

# Une affaire risquée:

Enquête sur le traitement et la gestion des cas d'automutilation chronique parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale

30 septembre 2013



NO DE CAT: PS104-7/2013F-PDF  
ISSN: 978-0-660-21284-5

© Sa Majesté la Reine du Canada, 2013  
IMPRIMÉ AU CANADA

*Une affaire risquée :*  
**Enquête sur le traitement et la gestion des cas d'automutilation  
chronique parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale**

**Rapport final**

**Bureau de l'enquêteur correctionnel**

**TABLE DES MATIÈRES**

**INTRODUCTION .....3**

**MÉTHODOLOGIE .....6**

**CADRE LÉGISLATIF ET STRATÉGIQUE .....8**

**PROFIL DES DÉLINQUANTES..... 11**

**PROFIL INSTITUTIONNEL..... 13**

**ANALYSE : GESTION DES COMPORTEMENTS D’AUTOMUTILATION ..... 16**

**A. Mesures les moins restrictives possible ..... 17**

**B. Traitement humain ..... 22**

**C. Gestion clinique ..... 29**

**D. Planification axée sur la collaboration ..... 32**

**ANALYSE..... 34**

**CONCLUSIONS ..... 38**

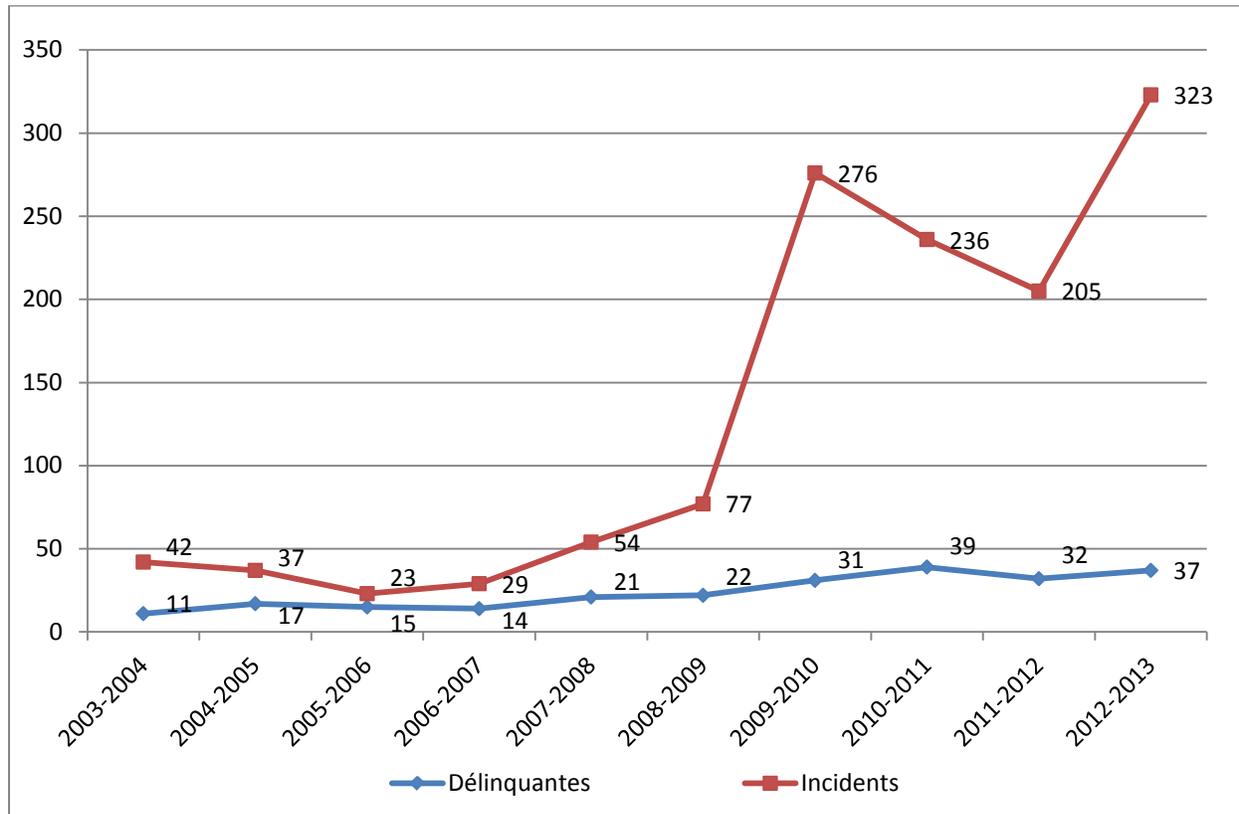
**RECOMMANDATIONS..... 39**

**Bibliographie ..... 43**

*Une affaire risquée :***Enquête sur le traitement et la gestion des cas d'automutilation chronique parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale****INTRODUCTION**

1. Au cours des cinq dernières années, le nombre d'incidents d'automutilation dans les établissements correctionnels fédéraux a plus que triplé. En 2012-2013, 264 détenus ont été impliqués dans 901 incidents consignés liés à l'automutilation. Un nombre relativement peu élevé, mais disproportionné, de délinquantes sous responsabilité fédérale (37 sur 264) représentait presque 36 % des incidents consignés liés à l'automutilation. Les délinquants d'origine autochtone étaient impliqués dans plus de 35 % de tous ces incidents. Les délinquantes autochtones étaient impliquées dans près de 45 % des incidents liés à l'automutilation. Des 264 délinquants sous responsabilité fédérale qui se sont infligé des blessures en 2012-2013, dix-sept le faisaient de façon chronique (ou répétitive) (c'est-à-dire dix incidents ou plus). Ces dix-sept personnes ont été impliquées dans 40 % des incidents consignés. Neuf d'entre elles étaient d'origine autochtone, et neuf étaient des femmes (dont six étaient d'origine autochtone).

### Nombre d'incidents liés à l'automutilation impliquant des délinquantes sous responsabilité fédérale



2. Dans une série de rapports annuels, le Bureau a souvent fait état de ses préoccupations concernant la capacité du Service correctionnel du Canada (SCC) de gérer de façon appropriée les cas chroniques d'automutilation dans les pénitenciers fédéraux :

- Trop grand recours à la force et aux mesures de contrôle (p. ex. moyens de contention et restrictions quant aux déplacements et aux possibilités d'association comme moyen de gérer les délinquants qui s'automutilent).
- Non-respect du consentement volontaire et éclairé aux protocoles de traitement.
- Accès limité aux services pour les délinquantes sous responsabilité fédérale qui ont des besoins complexes en santé mentale.
- Caractère inadéquat de l'infrastructure physique, des compléments d'effectif, des ressources et de la capacité pour répondre aux besoins de santé mentale complexes.

- Surveillance et supervision inadéquates de l'utilisation des moyens de contention.

Il ne fait aucun doute que la gestion des délinquants qui ont des comportements d'automutilation est complexe et représente un travail exigeant. Le Bureau croit toujours que quelques-uns des délinquants les plus actifs qui s'infligent des blessures ne devraient tout simplement pas se trouver dans un pénitencier fédéral. Ces délinquants devraient être transférés dans des établissements psychiatriques externes qui sont mieux équipés pour s'occuper des personnes ayant des besoins pressants et complexes en santé mentale sous-jacents à leurs comportements d'automutilation ainsi que pour leur offrir les soins nécessaires.

