

UNE MORT ÉVITABLE

Howard Sapers
Enquêteur correctionnel du Canada

20 juin 2008

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

1. INTRODUCTION

2. MANQUEMENTS INDIVIDUELS ET PROBLÈMES SYSTÉMIQUES

2.1. Manquements individuels

- 2.1.1 *Réponse du Service correctionnel aux besoins en matière de santé mentale de Mme Smith*
- 2.1.2 *Placement continu en isolement préventif*
- 2.1.3 *Caractère inadéquat de la procédure de règlement des plaintes et griefs des délinquants du SCC*
- 2.1.4 *Recours inapproprié aux transfèvements*
- 2.1.5 *Recours à la force contre Mme Smith*
- 2.1.6 *Mauvaise communication à l'Établissement Grand Valley pour femmes*
- 2.1.7 *Responsabilité opérationnelle*
- 2.1.8 *Conclusion*

2.2. Problèmes systémiques

- 2.2.1 *Manque de ressources en santé mentale au sein du système correctionnel fédéral*
- 2.2.2 *Absence d'examen externe indépendant des placements en isolement*
- 2.2.3 *Procédure lente et inefficace de règlement des plaintes et griefs des délinquants*
- 2.2.4 *Modèle de gouvernance inefficace en ce qui a trait aux services correctionnels pour délinquantes*
- 2.2.5 *Mauvaise mise en œuvre des recommandations formulées par des comités d'enquêtes du SCC, des coroners et des médecins légistes par suite de décès de détenus*

3. CONCLUSION

4. PRINCIPALES CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS SOMMAIRES

5. RECOMMANDATIONS DE MESURES IMMÉDIATES

PRÉFACE

1. Mon enquête sur laquelle est fondé le présent rapport a été instituée conformément à l'article 170 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) dans le but de formuler des recommandations. Il importe de mentionner qu'une enquête criminelle sur le décès de Mme Smith est en cours. Pour assurer l'intégrité de ce processus, ma présente enquête s'est limitée à un examen et à une analyse soignée de l'environnement opérationnel et des documents produits par le Service correctionnel du Canada (SCC) avant et après le décès de Mme Smith. Le présent rapport fait donc ressortir les problèmes généraux qui ont contribué aux conditions et aux décisions ayant mené au décès tragique de Mme Ashley Smith le 19 octobre 2007, tandis qu'elle était sous la garde et la responsabilité du Service correctionnel du Canada.

1. INTRODUCTION

2. Dès un jeune âge, Ashley Smith a commencé à afficher des comportements troublants. Pour cette raison, sa famille a cherché à obtenir de l'aide des organismes locaux et provinciaux de services sociaux. En mars 2003, Mme Smith a été admise dans un centre de diagnostic et de traitement, mais elle a reçu son congé en raison de son comportement insubordonné. Ce congé était sans doute prématuré, et on a probablement manqué la meilleure occasion d'aider la jeune fille et sa famille bien avant que celle-ci commence à avoir des démêlés avec le système de justice pénale. L'expérience de Mme Smith au Nouveau-Brunswick est décrite en détail dans le rapport intitulé *Ashley Smith : Rapport de l'Ombudsman du Nouveau-Brunswick et Défenseur des enfants et de la jeunesse sur les services fournis à une jeune touchée par la justice criminelle des adolescents* publié le 9 juin 2008 par l'ombudsman de la province (www.gnb.ca/Ombudsman).

3. Mme Smith a comparu à maintes reprises devant les tribunaux de la jeunesse, puis a été condamnée en décembre 2003 à une peine de garde en milieu fermé au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB). Pendant qu'elle purgeait sa peine au CJNB, Mme Smith a fait face à 50 autres accusations criminelles, la plupart liées à sa réaction au cours d'incidents où le personnel correctionnel ou des professionnels de la santé tentaient de l'empêcher ou de l'arrêter de s'automutiler. Dans ce centre, elle a passé beaucoup de temps dans l'unité de retrait thérapeutique (en isolement).

4. En janvier 2006, tandis qu'elle était toujours en isolement au centre pour jeunes, Mme Smith a eu 18 ans. À partir de ce point, toute condamnation criminelle lui vaudrait une peine pour adulte. Malheureusement, Mme Smith a continué à afficher des problèmes comportementaux. En octobre 2006, elle s'est retrouvée de nouveau devant un tribunal criminel pour des infractions à l'égard du personnel de garde. Le juge a trouvé Mme Smith coupable de ces nouvelles infractions et l'a condamnée à une peine en milieu carcéral. Suivant cette condamnation, une demande a été présentée pour que les peines pour adolescents que purgeait Mme Smith soient

converties en peine carcérale pour adulte. La demande a été accueillie, et toutes les peines que purgeait Mme Smith ont été converties en une peine d'emprisonnement pour adulte. Étant donné que la peine pour adulte totalisait plus de deux ans, Mme Smith a été transférée à l'Établissement Nova pour femmes, un pénitencier fédéral, le 31 octobre 2006.

5. Le 19 octobre 2007, Mme Smith, âgée de 19 ans, est prononcée morte dans un hôpital de Kitchener, en Ontario. Au moment de son décès, elle était détenue à l'Établissement Grand Valley pour femmes (EGVF), où elle était gardée en isolement, parfois seulement en chemise de sécurité, sans souliers, ni matelas, ni couverture. Au cours des dernières semaines de sa vie, elle couchait souvent sur le plancher, duquel on avait enlevé les tuiles. Dans les heures précédant son décès, elle a parlé à un intervenant de première ligne de son ardent souhait de mettre fin à ses jours. Elle s'est ensuite enroulée une ligature autour du cou, bloquant sa respiration. Le personnel correctionnel n'est pas intervenu immédiatement, ce qui a coûté la vie à Mme Smith.

6. Dans les semaines suivant le décès de Mme Smith, le service de police régional de Waterloo a annoncé que des accusations de négligence criminelle causant la mort avaient été portées contre quatre membres du personnel correctionnel en application de l'alinéa 220b) du *Code criminel*.

7. Conformément à l'article 170 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), une équipe, composée de membres du personnel supérieur du Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC), a été formée afin d'examiner les circonstances du décès de Mme Smith. Pour commencer, l'équipe a examiné les documents suivants :

- tous les documents électroniques pertinents dans le Système de gestion des délinquants du SCC;
- tous les documents dans les dossiers de Mme Smith de l'EGVF;
- les documents sur le recours à la force, y compris les enregistrements vidéo;
- le rapport sur Mme Smith produit par Mme Margo Rivera, une psychologue indépendante, après le décès de Mme Smith¹.

8. Les membres de l'équipe n'ont pas tenu d'entrevues officielles avec les employés du Service correctionnel du Canada (SCC) en raison de l'enquête criminelle en cours. Cependant, ils ont parlé de façon officieuse à un certain nombre d'agents et de gestionnaires correctionnels à l'occasion des deux visites à l'EGVF. De plus, j'ai rencontré le commissaire du Service correctionnel afin d'échanger de l'information et d'assurer une bonne coopération. Le SCC a également présenté les travaux du Comité d'enquête nationale à mon personnel supérieur et à moi-même.

¹ Le Bureau a signalé que le comité d'enquête nationale du Service correctionnel ne comptait pas de spécialiste indépendant en matière de santé mentale. Par la suite, le SCC a demandé à Mme Margo Rivera de mener une évaluation du traitement de Mme Smith durant son incarcération.

9. Le 21 décembre 2007, j'ai remis au Service correctionnel et au ministère de la Sécurité publique un rapport provisoire sur le décès d'Ashley Smith. Ce rapport visait à éclairer l'enquête du Service correctionnel sur le décès de Mme Smith. Je suis convaincu que le Service a tenu compte de nos constatations dans le cadre de son enquête.

10. Le rapport provisoire faisait état des nombreuses mesures et décisions prises par le Service correctionnel, que ce soit au niveau individuel, institutionnel, régional et national, qui étaient contraires à la LSCMLC, au *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (RSCMLC) et aux politiques du SCC.

11. En particulier, il y a eu des manquements en ce qui concerne :

- les transfèrements interpénitentiaires;
- l'isolement préventif;
- les interventions nécessitant un recours à la force;
- la prestation de services de santé et de santé mentale;
- les interventions du personnel en cas d'urgence médicale.

12. Depuis la présentation de ce rapport provisoire au Service correctionnel, mon Bureau a pu examiner de nouvelles informations. J'ai pu étudier les constatations et les recommandations du Comité d'enquête nationale convoqué par le Service correctionnel le 23 octobre 2007 pour examiner le décès de Mme Smith, ainsi que les résultats préliminaires des deux enquêtes sur les faits menées en octobre 2007 et en janvier 2008 par le Service correctionnel. Mon Bureau a également communiqué avec l'Ombudsman du Nouveau-Brunswick et le bureau du Défenseur des enfants et de la jeunesse. Leur coopération est grandement appréciée.

13. Je suis impressionné par la qualité du travail du Comité d'enquête nationale du Service correctionnel ainsi que par le rapport préparé par Mme Rivera à l'appui de cette enquête. Ma propre enquête confirme les principales conclusions du Comité d'enquête, dont j'appuie les recommandations.

14. Après avoir pris en considération toute l'information susmentionnée, j'en arrive aux grandes conclusions suivantes concernant le décès de Mme Smith :

- la mort de Mme Smith aurait pu être évitée;
- le décès de Mme Smith est le résultat de plusieurs manquements individuels et problèmes systémiques au sein du Service correctionnel du Canada, qui sont les symptômes de graves problèmes relevés par le passé au sein du système correctionnel canadien et qui ne touchent pas seulement Mme Smith;
- le gouvernement fédéral doit immédiatement prendre des mesures pour corriger la situation et prévenir d'autres décès dans les pénitenciers canadiens.

2. MANQUEMENTS INDIVIDUELS ET PROBLÈMES SYSTÉMIQUES

15. Si je m'en tenais uniquement aux circonstances immédiates entourant la mort de Mme Smith, je pourrais conclure que le décès est attribuable à des personnes qui n'ont pas respecté les politiques du SCC. Sans pour autant écarter cette variable, je suis d'avis qu'une telle interprétation ne donne qu'une explication superficielle des circonstances de cette mort tragique. Selon moi, le décès de Mme Smith est le résultat de manquements individuels combinés à des problèmes systémiques importants au sein des systèmes correctionnels et de soins de santé mentale, qui manquent de ressources et sont inefficaces.

2.1 *Manquements individuels*

16. Mme Smith s'est très mal adaptée au milieu carcéral fédéral. Tout au long de son incarcération dans des établissements fédéraux, elle a continué à afficher des comportements perturbateurs et mésadaptés comme lorsqu'elle était sous garde dans des centres pour jeunes. Dès le début de sa peine à l'Établissement Nova, Mme Smith a été placée en isolement préventif et elle y est restée, à l'exception de ses séjours au Centre psychiatrique régional des Prairies du SCC et à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces centres de traitement sont régis par les lois provinciales en matière de santé mentale et par conséquent ne disposent pas en tant que tel de cellule d'isolement préventif. Cela dit, Mme Smith y était quand même isolée des autres patients.

