

DÉCÈS EN ÉTABLISSEMENT

Rapport final

Présenté au Bureau de l'enquêteur correctionnel par :

Thomas Gabor, Ph.D.
Professeur de criminologie
Université d'Ottawa

Le 28 février 2007

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
1.0 INTRODUCTION	4
2.0 MÉTHODOLOGIE	6
3.0 CARACTÉRISTIQUES FONDAMENTALES DES VICTIMES ET DES INCIDENTS	8
4.0 CONSTATATIONS	10
5.0 RÉSUMÉ ET CONCLUSION	22
ANNEXES	24

REMERCIEMENTS

L'auteur aimerait exprimer sa profonde gratitude envers les membres du personnel du Bureau de l'enquêteur correctionnel pour leur orientation et leur soutien. Il est particulièrement reconnaissant envers le Dr. Ivan Zinger, M. John Reid et M. Ed McIsaac de leurs efforts et de leur appui.

1.0 INTRODUCTION

Le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) fait enquête et tente de donner suite aux plaintes des délinquants sous responsabilité fédérale. Il a également l'obligation d'examiner les politiques et les pratiques du SCC donnant lieu aux plaintes afin de cerner les carences systémiques et d'y porter remède; il doit également faire des recommandations en ce sens.

Au cours de la dernière décennie, le BEC s'est de plus en plus préoccupé du nombre élevé de cas de décès et d'automutilation dans les établissements fédéraux. Dans son dernier rapport annuel (2005-2006), l'enquêteur correctionnel du Canada, M. Howard Sapers, a affirmé que son bureau s'inquiétait particulièrement des nombreuses recommandations semblables qui sont faites d'année en année par les enquêteurs nationaux du Service, les coroners provinciaux et les médecins légistes; il s'inquiète également de la capacité du Service à donner suite à ces recommandations dans tout le pays. Dans son rapport, l'enquêteur correctionnel s'est engagé à effectuer un examen exhaustif des rapports et recommandations qui portent sur les décès en établissement et autres questions. M. Sapers a souligné que pour réduire la fréquence des décès et des blessures graves, on procéderait à un suivi systématique et en temps opportun des mesures correctives de manière à ce que des mesures préventives soient mises en œuvre.

Voilà le contexte dans lequel le présent projet s'inscrit. Précisément, il s'agit de l'examen de tous les décès déclarés qui sont attribuables à d'autres causes qu'à des causes naturelles et qui ont eu lieu sur une période de cinq ans dans les établissements correctionnels fédéraux. Ainsi, il est question de tous les décès jugés par le SCC comme des homicides, des suicides et des accidents dans le but de relever les correctifs à apporter pour accroître la capacité du SCC à prévenir les futures agressions et tentatives d'automutilation et d'intervenir dans ces cas-là. L'objectif était de passer de l'analyse des incidents, un à un, à une évaluation globale des tendances et des modèles.

La présente étude porte sur les principales questions suivantes :

1. Décèle-t-on dans les rapports des comités d'enquête et les rapports des coroners des manquements semblables de la part du personnel ou des politiques du SCC?
2. Les derniers incidents indiquent-ils que le SCC prévient mieux les agressions, l'automutilation et les accidents et intervient mieux dans ces cas-là?
3. Comment le SCC donne-t-il suite aux constatations et aux recommandations des comités d'enquête et des coroners?
4. À quelle vitesse le SCC intervient-il dans les cas de décès en lançant des enquêtes et en donnant suite aux recommandations qui en découlent?
5. Aurait-on pu prévoir certains des accidents mortels et peut-être les éviter?

Soulignons que certains rapports d'enquête saluent le comportement exemplaire du personnel du SCC dans des circonstances hautement stressantes. Les rapports des comités d'enquête soulignent parfois que la façon dont le personnel en établissement est intervenu dans le cas d'un incident devrait constituer une pratique exemplaire à appliquer à l'échelle nationale. Le présent rapport visait toutefois à cerner les problèmes systémiques qui ont empêché la prévention des agressions mortelles et de l'automutilation, ainsi que l'intervention dans de tels cas.

D'ailleurs, il est important de reconnaître qu'une étude qui serait limitée aux incidents mortels pourrait comporter un biais inhérent. Comme il s'agit ici d'une étude des personnes qui ont réussi à mettre un terme à leur vie, à en blesser d'autres ou qui ont été victimes d'accidents tragiques, le rapport ne traite pas des incidents dans lesquels des vies ont pu être sauvées grâce à l'intervention du personnel du SCC qui agissait conformément aux politiques et aux procédures en vigueur. Par conséquent, il se peut que les cas de décès posent un nombre disproportionné de questions de conformité.

Malgré le fait qu'on puisse déceler dans les incidents entraînant des décès un nombre plus élevé de problèmes liés aux pratiques en vigueur que dans les autres types d'incidents, le nombre de décès attribuables à des causes non naturelles – qui nettement plus élevé que le taux dans la population civile – mérite qu'on s'y attarde à proprement parlé. Les taux d'homicide et de suicide en établissement, une fois combinés, sont presque **huit** fois plus élevés que les taux dans la population générale¹. Il est donc urgent de cerner les secteurs où les mesures prises ont été insuffisantes dans divers types d'établissements correctionnels.

¹ Selon Statistique Canada, le taux de suicide à l'échelle nationale pour 2003 s'établissait à 11,9 % par 100 000 Canadiens. En 2003-2005, le taux d'homicide au Canada était de l'ordre de deux incidents par 100 000 habitants, donnant lieu à un taux combiné d'environ 14 incidents par 100 000 habitants. La présente étude révèle une moyenne annuelle de 13,6 homicides et suicides dans les établissements fédéraux entre 2001 et 2005. Selon la Direction de la recherche du SCC, il y avait 12 561 hommes et femmes incarcérés dans les établissements fédéraux en tout temps en 2004-2005, ce qui donne lieu à un taux de 108 décès par suicide ou homicide par 100 000 détenus, soit près de huit fois le taux dans la population civile.

2.0 MÉTHODOLOGIE

L'étude a porté sur 82 cas déclarés de suicide, d'homicide et de décès accidentels en établissement de 2001 à 2005, inclusivement. Dans chaque cas, la cause du décès avait été établie par le SCC, mais quand un bureau de coroner concluait, par la suite, qu'un décès était attribuable à un autre facteur, cela était alors réputé être la cause définitive du décès. Nous avons examiné les rapports des comités d'enquête, les plans d'action du SCC, les rapports des coroners, la correspondance entre le SCC et, d'une part, le BEC et, d'autre part, les bureaux des coroners, ainsi que d'autres documents concernant chaque décès. La date limite pour inclure des documents dans l'étude était le 1^{er} novembre 2006. En l'absence de rapports des comités d'enquête à la dite date, les incidents ayant eu lieu durant la période visée par l'étude n'étaient pas examinés. Les incidents étaient toutefois tenus en compte en l'absence de plans d'action ou de rapports de coroners.

