

**Bureau de l'enquêteur correctionnel**

# **Enquête sur le processus d'examen des cas de décès du Service correctionnel du Canada**

le 18 décembre 2013



L'Enquêteur correctionnel  
Canada

The Correctional Investigator  
Canada

Canada

NO DE CAT: PS104-9/2014F-PDF  
ISSN : 978-0-660-21693-5

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

# Enquête sur le processus d'examen des cas de décès du Service correctionnel du Canada

---

Le 18 décembre 2013

**RAPPORT FINAL**

Bureau de l'enquêteur correctionnel

## Table des matières

---

I.	Contexte et objectif	.....	3
II.	Méthodologie	.....	11
III.	Cadre législatif et administratif		
	a) Comité d'enquête aux termes de l'article 19 de la LSCMLC	.....	13
	b) Processus d'examen en cas de décès	.....	15
IV.	Constatations – évaluation indépendante des rapports sur les cas de décès réalisée par un expert		
	a) Qualité de la prestation des soins de santé	.....	19
	b) Gestion des dossiers médicaux	.....	21
	c) Préoccupations liées à l'échange d'information et à la continuité des soins	.....	23
	d) Gestion des solutions de rechange à l'incarcération	.....	25
V.	Constations – processus d'examen des cas de décès		
	a) Examen des dossiers	.....	27
	b) Normes applicables	.....	28
	c) Mesures correctives	.....	29
	d) Leçons retenues	.....	30
	e) Exigences en vertu de l'article 19 de la LSCMLC	.....	35
VI.	Conclusion	.....	37
VII.	Recommandations	.....	41
	<b>ANNEXE – Documents consultés</b>	.....	43
	<b>AUTRES SOURCES ET RÉFÉRENCES</b>	.....	47

## CONTEXTE ET OBJECTIF

1. Il n'y a rien de moins naturel que de décéder dans un établissement carcéral fédéral. Au cours de la période de dix ans (de 2003 à 2013), 536 délinquants sont décédés en établissement fédéral. Deux tiers des décès (355 sur 536) ont été attribués à des causes naturelles. En moyenne, environ 35 délinquants purgeant une peine de ressort fédéral décèdent chaque année de causes naturelles. En 2012-2013, 56 détenus sont décédés en établissement fédéral, soit 12 décès par suicide et 31 décès de causes naturelles. Le nombre de décès en établissement attribués à des causes naturelles surpasse de loin le nombre de décès attribuables à toutes les autres causes, ce qui témoigne des effets conjugués d'une proportion importante de la population incarcérée purgeant une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée, du pourcentage croissant de délinquants plus âgés et de la concentration de délinquants âgés de 50 ans ou plus. Un nombre accru de délinquants vieillissent en détention et succombent à une maladie chronique en établissement<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>L'alinéa 121(a) de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (cas exceptionnels) permet la libération d'un détenu malade en phase terminale afin qu'il puisse mourir avec un semblant de dignité dans la collectivité. Peu de délinquants satisfont aux exigences exceptionnelles pouvant mener à une mise en liberté anticipée pour des raisons de compassion. Au cours des cinq dernières années (de 2008-2009 à 2012-2013), seulement 11 détenus ont demandé à la Commission des libérations conditionnelles du Canada de rendre une décision à ce sujet; sept demandes ont été acceptées et quatre ont été rejetées.

### Décès en établissement fédéral, par cause (2003-2013)

	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005	Exercice 2005-2006	Exercice 2006-2007	Exercice 2007-2008	Exercice 2008-2009	Exercice 2009-2010	Exercice 2010-2011	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013
<b>Accident</b>	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1
<b>Causes naturelles</b>	41	33	34	43	30	46	32	30	35	31
<b>Meurtre</b>	8	3	3	3	1	2	1	5	3	1
<b>Surdose</b>	3	2	1	5	3	2	1	2	1	0
<b>Suicide</b>	10	9	10	10	5	10	10	4	8	12
<b>Causes inconnues ou autres causes</b>	2	1	0	0	1	5	4	8	6	11
<b>Usage d'une force mortelle</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>TOTAL</b>	65	48	49	61	40	65	49	50	53	56

Source : Entrepôt de données du SCC, consulté le 20 septembre 2013.

- Conformément à l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), lorsqu'un détenu décède ou subit des blessures graves, le Service correctionnel du Canada (SCC) doit « sans délai » faire enquête et remettre un rapport au commissaire du Service correctionnel. Toujours selon l'article 19, le SCC doit remettre une copie de son rapport au Bureau de l'enquêteur correctionnel. La *Loi* ne définit pas davantage les paramètres d'une enquête menée en vertu de l'article 19, son contenu ou sa tenue. Quant à la LSCMLC, la cause en particulier du décès ou des blessures graves n'est pas à l'origine de l'obligation d'enquêter « sans délai », mais plutôt le fait qu'un décès ou des blessures graves soient survenus, sans égard à la cause. Selon les lignes directrices sur la politique, les enquêtes nationales doivent être menées à bonne fin et être prêtes à des fins d'examen par le Comité de direction du SCC dans les six mois suivant la date de l'ordre de convocation, qui enclenche le processus d'enquête sur l'incident.

3. Comme la responsabilité et le pouvoir conférés par la loi en matière d'enquête le sous-entendent, le processus d'enquête doit être opportun, exhaustif et crédible. Une autre exigence liée à la crédibilité est la nécessité d'assurer une certaine forme de séparation, d'indépendance ou d'objectivité entre les personnes chargées d'enquêter et celles qui font l'objet d'une enquête. Pour satisfaire à une telle exigence, les enquêtes convoquées par le commissaire doivent toujours comprendre au moins un membre de la collectivité<sup>2</sup>.
4. Comme l'indique la Directive du commissaire 041 (*Enquêtes sur les incidents*), des enquêtes sont menées de sorte que le SCC prenne des mesures appropriées, transparentes et responsables à la suite d'un incident. Le Service s'attend à juste titre à ce que le processus d'enquête en arrive à des constatations et assez souvent à des recommandations pouvant mener à l'amélioration des politiques et des pratiques organisationnelles. Une enquête sur un incident menant à un décès vise, sans égard à la cause, à tenter de prévenir d'autres incidents similaires ou de les éviter. Les principales constatations, recommandations et leçons qui ressortent du processus d'enquête, sont mises à profit et communiquées afin d'éviter que des incidents semblables se reproduisent à l'avenir; elles contribuent également à accroître la sensibilisation au sein de l'organisation et, en fin de compte, à mettre en place des mesures correctives à l'échelle locale, régionale ou nationale.
5. En ce sens, les enquêtes du SCC en cas d'incident sont principalement de nature corrective quant à leur portée et à leur fonction. Un volet entièrement distinct des enquêtes traite des mesures disciplinaires visant le personnel<sup>3</sup>. Enfin, comme l'indique clairement la Directive du commissaire 041, « Le fait que la police mène une enquête criminelle sur un incident donné n'élimine pas en soi la nécessité pour le SCC de mener une enquête sur l'incident en question ». La directive semblerait s'appliquer également aux bureaux du coroner et du médecin légiste, qui pourraient simultanément mener une enquête sur un décès survenu dans un établissement du SCC, sans égard à sa cause.
6. Concrètement, le SCC a élaboré deux processus distincts pour enquêter sur les décès en détention. Lorsqu'un détenu décède d'une cause naturelle, un examen du cas de

---

<sup>2</sup> Aux termes de la Directive du commissaire 041, un membre de la collectivité s'entend d' « une personne qui n'est pas à l'emploi et qui n'a jamais été à l'emploi du SCC ni de la Commission nationale des libérations conditionnelles, qui participe en tant que membre d'un comité d'enquête. »

<sup>3</sup> En fait, selon la politique, aucune constatation, ni aucun énoncé ou fait découlant de l'enquête sur l'incident ne peut servir dans le cadre d'une enquête disciplinaire visant un employé.

décès est convoqué par le commissaire. Dans le cas d'un suicide, d'un homicide, d'une surdose ou d'un décès de cause inconnue, le commissaire convoque un comité d'enquête nationale (ci-après nommé le « Comité ») dans les 15 jours ouvrables suivant l'incident. Les différences essentielles entre un examen du cas de décès et un Comité d'enquête nationale, qui seront décrites en détail plus loin dans le présent rapport portent sur les éléments suivants :

- a) les délais pour recueillir les données préliminaires sur l'incident, convoquer et effectuer une enquête et la mener à bonne fin;
  - b) la composition du comité, la sélection et le nombre de membres, dont l'exigence de nommer un membre de la collectivité ou la possibilité de faire appel à un expert (p. ex. un professionnel de la santé mentale ou un médecin);
  - c) la méthodologie et la portée de l'enquête (examen du dossier plutôt qu'un processus d'enquête qui vise à interroger des témoins, à mener des entrevues auprès d'employés, à se rendre sur place, à consulter des experts, à faire comptes rendus à la direction, etc.);
  - d) le nombre, la qualité et le caractère applicable des constatations et des recommandations;
  - e) la définition et la mise en œuvre de mesures correctives et de plans d'action pour donner suite aux principales constatations et recommandations;
  - f) l'évaluation et l'examen de l'importance des principales constatations et des recommandations du rapport (p. ex. à l'échelle nationale, régionale et locale), la diffusion des constatations importantes, des leçons retenues et des leçons communiquées à la suite de l'incident de façon à prévenir des incidents semblables à l'avenir.
7. Au fil des ans, le SCC a tenté de réduire le fardeau administratif lié à la direction d'un comité d'enquête nationale (ou de premier niveau). Pour tenir compte d'une décision prise en 2005 par le Comité de direction du SCC, selon laquelle il serait approprié d'avoir recours à un autre processus d'enquête dans le cas de décès de cause naturelle, le tout premier examen de cas de décès a été mené en février 2006. Le rapport contenait des dossiers concernant 30 décès en détention survenus entre octobre 2004 et août 2005<sup>4</sup>. L'examen a été mené par un enquêteur national permanent et un membre de la collectivité, et le rapport renfermait cinq recommandations et autant de pratiques exemplaires.

---

<sup>4</sup> Entre les exercices 2005-2006 et 2009-2010, le SCC a convoqué 11 examens distincts de groupes de cas de décès, comprenant 144 décès. Un membre de la collectivité faisait partie du comité lors de neuf de ces enquêtes.



8. Les examens de groupes de dossiers sur les décès de cause naturelle (qui étaient d'abord regroupés par région, par exercice ou par nombre de décès) visaient à faire des économies en termes de ressources et à se conformer aux normes relatives à la rapidité d'exécution. À ce moment-là, on croyait qu'il y avait peu de gains ou d'avantages pour le Service à convoquer un comité d'enquête nationale dans le cas des décès de cause naturelle, surtout les décès prévus ou anticipés. Les modifications procédurales au processus d'enquête prévu à l'article 19 de la LSCMLC reposant sur la cause du décès ne visaient donc pas à améliorer la qualité du processus. La solution de rechange, soit le processus d'examen des cas de décès, reposait sur des préoccupations plus pressantes et de nature administrative.
  
9. Il est manifeste que l'examen des cas de décès a évolué au fil du temps. Par exemple, à la fin de 2011, des examens des cas de décès individuels avaient remplacé les groupes de rapports utilisés auparavant; la responsabilité générale de cet exercice est officiellement passée de la Direction des enquêtes sur les incidents au Secteur des services de santé de l'Administration centrale en juin 2009<sup>5</sup>; les examens menés au cours des trois dernières années environ indiquent l'importance accrue attachée à la qualité des soins prodigués<sup>6</sup>. Néanmoins, il s'écoule en moyenne environ dix mois entre un incident mortel et la convocation d'un examen du cas de décès. Il faut souvent deux ans ou plus, à partir du décès, pour mener l'examen à bonne fin. De tels délais ne peuvent simplement pas répondre à l'attente législative voulant que les examens soient menés « sans délai » aux termes de la LSCMLC.
  
10. De plus, au moment où les Services de santé ont commencé à assumer la responsabilité du processus d'examen des cas de décès, le comité n'était composé que d'un seul membre, un infirmier ou une infirmière autorisé(e), qui travaillait à la Direction des services cliniques à l'Administration centrale. Même si le comité ou le comité d'examen des cas de décès est convoqué par le commissaire, il n'est pas nécessaire qu'un membre de la collectivité ou qu'un intervenant externe en fasse partie. Les modalités visant l'examen des cas de décès sont essentiellement les mêmes depuis leur adoption : examen de la cause du décès; évaluation des soins

---

<sup>5</sup> Des Lignes directrices sur l'examen des cas de décès ont été publiées en juin 2009 par le Secteur des services de santé du SCC. En septembre 2009, le commissaire a convoqué le premier processus d'examen des cas de décès mené par les Services de santé. En octobre 2013, les Services cliniques avaient rédigé 79 rapports sur des cas de décès.