3. En octobre 2007, le décès d'Ashley Smith, jeune femme de 19 ans qui a eu de nombreux comportements d'automutilation et qui a succombé à une asphyxie qu'elle s'est elle-même infligée en présence d'employés du SCC, a mis en lumière l'importance d'élaborer des stratégies de gestion et de traitement des cas complexes d'automutilation qui sont efficaces et fondées sur des faits. L'enquête du Bureau sur le décès de M<sup>me</sup> Smith a mis en évidence un certain nombre de problèmes individuels et systémiques qui ont contribué à sa mort tragique.<sup>1</sup> Pendant les onze mois et demi qu'a duré l'incarcération de M<sup>me</sup> Smith dans un établissement fédéral, le personnel de cet établissement a régulièrement réagi à ses comportements d'automutilation en menant des interventions fondées sur la maîtrise et la sécurité, notamment les suivantes : isolement quasi perpétuel, administration de traitements sans son consentement (injections forcées de médicaments), transferts nombreux dans d'autres régions et plus de 150 interventions consignées ayant nécessité un recours à la force. La gestion, par le SCC, du comportement de M<sup>me</sup> Smith a mené à l'augmentation de la fréquence et de la gravité de ses épisodes d'automutilation.
4. Cette enquête donne l'occasion d'examiner la capacité du SCC d'établir l'équilibre entre les besoins opérationnels et en matière de traitement des délinquantes sous responsabilité fédérale atteintes d'une maladie mentale qui ont des besoins élevés et un comportement autodestructeur chronique. Six ans plus tard, la mort évitable de M<sup>me</sup> Smith sert à documenter la façon dont le SCC répond aux besoins en matière de santé mentale de ces femmes et à évaluer l'utilisation de mesures disciplinaires et de contrôles de sécurité ainsi que les

---

<sup>1</sup> Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Une mort évitable* (juin 2008). Document consulté à l'adresse <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20080620-fra.aspx>.

répercussions qu'ont celles-ci dans la gestion et la prévention des incidents liés à l'automutilation dans les prisons.

## MÉTHODOLOGIE

5. Parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale, huit ont été choisies aux fins de cette enquête, car elles étaient perçues comme les plus à risque de s'automutiler et comme des délinquantes qui s'automutilent de façon chronique. Le personnel du Bureau a choisi ces femmes après avoir analysé les Rapports de situation du SCC, des rapports quotidiens qui contiennent des renseignements sur les incidents importants survenus au Canada, notamment sur les incidents liés à l'automutilation. Le Bureau effectuait ensuite un recoupement entre chaque Rapport de situation et des listes rédigées par le personnel de l'administration centrale ainsi que des rapports régionaux permettant de repérer et de surveiller les délinquantes ayant des comportements d'automutilation chroniques. De plus, à l'échelle nationale, des représentants du Bureau rencontrent régulièrement ceux des secteurs des soins de santé et des délinquantes pour discuter de diverses préoccupations et suivre les progrès réalisés par les délinquantes représentant un cas aigu d'automutilation à répétition. Quelques-unes des femmes choisies pour cette enquête ont été retenues à la suite de ce processus de consultation bilatérale. Un examen des dossiers sur le recours à la force<sup>2</sup> à la suite d'un comportement d'automutilation a aussi aidé à trouver les femmes dont on a étudié le dossier lors de cette enquête.
6. Des représentantes du Bureau se sont rendus dans trois établissements fédéraux régionaux pour femmes – Grand Valley (Ontario), Joliette (Québec), Edmonton (Alberta) – ainsi qu'au Centre psychiatrique régional de Saskatoon pour mener des entrevues auprès de délinquantes et d'employés et pour examiner des dossiers. Une stratégie de recherche comptant les cinq éléments suivants a été utilisée dans le cadre de l'enquête :
  - i. Examen des recherches et des politiques pertinentes au sujet de l'automutilation et de l'isolement préventif, notamment des publications universitaires et des recherches effectuées par des employés du SCC sur l'automutilation ainsi qu'un examen de la formation offerte au personnel du

---

<sup>2</sup> Le SCC doit fournir tous les documents pertinents sur le recours à la force au Bureau aux fins d'examen. La documentation sur le recours à la force comprend habituellement les éléments suivants : le Rapport sur le recours à la force, une copie de tout vidéo concernant l'incident, la Liste de contrôle des services de santé pour l'examen d'un recours à la force, la Liste de contrôle après l'incident, le Rapport d'observation ou déclaration d'un agent et le Plan d'action pour remédier aux lacunes constatées.

- SCC sur la santé mentale, la sensibilisation au suicide et la prévention de l'automutilation.
- ii. Analyse de données quantitatives provenant du Système de gestion des délinquants (SGD) du SCC, y compris des renseignements sur les infractions et les peines pour chaque femme, les rapports d'incidents, les placements en isolement et les infractions disciplinaires.
  - iii. Examen des dossiers sur le recours à la force mises à la disposition du Bureau par le SCC, conformément aux politiques.
  - iv. Examen du dossier de psychologie, de discipline et d'isolement ainsi que de sécurité de chaque délinquante.
  - v. Entrevues qualitatives menées avec les huit femmes. Des entrevues ont aussi été menées avec des employés du SCC dans les quatre établissements; ces employés travaillaient, entre autres, dans le domaine de la sécurité et des opérations ou de la gestion, ou il s'agissait de psychologues ou d'autres professionnels de la santé mentale, d'employés de l'administration centrale et de représentants du Comité des détenus autochtones.
7. L'enquête a permis d'étudier des données couvrant une période de 30 mois (du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2012), ce qui a permis aux auteurs d'avoir un aperçu des incidents d'automutilation consignés pour ces femmes ainsi que de la façon dont le SCC les a gérés. L'enquête a aussi permis au Bureau d'évaluer les répercussions et l'efficacité de la Directive du commissaire (DC) 843 – *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus*, promulguée le 21 juillet 2011.
8. Enfin, des représentantes du Bureau se sont rendus dans deux établissements provinciaux de psychiatrie légale – l'Institut Philippe-Pinel (Montréal, Québec) et le Centre de santé mentale de Brockville (Ontario) – afin d'observer les pratiques exemplaires et les normes communautaires dans le traitement clinique des comportements d'automutilation. Ils ont aussi consulté des employés du Programme sur les besoins complexes, un programme pilote destiné aux délinquants qui ont des comportements d'automutilation dans la Région du Pacifique et qui traite des pratiques exemplaires en matière d'intervention en cas d'automutilation<sup>3</sup>. L'Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry (ACSEF) et

---

<sup>3</sup> Le Programme sur les besoins complexes était un projet pilote auquel pouvaient participer dix détenus qui s'infligeaient des blessures de façon chronique. Il a été mené au Centre régional de traitement (Pacifique) de novembre 2010 à mars 2013.

d'autres partenaires communautaires et groupes d'intervenants ont aussi été consultés.