Un instrument de codage a été conçu pour orienter le processus de consignation de l'information contenue dans chaque dossier (voir l'Annexe A). Les renseignements suivants ont été relevés dans chaque dossier :

- la cause du décès;
- l'établissement dans lequel l'incident a eu lieu;
- les renseignements de base sur la victime (âge, sexe, appartenance à la population autochtone);
- les infractions à l'origine de la peine actuelle et les antécédents criminels;
- les dates pertinentes, y compris celles de l'incident, de l'admission à l'établissement, de l'admissibilité à la libération conditionnelle, de l'établissement du rapport du comité d'enquête et de la suite donnée au rapport à l'échelle nationale ou régionale par le SCC;
- les signes avant-coureurs de l'incident et les facteurs de risque (p. ex., toxicomanie, tentatives antérieures de suicide, problèmes de santé mentale, soutien familial et antécédents carcéraux);
- les constatations et les recommandations pertinentes contenues dans les rapports des comités d'enquête et des coroners, ainsi que la suite donnée à ceux-ci par le SCC.

Les problèmes relevés dans les constatations et les recommandations des rapports des comités d'enquête et des coroners ont été répertoriés dans 15 catégories (Annexe B). Parmi ces catégories, mentionnons les suivantes : 1) soins et ressources d'urgence après l'incident; 2) dénombremens et patrouilles; 3) problèmes de santé mentale, programmes et prévention du suicide; 4) questions de sécurité. Les catégories ont été élaborées en fonction d'un examen préliminaire de 15 dossiers et de consultations avec le personnel du BEC. Par ailleurs, l'étude a souligné si une recommandation avait été formulée à l'endroit de l'administration centrale du SCC, des autorités régionales ou des représentants des établissements. Les suites données par le SCC aux constatations de non-conformité et aux recommandations ont été classées dans une des cinq catégories suivantes :

1. Approbation : aucune mesure
2. Approbation : mesure conforme

3. Approbation : mesure non conforme
4. Opposition
5. Recommandation non retenue

Nous avons dû déduire si le SCC avait ou non appuyé une constatation de non-conformité ou une recommandation quand il n'en était pas question clairement dans ses plans d'action.

3.0 CARACTÉRISTIQUES FONDAMENTALES DES VICTIMES ET DES INCIDENTS

Le tableau 1 montre que plus de 60 % des décès en établissement qui sont visés par la présente étude étaient des suicides et que le reste était presque également divisé entre homicides et accidents. Dans presque neuf cas de suicide sur dix, le délinquant s'était pendu, alors que dans plus de la moitié des cas d'homicide, le délinquant avait agressé sa victime à coups de couteau. En outre, dans 80 % des cas de décès non intentionnel, le délinquant avait fait une surdose. Tous les incidents, sauf un, concernaient des hommes, et trois victimes sur dix avaient moins de 30 ans. Les Autochtones représentaient plus d'un cinquième des victimes.

Les détenus dont le transfèrement leur avait été imposé semblaient être particulièrement à risque. En fait, un cinquième des victimes avaient passé moins de 30 jours dans l'établissement où leur décès a été constaté. Dans d'autres cas, un transfèrement imminent, le refus de la libération conditionnelle, l'échec d'un appel ou la perte d'un proche a joué un rôle, ce qui renforce l'idée que les transitions et d'autres événements importants dans la vie des délinquants peut augmenter les risques d'automutilation et d'autres types de blessures.

Plus de 90 % des victimes avaient un casier judiciaire pour une infraction antérieure comme adulte et/ou jeune, et plus de 90 % des victimes purgeaient leur dernière peine pour crimes avec violence. Presque un tiers des victimes purgeaient une peine d'emprisonnement à perpétuité et plus de la moitié des victimes avaient dépassé leur date d'admissibilité à la libération conditionnelle totale au moment de leur décès.

TABLEAU 1 – Principales caractéristiques des victimes et des incidents (N=82)

CARACTÉRISTIQUES DES VICTIMES/INCIDENTS	% DE TOUS LES CAS
Homicides	20,7
Suicides	61,0
Accidents	18,3
Hommes	98,8
Moins de 30 ans	29,3
Origine autochtone	22,0
Incident ayant eu lieu dans les 30 jours suivant l'admission à l'établissement	20,7
Délinquant avait un casier judiciaire avant les dernières infractions	93,9
Dernière infraction commise avec violence	92,7
Délinquant purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité	32,9
Délinquant a dépassé la date d'admissibilité à la libération conditionnelle totale	51,2

4.0 CONSTATATIONS

Constatation n° 1 – Les comités d’enquête et les coroners ont à maintes reprises relevé plusieurs problèmes dans un nombre important de décès en établissement

Le tableau 2 présente le nombre et la proportion de cas pour lesquels les comités d’enquête et les coroners ont relevé divers manquements dans leurs constatations de manquements aux pratiques ou aux politiques en vigueur, ou dans leurs recommandations.

a) Soins médicaux et soins d’urgence, ressources et décontamination après l’incident

Dans presque deux tiers des cas, un comité d’enquête ou un coroner a relevé certains manquements dans l’intervention du personnel dans le cas d’urgence, l’insuffisance des ressources en cas d’urgence et/ou de la décontamination du périmètre entourant la victime immédiatement après l’incident.

Ce qui a probablement été relevé le plus souvent dans le plus grand nombre de cas c’est que les agents n’ont pas pratiqué la réanimation cardio-pulmonaire ou qu’ils ont tardé à le faire à la découverte d’un détenu sans signes vitaux apparents. Dans un certain nombre de cas, il a aussi été souligné qu’on avait tardé à prendre d’autres mesures (p. ex., avertir le personnel médical et paramédical ou les intervenants en cas d’urgence). Il a également été question de la qualité de la formation des agents quant à l’administration de la réanimation cardio-pulmonaire et à la prévention de la contamination par des liquides organiques au cours de celle-ci. Dans de nombreux cas, par exemple, les agents ne portaient pas de masques de protection. Dans l’ensemble, les agents semblaient souvent ne pas savoir quoi faire à la découverte d’un corps.

Voici d’autres lacunes observées à propos de l’intervention d’urgence après l’incident :

- la mauvaise décontamination des cellules ou d’autres secteurs où les décès ont eu lieu;
- l’absence de défibrillateurs sur les lieux;
- des inquiétudes au sujet de la qualité du personnel affecté aux soins d’urgence et aux soins infirmiers dans plusieurs établissements, en particulier durant les quarts de nuit;
- le manque d’approvisionnement d’urgence dans les établissements.