<sup>6</sup> En 2012, après que le Bureau ait informé le Service de son intention d'enquêter sur le processus d'examen des cas de décès, le nombre de constatations importantes figurant dans les examens individuels a commencé à augmenter de façon significative; malgré tout, la plupart de ces constatations sont toujours liées à la documentation et à la tenue des dossiers.

prodigués en fonction de la politique du SCC et des normes communautaires actuelles; examen de la question de savoir si d'autres mesures de gestion de la peine (« libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel ») des détenus en phase terminale ou recevant des soins palliatifs ont été prises en compte et documentées comme il se doit.

11. Le Bureau ne s'oppose pas à ce que le SCC cerne les possibilités d'efficience lui permettant de respecter son obligation légale d'enquêter sur les décès en établissement. Cependant, après avoir examiné certains des premiers groupes de rapports sur les cas de décès, les enquêteurs du Bureau ont commencé à souligner un certain nombre de préoccupations quant à la qualité, à l'exhaustivité et à l'intégrité de ces examens, dont la moindre était le fait que les examens étaient habituellement dénués de toute analyse ou remarque critique sur la qualité des soins de santé prodigués en fin de vie. Entre mai 2005 et juin 2009 (avant que la responsabilité du processus d'examen des cas de décès passe officiellement de la Direction des enquêtes sur les incidents au Secteur des services de santé à l'Administration Centrale), seules quelques pratiques exemplaires et quasi aucune recommandation d'importance ou d'intérêt national figuraient dans les rapports sur les cas de décès, même si 144 décès de cause naturelle avaient été traités à l'aide de cette « solution de rechange » au processus<sup>7</sup>.
  
12. Même si 30 % de tous les décès de cause naturelle ayant fait l'objet d'un examen entre avril 2009 et mars 2012 étaient considérés « inattendus » ou « soudains », aucune recommandation, leçon retenue, constatation importante ni aucun point d'intérêt important ne figurait dans les rapports sur les cas de décès. Comme il fallait s'y attendre, une proportion considérable de ces décès « soudains » était attribuable à un arrêt cardiaque. Malgré tout, cet état de fait est préoccupant, puisque dans un grand nombre de ces cas de décès soudains, le personnel du SCC savait que le détenu avait souffert d'un trouble cardiaque quelconque. Au lieu d'être simplement qualifiés d'« inattendus », certains de ces décès auraient dû être qualifiés de « prématurés » ou même d'« évitables ». Il est tout simplement impossible de le savoir avec certitude, puisque le processus ne permet pas de se pencher sur toute autre explication possible des décès au-delà de ce qu'indiquent le dossier et les ordres de convocation : décès de cause naturelle.

---

<sup>7</sup> De juin 2009 à octobre 2013, les Services de santé du SCC ont mené 79 autres examens des cas de décès.

13. Dans son rapport annuel 2009-2010, le Bureau relève d'importantes lacunes en matière de responsabilisation, de qualité et de procédures dans le processus d'examen des cas de décès :

- i) Il n'y a aucune exigence d'inclure un membre externe dans la composition du Comité d'examen des cas de décès.
- ii) Aucune des enquêtes sur les cas de décès n'a fait l'objet d'un examen indépendant.
- iii) Il n'y a aucune exigence de s'entretenir avec le personnel ou avec une partie indépendante pour corroborer les soins cliniques donnés
- iv) Des documents essentiels, y compris les notes de fermeture, le rapport du coroner et le certificat établissant la cause officielle du décès, sont souvent absents des dossiers.
- v) Les problèmes de conformité sont rarement identifiés; les mesures correctives sont rarement prises en note et des recommandations ne sont pas normalement formulées<sup>8</sup>.

14. À ce moment-là, le Bureau a recommandé de suspendre le processus d'examen des cas de décès jusqu'à ce qu'un expert indépendant valide les lignes directrices afin de satisfaire aux exigences énoncées à l'article 19 de la LSCMLC. Le Bureau a aussi demandé au SCC de publier les résultats de l'examen de l'expert. En réponse, le SCC a maintenu que l'exercice prévoyait l'application de critères rigoureux aux cas de décès attribuables à des causes naturelles, et qu'à son point de vue aucune autre mesure n'était nécessaire.

15. Néanmoins, des préoccupations persistent quant à la possibilité que le processus d'examen des cas de décès ne soit pas un modèle approprié et adéquat d'enquête sur les décès survenant dans des établissements du SCC. Selon le Bureau, l'exercice ne respecte pas les normes reconnues en matière d'enquête, comme l'indépendance, l'exhaustivité et la crédibilité. En tant qu'outil d'enquête, il semble que le processus ne comprend pas de caractéristiques essentielles susceptibles de détecter les erreurs de façon fiable (et de retenir des leçons) et de prendre des mesures correctives permettant de prévenir d'autres décès évitables ou prématurés attribuables à des causes naturelles dans les établissements fédéraux.

---

<sup>8</sup> Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2009-2010.

16. Dans le rapport annuel 2010-2011 du Bureau, l'enquêteur correctionnel, faisant référence à ces préoccupations, a demandé au ministre de la Sécurité publique d'intervenir pour enjoindre le Service à interrompre les examens de cas de décès jusqu'à ce que ses lignes directrices puissent être validées par un expert indépendant. À titre de mesure provisoire, le Bureau a aussi recommandé qu'un médecin indépendant examine tous les décès de cause naturelle survenus dans les établissements du SCC et qu'il fasse rapport, de façon indépendante, de ses constatations au commissaire du Service correctionnel du Canada.
17. Pour des raisons qui sont toujours en grande partie inconnues (puisque le ministre n'a jamais répondu directement), le Service a rejeté la recommandation de suspendre les examens de cas de décès. Du point de vue du SCC, le processus d'examen s'améliore toujours, et il est encore considéré comme une approche systématique et globale d'examen des soins prodigués en fin de vie. Aussi récemment qu'en octobre 2011, le Comité consultatif des soins de santé du SCC a jugé que les lignes directrices de l'examen des cas de décès étaient [traduction] « très adéquates et [...] surpassaient les pratiques actuelles dans nos collectivités »<sup>9</sup>. Le Comité semble ne pas avoir tenu compte du fait qu'il n'existe aucune équivalence entre « les pratiques actuelles dans nos collectivités » et l'obligation légale de l'État de prodiguer des soins à un détenu. Lorsqu'un détenu décède en établissement, l'État est tenu d'examiner les facteurs et les circonstances qui ont mené au décès.
18. Malgré les assurances du contraire, le Bureau a toujours de sérieux doutes sur le caractère adéquat et approprié du processus d'examen des cas de décès dans le cadre d'enquêtes sur les décès de cause naturelle qui surviennent dans les établissements du SCC. L'objectif de la présente enquête consiste à examiner l'exercice de plus près en portant une attention particulière à une évaluation de la qualité et du caractère adéquat des soins prodigués en fin de vie aux quinze détenus décédés qui composent l'échantillon. Ce faisant, le Bureau a retenu les services d'un consultant médical pour évaluer de façon indépendante et spécialisée la façon dont ces décès ont été examinés par le SCC et des rapports dont ils ont fait l'objet. L'enquête a pour objet de tirer des conclusions sur la façon dont le Service respecte ses obligations législatives dans le cadre l'examen des cas de décès et de formuler des recommandations à ce sujet.

---

<sup>9</sup> Yvette Thériault, présidente, Comité consultatif des soins de santé, dans une pièce de correspondance adressée à Don Head, commissaire, et datée du 19 octobre 2011.

## II. Méthodologie

19. Le processus d'examen des cas de décès du SCC est essentiellement fondé sur un examen du dossier médical et des dossiers correctionnels du détenu décédé. Ainsi, le consultant médical a étudié les mêmes dossiers (médicaux et autres) qui font partie de l'examen du cas de décès du SCC. L'examen ne visait pas la réouverture des dossiers ni la réalisation d'une nouvelle enquête après les faits. Nous nous sommes attardés exclusivement à l'examen des dossiers et des procédures utilisées par le SCC pour mener son examen des décès de causes naturelles dans ses établissements. Il s'agissait d'une vérification de la conformité axée sur l'évaluation de la qualité et de l'exhaustivité des rapports et du processus liés à l'examen des cas de décès.
  
20. Les cas examinés par le Bureau n'ont pas été sélectionnés au hasard. Ils soulevaient tous un certain niveau de préoccupation ou des questions, par suite de l'examen préliminaire non médical réalisé par le Bureau des rapports des cas de décès fournis par le SCC. L'échantillon porte sur des décès survenus en 2009 et 2010. Parmi les 15 dossiers examinés, le délai entre le moment du décès et l'ordre de convocation allait de 3 à 13 mois, pour une moyenne de plus de six mois (6,3 mois). Tous les rapports de décès ont été rédigés par le Secteur des services de santé du SCC.
  
21. Le Bureau a conclu une entente avec un médecin réputé et consultant en soins de santé ayant une expérience considérable de la gestion d'incidents graves afin qu'il mène un examen professionnel des 15 dossiers sur les cas de décès. Le médecin devait évaluer l'exhaustivité et la qualité des soins ainsi que de relever les problèmes, lacunes ou préoccupations possibles relativement au processus d'examen du décès même. Le médecin en question a examiné, en plus des rapports sur les cas de décès, les politiques, vérifications, lignes directrices et rapports d'agrément pertinents du SCC. La liste complète des documents consultés par le médecin consultant se trouve en annexe A.
  
22. Pendant la période visée par l'examen, le médecin consultant a relevé un certain nombre de problèmes récurrents. L'enquêteur principal a rencontré le personnel du SCC ou discuté avec les employés par téléphone pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs rôles et responsabilités ainsi que sur leur compréhension de l'objectif du processus d'examen des cas de décès. Le Bureau n'a pas mené

d'entrevue auprès des membres du SCC sur les constatations précises des rapports des cas de décès sélectionnés. Le médecin consultant a également visité un des centres régionaux de traitement du SCC afin de mieux comprendre la façon dont les soins de santé sont prodigués aux délinquants purgeant une peine de ressort fédéral.

23. En ce qui concerne l'échantillon comme tel, tous les cas visaient des détenus de sexe masculin. Dans tous les cas sauf un, le décès était « anticipé » par le SCC. Plus des deux tiers des cas (11) visaient des détenus purgeant une peine d'emprisonnement à perpétuité. Dans les autres dossiers, la peine était inférieure à quatre ans.

24. En plus de l'échantillon, le Bureau a également examiné 80 rapports sur les cas de décès préparés entre 2009 et 2012. Seuls quelques-uns de ceux-ci contenaient des constatations de non-conformité relativement à la qualité des soins offerts. En fait, jusqu'à tout récemment, aucun rapport sur les cas de décès n'a entraîné une recommandation d'importance.

25. On peut regrouper les constatations tirées de l'évaluation des examens de décès en quatre thèmes :

- a) Qualité de la prestation des soins de santé
- b) Gestion des dossiers médicaux
- c) Préoccupations liées à l'échange d'information et à la continuité des soins
- d) Prise en compte de solutions de rechange à l'incarcération

26. En ce qui concerne le processus d'examen dans son ensemble, les points de préoccupations étaient les suivants :

- a) Étude du dossier
- b) Normes applicables
- c) Mesures correctives
- d) Leçons retenues
- e) Exigences relatives à l'article 19 de la LSCMLC

### III. CADRE LÉGISLATIF ET ADMINISTRATIF

27. La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) exige du Service correctionnel du Canada qu'il enquête « sans délai » sur tous les cas où un détenu décède ou se blesse gravement. En pratique, le SCC a mis au point deux processus d'enquête distincts, selon la cause du décès. Si, dans les rapports préliminaires envoyés à l'Administration centrale, le décès est jugé « de causes naturelles », le sous-commissaire principal recommande un examen sur les cas de décès plutôt que de convoquer un comité d'enquête. Au bout du compte, c'est le commissaire qui signe l'ordre de convocation et qui précise si l'examen du décès sera réalisé par un comité d'enquête (sous la direction de la Direction des enquêtes sur les incidents) ou dans le cadre de l'autre processus d'examen des cas de décès (sous la direction du Secteur des services de santé du SCC). Les deux types de processus sont décrits en détail ci-après.

#### ***Comité d'enquête***

28. Dans le cas d'un suicide, d'un homicide ou d'un décès de cause inconnue, un comité d'enquête (ci-après appelé « le comité »), généralement composé de trois membres, est convoqué par le commissaire dans les 15 jours ouvrables suivant l'incident. Généralement présidé par un enquêteur national<sup>10</sup> de la Direction des enquêtes sur les incidents, le comité doit également s'assurer de la participation d'un membre de la communauté qui ne fait pas partie du SCC. Dans le cas d'un suicide, le comité peut également comprendre un membre ayant une expertise dans le domaine de la santé mentale. Aux termes de l'ordre de convocation, les membres du comité se rendent sur le site de l'incident et peuvent consulter tous les documents et rencontrer toutes les personnes concernées, ainsi qu'examiner la mise en œuvre des directives stratégiques et des pratiques opérationnelles. Une fois le travail achevé, le comité présente ses constatations et ses recommandations au directeur de l'établissement et à la Direction des enquêtes sur les incidents du SCC.