## CADRE LÉGISLATIF ET STRATÉGIQUE

9. Conformément à l'article 86 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, le SCC doit veiller à ce que chaque délinquant sous responsabilité fédérale reçoive les soins de santé essentiels d'une façon qui satisfait aux normes professionnelles reconnues. Le SCC doit aussi, aux termes l'article 87 de la *Loi*, tenir compte de l'état de santé du délinquant et des soins qu'il requiert dans les décisions le concernant, notamment en ce qui touche son placement, son transfèrement, son isolement préventif ou toute question disciplinaire. L'article 88 de la *Loi* porte sur le consentement libre et éclairé à tout traitement ainsi que le droit du délinquant de refuser en tout temps de suivre ou de poursuivre le traitement<sup>4</sup>.
10. Fait important, même s'il s'agit d'établissements psychiatriques désignés, les cinq centres de traitement du SCC (y compris le Centre psychiatrique régional de Saskatoon, où habitent certaines femmes dont le dossier fait l'objet d'une étude dans le cadre de l'enquête) sont en fait des établissements « hybrides », désignés comme des « hôpitaux » et des « pénitenciers » en vertu de la *Loi*. En tant qu'hôpitaux, ces centres sont assujettis aux dispositions des lois provinciales pertinentes en santé mentale qui imposent des normes relatives aux soins et à la pratique dans des domaines comme la certification juridique, les traitements imposés et la capacité mentale. En tant que pénitenciers, les centres de traitement du SCC sont exploités en vertu de lois fédérales. Dans son ensemble, ce cadre législatif complexe impose au SCC d'importantes obligations juridiques dans le cadre de sa gestion du traitement des délinquants qui s'infligent des blessures.
11. Dans les politiques du SCC, l'automutilation est définie comme une « blessure intentionnelle que s'inflige une personne sans avoir l'intention de s'enlever la vie »<sup>5</sup>. L'automutilation peut consister, par exemple, à se trancher la peau, à se frapper la tête (dans de rares cas, les délinquants peuvent se retrouver défigurés

---

<sup>4</sup> Le consentement éclairé à un traitement médical est un concept de droit bien établi qui suit les lignes directrices suivantes : i) Respecter la liberté de choix du patient (y compris le droit de refuser un traitement ou de demander à tout moment qu'on y mette fin); ii) Assurer une communication adéquate de l'information (diagnostic, nature et but du traitement, risques liés au traitement, autres traitements possibles, etc.); iii) Évaluation professionnelle de la capacité du patient de prendre une décision.

<sup>5</sup> Directive du commissaire 843 – Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus.

ou atteints de lésions cérébrales permanentes), à tenter de s'étrangler, à se brûler, à ingérer des objets dangereux ainsi que d'autres formes d'automutilation. La lacération est la forme la plus fréquente d'automutilation dans les établissements carcéraux.

12. Le cadre législatif et stratégique guidant les services correctionnels pour Autochtones est un autre facteur important dans le cadre de cette enquête, puisque sept des huit femmes sont d'origine autochtone et que la fréquence des comportements d'automutilation parmi ce groupe est particulièrement inquiétante. Les femmes d'origine autochtone représentent 33 % des délinquantes sous responsabilité fédérale, mais plus de 70 % de tous les cas d'automutilation parmi les délinquantes en 2011-2012 concernaient des femmes autochtones. En fonction des conclusions de l'enquête, c'est toujours à un nombre limité de délinquantes d'origine autochtone que l'on attribue une part disproportionnée des incidents liés à l'automutilation dans les établissements du SCC.
13. La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* contient des dispositions particulières gouvernant les soins et les traitements offerts aux délinquants autochtones sous responsabilité fédérale. Par exemple, elle exige du SCC qu'il offre des programmes adaptés aux cultures et qu'il permette l'accès à des cérémonies, afin de répondre aux besoins particuliers des délinquants autochtones. Conformément à la Directive du commissaire 702 – *Délinquants autochtones* – les décideurs des services correctionnels doivent tenir compte des facteurs liés à l'arrêt *Gladue* lorsque les intérêts (y compris les besoins en soins de santé) d'un délinquant autochtone sont en jeu<sup>6</sup>. Comme l'enquête permet de le constater, une analyse fondée sur l'arrêt *Gladue* des circonstances uniques ayant une incidence sur la vie de la majorité des Autochtones pourrait fournir d'importants renseignements sur les causes sous-jacentes des comportements d'automutilation observés parmi les délinquantes autochtones sous responsabilité fédérale, le traitement de ces comportements et la façon d'y réagir.
14. La Directive du commissaire 843 – *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus* – décrit les pouvoirs particuliers associés à la

---

<sup>6</sup> Parmi les facteurs énoncés dans l'arrêt *Gladue*, citons les séquelles du régime des pensionnats, les antécédents de suicide, de toxicomanie ou de victimisation dans la famille ou la collectivité, l'expérience avec les organismes de protection de la jeunesse ou d'adoption, les problèmes de pauvreté, le niveau de scolarité ou le manque d'instruction et la perte d'identité culturelle/spirituelle et les problèmes connexes.

gestion des délinquants ayant un comportement d'automutilation ainsi que les procédures connexes. Les objectifs de la politique sont divisés en deux volets :

- i. Assurer la sécurité des détenus qui ont des comportements d'automutilation ou des comportements suicidaires en utilisant les mesures les moins restrictives possible pour préserver la vie et prévenir toute blessure physique grave tout en maintenant leur dignité dans un environnement sûr et sécuritaire.
- ii. Favoriser et appuyer une approche interdisciplinaire pour que le détenu puisse reprendre ses activités régulières le plus rapidement possible.

15. La Directive du commissaire 843 décrit également les protocoles liés au traitement clinique en ce qui a trait à la gestion des comportements d'automutilation dans les pénitenciers, en plus de donner des directives sur l'utilisation et la surveillance du système de contrainte Pinel (SCP).<sup>7</sup> Aux termes de la DC 843, « Lorsque l'utilisation du système de contrainte Pinel fait partie d'un plan de traitement et que le détenu y consent (ou la réclame), il ne s'agit pas d'un incident à signaler ou d'un recours à la force devant être signalé ». Comme cette enquête permet de le conclure, il y a beaucoup de confusion (et de contradictions) au sujet de l'interprétation et de l'application de cette directive au niveau opérationnel. D'un côté, selon la politique, le SCP n'est ni une mesure médicale ni une mesure clinique, mais de l'autre côté, elle permet l'utilisation « consensuelle » de moyens de contention dans le cadre d'un plan de traitement. La position du Bureau à ce sujet est claire : dans un milieu carcéral, l'utilisation de matériel de contrainte visant à maîtriser un délinquant ayant un comportement d'automutilation ou pour le gérer ne peut pas être considérée comme « consensuelle » ou « ayant fait l'objet d'un consentement » puisque ce type d'intervention ne présente pas les éléments expressément requis pour que le délinquant puisse donner un consentement libre et éclairé.