Tableau 2 : Manquements relevés dans les constatations et recommandations des comités d'enquête et des coroners suivant les décès en établissement (N=82)

MANQUEMENT	NBRE DE CAS	% DE CAS
Soins médicaux/soins d'urgence, ressources et décontamination après l'incident	54	65,9
Consignation et communication des renseignements entre les membres du personnel dans les établissements	43	52,4
Pratiques de sécurité, vidéosurveillance et obtention d'éléments de preuve	42	51,2
Patrouilles, dénombrements et vérification des corps vivants	36	43,9
Problèmes de santé mentale, programmes et prévention du suicide	36	43,9
Disponibilité de stupéfiants et d'attirail, et surveillance des médicaments sous ordonnance	21	25,6
Services de gestion du stress après les incidents offerts au personnel et aux détenus	18	22,0
Préoccupations familiales après l'incident—avis, effets personnels, dispositions relatives aux funérailles	11	13,4
Communication de renseignements entre les établissements	8	9,8
Placement en établissement et code de sécurité des détenus	6	7,3
Soins médicaux et ressources avant l'incident	3	3,7
Visites familiales privées—Contrôle des visiteurs et procédure de sécurité	3	3,7
Règlement rapide des griefs hautement prioritaires	3	3,7
Prévention des troubles en établissement et suite donnée à ceux-ci	3	3,7
Autres	21	25,6

a) Consignation et communication des renseignements au sein des établissements

Dans plus de la moitié des cas, on déplore le fait que le personnel en établissement ne consigne pas les renseignements médicaux ou les renseignements sur la santé mentale qui sont pertinents dans le dossier du détenu ou ne communique pas de tels renseignements avec les autres personnes qui travaillent avec le détenu. Dans un certain nombre de dossiers, les comités d'enquête et les coroners ont relevé que les communications étaient déficientes entre le personnel affecté aux soins de santé ou aux soins psychologiques et le personnel qui s'occupe des détenus au quotidien (agents de correction, membres de l'équipe de gestion des cas). Souvent, les renseignements sur le stress vécu par les détenus ou les menaces à leur endroit n'étaient pas divulgués aux autres membres du personnel. Parfois, les interventions en santé mentale et les tentatives de suicide antérieures, qui ont pu avoir donné lieu à une étroite surveillance, n'avaient pas été consignées dans le dossier du détenu. Il est déjà arrivé qu'on ait omis de communiquer à l'équipe de gestion des cas qu'un détenu qui s'est suicidé n'avait pas pris ses antidépresseurs depuis trois jours. Dans le cas d'un détenu qui s'est suicidé après l'échec de l'appel de sa condamnation, aucune alerte n'avait été indiquée dans le Système de gestion des délinquants (SGD) malgré les antécédents d'automutilation, de tentatives de suicide (y compris une tentative à la suite de l'échec d'un autre appel) et de toxicomanie du détenu.

Il est aussi question de consignation dans le cas des rondes des agents. Il semble que la consignation ne soit pas systématique, ce qui complique la vérification du temps et de la fréquence dans les enquêtes après les incidents. Dans le cas d'un homicide, les agents avaient l'impression que quelque chose ne tournait pas rond et qu'ils étaient épiés par des détenus. Ils ne l'ont toutefois pas signalé dans le registre. Pour ce qui est de la contrebande, dans un cas, on avait omis de mentionner que la conjointe d'un détenu décédé avait fait déclencher un appareil de détection de drogue. Au cours d'une visite ultérieure, le détenu s'est étouffé avec un sac de drogue qu'il avait avalé pour contourner le système de dépistage. De plus, on n'informait pas toujours le personnel affecté aux soins de santé de la découverte dans la cellule d'un détenu, dans le cadre de fouilles, de quantités importantes de médicaments sous ordonnance qui avaient été délivrés par le personnel de la santé.

c) Pratiques de sécurité, vidéosurveillance et obtention d'éléments de preuve

Dans plus de la moitié des cas, les comités d'enquête et/ou les coroners ont relevé des problèmes de sécurité concernant l'obtention ou la conservation des éléments de preuve. À maintes reprises, on a exprimé des inquiétudes à l'égard de la qualité et de la couverture assurées par les caméras vidéo. Parfois, on perdait des éléments de preuve ou ceux-ci étaient de faible qualité. De plus, la vidéosurveillance était souvent jugée inadéquate dans les rangées, les unités résidentielles et les aires récréatives. Dans un certain nombre de cas, les cellules étaient obscurcies par des panneaux, des rideaux et filets, ce qui rendait difficile la vérification de l'état d'un détenu durant les patrouilles.

Les déplacements des détenus étaient parfois mal contrôlés, en particulier au cours des activités récréatives. Un certain nombre d'homicides ont eu lieu dans un gymnase et, dans un cas, on s'était servi d'un barreau métallique qu'on avait confisqué dans une salle d'haltérophilie comme arme meurtrière. Dans un autre cas, le détenu était tellement intoxiqué qu'il est mort en passant par dessus une grille. Dans son rapport, le coroner précisait qu'il fallait assurer une surveillance étroite durant les temps libres des détenus pour éviter qu'un état d'intoxication aussi grave passe sous silence.

Un certain nombre de meurtres et de suicides étaient liés au phénomène des gangs. Des meurtres peuvent être attribuables à des rivalités entre gangs ou à la discipline au sein d'un gang. Des détenus se sont suicidés parce qu'ils avaient subi des pressions de la part des gangs. Dans plusieurs dossiers, on a mentionné l'absence de stratégies anti-gang ou d'analystes du renseignement de sécurité formés.

d) Patrouilles, dénombrements et vérification des corps vivants

Dans un peu moins de la moitié des cas, il a été question de certains aspects des patrouilles ou des dénombrements, y compris le manquement des agents de correction à assurer que les détenus soient toujours en vie dans leur cellule. Les principaux problèmes étaient liés aux rondes omises ou aux dénombrements mal faits. Dans plusieurs cas, on s'interrogeait sur la nécessité de protocoles nationaux pour les rondes et les dénombrements dans les centres pour Autochtones. Dans plusieurs dossiers, il était question du mauvais fonctionnement du système de surveillance de sécurité.

e) Problèmes de santé mentale, programmes et prévention du suicide

Dans près de la moitié des cas, les comités d'enquête et/ou les coroners ont relevé des manquements au sujet des services offerts aux détenus ayant des problèmes de santé mentale et à ceux ayant des antécédents d'automutilation. Dans un certain nombre de cas, il semble qu'on aurait pu faire mieux pour aider les détenus qui avaient des dossiers bien documentés d'automutilation et de tentatives de suicide. Dans un certain nombre de dossiers, on s'interroge sur la compétence du personnel clinique et sur la qualité des évaluations de l'état mental d'un détenu ou de la mesure dans laquelle il était à risque de se suicider. Dans plusieurs cas, les psychologues ou les psychiatres croyaient à tort que les menaces de suicide, les idées suicidaires déclarées par le détenu, ou les comportements anormaux, n'étaient rien de plus que de la manipulation de la part du détenu. Dans un cas, les tentatives de suicide antérieures, le déclin de la santé mentale et le fait de savoir que le détenu se débarrassait de ses biens n'ont pas amené le psychologue à évaluer que le détenu était à risque élevé de se suicider.