29. Le mandat d'enquête du comité comprend généralement les domaines suivants :

- a) l'existence possible de facteurs de risque ou de facteurs déclencheurs immédiats, proximaux ou à long terme relativement à l'incident faisant l'objet de l'enquête et, le cas échéant, l'attention accordée à ces facteurs

---

<sup>10</sup> Environ une dizaine d'enquêteurs nationaux travaillent en permanence pour la Direction des enquêtes sur les incidents. Ces personnes possèdent une grande expérience et une immense expertise; elles président souvent les enquêtes nationales de niveau un sur les incidents majeurs.

et les mesures prises à l'égard des problèmes médicaux et de santé mentale, entre autres;

b) la classification de sécurité du détenu associé à l'incident et son placement dans l'établissement;

c) la présence du personnel dans la zone où l'incident s'est produit, y compris la fréquence et la qualité de la surveillance des activités du détenu;

d) les soins, les traitements et la supervision relativement au détenu avant l'incident;

e) la qualité de l'intervention, y compris les soins médicaux, à la suite de l'incident.

30. Dans le cadre de son enquête, le comité doit préparer une chronologie des événements, décrire le contexte de l'incident, fournir un profil du ou des détenus impliqués et rédiger une déclaration des constatations. Ces constatations peuvent être purement factuelles ou interprétatives, elles peuvent être formulées sous la forme d'opinions du comité à propos d'un élément des circonstances étayées par des faits, sans qu'il soit possible de l'affirmer avec certitude. Les constatations peuvent également prendre la forme d'un examen de la conformité aux politiques, directives et pratiques établies. Il s'agit alors de « constatations de non-conformité ». Le comité peut également formuler (lorsqu'il est pertinent de le faire) des recommandations, afin principalement d'éviter que ces incidents se reproduisent. Les recommandations jouent un rôle prépondérant en matière de prévention (ou de correction) en précisant ce qui aurait pu être réalisé différemment pour éviter l'incident.

31. Une fois le rapport établi, le comité présente les principales constatations et recommandations au directeur d'établissement ainsi qu'aux autorités des administrations régionales et de l'Administration centrale. Celles-ci peuvent être acceptées ou rejetées. Lorsqu'une constatation n'est pas acceptée, il est habituel de préciser la raison du rejet. Lorsqu'une recommandation ou une constatation de non-conformité est acceptée, des mesures correctives (généralement sous la forme d'un plan d'action) sont mises en œuvre. Le rapport est présenté au Comité de direction du SCC, qui le valide et y appose sa signature. Cet organe doit également voir à la mise en œuvre des mesures correctives et, au besoin, s'assurer que les mesures de suivi sont appliquées. Compte tenu des questions en jeu et du profil des incidents



qui entraînent ou exigent une participation du Comité d'enquête nationale, l'intérêt et la participation du Comité directeur pendant toute la durée de l'enquête sont importants et attendus.

32. On s'attend à ce que les leçons retenues et les mesures correctives soient générées par l'exercice du Comité d'enquête nationale, ce qui mènera ultimement à une amélioration des politiques et des pratiques opérationnelles. Le processus d'enquête dans les cas de décès de causes non naturelles est principalement préventif ou correctif. Effectivement, on présume que le processus du Comité d'enquête nationale permettra aux enquêteurs d'étudier la cause, de confirmer les facteurs déclencheurs et de tirer des conclusions sur la façon dont des incidents mortels similaires pourraient être empêchés à l'avenir, ce qui contraste grandement avec l'examen des cas de décès, qui est beaucoup plus superficiel tant par sa forme que par son contenu. Dans le cadre de l'examen d'un cas de décès, la cause et les facteurs déclencheurs ont en grande partie été relevés dans le cadre d'un autre exercice (réalisé par d'autres intervenants) avant même le début du processus. En effet, il semble qu'il y a peu à gagner ou à apprendre à la suite d'un décès qui, à toutes fins utiles, était anticipé. Les champs d'enquête sont en grande partie déterminés avant le début du processus officiel d'examen.

### ***Processus d'examen des cas de décès***

33. Le processus d'examen des cas de décès (processus d'examen) diffère grandement du processus du Comité d'enquête nationale décrit ci-avant. D'abord, le « comité » d'un examen sur les cas de décès est composé d'un seul membre, un infirmier ou une infirmière autorisé(e) qui travaille à la Division des services cliniques à l'Administration centrale. Son mandat consiste essentiellement à étudier le dossier médical du détenu décédé et, incidemment, son dossier correctionnel. L'examen n'est normalement pas complété ou corroboré par une visite sur place ou des entrevues officielles même si, dans certains cas, un membre de l'établissement où le détenu est décédé peut être consulté, généralement aux fins de clarification des documents du dossier.

34. Le processus d'examen « vise à examiner les soins cliniques fournis au détenu et les circonstances ayant mené à son décès »<sup>11</sup>. En pratique, l'examen porte principalement sur les deux années précédant le décès, mais les Services de santé peuvent retourner en arrière aussi loin qu'il est nécessaire. En général, l'examen du cas de décès précise :

- a) la cause du décès;
- b) l'existence possible de facteurs déclencheurs immédiats ou de facteurs de risque associés au décès;
- c) les soins médicaux fournis relativement à la cause du décès et si ceux-ci étaient conformes à la politique du SCC et s'ils correspondaient aux normes professionnelles approuvées en matière de soins.

On étudiera également si des solutions de rechange possibles en matière de gestion de la peine (p. ex. libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel) ont été envisagées avant le décès (paragraphe 121a), b) et c) de la LSCMLC et articles 748 et 748.1 du *Code criminel*, le cas échéant), en collaboration avec la Division des opérations de réinsertion sociale en établissement.

35. Un document d'appoint intitulé *Éléments importants liés à la santé qu'il faut examiner dans le cadre d'un examen du cas de décès*, contient une liste exhaustive des renseignements figurant dans le dossier médical qui doivent être étudiés pendant un examen du cas de décès<sup>12</sup>, notamment :

- a) l'historique de la maladie et les facteurs déclencheurs qui ont causé le décès;
- b) l'examen de tous les diagnostics reçus (y compris les évaluations, la surveillance et les interventions) afin de déterminer la conformité aux normes professionnelles acceptées et aux politiques du SCC;
- c) l'examen des ordonnances de l'ensemble des médecins (prescriptions, demandes de tests de laboratoire, radiographies, suivis, etc.);
- d) les documents consignés dans le dossier médical;
- e) la continuité des soins (transfert vers un autre établissement, plans de transfert dans la collectivité, échange d'information);

---

<sup>11</sup> Services de santé du SCC, *Processus d'examen des cas de décès de causes naturelles*, juin 2009, aussi connu sous le nom de *Lignes directrices sur l'examen des cas de décès*.

<sup>12</sup> SCC, *Éléments importants liés à la santé qu'il faut examiner dans le cadre d'un examen du cas de décès*, non daté.

- f) l'application des lignes directrices du SCC relativement aux soins palliatifs;
- g) les documents officiels, comme le dossier médical et les notes connexes, le certificat de décès, le rapport du coroner ou du médecin légiste, le rapport d'autopsie, le rapport de toxicologie (le cas échéant), etc.

36. Entre le moment de l'ordre de convocation et la note de fermeture du dossier, les principaux points de décision du processus d'examen des cas de décès peuvent être résumés comme suit :

- i) À la déclaration d'un décès en établissement, un rapport préliminaire est rédigé par le personnel de l'établissement et envoyé à l'Administration centrale. Si, d'après les constatations préliminaires, on juge que le décès est « anticipé » et attribuable à des causes « naturelles », le sous-commissaire principal prend la décision de renvoyer le cas pour un examen du décès plutôt que de convoquer un comité d'enquête aux termes de l'article 19 de la LSCMLC.
- ii) Après un délai (qui peut durer plusieurs mois), le commissaire signe un ordre de convocation exigeant des Services cliniques de l'Administration centrale qu'ils effectuent un examen du décès. À ce moment, les Services cliniques ont généralement déjà obtenu les dossiers médicaux de la part de l'établissement. L'infirmier ou l'infirmière autorisé(e) à qui l'on a attribué le dossier peut demander l'opinion d'un médecin contractuel. L'examen des documents prend normalement de six à huit semaines.
- iii) Le rapport et les constatations préliminaires sont examinés dans le cadre d'un processus interne d'assurance de la qualité, qui est suivi par une réunion du Comité d'examen des cas de décès<sup>13</sup>. À ce moment, l'examen se base principalement sur les constatations préliminaires.
- iv) Les constatations et un résumé du rapport sont ensuite transmis au gestionnaire régional des services cliniques – et non au personnel de l'établissement – pendant une téléconférence.
- v) Si le rapport contient des constatations de non-conformité, le gestionnaire régional doit veiller à ce que des mesures correctives soient apportées, généralement en s'assurant de la participation du chef des Services de santé de l'établissement concerné.

---

<sup>13</sup> Le comité d'examen des cas de décès remplit les fonctions de surveillance et d'assurance de la qualité. Présidé par le directeur général des Services cliniques, le comité examine la première version du rapport en cas de décès mais ne possède pas de pouvoir de signature.

37. Les constatations des examens en cas de décès sont, à tout le moins superficiellement, semblables à celles du rapport du comité d'enquête. Toutefois, la portée et l'objet de l'examen du cas de décès, beaucoup moins général que le rapport du comité, font en sorte que la portée et la nature des constatations sont différentes. Par exemple, un examen du cas de décès ne produit généralement que des constatations de conformité relativement aux dossiers médicaux et au processus de tenue de dossiers; il n'aborde que rarement la qualité des soins. Puisque ces rapports ne renferment que rarement des constatations matérielles, des mesures correctives ou des plans d'action d'intérêt national, on ne s'attend pas à ce qu'ils entraînent une mobilisation importante de la part du Comité directeur du SCC, même si ses membres doivent en théorie passer en revue le résumé du rapport et approuver officiellement la note de fermeture du dossier.
38. Comme il a été mentionné, il peut parfois s'écouler plus de deux ans avant que certains rapports des cas de décès soient établis. La majeure partie du délai s'écoule généralement entre la date du décès et l'ordre de convocation. Typiquement, les ordres de convocation précisent que le rapport des cas de décès doit être établi dans un délai de trois mois. Cependant, ceux-ci sont parfois signés plus de 18 mois après le décès.<sup>14</sup>
39. Une sorte de mesure de sécurité interne est intégrée au processus. Si, dans le cadre d'un examen du cas de décès, on juge que la cause du décès n'est pas naturelle, que les circonstances entourant le décès sont suspectes ou que des problèmes relevés nécessitent une étude plus approfondie, le processus peut être renvoyé à la Direction des enquêtes sur les incidents, qui peut alors décider de la nécessité de convoquer un comité d'enquête nationale. Curieusement, les Services de santé peuvent également renvoyer l'examen du cas de décès s'ils jugent que des entrevues sont nécessaires pour confirmer ou corroborer l'information selon laquelle des « problèmes opérationnels » (p. ex. si on n'a pas pris des mesures pour sauver la vie du détenu) ont pu avoir une incidence sur le décès. Autrement dit, la mesure de sécurité intégrée précise clairement que le processus d'examen des cas de décès n'est pas destiné à être substitué à un exercice d'enquête régulier, et encore moins à satisfaire aux exigences aux termes de l'article 19 de la LSCMLC. La possibilité d'apprendre de ses échecs ou de ses erreurs en vue de respecter l'obligation du SCC

---

<sup>14</sup> Comparativement à 15 jours pour convoquer un comité d'enquête typique après l'incident qu'il est chargé d'étudier.

de préserver la vie pendant un incident grave de fin de vie n'est tout simplement pas une conclusion que le processus d'examen des cas de décès peut vraisemblablement produire. Ce processus ne sert pas à faire la lumière sur la façon dont un détenu est décédé dans un établissement du SCC ou sur la cause de ce décès. Il vise seulement à évaluer la conformité aux politiques du SCC et aux normes communautaires en matière de soins de santé à partir d'un examen des dossiers médicaux.

40. Les rapports d'examen des cas de décès sont transmis au chef des Services de santé; des copies sont envoyées au directeur régional des Services de santé, au directeur de l'établissement et au sous-commissaire régional. Malgré ces ententes d'échange d'information, pendant notre enquête, un médecin sous contrat avec le SCC a indiqué au Bureau que, à sa connaissance, le Service n'a pas réalisé d'enquête à la suite des décès attribuables à une cause naturelle. Le médecin n'avait pas même entendu parler du processus interne d'examen des cas de décès, même s'il a participé aux soins d'un certain nombre de détenus décédés ayant fait l'objet d'un tel examen.

