

**RAPPORT SUR LES CIRCONSTANCES  
ENTOURANT LE DÉCÈS D'UN DÉTENU  
SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE**

**À défaut de répondre**

**Howard Sapers  
Enquêteur correctionnel du Canada  
Le 21 mai 2008**

## TABLE DES MATIÈRES

### **1. INTRODUCTION**

### **2. INFORMATION AU SUJET DU DÉFUNT**

### **3. ANALYSE**

#### **3.1 L'intervention du personnel face à l'urgence médicale du 3 octobre 2006**

*3.1.1 Les politiques applicables*

*3.1.2 L'enquête sur les faits de l'établissement*

*3.1.3 Le Comité d'enquête nationale*

*3.1.4 Conclusion*

#### **3.2 De graves allégations de discrimination**

*3.2.1 Conclusion*

#### **3.3 Des retards dans le processus d'enquête**

### **4. CONCLUSION**

#### **4.1 Constatations**

#### **4.2 Recommandations**

**Le nom du défunt a été retiré du présent rapport en signe de respect pour la famille et conformément aux mesures législatives sur la protection de la vie privée**

**1. INTRODUCTION**

1. Le sujet, un délinquant autochtone de 52 ans, était hébergé dans l'unité réservée au programme Sentiers autochtones d'un établissement à sécurité moyenne, au moment de son décès. Très tôt le matin du mardi 3 octobre 2006, le sujet s'est infligé une blessure au bras gauche, lacérant l'artère brachiale. À 2 h 37, il a appuyé sur le bouton d'urgence dans sa cellule, ce qui a amené l'agent de correction de service à se rendre à sa cellule et à demander l'aide d'autres membres du personnel. Lorsque les ambulanciers sont arrivés sur place vers 3 h 10 – 33 minutes après qu'il ait appuyé sur son bouton d'urgence – ils l'ont trouvé, gisant inconscient sur le plancher de sa cellule. Le matelas était imbibé de sang. Les ambulanciers ont appliqué les techniques de réanimation cardiopulmonaire. Ils ont utilisé un défibrillateur pour tenter de le ranimer et ont poursuivi leurs efforts de réanimation sur le sujet, qui était alors muni d'entraves, en route vers un hôpital de l'extérieur. Le décès a été prononcé à 4 h 13.

2. Selon les enquêtes internes menées par le Service correctionnel du Canada (SCC), les membres du personnel du SCC interpellés à intervenir dans le cadre cette urgence médicale n'ont pas agi conformément à la politique et n'ont pas fait grand-chose pour sauver la vie du sujet durant la période de 33 minutes, sauf appeler les services ambulanciers dix minutes après qu'il ait appuyé sur le bouton d'urgence.

3. Des manquements aux *Règles de conduite professionnelle* et au *Code de discipline* du SCC ont été relevés par suite d'une enquête sur les faits. Jugés négligents dans l'exercice de leurs fonctions, quatre employés du SCC directement impliqués dans l'incident se sont vus imposer des sanctions disciplinaires. Bien que les circonstances différaient d'une personne à l'autre, il est ressorti que les employés du SCC n'avaient pas donné les premiers soins et n'avaient rien fait pour tenter de préserver une vie humaine. Les sanctions imposées allaient de dix (10) à vingt (20) jours de suspension sans solde.

4. Le 3 octobre 2006, après le décès du sujet, le SCC a diffusé un rapport de situation (RAPSIT) interne pour signaler l'incident aux cadres intermédiaires et supérieurs à l'échelle du pays. Le SCC a également diffusé un communiqué à l'intention du public le jour de l'incident. Le RAPSIT indiquait que les membres du personnel s'étaient rendus dans la cellule du sujet dès que celui-ci avait appuyé sur le bouton d'urgence, et qu'ils avaient découvert le détenu qui saignait des deux bras. Le rapport précisait que le personnel avait appelé les services ambulanciers, et que le sujet avait perdu connaissance au moment d'être placé dans l'ambulance. Le communiqué indiquait qu'on avait découvert que le sujet était atteint d'une « blessure potentiellement mortelle » après que ce dernier avait appuyé sur le bouton d'urgence dans sa cellule et que le personnel avait alors « immédiatement » appelé les services ambulanciers. Or, les renseignements contenus dans le RAPSIT et le communiqué étaient inexacts. D'autres rapports internes rédigés à la suite de l'incident décrivent l'incident de façon plus détaillée et plus précise.

5. Le 6 octobre 2006, le directeur de l'établissement a ordonné une enquête sur les faits entourant le décès du sujet afin de déterminer si le personnel était intervenu de manière adéquate. Le rapport d'enquête sur les faits a été produit le 27 octobre 2006.

6. Le 6 décembre 2006, le commissaire du Service correctionnel du Canada a convoqué un comité d'enquête nationale (CEN), conformément à l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté conditionnelle* (LSCMLC). Le Comité a terminé son rapport le 16 février 2007.