17. Durant ses 11,5 mois sous garde fédérale, Mme Smith a été impliquée dans environ 150 incidents de sécurité, la plupart liés à des tentatives d'automutilation. Mme Smith cherchait à s'étrangler avec des ligatures et, dans certains cas, elle se cognait la tête ou s'infligeait des coupures superficielles aux bras. Lorsque les négociations visant à amener Mme Smith à retirer la ligature échouaient, le personnel (la plupart du temps) entraînait dans la cellule et recourait à la force au besoin. Souvent, il devait faire appel à des techniques de contrôle physique, des aérosols inflammatoires ou encore du matériel de contrainte. Généralement, Mme Smith ne coopérait pas avec le personnel durant ces interventions².

18. En moins d'un an, Mme Smith a été transférée pas moins de 17 fois de part et d'autre entre trois pénitenciers fédéraux, deux centres de traitement, deux hôpitaux externes et un établissement correctionnel provincial.

19. Neuf de ces 17 transfèrements étaient vers des établissements situés dans quatre des cinq régions du SCC. La plupart du temps, ces transfèrements visaient à régler des problèmes administratifs, tels que la disponibilité des cellules, l'incompatibilité avec d'autres détenues et la fatigue du personnel, et n'avaient rien à voir ou presque avec les besoins de Mme Smith. Chaque transfèrement a eu pour effet de saper la confiance de Mme Smith et de redoubler ses comportements inadéquats,

² Il importe de noter que presque chaque fois que Mme Smith a eu des comportements violents (s'agripper, cracher, donner des coups de pied, mordre) le personnel correctionnel utilisait la force contre elle.

sans compter qu'il devenait chaque fois plus difficile pour le Service correctionnel de gérer son cas.

20. Souvent, Mme Smith refusait de subir des évaluations ou encore de coopérer pendant celles-ci. Elle a continué à afficher des comportements mésadaptés, perturbateurs et autodestructeurs. Elle a été internée quatre fois en vertu de la *Mental Health Services Act* de la Saskatchewan et quatre fois en vertu de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario. Le Service correctionnel aurait donc dû reconnaître qu'il était urgent de mener une évaluation exhaustive en matière de santé mentale pour cette jeune femme, puisqu'il a fallu à huit reprises en moins d'un an que l'on remplisse un certificat médical pour la faire interner.

21. Le 18 octobre 2007, Mme Smith a été placée sous surveillance préventive constante, sous l'observation directe du personnel. Malgré cette mesure, l'enquête sur les faits du SCC montre clairement qu'il existait une certaine confusion quant au degré de risque de suicide de Mme Smith. Dans les heures précédant sa mort, Mme Smith a parlé à un intervenant de première ligne de son ardent souhait de mettre fin à ses jours. Elle s'est ensuite enroulée une ligature autour du cou, bloquant sa respiration. Le personnel correctionnel n'est pas intervenu immédiatement face à cette urgence médicale, et Mme Smith est morte d'asphyxie le 19 octobre 2007.

2.1.1 Réponse du Service correctionnel aux besoins en matière de santé mentale de Mme Smith

22. Mme Smith souffrait de graves problèmes de santé mentale. Le Service correctionnel était pleinement conscient de la situation avant l'arrivée de cette dernière à l'Établissement Nova pour femmes. Le SCC savait par ailleurs :

- que Mme Smith était en isolement depuis 2003 au Centre de détention pour jeunes de Miramichi et qu'elle n'avait jamais passé de longues périodes parmi la population générale;
- que la détention avait un effet négatif sur Mme Smith et son bien-être;
- que Mme Smith jusqu'à maintenant n'avait pas accepté les traitements offerts ou n'avait pas réagi à ces traitements;
- qu'elle avait besoin de soins spéciaux.

23. Malgré cette information, le Service correctionnel a placé Mme Smith en isolement préventif, dans des conditions très restrictives et parfois inhumaines, et a maintenu ce régime pendant toute la durée son incarcération.

24. Le Service correctionnel a eu la garde de Mme Smith pendant plus de onze mois et avait accès aux anciens dossiers de santé mentale de celle-ci. Pourtant, il n'a fait aucun progrès dans le traitement de la détenue. Il n'a jamais établi un plan de traitement concret et exhaustif pour la jeune femme, même si celle-ci rencontrait presque tous les jours les psychologues en établissement. Les décisions du Service correctionnel de sans cesse transférer Mme Smith ont nui en partie aux tentatives

esquissées pour obtenir une évaluation psychologique détaillée. En effet, Mme Smith n'était jamais assez longtemps à un même endroit pour mener une évaluation complète et établir un plan de traitement. Chaque transfèrement réduisait les chances d'établir une relation thérapeutique avec Mme Smith et minait sa volonté de coopérer avec le personnel responsable du traitement.

25. En l'absence d'un diagnostic définitif, le Service correctionnel agissait à l'aveuglette. D'ailleurs, la plupart des intervenants de première ligne, des gestionnaires correctionnels et des cadres supérieurs n'avaient pas la formation spécialisée nécessaire en matière de santé mentale pour bien évaluer et gérer les comportements de Mme Smith.

26. Les soins de santé mentale offerts à Mme Smith variaient d'un établissement à l'autre; il n'y avait aucune continuité. En fait, certaines des interventions mises en place pour Mme Smith ont eu pour effet d'exacerber ses comportements et d'aggraver son état. Au fil du temps, Mme Smith a eu des comportements autodestructeurs (surtout s'attacher une ligature autour du cou) de plus en plus fréquents et dangereux, et le Service correctionnel a réagi en prenant des mesures de plus en plus axées sur la sécurité.

27. Dans les semaines précédant son décès, Mme Smith a passé tout son temps dans une cellule d'isolement mal éclairée, habillée d'une chemise de sécurité. L'ouverture pratiquée pour le passage des plateaux-repas était son seul moyen d'interagir avec le personnel; elle n'avait rien pour l'occuper. Quelques jours avant sa mort, un psychologue de l'établissement a reconnu que l'état de santé mentale de Mme Smith s'était encore détérioré. On a alors permis à Mme Smith de sortir de sa cellule d'isolement pour de courtes périodes afin de tenter d'établir une relation constructive avec les membres du personnel.

28. Selon la psychologue indépendante chargée par le Service correctionnel après le décès d'examiner le traitement de Mme Smith durant son incarcération, le comportement autodestructeur de la jeune femme était pour elle un moyen d'attirer le personnel dans sa cellule pour pallier l'ennui, la solitude et le désespoir causés par son isolement prolongé. Il s'agissait pour elle d'un moyen de s'adapter à sa vie très difficile et de plus en plus désespérée en isolement.

29. À huit reprises, un certificat a été délivré contre Mme Smith en vertu de lois provinciales sur la santé mentale, menant à son internement dans un établissement psychiatrique. Cependant, elle obtenait habituellement son congé après une courte période, sans avoir subi une évaluation complète ou un traitement efficace. Le Service correctionnel était donc pris au dépourvu puisque la *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes* et la *Stratégie d'intervention intensive auprès des délinquantes à risque élevé et ayant de très grands besoins* n'étaient pas conçues pour les délinquantes nécessitant des soins et des interventions spécialisés en matière de santé mentale et ne prévoyaient pas les ressources nécessaires pour assurer ces soins.

30. La situation s'est détériorée à l'EGVF. Les cadres supérieurs, qui avaient peu d'expérience en matière de santé mentale, ont préparé plusieurs plans de gestion pour Mme Smith. Ces plans étaient établis sans l'aide de ceux et celles qui étaient le mieux placés pour apporter une aide professionnelle, c'est-à-dire le personnel responsable des soins de santé physique et mentale. Par conséquent, les plans étaient surtout axés sur la sécurité, ne comportaient pas de mesures axées sur la santé mentale et ne contenaient souvent aucune directive explicite sur les mesures à prendre pour gérer les comportements autodestructeurs de Mme Smith. De plus, ces plans n'ont pas été bien communiqués au personnel de première ligne, qui était pourtant chargé de surveiller Mme Smith et d'assurer sa sécurité et son bien-être.

31. Par conséquent, l'état de santé mentale de Mme Smith a continué de se détériorer, ses seuls soins psychologiques se limitant à des évaluations du risque de suicide. Mme Smith était « suivie » par quatre professionnels de la santé mentale différents à l'EGVF, de sorte qu'il était presque impossible d'établir une relation thérapeutique stable et de confiance.

32. Un psychologue de l'établissement a établi vers la fin que Mme Smith présentait un risque très élevé de suicide. Les membres du personnel chargé de surveiller Mme Smith dans sa cellule n'ont pas été officiellement informés de la gravité de la situation dans les 48 heures précédant le décès; certains d'entre eux avaient été affectés récemment et seulement temporairement à l'EGVF. En raison de décisions mal fondées et mal communiquées, Mme Smith est décédée sur le plancher de sa cellule avec une ligature autour du cou, habillée seulement d'un vêtement de sécurité, sous l'observation directe de plusieurs membres du personnel correctionnel.

2.1.2 Placement continu en isolement préventif

La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition et l'isolement préventif

33. La LSCMLC autorise le Service correctionnel à recourir à l'isolement préventif pour empêcher un détenu d'entretenir des rapports avec l'ensemble des détenus lorsqu'il existe des motifs de croire que celui-ci risque de compromettre la sécurité du pénitencier ou d'une personne (employés et détenus). La LSCMLC établit la procédure à respecter concernant le placement du détenu en isolement préventif, l'examen de son cas et le retour parmi les autres détenus.

34. La LSCMLC précise également qu'il faut recourir le moins possible à l'isolement préventif et qu'il faut replacer le plus tôt possible le détenu en isolement préventif parmi les autres détenus.

35. Conformément à la LSCMLC, la décision de placer ou de maintenir un détenu en isolement préventif est justifiée seulement pour l'un ou l'autre des motifs ci-dessous et seulement en dernier recours, lorsqu'il n'existe aucune autre solution valable. Les motifs sont les suivants :

1. le détenu a agi, tenté d'agir ou a l'intention d'agir d'une manière compromettant la sécurité d'une personne ou du pénitencier et que son maintien parmi les autres détenus mettrait en danger cette sécurité;
2. son maintien parmi les autres détenus peut nuire au déroulement d'une enquête pouvant mener à une accusation soit d'infraction criminelle soit d'infraction disciplinaire grave visée au paragraphe 41(2);
3. le maintien du détenu au sein de l'ensemble des détenus mettrait en danger sa sécurité.