#### **IV. CONSTATATIONS – ÉVALUATION INDÉPENDANTE DES RAPPORTS SUR LES CAS DE DÉCÈS RÉALISÉE PAR UN EXPERT**

Cette section porte sur l'examen des secteurs thématiques préoccupants que le médecin consultant a relevés lorsqu'il a passé en revue quinze rapports sur les cas de décès sélectionnés.

##### **A. Qualité de la prestation des soins de santé**

41. Dans près de la moitié des cas (soit sept), l'examen des dossiers médicaux a mis en évidence des questions concernant la qualité des soins de santé prodigués aux détenus, qui sont par la suite décédés. Une de ces questions porte sur les pratiques de diagnostic adoptées par les professionnels de la santé du SCC. Dans certains cas, il a été clairement démontré que les principes de diagnostic différentiel<sup>15</sup> établis n'avaient pas été appliqués (ou à tout le moins rien dans le dossier n'indiquait la façon dont ces principes avaient été appliqués). Les rapports d'examen de ces cas de décès indiquaient seulement que les pratiques étaient harmonisées aux normes professionnelles « applicables ».

---

<sup>15</sup> « Diagnostic différentiel » s'entend d'une procédure médicale dans le cadre de laquelle le médecin cherche la cause possible d'une affection, habituellement en examinant l'aspect différentiel d'au moins deux hypothèses à envisager.

42. Dans un cas, un détenu se plaignait de difficultés respiratoires, d'essoufflements et d'un inconfort général persistant. Au total, cinq radiographies pulmonaires ont été prises à divers moments au cours des deux dernières années de vie du détenu. Le médecin traitant a diagnostiqué une pneumonie, et a prescrit des antibiotiques à trois reprises au cours de cette période. Au surplus, les résultats des analyses sanguines de ce détenu présentaient des écarts anormaux<sup>16</sup>; ces résultats auraient normalement dû soulever des questions sérieuses, d'autant plus qu'une masse quelconque était déjà visible au niveau du lobe moyen du poumon droit, que le détenu avait des antécédents en matière de tabagisme et qu'il présentait des signes correspondant à une maladie du système respiratoire chronique obstructive. Des radiographies de contrôle n'ont jamais été prescrites ou prises après plusieurs tentatives d'antibiothérapie. Lorsque le détenu a finalement été transféré dans un hôpital pour une tomodensitométrie d'urgence, la tumeur cancéreuse qui a été détectée était devenue inopérable. Le détenu est décédé trois mois plus tard.
43. Dans son rapport d'examen de ce cas de décès, le SCC ne traite pas de questions concernant le processus de diagnostic suivi par les professionnels de la santé ni de la possibilité que le diagnostic de pneumonie posé initialement ait pu être erroné. Une ordonnance de tomodensitométrie émise deux ans avant le décès n'a pas été signalée dans le cadre de l'examen de ce cas de décès, et il semble qu'on n'y ait pas donné suite. Au surplus, les résultats d'un examen du dossier médical révèlent ce qui suit :
- absence de continuité des soins
  - documentation incomplète ou de mauvaise qualité
  - absence de notes d'évolution
  - absence de suivi des recommandations sur le traitement
44. Dans un autre cas, au moment de l'admission en établissement, le détenu était gravement atteint d'hépatite et présentait aussi des symptômes de jaunisse. Quelques mois plus tard, il a été transféré dans un autre établissement, et le médecin de l'établissement a décidé d'appliquer un protocole thérapeutique de prévention de la tuberculose parce que le détenu avait contracté le virus, mais qu'il était latent. Toutefois, on sait que ce traitement est hépatotoxique (procédé chimique qui cause des dommages au foie) et qu'il n'est pas recommandé pour les

---

<sup>16</sup> Dans ce cas, l'expression « résultats des analyses sanguines présentant des écarts anormaux » s'entend de ferritine, d'hémoglobine et d'un taux élevé de globules blancs.

patients atteints de troubles hépatiques. Les lignes directrices du SCC insistent sur les risques liés à ce traitement pour les détenus atteints d'hépatite<sup>17</sup>. Le détenu est tombé gravement malade après ce traitement, lequel fut interrompu peu de temps après. Les éléments préoccupants dans ce cas-ci sont les suivants : absence de piste d'enquête, d'analyse ou de remise en question relativement au caractère approprié du diagnostic initial et du traitement prescrit par le médecin traitant. Dans ce cas particulier, le rapport sur le cas de décès indique simplement que les soins prodigués étaient « conformes aux normes professionnelles ».

## **B. Gestion des dossiers médicaux**

45. Dans cinq des 15 cas examinés, les recommandations visant à faire passer d'autres examens ou à envoyer les patients consulter des spécialistes sont restées lettre morte, ce qui s'est traduit par des délais inexplicables dans les traitements. Les rapports sur les cas de décès en cause n'indiquent pas la justification sur laquelle les médecins traitants se sont appuyés ou la raison pour laquelle des examens ou recommandations visant à faire passer des examens ou à envoyer les patients consulter des spécialistes n'ont pas été suivis. Rien dans les dossiers n'indique que le manque de suivi ait pu être le résultat d'une erreur administrative de la part de l'établissement ou de l'hôpital communautaire, ou peut-être même d'un refus de traitement de la part du détenu. Les rapports sur les cas de décès concluent simplement que les médecins dans la communauté avaient recommandé que d'autres examens soient effectués, mais que ces examens n'ont pas été pratiqués ou qu'ils l'ont été tardivement. L'auteur n'a pas posé de questions supplémentaires de façon à exclure le fait que le personnel des services de santé ait pu commettre une erreur.
46. Dans un autre cas, une radiographie pulmonaire prise en 2006 a révélé des changements par rapport à des radiographies précédentes. Une analyse des anciens clichés du thorax, de même qu'un nouvel examen pour vérifier les changements survenus chez le patient, ont été prescrits. Rien dans les dossiers médicaux n'indique que cette recommandation a été suivie, et l'examen du cas de décès ne fait pas mention de ce manque de suivi apparent et n'en tient pas compte. Selon les dossiers médicaux, le détenu avait refusé de façon répétée les radiographies annuelles. Il se pourrait très bien qu'il ait également refusé les mesures de suivi recommandées.

---

<sup>17</sup> Service correctionnel du Canada et santé Canada - Lignes directrices sur la prévention et le contrôle de la tuberculose dans les établissements correctionnels fédéraux, 2004, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada et santé Canada.

Quoi qu'il en soit, trois ans plus tard, le patient, atteint d'une fibrose pulmonaire, a été hospitalisé aux soins palliatifs. Dans le même dossier, le médecin communautaire, qui avait évalué l'état du détenu, avait indiqué qu'il serait un bon candidat pour un traitement contre l'hépatite C. Le détenu n'a jamais reçu ce traitement. Le rapport sur le cas de décès indique simplement que rien dans les dossiers médicaux n'indiquait si le détenu avait reçu le traitement contre l'hépatite, mais cette affection en particulier n'a pas contribué à son décès. Il apparaît que le SCC aurait été justifié de mener une enquête approfondie à ce sujet.

47. Dans un cas analogue, une radiographie prise trois ans avant le décès du détenu a conduit à des résultats non concluants. Le rapport sur le cas de décès donnait à penser qu'une autre radiographie aurait dû être prise étant donné que certains éléments de l'épreuve radiographique initiale n'étaient pas assez précis pour être convenablement analysés. Toutefois, le détenu a été mis en liberté sous condition dans la collectivité 10 mois plus tard sans radiographie de contrôle. Le détenu a été réadmis en établissement un peu plus d'un an plus tard et, encore une fois, aucune radiographie de contrôle n'a été prise. Un an après sa réadmission, le détenu s'est plaint de douleurs intenses et une radiographie a été demandée, laquelle a été prise deux mois plus tard. Une tomodensitométrie à ce moment-là a révélé qu'une tumeur inopérable et pratiquement impossible à traiter avait envahi ses intestins. Le détenu est décédé quelques jours plus tard. Ce cas soulève des questions et des préoccupations quant à la continuité des soins; pourtant, les résultats de l'examen de ce cas de décès n'ont pas fait état de constatations de non-conformité ou de recommandations.
48. Dans un troisième cas, le détenu avait subi des examens pulmonaires à quelques reprises. Une radiographie a révélé une masse, et une radiographie de contrôle a été demandée pour déterminer la nature de cette masse. Malheureusement, cette demande n'a pas été prise en considération. Un an plus tard, un nouvel examen de la masse a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse. Le détenu a immédiatement été admis à l'unité des soins palliatifs, et il est décédé deux mois plus tard.
49. Comme ces cas l'indiquent, le processus actuel ne permet pas de déterminer la raison pour laquelle un examen médical de contrôle conseillé n'est pas effectué ou qu'une procédure recommandée n'est pas suivie. Selon le processus actuel, l'absence de renseignements essentiels n'est même pas considérée comme étant un



cas de non-conformité. Les plus récents examens de cas de décès renferment un peu plus de constatations capitales. Malgré tout, celles-ci ont tendance à se limiter à l'absence de documentation. Par exemple, un rapport sur le cas de décès établi en 2013 révélait qu'il n'y avait pas de preuve qu'un médecin de l'établissement a pris presque deux mois avant d'examiner un patient recevant des soins palliatifs. Le rapport sur l'examen du cas de décès ne permet pas de déterminer si le patient a fait ou non l'objet d'une évaluation médicale; il indique simplement qu'aucun élément probant n'a été versé au dossier.

### **C. Préoccupations liées à l'échange d'information et à la continuité des soins**

50. Au total, trois cas ont soulevé d'importantes questions concernant la qualité et le contenu de l'échange d'information entre les professionnels de la santé et le personnel correctionnel. Dans un cas, l'examen du cas de décès indiquait que le sujet s'était d'abord tourné vers les services de santé parce que sa toux était accompagnée de sang depuis six semaines. Il n'est pas mentionné si le personnel correctionnel était au courant de la situation ou s'il a fait des efforts pour aider le détenu. Il semble que le détenu évitait depuis longtemps tout contact avec le personnel des services de santé, et qu'il avait périodiquement refusé des soins médicaux. Il avait reçu un diagnostic de troubles mentaux, et les mises en liberté dans la collectivité avaient échouées. On aurait pu normalement s'attendre à une présence plus attentive de la part du personnel correctionnel, mais l'examen du cas de décès ne porte pas sur cette question.

51. Dans trois dossiers examinés, il est indiqué que le détenu ne s'est pas présenté à un rendez-vous médical ou à un traitement prévu. Dans la majorité des cas, les dossiers médicaux ne permettent pas de faire la distinction entre le fait qu'un détenu refuse de se présenter à un rendez-vous ou qu'il ne soit pas en mesure de le faire. Lors de discussions sur les problèmes de communication détenu-patient avec le personnel infirmier de l'établissement, le commentaire le plus souvent formulé portait sur le fait que si l'évaluation ou le traitement est important, et que le temps le permet, le personnel infirmier se renseignera normalement (mais pas toujours) auprès du personnel correctionnel ou demandera une confirmation directe ou indirecte que le détenu a signifié son refus de plein gré. Les détenus peuvent refuser en tout temps de suivre ou de poursuivre un traitement, et ce refus ou consentement devrait normalement être documenté dans les dossiers médicaux.