7. Le 24 avril 2007, soit plus de cinq mois après le décès du sujet, le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) a reçu un exemplaire du rapport du CEN. Plus tard, le 29 août 2007, le BEC a obtenu des copies des résumés préparés par l'Administration centrale (AC) afin de permettre au Comité de direction du SCC d'examiner l'incident à sa réunion de septembre 2007.

8. Par suite d'un examen des documents susmentionnés reliés au CEN du SCC sur le décès du sujet, le BEC a relevé trois problèmes importants :

1. l'intervention des membres du personnel face à une urgence médicale;
2. de graves allégations de discrimination;
3. des retards dans le processus d'enquête.

9. Le 22 septembre 2007, le BEC a entrepris une enquête conformément aux pouvoirs conférés à l'article 170 de la LSCMLC afin d'évaluer la réponse du SCC face à ces problèmes. Le but n'était pas de reprendre l'enquête ou le processus disciplinaire du SCC, mais d'examiner les secteurs préoccupants et d'obtenir des précisions au besoin. L'équipe responsable de l'enquête a examiné les documents suivants :

- le rapport du SCC préparé par le Comité d'enquête national (CEN) convoqué le 6 décembre 2006 et rapport du CEN du 16 février 2007;
- des documents sommaires de l'AC présentés au Comité de direction le 5 septembre 2007;
- la note du Comité de direction du 12 septembre 2007 signalant la clôture de l'enquête et exposant les mesures à prendre;
- les notes d'entrevues et les documents d'information des enquêteurs du CEN;
- les documents liés à l'enquête sur les faits lancée le 6 octobre 2006 et le rapport subséquent du 27 octobre 2006 (y compris les mesures correctrices prises par la suite, que le BEC a obtenus le 13 novembre 2007).

10. Afin d'obtenir des précisions, l'équipe d'enquête a également jugé nécessaire d'interroger des membres du CEN ainsi que certains employés du SCC, y compris :

- le directeur de l'établissement à sécurité moyenne;
- l'administrateur régional des Initiatives pour Autochtones à l'administration régionale (AR);

- l'administrateur régional de la Sécurité à l'AR;
- le sous-commissaire adjoint des Opérations dans les établissements de l'AR;
- l'analyste régional de la Direction des enquêtes sur les incidents de l'AR;
- le coordonnateur du programme des Sentiers autochtones à l'établissement à sécurité moyenne;
- l'Aîné de l'établissement à sécurité moyenne;
- un agent de correction de l'établissement à sécurité moyenne;
- l'agent de liaison autochtone p.i. de l'établissement à sécurité moyenne;
- le directeur général de la Direction des enquêtes sur les incidents de l'AC.

Afin de respecter son obligation d'agir équitablement, le BEC a donné l'occasion au SCC de commenter une version préliminaire du rapport et l'a avisé de la date de diffusion prévue.

## **2. INFORMATION AU SUJET DU DÉFUNT**

11. En 1974, le sujet, âgé de 20 ans, est condamné à une première peine de ressort fédéral, soit 28 mois de prison. Pendant qu'il purgeait cette peine, il est condamné à une autre peine de dix ans qui a pris fin en 1987. En février 2000, le sujet est condamné à une peine de dix-sept (17) ans d'incarcération dans un établissement fédéral pour homicide involontaire coupable. Il purgeait cette peine au moment de son décès le 3 octobre 2006.

12. En mars 2000, le sujet est envoyé dans une unité d'évaluation fédérale, où le SCC recense plusieurs facteurs criminogènes, dont un grave problème d'alcoolisme et de la difficulté à contrôler ses impulsions. Pendant son séjour à l'unité d'évaluation, le sujet est aiguillé vers le service de psychologie parce qu'il a des antécédents d'alcoolisme et de dépression et qu'il a fait trois tentatives de suicide par le passé, dont une (la plus récente) dans la collectivité après avoir commis le crime ayant mené à sa condamnation pour homicide involontaire coupable en 1999. Le sujet est transféré dans un établissement à sécurité moyenne le 6 juin 2000 pour y purger sa peine de dix-sept ans. Il n'a eu aucun contact avec le service de psychologie de l'établissement, mais il rencontrait le psychiatre de l'établissement tous les trois ou quatre mois. Il était membre des fraternités d'Autochtones, participait aux activités culturelles autochtones et voyait régulièrement l'Aîné. Il était évalué par le personnel de l'établissement comme ne présentant aucune inquiétude particulière sur le plan de la sécurité.

13. Au cours de son entrevue avec l'Aîné de l'établissement, le CEN a noté que le sujet avait commencé à parler de ses expériences dans les écoles résidentielles. L'Aîné a confirmé à l'équipe d'enquête du BEC que le sujet cherchait activement des occasions de parler de ces expériences.

## **3. ANALYSE**

14. Tel qu'indiqué précédemment, l'équipe d'enquête du BEC a relevé trois grands problèmes : 1) l'intervention du personnel face à l'urgence médicale du 3 octobre 2006; (2) de graves allégations de discrimination; 3) des retards dans le processus d'enquête.