On dit que certains établissements n'ont pas d'équipe de santé mentale multidisciplinaire pour évaluer les détenus à l'évaluation initiale, pour traiter avec les détenus suicidaires et pour contribuer au placement et au retrait des détenus dans les rangées réservées aux détenus ayant des problèmes de santé mentale. Dans plusieurs cas, il a été observé qu'on avait tenté de prévenir le suicide en isolant le détenu et que cela avait peu répondu aux besoins en santé mentale du détenu. Il est aussi beaucoup question de modifications structurelles dans les cellules et les salles

de douches qui rendraient le suicide par pendaison plus difficile, soit la méthode choisie dans près de 90 % des cas.

f) Disponibilité de produits de contrebande

Dans un quart des cas, les comités d'enquête et/ou les coroners se sont dits inquiets de la disponibilité de stupéfiants et d'attirail s'y rapportant, ainsi que de l'administration de médicaments sous ordonnance. On a évoqué à quel point il est facile de faire entrer de la drogue dans les établissements et que, dans plusieurs cas, les conjointes et les petites amies se prêtent à l'exercice durant les visites familiales. Dans plusieurs dossiers, il est souligné qu'un détenu avait participé au commerce ou à la culture de la drogue en établissement. Il est relevé que le détournement de la méthadone, suivant l'administration pose problème. Plusieurs victimes ont été trouvées en possession d'une grande quantité de substances illégales, de médicaments sous ordonnance et d'attirail. On a signalé qu'une personne consommait l'équivalent de mille dollars d'héroïne par jour. Un coroner s'est plaint qu'il était difficile de parler de réadaptation des détenus quand ceux-ci ont accès à des substances illégales.

g) Gestion du stress après les incidents

Dans plus d'un cinquième des incidents, les agents et/ou détenus ne s'étaient pas vus offrir de services pour composer avec le stress lié au décès d'un détenu de leur entourage. Dans certains de ces cas, des services de gestion du stress avaient été offerts, mais pas assez rapidement.

h) Autres problèmes

Dans quelques cas, on a relevé des manquements à l'égard de la famille après un incident, le fait de ne pas avoir communiqué des renseignements essentiels sur un détenu qui était transféré dans un autre établissement, le mauvais placement d'un détenu, les soins médicaux avant l'incident, les procédures de sécurité au cours des visites familiales privées, le fait de ne pas avoir réglé le grief d'un détenu dans un délai raisonnable et des questions liées à la prévention des troubles dans les établissements carcéraux et à l'intervention dans de tels cas.

Constatation n^o2 – Rien n'indique, en général, que le Service correctionnel du Canada prévient mieux les décès en établissement ou intervient mieux dans de tels cas au cours de la période étudiée de cinq ans

La constatation n^o 1 indique que certains problèmes persistent dans les cas de décès en établissement. Il est plausible qu'avec le temps le SCC prévienne mieux les décès et intervienne mieux dans de tels cas. Deux indicateurs ont servi à déterminer si tel était le cas.

On a d'abord comparé le nombre de décès de causes non naturelles au cours de la période de cinq ans à l'étude. Le tableau 3 montre qu'il y a eu un pic dans les décès en 2003. Le pic a été suivi par un nombre de décès dans les deux dernières années de la période étudiée (2004-2005) qui a dépassé, de fait, le nombre de décès dans les deux premières années (2001-2002). De plus, au moins un autre cas en 2005 a été exclu de l'étude parce que le rapport du comité d'enquête

n'était pas disponible au 1^{er} novembre 2006, date limite de la présente étude pour inclure des documents.

Tableau 3 – Décès dans les établissements fédéraux, 2001-2005 (N=82)

ANNÉE	NBRE DE DÉCÈS
2001	15
2002	14
2003	23
2004	14
2005	16

Pour évaluer si les interventions du SCC dans les cas de décès en établissement s'étaient améliorées avec le temps, il a fallu comparer les incidents qui ont eu lieu au cours des deux dernières années de la période étudiée avec les incidents qui ont eu lieu durant toute la période. Par conséquent, les rapports des comités d'enquête et des coroners relevaient-ils moins de problèmes après les incidents en 2004-2005 qu'en 2001-2002?

Le tableau 4 indique qu'il n'y a pas lieu de croire que les problèmes ont diminué au cours de la période de cinq ans à l'étude. En fait, cinq des six principales catégories de problèmes ont été relevées plus souvent au cours des deux dernières années de la période étudiée qu'au cours de l'ensemble de la période. Ainsi, en 2004 et en 2005, des problèmes liés aux soins d'urgence après l'incident et des problèmes connexes ont été relevés dans les trois quarts des cas. Des inquiétudes à l'égard des pratiques de sécurité ont été soulevées dans 60 % des cas, alors que la consignation et la communication de renseignements, ainsi que les patrouilles et les dénombrements, semblaient poser problème dans plus de la moitié des cas. On a relevé des problèmes concernant la disponibilité de produits de contrebande dans un tiers des cas en 2004-2005, par opposition à un quart des cas pour l'ensemble de la période étudiée. Il n'y a que les problèmes de santé mentale qui n'ont pas été jugés comme aussi préoccupants au cours des deux dernières années que durant toute la période étudiée.

Par conséquent, ni l'analyse du nombre de décès de 2001 à 2005, ni l'étude des manquements relevés par les comités d'enquête et les coroners n'appuient l'affirmation que les décès aient diminué au fil du temps ou que le SCC soit intervenu plus efficacement en 2004-2005 dans les secteurs de base souvent cernés par les comités d'enquête et les coroners.

