHTONE**

#### **Contexte**

Un agent correctionnel effectuant une patrouille régulière de sécurité dans un palier supérieur de l'unité d'isolement a trouvé le détenu pendu à un câble coaxial dans sa cellule. Le câble était lié à la partie supérieure du barreau à l'avant de la cellule. Une note de suicide a été trouvée par la suite.

Le détenu purgeait sa première peine sous responsabilité fédérale, et il avait tout juste purgé deux mois et 23 jours de sa peine.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu avait grandi dans un environnement familial violent où ses deux parents étaient alcooliques. Un membre de sa famille immédiate s'est enlevé la vie.

Pendant son adolescence, le détenu avait sombré dans la toxicomanie, d'abord en consommant de l'alcool, puis en consommant de la drogue.

Le détenu présentait des antécédents criminels, depuis qu'il était adolescent. La plupart des crimes commis en tant qu'adulte étaient de nature violente. La consommation de drogues était fréquemment un facteur contribuant à son comportement violent.

Le détenu avait un lourd passé d'automutilation, et il avait déjà tenté de se suicider à cinq reprises, y compris le jour où il avait commis l'infraction à l'origine de la peine. On lui avait diagnostiqué un trouble de santé mentale et il présentait des antécédents de dépression.

#### **Événements précédant le décès**

Malgré des problèmes de santé mentale diagnostiqués, des tentatives de suicide documentées, des rapports du personnel indiquant qu'il « pleurait tout le temps » et le fait que le détenu avait lui-même dit à un psychologue qu'il entendait des voix, aucun membre de l'équipe de santé mentale ne s'était penché sur les problèmes du détenu. Ceci était principalement la conséquence d'un manque de ressources et de problèmes en matière d'échange de renseignements. Aucun professionnel de la santé mentale n'avait vu le détenu au cours des 10 dernières semaines de sa vie.

Deux mois avant son décès, l'utilisation d'un médicament (pour réduire son impulsivité et ses symptômes de dépression) avait été discontinuée. Même si le détenu avait insisté disant qu'il ne prendrait que ce médicament en particulier, celui-ci avait quand même été retiré. Le profil pharmacologique du détenu n'avait pas été mis à jour après que la prescription de psychotropes soit retirée.

Environ un mois après que la prescription de psychotropes ait été retirée, le détenu avait été impliqué dans des bagarres avec deux détenus sur une période de quatre jours. Les bagarres avaient entraîné son placement en isolement, où il y était resté jusqu'à son décès environ trois semaines plus tard. Après la première bagarre, qui avait entraîné son placement en isolement, le détenu avait dit au personnel qu'il craignait de retourner en isolement. Le détenu s'est suicidé au cours de son second placement en isolement.

Quatre jours avant son suicide, le détenu avait découvert que son ancienne conjointe de fait était maintenant avec un autre homme.

Deux jours avant de mourir, le détenu avait eu une conversation avec l'aumônier alors qu'il était déprimé et qu'il réfléchissait aux conséquences de son propre décès; il avait notamment parlé de ce qu'il lui adviendrait s'il mettait fin à ses jours. Le détenu était redevenu parfaitement calme à la fin de l'entrevue; en conséquence, l'aumônier n'avait pas jugé nécessaire de rendre compte des commentaires du détenu à un professionnel de la santé mentale ni de documenter l'entrevue.

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le Comité a conclu que de nombreux facteurs historiques (antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide, toxicomanie, etc.) liés au risque de suicide n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation adéquate. Même si le personnel était initialement à l'affût du risque que présentait le détenu, leur supervision et surveillance avaient diminué de façon significative sur une courte période de temps.

Le Comité a conclu qu'il y avait un manque généralisé de communication parmi plusieurs membres du personnel. Il a en outre conclu que les employés étaient passés à côté de nombreuses occasions d'évaluer la nécessité que le détenu fasse l'objet d'une intervention en santé mentale, au moins au niveau « moyen » ou « supérieur ». La disponibilité limitée à des services psychiatriques dans l'établissement a directement contribué au retrait de toute forme de médicaments psychotropes.