### **3.1 L'intervention du personnel face à l'urgence médicale du 3 octobre 2006**

#### *3.1.1 Politiques applicables*

15. Les règles applicables régissant l'intervention du personnel face à une urgence médicale se trouvent dans le *Manuel de sécurité* du SCC et dans la Directive du commissaire 567 sur la gestion des incidents de sécurité. La partie 2 du *Manuel de sécurité*, intitulée Mesures et lignes directrices en cas de situations d'urgence, définit comme suit une situation d'urgence :

11. Une situation d'urgence peut avoir pour effet:
  - a) de mettre en danger le public, les détenus ou le personnel;
  - b) d'endommager ou de détruire des biens publics;
  - c) de ternir l'image du SCC et, par le fait même, celle du gouvernement du Canada.
12. Les situations d'urgence peuvent être d'origine humaine ou naturelle. Elles peuvent toucher une seule personne ou entraîner une perturbation complète et incontrôlée des opérations du Service. Elles risquent toujours d'avoir des conséquences désastreuses.
13. Dans le présent document, les termes « situation d'urgence », « crise » et « incident » sont utilisés dans le même sens.

16. Le paragraphe 18 de la Directive du commissaire 567, Gestion des incidents de sécurité, précise ce qui suit :

18. Lors d'une urgence médicale, le but principal des intervenants consiste à protéger les vies, et chacun des membres du personnel a un rôle important à jouer:
  - a. employés n'œuvrant pas dans le domaine de la santé qui arrivent sur les lieux d'une urgence médicale possible doivent immédiatement demander qu'on leur prête assistance, contrôler l'accès aux lieux et commencer à administrer la RCR ou à prodiguer les premiers soins;
  - b. les intervenants n'œuvrant pas dans le domaine de la santé doivent tenter d'administrer la RCR ou de prodiguer les premiers soins lorsque l'état physique du blessé le permet, et ce, même si aucun signe de vie n'est apparent (la décision de cesser la RCR ou les premiers soins ne peut être prise que par le personnel autorisé des

soins de santé ou les ambulanciers conformément aux lois provinciales);

17. Il y a eu deux examens internes sur les mesures prises par les membres du personnel du SCC pour faire face à l'urgence médicale touchant le sujet, soit l'enquête sur les faits ordonnée par le directeur de l'établissement le 6 octobre 2006 et le CEN institué par la commissaire le 6 décembre 2006.

### *3.1.2 L'enquête sur les faits de l'établissement*

18. L'enquête sur les faits a donné lieu à plusieurs conclusions sur l'intervention du personnel face à l'urgence médicale touchant le sujet, y compris les suivantes :

- les employés du SCC qui ont répondu à l'alarme sonnée par le sujet n'ont entretenu aucun dialogue avec ce dernier au cours de l'intervention, sauf pour lui demander initialement comment il se portait;
- le personnel n'a effectué aucun suivi après avoir vu ses blessures aux bras;
- les employés du SCC ont examiné la blessure du sujet qu'environ 10 minutes après que celui-ci se soit évanoui sur le sol;
- les faits montrent que les employés du SCC n'ont pas donné les premiers soins durant les 30 minutes précédant l'arrivée de l'ambulance et n'en ont même pas discuté;
- les employés du SCC responsables de l'intervention ont laissé le sujet seul, enfermé dans sa cellule pour de longues périodes durant l'intervalle de 30 minutes.

19. L'enquête sur les faits a également mené aux observations suivantes concernant les rapports des agents de correction au sujet de leur intervention :

- les rapports, écrits et oraux, des employés du SCC manquaient de cohérence en ce qui concerne la quantité de sang observée et le moment où les employés ont remarqué le sang;
- les employés du SCC avaient remarqué la perte de sang 10 minutes avant ce qu'ils ont indiqué dans les rapports initiaux;
- les rapports écrits initiaux de deux employés du SCC étaient très différents de ce qu'ils ont dit par la suite dans le cadre de l'enquête sur les faits lorsqu'on leur a demandé si le sujet était selon eux en état d'ivresse;
- selon l'enquête sur les faits, il n'y a aucune raison de croire que le sujet avait bu;
- un rapport de toxicologie a confirmé que le sujet n'avait pas les facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool le soir où il est décédé;
- le deuxième surveillant correctionnel en service n'a jamais été informé que le sujet avait été laissé seul enfermé dans sa cellule;
- l'ambulancier a confirmé que les entraves n'ont été appliquées qu'après l'arrivée des services ambulanciers, contrairement à ce que certains membres du personnel avaient dit au départ.