52. Dans deux cas examinés, les détenus visés avaient une déficience cognitive ou des problèmes de santé mentale graves. Dans un cas, un détenu âgé, qui est décédé de démence en 2010, était partiellement paralysé par suite d'un accident vasculaire cérébral survenu quelques années plus tôt. Au cours d'une intervention chirurgicale pour le cancer du côlon, une autre tumeur a été diagnostiquée. Les médecins ont jugé que le cancer était inopérable parce qu'il était trop avancé, mais le cas était d'autant plus compliqué du fait que les médecins ne pouvaient pas communiquer avec le détenu en raison de son aphasie. L'analyse du dossier médical a permis de constater le nombre très limité d'informations sur le suivi des deux cancers du détenu après 2006. Par ailleurs, l'examen du dossier met en évidence des questions sur les droits et les intérêts du patient. Par exemple, le rapport ne fait aucune mention de la présence d'un représentant légal ou d'un membre de la famille pour discuter des options de traitement, même s'il apparaît que le détenu avait signé une ordonnance de non-réanimation. Il est décédé dans sa cellule moins d'un mois plus tard. L'examen des dossiers médicaux et du rapport sur le cas de décès donne l'impression que le détenu était peut-être incapable de prendre des décisions à la fin de sa vie. Le rapport sur le cas de décès n'insiste pas sur cet aspect; il indique seulement qu'une ordonnance de non-réanimation avait été signée.
53. Dans un autre cas, le manque de collaboration d'un détenu avec le personnel des services de santé est indiqué un certain nombre de fois dans le rapport sur le cas de décès. Toutefois, le rapport ne fait pas état des raisons énoncées ou des méthodes utilisées par le personnel pour tenter d'inverser cette situation. On savait que le détenu avait des problèmes de santé mentale, mais l'examen n'approfondit pas ce fait. Il est simplement indiqué que le sujet a refusé de passer des tests de dépistage de la tuberculose et une radiographie pulmonaire, en 2005 et 2007 respectivement, sans traiter des conséquences possibles de ce refus ou des efforts déployés ou non par le personnel des services de santé pour tenter de le faire changer d'idée. Ce détenu est décédé d'un cancer du poumon.
54. Dans ce cas, il ne s'agit pas de savoir si une surveillance plus efficace aurait pu prévenir le décès ni si le patient avait la capacité de prendre des décisions éclairées au sujet de son état de santé ou des soins médicaux. Il s'agit plutôt de savoir comment le SCC gère le cas des détenus souffrant d'une déficience cognitive ou de problèmes de santé mentale graves, et qui refusent de collaborer avec les services de santé. Le rapport sur le cas de décès n'insiste pas sur cette question.

55. Un rapport sur un cas de décès survenu un an plus tard fait état d'une situation analogue. Le sujet avait eu un résultat positif au test de dépistage de l'infection tuberculeuse, mais refusait de passer une radiographie pulmonaire. Encore une fois, le rapport sur l'examen du cas de décès n'indique que les faits sans traiter des conséquences possibles ou des efforts que le personnel des services de santé a pu déployer ou non pour éclairer le détenu et l'inciter à reconsidérer sa décision.
56. Les rapports sur l'examen des cas de décès ne peuvent pas indiquer, vérifier ou évaluer l'information qui va au-delà de ce qui figure dans les dossiers médicaux. Également, à l'instar des cas dont il a été précédemment question, la capacité du patient de communiquer avec le personnel des services de santé peut être difficile à évaluer à moins que le dossier médical ne renferme une évaluation ou des notes détaillées à cet effet. Dans un cas mentionné précédemment, le dossier contenait une note indiquant que le médecin traitant était incapable de communiquer avec le patient. La note du médecin laisse place à l'interprétation puisqu'on pourrait la lire comme voulant dire que l'incapacité du détenu à communiquer a joué un rôle dans la décision concernant les traitements disponibles. Le rapport sur le cas de décès ne fait pas référence à la note du médecin, et il ne remet pas en cause la capacité du détenu de signer une ordonnance de non-réanimation.
57. La communication entre les patients et les professionnels de la santé ou entre le personnel des soins de santé et les mandataires est souvent une source de conflit et d'incompréhension dans la collectivité. Il en va de même dans les établissements carcéraux. Toutefois, le processus d'examen des cas de décès ne semble pas en mesure d'évaluer l'attention accordée par le personnel correctionnel à l'état de santé d'un détenu. Dans le meilleur des cas, les rapports indiquent une « lacune » au chapitre de la communication ou de l'échange d'information. Dans de rares cas, une note sera versée au dossier indiquant qu'un agent a communiqué avec le personnel des services de santé pour signaler une situation ou un état de santé.

#### **D. Gestion des solutions de rechange à l'incarcération**

58. Pour ne citer qu'une partie de l'exercice de conformité en général, l'examen des cas de décès consiste à évaluer si des solutions de rechange à l'incarcération, avant le décès, ont été examinées et documentées conformément à l'article 121 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) [« Libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel »] et aux articles 748 et 748.1 du *Code criminel* (Prérogative royale de clémence), le cas échéant, et la façon dont elles ont

été examinées et documentées. Cette partie de l'exercice, réalisé en consultation avec la Division des opérations de réinsertion sociale en établissement du SCC, est essentiellement une évaluation visant à déterminer si un détenu en phase terminale ou qui reçoit des soins palliatifs satisfait aux exigences de mise en liberté pour des raisons de compassion. Très peu de détenus sont mis en liberté en vertu de l'une de ces dispositions puisque les exigences techniques, qui comprennent une attestation d'assurance « d'une preuve médicale clairement à l'appui de la demande »<sup>18</sup> sont excessivement difficiles à satisfaire. Par exemple, dans le cadre de l'examen récent de 35 décès « prévus », le SCC a signalé que les cas de 14 détenus avaient été examinés en vue d'une libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel. En fait, aucun de ces détenus n'a été mis en liberté – six détenus sont décédés avant que la documentation soit préparée et que la planification de la mise en liberté soit effectuée; les demandes de six détenus ont été présentées à la Commission des libérations conditionnelles du Canada, mais cinq d'entre elles ont été refusées et un détenu est décédé durant l'ajournement d'une audience<sup>19</sup>. La mise en liberté en vertu de la prérogative royale de clémence de deux détenus a été étudiée, mais le risque a été jugé trop grand dans les deux cas<sup>20</sup>.

59. Au total, deux rapports récents sur des cas de décès renferment un plus grand nombre de constatations capitales quant à la responsabilité du SCC d'examiner de solutions de rechange à l'incarcération. Dans ces rapports établis en 2012 et en 2013, des constatations de non-conformité ont été indiquées. Dans un cas, le rapport indique qu'il n'y a aucun registre des communications à l'intention de l'agent de libération conditionnelle chargé de faire une étude sur les ressources communautaires; dans l'autre cas, le rapport conclut qu'en raison d'une rupture des communications entre le personnel des soins de santé et le personnel correctionnel, aucun renvoi visant une libération conditionnelle n'a été fait en vertu de l'article 121 de la LSCMLC. Les constatations capitales dans ces deux cas restent exceptionnelles.

---

<sup>18</sup> Jusqu'à tout récemment, les détenus purgeant une peine d'une durée indéterminée ou une peine à perpétuité n'étaient pas admissibles à la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel en vertu de l'article 121 de la LSCMLC. Peu de professionnels de la santé sont prêts à attester, par écrit, de l'espérance de vie d'un détenu en phase terminale.

<sup>19</sup> SCC, Rapport d'examen des cas de décès de causes naturelles, janvier 2013.

<sup>20</sup> La prérogative royale de clémence (ou recours en grâce, habituellement sous forme de pardon conditionnel) est exercée par le gouverneur général ou par le Cabinet fédéral. Il s'agit d'un recours extrêmement rare dans le cadre duquel des raisons d'équité et des considérations humanitaires et de compassion doivent l'emporter sur l'administration normale de la justice.

## CONSTATATIONS – PROCESSUS D’EXAMEN DES CAS DE DÉCÈS

### A. Examen des dossiers

60. Le processus d’examen des cas de décès vise principalement à procéder à l’examen des dossiers médicaux. Il se limite à évaluer l’information figurant ou rapportée au dossier. Une simple vérification de la conformité aux normes permet seulement de dégager des perspectives partielles des soins et des traitements reçus en fin de vie. Des dossiers incomplets ou des renseignements insuffisants versés au dossier peuvent limiter considérablement la validité du processus d’examen même. Les évaluations et les examens médicaux, le diagnostic et le traitement, le consentement éclairé entre un patient et les professionnels de la santé exigent des détails qui ne se réduisent pas à une simple déclaration. La plupart des examens de cas de décès se terminent simplement par une note de fermeture indiquant : « aucune mesure requise »
61. Malgré tout, l’examen d’un dossier médical – même très approfondi et de grande qualité – n’est pas synonyme d’enquête. Dans le meilleur des cas, comme il est confirmé par le SCC, l’examen des cas de décès est une solution de « rechange » à l’application de l’article 19 de la LSCMLC, qui vise à examiner les cas de décès de cause naturelle. L’examen des cas de décès est subordonné à l’ordre de convocation. L’examineur n’est pas tenu d’établir ou de rétablir des faits ou de faire enquête sur les faits. Il n’a guère de marge de manœuvre pour demander des précisions sur le contexte ou même pour évaluer la cause probable du décès au-delà de la détermination initiale selon laquelle, le décès était soit « prévu ou anticipé » ou « imprévu ou subit ».
62. Le processus n’est pas efficace s’il se déroule sans entrevue avec le personnel ou les gestionnaires de l’établissement en vue de corroborer l’information versée au dossier. Un examen des données médicales et d’autres dossiers médicaux – ne fait pas – ne peut pas faire état de tous les détails. Des entrevues avec le personnel de l’établissement et des visites sur place semblent constituer des éléments essentiels pour vérifier l’exactitude et la pertinence de la documentation. Une constatation de non-conformité visant un employé est, dans le meilleur des cas, souvent mal accueillie. Si la personne en question n’a pas eu l’occasion d’être interviewée, ou d’étudier en détail un dossier factuel, de corroborer ou autrement de corriger les faits ou de fournir des informations utiles à cet égard, des constatations de ce genre sont susceptibles de semer la confusion et de susciter des questions de crédibilité.

63. Les entrevues sur place avec le personnel de l'établissement permettent aussi indirectement d'informer le personnel de certaines questions pouvant être liées à l'incident ou à la probabilité qu'il se reproduise et de susciter des prises de conscience à cet égard. Il est entendu que les visites en établissement peuvent être coûteuses et, selon le contexte, elles ne sont pas toujours nécessaires. Il est possible de mener des entrevues par téléphone et par vidéoconférence. Ces entrevues peuvent être appropriées pour recueillir des informations et pour corroborer et compléter les renseignements versés au dossier. Le fait que certains membres du personnel soignant en établissement ignorent jusqu'à l'existence du processus d'examen des cas de décès ou que le Service correctionnel est tenu d'examiner les cas de décès de cause naturelle en dit long sur la nécessité d'accroître la sensibilisation au sein de SCC quant à la détection précoce, à la surveillance et à la prévention des facteurs de risque pouvant mener à des décès prématurés ou à un nombre excessif de décès dans les établissements fédéraux.

## **B. Normes applicables**

64. Presque tous les rapports sur les cas de décès examinés par le Bureau soulignent que les soins prodigués aux détenus respectent les normes professionnelles applicables. Ces normes, toutefois, ne sont pas toujours indiquées précisément dans le corps du rapport (elles sont souvent citées en annexe sous la forme d'une liste). Les références et les notes de la Division des services cliniques pour évaluer la prestation des soins de santé revêtent une forme générale, par exemple, la page d'accueil d'un portail médical en particulier ([http://www.poumon.ca/home-accueil\\_f.php](http://www.poumon.ca/home-accueil_f.php), [www.ehow.com](http://www.ehow.com) [en anglais seulement]) ou un titre général de certaines normes d'ordres professionnels.

65. Le personnel infirmier professionnel et expérimenté chargé de rédiger des rapports d'examen des cas de décès à l'Administration centrale possède sûrement une vaste connaissance du domaine. Le fait qu'il incombe principalement aux infirmiers ou infirmières autorisé(e)s d'examiner les dossiers médicaux et les décisions le plus souvent prises par des médecins en établissement ne pose pas problème en soi. La hiérarchie médicale professionnelle ne soulève pas nécessairement de préoccupations. Une telle évaluation nécessite plutôt un savoir-faire exceptionnel en raison de la diversité des cas et des états de santé, des normes, des champs de pratique et des protocoles de traitement qu'il faut prendre en considération et scruter à la loupe. Dans certains cas, comme les dossiers médicaux sont analysés pour toute la période d'incarcération, l'examineur doit aussi connaître les normes

propres à ce groupe professionnel dans une province en particulier au cours de cette période<sup>21</sup>.

66. Les infirmiers et infirmières autorisé(e)s, en raison de leur expertise, doivent assumer un rôle important, voire essentiel, dans le cadre des vérifications de la conformité lorsque la prestation des soins de santé constitue une source de préoccupation. Néanmoins, le fait que le personnel infirmier examine la rapidité et la pertinence des procédures de diagnostic et de traitement mis en place par des médecins soulève des questions quant à la capacité et à la légitimité du personnel d'un groupe professionnel de commenter les travaux et la pratique de membres d'un autre groupe professionnel. De même, il ne serait pas acceptable qu'un infirmier ou une infirmière autorisé(e) dans un hôpital communautaire soit la seule personne à examiner le diagnostic et le traitement effectués par des médecins. En fait, il est de pratique courante dans le cadre de tout processus d'enquête approprié que le niveau de compétences et hiérarchique de l'examineur corresponde à celui des personnes faisant l'objet d'un examen ou qu'il soit supérieur. En bref, il ne s'agit pas de formuler des commentaires ou de porter des jugements sur les aptitudes ou les titres de compétence de l'infirmier ou de l'infirmière autorisé(e) qui effectue l'examen du cas de décès, mais plutôt de soulever une préoccupation quant à la légitimité du processus même.