Le Comité a conclu que l'établissement ne disposait pas des procédures internes requises pour assurer la continuité des soins, y compris vérifier qu'un régime médicamenteux approprié est en place, dans les cas où il aurait été décidé à l'externe de retirer un médicament en particulier.

### **Recommandations du CEN du SCC**

Le Comité a recommandé que des fournisseurs de services contractuels qui sont en contact étroit avec les détenus reçoivent la même formation sur la sensibilisation au suicide et sur la façon de le prévenir, laquelle est donnée aux employés permanents qui assument des rôles analogues.



## **Résumé des préoccupations du BEC**

Identification et suivi des indicateurs du risque de suicide

Échange de renseignements

Affectations des ressources en santé mentale

Formation des employés contractuels

Continuité des soins

**RÉSUMÉ DU CAS N° 8**  
**SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU PURGEANT UNE PREMIÈRE PEINE SOUS**  
**RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE**

**Contexte**

Le détenu a été trouvé pendu au ventilateur de sa cellule par un lien fait d'un drap de lit.

Le détenu purgeait une première peine sous responsabilité fédérale et s'approchait de la date d'expiration de son mandat.

**Profil du délinquant**

Quelques années avaient été ajoutées à sa peine initiale en raison d'infractions commises alors qu'il était. Une cote de sécurité maximale avait été maintenue au cours de sa peine, et il avait fréquemment été placé en isolement.

Élevé dans un contexte familial difficile, il avait commencé à montrer des signes de problèmes comportementaux dès un très jeune âge, soit après le décès de son frère. Il avait commencé à consommer des drogues, et il avait été placé dans divers centres jeunesse.

Après une période d'isolement de huit mois dans un établissement à sécurité maximale, il avait commencé à présenter un risque élevé de comportements d'automutilation, il avait finalement fait l'objet d'un transfèrement dans un centre régional de santé mentale. Son séjour ayant été difficile, au bout du compte, il avait été décidé de procéder à son transfèrement dans un établissement à sécurité maximale dans une autre région, mais pour de nombreuses raisons, le transfèrement n'a jamais eu lieu.

**Événements précédant le décès**

Au cours des derniers mois de sa peine, l'état mental du détenu s'était détérioré. Son équipe traitante en santé mentale avait prescrit et ajusté ses médicaments pour l'aider à surmonter son anxiété et son état dépressif.

Deux semaines avant son décès, il avait fait l'objet d'un placement en isolement. Le jour de l'incident, la direction de l'établissement avait décidé que le Centre de santé mentale n'était plus en mesure de répondre aux besoins pressants du détenu en raison de son comportement et qu'il fallait le placer en isolement.

Lors de son isolement régulier, le personnel n'avait pas été immédiatement avisé que le détenu faisait l'objet d'une surveillance de la santé mentale ou qu'il avait besoin d'un suivi serré et constant. Lorsque des directives avaient été données concernant la surveillance constante (seulement quelques minutes après que le détenu ait été confiné dans sa cellule), on avait remarqué que le détenu avait couvert la fenêtre de la porte de sa cellule d'excréments et de papier.

Le membre du personnel responsable de la surveillance du détenu n'avait aucun moyen de communication, et il avait dû s'éloigner de la zone pour aviser son superviseur de ce fait nouveau. Au même moment, un autre détenu dans la rangée nécessitait une intervention pendant que l'agent de service dans cette rangée surveillait un troisième détenu qui utilisait un téléphone de l'établissement.

Conséquemment, le détenu avait été laissé sans surveillance pendant environ 10 minutes, et il disposait des moyens de se faire du mal (ses vêtements et la literie étaient dans la cellule).