20. Le rapport d'enquête sur les faits concluait que le comportement du personnel comportait de graves lacunes. Les membres du personnel n'étaient pas intervenus d'une manière à protéger la vie, et ils avaient changé leur version des faits entourant le décès du sujet. Or, ce rapport ne faisait pas partie des documents présentés au Comité de direction en septembre 2007 pour lui permettre d'examiner les circonstances du décès du sujet, bien que nous ayons été informés que le sous-commissaire régional a tenu une séance d'information de vive voix. Le SCC n'a pas communiqué le rapport d'enquête sur les faits et ses conclusions à l'enquêteur des services de police. Toutefois, la police n'a pas demandé le rapport ni ses conclusions. Il s'agit de la pratique du SCC de ne pas communiquer les renseignements avec la police à moins qu'une assignation à témoigner ou une ordonnance de production soit présentée.

### 3.1.3 *Le Comité d'enquête nationale (CEN)*

21. Le CEN a examiné les circonstances du décès du sujet dans un contexte plus vaste que celui de l'enquête sur les faits. Le CEN a notamment examiné l'état mental du sujet au moment de son décès et un peu avant, les décisions relativement à son placement dans les jours précédant son décès, l'intervention du personnel face à l'incident, les questions relatives aux programmes offerts aux délinquants autochtones, et les allégations des délinquants et du personnel selon lesquels la discrimination avait peut-être été un facteur ayant contribué à son décès.

22. En ce qui concerne l'intervention des employés du SCC face à l'urgence médicale, le CEN a signalé un grand nombre des lacunes qui avaient été relevées dans le rapport d'enquête sur les faits, notamment:

- le sujet avait été laissé seul, enfermé dans sa cellule;
- le personnel avait tardé à examiner la blessure;
- le personnel n'avait pas donné les premiers soins.

23. Le CEN a reçu un exemplaire du rapport d'enquête sur les faits au début de son enquête. Or, le rapport du CEN ne renvoie pas à ce premier rapport ou à ses conclusions. Enfin, le rapport CEN ne contient aucune recommandation concernant le défaut du personnel d'intervenir adéquatement face à une urgence médicale.

24. La Direction des enquêtes sur les incidents de l'AC a indiqué qu'elle ne veut pas que les comités d'enquête entreprennent leur enquête en « limitant inutilement » leur façon d'étudier un incident en particulier, d'où la pratique de ne pas examiner l'information contenue dans le rapport d'enquête sur les faits qu'une fois les enquêtes de base terminées. La Direction propose que le CEN prenne en considération les autres renseignements à sa disposition, y compris les conclusions issues de l'enquête sur les faits, une fois l'enquête de base terminée. Cependant, elle insiste sur le fait que, selon elle, l'information et les conclusions contenues dans le rapport d'enquête sur les faits ne devraient pas normalement être comprises dans le rapport du CEN. C'est la pratique actuelle, bien que la Direction ait précisé qu'il n'existe aucune politique ou formation

expliquant comment les CEN doivent gérer l'information découlant des enquêtes sur les faits.

25. En ce qui concerne les conclusions du CEN, certains membres du personnel de l'établissement ont indiqué à l'équipe d'enquête du BEC que l'on n'avait pas accordé suffisamment d'attention à la question de la responsabilité des employés du SCC compte tenu des circonstances du décès. Il a également été mentionné que le rapport du CEN n'exposait pas pleinement la gravité de l'incident et n'était pas assez percutant pour régler le problème des personnes qui ne font pas leur travail.

26. Conformément au processus d'enquête du SCC, le CEN doit tenir des séances afin d'informer les cadres supérieurs aux trois différents niveaux de l'organisation (établissements, régions, administration centrale) de leurs constatations initiales et de leurs préoccupations. Au cours des entrevues avec les membres du CEN, l'équipe d'enquête du BEC a demandé si l'on avait soulevé des préoccupations au sujet des conclusions et recommandations du CEN. Elle a appris qu'au cours de la séance tenue à l'AR, on avait demandé pourquoi le CEN n'avait pas été plus sévère compte tenu des manquements du personnel.

27. Ni le CEN et ni la Direction des enquêtes sur les incidents de l'AC n'ont préparé de comptes rendus officiels de ces séances d'information. L'équipe d'enquête du BEC est préoccupée par l'absence de documents officiels au sujet de ces séances d'information, qui représentent pourtant une étape importante du processus d'enquête.

28. Le SCC a remis à la police un exemplaire du rapport final du CEN en juillet 2007, soit neuf mois après le décès du sujet et cinq mois après la production de ce rapport.

#### *3.1.4 Conclusion*

29. Les deux rapports d'enquête signalent les manquements des employés lors de l'urgence médicale impliquant le sujet, mais le ton des deux rapports et les détails fournis sont très différents. D'une part, le rapport d'enquête sur les faits expose clairement la gravité des manquements des membres du personnel. À l'inverse, le rapport du CEN ne fait que présenter les problèmes comme des points d'information, sans apporter de conclusions ou de recommandations. On peut s'attendre à des divergences puisque les deux rapports ont des buts différents. Il est vrai que dans leurs rapports, les CEN doivent se montrer impartiaux. Toutefois, l'équipe d'enquête du BEC estime que l'approche utilisée à l'échelle nationale a fait en sorte que le rapport du CEN n'a pas apporté au Comité des éléments d'information importants lorsque ce dernier a passé en revue l'incident et a décidé des mesures correctrices à prendre.