## PROFIL DES DÉLINQUANTES

16. L'âge moyen des huit délinquantes sous responsabilité fédérale rencontrées en entrevue dans le cadre de l'enquête est de 25 ans, la plus jeune étant âgée de 19 ans et la plus âgée, de 40 ans. Sept des huit femmes sont d'origine autochtone.
17. Toutes les femmes sur lesquelles le Bureau a enquêté ont été reconnues coupables d'au moins une infraction avec violence. L'infraction à l'origine de leur peine était, par exemple, des voies de fait simples, un vol qualifié ou un meurtre. Deux femmes purgent une peine d'une durée indéterminée et les autres, une peine d'une durée de deux à quinze ans. La durée moyenne de leur peine est de

---

<sup>7</sup> Le système de contrainte Pinel (SCP) est un dispositif autorisé mentionné dans le Manuel du matériel de sécurité et qui est destiné à restreindre ou limiter temporairement la liberté de mouvement d'une personne. Selon le Manuel, le SCP est un « dispositif de contrainte à des fins médicales ». Il s'agit d'un système de ceintures ou de courroies de contention qui s'attachent à un lit, à une chaise ou à une civière et qui permet de limiter la liberté de mouvement de façon progressive. Le système de contrainte Pinel à sept points est constitué de jusqu'à sept ceintures ou courroies (quatre pour les membres et une à la taille ainsi qu'une ceinture pelvienne et un baudrier). Selon les politiques du SCC, l'utilisation du SCP « est une intervention qui vise à préserver la vie, mais pas un traitement médical ».

cinq ans. Six femmes en sont à leur première peine de ressort fédéral. Les femmes détenues dans un établissement à sécurité minimale sont sous-représentées dans l'échantillon et celles détenues dans un établissement à sécurité maximale y sont surreprésentées dans (toutes ces détenues, sauf une, avaient un niveau de sécurité maximale), une répartition conforme à la documentation sur l'automutilation dans les établissements carcéraux<sup>8</sup>.

18. Puisque la majorité de ces femmes sont d'origine autochtone, leurs antécédents sociaux sont particulièrement pertinents et donnent d'importants renseignements contextuels sur leur situation personnelle. La plupart de ces femmes ne communiquent plus avec leur famille. La majorité ont passé leur enfance dans des foyers de groupe ou des familles d'accueil. Elles ont toutes été victimes d'abus physique, et sept ont été victimes d'abus sexuel. Quatre de ces femmes sont mères, mais rien ne montre qu'elles ont actuellement des relations avec leurs enfants ou qu'elles entretiennent des relations à long terme avec eux. Enfin, beaucoup d'entre elles reçoivent peu, voire pas du tout, de soutien social.
19. Le personnel du Bureau a examiné les registres des visiteurs et a conclu que la plupart de ces femmes n'avaient jamais eu de visite en prison. Par exemple, l'une de ces femmes n'avait eu aucune visite en treize ans et une autre, aucune visite en six ans. Deux des femmes avaient eu de la visite à l'occasion : l'une d'entre elles avaient eu de la visite cinq fois en six ans et l'autre, à une occasion en 2011.
20. Ces femmes ont eu de la difficulté à s'intégrer aux autres, ce qui est probablement une conséquence de leurs problèmes de santé mentale préexistants. Six femmes ont séjourné dans un établissement de santé mentale ou psychiatrique avant d'être incarcérées dans un établissement fédéral. Elles ont toutes déjà reçu un diagnostic de problème grave de santé mentale et le dossier de chacune contenait une évaluation psychiatrique (mais l'une de ces évaluations datait de plus de six ans). Six des femmes ont des déficiences cognitives reconnues. Trois ont reçu un diagnostic de syndrome d'alcoolisation foétale. Trois autres ont des fonctions cognitives sous la moyenne (ce qui signifie qu'elles ont de la difficulté à résoudre des problèmes simples).
21. Toutes ces femmes s'automutilent en s'entaillant la peau. La plupart d'entre elles utilisent des ligatures pour s'étrangler, et certaines ont inséré des objets dans leur corps. Elles se sont toutes infligé des blessures en se frappant la tête à répétition, et elles ont toutes déjà tenté de se suicider.

---

<sup>8</sup> SCC 2010b; SCC 2011c.

**PROFIL INSTITUTIONNEL**

22. Pendant la période à l'étude, ces femmes ont été impliquées dans vingt-deux transfèrements consignés entre des établissements fédéraux du SCC, le centre psychiatrique régional (Prairies, Saskatoon) et des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Certaines ont été transférées jusqu'à six fois entre le centre psychiatrique régional et d'autres établissements fédéraux pour femmes. Tous les transfèrements à partir de l'établissement d'attache sont survenus en raison de l'augmentation continue des comportements inadaptés et désobéissants associés à des problèmes de santé mentale. Pendant la même période, une femme qui était hébergée dans l'unité de soins de longue durée du centre psychiatrique régional a été mise en liberté sous condition puis transférée dans un hôpital de psychiatrie judiciaire de la collectivité.<sup>9</sup>
23. Sept femmes ont été accusées de nombreuses fois d'avoir commis une infraction disciplinaire (le nombre d'infractions signalées allait de 19 à plus de 100 et comprenait des réactions et des comportements envers le personnel observés pendant des incidents liés à l'automutilation). Ces femmes sont régulièrement accusées d'avoir commis une infraction disciplinaire, par exemple en refusant de se mettre debout pour le dénombrement des détenues, en jurant contre le personnel ou en participant à des altercations avec d'autres délinquantes. Les accusations liées à des infractions disciplinaires mènent souvent à l'imposition d'une amende ou d'heures de travail supplémentaires au sein de l'établissement. Le Bureau a relevé quelques accusations directement liées aux comportements d'automutilation, comme la possession d'un article interdit et la destruction de biens appartenant à l'établissement.
24. Six femmes ont été reconnues coupables d'autres infractions pendant leur incarcération dans un établissement fédéral, ce qui a mené au prolongement de leur peine. Trois femmes ont été reconnues coupables d'autres infractions criminelles (voies de fait) qu'elles ont commises pendant une intervention menée à la suite d'un incident lié à l'automutilation. Les autorités ont prolongé la peine de deux d'entre elles en raison de ces infractions. Une délinquante a vu sa peine prolonger de quatre mois, qui se sont ajoutés à sa peine répertoriée. L'autre a été reconnue coupable de deux infractions distinctes et s'est vu imposer un prolongement de sa peine de 75 jours.

---

<sup>9</sup> En raison de la mise en liberté de cette femme, le Bureau a prolongé de huit mois la période d'étude de son dossier afin qu'elle comprenne les deux années précédant sa libération ainsi que le temps qu'elle a passé sous surveillance dans la collectivité.

25. Lorsque le personnel du Bureau a examiné l'un de ces incidents en particulier, il a découvert que la femme se trouvait dans sa cellule et tentait de s'étrangler. Le personnel de l'établissement n'est pas entré dans sa cellule immédiatement. Il lui a d'abord demandé verbalement de mettre fin à son comportement, puis il a déterminé qu'il était nécessaire de maîtriser la détenue physiquement pour éviter qu'elle ne se blesse davantage. La délinquante a refusé de porter un vêtement de sécurité qui prévient les tentatives de suicide et l'automutilation, puis elle s'est automutilée. Le personnel de l'établissement a alors utilisé un système de contrainte Pinel pour l'immobiliser contre son gré. Elle a craché sur les agentes, ce qui a mené à des accusations formelles et au prolongement de sa peine.
26. Selon les renseignements consignés dans le Système de gestion des délinquants du SCC, ces huit femmes ont été impliquées dans 802 incidents liés à la sécurité. Un peu plus de la moitié des incidents (435) étaient liés à une tentative de suicide ou à l'automutilation. Cependant, le Bureau a conclu que les codes utilisés par le SCC ne permettent pas de consigner plusieurs incidents liés à l'automutilation, à des menaces ou à des pensées associées à ces comportements, qui sont classés dans des catégories autres que celle réservée à l'automutilation (p. ex. problèmes disciplinaires, voies de fait contre le personnel, extractions de cellule et autres incidents). Le Bureau a étudié systématiquement les 802 incidents et en a relevé 47 autres liés à des pensées ou à des menaces associées à l'automutilation ou au suicide ou encore à des comportements d'automutilation (y compris la fabrication d'articles servant à s'infliger des blessures).
27. Un examen du dossier révèle que toutes ces femmes, sauf une, ont passé une certaine partie de leur peine en isolement « clinique ». Cinq de ces femmes étaient régulièrement placées en isolement préventif en raison de divers problèmes de comportement ou parce qu'elles s'automutilaient. Sept d'entre elles ont confirmé que l'isolement aggravait leur comportement d'automutilation ou faisait en sorte qu'elles songeaient davantage à s'infliger des blessures.
28. Aucune installation spécialisée indépendante ne permet de traiter les délinquantes qui s'automutilent de façon chronique dans les établissements correctionnels fédéraux. Certains des dossiers les plus difficiles et les plus complexes sont confiés à l'Unité Churchill, une aile récemment agrandie qui peut accueillir 20 délinquantes et située dans le Centre psychiatrique régional des Prairies à Saskatoon, qui accueille uniquement des hommes dans ses autres