36. Ces trois motifs de l'isolement ne visent pas à punir, mais bien à prévenir. Essentiellement, les motifs du placement ou du maintien en isolement préventif ont été établis afin de permettre au Service correctionnel de prévenir les altercations et les blessures et d'assurer le bon déroulement de certaines enquêtes. Ces dispositions ne doivent pas être utilisées pour contourner le régime disciplinaire des détenus. Puisque l'isolement préventif n'est pas une sanction, les détenus qui y sont placés jouissent des mêmes droits, privilèges et conditions de détention que les autres détenus du pénitencier, à l'exception de ceux liés à la fréquentation des autres détenus, qui ne peuvent pas raisonnablement être respectés en raison des contraintes inhérentes à l'isolement et des impératifs de sécurité.

L'expérience d'Ashley Smith en isolement préventif

37. Mme Smith a présenté, à différents degrés, un comportement difficile tout au long de son incarcération sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada. Tel qu'indiqué précédemment, au mieux, les approches en matière de santé mentale adoptées pour gérer ses comportements variaient d'un établissement à l'autre et même au sein d'un même établissement; mais parfois il n'y en avait aucune. Le maintien en isolement par le Service correctionnel était la seule constante.

38. Les mesures prises pour gérer les comportements de Mme Smith étaient parfois beaucoup trop restrictives. Mme Smith avait très peu de contact positif avec d'autres personnes. Elle a eu très peu d'occasions de s'occuper de manière utile. Elle passait de longues heures dans sa cellule sans aucune stimulation, pas même un livre ou un bout de papier pour écrire.

39. Le recours à cette forme d'isolement trop sévère est d'autant plus troublant que le Service correctionnel savait dès le départ que Mme Smith avait déjà passé beaucoup de temps en isolement au centre de détention du Nouveau-Brunswick et qu'il avait été déterminé que cet isolement avait eu un effet négatif sur le bien-être de la jeune femme en général³. Malgré cette information, le Service correctionnel a réagi aux besoins élevés de Mme Smith en appliquant le même genre de mesures.

40. Après le départ de Mme Smith du Centre psychiatrique régional des Prairies en avril 2007, le Service correctionnel ne semble même pas avoir envisagé sérieusement une solution de rechange au maintien continu en isolement, même si cette mesure n'avait obtenu aucun résultat.

41. Le Service correctionnel est tenu par la loi de réexaminer les cas d'isolement dans les cinq jours suivant le placement, puis tous les 30 jours et les 60 jours. Ces examens visent à déterminer les répercussions du placement en isolement sur le détenu, à établir si le maintien en isolement est justifié et à examiner d'autres solutions au maintien en isolement.

42. Le Règlement prévoit que l'examen tous les 60 jours du cas du détenu en isolement préventif doit être effectué par les autorités régionales, et non pas seulement par les responsables de l'établissement, et ce afin d'assurer le respect de la loi et des politiques. Dans le cas de Mme Smith, il n'y a eu aucun examen régional après 60 jours, même si elle a été placée en isolement pendant près d'un an. Le défaut de procéder à un examen du maintien en isolement à cet intervalle contrevient à l'article 22 du RSCMLC et aux paragraphes 29 à 32 de la *Directive du commissaire 709 – Isolement préventif*.

³ Évaluation préliminaire du Service correctionnel du Canada effectuée le 27 octobre 2006.

43. Ces examens n'ont jamais eu lieu parce que chaque établissement du SCC « levait » à tort le placement en isolement de Mme Smith chaque fois qu'elle sortait (comparution devant le tribunal, admission temporaire dans un établissement psychiatrique ou encore transfèrement vers un autre établissement correctionnel). Le placement était levé même si le Service correctionnel avait l'intention de placer Mme Smith en isolement dès son retour. Cette pratique tout à fait absurde avait pour effet de remettre chaque fois le compteur à zéro, éliminant toute possibilité d'un examen externe du maintien en isolement. On renforçait ainsi la notion que l'isolement était un moyen acceptable de gérer les comportements difficiles de la détenue.

2.1.3 Caractère inadéquat de la procédure de règlement des plaintes et griefs des délinquants du SCC

44. Face aux conditions très strictes de détention à l'Établissement Nova pour femmes, Mme Smith a déposé des plaintes conformément à la procédure de règlement des plaintes et des griefs des délinquants du SCC. En août 2007, elle avait présenté sept plaintes.

45. Mme Smith alléguait que :

- le SCC avait eu recours de façon démesurée à la force contre elle lors d'un incident;
- le SCC avait refusé d'accepter une plainte écrite en son nom par une autre détenue, même si elle ne pouvait pas le faire elle-même puisqu'elle n'avait pas droit à du papier et à des crayons;
- elle n'avait pas pu quitter sa cellule pendant quatre jours de suite pour faire de l'exercice;
- elle n'avait pas reçu un exemplaire des décisions des examens après un jour et après cinq jours de son placement en isolement;
- le personnel ne lui remettait pas suffisamment de papier hygiénique pour ses besoins;
- elle n'avait pas droit à du savon dans sa cellule, on lui donnait seulement de la nourriture qu'elle pouvait manger avec ses doigts et on lui remettait seulement un petit bout de déodorant à la fois sur le doigt;
- pendant ses menstruations, elle n'avait pas le droit à des sous-vêtements ou encore le personnel ne lui remettait pas suffisamment de produits hygiéniques pour répondre à ses besoins.

Délais de réponse

46. Selon la *Directive du commissaire 081 – Plaintes et griefs des délinquants*, le Service correctionnel détermine le délai dans lequel il doit répondre aux plaintes ou griefs qu'il reçoit. Pour les plaintes non prioritaires, les décideurs disposent de 25 jours ouvrables pour répondre; pour les plaintes prioritaires, le délai est de 15 jours ouvrables. Le Service correctionnel entend par prioritaire :

une plainte ou un grief portant sur une question qui a une incidence directe sur la vie, la liberté ou la sécurité du plaignant ou qui a rapport à l'accès du plaignant au processus de règlement des plaintes et griefs.

47. En me fondant sur cette définition et l'examen des documents relatifs aux griefs, je suis d'avis qu'un grand nombre des plaintes déposées par Mme Smith à l'Établissement Nova, sinon toutes, auraient dû être désignées comme prioritaires. Or, les sept plaintes ont été désignées non prioritaires.

Réponses par écrit à Mme Smith

48. Selon la *Directive du commissaire 081 – Plaintes et griefs des délinquants*, lorsque le Service reçoit une plainte ou un grief :

...le décideur doit veiller à ce que le plaignant reçoive, par écrit, une réponse complète à toutes les questions soulevées dans sa plainte ou son grief.

49. Pour cinq des sept plaintes en question, la documentation révèle que le personnel correctionnel n'a pas rencontré Mme Smith pour lui transmettre une réponse complète aux questions soulevées. Le personnel correctionnel a indiqué qu'il n'avait pas pu rencontrer Mme Smith en raison du comportement perturbateur de la détenue et de son refus de participer à une conversation. Malgré l'obligation prévue dans la politique, rien ne montre que le personnel ait tenté de nouveau de discuter de ces plaintes avec Mme Smith.

50. J'ai noté également que les réponses aux plaintes de Mme Smith ont été rédigées bien après son transfèrement de l'Établissement Nova. Rien ne montre qu'on lui a fait parvenir une réponse écrite. Ce manquement contrevient à la *Directive du commissaire 081 – Plaintes et griefs des délinquants*.

Réponses inadéquates aux plaintes de Mme Smith

51. La *Directive du commissaire 081 – Plaintes et griefs des délinquants* précise que le processus de règlement des plaintes et griefs :

...fait en sorte que les décisions touchant les délinquants respectent la primauté du droit et les droits de la personne, et qu'elles sont judicieuses sur le plan de l'éthique.

52. Le Service correctionnel n'a accueilli aucune des sept plaintes de Mme Smith. Selon moi, les réponses étaient en grande partie inappropriées et contraires à la politique du SCC. Par exemple, Mme Smith s'est plainte qu'on ne lui remettait pas suffisamment de papier hygiénique (quatre carrés à la fois), ni de produits hygiéniques pendant son cycle menstruel. Le Service correctionnel a rejeté ces deux plaintes, affirmant que Mme Smith faisait une mauvaise utilisation du papier et des produits hygiéniques. On lui a dit qu'on lui en remettrait davantage lorsqu'elle aurait

des comportements moins autodestructeurs. Je crois que ces réponses étaient inadéquates puisqu'elles ne permettaient pas à Mme Smith de répondre à ses besoins de base en matière d'hygiène.

Manque de vigilance

53. Avant août 2007, Mme Smith n'avait jamais déposé de plaintes au Service correctionnel. Face à la présentation et à la teneur de ces plaintes, je me demande pourquoi le Service correctionnel n'a pas examiné les conditions de détention de Mme Smith pour vérifier qu'elles étaient conformes à la loi et aux politiques et qu'elles respectaient les droits fondamentaux de la personne. Compte tenu des restrictions sévères imposées, le Service correctionnel avait un devoir accru de demeurer vigilant en ce qui concerne la garde et le traitement de Mme Smith, y compris d'examiner toute allégation de non-respect des droits de la personne. Or, ce ne semble pas avoir été le cas à l'Établissement Nova. Rien n'indique que ces problèmes ont été portés à l'attention du directeur de l'établissement. En outre, il semble qu'on ait continué à manquer de vigilance après le transfèrement à l'EGVF.

54. Après son transfèrement à l'EGVF à la fin août 2007, Mme Smith s'est retrouvée dans les mêmes conditions de détention. En septembre 2007, elle a tenté une dernière fois d'améliorer sa situation en déposant une autre plainte, placée dans une enveloppe scellée, dans la boîte désignée à cet effet située dans son unité à l'EGVF. Étonnement, le Service correctionnel a ouvert cette enveloppe seulement deux mois après le décès de Mme Smith. La politique prévoit que si un délinquant décède après avoir déposé une plainte, une réponse doit être préparée et mise à la disposition de toute personne qui fait une enquête licite. Or, rien ne prouve que l'on a examiné la plainte ou préparé une réponse.

55. Si j'expose ces détails de l'expérience de Mme Smith, c'est pour montrer concrètement que la procédure actuelle de règlement des plaintes et des griefs des délinquants ne permet pas de résoudre en temps opportun, et de manière adéquate et raisonnable les plaintes des détenus. S'il y avait eu un processus interne juste, efficace et souple, permettant de répondre en temps opportun aux plaintes, il aurait été possible d'améliorer considérablement les conditions de détention excessivement restrictives et déshumanisantes imposées à Mme Smith.