30. L'équipe du BEC est très préoccupée par la pratique voulant que les rapports des CEN ne renvoient pas à l'information et aux conclusions découlant du rapport d'enquête sur les faits. Elle reconnaît qu'il est important pour les CEN de ne pas se « limiter » au début de leur enquête. Cependant, en ne tenant pas compte dans les rapports des CEN de l'information obtenue dans le cadre d'autres enquêtes, le Service correctionnel du Canada

s'est en réalité imposé lui-même des restrictions, qui nuisent à la capacité des CEN de présenter toute l'information pertinente à leur disposition dans leurs rapports finaux. Par conséquent, il est possible que des renseignements importants ne soient pas communiqués aux échelons supérieurs de l'organisme.

31. Le rapport Tassé<sup>1</sup> de juillet 2004, portant sur le décès d'un détenu, recommande la mise en place d'un protocole pour aider le SCC à évaluer la gestion des urgences médicales. Dans sa réponse initiale en 2004, le SCC a indiqué qu'il établirait un protocole semblable à celui en place pour examiner les incidents de recours à la force. La politique dans ces cas est d'enregistrer ces incidents sur bande vidéo. Il s'agit d'un élément clé du processus qui a permis au SCC de mettre en place un système efficace d'examen des incidents de recours à la force. Or, bien que certains changements stratégiques aient été apportés, le Service correctionnel n'a toujours pas établi d'exigence visant à enregistrer sur bande vidéo les interventions en cas d'urgence médicale.

### **3.2 De graves allégations de discrimination**

32. Des délinquants et des membres du personnel ont allégué devant le CEN que les membres du personnel n'étaient pas intervenus de manière raisonnable face à l'urgence médicale en raison de la race du sujet. D'ailleurs, les membres du CEN ont mentionné à l'équipe d'enquête du BEC que le directeur de l'établissement avait dès le début de l'enquête signalé l'existence d'allégations de discrimination par certains détenus sans toutefois donner d'opinion quant à leur bien-fondé. L'information contenue dans le rapport du CEN à ce sujet est limitée.

33. Le rapport du CEN précise ce qui suit:

[TRAD.]

Au moment de l'enquête, le Comité a observé que les détenus autochtones et certains membres du personnel autochtone de l'établissement continuaient de s'inquiéter grandement des répercussions de l'incident.

Ils étaient d'avis que l'on n'était pas venu en aide au détenu parce qu'il était Autochtone et ils estimaient qu'il s'agissait là d'un exemple de racisme et de discrimination.

Le Comité n'a pas demandé aux employés impliqués si la race du détenu avait influencé leur intervention, estimant que ce genre de questions n'était pas utile. Il est toutefois d'avis que l'absence de premiers soins est un problème grave. De même, les observations et conclusions des employés et des détenus autochtones sont graves aussi, et l'établissement

---

<sup>1</sup> M. Guimond est décédé le 18 octobre 2002, dans une cellule d'isolement, alors qu'il était sous la surveillance directe de membres du personnel, qui n'ont pratiquement rien tenté pour sauver sa vie. À la suite des conclusions présentées par l'enquêteur correction au sujet du caractère inadéquat de l'enquête menée par le SCC et le suivi ayant été fait après l'incident, le SCC sollicité une enquête indépendante. Le président était M. R. Tassé, un ancien sous-ministre de la Justice.

doit y porter attention. L'administration régionale et l'administration centrale devraient aider l'établissement à examiner ce problème. (p. 43)

34. Rien ne montre que la haute direction du SCC, par suite de séances d'information ou de l'étude du rapport du CEN, a pris des mesures pour examiner ces allégations.

35. Dans son rapport, le CEN a formulé quarante (40) constatations par suite de son enquête, dont seulement une sur le problème de la discrimination: « Les détenus autochtones et certains employés autochtones de l'établissement demeurent très inquiets des conséquences de cet incident sur la recherche et le maintien du respect et de la reconnaissance de la diversité. » [TRAD.]

36. Durant son enquête, le CEN a appris de représentants de l'AR du SCC que l'on était en train de mettre au point un programme de sensibilisation à la culture autochtone à l'intention du personnel. Le CEN a noté dans son rapport qu'en raison de contraintes financières, on ne prévoyait pas ajouter ce programme « à la norme nationale de formation du SCC, bien que certaines régions ou certains établissements pourraient obliger leurs employés à le suivre si l'on trouvait les ressources. Or, tant que des programmes semblables ne sont pas ajoutés à la norme nationale de formation du SCC, on manifeste peu d'intérêt pour les donner ou les suivre. Afin d'atteindre ce qui est sans doute un petit nombre d'employés de l'établissement qui résistent au changement, il faudrait rendre cette formation obligatoire. »

37. Le rapport du CEN contient la recommandation suivante :

Le Service devrait mettre en œuvre à l'échelle nationale le programme de sensibilisation à la culture autochtone que l'on ait en train de mettre sur pied à l'échelon national et rendre ce programme obligatoire pour tous les membres du personnel de la région [ ] qui travaillent directement avec des délinquants. (p. 58) [TRAD.]