Tableau 4 – Une comparaison entre les manquements relevés par les comités d'enquête et les coroners dans les cas de décès ayant eu lieu en 2004-2005 et les cas ayant eu lieu au cours de l'ensemble de la période étudiée

MANQUEMENT	% DES CAS (2004-2005)	% DES CAS (2001-2005)
Soins médicaux/soins d'urgence, ressources et décontamination après l'incident	76,7	65,9

Pratiques de sécurité, vidéosurveillance et obtention d'éléments de preuve	60,0	51,2
Consignation et communication des renseignements entre les membres du personnel dans les établissements	56,7	52,4
Patrouilles, dénombrements et vérification des corps vivants	53,3	43,9
Problèmes de santé mentale, programmes et prévention du suicide	43,3	43,9
Disponibilité de stupéfiants et d'attirail, et surveillance des médicaments sous ordonnance	33,3	25,6

Constatation n° 3 – Le Service correctionnel du Canada a eu tendance à donner suite aux constatations et aux recommandations des comités d'enquête, mais il lui est arrivé souvent de ne pas approuver les recommandations des coroners ou de ne pas donner suite

Le tableau 5 montre que, dans près des trois quarts des cas pour lesquels une constatation de non conformité ou une recommandation a été formulée par un comité d'enquête, le SCC, soit à l'échelle nationale ou soit à l'échelle régionale, est intervenu dans le sens de la constatation ou de la recommandation. On peut donc dire que les constatations et les recommandations des comités d'enquête ont été prises au sérieux. Dans certains cas, un plan d'action faisait état du fait qu'une mesure appropriée avait déjà été prise, alors que, dans d'autres cas, il avait été déclaré qu'une directive avait été délivrée ou le serait. Le présent projet ne vise pas à vérifier si des mesures concrètes en conformité avec une constatation ou une recommandation avaient été bel et bien prises et si de telles mesures étaient maintenues au fil du temps et appliquées sur le plan régional ou national, si la recommandation pressait de le faire. La présente analyse se fonde sur l'hypothèse que les énoncés faits dans les plans d'action du SCC et les interventions régionales sont exacts.

Dans 8 % des cas, le Service approuvait une constatation ou une recommandation du comité d'enquête, mais n'y a pas donné suite ou, dans quelques rares cas, a établi un plan d'action qui n'allait pas dans le sens de la constatation ou de la recommandation. Le SCC n'a pas tenu compte de 11 % des constatations et des recommandations des comités d'enquête et dans 8 % des cas, il ne les approuvait pas.

Le SCC était plus enclin à s'opposer aux recommandations des coroners ou à ne pas y donner suite. Le Service s'est plié à peine à plus d'un tiers des recommandations. Le SCC a affirmé ne pas approuver près d'un autre tiers des recommandations. Le Service a approuvé 27 % des recommandations des coroners, mais n'y a pas donné suite.

Dans son ensemble, disons que le SCC a approuvé plus des deux tiers des constatations et des recommandations des comités d'enquête et des coroners, et y a donné suite. Nous devons alors nous poser la question suivante : pourquoi des problèmes semblables continuent de se poser dans des incidents mortels dans les établissements fédéraux si, dans la plupart des cas, le Service prend des mesures concrètes pour améliorer sa capacité à prévenir l'automutilation et les voies de fait et à intervenir dans de tels cas. Il faudrait enquêter plus à fond pour vérifier si les recommandations des comités d'enquête et des coroners ont été respectées.

Tableau 5 – Les réactions du Service correctionnel du Canada aux constatations et aux recommandations des comités d'enquête et des coroners suivant les décès en établissement

RÉACTION	RAPPORTS DES COMITÉS D'ENQUÊTE	%	RAPPORTS DES CORONERS	%	TOUTES LES RÉACTIONS	%
Approbation : Aucune mesure	24	6,5	18	27,3	42	9,6
Approbation : Mesure conforme	270	72,6	25	37,9	295	67,4
Approbation : Mesure non conforme	7	1,9	0	0	7	1,6
Opposition	30	8,1	21	31,8	51	11,6
Constatation/recommandation non retenue	41	11,0	2	3,0	43	9,8
Total	372	100,1*	66	100,0	438	100,0

* La colonne n'est pas égale à 100 % en raison d'une erreur d'arrondi.

Constatation n° 4 – En règle générale, le délai est important entre un décès en établissement et l'adoption par le Service correctionnel du Canada de mesures en bonne et due forme pour régler les problèmes qui en découlent

Le tableau 6 présente le temps écoulé entre la date à laquelle un décès s'est produit et l'établissement du rapport du comité d'enquête et l'approbation officielle des mesures à prendre à l'échelle nationale ou régionale. Ont été exclus de l'analyse les cas où le dossier du détenu n'indiquait pas clairement la date de présentation du rapport du comité d'enquête ou la date d'adoption d'un plan d'action par le Comité de direction du SCC.

Le tableau montre qu'en moyenne 165 jours (soit plus de cinq mois) s'écoulaient entre un incident et l'établissement du rapport du comité d'enquête. En moyenne, dix autres mois s'écoulaient entre l'établissement du rapport du comité d'enquête et l'examen des mesures à prendre par le Comité de direction du SCC ou une instance régionale. Par conséquent, il fallait en moyenne près de 16 mois suivant un décès pour adopter en bonne et due forme des mesures visant à régler les problèmes découlant des incidents. Le chiffre de 16 mois sous-estime le délai véritable. Comme il n'y avait pas de plan d'action dans 14 des 75 cas pour lesquels les dossiers indiquaient des dates claires, on s'est servi de la date limite du 1^{er} novembre 2006 prévue pour la présente étude pour calculer la promptitude de la réaction du SCC. Il se peut que, dans certains des 14 cas en question, de nombreux autres mois se soient écoulés avant qu'un plan d'action n'ait été établi et approuvé.

Les moyennes sont trompeuses parce qu'elles peuvent occulter les valeurs extrêmes. Dans 15 des 75 cas pour lesquels des dates sont claires dans les dossiers, les plans d'action ont été approuvés dans les six mois suivant l'incident. Cependant, à l'autre extrême, dix cas ont été réglés au moins deux ans après l'incident et, dans sept de ces cas, les cadres supérieurs ont attendu au moins trois ans après l'incident avant de donner leur approbation.

Tableau 6 – Nombre moyen de jours écoulés entre les décès en établissement et les principales étapes des interventions du Service correctionnel du Canada

DE L'INCIDENT À L'APPROBATION DU RAPPORT DU COMITÉ D'ENQUÊTE	DU RAPPORT DU COMITÉ D'ENQUÊTE À L'APPROBATION DES PLANS D'ACTION	DE L'INCIDENT À L'APPROBATION DES PLANS D'ACTION
165 jours	310 jours	475 jours

Constatation n^o 5 – 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

Il est difficile d'affirmer avec certitude qu'un décès en particulier aurait pu être évité si le personnel en établissement avait réagi quelque peu différemment. La vie d'un détenu suicidaire, par exemple, peut être sauvée par suite d'interventions de la part d'un personnel vigilant et compétent jusqu'à sa prochaine tentative. Ainsi, dans certains cas, le personnel qui fait preuve d'un degré de vigilance optimal et qui agit conformément aux procédures en vigueur ne peut pas éviter ce qui semble être inévitable.