2.1.4 Recours inapproprié aux transfèrements interpénitenciers

56. Tel que mentionné précédemment, Mme Smith a été transférée 17 fois d'un établissement à l'autre. Le premier transfèrement visait à offrir à Mme Smith des traitements à l'unité pour femmes du Centre psychiatrique régional des Prairies du SCC, qui est situé à Saskatoon. Le but était de stabiliser le comportement de la détenue, d'obtenir un diagnostic précis ainsi que d'élaborer et de mettre en place un plan de traitement spécialisé. Mme Smith semble avoir réalisé des progrès à court terme durant son séjour à cet endroit.

57. Or, Mme Smith a été transférée du Centre psychiatrique régional après quelques mois seulement pour sa propre protection. En mars 2007, elle avait été agressée⁴ par des membres du personnel. De toute évidence, le Service correctionnel n'a pas réussi à garantir à Mme Smith son droit fondamental à une garde sécuritaire et humaine à cet endroit.

58. À la suite de ces agressions, Mme Smith a été volontairement transférée à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal pour y recevoir un traitement. Cependant, les transfèrements et les agressions aux mains du personnel du Centre psychiatrique régional des Prairies avaient eu pour effet d'exacerber les craintes et de miner la confiance de Mme Smith, de sorte qu'il était presque impossible de lui venir en aide. Deux semaines après son arrivée, Mme Smith s'est retirée du programme de traitement à l'Institut Pinel. À partir de ce moment, elle a commencé à faire l'objet d'une série de transfèrements inappropriés, inutiles et illicites entre plusieurs établissements du SCC.

59. Selon la documentation, les transfèrements survenus après le départ, le 10 mai 2007, de l'Institut Pinel, y compris le dernier transfèrement à l'Établissement Grand Valley pour femmes en août 2007, n'avaient rien à voir ou presque avec les besoins en soins et en traitements spécialisés de Mme Smith. Ces transfèrements visaient d'abord et avant tout à régler des problèmes administratifs ou de capacité dans les établissements pour femmes, par exemple :

- le manque de places dans les établissements régionaux pour femmes;
- l'absence de personnel qualifié ayant la formation requise;
- le placement et la gestion de plusieurs autres détenues visées par le Protocole de gestion des délinquantes⁵;
- le caractère incomplet et inefficace de la *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes*, et le manque de ressources nécessaires à son application;
- l'inefficacité et la mauvaise mise en œuvre dans les établissements régionaux pour femmes de la *Stratégie d'intervention intensive*, ainsi que le manque de ressources nécessaires à son application;
- l'absence de solutions d'hébergement approprié pour les détenues ayant des besoins en matière de santé mentale qui ne font pas l'objet d'un certificat médical en vertu des lois provinciales sur la santé mentale.

60. Outre la fréquence des transfèrements, les décideurs ne semblent pas avoir tenu compte de la loi et des politiques en matière de transfèrements. En particulier, le paragraphe 25 de la *Directive du commissaire 843 – Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'autmutilation* prévoit très clairement qu'aucun

⁴ La présente enquête n'examine pas en détail ses agressions, qui font l'objet d'une enquête sur les faits distincte du SCC.

⁵ Le Protocole de gestion des délinquantes du SCC est un régime très strict mis en place lorsqu'une détenue met gravement en péril la sécurité de l'établissement, d'une autre détenue ou des membres du personnel (p. ex., par suite d'une prise d'otage). Mme Smith n'était pas visée par ce protocole.

détenu présentant un risque imminent de suicide ou d'automutilation ne doit être transféré à un établissement autre qu'un centre de soins, à moins que le psychologue chargé du cas et d'autres professionnels de la santé soient d'avis que le transfèrement atténuerait ou éliminerait le risque de suicide ou d'automutilation. À plusieurs occasions, les décideurs n'ont pas respecté cette directive. De plus, l'article 87 de la LSCMLC prévoit que les décisions concernant un délinquant, notamment en ce qui touche son transfèrement, doivent tenir compte de son état de santé. La prise en considération de l'état de santé n'est pas facultative; il s'agit d'une exigence prévue par la loi. Le Service est tenu de la respecter.

61. Mme Smith avait d'importants besoins en matière de santé qui n'étaient pas pris en compte. Elle affichait des comportements autodestructeurs et était presque constamment sous surveillance préventive. Compte tenu de la situation, je conclus que les nombreux transfèvements étaient inappropriés, voire incompréhensibles.

2.1.5 Recours à la force contre Mme Smith

62. Mme Smith s'automutilait en s'infligeant des coupures superficielles, en se cognant la tête et, le plus souvent, en confectionnant des ligatures et en se les attachant autour du cou. Comme je l'ai déjà dit, ces comportements, bien que mésadaptés et dangereux, étaient pour elle un moyen d'attirer les membres du personnel dans sa cellule et de pallier l'ennui, la solitude et le désespoir causés par son isolement constant.

63. Au début, le personnel réagissait immédiatement lorsqu'il découvrait des objets qu'elle pouvait utiliser pour s'automutiler. Les employés ont souvent tenté de négocier avec Mme Smith pour qu'elle leur remette des éclats de verre, des vis ou des ligatures. Si leurs efforts échouaient, ils pénétraient dans la cellule de Mme Smith et utilisaient la force pour lui enlever ces objets. En fait, on a dénombré plus de 150 incidents au cours desquels le personnel a dû pour cette raison recourir à la force contre Mme Smith. Certains jours, le personnel a été obligé d'intervenir plus d'une fois et a dû faire appel à l'équipe pénitentiaire d'intervention en cas d'urgence pour empêcher Mme Smith de s'automutiler.

64. La documentation montre qu'il y a eu des manquements à la sécurité durant l'incarcération de Mme Smith, ce qui lui a permis de fabriquer des instruments pour s'automutiler. Par exemple, il est arrivé que le personnel laisse Mme Smith sortir de sa cellule par erreur ou sans la surveillance requise. Cette dernière profitait de ces occasions pour rassembler le matériel nécessaire pour fabriquer des ligatures et le cacher dans des cavités corporelles.

65. Au fil du temps, les comportements de Mme Smith ont commencé à épuiser le personnel. Au cours d'une visite en établissement en juin 2007, mon personnel a appris que Mme Smith « jouait » souvent avec les ligatures (elle faisait des boucles) et se payait la tête du personnel. Il arrivait qu'elle se noue une ligature autour du cou et qu'elle se cache de la vue du personnel (sous sa chemise de sécurité ou sous son

matelas) ou encore qu'elle s'étende sur le sol en faisant semblant d'être inconsciente pour ensuite agresser le personnel qui entrerait dans sa cellule pour couper la ligature. Certains employés ont commencé à avoir l'impression que Mme Smith jouait à un jeu dangereux et ont indiqué qu'ils savaient de moins en moins quand intervenir.

66. Mis au courant de la situation, les membres de mon personnel ont communiqué avec le Secteur des délinquantes du SCC à l'administration centrale afin d'organiser une conférence téléphonique avec le Secteur et la Direction de la sécurité à l'AC pour :

1. déterminer quand le personnel devait intervenir;
2. faire le point sur la gestion en général du cas de Mme Smith, notamment ses besoins en matière de santé mentale;
3. discuter en général de la gestion des nombreux rapports de recours à la force contre Mme Smith transmis à mon bureau aux fins d'examen.

67. Au cours de cette conférence téléphonique, il a été déterminé que le personnel devait intervenir immédiatement lorsque Mme Smith utilisait une ligature. Mon personnel a appris que le SCC avait créé un plan d'intervention pour Mme Smith et que tous les membres du personnel de première ligne avaient été informés de la meilleure façon d'intervenir, d'un point de vue thérapeutique, auprès de Mme Smith.

68. Malgré ces discussions, la documentation révèle que dès la mi-août 2007, certains membres du personnel à l'Établissement Nova pour femmes ont cessé d'enlever les ligatures à Mme Smith dès qu'ils en constataient la présence, et ont commencé à lui permettre de les conserver pendant de longues périodes. Il n'est pas clair pour l'instant pourquoi le personnel a changé de façon de procéder. Cependant, ce changement semble lié à plusieurs facteurs, y compris la fatigue chez le personnel, le recours excessif à des interventions axées surtout sur la sécurité et une mauvaise interprétation du Modèle de gestion de situations (MGS).

69. Selon le MGS, toute intervention doit être adaptée au comportement du détenu au moment de l'intervention. Par exemple, on peut recourir à la force seulement si la situation l'exige au moment de l'intervention. Lorsque la situation change, il faut modifier l'intervention en conséquence. Mon Bureau est conscient que la proportionnalité est un élément essentiel du MGS, le but étant de protéger les droits des détenus et de prévenir le recours inutile ou excessif à la force. Cependant, il ressort clairement du cas à l'étude que le MGS aurait dû compter une autre variable, soit la possibilité d'un préjudice à venir ou d'un préjudice cumulatif justifiant une intervention immédiate.

70. Vu les antécédents de Mme Smith, il est évident que le personnel aurait dû intervenir pour lui enlever tout instrument d'automutilation – le plus humainement possible – dès qu'il en constatait la présence. Selon moi, l'approche adoptée à

l'Établissement Nova pour femmes, qui consistait à « attendre », était une mauvaise application du MGS. Dans le cadre de leurs interventions, les membres du personnel auraient dû être régis par les principes absolus suivants : la prévention des préjudices et la préservation de la vie.

71. Après le transfèrement de Mme Smith à l'EGVF en août 2007, le personnel a continué à adopter une approche consistant à attendre. En fait, il ressort de la documentation que les cadres supérieurs de l'établissement ont demandé au personnel d'appliquer rigoureusement le MGS en « évaluant » et en « réévaluant » Mme Smith chaque fois qu'elle s'enroulait une ligature autour du cou. Les enregistrements vidéo montrent qu'il arrivait que Mme Smith devienne bleue, éprouve de la difficulté à respirer et se fasse éclater des vaisseaux sanguins en raison de la ligature avant que le personnel n'intervienne physiquement. Dans le cadre de l'examen de ces incidents en établissement, ni les responsables des soins de santé ou des services psychologiques, ni l'agent responsable de la sécurité de l'établissement n'ont fait mention, dans la documentation sur le recours à la force, de la lenteur des interventions. En fait, les documents disent le contraire : la haute direction a réprimandé les intervenants de première ligne pour avoir agi trop rapidement lorsque Mme Smith s'était attachée une ligature autour du cou, même si elle était en détresse.

72. Il est arrivé que les intervenants de première ligne déterminent que Mme Smith avait besoin d'une aide immédiate. Or, les gestionnaires correctionnels leur ont ordonné de ne pas intervenir. Dans un cas, un gestionnaire correctionnel a physiquement empêché un membre du personnel d'entrer dans la cellule de Mme Smith pour lui venir en aide.

73. Je suis d'avis que ces incidents et les mesures prises par les cadres supérieurs constituent une très mauvaise interprétation du Modèle de gestion de situations et du devoir du Service correctionnel d'assurer une garde sécuritaire et humaine. Toutes ces circonstances ont créé beaucoup d'incertitude parmi le personnel de première ligne, ce qui a eu des résultats tragiques.