38. Il s'agit de la seule recommandation du CEN concernant l'allégation selon laquelle les membres du personnel n'étaient pas intervenus de manière raisonnable en raison de la race du sujet, et concernant les préoccupations soulevées par le CEN dans la constatation citée précédemment. Dix-huit mois après la mort du sujet, le programme de formation n'est pas encore terminé et n'a donc pas été mis en œuvre.

39. Les personnes interrogées par l'équipe d'enquête du BEC ont appuyé de façon générale la mise sur pied d'un tel programme. Toutefois, un certain nombre d'entre elles ont indiqué que, compte tenu de la gravité des allégations, la recommandation du CEN, même si elle avait été mise en œuvre, n'est pas du tout suffisante pour régler le problème.

40. Au cours de leur entrevue individuelle avec l'équipe d'enquête du BEC, les membres du CEN ont reconnu que les allégations de discrimination étaient graves et qu'il importait de les examiner. Au bout du compte, le CEN a donc décidé de signaler les

allégations et de recommander la formation du personnel, en espérant que les cadres supérieurs du SCC régleraient le problème.

41. La politique actuelle du SCC ne présente pas vraiment de façon de procéder pour étudier les allégations de discrimination contre des délinquants formulées par des employés du SCC ou des délinquants (sans grief officiel). La Directive du commissaire 081– Plaintes et griefs des délinquants –explique en détail comment gérer les plaintes de discrimination présentées par les délinquants. Cependant, il n'existe pas de politique semblable qui précise comment doit agir la direction du SCC pour examiner les allégations de discrimination contre des délinquants lorsque celles-ci sont portées par des membres du personnel du SCC ou qu'elles sont mises à jour dans le cadre d'une enquête.

42. Les paragraphes 7 et 8 de la Directive du commissaire 060 – Code de discipline – précisent les attentes en ce qui concerne les relations des employés avec les délinquants et les autres membres du personnel. Ils ne présentent pas cependant de façon claire et détaillée ce qu'il faut faire pour gérer ce genre d'allégations.

7. Les relations avec les autres employés doivent être de nature à inciter le respect mutuel au sein de la profession et à améliorer la qualité du service. Les employés sont tenus de contribuer à la création d'un milieu de travail sain, sûr et sécuritaire, exempt de harcèlement et de discrimination.

8. Les employés aident et encouragent activement les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois en établissant avec eux des relations constructives en vue de faciliter leur réinsertion dans la collectivité. Ces relations sont empreintes d'honnêteté, d'intégrité et d'équité. Les employés contribuent à créer un lieu de travail sûr et sécuritaire et respectent la culture, la race, les antécédents religieux et ethniques des délinquants ainsi que leurs droits. Les employés évitent de se placer dans des situations de conflit d'intérêts à l'égard des délinquants et de leur famille.

### *3.2.1 Conclusion*

43. Le CEN a confirmé qu'il était au courant des allégations de discrimination dès le début de son enquête. Il a reconnu que durant son enquête, les détenus autochtones et des membres du personnel autochtone de l'établissement demeuraient très inquiets des répercussions de l'incident. Certains membres du personnel et délinquants étaient d'avis que l'on n'était pas venu en aide au sujet parce qu'il était Autochtone et ils estimaient qu'il s'agissait là d'un exemple de discrimination.

44. L'équipe d'enquête du BEC estime que l'examen des allégations par le CEN et la recommandation subséquente d'offrir un programme de sensibilisation n'étaient pas suffisants pour donner suite pleinement aux allégations de discrimination.

45. L'équipe d'enquête du BEC est d'avis que, compte tenu de la gravité indiscutable des allégations portées à l'attention du CEN, le problème de discrimination n'a pas été résolu de manière adéquate par le SCC.

### **3.3 Des retards dans le processus d'enquête**

46. La Directive du commissaire 041– Enquêtes sur les incidents – prévoit les délais pour chaque étape du processus d'enquête au SCC. Les éléments clés de l'échéancier sont les suivants : convoquer l'enquête dans les 25 jours ouvrables suivant l'incident (cinq semaines), mener à bien l'enquête dans un délai de 55 jours ouvrables (onze semaines), étudier et distribuer le rapport final dans un délai de 35 jours ouvrables (sept semaines) et faire examiner et approuver le rapport par les cadres supérieurs au sein du Comité de direction dans un délai de 15 jours ouvrables (trois semaines). En tout, il doit donc y avoir environ six mois entre le moment de l'incident et la date de l'examen et de l'approbation du rapport du CEN. Par contre, la pleine mise en œuvre des mesures correctrices se prolonge souvent au-delà de cet échéancier.