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le personnel connaissait les signes précurseurs et les facteurs déclencheurs. D'importantes lacunes en matière de communication des directives concernant la surveillance du détenu ont menées à une courte période où il avait les moyens et l'occasion de se suicider.

Les lacunes en matière de communication entre les établissements ont été jugées suffisamment sérieuses pour exiger des recommandations officielles sur les changements à apporter aux politiques institutionnelles en place.

L'établissement avait identifié le point de suspension précis utilisé par le détenu pour se suicider, mais il avait été décidé que rien ne pouvait être fait à ce sujet. Le CEN a remis en question cette décision.

### **Recommandations du CEN du SCC**

Le SCC devrait modifier la Directive du commissaire concernant la gestion du risque de suicide et d'automutilation afin de préciser la nature de divers niveaux de surveillance.

Le SCC devrait déterminer un secteur national chargé d'assurer le leadership national en matière de gestion des efforts visant à réduire le nombre de points de suspension dans les cellules des établissements dans l'ensemble du pays.

### **Résumé des préoccupations du BEC**

Surveillance de la santé mentale  
Solution de rechange à l'isolement  
Échange de renseignements  
Continuité des soins

## **RÉSUMÉ DU CAS N° 9**

### **SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU**

#### **Contexte**

Au cours de la patrouille de sécurité du matin, un agent correctionnel a trouvé le détenu pendu à une étagère à l'aide d'un drap de lit.

Le détenu avait été libéré environ six mois, mais il avait fait l'objet d'une suspension.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu présentait des antécédents criminels, qui avaient débuté par des infractions commises contre les biens et qui avaient escaladé en terme de violence au cours des années.

Ayant de la difficulté à faire face à ses problèmes de toxicomanie et souffrant de problèmes de santé mentale et d'un trouble dégénératif, le détenu avait déjà tenté de se suicider à deux reprises.

#### **Événements précédant le décès**

Le personnel n'avait remarqué aucune différence dans le comportement du détenu les jours précédant son décès. Il avait continué à participer aux activités quotidiennes et il envisageait des solutions juridiques relatives à sa situation.

Il avait refusé de rencontrer un membre du personnel infirmier et le psychologue au moment de sa suspension, mais ces derniers avaient insisté pour le rencontrer, sans toutefois remarquer d'idées suicidaires à ce moment-là. Il avait été dirigé vers une équipe de santé mentale en raison de son diagnostic de maladie mentale.

#### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le Comité n'a fait aucune constatation de non-conformité ni aucune recommandation.

#### **Résumé des préoccupations du BEC**

Identification des indicateurs du risque de suicide

Points de suspension

## **RÉSUMÉ DU CAS N° 10**

### **SUICIDE PAR PENDAISON D'UN DÉTENU AUTOCHTONE**

#### **Contexte**

Un membre du personnel correctionnel a trouvé le détenu pendu au couvercle de protection du détecteur de fumée dans sa cellule. Les interventions d'urgence ont été efficaces, et le détenu a été transporté en ambulance dans un hôpital communautaire où il a été mis sous assistance respiratoire. Il est décédé moins de 24 heures plus tard.

Le détenu présentait des antécédents de violence, tant à son endroit qu'à l'endroit d'autrui. Il avait tenté de se suicider à six reprises dans l'année de son décès. Il était considéré à risque chronique de se suicider et avait passé la majorité de son incarcération en isolement ou dans des conditions semblables.

#### **Profil du délinquant**

Le détenu purgeait une peine à perpétuité depuis l'âge de 18 ans.

Il avait été impliqué dans nombre d'incidents violents contre les membres du personnel et d'autres détenus, notamment des situations de prises d'otages.

L'isolement et la privation avaient donné lieu à divers gestes et comportements d'automutilation, de même qu'à des tentatives de suicide. À maintes reprises, le détenu avait été placé dans une cellule d'observation pendant de longues périodes, parfois dans des chaises de contention en quatre points. À de nombreuses reprises, le détenu avait fait l'objet de mesures de contention (jusqu'à 10 jours une fois et pendant presque un mois alors qu'il était hospitalisé). On lui injectait fréquemment des médicaments pour le calmer lorsqu'il était en crise.