74. Enfin, rien n'indique que les responsables des examens du recours à la force aux échelons régional et national ont noté que les membres du personnel avaient changé pour le pire leur façon d'intervenir auprès de Mme Smith. Ils n'ont pas fait d'observations non plus sur le délai d'intervention. Il s'agissait pourtant d'une très bonne occasion d'agir.

2.1.6 Mauvaise communication à l'Établissement Grand Valley pour femmes

75. Il y avait une mauvaise communication d'un niveau à l'autre et entre les intervenants clés à l'EGVF. Il n'y avait pas par exemple d'équipe multidisciplinaire de santé mentale officielle pour gérer le cas de Mme Smith. Cette équipe aurait dû être le principal mécanisme de communication, de prise de décisions et de directives pour la gestion de toutes les détenues difficiles à l'EGVF. Comme je l'ai déjà indiqué, les cadres supérieurs établissaient souvent des plans de

gestion pour Mme Smith sans l'apport des spécialistes de la santé mentale et des soins de santé de l'établissement. En l'absence de la participation de ces professionnels, les plans de gestion élaborés pour Mme Smith étaient inappropriés et incomplets.

76. Ces plans de gestion étaient beaucoup axés sur la sécurité et ne mentionnaient pas comment gérer de façon sécuritaire les comportements d'automutilation de plus en plus dangereux de Mme Smith, ce qui aurait pourtant dû en être l'élément central. Ces plans renvoyaient tout simplement le personnel de première ligne au Modèle de gestion de situations, et ce, même si les comportements très dangereux de Mme Smith devenaient de plus en plus fréquents et intenses. En outre, ces plans de gestion n'ont pas bien été communiqués ou expliqués au personnel de première ligne, qui n'a donc pas interprété de la même façon ce qui constituait une intervention appropriée. Vu le manque de communication entre les parties, les membres du personnel ont agi dans des optiques différentes, ce qui a eu une incidence négative sur Mme Smith.

77. Par ailleurs, il n'a pas été inscrit dans les registres que Mme Smith présentait un risque élevé de suicide, et ce risque n'a pas été communiqué clairement à l'ensemble du personnel en service les 18 et 19 octobre 2007, ce qui constitue un autre exemple frappant du manque de communication à l'EGVF.

2.1.7 Responsabilité opérationnelle

Responsabilité en établissement

78. Mon examen révèle que les fournisseurs de soins de santé mentale et physique en établissement n'ont pas prodigué de conseils aux décideurs, ou encore que les décideurs ne leur ont pas demandé conseil ou ont fait fi de leurs recommandations, ce qui est manifestement contraire à l'article 87 de la LSCMLC, qui prévoit que les décisions concernant un délinquant doivent tenir compte de son état de santé.

79. Les responsables des soins de santé à l'EGVF étaient les mieux placés pour donner des conseils médicaux sur la gestion et la garde de Mme Smith. Toutefois, ils se sont surtout limités à mener des évaluations du recours à la force et à faciliter le transfèrement de Mme Smith vers un établissement psychiatrique. Or, ils auraient pu jouer un rôle beaucoup plus central dans la gestion du cas de cette détenue. Les documents montrent que le personnel de soins de santé n'a jamais commenté officiellement – que ce soit dans les documents sur le recours à la force ou les enregistrements vidéo des évaluations médicales effectuées à la suite d'un incident ayant nécessité le recours à la force – la nature et l'étendue des blessures que s'infligeait Mme Smith. Il n'y a aucune mention nulle part que Mme Smith était devenue bleue ou qu'elle s'était fait éclater des vaisseaux sanguins à cause des ligatures, ni que le personnel, en n'intervenant pas immédiatement lorsqu'elle s'étranglait, contribuait à accroître le risque que celle-ci se cause des blessures

permanentes ou trouve la mort. De plus, personne ne semble avoir demandé au médecin de l'établissement d'effectuer un suivi médical après ces épisodes.

80. Selon le Comité d'enquête nationale convoqué par le SCC, l'équipe de psychologie ne semble pas avoir déployé d'efforts concertés pour chercher de l'aide de l'extérieur. L'équipe de psychologie avait pourtant accès au gestionnaire des services de santé pour la région de l'Ontario ainsi qu'au psychologue régional. Or, les membres de l'équipe n'ont pas fait appel à ces ressources. De plus, il y a toute une Direction de la santé mentale à l'administration centrale du SCC. Or, la documentation montre une communication très limitée avec cette ressource.

Responsabilité à l'administration régionale et centrale

81. Mme Smith a fait l'objet de nombreux transfèvements interrégionaux. Les responsables des régions d'origine et de destination sont tenus de se consulter avant d'approuver ces transfèvements. Donc, sauf pour la région du Pacifique, tous les sous-commissaires régionaux (SCR) ou leurs représentants auraient dû être au courant de la gestion du cas de Mme Smith à un moment donné et jouer un rôle à cet égard. Il semble toutefois que le Secteur des délinquantes de l'administration centrale du SCC était dans les faits responsable d'autoriser les transfèvements. Cette façon de procéder était inappropriée puisqu'il revenait à chaque région de veiller à ce que les transfèvements de Mme Smith soient conformes à la loi et aux politiques et soient effectués dans le meilleur intérêt de la détenue.

82. Le SCR pour l'Ontario et la sous-commissaire pour les femmes (SCF) ont tous les deux été informés par le directeur par intérim de l'EGVF des difficultés liées à la gestion du cas de Mme Smith. Ils ont été avisés personnellement des inquiétudes causées par les conditions de détention de Mme Smith, et ce au cours d'une visite effectuée le 24 septembre 2007 à l'EGVF, soit un mois avant le décès de la jeune femme. Je ne peux pas dire avec certitude quelles mesures ont été prises pour étudier ou améliorer la situation de Mme Smith. Il vaudrait la peine d'examiner la question plus en profondeur.

83. Le Service correctionnel produit et distribue des rapports de situation quotidiens décrivant les incidents graves impliquant des délinquants incarcérés dans ses établissements ou mis en liberté sous condition. Ces rapports, qui sont diffusés à l'échelle du SCC, sont examinés attentivement par les hauts dirigeants à l'administration centrale et dans les administrations régionales. Le nom de Mme Smith figurait dans ses rapports toutes les semaines, et parfois tous les jours. On peut donc conclure, de manière raisonnable, que même les plus hauts placés du Service correctionnel, y compris le commissaire du SCC, le sous-commissaire principal, la sous-commissaire pour les femmes et les sous-commissaires régionaux, étaient conscients des difficultés que présentaient les comportements d'automutilation constants de Mme Smith pour le Service correctionnel. Pourtant, rien ne montre que les responsables aux échelons supérieurs sont intervenus de façon judicieuse avant le décès de Mme Smith.

2.1.8 Conclusion

84. Le Service correctionnel a manqué à son devoir d'assurer une garde et un traitement humains et professionnels de niveau acceptable à Mme Smith durant son incarcération. Le Service correctionnel a laissé les besoins administratifs, les problèmes de ressources et les exigences perçues en matière de sécurité l'emporter sur les besoins très humains de Mme Smith, comme le démontre ce qui suit :

- les nombreux transfèrements de la jeune femme dans une courte période;
- son maintien en isolement préventif sans aucun examen régional prescrit par la loi;
- l'absence de diagnostic de santé mentale et de traitement;
- plus de 150 interventions où le personnel a eu recours à la force;
- la non-participation du personnel spécialisé;
- le manque de communication à tous les échelons au sein du Service.

85. Pour empirer le problème, personne au Service correctionnel ne semble avoir pris en main le cas de Mme Smith, même si les cadres supérieurs savaient que la jeune femme nécessitait des soins spéciaux et que les efforts déployés étaient inadéquats et inefficaces.

2.2 Problèmes systémiques

86. Pour comprendre pleinement les circonstances du décès de Mme Smith, il est important de saisir les vastes problèmes systémiques associés au système correctionnel fédéral pendant la période d'incarcération de Mme Smith. Ces problèmes ont contribué à créer un environnement ayant permis au personnel de manquer à leur devoir, ce qui a eu des conséquences tragiques. Tristement, le Service correctionnel est conscient de ces problèmes, qui ont déjà été soulignés par mon Bureau.

2.2.1 Manque de ressources en santé mentale au sein du système correctionnel fédéral

87. Le manque de services de santé mentale pour les détenus sous responsabilité fédérale est un problème qui persiste depuis longtemps au Canada. J'ai soulevé la question récemment dans mon Rapport annuel pour 2005-2006 présenté au Parlement à l'automne 2006 en même temps que des recommandations quant aux mesures à prendre. La question a également été soulevée dans le rapport préparé par la juge Constance Glube, présidente du Comité d'experts chargé d'examiner les services correctionnels fédéraux pour femmes au Canada en 2006⁶, ainsi que par

⁶ GLUBE, Constance. *Les services correctionnels pour femmes : sur la voie de l'avenir - Examen par un Comité d'experts du Rapport sur les progrès réalisés depuis dix ans dans le domaine des services correctionnels pour femmes, 1996 – 2006*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

M. Robert Sampson, président du Comité d'examen du Service correctionnel du Canada⁷, dont le rapport a été rendu public en décembre 2007.

88. Dans son rapport, la juge Glube félicite le SCC pour les progrès réalisés en vue d'accorder plus d'importance aux besoins en santé mentale des délinquantes par l'entremise de sa Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes. Son comité a cependant noté plusieurs obstacles à la mise en œuvre de cette stratégie au chapitre des ressources financières et humaines. En accord avec les constatations de la juge Glube, M. Sampson indique ce qui suit dans le rapport du Comité d'examen du SCC :

La majorité des pénitenciers comptent un nombre limité de psychologues parmi leur personnel, et la prestation de soins de santé mentale y est souvent limitée à l'intervention en situation de crise et à la prévention du suicide. [...] Les soins de santé mentale primaires et intermédiaires qui sont fournis aux délinquants sont insuffisants. Habituellement, les délinquants ayant des troubles mentaux ne reçoivent pas le traitement approprié, à moins que leurs besoins atteignent un niveau critique. Un grand nombre de ces délinquants sont placés en isolement pour assurer leur protection, car ils sont incapables de s'adapter à la vie dans les pénitenciers ordinaires, et ils ont donc un accès limité aux programmes ou aux traitements.

89. Nous savons que Mme Smith a eu un accès très limité à des services de soutien appropriés en matière de santé mentale. Elle a été l'objet d'une évaluation, de soins et de traitement très sommaires de santé mentale en raison d'un manque de ressources en santé mentale à l'échelle du système correctionnel fédéral et, plus particulièrement, de l'absence d'options de traitement spécialisé pour les délinquantes ayant des besoins spéciaux. Par ailleurs, même si Mme Smith a été transférée à plusieurs reprises dans des établissements de santé mentale provinciaux, il semble que les soins et traitements prodigués à ces endroits ont permis uniquement de répondre aux problèmes immédiats.