47. Or, neuf semaines se sont écoulées entre la date du décès du sujet et la convocation du CEN, soit presque deux fois le délai prévu. Le CEN a mené son enquête dans le délai prévu de onze semaines, signant son rapport le 16 février 2007. Par contre, le rapport et les documents connexes n'ont été présentés au Comité de direction du SCC que le 5 septembre 2007, soit presque un an après le décès du sujet, ce qui représente cinq mois de plus que le délai prévu dans la Directive du commissaire 041.

48. Ces retards ont entraîné de véritables problèmes, notamment en ce qui a trait à la capacité des témoins de se rappeler certaines informations au sujet de l'incident, à la mise en œuvre de recommandations visant à apporter des mesures correctrices et à la viabilité de tout examen subséquent de l'incident.

49. L'équipe d'enquête du BEC remarque avec inquiétude que la mise en place des mesures proposées par le SCC en réponse à certaines recommandations a été longuement retardée. Par exemple, le programme de sensibilisation recommandé par le CEN n'a toujours pas été mis en place, 18 mois après le décès du sujet.

## **4. CONCLUSION**

50. Le décès est tout simplement une tragédie. Le sujet était un délinquant autochtone sous la responsabilité et sous la garde du Service correctionnel du Canada. Pendant son incarcération, il s'est infligé une blessure potentiellement mortelle à son bras gauche, puis a décidé d'appeler à l'aide en appuyant sur le bouton d'urgence de sa cellule. Une aide a été apportée, mais cette aide était nettement inférieure à ce que l'on doit d'attendre du SCC.

51. Le SCC a en place des politiques bien définies, appuyées par une formation, qui décrivent clairement les responsabilités de ceux et celles qui interviennent en cas

d'urgence médicale et l'obligation de protéger la vie. Les employés du SCC qui ont répondu à l'alarme sonnée par le sujet n'ont pas respecté ces politiques.

52. Le SCC a effectué deux enquêtes internes sur l'intervention menée par les membres du personnel par suite de l'appel à l'aide du sujet. En conclusion, le premier rapport d'enquête, soit celui de l'enquête sur les faits, présente les manquements du personnel comme une grave violation de la politique ayant eu des conséquences tragiques. Ce rapport souligne un certain nombre de contradictions dans les déclarations des membres du personnel impliqués. Le deuxième rapport d'enquête, celui du CEN, ne mentionne pas de façon précise les conclusions tirées de la première enquête, et par conséquent, le Comité de direction n'était pas au courant des tous les faits. De plus, les sanctions disciplinaires imposées nous semblent insuffisantes compte tenu de la gravité des manquements, peu importe le rapport utilisé.

53. On a allégué que la discrimination avait peut-être été un facteur ayant influé sur les circonstances du décès du sujet. Les recommandations du CEN ne traitent pas adéquatement de cette question. Vu la nature et la gravité des allégations, le CEN aurait dû renvoyer la question à un organe indépendant ayant les compétences et le mandat pour enquêter sur l'allégation de discrimination puisqu'il s'agit d'une question de nature délicate.

54. Le défaut du personnel d'intervenir adéquatement face à des urgences médicales n'est pas nouveau au Service correctionnel du Canada. En février 2007, le BEC a remis au SCC une copie de son rapport *Décès en établissement*. Cette étude portait sur 82 cas de suicides, homicides et décès accidentels de détenus sous la garde du SCC signalés au cours d'une période de cinq ans (de 2001 à 2005). L'une des principales constatations du rapport *Décès en établissement*, soit la cinquième, se lit comme suit :

Il est probable que certains décès en établissement auraient pu être évités grâce à de meilleures évaluations du risque, à des mesures de prévention plus vigoureuses et à des interventions plus rapides et efficaces de la part du personnel en établissement.

55. Le rapport *Décès en établissement* signale que, dans presque deux tiers des cas, on avait relevé certains manquements de la part du personnel appelé à intervenir face à une urgence médicale.

56. Le BEC est très inquiet du manque de progrès réalisés par le SCC pour résoudre un grand nombre des problèmes signalés dans le rapport *Décès en établissement*. La mort tragique du sujet n'est qu'un cas récent où le Service correctionnel du Canada n'a pas réussi à s'acquitter de son mandat, soit d'assurer un environnement sécuritaire pour la prise en charge et la garde de tous les délinquants sous responsabilité fédérale.