locaux.<sup>10</sup> Il est souvent arrivé que les délinquantes hébergées au Centre psychiatrique régional soient gardées en isolement « clinique », aussi appelé soins psychiatriques intensifs (SPI) ou soins psychiatriques restreints (SPR), ces derniers permettant aux détenues de se déplacer de façon restreinte et de sortir de leur cellule. Un Comité d'enquête nationale du SCC formé en 2009 a soulevé les préoccupations suivantes en matière d'infrastructure physique :

L'infrastructure physique de l'Unité Churchill, et surtout celle du secteur des soins psychiatriques intensifs, ne favorisait pas les interventions thérapeutiques significatives. Trois cellules et une douche se trouvaient dans un corridor étroit. Les cellules ne possédaient aucune fenêtre permettant de voir la lumière du jour... Les détenues n'avaient que peu d'intimité, puisqu'il n'y avait aucune salle d'entrevue dans l'unité des soins psychiatriques intensifs, et parce que les conversations et les entrevues devaient parfois avoir lieu en leur parlant par l'ouverture qu'il y avait dans la porte de leur cellule.<sup>11</sup>

29. Deux femmes ont passé plus de dix-huit mois en isolement « clinique » dans cette installation (soins psychiatriques intensifs) pendant la période à l'étude. L'une de ces femmes a depuis été mise en liberté sous condition et elle a été en mesure de passer quelques mois dans un hôpital psychiatrique communautaire où l'isolement n'était pas utilisé lorsqu'elle s'automutilait ou pensait à le faire. Elle a décrit son incarcération en SPI de la façon suivante :

Je portais toujours une jaquette antisuicide, j'étais enfermée dans ma cellule en tout temps, et un membre du personnel, une infirmière ou un gardien était toujours assis près de celle-ci. Je n'avais pas de matelas. Je n'avais qu'une mince couverture posée sur mon... sur le ciment... avec une dalle de béton, puis le plancher est en béton et je sortais une heure par jour pour aller dans la cour et pour prendre une douche.

Pendant son incarcération à l'hôpital psychiatrique communautaire, la fréquence et la gravité de ses comportements d'automutilation ont diminué de façon importante.

---

<sup>10</sup> L'Unité Churchill est séparée physiquement des autres unités du CPR, qui accueillent des hommes. Selon le Bureau, l'Unité n'a jamais été considérée, depuis son ouverture en août 1996, comme le meilleur endroit pour traiter les femmes nécessitant d'abord et avant tout des interventions psychiatriques. Le fait que l'Unité se trouve dans une installation réservée aux hommes empêche l'accès à d'autres installations qui se trouve à l'extérieur de celle-ci. Tous les déplacements de délinquants sont interrompus et les fenêtres donnant sur des unités destinées aux hommes sont couvertes lorsque des femmes vont de l'Unité Churchill à une installation du CPR. SCC, *Examen du modèle de traitement actuel du Centre psychiatrique régional (Unité Churchill pour femmes)*, novembre 2010.

<sup>11</sup> Comité d'enquête nationale, 1410-2-09-39, p. 119.

30. Le dossier de deux femmes était géré en suivant le Protocole de gestion jusqu'à ce que celui-ci soit abrogé par le SCC en mai 2011, à la suite d'une recommandation formulée par le Bureau.<sup>12</sup> Conformément à ce Protocole, ces femmes étaient détenues en isolement pendant des périodes prolongées. À la suite de l'abrogation du Protocole de gestion, elles ont continué à passer beaucoup de temps en isolement volontaire et involontaire.

## ANALYSE : GESTION DES COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION

31. Dans un milieu carcéral, le personnel de sécurité agit presque toujours à titre de premier répondant lors d'un incident lié à l'automutilation. Leur réaction face à des comportements d'automutilation doit être conforme à la Directive du commissaire 567 – *Gestion des incidents de sécurité*, conformément à laquelle, toutes les interventions visant à gérer ou à maîtriser des incidents de sécurité doivent respecter le Modèle de gestion de situations (MGS) et le Modèle de résolution de problèmes CAPRA (Clients, Acquisition et analyse de l'information, Partenariats, Réponse et Amélioration). Le MGS est un modèle étalonné qui aide le personnel à déterminer quelle est l'intervention appropriée lorsqu'il gère des situations de sécurité. Le modèle CAPRA présente en détail un éventail d'interventions allant de la sécurité active et de négociations verbales à l'utilisation de moyens de contention. Pour se conformer au MGS et au modèle CAPRA, le personnel doit continuellement évaluer et réévaluer une situation et formuler un plan d'intervention fondé sur les renseignements contextuels.

« Elle sait qu'elle devra porter du matériel de contrainte ou qu'elle sera placée en isolement si elle se cogne la tête, mais elle ne pense pas aux conséquences juste avant de le faire. »

Note d'activité psychologique

32. La conformité au MGS et au modèle CAPRA devrait mener à des interventions différentes auprès des délinquants atteints d'une maladie mentale et de ceux qui n'en sont pas atteints. Les interventions cliniques sont fondées sur la compréhension du fait que les personnes atteintes de maladies mentales ne doivent pas être punies pour les comportements qui y sont associés. Lors d'un dérèglement émotif extrême, les délinquantes, dont un grand nombre sont

<sup>12</sup> Le Protocole de gestion, adopté en 2003, était un régime très rigoureux destiné aux délinquantes considérées comme « non gérables » de la population régulière des établissements à sécurité maximale. Il était utilisé presque uniquement pour gérer les délinquantes d'origine autochtone qui avaient des besoins élevés ou qui étaient à risque élevé.

atteintes d'importantes déficiences cognitives, ont souvent de la difficulté à répondre aux ordres de contrôle.