2.2.2 Absence d'examen externe indépendant des placements en isolement

90. Conscient que le placement à long terme en isolement avait eu un effet délétère sur la santé et le bien-être de Mme Smith, le Service correctionnel a quand même placé celle-ci en permanence en isolement préventif, sans même procéder tous les 60 jours aux examens régionaux prévus par la loi.

91. En 1994, des incidents troublants sont survenus à la Prison des femmes à Kingston, en Ontario. Il a été déterminé que le Service correctionnel avait mal géré la situation et enfreint les droits de la personne de plusieurs détenues. Le solliciteur général a ordonné une enquête publique dans cette affaire. La présidente de la

⁷ SAMPSON, Robert. *Feuille de route pour une sécurité publique accrue*, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2007. Ce document se trouve à l'adresse suivante : http://www.securitepublique.gc.ca/csc-scc/report-rapport/table_of_contents-fra.aspx

Commission d'enquête⁸, la juge Louise Arbour, a déclaré, entre autres, que des mesures correctrices étaient nécessaires pour :

... compenser l'absence de reconnaissance des droits individuels et l'inefficacité des mécanismes internes destinés à garantir le respect de la loi au sein du Service correctionnel.

92. La juge Arbour a formulé une série de recommandations sur l'isolement préventif, y compris le recours à un arbitre indépendant chargé d'examiner les placements en isolement. En 1996, le Service correctionnel a indiqué qu'il étudierait la question. Étant donné que le SCC n'a donné de réponse raisonnable à la question, le Bureau de l'enquêteur correctionnel et la Commission canadienne des droits de la personne (CCDP)⁹ ont demandé à nouveau au SCC de faire confirmer les décisions en matière d'isolement par un arbitre indépendant. Or, le SCC a rejeté chaque fois cette recommandation.

93. Je suis tout à fait convaincu qu'un examen externe du placement en isolement de Mme Smith aurait sûrement permis de trouver des solutions de rechange viables au maintien en isolement délétère de la détenue dans des conditions très restrictives. Mme Smith serait probablement vivante aujourd'hui si elle n'avait pas été toujours en isolement et si elle avait reçu des soins appropriés. Un arbitre indépendant, comme l'avait recommandé la juge Arbour, aurait pu procéder à un examen approfondi du cas de Mme Smith, ce qui aurait obligé le Service correctionnel à étudier avec soins d'autres solutions que le placement de Mme Smith dans des conditions de détention de plus en plus restrictives. S'il avait été déterminé à ce moment qu'il n'existait aucune solution immédiate ou appropriée mis à part le placement en isolement, l'arbitre indépendant aurait pu amener le Service correctionnel à rechercher ou à mettre au point des options plus sécuritaires et humaines pour la garde de cette jeune femme.

2.2.3 Procédure lente et inefficace de règlement des plaintes et griefs des délinquants

94. La LSCMLC prévoit l'établissement d'une « procédure de règlement juste et expéditif des griefs des délinquants »¹⁰. Un grand nombre d'observateurs affirment depuis longtemps que la procédure de règlement des plaintes et des griefs du SCC n'est ni juste, ni expéditive, et qu'en fait, elle ne permet pas de régler les plaintes.

⁸ ARBOUR, Louise. *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1996. Document disponible à l'adresse suivante : http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/corrections/pdf/199681_f.pdf

⁹ En 2001, un certain nombre d'organisations préconisant l'égalité ont communiqué à la CCDP leurs préoccupations concernant le traitement des délinquantes sous responsabilité fédérale purgeant une peine en établissement et les services correctionnels communautaires qui leur sont offerts. En réponse, la CCDP a mené un vaste examen de la question. Les résultats ont été publiés en 2003 dans le document intitulé *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*. Ce document se trouve à l'adresse suivante : http://www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/consultation_report-fr.asp?lang_update=1

¹⁰ Article 90 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.

95. En ce qui concerne l'efficacité de la procédure de règlement des plaintes et des griefs des délinquants au SCC, la Commission canadienne des droits de la personne a déclaré ce qui suit en 2003 :

À l'heure actuelle, les femmes purgeant une peine de ressort fédéral manquent de moyens efficaces pour protester contre les traitements ou les services correctionnels inadéquats, si bien qu'elles ont l'impression d'être encore plus démunies, sans véritable prise sur leur propre vie. Même si, dans l'article 90 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, on précise que le Service correctionnel doit prévoir une procédure de règlement juste et rapide des griefs déposés par les délinquantes, notre examen montre que, aux yeux des femmes, ce système est inefficace.

La plupart des femmes interrogées ont utilisé des termes négatifs pour décrire le système de recours. De fait, elles affirment qu'il « est lent et n'est pas vraiment efficace », qu'il est « inutile ».

96. En ce qui concerne la lenteur de la procédure, le CCDP a constaté ce qui suit :

Plus de 4 plaintes prioritaires sur 10 (par plaintes prioritaires on entend celles qui sont considérées comme ayant des répercussions importantes sur les droits et les libertés des délinquants) n'ont pas été traitées dans les délais établis.

97. Dans le même esprit que la CCDP, je recommande dans mon rapport annuel de 2004-2005 que:

... le SCC prenne immédiatement les mesures nécessaires pour réorganiser ses activités et politiques liées au traitement des griefs des détenus, en vue d'un règlement juste et expéditif des griefs et plaintes des délinquants.

98. J'ai formulé à nouveau cette recommandation dans mon rapport annuel de 2005-2006 puisque le Service n'avait pas réalisé suffisamment de progrès dans ce dossier.

99. Malgré ces nombreux appels à l'action, très peu de changements ont été apportés en ce qui concerne la procédure de règlements des plaintes et des griefs du SCC. Au contraire, le Service correctionnel du Canada a modifié récemment la *Directive du commissaire 081 – Plaintes et griefs des délinquants*, pour porter le délai dans lequel le commissaire doit répondre aux plaintes de 25 à 80 jours pour les plaintes non prioritaires, et de 15 à 60 jours pour les plaintes prioritaires. Ce changement remet sérieusement en question l'engagement du Service correctionnel à respecter son obligation législative d'assurer « une procédure de règlement juste et expéditif des griefs des délinquants ».

100. Je suis très préoccupé par le peu de progrès réalisés par le SCC en vue de se conformer sur le plan opérationnel aux politiques et à la loi, puisqu'il s'agit d'une question prioritaire. Il est urgent de résoudre ce grave problème systémique.

2.2.4 *Modèle de gouvernance inefficace en ce qui a trait aux services correctionnels pour délinquantes*

101. Par suite des troubles survenus à la Prison des femmes en 1994, la juge Arbour a formulé les recommandations suivantes :

que le poste de sous-commissaire pour les femmes soit créé dans le cadre du Service correctionnel du Canada à un rang équivalent à celui de sous-commissaire régional.

que les établissements pour femmes purgeant une peine fédérale soient groupés dans une structure hiérarchique indépendante des régions dans laquelle les directeurs d'établissement rendent compte directement à la sous-commissaire pour les femmes.

102. Le Service correctionnel a nommé une sous-commissaire pour les femmes (SCF), sans toutefois confier au poste un pouvoir hiérarchique sur les établissements pour femmes. Il a plutôt donné à la SCF le mandat de conseiller, de guider et d'appuyer le personnel des établissements pour femmes (soit une autorité fonctionnelle), tandis que les directeurs de ces établissements ont continué de rendre compte à leur SCR respectif. Cette solution ne concrétisait pas le « mouvement séparé » imaginé par la juge Arbour.

103. Le Comité d'experts présidé par la juge Glube en 2006, a examiné de près les services correctionnels pour femmes au Canada, y compris le modèle de gouvernance adopté par le SCC pour les établissements correctionnels pour femmes. La juge Glube a relevé certains problèmes liés au modèle et a formulé la recommandation suivante :

... que le SCC revoie la structure de gouvernance des services correctionnels pour femmes afin que les directeurs et directrices des établissements pour femmes relèvent directement de la sous-commissaire pour les femmes.

104. Or, le Service correctionnel a rejeté la recommandation de la juge Glube, comme il avait rejeté celle de la juge Arbour dix ans auparavant.

105. J'estime depuis longtemps que les services correctionnels pour femmes devraient être distincts de ceux pour hommes. Les besoins et les réalités des femmes criminalisées sont très souvent fort différents de ceux des hommes, de sorte qu'une intervention très différente est nécessaire. S'ils étaient indépendants, notamment s'ils disposaient de leurs propres lignes directrices, les services correctionnels pour femmes seraient habilités à déterminer leurs propres priorités et posséderaient les pouvoirs et les ressources nécessaires pour gérer de façon adéquate la population féminine. Selon la structure hiérarchique actuelle, il est presque impossible d'assurer cette autonomie, puisque les services correctionnels pour femmes doivent rivaliser avec les grandes priorités et vastes besoins correctionnels de l'organisation.

106. Le cas de Mme Smith est un bon exemple. En raison de la structure organisationnelle, personne n'a pris en main la gestion globale d'une délinquante affichant clairement des comportements très difficiles. Ce défaut d'agir est particulièrement troublant compte tenu des nombreux transfèvements de Mme Smith et de son maintien en isolement.

107. La structure opérationnelle actuelle des services correctionnels pour femmes est en place depuis dix ans. Comme le mentionnait la juge Glube et le démontre la mort de Mme Smith, il est raisonnable d'affirmer que la structure de gouvernance actuelle des services correctionnels pour femmes comporte de graves lacunes et manque de l'imputabilité requise.

108. Je conseille vivement au Service correctionnel de tenir compte des recommandations de mettre en place une structure hiérarchique semblable à celle présentée par la juge Arbour en 1996. Il ne s'agit plus maintenant de préciser les rôles de la SCF et des sous-commissaires régionaux, mais plutôt d'accorder une autorité hiérarchique distincte et clairement définie, pour ainsi confier la responsabilité à une seule entité qui se spécialise dans la prestation de services correctionnels à ce groupe particulier.

2.2.5 Mauvaise mise en œuvre des recommandations formulées par des comités d'enquêtes du SCC, des coroners et des médecins légistes par suite de décès de détenus

109. Comme je l'ai mentionné dans mon rapport provisoire sur le décès d'Ashley Smith, je suis fermement convaincu que la mort de Mme Smith aurait pu être évitée. Il y a eu d'autres décès évitables dans les pénitenciers canadiens avant celui de Mme Smith. Il revenait au Service correctionnel, en tant qu'organisation redevable au public ayant pour mandat d'assurer la garde sécuritaire et humaine des délinquants, de tirer des leçons de chacun de ces incidents et de mettre en place les mesures correctrices nécessaires pour prévenir d'autres décès.