Malgré cela, laisser entendre qu'aucun des décès aurait pu avoir été évité relèverait du fatalisme nuisant du coup énormément à toute amélioration des pratiques dans tout système. Cela ne tiendrait pas compte également du fait que de nombreuses personnes peuvent avoir des antécédents de tentatives de suicide et finir par cesser de poser des gestes d'automutilation. De plus, la notion fataliste selon laquelle on ne peut rien faire pour prévenir les suicides et les homicides ne tient pas compte de la nature impulsive de ces gestes. Dans les sciences du comportement, on a à maintes reprises démontré que la rage et le désespoir qui conduisent certaines personnes à poser ces gestes extrêmes sont souvent des sentiments transitoires qui peuvent rapidement disparaître après l'échec d'une tentative de suicide ou d'homicide. Par conséquent, les responsables des soins aux personnes à risque élevé d'être agressives doivent tenter de prévenir le plus grand nombre d'incidents possibles, les analyser et mettre en application des solutions constructives.

Le but de la présente étude n'est pas d'en arriver à un chiffre qui représente le nombre d'incidents qui auraient pu avoir été évités si le personnel en établissement, dans chaque cas, était intervenu de manière exemplaire, si toutes les ressources avaient été en place et si tout avait été fait pour les prévenir. Dans de nombreux cas, toutefois, il est clair que le Service n'a pas pu appliquer ses propres politiques et pratiques et tout mettre en œuvre pour éviter un décès. Le tableau 2 indique que les comités d'enquête et les coroners avaient relevé un certain nombre de manquements dans la plupart des cas. On peut en déduire qu'un certain nombre de décès auraient pu avoir été évités si la réanimation cardio-respiratoire avait été administrée plus rapidement, si les agents avaient eu une meilleure formation en premiers soins, si les rondes et les dénombrements avaient été bien effectués et dans un délai raisonnable, si des renseignements décisifs avaient été communiqués au personnel affecté à la santé mentale ou au personnel de première ligne, si les évaluations de santé mentale et les placements avaient été effectués plus prudemment, etc.

En fait, dans quelques cas, un comité d'enquête, un coroner ou un médecin légiste a indiqué qu'une mesure ou une omission particulière de la part du personnel en établissement avait pu aussi contribuer au décès. Dans un cas de suicide, le comité d'enquête a souligné que rien n'indiquait que le détenu aurait dû demeurer en isolement après l'examen le cinquième jour et que cela avait pu contribuer au suicide. Le détenu avait des antécédents de comportement suicidaire, de toxicomanie, d'impulsivité, et n'avait aucune relation affective stable. Au moment de son suicide, il entendait des voix, il avait des comportements étranges et il arpentait sa cellule. Il semble que l'isolement ait aggravé son état.

Dans un cas de surdose, le comité d'enquête a souligné que le personnel ne s'était pas assuré d'avoir compté un corps vivant lors des dénombrements à 12 h 30 et à 16 h 30. Le comité a aussi affirmé que si on avait effectué une bonne vérification des corps vivants, il en aurait peut-être été autrement.

Dans un cas d'homicide, l'établissement était bien préparé à un trouble en raison d'une escalade de tensions. Néanmoins, le trouble s'est produit et le meurtre, qui a été facilité par le trouble, a eu lieu. Dans un autre cas d'homicide, le personnel a vu l'agression, mais n'est pas intervenu efficacement. On a voulu en vain neutraliser l'assaillant au moyen d'un aérosol (probablement un aérosol capsique). Le comité d'enquête a souligné l'absence de formation

nationale type sur la gestion de ce genre de situations. Il a aussi observé qu'on avait tardé à appeler une ambulance parce qu'aucun membre du personnel de service ne connaissait le numéro d'urgence.

Dans un certain nombre de cas de suicide et de surdose, les comités d'enquête et les coroners ont souligné la facilité avec laquelle les détenus peuvent se procurer de la drogue et de l'alcool. Dans plusieurs dossiers, on a mentionné que le détournement de méthadone et de médicaments sous ordonnance était un problème chronique dans certains établissements. Dans une enquête sur un cas de surdose à la méthadone, le coroner a mentionné que les détenus pratiquaient le transfert de produits de contrebande entre eux, même en isolement. De plus, plusieurs décès accidentels étaient liés à la contrebande et au trafic de produits de contrebande. Deux détenus sont morts étouffés par un sac rempli de drogue qu'on leur avait apporté lors d'une visite familiale. Dans un de ces cas, la conjointe avait déjà été pincée par un appareil de détection de drogue, mais aucun avertissement ne figurait dans le Système de gestion des délinquants. Un détenu en état d'intoxication avancé est mort en passant par dessus une grille. Plusieurs autres suicides et homicides étaient liés au commerce de la drogue en établissement et à l'accumulation de dettes liées à la drogue.

On jugeait qu'un certain nombre de détenus qui se sont suicidés faisaient semblants d'avoir des idées suicidaires ou, pour d'autres raisons, n'étaient pas perçus comme à risque malgré des tentatives antérieures, des problèmes de toxicomanie et des problèmes de santé mentale. Dans un cas, le détenu avait ce profil en plus de s'être débarrassé de certains de ses biens. Néanmoins, le psychologue qui l'a évalué n'a pas recommandé d'accroître la surveillance du détenu. Dans d'autres cas, les détenus ayant des antécédents d'automutilation avaient exprimé leur intention de se suicider ou étaient en état de détresse pour d'autres raisons, et aucune surveillance supplémentaire n'a été ordonnée. Dans plusieurs cas de suicide, les comités d'enquête et les coroners ont observé que des éléments structureaux dans les cellules ont pu faciliter le suicide.

Plusieurs cas sont marqués par une série d'erreurs. Dans un cas, on savait qu'un détenu décédé des suites d'une surdose accidentelle avait déjà fait des surdoses. Son décès a été constaté longtemps après parce que les agents n'avaient pas bien fait le dénombrement et que les membres du personnel n'avaient pas averti les agents que le détenu ne s'était pas présenté au travail. Quand ils ont découvert le corps, les agents n'ont pas pratiqué la réanimation cardio-respiratoire. Dans un autre cas, cette fois-ci un cas d'homicide, les agents ont senti que quelque chose ne tournait pas rond et qu'ils étaient épiés par des détenus pendant qu'ils effectuaient leurs rondes. Ils n'ont rien fait et ne l'ont pas signalé. L'homicide s'est produit et on a mis du temps à découvrir le corps et à avertir la police. Dans un autre cas d'homicide, des installations de soins de santé désuètes ont fait en sorte qu'on n'a pas pu traiter un détenu qui avait été agressé. Le détenu ne semblait pas avoir de blessures qui auraient pu menacer sa vie. De plus, les agents n'ont pas appelé d'ambulance rapidement et n'ont pas pratiqué les premiers soins.