33. L'enquête a permis de conclure que, lors de la plupart des incidents, l'intervention du personnel face à une délinquante ayant un comportement d'automutilation n'était pas conforme aux objectifs de la Directive du commissaire 567 – *Gestion des incidents de sécurité* – ou à la Directive du commissaire 843 – *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus*. Cette conclusion est conforme à celles de rapports antérieurs du Comité d'enquête nationale qui portaient sur les incidents répétés liés à l'automutilation. Plusieurs enquêtes internes ont mis l'accent sur l'importance de gérer les comportements liés à l'automutilation à l'aide d'un processus continu et dynamique d'évaluation des risques fondé sur quatre principes clés : mesures les moins restrictives possible, traitement humain, gestion clinique et planification axée sur la collaboration.

#### A. Mesures les moins restrictives possible

34. Depuis le décès d'Ashley Smith, en octobre 2007, certains signes ont montré clairement qu'une culture axée sur la sécurité parmi le personnel correctionnel a mené à une aversion au risque qui le pousse à contrôler ou à freiner les incidents liés à l'automutilation. Une intervention liée à la sécurité est une intervention pendant laquelle les incidents sont caractérisés et traités comme des problèmes de conformité (p. ex. ordonner à des femmes d'obéir à l'ordre de cesser de s'automutiler. Si une détenue ne se conforme pas aux négociations verbales ou aux ordres de cesser de s'automutiler, le personnel réagit habituellement en vaporisant de l'oléorésine de Capsicum [communément appelé OC ou aérosol capsique) et/ou en manipulant les délinquantes physiquement pour les maîtriser [ce qui n'est peut-être pas la mesure la moins restrictive possible]).

« On continue toujours de préconiser les interventions rapides et la tolérance zéro lorsque XXX se cogne la tête. »

Extrait du Plan de gestion interdisciplinaire

35. La majorité des agents correctionnels rencontrés en entrevue ont parlé de

« ... les croyances selon lesquelles il était nécessaire d'éliminer les risques sont irréalistes et non fondées. La nature cyclique de l'automutilation comme stratégie d'adaptation nécessite des stratégies d'intervention dynamiques. »

SCC, Comité d'enquête nationale

l'approche de « tolérance zéro » envers l'automutilation dans les prisons et ont reconnu que leur intervention fondée sur la crainte des risques n'était peut-être pas la mesure la moins restrictive possible. Lorsqu'ils interviennent pendant un incident lié à l'automutilation, les agents doivent évaluer les besoins individuels du délinquant ainsi que les risques qui y sont propres, puis élaborer une intervention. La conformité au principe de la mesure la moins restrictive possible oblige à établir un équilibre entre les intérêts (ou besoins) du délinquant et l'objectif correctionnel de l'intervention. Dans tous les cas, le principe doit être appliqué seulement si le délinquant a une déficience minimale. L'intervention correctionnelle doit être nécessaire et proportionnelle au niveau de risque que présente le comportement lié à l'automutilation. Il s'agit de facteurs importants, puisque dans la plupart des cas, le comportement d'automutilation ne présente, dans l'immédiat, un danger que pour la délinquante. Un comportement de résistance ou violent se produit le plus souvent uniquement après l'intervention du personnel correctionnel, et on l'observe la plupart du temps dans un contexte de fouille à nu obligatoire menée dans le cadre d'un placement en isolement ou en observation à la suite d'un incident lié à l'automutilation.

36. De nombreux employés (qui œuvrent dans les domaines de la santé mentale, de la sécurité ou de la santé) ont reconnu que leur intervention va souvent à l'encontre de leur instinct ou de leurs connaissances sur la façon de mieux gérer une situation très émotionnelle. La majorité du personnel attribue les interventions axées sur la sécurité lors d'incidents liés à l'automutilation à sa responsabilité de maîtriser l'établissement en tout temps. Certains agents ont avoué qu'ils ne croyaient pas être qualifiés pour intervenir auprès de délinquantes atteintes d'une maladie mentale, malgré la formation obligatoire sur la prévention du suicide qu'ils ont reçue et le fait qu'ils ont suivi une formation de base sur la santé mentale.
37. L'enquête a permis de conclure que les interventions axées sur la sécurité ou la maîtrise sont généralement disproportionnées au risque que présente la situation et souvent inappropriées lorsque l'on tient compte des besoins en santé mentale. Dans la plupart des cas, ces mesures contiennent ou réduisent simplement le risque immédiat d'automutilation. Elles ne visent pas à permettre au personnel de traiter les causes sous-jacentes ou les symptômes de la maladie mentale qui se manifestent par un comportement d'automutilation.
38. Selon les entrevues menées par le Bureau et les documents rédigés à la suite d'incidents, le système de contrainte Pinel semble représenter la première mesure d'intervention servant à gérer les comportements d'automutilation,

particulièrement au centre psychiatrique régional. Ce système a été utilisé lors de plus de la moitié des incidents dans le but de gérer des comportements d'automutilation. Le personnel du centre psychiatrique régional a indiqué au Bureau que le système de contrainte Pinel est préparé immédiatement lorsque survient un incident lié à l'automutilation. Deux femmes ont été à l'origine d'un nombre disproportionné d'incidents pendant lesquels le système de contrainte Pinel a été utilisé. L'une d'elles a passé quelques mois attachée à un lit Pinel ou dans une chaise Broda<sup>13</sup> et ce, jusqu'à 23 heures par jour. Ces deux femmes ont été impliquées dans un peu plus de 16 % des incidents pendant lesquels on a utilisé un moyen de contention. Le SCP était souvent utilisé lorsque le comportement s'aggravait ou se détériorait et à la suite d'autres interventions (p. ex. maîtrise par la force, aérosol capsique et placement en cellule d'observation).

39. Le personnel du Bureau s'est déjà dit préoccupé de la confusion qui règne entre un cas de recours à la force qui doit être consigné et une intervention clinique, en ce qui a trait à l'utilisation de contraintes physiques dans le cadre de la gestion des incidents liés à l'automutilation dans les prisons. Si l'interprétation de l'incident est que l'utilisation de contraintes est nécessaire pour des raisons « cliniques » (ou dans le cadre d'un traitement), il ne s'agit pas d'un cas de recours à la force qui doit être consigné. Le SCC n'utilise donc pas un codage systématique. Toutefois, puisque le personnel de sécurité agit souvent à titre de premier intervenant lors d'incidents liés à l'automutilation, il y a une certaine confusion sur ce qui constitue une mesure « clinique » et à savoir quand une intervention en devient une (dans le cadre du plan de traitement d'une délinquante) puisque ce type d'intervention est une mesure de préservation de la vie et ne constitue pas un traitement médical proprement dit. Le personnel du Bureau a examiné plusieurs rapports d'observation ou de déclaration d'un agent portant sur des incidents au cours desquels le personnel de sécurité a menacé (implicitement ou explicitement) une délinquante d'utiliser un système de contrainte Pinel pour la forcer à obéir à un ordre d'arrêter de s'automutiler. Selon le Bureau, nombre de ces situations n'exigeaient pas ce niveau de risque ou d'intervention. La politique indique aussi clairement que les contraintes physiques ne doivent pas être utilisées à des fins de punition ou de représailles (ou encore de persuasion) et que l'on doit s'en servir uniquement lorsqu'il s'agit de la mesure la moins restrictive possible.

---

<sup>13</sup> Une chaise Broda est un fauteuil roulant de positionnement spécialisé muni de rembourrage de sécurité et de ceintures de retenue.