110. Lorsque Mme Smith est décédée, mon Bureau enquêtait déjà sur le cas d'un délinquant autochtone mort dans sa cellule le 3 octobre 2006 dans un établissement à sécurité moyenne. Le jour fatidique, le délinquant s'est infligé une blessure, lacérant l'artère brachiale dans son bras. Il a appuyé sur le bouton d'urgence, et le personnel correctionnel est intervenu. Cependant, les membres du personnel ne lui ont pas prodigué les premiers soins et ne l'ont pas surveillé en attendant l'ambulance. Par conséquent, le délinquant s'est vidé de son sang, seul dans sa cellule, avant l'arrivée des secours. J'ai présenté mon rapport et mes recommandations sur cette affaire au Service correctionnel et au ministre de la Sécurité publique le 21 mai 2008. (Le rapport se trouve à l'adresse suivante : <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/pdf/oth-aut/oth-aut20080521-fra.pdf>.)

111. En octobre 2002, M. Roger Guimond est mort dans une cellule de l'Établissement de Port-Cartier. Il souffrait d'épilepsie et s'est étouffé sur ses propres vomissements tandis qu'il était sous la surveillance directe du personnel correctionnel et des soins de santé.

112. Mon Bureau a examiné les circonstances du décès de M. Guimond et a relevé des problèmes importants concernant la réaction inadéquate du personnel face à une urgence médicale flagrante, signalant le fait que le comité d'enquête du SCC n'avait pas reconnu ce défaut d'agir. Par suite des observations du Bureau, le commissaire de l'époque a ordonné la tenue d'une enquête indépendante spéciale sur le décès de M. Guimond. Cette enquête, présidée par l'ancien sous-ministre de la Justice, M. Roger Tassé, s'est soldée par plusieurs recommandations visant à assurer une intervention adéquate et rapide des membres du personnel en cas d'urgence médicale dans les pénitenciers fédéraux.

113. En 2006, le Bureau a commandé une étude sur les décès en établissement. En février 2007, j'ai remis un exemplaire du rapport *Décès en établissement*¹¹ au Service correctionnel. L'étude portait sur 82 cas déclarés de suicide, d'homicide et de décès accidentels dans les établissements du SCC sur une période de cinq ans, soit de 2001 à 2005. Le rapport indique que le Service correctionnel n'intégrait pas les leçons apprises et ne mettait pas en place de mesures correctrices au fil du temps dans l'ensemble des régions, de sorte que les mêmes erreurs et les mêmes observations étaient répétées.

114. L'une des principales constatations de l'étude était la suivante :

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

3. CONCLUSION

115. La mort tragique de Mme Smith fait ressortir non seulement les problèmes au sein des services correctionnels fédéraux, mais aussi le manque de coordination et de cohésion parmi les systèmes correctionnels et de soins de santé provinciaux et fédéraux. Les soins et la garde d'une jeune Mme Smith au Nouveau-Brunswick, tel que décrits dans les documents du bureau du Défenseur des enfants et de la jeunesse de cette province, et le transfert ultérieur de celle-ci vers un établissement correctionnel fédéral prouvent que les systèmes correctionnels et de soins de santé provinciaux et fédéraux n'ont pas offert à Mme Smith les soins, le traitement et le soutien dont elle avait pourtant désespérément besoin.

¹¹ BUREAU DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL. *Décès en établissement*, 2007. Ce document se trouve sur le site du BEC à l'adresse suivante : www.oci-bec.gc.ca.

116. Le parcours de Mme Smith devant les tribunaux pour adolescents et pour adultes et au sein du système correctionnel et du système de santé a commencé alors qu'elle avait 13 ans et s'est terminé tragiquement à 19 ans. De toute évidence, aucun de ces systèmes n'a pu répondre adéquatement à ses besoins. Les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux doivent travailler de concert pour éviter que des cas comme celui de Mme Smith ne se reproduisent. Il importe d'assurer un leadership à l'échelon le plus élevé afin de corriger le manque de coordination et de cohésion entre les administrations, de même qu'entre les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux et les fournisseurs de services de santé mentale.

117. Les enquêtes sur le décès de Mme Smith menées par le Bureau et le Service correctionnel révèlent d'importantes lacunes à l'égard de plusieurs aspects importants des services correctionnels fédéraux durant les onze mois d'incarcération de la jeune femme, plus particulièrement en ce qui concerne :

- les transfèvements interrégionaux;
- l'isolement préventif;
- les conditions de détention;
- les soins de santé;
- le recours à la force;
- les services de santé mentale;
- le système de plaintes et griefs.

118. Selon moi, la façon dont le Service correctionnel s'acquitte des responsabilités qui lui sont conférées par la loi a une incidence sur la sécurité publique, tout comme la mesure dans laquelle il est tenu responsable de ses décisions. Les Canadiens et Canadiennes méritent de savoir ce qui se passe derrière les murs des pénitenciers et d'être renseignés sur la façon dont les institutions publiques travaillent ensemble à tous les niveaux afin d'assurer la sécurité publique.

119. Vu les problèmes systémiques évidents exposés par suite du décès de Mme Smith, il y a lieu d'examiner publiquement les activités de base du Service correctionnel, y compris les relations de l'organisme avec ses partenaires qui offrent des soins de santé. Un examen public est le seul moyen de tenir un dialogue ouvert et transparent entre les intervenants concernés et d'assurer la responsabilité à l'égard du public des organismes chargés d'assurer la prise en charge et la garde sécuritaire et humaine de citoyens canadiens.

120. Un tel examen ne doit pas être motivé par des accusations et doit permettre au Service correctionnel de participer sans entraves au processus visant à améliorer les services correctionnels au Canada. Un grand nombre des questions soulevées dans le présent rapport dépassent le cadre des services correctionnels fédéraux et ne peuvent être réglées que grâce à un dialogue entre les ministères fédéraux, les partenaires provinciaux et les organisations non gouvernementales. La solution repose sur un dialogue public bien étoffé et sur une réponse dans l'ensemble du gouvernement.

4. PRINCIPALES CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS SOMMAIRES

1. *Le 18 octobre 2007, Mme Smith a été placée sous surveillance préventive constante, sous l'observation directe du personnel. Elle présentait un « risque très élevé de suicide ». Les résultats de cette évaluation n'ont pas été clairement communiqués au personnel correctionnel dans les 48 heures précédant le décès de la jeune femme.*
2. *Le 19 octobre 2007, Mme Ashley Smith s'est enroulée une ligature autour du cou. L'enregistrement vidéo montre que le personnel correctionnel n'est pas immédiatement intervenu face à cette urgence médicale. L'autopsie a révélé que Mme Smith était morte d'asphyxie le 19 octobre 2007.*
3. *Mme Smith a eu un accès très limité à des services de soutien appropriés en matière de santé mentale. Elle a été l'objet d'une évaluation, de soins et de traitements très sommaires de santé mentale. Même si Mme Smith a été transférée à quelques reprises dans des établissements de santé mentale provinciaux, il semble que les soins et traitements prodigués à ces endroits ont permis uniquement de répondre aux problèmes immédiats.*
4. *Le Service correctionnel n'a réalisé aucun progrès dans le traitement de Mme Smith. Il n'a jamais établi un plan de traitement exhaustif pour la jeune femme, et certaines des interventions mises en place ont eu pour effet d'exacerber les comportements de la détenue et d'aggraver son état.*
5. *Les plans de gestion de Mme Smith à l'Établissement Grand Valley pour femmes étaient établis en grande partie sans l'aide du personnel responsable des soins de santé physique et mentale de l'établissement. Par conséquent, ces plans étaient surtout axés sur la sécurité, ne comportaient aucune mesure axée sur la santé mentale et ne contenaient aucune directive explicite sur les mesures à prendre pour gérer les comportements autodestructeurs de Mme Smith.*
6. *Les documents montrent que le personnel de soins de santé n'a jamais commenté officiellement – que ce soit dans les documents sur le recours à la force ou les enregistrements vidéo des évaluations médicales effectuées à la suite d'un incident ayant nécessité le recours à la force – la nature et l'étendue des blessures que s'infligeait Mme Smith. De plus, les membres du personnel médical n'ont pas demandé au médecin de l'établissement d'effectuer un suivi médical après les épisodes où Mme Smith était devenue bleue ou se faisait éclater des vaisseaux sanguins en s'étranglant avec des ligatures. L'équipe des soins de santé à l'EGVF aurait pu jouer un rôle beaucoup plus central dans la gestion du cas de Mme Smith.*
7. *En raison du manque de participation de l'équipe de soins de santé à la gestion du cas de Mme Smith à l'Établissement Grand Valley pour femmes, aucun plan de*

- traitement proactif n'a été établi, et la santé physique et mentale de la détenue s'est détériorée.*
8. *L'équipe de psychologie n'a pas déployé d'efforts concertés pour chercher de l'aide de l'extérieur afin de mieux venir en aide à Mme Smith.*
 9. *Mme Smith souffrait de problèmes de santé mentale, qui ont été exacerbés par les années passées en isolement dans les centres pour jeunes provinciaux. Malgré tout, le Service correctionnel a placé Mme Smith en isolement préventif, dans des conditions très restrictives et parfois inhumaines, et a maintenu ce régime pendant toute la durée de son incarcération.*
 10. *Contrairement à la loi et aux politiques, il n'y a eu aucun examen régional après 60 jours de l'isolement, même si Mme Smith est demeurée en isolement pendant près d'un an.*
 11. *Après le départ de Mme Smith du Centre psychiatrique régional des Prairies en avril 2007, personne au Service correctionnel ne semble même pas avoir envisagé sérieusement une solution de rechange au maintien continu en isolement, même si cette mesure n'avait obtenu aucun résultat.*
 12. *Mme Smith serait probablement vivante aujourd'hui si elle n'avait pas été toujours en isolement et si elle avait reçu des soins appropriés. Un arbitre indépendant, comme l'avait recommandé la juge Arbour, aurait pu procéder à un examen approfondi du cas de Mme Smith, ce qui aurait obligé le Service correctionnel à étudier avec soins d'autres solutions que le placement de Mme Smith dans des conditions de détention de plus en plus restrictives.*
 13. *En août 2007, Mme Smith a présenté sept plaintes, dont bon nombre auraient dû être désignées prioritaires. Or, le Service correctionnel a jugé toutes ces plaintes non prioritaires et n'en a accueilli aucune. Le personnel n'a pas toujours rencontré Mme Smith au sujet de ces plaintes. Rien ne montre que l'on ait remis à la détenue une réponse écrite ou que la direction ait examiné de façon adéquate les conditions de détention de la détenue en isolement.*
 14. *En septembre 2007, Mme Smith a tenté une dernière fois d'améliorer sa situation en déposant une autre plainte, placée dans une enveloppe scellée, dans la boîte désignée à cet effet se trouvant dans son unité à l'EGVF. Le Service correctionnel a ouvert cette enveloppe seulement deux mois après le décès de Mme Smith, ce qui est manifestement contraire à la loi et aux politiques.*
 15. *S'il y avait eu en place au SCC un processus interne juste, efficace et souple, permettant de répondre en temps opportun aux plaintes, il aurait été possible d'améliorer considérablement les conditions de détention excessivement restrictives et déshumanisantes imposées à Mme Smith.*