L'établissement requérait l'expertise de l'administration centrale régionale et de l'administration centrale nationale, de même que celle du personnel du Centre de traitement pour l'aider à gérer le comportement du détenu.

Le détenu avait été admis pour un court séjour dans un hôpital psychiatrique sécuritaire durant sa peine; toutefois, ses comportements constituant un danger avaient mené à son retour dans l'établissement. Son dossier avait été présenté demandant l'admission dans cet hôpital à deux autres occasions, mais la demande d'admission avait été refusée.

#### **Événements précédant le décès**

Une semaine avant son décès, le détenu s'était mutilé en se taillant les poignets et la gorge, en demandant l'aide des agents et en disant qu'il voulait mourir. Ses blessures avaient été traitées et il avait fait l'objet de mesures de contention pendant 27 heures. Par la suite, il avait été placé sous surveillance accrue du risque de suicide, mais il avait

réussi à se blesser en se frappant la tête, il avait encore une fois fait l'objet de mesures de contention pendant une autre période 20 heures.

Deux jours après, le détenu avait encore une fois été placé sous surveillance accrue du risque de suicide dans une cellule d'observation pendant quelques heures avant de faire l'objet d'une surveillance modifiée du risque de suicide. Sa situation semblait s'améliorer et son statut de surveillance avait été remplacé par « surveillance de la santé mentale ».

Le jour précédant et le jour-même de son décès, le détenu avait été vu par les soins de santé et le personnel correctionnel à quelques reprises. Il se plaignait de sensations irrépressibles d'anxiété et il avait déclaré être tombé à deux reprises. Moins de trois heures avant d'avoir été trouvé inanimé, un membre du personnel infirmier lui avait administré ses médicaments. Il semblait calme et n'avait formulé aucune plainte.

### **Conclusions du Comité d'enquête nationale (CEN) du SCC**

Le Comité a conclu que les besoins particuliers du détenu nécessitaient un environnement plus propice aux traitements que ce que l'établissement pouvait offrir. Toutefois, la violence et l'agressivité affichées par le détenu limitaient le nombre d'options disponibles. Le Comité a en outre conclu que le plan de gestion du comportement en place pour le détenu était inefficace puisqu'il entraînait fréquemment l'isolement physique du détenu même lorsque ses comportements étaient appropriés.

### **Recommandations du CEN du SCC**

Le Comité a recommandé qu'un détenu (lorsque cela est possible) ne fasse pas l'objet d'un transfèrement dans l'unité spéciale de détention dans le cas où son comportement violent serait lié à un problème grave de santé mentale.

Le Comité a recommandé que le plan de gestion interdisciplinaire fasse l'objet d'une réévaluation de façon à éliminer les formes d'interventions punitives.

Le Comité a recommandé que les efforts déployés à l'échelon national soient davantage uniformisés pour ce qui est de l'élimination des points de suspension.

### **Résumé des préoccupations du BEC**

Points de suspension

## BIBLIOGRAPHIE

Antonowicz, Daniel et Winterdyk, John. « A Review of Deaths in Custody in Three Canadian Provinces », *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale = Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 56 : 1 (janvier 2014).

Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC). *Enquête sur le processus d'examen des cas de décès du Service correctionnel du Canada* (décembre 2013).

BEC. *Une affaire risquée : enquête sur le traitement et la gestion des cas d'automutilation chronique parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale* (septembre 2013).

BEC. *Rapport annuel, 2012-2013*.

BEC. *Évaluation finale de la réponse du Service correctionnel du Canada sur les décès en établissement* (septembre 2010).

BEC. *Une mort évitable* (juin 2008).

BEC. *Décès en établissement : rapport final* (février 2007).