### **C. Mesures correctives**

67. Il n'y a eu que deux constatations de non-conformité à la politique<sup>22</sup> sur les 15 dossiers sélectionnés pour la présente enquête. Il est entendu que pour faire officiellement une constatation de non-conformité, il faut des éléments probants. Dans ce cas, les dossiers et les documents médicaux étayaient la preuve. Les questions pouvant être soulevées quant à la qualité des soins ou au caractère adéquat du suivi ne suffisent pas pour attester la non-conformité. Dans une large mesure, la rareté des constatations importantes, des recommandations ou même des leçons retenues est en grande partie à l'origine des limites inhérentes à l'exercice même. On ne peut

---

<sup>21</sup> Depuis l'été 2012, la Direction des Division des services cliniques à l'Administration centrale fait appel aux services d'un consultant médical à l'étape de l'analyse du dossier, non seulement à l'étape de la rédaction du rapport. Le personnel infirmier est maintenant en mesure de parler à un médecin afin d'obtenir un autre point de vue sur un dossier, d'interpréter une constatation ou le contenu d'un document ou de dissiper un doute. Il semble que ce soit une pratique exemplaire.

<sup>22</sup> Des examens de cas de décès qui arrivent à des constatations de non-conformité sont devenus plus fréquents depuis 2012. Toutefois, la plupart de ces constatations sont toujours liées à la tenue des dossiers plutôt qu'à des préoccupations touchant la qualité des soins. La qualité et la pertinence des rapports ont plus à voir avec la personne responsable de l'examen qu'avec la façon de l'effectuer.

pas s'attendre à ce que l'examen du dossier d'un détenu, dont le décès avait déjà été déterminé comme étant attribuable à des causes « naturelles » fasse la lumière sur la façon dont des décès de cette nature auraient pu être évités. Seules les erreurs les plus flagrantes ou manifestes font l'objet d'une constatation de non-conformité officielle dans les rapports sur les cas de décès, notamment des erreurs de posologie, des rendez-vous manqués et autres. Même lorsqu'une constatation de non-conformité est attestée, il est rare qu'une recommandation soit formulée ou qu'une mesure corrective soit indiquée.

68. En mars 2010, le Bureau a présenté au SCC des exemples d'examen de cas de décès individuels ayant soulevé des questions quant au diagnostic et aux options de traitement, qui ne semblaient pas correspondre à la progression souvent fulgurante (et apparemment) « imprévue » ou « soudaine » d'une affection ou d'une maladie chronique entraînant une détérioration rapide de l'état de santé et le décès. D'autres cas examinés ont soulevé d'importantes préoccupations quant à l'accès, à la qualité et à la rapidité des services de diagnostic fournis, qui ne semblaient pas correspondre à une norme de soins équivalente à celle établie dans un hôpital communautaire. Ainsi, dans d'autres cas, le Bureau a examiné des dossiers qui ont suscité des préoccupations quant au caractère adéquat du matériel de diagnostic utilisé dans le cadre de procédures ou de l'interprétation des résultats. Le Service a répondu que le matériel de diagnostic dans l'établissement en question avait besoin d'être remplacé, et qu'il ne respectait peut-être pas les normes professionnelles à ce moment-là. Le consultant médical dont les services ont été retenus pour cette enquête confirme la présence de difficultés permanentes et importantes en matière de détection de problèmes de santé, de diagnostic et de traitement, qui sont susceptibles d'être des facteurs déclencheurs dans des cas qui seraient davantage considérés comme des décès « inexplicables » en établissement.

#### **D. Leçons retenues**

69. Une organisation axée sur l'apprentissage doit constamment s'efforcer de s'améliorer. Tout examen interne doit viser à tirer des leçons et à améliorer les processus, sur le plan tant individuel que systémique. L'objectif ne doit pas uniquement se limiter à une vérification de la conformité. Jusqu'à maintenant, ni la Division des services cliniques ni la Direction générale des enquêtes n'a fourni un outil de gestion structuré qui permettrait d'assurer un suivi et de surveiller les points communs des constatations de conformité découlant de l'examen des cas de décès. Bien que des convocations à des fins d'examens de cas de décès soient adressées



depuis 2005, il n'y a toujours pas de méthode systématique permettant de communiquer les constatations de conformité qui vont au-delà du caractère immédiat du décès en question ou d'en faire le suivi.

70. Il faut reconnaître qu'en janvier 2013, la Division des services cliniques du SCC a établi un rapport statistique, dans lequel figurait un résumé de 50 examens de cas de décès<sup>23</sup>. Selon ce rapport sommaire, 35 des 50 décès étaient « prévus » (les détenus avaient un diagnostic documenté de maladie en phase terminale), et 15 décès étaient « imprévus » (les détenus ont succombé à un arrêt cardiaque soudain ou à des complications liées à des procédures médicales). Des 35 décès anticipés, il a été confirmé que 31 détenus avaient reçu des soins palliatifs. Au total, 30 décès étaient prévus dans un établissement du SCC et cinq autres décès sont survenus dans un hôpital communautaire.

71. Dans l'échantillon examiné, le cancer était la principale cause de décès (42 %), suivi par des maladies cardiovasculaires (20 %), des infections (14 %) et des maladies du système respiratoire (12 %). Dans 18 des 50 cas examinés, il a été constaté que le personnel infirmier et médical s'était conformé aux normes de pratique professionnelle, principalement en ce qui concerne la documentation, la surveillance et le traitement des maladies chroniques. D'une manière significative, les résultats du rapport sommaire révèlent que les détenus ont reçu des soins en fin de vie « conformes » à la politique du SCC. De façon inexplicable, aucune recommandation n'a été formulée dans les 50 cas examinés. Dans un rapport de cette nature, il est particulièrement troublant de constater qu'il n'y avait aucune forme de leçon en matière de prévention ou de correction à tirer ou à communiquer à une autre unité opérationnelle à l'exception de celle où le décès était survenu.

72. On pourrait raisonnablement prévoir une série de questions portant sur l'apprentissage (et les pratiques exemplaires connexes) d'un tel rapport, notamment :

- a) Les taux de décès de causes « naturelles » des détenus sous responsabilité fédérale se maintiennent-ils à l'intérieur des fourchettes prévues?

---

<sup>23</sup> SCC, Services de santé, Rapport d'examen de cas de décès de causes naturelles, janvier 2013.

- b) Quel est le taux de décès des détenus sous responsabilité fédérale par suite de maladies chroniques importantes par rapport à la population en général?
- c) Un détenu purgeant une peine de ressort fédéral présente-t-il un risque plus élevé de décéder prématurément en établissement?
- d) Quels sont les facteurs de prévention ou de protection particuliers mis en place pour réduire l'incidence d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire, d'une infection et d'une insuffisance respiratoire dans les établissements carcéraux fédéraux?
- e) Quels facteurs de risque en particulier (incidence et propagation de maladies infectieuses, mauvaise alimentation, manque d'exercice, modes de vie malsains) faut-il considérer dans le cas d'institutionnalisation prolongée de personnes incarcérées?
- f) Quelle est l'obligation de diligence du SCC visant à atténuer les risques pour la santé, qui contribuent aux décès en établissement?

73. Une analyse des interventions du personnel du SCC en cas d'urgences médicales suscite d'autres questions et préoccupations. En février 2007, le Bureau a publié une étude complète des cas de décès en établissement, dans le cadre de laquelle il a analysé 82 cas de décès attribuables à des causes autres que naturelles (suicides, meurtres, accidents, surdoses), qui sont survenus dans des établissements du SCC de 2001 à 2005<sup>24</sup>. Le rapport a présenté une série de lacunes au chapitre de la qualité et du caractère approprié des interventions d'urgence du SCC après un incident, dont les suivantes :

- incapacité des agents à prendre des mesures permettant de sauver une vie (ou délais excessifs);
- notification tardive adressée au personnel médical et paramédical ou aux intervenants d'urgence;
- préoccupations quant à la qualité des soins d'urgence et à l'accès à cet égard, en particulier durant la nuit;
- inaccessibilité des fournitures d'urgence dans les établissements;

---

<sup>24</sup> Thomas Gabor, Décès en établissement – Rapport final, le 28 février 2007.

- pertinence de la formation des agents de première ligne sur les interventions vitales en situation critique;
- qualité des patrouilles, dénombrement et vérification des détenus en vie;
- échange d'information entre les employés.

Le rapport a conclu qu'il est probable que certains décès en établissement auraient pu être évités grâce à des évaluations du risque plus efficaces, à des mesures de prévention plus rigoureuses et à des interventions effectuées plus rapidement et plus efficacement par le personnel en établissement. En l'absence d'une analyse ou de renseignements indiquant le contraire, il y a peu de raisons de croire que ces préoccupations ont perdu une importance significative au fil du temps.

74. L'Étude sur les décès en établissement a aussi révélé que le SCC tend à donner suite à des constatations et recommandations de comités d'enquête internes, mais qu'il est souvent réfractaire aux recommandations formulées dans le cadre d'enquêtes de coroners ou de médecins légistes ou qu'il néglige d'y donner suite. À titre d'exemple, dans le cadre d'une enquête du coroner menée en 2010 relativement au décès d'un détenu survenu en 2006 dans un établissement à sécurité moyenne en Ontario, il était recommandé que le SCC fournisse des services de soins infirmiers ininterrompus. En formulant cette recommandation, le coroner a fait le commentaire suivant : [traduction] « des urgences médicales peuvent survenir à tout moment, et les agents correctionnels n'ont pas été formés pour assumer le rôle de professionnels de soins de santé, et ils ne sont pas en mesure d'évaluer les soins à donner d'urgence et de prendre des décisions à cet égard [...] le comité a voulu mettre l'accent sur l'extrême importance qu'un professionnel de la santé formé soit sur place pour traiter les urgences médicales durant la nuit. » Cette constatation a été reprise dans la recommandation formulée par le Bureau en 2010 voulant que le Service fournisse des services de soins de santé ininterrompus dans tous les établissements à sécurité maximale, moyenne et à niveaux de sécurité multiples<sup>25</sup>, et elle a été reformulée aussi récemment qu'en décembre 2012 dans le cadre d'une enquête publique médico-légale menée sur le décès d'un détenu à sécurité maximale survenu en 2009 en Alberta<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Bureau de l'Enquêteur correctionnel, Dernière évaluation de la réponse du Service correctionnel du Canada à l'Étude sur les décès en établissement, septembre 2010.

<sup>26</sup> Rapport au ministre de la Justice et procureur général de l'Alberta intitulé « Public Fatality Inquiry », décembre 2012.

75. En réponse à cette recommandation, le Service soutient qu'une politique prévoit déjà l'accès aux services de santé de façon continue. Le SCC est d'avis que même en cas d'urgence médicale durant des périodes où les principaux services de soins de santé sont moins sollicités (p. ex. quart de nuit et durant la fin de semaine), il est possible d'intervenir en faisant appel au personnel de première ligne ayant reçu une formation de secourisme d'urgence, à un employé des services de santé ou si la situation l'exige, à des prestataires de services de soins de santé communautaires (services ambulanciers et paramédicaux). Une telle réponse ne tient pas compte des multiples recommandations contraires, et ne procure pas une assurance inébranlable, étant donné que les agents correctionnels ne sont pas des professionnels des soins de santé autorisés, et qu'un certain nombre d'établissements carcéraux sont situés dans des régions éloignées et mal desservies. Plus important encore, la réponse ne tient pas compte de l'obligation légale du SCC de préserver la vie. Dans une situation d'urgence médicale pouvant avoir des conséquences fatales, la qualité et la rapidité de l'intervention sont souvent des facteurs déterminants, qui peuvent faire la différence entre la vie et la mort.