16. *Au cours de ses 11,5 mois d’incarcération au sein du système correctionnel fédéral, Mme Smith a été transférée 17 fois de part et d’autre entre différents établissements. Ces nombreux transferts ont nui à la capacité du Service correctionnel de répondre aux besoins très humains et aux besoins de soins de santé mentale de Mme Smith.*
17. *Les décisions prises par le Service correctionnel de transférer Mme Smith dans des établissements qui n’offraient pas de traitement visaient à satisfaire des besoins administratifs et à pallier des problèmes de ressources dans les établissements correctionnels pour femmes. Ces décisions étaient contraires à l’article 87 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition et à la Directive du commissaire 843 puisqu’elles ne tenaient pas compte de la santé et du bien-être de Mme Smith.*
18. *Le Secteur des délinquantes de l’administration centrale du SCC autorisait dans les faits les nombreux transfèvements. Cette façon de procéder était inappropriée puisqu’il revenait à chaque région de veiller à ce que les transfèvements de la détenue soient conformes à la loi et aux politiques.*
19. *Il y a eu des manquements à la sécurité durant l’incarcération de Mme Smith, ce qui lui a permis de fabriquer des objets pour s’automutiler.*
20. *À compter de la mi-août 2007, certains membres du personnel à l’Établissement Nova pour femmes ont cessé d’enlever les ligatures à Mme Smith dès qu’ils en constataient la présence et ont commencé à lui permettre de conserver les ligatures pour de longues périodes. Cette approche consistant à attendre est injustifiable.*
21. *Après le transfèrement de Mme Smith à l’Établissement Grand Valley pour femmes en août 2007, le personnel a continué à adopter une approche consistant à attendre. Les enregistrements vidéo montrent qu’il arrivait que Mme Smith devienne bleue, éprouve de la difficulté à respirer et se fasse éclater des vaisseaux sanguins en raison de la ligature avant que le personnel n’intervienne physiquement.*
22. *Les cadres supérieurs à l’Établissement Grand Valley pour femmes ont très mal interprété le Modèle de gestion et de situations et ont réprimandé à tort des intervenants de première ligne qui réagissaient rapidement face aux comportements autodestructeurs de Mme Smith.*
23. *Vu les antécédents de Mme Smith, il est évident que le personnel aurait dû intervenir pour lui enlever tout instrument d’automutilation – le plus humainement possible – dès qu’il en constatait la présence. L’approche consistant à « attendre » était inappropriée, puisqu’elle mettait en danger la vie*

de la jeune femme. Dans le cadre de leurs interventions, les membres du personnel auraient dû être régis par les principes absolus suivants : la prévention des préjudices et la préservation de la vie.

- 24. Rien n'indique que les responsables des examens du recours à la force aux échelons régional et national ont noté que les membres du personnel avaient changé pour le pire leur façon d'intervenir auprès de Mme Smith face aux comportements autodestructeurs de Mme Smith à l'Établissement Nova pour femmes et à l'Établissement Grand Valley pour femmes.*
- 25. Il y a eu un manque généralisé de communication en temps opportun entre les différents niveaux et secteurs à l'Établissement Grand Valley pour femmes, ce qui a contribué au décès de Mme Smith.*
- 26. Le nom de Mme Smith figurait dans les rapports de situation toutes les semaines, et parfois chaque jour. Les plus haut placés du Service correctionnel, y compris le commissaire du SCC, le sous-commissaire principal, la sous-commissaire pour les femmes et les sous-commissaires régionaux, étaient donc conscients, ou auraient dû l'être, des difficultés que présentaient les comportements d'automutilation constants de Mme Smith. Pourtant, rien ne montre que les responsables aux échelons supérieurs sont intervenus de façon judicieuse avant le décès de Mme Smith.*
- 27. La structure opérationnelle actuelle des services correctionnels pour femmes, qui est en place depuis dix ans, comporte de lacunes. Le simple fait de préciser les rôles de la sous-commissaire pour les femmes et des sous-commissaires régionaux ne suffira pas à régler le problème. Il faudrait clairement confier la responsabilité des services correctionnels pour femmes et une autorité hiérarchique distincte et clairement définie à une seule entité qui se spécialise dans ce domaine.*
- 28. Les systèmes correctionnels et de soins de santé provinciaux et fédéraux n'ont pas offert à Mme Smith les soins, le traitement et le soutien dont elle avait pourtant désespérément besoin. La mort tragique de Mme Smith fait non seulement ressortir les problèmes au sein des services correctionnels fédéraux, mais aussi le manque de coordination et de cohésion parmi les systèmes correctionnels et de soins de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux.*

5. RECOMMANDATIONS DE MESURES IMMÉDIATES

1. *Je recommande au Service correctionnel de mettre en œuvre toutes les recommandations formulées par le Comité d'enquête nationale et dans le rapport indépendant produit par la psychologue Mme Margo Rivera dans le cadre de cette enquête et qu'il applique les mesures prises pour y donner suite le plus largement possible, notamment dans les établissements pour hommes.*
2. *Je recommande que le Service correctionnel rende pleinement compte au public de sa réponse à l'Étude sur les décès en établissement du BEC, notamment qu'il présente un plan d'action détaillé précisant clairement les objectifs et les échéances.*
3. *Je recommande que le Service correctionnel regroupe tous les établissements pour femmes sous une structure hiérarchique indépendante des régions, pour que les directeurs d'établissement relèvent directement de la sous-commissaire pour les femmes.*
4. *Je recommande que le Service correctionnel diffuse sans tarder une directive à tout le personnel pour communiquer l'obligation prévue par la loi de tenir compte de l'état de santé du détenu et des soins qu'il requiert (y compris les soins de santé mentale) dans toutes les décisions concernant un délinquant, y compris celles relatives aux placements, aux transfèvements, à l'isolement préventif et à la discipline. Les documents du SCC relatifs à ces décisions doivent montrer que le décideur a pris en considération les besoins de santé physique et mentale du délinquant en question.*
5. *Je recommande que le Service correctionnel passe immédiatement en revue tous les cas d'isolement prolongé où les problèmes de santé mentale de la personne ont contribué au placement en isolement, en accordant une attention particulière aux délinquants qui ont déjà tenté de se suicider ou qui ont eu des comportements d'automutilation. Je recommande aussi qu'il remette les résultats de cet examen aux responsables des établissements et aux sous-commissaires régionaux et, dans le cas de détenues, à la sous-commissaire pour les femmes.*
6. *Je recommande que le Service correctionnel demande à des spécialistes indépendants – en insistant sur le recours à des spécialistes des questions féminines – d'examiner ses politiques concernant la gestion des détenus qui s'automutilent et des délinquants affichant des problèmes de comportement. Cet examen doit viser à déterminer en particulier s'il est approprié de placer ces détenus en isolement préventif.*

7. *Je recommande que les comités d'enquête nationale du Service correctionnel chargés d'étudier des cas de suicides ou d'autoutilisation soient présidés par un professionnel indépendant des soins de santé mentale.*
8. *Je recommande que le Service correctionnel examine ses pratiques en matière d'isolement préventif et apporte les changements nécessaires pour s'assurer que tous les placements en isolement prolongés fassent l'objet d'un examen par les gestionnaires régionaux, y compris les responsables des soins de santé, tous les 60 jours. Je recommande également, le cas échéant, que la décision de maintenir un délinquant en isolement et les documents à l'appui soient communiqués au sous-commissaire principal et, dans le cas des délinquantes, à la sous-commissaire pour les femmes.*
9. *Je recommande que le Service correctionnel modifie sa politique sur l'isolement afin de prévoir un examen psychologique du détenu pour déterminer son état de santé mentale, plus particulièrement une évaluation du risque de comportement d'autodestruction, dans les 24 heures suivant le placement en isolement.*
10. *Je recommande que le Service correctionnel commence immédiatement à recourir à un arbitre indépendant pour examiner les placements en isolement de détenus souffrant de problèmes de santé mentale. Cet examen doit avoir lieu dans les 30 jours suivant le placement, et la décision de l'arbitre doit être communiquée au sous-commissaire régional, et aussi, s'il s'agit d'une délinquante, à la sous-commissaire pour les femmes.*
11. *Je recommande que le Modèle de gestion de situations soit modifié afin d'obliger le personnel à tenir compte des antécédents autodestructeurs du délinquant et de la possibilité d'un préjudice à venir ou d'un préjudice cumulatif au moment de déterminer s'il y a lieu d'intervenir de façon immédiate.*
12. *Je recommande que le sous-commissaire principal étudie toutes les plaintes présentées par Mme Smith durant son incarcération, y compris celles déposées en septembre 2007 à l'EGVF, et qu'il examine les réponses à ces plaintes. Il faudrait préparer une réponse écrite à ces plaintes, de même que prendre les mesures correctrices qui s'imposent et apporter les précisions requises aux politiques.*
13. *Je recommande que toutes les plaintes touchant les conditions de détention et le traitement des détenus en isolement soient désignées prioritaires et communiquées au directeur de l'établissement pour qu'on y réponde immédiatement.*
14. *Je recommande, encore une fois, que le Service correctionnel ordonne immédiatement un examen externe de ses opérations et politiques touchant*

le règlement des griefs des délinquants afin de permettre un règlement juste et expéditif des plaintes et des griefs des délinquants à tous les niveaux.

- 15. Je recommande que le ministre de la Sécurité publique, en partenariat avec le ministre de la Santé, amorcent des discussions avec leurs homologues provinciaux et territoriaux et les intervenants non gouvernementaux pour déterminer le meilleur moyen de faire participer la Commission de la santé mentale du Canada à l'élaboration d'une stratégie nationale sur les services correctionnels de façon à bien coordonner les systèmes correctionnels et de santé mentale fédéraux, provinciaux et territoriaux. Cette stratégie devrait mettre l'accent sur la communication de renseignements entre les administrations et faciliter la prestation homogène de services de santé mentale aux délinquants.*
- 16. Je recommande que le SCC entreprenne de vastes consultations auprès de ses partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et non gouvernementaux afin d'examiner la prestation de soins aux délinquants sous responsabilité fédérale et de proposer des modèles de rechange pour assurer ces services. Il devrait entre autres tenir des consultations publiques pour mettre au point ces modèles.*

Howard Sapers
Enquêteur correctionnel du Canada