Directive du commissaire 843. *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus* (23 septembre 2013).

Fazel, Seena, Cartwright, Julia, Norman-Nott, Arabella et Hawton, Keith. "Suicide in Prisoners: A Systemic Review of Risk Factors," *Journal of Clinical Psychiatry* (November 2008).

Hayes, Lindsay. "Suicide Prevention in Correctional Facilities: Reflections and Next Steps," *International Journal of Law and Psychiatry* 36 (2013).

Huey, Merideth et McNulty, Thomas. "Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding," *The Prison Journal*, 85:4 (December 2005).

Konrad, Norbert, Daigle, Marc S., Daniel, Anasseril E., Dear, Greg E., Frottier, Patrick, Hayes, Lindsay M., Kerkhof, Ad, Liebling, Alison et Sarchiapone, Marco. "Preventing Suicide in Prisons, Part I: Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons," *Crisis*, 28:3 (2007).

Prisons and Probation Ombudsman for England and Wales (PPO). *Learning from PPO Investigations: Self-Inflicted Deaths of Prisoners on ACCT* (April 2014).

PPO. *Learning from PPO Investigations: Risk Factors in Self-Inflicted Deaths in Prisons* (April 2014).

Sapers, Howard. « Vers la création d'un forum canadien axé sur la prévention des décès en établissement », *Actualités - justice*, 25 : 1, 2010.

Service correctionnel du Canada (SCC). *Rapports annuels du SCC sur les suicides* (2001-2002 à 2010-2011).

SCC. *Atelier de prévention du suicide parmi les détenus : manuel du participant* (automne 2012).

SCC. *Conclusions importantes découlant des enquêtes nationales sur les suicides de détenus, 2006-2010*, Direction des enquêtes sur les incidents (janvier 2010).

SCC. *Constatations principales découlant des enquêtes nationales portant sur les suicides de détenus*, Direction des enquêtes sur les incidents (avril 2008).

SCC. *Bulletins Décès en établissement (Points saillants et constatations principales) – Rapport d'activité*. (Six quarterly bulletins covering the period April – July 2009 to October – December 2010).

SCC. *Mise à jour au rapport d'étape sur la réponse du 14 août 2009 du Service correctionnel du Canada (SCC) à l'Étude sur les décès en établissement du Bureau de l'enquêteur correctionnel, au rapport Une mort évitable du Bureau de l'enquêteur correctionnel et au rapport du Comité d'enquête national du SCC sur le décès d'une délinquante à l'Établissement pour femmes Grand Valley* (mars 2010).

SCC. Bulletin de sécurité. *Vulnérabilités des infrastructures – Points de suspension et prévention du suicide* (21 janvier 2010).

SCC. Bulletin gestion des cas. *Placement en isolement en raison d'un risque d'automutilation et/ou de suicide* (12 juin 2012).

SCC. Bulletin de la gestion des cas. *Enjeux de santé mentale liés au placement des délinquants en isolement préventif* (21 octobre 2010).

SCC. *Évaluation globale du risque de suicide ou d'automutilation (EGRSA)*

SCC. *Liste de contrôle des besoins immédiats – Risque de suicide*.

SCC. *Liste de contrôle nationale de l'état de la cellule*.



United Nations Office on Drugs and Crime. *Handbook on Prisoners with Special Needs*, United Nations: New York, 2009.

United States Department of Justice: National Institute of Corrections. *National Study of Jail Suicide: 20 Years Later* (April 2010).

Weinwrath, Michael, Wayte, Tristin and Arboleda-Florez, Julio. *The Final Report of the Independent Review Committee into Federal Deaths in Custody 2012-2011* (November 2012).

Wobeser, Wendy et. al. « Causes of Death Among People in Custody in Ontario, 1990-1999 », *journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association journal*, 167 : 10, 2002.

World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Abuse. *Preventing Suicide in Jails and Prisons*, 2007.