76. Depuis 2005-2006, plus de 220 décès en établissement ont fait l'objet d'un examen de cas, et il semble n'y avoir aucun moyen de savoir si les décès classés dans la catégorie « soudaine » ou « imprévue » (environ 30 % de tous les décès) auraient pu être évités. Au surplus, il semble n'y avoir aucun moyen de déterminer si ces décès étaient prématurés. Le temps écoulé entre le décès et la convocation aux fins d'un examen de ce cas de décès et son achèvement peut parfois être supérieur à deux ans. Ce délai soulève une préoccupation importante quant au caractère adéquat du processus dans le cadre duquel le SCC examine les cas de décès et prend des mesures qui pourraient raisonnablement accélérer ou améliorer son processus d'intervention en cas d'urgence médicale soudaine. À tout le moins, il serait permis de s'attendre à ce que les personnes responsables de prodiguer des soins à des personnes à risque s'efforcent de prévenir le plus grand nombre d'incidents possible, d'analyser de façon approfondie et rigoureuse les facteurs sous-jacents à ces incidents et de mettre en œuvre des mesures de redressement opportunes et constructives, s'il y a lieu. L'examen et l'analyse des constatations de non-conformité, la prise en compte des recommandations découlant de ces examens, la communication des leçons retenues et des pratiques exemplaires dans l'ensemble des unités opérationnelles du SCC et, surtout, la mise en œuvre de mesures correctives visant à pallier aux lacunes cernées sont des éléments qui font largement défaut dans le processus d'examen des cas de décès<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup>En janvier 2009, la Direction des enquêtes sur les incidents du SCC a présenté une perspective sommaire des « leçons retenues » sur les décès attribuables à une cause naturelle. Intitulé « Conclusions importantes découlant

77. Les rapports sur les cas de décès dans leur ensemble doivent être communiqués au personnel de l'établissement le plus directement touché. Il ne suffit pas de transmettre au Chef des Services de santé de l'établissement un résumé des constatations de conformité ou une liste des mesures correctives requises. Le personnel doit avoir la possibilité de discuter des constatations et de tirer des leçons, s'il y a lieu. Certaines constatations peuvent aussi présenter un intérêt ou avoir une utilité pour d'autres unités opérationnelles. Le respect des droits à la vie privée est un fait, mais il y a des moyens d'échanger l'information sans porter atteinte à la confidentialité. Il serait judicieux de commencer par tenter de répondre aux questions et préoccupations laissées en suspens.

#### **E. Exigences en vertu de l'article 19 de la LSCMLC**

78. Pour déterminer si l'examen des cas de décès respecte les obligations de l'article 19 de la LSCMLC, il faut comprendre quelles sont ces exigences. Comme nous pouvons le constater, l'article 19 énonce que le SCC est tenu de faire enquête « sans délai » en cas de décès; il ne doit pas, toutefois, préciser de quelle la façon il entend procéder pour respecter cette obligation. Il est révélateur que les employés du SCC, interrogés sur l'objet du processus d'examen des cas de décès, aient donné une réponse quasi unanime, à savoir : satisfaire aux exigences de l'ordre de convocation.

79. Dans tous les cas, les éléments les plus fondamentaux des normes d'enquête ne sont pas pris en compte si l'examen ne prévoit pas une visite sur place ou des entrevues auprès des personnes directement impliquées, s'il repose uniquement sur l'information figurant dans le dossier médical et s'il est réalisé par un « comité » éloigné en temps et en espace du moment et de l'endroit du décès. Un examen des données médicales figurant dans les dossiers n'est pas synonyme d'enquête. Il est impossible d'évaluer complètement les éléments suivants, et bien d'autres encore, dans le cadre d'un examen des dossiers médicaux : le caractère approprié du diagnostic et du régime de traitement, la mesure dans laquelle les renseignements médicaux sont communiqués au patient, la capacité de fournir un consentement éclairé à la fin de la vie, la qualité du lien avec les membres de la famille, la pertinence et le caractère approprié des plans relatifs aux soins palliatifs, l'exigence

---

des enquêtes nationales sur les décès de cause naturelle », le document passe en revue 58 décès de causes naturelles survenus entre octobre 2004 et avril 2007. Le document comprend une analyse de 11 recommandations et de 10 pratiques exemplaires, même si certains des décès ayant fait l'objet d'un résumé étaient visés par une enquête d'un comité d'enquête nationale plutôt que par un examen des cas de décès.

législative visant à examiner des solutions de rechange à l’incarcération pour les détenus en phase terminale ou recevant des soins palliatifs, de même que le caractère adéquat, la rapidité ou la pertinence des mesures d’intervention d’urgence en cas d’incident critique soudain ou inattendu.

80. Le retard pris pour adresser une convocation aux fins d’un examen des cas de décès est souvent considérable. Le délai commence à courir lorsqu’un ordre de convocation est délivré. Le fait d’attendre un an ou plus après un décès avant même d’adresser une convocation aux fins d’un examen ne respecte pas l’esprit du libellé des dispositions de l’article 19 de la LSCMLC ni l’obligation de diligence (sans délai). La rapidité d’exécution est un enjeu important, ne serait-ce que parce que la «solution de rechange » au processus d’examen des cas de décès a été mise en œuvre, en partie sinon tout à fait, pour faciliter des examens des cas de décès de causes naturelles dans les établissements du SCC de façon plus rapide et acceptable. Comme il a été indiqué, le principal motif invoqué par le Service pour expliquer les retards considérables dans le processus d’exercice – attente des conclusions du coroner ou du médecin légiste – ne tient tout simplement pas la route<sup>28</sup>. Il incombe alors au Service de communiquer les renseignements sur la nature et le contexte de l’incident ayant causé le décès aux autorités compétentes (police, bureau du coroner) et aux membres de la famille, et non l’inverse.

81. Dans tous les cas, un examen des cas de décès ne consiste pas uniquement à déterminer la cause médicale exacte du décès (cet exercice est laissé comme il se doit à l’instance appropriée, soit le coroner ou le médecin légiste de la province visée). L’identification de la cause d’un décès est un élément important, mais il ne s’agit pas du motif déterminant pour mener une enquête sur décès. Les éléments suivants sont tout aussi importants : le contexte du décès, la qualité des soins de santé prodigués, les questions concernant l’échange d’information (y compris la notification au plus proche parent et à la famille et les liens avec eux), de même que la question de savoir si la possibilité d’une libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel a été examinée de façon appropriée et opportune dans les cas où les détenus reçoivent des soins palliatifs. Dans la plupart des cas, ces éléments ne nécessitent pas le certificat d’un coroner sur la cause officielle du décès, avant de procéder à un examen efficace.

---

<sup>28</sup>Certains bureaux de coroners ou de médecins légistes n’examinent pas automatiquement les décès « prévus » de cause naturelle en établissement. Une enquête complète du coroner peut prendre plus de deux ans. Dans les cas où le décès résulte d’une pathologie connue (cancer, hépatite, etc.), leur rôle en matière d’enquête est en fait très limité.

82. Même si les rapports provisoires sur les cas de décès sont consultés et évalués par un « comité », le cœur du rapport revient à un seul membre du « comité ». Si le personnel infirmier à l'Administration centrale ne dispose pas d'un renseignement crucial, il ne peut pas prendre de mesure de sécurité pour corriger la situation. Un comité de révision minimalement composé d'au moins deux membres qualifiés, dont l'un ne fait idéalement pas partie du SCC, est requis pour garantir l'assurance de la qualité et la crédibilité, de même que pour des raisons liées à l'obligation de rendre compte. Pour être transparent et responsable, un processus d'examen doit être ouvert à une forme quelconque d'examen du public ou d'une entité indépendante. L'inclusion obligatoire d'un membre de la collectivité est une pratique exemplaire à adopter dans le cadre de tout processus d'examen interne, en particulier lorsqu'un décès survient dans un établissement d'État.

83. Le Secteur des services de santé du SCC a tout intérêt à améliorer la qualité globale des soins de santé prodigués aux détenus sous responsabilité fédérale. La Direction des services clinique a aussi tout intérêt à faire en sorte que les outils de gestion de la qualité, y compris l'examen transparent des cas de décès attribuables à des causes naturelles, soient en place. Néanmoins, il est pour le moins inopportun que le secteur chargé de la gestion de la prestation des services de soins de santé soit également l'organisme délégué pour examiner les cas de décès attribuables à des causes naturelles. Dans un cadre comme celui-ci, les conflits d'intérêts tant réels que perçus sont suscités pour des motifs autant pratiques que fondés sur des principes. Il doit y avoir une certaine forme d'autonomie tant fonctionnelle qu'en matière d'enquête.

## **VI. CONCLUSION**

84. Le Bureau a conclu que le processus d'examen des cas de décès ne répondait pas aux exigences énoncées à l'article 19 de la LSCMLC. Cela ne signifie pas que l'exercice est inutile. Sans doute, la pratique visant à examiner des données médicales est un outil précieux dans le cadre des programmes continus d'assurance de la qualité et des exercices d'accréditation des soins de santé au sein du SCC. Les Services cliniques ont acquis une expertise dans l'examen des données médicales, et les enquêtes menées en vertu de l'article 19 de la LSCMLC au sujet d'autres types d'incidents (suicides, comportements liés à l'automutilation, certains cas d'agressions contre d'autres détenus, etc.) pourraient très probablement bénéficier de l'expérience acquise jusqu'à maintenant.

85. Le Bureau a constaté que le processus ne se prête pas facilement à l'évaluation d'une gamme de facteurs déclencheurs, qui pourraient mener à une évaluation plus complète de la qualité et de la rapidité globales des soins prodigués. Par comparaison, l'ombudsman des prisons et de la probation du Royaume-Uni enquête de façon indépendante sur les critères suivants même dans le cas d'un décès « anticipé » (détenu en phase terminale ou recevant des soins palliatifs) :

- i) Le caractère approprié et la rapidité du processus de diagnostic de la maladie en phase terminale.
- ii) Le caractère approprié de l'information fournie au détenu au sujet de sa maladie et des options de traitement.
- iii) L'évaluation des rendez-vous, des traitements et des évaluations de suivi dans le cas du détenu par rapport aux normes dans la collectivité.
- iv) Le caractère approprié des plans de soins palliatifs et de l'administration des médicaments antidouleur.
- v) Le caractère approprié et la rapidité des décisions concernant l'endroit le plus souhaitable pour le détenu et les conditions de détention.
- vi) La question de savoir si des solutions de rechange à l'incarcération ont été rapidement prises en considération entre le moment où le diagnostic d'une maladie pouvant être en phase terminale a été posé et celui de la détermination du statut de personne nécessitant des soins palliatifs.
- vii) Le caractère approprié des liens avec la famille avec le consentement du détenu.
- viii) Les mesures prises pour s'assurer que le détenu a été en mesure de prendre les décisions ou qu'un consentement a été obtenu d'un remplaçant, le cas échéant.

86. À des fins principalement d'administration et de rapidité, le processus d'examen des cas de décès a été mis en place en tant que « solution de rechange » à l'exercice officiel mené par le comité d'enquête. Le processus ne satisfait pas aux exigences minimales d'un processus d'enquête et ne permet pas au SCC de respecter son obligation légale d'enquêter sur les décès sans égard à leur cause. Il ne respecte certainement pas le caractère immédiat et urgent des dispositions relatives à la nécessité d'enquêter « sans délai » de la loi qui régit le Service. Le processus est



donc quelque peu en marge de celle-ci. Même ses lignes directrices n'ont pas encore le même pouvoir ou les mêmes effets qu'une direction d'orientation au sein du SCC.

87. Le processus d'examen des cas de décès (y compris les résultats) est en grande partie déterminé à l'étape où le décès fait l'objet d'un autre moyen d'enquête. En fait, l'une des principales « constatations » de l'examen d'un cas de décès (c.-à-d. la cause du décès) s'impose bien avant la convocation à l'examen. Comme les décès sont « attendus » ou « inattendus », les rapports sur les cas de décès sont essentiellement subordonnés à l'ordre de convocation. Ils sont de nature descriptive, et ils sont largement dénués de substance et d'analyse. Même lorsque des préoccupations sont soulevées quant à la conformité, l'évaluation des soins prodigués en fin de vie « concorde » presque toujours avec les politiques et les normes du SCC en matière de soins de santé. En raison des limites du processus, il y a peu de chances qu'une autre conclusion découle du rapport.
88. Dans tous les cas, un examen portant uniquement sur le dossier médical mené à l'Administration centrale par un comité composé d'un seul membre ne peut pas rétablir les événements, les décisions et les mesures (ou l'absence de mesures) qui ont contribué au décès, qu'il ait été attendu ou non. En plus des préoccupations occasionnelles en matière de conformité (presque toujours liées à la tenue des dossiers, aux erreurs de documentation ou à des « lacunes » en matière d'échange d'information), le processus, dans sa forme actuelle, joue un rôle correctif ou préventif limité dans le cadre de la stratégie globale du SCC visant à réduire le nombre de décès en établissement. Il s'agit principalement d'un exercice superficiel qui, trop souvent, prend fin au moyen de notes de fermeture qui ne tiennent pratiquement pas compte des facteurs ayant pu contribuer au décès ou précipité celui-ci.
89. Pendant ce temps, le nombre de détenus qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou une peine d'une durée indéterminée et qui vieillissent en prison augmente toujours. Un détenu sous responsabilité fédérale sur cinq est maintenant âgé de plus de 50 ans. La gestion des maladies chroniques et la prestation de soins actifs dans un milieu carcéral sont de plus en plus dispendieuses et difficiles, puisque la population carcérale est vieillissante et que sa santé est déclinante. Jusqu'à maintenant, les leçons tirées, communiquées ou retenues ne contiennent pratiquement pas d'éléments de preuve selon lesquels l'examen des cas de décès est à la hauteur de ces défis. Le processus ne semble pas avoir donné lieu à des

améliorations importantes dans la façon dont les soins en fin de vie sont prodigués dans les établissements fédéraux.