40. Le personnel du Bureau a aussi remarqué qu'il est fréquent que les délinquantes réclament l'utilisation d'un système de contrainte Pinel après la tenue de longues négociations avec le personnel de sécurité tenues à la suite d'un refus de se soumettre à une fouille à nu ou d'un placement en isolement. Dans certains de ces cas, l'intervention du personnel s'est détériorée jusqu'au point où les femmes ne pouvaient plus endurer la situation. La délinquante « demandait » qu'on utilise un système de contrainte Pinel (ou consentait à l'utilisation du système) et acceptait de cesser de s'automutiler. Dans de tels cas, les interventions étaient considérées comme un recours à la force qu'il n'était pas nécessaire de consigner.
41. Comme le personnel du Bureau l'a déjà mentionné, l'utilisation d'un système Pinel ou d'un autre moyen de contention (comme la chaise Broda) est une mesure exceptionnelle qui ne doit être utilisée qu'en dernier recours et seulement lorsqu'une délinquante représente une menace ou un risque extrême et immédiat d'automutilation ou de blessures à autrui. Conformément au principe lié à la mesure la moins restrictive, ces outils devraient être utilisés pendant le moins longtemps possible et faire l'objet de la reddition de comptes et du cadre de surveillance les plus rigoureux possibles. Pour protéger aussi bien le personnel que les délinquantes, toute utilisation d'un système de contrainte dans un contexte correctionnel doit être vu comme un recours à la force qu'il est nécessaire de consigner, qui doit respecter les politiques applicables et les garanties procédurales, comme l'enregistrement (images et son) de toute la période pendant laquelle un système de contrainte est utilisé.
42. Selon un examen des données du SGD, l'aérosol capsique a été utilisé dans 8 % des incidents liés à l'automutilation. Dans de nombreux cas, les documents indiquaient que l'aérosol capsique était nécessaire pour forcer une délinquante à arrêter de s'automutiler. Cependant, l'enquête a permis de constater que peu de faits appuient les déclarations du personnel selon lesquelles l'aérosol capsique était la mesure la moins restrictive et la moins intrusive qu'il était possible d'utiliser pour gérer la situation.
43. Du point de vue du Bureau, la tendance à utiliser l'isolement comme mesure de gestion des comportements d'automutilation semble souvent arbitraire et non liée au véritable risque dynamique que présentent les femmes qui s'automutilent. Le personnel de sécurité a, de façon constante, indiqué au Bureau que l'isolement était nécessaire pour intervenir lors des incidents liés à l'automutilation afin d'empêcher les détenues de se faire davantage de mal ou pour « préserver la vie ». L'isolement n'est pas censé être utilisé pour gérer ce

type de comportement ou comme punition, mais le SCC utilise souvent cette mesure pour assurer la sécurité des personnes et garantir celle de l'établissement. Cela est inquiétant, particulièrement en raison du nombre disproportionné d'incidents liés à l'automutilation qui surviennent dans les cellules d'observation ou d'isolement.

Pendant une visite effectuée dans un établissement dans le cadre de l'enquête systémique, l'une des femmes dont on a étudié le dossier s'est automutilée en plaçant un sac sur sa tête pour tenter de s'asphyxier. Une infirmière a été la première répondante et a désamorcé la situation après quelques minutes. Pendant que l'infirmière désamorçait la situation, le représentant du Bureau a remarqué qu'une agente correctionnelle préparait l'une des cellules d'isolement. Elle a confirmé que la détenue qui s'était automutilée y serait confinée. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi elle était placée en isolement, l'agente correctionnelle a répondu que cela était nécessaire pour éviter qu'elle ne se fasse davantage de mal. Lorsque le représentant du Bureau a demandé ce qui arriverait à la détenue si elle était placée en isolement, elle a répondu que cela enflammerait sûrement la situation, mais qu'elle ne voulait pas de « problème » pendant son quart de travail.

44. Près du tiers des incidents liés à l'automutilation qui ont été consignés ont impliqué le recours à la force afin de mettre fin aux comportements liés à l'automutilation et/ou pour déplacer les détenues vers des cellules d'observation. Les détenues résistaient souvent à la force utilisée contre elles, qui menait souvent à une augmentation de la gravité de leurs comportements d'automutilation. En raison de leur comportement, les délinquantes qui résistaient à la force utilisée contre elles étaient souvent placées dans des conditions de détention plus difficiles.
45. Au printemps 2012, le Service a terminé la construction d'une cellule capitonnée au CPR. Il s'agit de la première cellule capitonnée utilisée dans un milieu correctionnel au Canada, et elle représente une mesure à court terme servant à gérer le risque immédiat que présente une détenue atteinte d'une maladie mentale.<sup>14</sup> Avant cela, le CPR a aussi demandé une exemption, qu'il s'est vu

<sup>14</sup> Les murs et le plancher de cette cellule sont recouverts de coussins pour empêcher la délinquante de se blesser en se cognant la tête (ou d'autres parties du corps) contre des surfaces dures. À la suite de l'introduction de psychotropes dans les années 1950, l'utilisation de cellules capitonnées dans les établissements psychiatriques a

accorder, pour lui permettre de faire porter à cette femme un casque fait sur mesure afin de gérer les coups qu'elle se donne à la tête de façon répétée. Une cellule capitonnée a été ajoutée seulement à l'unité du CPR destinée aux femmes (Churchill). On s'inquiète de la probabilité qu'une mesure aussi extrême soit utilisée pour gérer d'autres cas. Il s'agit d'une mesure coûteuse, extraordinaire et, en fin de compte, inappropriée. Cette délinquante a besoin de soins et d'un traitement actifs qui pourraient lui être offerts de façon plus sécuritaire et plus efficace dans un centre de santé mentale externe.

## B. Traitement humain

46. Pour appliquer le principe lié au traitement humain, les stratégies de gestion des comportements d'automutilation ne doivent pas être des mesures punitives, mais plutôt porter principalement sur les besoins individuels de la délinquante et les risques qu'elle représente.
47. L'isolement clinique demeure une intervention controversée même dans un établissement psychiatrique.<sup>15</sup> Cette pratique est utilisée au Centre de santé mentale de Brockville, à l'Institut Philippe-Pinel à Montréal et au Centre psychiatrique régional du SCC. Il était aussi utilisé dans le cadre de l'ancien Programme sur les besoins complexes du CRT Pacifique. Le directeur adjoint de l'Unité de médecine légale de l'hôpital Royal d'Ottawa a affirmé ce qui suit lors de l'enquête :

*Tout comme une décharge électrique est parfois administrée, à l'aide d'une fibrillation auriculaire, à un patient qui devient soudainement très malade à titre de traitement d'urgence, les mesures de contrainte et l'isolement sont parfois utilisés pendant de brèves périodes dans le cadre d'un continuum de soins psychiatriques intensifs pour les patients atteints d'une grave maladie mentale et qui sont extrêmement violents afin d'assurer leur sécurité et/ou de prévenir des blessures importantes à d'autres personnes.*

---

chuté de façon importante et il est maintenant rare d'en trouver une dans les centres de soins en santé mentale modernes dans la majorité des pays industrialisés.

<sup>15</sup> L'isolement clinique est une forme d'isolement où un patient ou un détenu qui a une grave maladie mentale et qui représente un danger immédiat pour lui-même ou pour les autres est placé, contre son gré, seul dans une cellule ou une autre pièce. Les experts conviennent que ce type d'isolement doit être utilisé en dernier recours et le moins longtemps possible. Voir, par exemple, Kenneth Appelbaum, « Commentary: The Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health », *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 2007.