Les activités de gang semblent avoir joué un rôle dans un certain nombre d'homicides et de suicides. Dans 11 des cas (13,4 %) et dans près de la moitié des homicides, le dossier indique clairement que l'incident était lié aux gangs. Plusieurs meurtres liés aux gangs ont eu lieu à peine quelques heures suivant le transfèrement de délinquants dans un établissement comptant des

délinquants nettement incompatibles. Dans un cas où un membre de gang a été tué dans les heures suivant un transfèrement, rien n'avait été indiqué dans les documents du transfèrement au sujet du fait qu'il y aurait deux délinquants incompatibles dans l'établissement d'accueil.

Hormis les documents du cas mentionnés ci-dessus, il y a d'autres éléments établissant que les victimes d'homicides, de suicides et d'accidents mortels en établissement peuvent constituer une sous-population à risque élevé au sein du système correctionnel fédéral. Dans l'ensemble, plus de la moitié des dossiers relevaient la présence de signes avant-coureurs de proximité ou à plus long terme.

Même si les renseignements sur les délinquants sous responsabilité fédérale disponibles pour la présente étude étaient limités, on peut faire des comparaisons et des observations se rapportant au plus grand groupe, soit le groupe des victimes de suicide. La grande majorité des victimes de suicide avaient des antécédents de toxicomanie (91,8 %), avaient déjà fait des tentatives de suicide (82,2 %) et avaient des antécédents d'infractions en établissement, d'évasion ou de bris des conditions de mise en liberté (68,0 %).

Par ailleurs, dans presque tous les dossiers examinés, il était question des problèmes de santé mentale des victimes de suicide. Dans la présente étude, on n'a pas fait de breakdown ni d'évaluation des types de problèmes de santé mentale, car les dossiers examinés consistaient en une combinaison d'observations, de symptômes et/ou de diagnostics de santé mentale. Dans sa dernière stratégie en matière de santé mentale, le SCC a avoué que son évaluation initiale de la santé mentale des délinquants à l'admission était inadéquate (il s'agit de quelques questions notamment sur les hospitalisations psychiatriques antérieures et les ordonnances de psychotropes). Seuls les délinquants ayant des problèmes de santé mentale ou des symptômes très graves sont renvoyés pour une évaluation psychologique plus complète par un psychologue ou un psychiatre.

L'absence d'une évaluation exhaustive de la santé mentale gêne les efforts du SCC visant à mieux cerner les délinquants à risque de se suicider, ainsi que ceux à risque de faire des tentatives de suicide ou de s'automutiler. Le SCC a besoin d'une évaluation initiale de la santé mentale qui soit complète et rigoureuse pour mettre en œuvre une meilleure stratégie de prévention du suicide et de l'automutilation. La stratégie du SCC en matière de santé mentale exige aussi d'importants investissements dans les soins, le traitement et le soutien des délinquants en établissement qui ont des problèmes de santé mentale. Sans évaluation initiale complète, ainsi que des services, des soins et un soutien en santé mentale adéquats, certains délinquants continueront de ne pas être dépistés.

5.0 RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Nous avons examiné *tous* les décès de 2001 à 2005 ayant eu lieu dans les établissements fédéraux et réputés être attribuables à des causes autres que naturelles. Pour la période visée, nous avons tenu compte de tous les cas pour lesquels un comité avait été chargé de mener une enquête et de présenter un rapport. Par conséquent, en termes statistiques, il s'agit d'une étude portant sur une « population » plutôt que sur un « échantillon ». À peine plus de 60 % des 82 cas examinés étaient des suicides. Les catégories des homicides et des accidents (habituellement des surdoses) représentent chacune environ un cinquième du total. Tous les cas, à l'exception d'un, concernent des hommes. Bon nombre des victimes étaient de jeunes hommes—30 % avaient moins de 30 ans—et plus d'un cinquième était d'origine autochtone. Un nombre disproportionné d'incidents ont eu lieu après un transfèrement interpénitentiaire. Plus de 90 % des victimes avaient un casier judiciaire avant l'infraction pour laquelle elles étaient incarcérées au moment de leur décès. Neuf délinquants sur dix purgeaient des peines pour infractions avec violence. Près d'un tiers des délinquants purgeaient des peines d'emprisonnement à perpétuité et plus de la moitié avaient dépassé la date d'admissibilité à la libération conditionnelle totale.

La présente étude appuie fortement l'idée selon laquelle les décès dans les établissements fédéraux continuent de poser problème. Dans plus de moitié des cas, les comités d'enquête et/ou les coroners ont relevé des manquements à l'égard des soins d'urgence après les incidents, de la consignation et de la communication de renseignements au sein des établissements, ainsi que différents problèmes de sécurité. Dans plus de 40 % des cas, on a relevé des lacunes quant aux programmes de santé mentale et à la prévention du suicide, ainsi qu'aux dénombrements et aux patrouilles. En outre, dans un nombre important de cas, il a été question du contrôle des stupéfiants ou des médicaments sous ordonnance, ainsi que des responsables de la gestion du stress après les incidents. Rien n'indique que ces problèmes ont cessé depuis. Précisément, l'analyse a révélé qu'ils se sont posés aussi fréquemment et parfois plus souvent, au cours des deux dernières années. De plus, le nombre annuel de décès ne diminue pas.

Ces constatations tendent à confirmer que, dans l'ensemble, le Service correctionnel du Canada n'intègre pas dans ses pratiques les leçons qu'il a tirées des incidents antérieurs. Pour comprendre les obstacles à toute réforme, il faudrait une étude en profondeur pour réduire au minimum le nombre de décès qui ont lieu en établissement.

D'après l'examen des plans d'action et de la réaction du SCC aux constatations et aux recommandations des comités d'enquête, il semble que l'on tienne compte des rapports des comités d'enquête, étant donné que le Comité de direction et les autorités régionales du SCC les approuvent en général et délivrent des directives qui sont conformes aux recommandations des comités d'enquête. Cependant, il faut analyser la situation plus à fond pour déterminer si une mesure correctrice est vraiment appliquée nationalement ou régionalement et si elle est maintenue, puisque des problèmes semblables se posent toujours.

L'analyse des réactions du SCC aux recommandations des coroners révèle que, dans plus de 60 % des cas, le Service ne partageait pas l'avis des coroners, n'en tenaient pas compte ou n'y avait pas donné suite. Une analyse approfondie permettrait de comprendre le rejet d'une

proportion aussi élevée de recommandations des coroners. L'établissement d'un dialogue entre le SCC et les coroners semble être justifié. Soulignons que les rapports des coroners ne renferment souvent aucune recommandation et que, quand ils en comprennent, elles sont souvent peu nombreuses. Par conséquent, on ne peut pas accuser les coroners de donner trop de conseils aux représentants correctionnels.

La présente étude a aussi permis de constater que le temps écoulé entre un décès et l'intervention officielle du système correctionnel est énorme. Il s'agit, en moyenne, de 16 mois, même si certains cas prennent plus de trois ans à se régler. La question a fait l'objet d'un échange abondant de courriels entre le Service et le Bureau de l'enquêteur correctionnel. Il faut tout mettre en œuvre pour accélérer les enquêtes sur les incidents et les interventions connexes.