90. Enfin, l'un des aspects les plus dérangeants de la présente enquête touche la possibilité que des décès qui auraient pu être évités ou qui étaient prématurés puissent passer inaperçus simplement parce que le premier rapport envoyé à l'Administration centrale indique que le décès, même s'il était « inattendu », est attribuable à une cause « naturelle » (les crises cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, chocs diabétiques et anévrismes comptent parmi les causes les plus répandues de décès « soudains »). La qualité, le caractère approprié et la rapidité des soins prodigués pendant une urgence médicale présentent toujours des difficultés auxquelles le SCC doit régulièrement faire face, même dans ses hôpitaux accrédités. Dans les pénitenciers réguliers, les principaux services de soin de santé ne sont pas assurés de façon ininterrompue et il y a toujours un risque inacceptable que les choses tournent mal lors de la gestion d'un important incident de nature médicale. Dans la collectivité, les erreurs de diagnostic et le manque de suivis appropriés font l'objet d'un nombre croissant de poursuites devant les tribunaux. Le fait d'exploiter un pénitencier fédéral oblige les responsables à gérer les risques dans les meilleures circonstances. Lorsqu'un pénitencier accueille un nombre disproportionné de détenus ayant des dépendances ou étant atteints de maladie mentale, de maladies chroniques ou de maladies infectieuses, les risques se multiplient de façon exponentielle.

## VII. RECOMMANDATIONS

1. Aux termes de l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), le Service correctionnel du Canada (SCC) doit convoquer une enquête « sans délai » dès qu'il est possible de le faire après le décès d'un détenu, sans égard à la cause du décès ou à la participation en parallèle d'organismes externes (p. ex. un service de police ou le bureau du coroner). Un comité d'enquête doit normalement être convoqué dans les 15 jours ouvrables suivant un décès.
2. Les rapports rédigés conformément à l'article 19 de la LSCMLC et portant sur les décès survenus dans les établissements du SCC doivent être communiqués dès que possible aux bureaux du coroner et du médecin légiste.
3. Les décès « soudains » ou « inattendus », sans égard à leur(s) cause(s) préliminaire(s), doivent faire l'objet d'une enquête nationale menée par un comité.
4. La recommandation du sous-commissaire principal visant à convoquer un examen du cas de décès doit reposer sur l'opinion d'un médecin indépendant.
5. Tous les examens des cas de décès, sans égard à leur cause, doivent être réalisés sous la direction d'un médecin.
6. Le comité d'examen des cas de décès doit être composé d'au moins trois membres, soit : un infirmier ou une infirmière autorisé(e), le conseiller médical national et le gestionnaire régional des services cliniques compétents.
7. Les examens des dossiers médicaux doivent être une composante normale des enquêtes menées en vertu de l'article 19 de la LSCMLC visant à évaluer la qualité des soins de santé prodigués.
8. Le SCC doit modifier le modèle général d'examen des cas de décès pour les décès attendus afin d'inclure les critères établis par l'ombudsman des prisons et de la probation du Royaume-Uni.
9. Au besoin, l'ordre de convocation pour les examens des cas de décès doit comprendre un mandat particulier prévoyant des entrevues auprès d'employés; la visite d'établissements et la vérification de l'exactitude et de l'exhaustivité de l'information versée au dossier.

10. Le SCC doit mener un exercice complet sur les leçons retenues afin de recenser les pratiques exemplaires visant à réduire le nombre de décès de cause naturelle et à mettre en place des mesures permettant de prévenir les décès ou d'en réduire le nombre.
11. Afin de favoriser l'adoption de pratiques exemplaires, les rapports d'examens individuels des cas de décès qui renferment des constatations importantes doivent être diffusés le plus possible au sein du SCC.
12. Dans un souci de transparence et d'ouverture, le rapport complet sur le cas de décès doit être communiqué, en temps opportun, aux membres désignés de la famille du détenu qui en font la demande.
13. La responsabilité en matière d'enquête et la fonction d'examen des cas de décès de cause naturelle doivent être distinctes du Secteur des services de santé du SCC.
14. Sur une base prioritaire, l'examen des cas de décès doit faire l'objet d'une vérification du contrôle de la qualité sous la direction d'un médecin légiste externe.

## ANNEXE – DOCUMENTS CONSULTÉS PAR LE MÉDECIN À CONTRAT

- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Correctional Service Canada, Health Services – Atlantic* [en anglais seulement]. Moncton, N.-B., Agrément Canada, 2011.
- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Correctional Service of Canada, Health Services – Ontario* [en anglais seulement]. Kingston, Ontario, Agrément Canada, 2011.
- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Correctional Service of Canada, Health Services* [en anglais seulement]. Ottawa, Ontario, Agrément Canada, 2011.
- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Correctional Service of Canada, Health Services – Pacific* [en anglais seulement]. Abbotsford, C.-B., Agrément Canada, 2011.
- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Correctional Service Canada, health Services – Québec* [en anglais seulement]. Laval, Québec, Agrément Canada, 2011.
- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Correctional Service Canada, Health Services – Prairies* [en anglais seulement]. Saskatoon, Saskatchewan, Agrément Canada, 2011.
- Agrément Canada. *Accreditation Report; Prepared for: Regional Treatment Center (RTC) Correctional Service of Canada* [en anglais seulement]. Kingston, Ontario, Accreditation Canada, 2010.
- Service correctionnel Canada. *Accreditation of Health Services* [en anglais seulement]. Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada, 2010.
- Service correctionnel du Canada. *Lignes directrices sur la documentation; tenue et teneur des dossiers de santé*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2008
- Service correctionnel Canada. *Documentation pour les professionnels des Services de santé*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010.
- Service correctionnel Canada et Santé Canada. *Lignes directrices sur la prévention et le contrôle de la tuberculose dans les établissements correctionnels fédéraux*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada et Santé Canada, 2004.
- Service correctionnel Canada. *Lignes directrices sur les soins palliatifs du Service correctionnel du Canada*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2009.
- Service correctionnel Canada. *Gestion du dossier de soins de santé – Ordre des formulaires et contrôle des volumes*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010.
- Service correctionnel Canada. *Processus d'examen des cas de décès de cause naturelle*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2009.

Service correctionnel Canada. *Directives médicales d'urgence - processus de gestion de la qualité* Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2007.

Service correctionnel Canada. *Constatations importantes découlant des enquêtes nationales portant sur les décès de cause naturelle : Direction des enquêtes sur les incidents.* Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2009.

Service correctionnel du Canada. *Stratégie de mesure du rendement relatif aux décès de délinquants en établissement – avril 2010 à mars 2015; Aperçu, Rencontre nationale de coroners et de médecins légistes, 9 février 2012, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2012.*

Bureau du coroner en chef de l'Ontario. *Comité d'examen de la sécurité des patients – Rapport annuel 2011.* Ottawa (Ont.), 2012.

Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada. *Une mort évitable.* Ottawa (Ont.), Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, 2008.

Ombudsman des prisons et de la probation du Royaume-Uni. *Clinical Review Following a Death in Custody Investigated by the Prisons and Probation Ombudsman* [en anglais seulement]; Partie 2, Guidance for Clinical Reviewers, 2013.

## **RECHERCHES UNIVERSITAIRES ET RAPPORTS D'AUTRES ADMINISTRATIONS**

Anno, B. J., K. L. Faiver et J.K. Harness. « A Preliminary Model for Determining Limits for Correctional Health Care Services », *Journal of Correctional Health Care*, [en anglais seulement], vol. 3, n° 1, p. 67-84. 1996.

Aufderheide, Dean, H. (2000) « Conducting the Psychological Autopsy in Correctional Settings », *Journal of Correctional Health Care*, [en anglais seulement], n° 7, vol. 1, p. 5-36.

Baker, Angela (2005). « Palliative and End-of-Life Care in the Serious and Persistently Mentally Ill Population », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, [en anglais seulement], vol. 11, n° 5, p. 298-303.

Cahal, William (2002). « The Birth of a Prison Hospice Program. *Journal of Correctional Health Care* », [en anglais seulement]; vol. 9, n° 2, p. 125-129.

Chafin, S. W. et L. W. Biddle. « Nurse Retention in a Correctional Facility: A Study of the Relationship between the Nurses' Perceived Barriers and Benefits », *Journal of Correctional Health*, [en anglais seulement]; vol. 19, n° 2, p. 124-134, 2013.

Coles, D. et H. Shaw. « Learning from Deaths in Custody Inquests : A New Framework for Action and Accountability », *Inquest*, [en anglais seulement], The Russel Press. Print, non daté.

- Craig, E. L. et R.E. Craig, Prison Hospice: An Unlikely Success. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, [en anglais seulement], vol. 16, n° 6, p. 725-729, 1999.
- Dabney, A. D. et M.S. Vaughn, «Incompetent Jail and Prison Doctors», *The Prison Journal*, [en anglais seulement], juin, vol. 80, n° 2, p. 151-182, 2000.
- Dubler, N. Nancy, « The Collision of Confinement and Care: End-of-Life Care in Prisons and Jails », *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, [en anglais seulement]; vol. 26, n° 2, p. 149-156, 2008.
- Gabor, Thomas. *Décès en établissement – Rapport final*. Ottawa (Ont.). 2007.
- Hale, J. F., A.M. Brewer et W. Ferguson. « Correctional Health Primary Care: Research and Educational Opportunities », *Journal of Correctional Health Care*, [en anglais seulement], vol. 14, n° 4, 278-289, 2008.
- Harzke, A. J.,M.F. Kelley, S.L. Pruitt, J.S. Pulvino et D.P. Parr, « Leading Medical Causes of Mortality Among Male Prisoners in Texas, 1992-2003 », *Journal of Correctional Health Care*, [en anglais seulement]; vol. 17, n° 3, p. 241-253, 2011.
- Imai, Kent. *Analysis of 2011 Inmate Death Reviews in the California Prison Healthcare System*, 2011.
- Jacoby, Joseph E. « The Endurance of Failing Correctional Institutions: A Worst Case Study ». *The Prison Journal*, [en anglais seulement]; vol. 82, n° 2, p. 168-188, 2002.
- Knoll, L. James, « Suicide in Correctional Settings: Assessment, Prevention and Professional Liability », *Journal of Correctional Health Care*, [en anglais seulement]; vol. 16, n° 3, p. 188-204, 2010.
- Mancini, C. et D.P. Mears. « The Effect of Agency Scandal on Public Views Towards the Correctional System», *Criminal Justice Review*, [en anglais seulement]; vol. 38, n° 1, p. 5-28, 2012.
- Martynowicz, Agnieszka. « Oversight of Prison Conditions and Investigations of Deaths in Custody : International Human Rights Standards and Practice in Ireland », *The Prison Journal*, [en anglais seulement]; vol. 91, n° 1, p. 81-102, 2010.
- Maschim, T., M.B. Morrissey et M. Leigey. « The Case for Human Agency, Well-Being, and Community Reintegration for People Aging in Prison: A Statewide Case Analysis », *Journal of Correctional Health*, [en anglais seulement], vol. 19, no 3, p. 194-210, 2013.
- Ministry of Justice. (Royaume-Uni). « Safety in Custody Statistics Quarterly Update to September», *Ministry of Justice Statistics bulletin* [en anglais seulement]. 2012.

Ministry of Justice (Royaume-Uni). *Independent Advisory Panel on Deaths in Custody; Deaths in State Custody Parliamentary Log*. [en anglais seulement], 2013.

Rold, William, J. (2008) « Thirty years After Estelle v. Gamble: A Legal Retrospective ». *Journal of Correctional Health Care*, [en anglais seulement]; vol. 14, n° 1, p. 11-20.

Sattar, G. et K. Martin. « The Death of Offenders in Switzerland », *European Journal of Criminology*, [en anglais seulement]; vol. 2, n° 3, p. 317-340, 2005.

Wright, K. N. et N. Bronstein. « An organizational Analysis of Prison Hospice », *The Prison Journal*, [en anglais seulement], vol. 87, n° 4, p. 391-407, 2007.



## AUTRES SOURCES ET RÉFÉRENCES

Service correctionnel Canada. *Rapport annuel sur les cas de suicide des détenus*. Ottawa, Ontario, Service correctionnel Canada, 2010.

Service correctionnel Canada. *Stratégie de mesure du rendement relatif aux décès de délinquants en établissement – avril 2010 à mars 2015*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2012.

Service correctionnel Canada. « Rapport d'étape des opérations en matière de sécurité – premier trimestre, 2012-2013 ». Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2012.

Service correctionnel Canada, préparé par Garrow, Lynn. *Amélioration du processus d'enquête du SCC*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2011.

Service correctionnel Canada. *Examen des méthodes de prévention et d'intervention concernant les décès en établissement – Vérification interne*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2012.