#### 4.1 *Constatations*

57. Voici les principales constatations de l'équipe d'enquête du BEC :

- A. Les employés du SCC qui sont intervenus durant l'urgence médicale impliquant le sujet n'ont pas administré les premiers soins, n'ont pas déterminé la nature et la gravité de la blessure, ont laissé le sujet seul pendant une grande partie des 30 minutes précédant l'arrivée des ambulanciers, n'ont pas agi d'une manière à protéger la vie, et par la suite ont donné des versions incompatibles de renseignements essentiels au sujet du décès.
- B. Immédiatement après le décès du sujet, le SCC a diffusé un rapport de situation (RAPSIT) interne et un communiqué à l'intention du public. Ces deux documents contenaient de l'information erronée.
- C. En raison de la pratique actuelle en matière d'enquête, le rapport du CEN ne contenait aucune recommandation particulière concernant la responsabilité des employés.
- D. Le rapport d'enquête sur les faits expose clairement la gravité des manquements des employés face à l'urgence médicale, tandis que celui du CEN ne fait que présenter les problèmes comme des points d'information, sans apporter de conclusions ou de recommandations.
- E. Le SCC n'a pas communiqué le rapport d'enquête sur les faits et ses conclusions à la police, et la police n'en a pas fait la demande.
- F. Le rapport d'enquête sur les faits ne faisait pas partie des documents présentés au Comité de direction en septembre 2007 et qui ont servi à examiner les circonstances du décès du sujet.
- G. Il n'existe aucune politique ni aucun programme de formation expliquant comment les CEN doivent gérer l'information issue des enquêtes sur les faits.
- H. Le CEN et la Direction des enquêtes de l'AC n'ont ni l'un ni l'autre préparé de résumés officiels des séances tenues pour informer les cadres supérieurs aux trois échelons de l'organisme (établissements, régions et administration centrale) On constate presque une absence totale de tout document officiel concernant ces importantes séances d'information.
- I. Le SCC s'était engagé, par suite du rapport Tassé en 2004, à établir un protocole semblable à celui sur le recours à la force, qui exige l'enregistrement sur bande vidéo de tous les incidents impliquant un recours à la force, particulièrement en cas d'urgence médicale.

- J. Le SCC n'a pas de politique qui explique de manière précise ce que doit faire la direction du SCC en cas d'allégations de discrimination contre des délinquants lorsque ces allégations sont formulées par des membres du personnel du SCC ou sont mises à jour dans le cadre d'une enquête.
- K. Le CEN n'a pas agi de manière adéquate face au problème de discrimination. La recommandation du CEN d'offrir un programme de sensibilisation n'était pas suffisante pour donner suite pleinement aux allégations de discrimination.
- L. La direction du SCC, compte tenu de la gravité indiscutable des allégations portées à l'attention du CEN, n'a pas résolu le problème de discrimination de façon adéquate.
- M. Neuf semaines se sont écoulées entre la date du décès du sujet et la convocation du CEN, soit presque deux fois le délai prévu. Le rapport du CEN et les documents connexes ont été présentés au Comité de direction du SCC le 5 septembre 2007, soit presque un an après le décès du sujet, ce qui représente cinq mois de plus que le délai prévu dans la Directive du commissaire 041.
- N. Les sanctions disciplinaires imposées ne semblent pas suffisantes compte tenu de la gravité des manquements signalés.
- O. Les préoccupations soulevées en ce qui concerne les manquements du personnel face à l'urgence médicale dans le cas du sujet correspondent grandement à celles soulevées par le passé au sujet du SCC, que ce soit par ses propres CEN, les coroners provinciaux et le BEC, notamment dans le rapport *Décès en établissement* du BEC.

#### 4.2 *Recommandations*

1. L'enquêteur correctionnel recommande que les comités d'enquête intègrent les constatations formulées dans le cadre des enquêtes sur les faits dans leur rapport final.
2. L'enquêteur correctionnel recommande que les comités d'enquête renvoient les allégations de discrimination à des personnes ou organismes qui ont le mandat et la formation nécessaires pour enquêter sur ce genre de questions délicates, y compris la Commission canadienne des droits de la personne.
3. L'enquêteur correctionnel recommande que le SCC modifie sa propre politique en matière d'enquête afin d'exiger la préparation des résumés officiels pour chacune des séances d'information données dans les établissements, dans les bureaux régionaux et à l'administration centrale.

4. L'enquêteur correctionnel recommande que le SCC élabore une nouvelle politique pour rendre obligatoire l'enregistrement vidéo des interventions en cas d'urgence médicale.
5. L'enquêteur correctionnel recommande que le SCC identifie et mette en place les ressources nécessaires pour accroître la rapidité et améliorer la qualité du processus d'enquête, y compris la convocation des comités d'enquête, la mise en œuvre des mesures correctrices et les suivis.
6. L'enquêteur correctionnel recommande que les résultats de l'enquête sur les faits relative au décès du sujet soient communiqués au coroner.
7. L'enquêteur correctionnel recommande que le SCC offre immédiatement un programme de sensibilisation sur la diversité à tous ses employés à l'échelle du Canada.
8. L'enquêteur correctionnel recommande que tous les renseignements liés à des incidents relatifs à des décès ou des blessures graves soient communiqués en temps opportun aux services de police.
9. L'enquêteur correctionnel recommande que le SCC établisse une politique expliquant ce que la direction doit faire en cas d'allégations de discrimination à l'endroit de délinquants lorsque ces allégations proviennent de membres du personnel ou sont mises à jour dans le cadre d'une enquête.