Des éléments indiquent que certains des décès ayant eu lieu au cours des cinq dernières années auraient pu être évités. Certains rapports de comités d'enquête laissent entendre que l'issue dans plusieurs cas aurait pu être différente si le personnel en établissement s'était acquitté de ses tâches comme il aurait dû le faire. Dans certains cas, le personnel a omis de s'acquitter de ses tâches à plusieurs égards. Des erreurs graves ont été commises lors de l'évaluation du risque de suicide de plusieurs victimes, et le personnel médical a commis des erreurs grossières en situation d'urgence. Souvent, les intervenants de première ligne (souvent les agents de correction) ne savaient pas ce qu'on attendait d'eux et n'ont pas administré les premiers soins. On manquait souvent de ressources médicales d'urgence, surtout la nuit. Ce qui est passablement préoccupant, entre autres, c'est l'absence de défibrillateurs externes automatiques, comme équipement type, dans les établissements. On a souvent omis de consigner ou de communiquer des renseignements essentiels sur la propension d'un détenu à s'automutiler ou à commettre des voies de fait à l'intérieur des établissements et entre ceux-ci. Plus de la moitié des dossiers indiquaient la présence de signes avant-coureurs avant l'incident. Par ailleurs, de nombreuses victimes semblaient être à risque plus élevé que la norme en raison de leurs problèmes de santé mentale et tentatives de suicide antérieures.

Il faut se pencher sur les moyens d'effectuer des évaluations du risque de façon plus systématique. Idéalement, les évaluations devraient être faites par une équipe multidisciplinaire plutôt que par un professionnel. Il faudrait mieux consigner et communiquer les renseignements sur les risques auxquels les détenus sont exposés et assurer une surveillance attentive pour voir à ce qu'une stratégie de gestion des risques exhaustive soit mise en œuvre dans tout le système fédéral. On pourrait notamment examiner en bonne et due forme toutes les tentatives de suicide, car elles constituent des signes avant-coureurs de suicides réussis.

Annexe A

FORMULAIRE DE CODAGE

N° DE DOSSIER DU BEC	
ÉTABLISSEMENT	N° SED

Nom		Sexe	Âge	Cause du décès
D.N.		Autochtone	Oui _____ Non _____	

Date de l'incident	
Date du rapport d'enquête du SCC	
Date de la réponse du Comité de direction ou de la première réponse de la région	
Durée de la peine	
Date du début de la peine	
Date de l'admission à l'établissement	
Admissibilité à la semi-liberté (passée ou date)	
Admissibilité à la libération conditionnelle totale (passée ou date)	
Date prévue pour la libération d'office	
Date d'expiration du mandat	

ANTÉCÉDENTS CRIMINELS

Aucun ____ Adolescent ____ Adulte ____ Adolescent et adulte ____

INFRACTIONS	VIOL	VSEX	SEX	BIENS	DROG	ARMES	AUTR
Infractions antérieures							
Infractions à l'origine de la peine actuelle							

VIOL = infractions violentes (p. ex. meurtre, homicide involontaire coupable, vol qualifié, voies de fait, enlèvement, prise d'otage, menaces)

VSEX = infractions sexuelles violentes (p. ex. agression sexuelle des niveaux 1 à 3)

SEX = infractions sexuelles sans violence (p. ex. exhibitionnisme, incitation à des contacts sexuels, exploitation sexuelle)

BIENS = infractions contre les biens (p. ex. introduction par effraction, vol, faux, possession de biens volés)

DROG = infractions liées aux drogues (p. ex. possession ou trafic d'une substance illégale ou désignée)

ARMES = infractions relatives aux armes (p. ex. possession d'une arme prohibée/à autorisation restreinte)

AUTR = autres infractions (p. ex. prostitution)

FACTEURS DE RISQUE	OUI	NON	NSP/ SO
Signes avant-coureurs proximaux			
Signes avant-coureurs à long terme			
Toxicomanie			
Tentatives de suicide antérieures			
Problèmes de santé mentale			
Intervention active pour régler les problèmes de santé mentale			
Soutien familial			
Manquements aux conditions de la mise en liberté			
Antécédents carcéraux			
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté de coopérer 			
<ul style="list-style-type: none"> • Participation à des programmes 			
<ul style="list-style-type: none"> • Manquements/évasions 			

(NSP = ne sais pas, S/O = sans objet)

**QUESTIONS SOULEVÉES DANS LES CONSTATATIONS
ET LES RECOMMANDATIONS ÉNONCÉES
DANS LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DU SCC ET DU CORONER**

Recommandations du comité d'enquête du SCC

N° de la rec.	N° de code	Adressée à			Réponse du SCC				
		Étab.	Région	AC	Approb. : aucune mesure	Approb. : mesure conforme	Approb. : mesure non conf.	Opposition	Recom. non retenue
1									
2									
3									
4									

Autre _____

Constatations importantes du comité d'enquête du SCC qui ne figurent pas dans les recommandations

N° de la constatation	N° de code	Réponse du SCC				
		Approb. : aucune mesure	Approb. : mesure conforme	Approb. : mesure non conf.	Opposition	Recom. non retenue
1						
2						
3						
4						

Autre _____

Recommandations du coroner

N° de la rec.	N° de code	Réponse du SCC				
		Approb. : aucune mesure	Approb. : mesure conforme	Approb. : mesure non conf.	Opposition	Recom. non retenue
1						
2						
3						
4						

Autre _____

Citations notables et source :

Annexe B

Questions soulevées dans les constatations et les recommandations des comités d'enquête du SCC et des coroners

1. Patrouilles, dénombrements et vérifications visant à s'assurer que les détenus sont en vie
2. Soins médicaux et ressources avant l'incident
3. Soins médicaux/soins d'urgence, ressources et décontamination après l'incident
4. Problèmes de santé mentale, programmes et prévention du suicide
5. Pratiques de sécurité, vidéosurveillance et obtention d'éléments de preuve
6. Questions relatives à la garde et à la prise en charge des détenus – disponibilité de stupéfiants, d'attirail s'y rapportant et d'armes, et surveillance des médicaments sur ordonnance
7. Placement en établissement et cote de sécurité des détenus
8. Visites familiales privées – contrôle des visiteurs et procédure de sécurité
9. Sensibilité aux préoccupations familiales après l'incident – avis, effets personnels, dispositions relatives aux funérailles
10. Prestation au personnel et aux détenus de services de gestion du stress après les incidents
11. Règlement rapide des griefs hautement prioritaires
12. Prévention des troubles en établissement et suite donnée à ceux-ci
13. Communication de renseignements entre les établissements
14. Consignation des renseignements et communication des renseignements entre les membres du personnel dans les établissements
15. Autres_____