48. Cependant, les membres du personnel des deux centres psychiatriques communautaires ont souligné le fait que l'utilisation de l'isolement clinique comme stratégie d'intervention auprès des détenues ayant un comportement d'automutilation est fondée sur une évaluation des besoins individuels de chaque patiente. Il ne s'agit pas d'une solution unique convenant à tous les incidents liés à l'automutilation. De plus, les décisions concernant le placement d'une délinquante en isolement sont prises uniquement par des professionnels de la santé mentale à la suite d'une évaluation de la délinquante. Par exemple, l'une des femmes qui a passé beaucoup de temps en isolement à l'établissement d'Edmonton pour femmes en raison de son comportement d'automutilation n'a pas été placée en isolement en raison des mêmes comportements à l'Institut Pinel, dont le personnel croyait que l'isolement nuirait à l'atteinte des objectifs cliniques. De plus, le psychologue qui traitait cette femme à l'établissement d'Edmonton pour femmes a souligné que son placement en isolement a probablement eu d'importantes répercussions négatives, l'a probablement incitée à résister davantage et a probablement provoqué plus de réactions inadaptées, en plus de vraisemblablement provoquer d'autres comportements liés à l'automutilation. Aux termes des pratiques exemplaires selon lesquelles l'isolement est un outil de gestion des comportements liés à l'automutilation, le personnel médical doit ordonner le processus, le mettre en place et le gérer. L'isolement clinique doit aussi être utilisé avec parcimonie et être fondé sur des risques élevés d'automutilation.

49. L'enquête a révélé qu'il existe une importante confusion parmi le personnel au sujet du recours à l'isolement clinique<sup>16</sup> et préventif.<sup>17</sup> Dans certains cas, le

« XXX a tenté de mordre sa main et son bras. On a dû l'immobiliser en la forçant à garder ses mains derrière son dos pour l'empêcher de se blesser et on l'a ensuite menottée de nouveau. On l'a ensuite placée en isolement plutôt qu'en observation. »

Rapport d'incident

<sup>16</sup> La DC 843 contient trois niveaux d'observation: « Surveillance accrue du risque de suicide » (présente un risque imminent de comportement suicidaire ou d'automutilation); « Surveillance modifiée du risque de suicide » (risque élevé) et « Surveillance de la santé mentale » (présente un risque, généralement après avoir cessé d'être sous surveillance accrue ou modifiée du risque de suicide). Ces niveaux d'observation sont des formes d'isolement clinique. Il serait peut-être utile que le personnel les appelle « 843 », ce qui ferait allusion au numéro de cette directive.

<sup>17</sup> Il y a d'importantes distinctions dans les politiques sur l'isolement préventif et celles sur la gestion des comportements d'automutilation. « Isolement » n'est pas un terme médical ou clinique. Aux termes de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, « L'isolement préventif a pour but d'assurer la sécurité d'une personne ou du pénitencier en empêchant un détenu d'entretenir des rapports avec d'autres détenus ». L'isolement préventif est visé par des mesures de protection juridiques et procédurales, et des audiences ainsi que des examens sont prévus à des moments précis. Il n'existe aucun mécanisme formel permettant à un détenu de contester

personnel de sécurité a reconnu qu'il se servait de l'isolement préventif et clinique (DC 843) pour gérer les comportements liés à l'automutilation, ce qui va à l'encontre de directives claires diffusées par le SCC dans un bulletin au personnel et selon lesquelles les délinquants qui s'automutilent ne doivent pas être placés en isolement.<sup>18</sup> Dans certains cas, les facteurs contextuels ont mené à des isolements plus restrictifs. Par exemple, si la détenue résistait à un isolement clinique (DC 843) et s'automutilait ou refusait d'arrêter de s'automutiler, le personnel de sécurité aurait pu décider de la placer en isolement préventif pour avoir mis la sécurité du pénitencier en danger, conformément à l'alinéa 31(3)a) de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.

50. La confusion qui règne parmi le personnel au sujet de l'intention des diverses politiques se reflétait aussi parmi les délinquantes qui s'automutilaient. L'enquête a révélé qu'il existe une importante confusion parmi les délinquantes en ce qui a trait aux différences entre l'isolement préventif et l'isolement clinique (DC 843). Toutes les femmes ont indiqué qu'on les place immédiatement en isolement préventif lorsqu'elles s'automutilent. Aucune d'entre elles ne connaissait les différences entre l'isolement préventif et l'isolement clinique (DC 843). Par exemple, une détenue a affirmé qu'elle avait été en isolement préventif pendant deux ans. L'examen de son dossier a révélé qu'elle n'avait pas été placée en isolement préventif pendant la période à l'étude, mais qu'on lui imposait un régime d'isolement clinique. Lorsqu'on lui a expliqué la différence, elle a indiqué qu'elle ne la connaissait pas.
51. Toutes les autres femmes associaient l'isolement clinique et l'isolement préventif, et la plupart ont indiqué qu'elles croyaient qu'elles étaient punies (ou qu'elles « payaient le prix », comme l'a dit l'une des femmes) pour s'être infligé des blessures. Autre fait important, une femme qui a passé une longue période à l'Unité de soins psychiatriques intensifs du CRP des Prairies a indiqué à la représentante du Bureau que même si l'Unité est censée être un milieu thérapeutique, elle ne voyait aucune différence entre celle-ci et les cellules d'isolement préventif des autres établissements où elle avait été hébergée.

---

une décision prise en application de la DC 843, mais ces décisions sont sujettes à une évaluation plus poussée et à d'autres stratégies d'intervention, à la discrétion de l'équipe interdisciplinaire, afin de gérer le comportement d'automutilation des délinquants.

<sup>18</sup> Le bulletin a été diffusé le 12 juin 2012, pendant les dernières étapes de notre analyse des données.

Kinew James<sup>19</sup> ... Si je pouvais changer quelque chose, j'essaierais d'offrir plus, vous savez, plus d'outils, vous savez, pour aider. Par exemple si je voyais une personne plus jeune que moi, qui aurait peut-être la moitié de mon âge, ou peut-être dix-huit ou dix-neuf ans, qui s'automutilerait, j'essaierais de trouver des façons de les aider davantage.

Enquêteur : Et quels sont ces outils?

Kinew James : Pour ne pas qu'elles finissent toutes... un grand nombre de cicatrices et...

Enquêteur : Oui mais, quels sont ces outils?

Kinew James : Plus de counseling, vous savez, plus d'interventions, et plus (pause), plus de TCD,<sup>20</sup> des choses, vous savez, auto-apaisantes, comme, je ne sais pas, comme la crème glacée, avec la fille qui m'a donné de la crème glacée, la détenue? Peut-être qu'ils devraient prévoir quelque chose pour ces jeunes femmes lorsqu'elles s'automutilent... Oh, tu sais, tu pourras avoir une pâtisserie si tu ne fais pas cela. C'est ce qu'ils faisaient au CPR il y a plusieurs années, lorsque j'ai commencé à purger ma peine. Ils donnaient une barre de chocolat aux filles chaque jour. Si elles ne s'automutilaient pas, elles recevaient une barre de chocolat à la fin de la journée.

Enquêteur : Ce que vous dites, c'est que, finalement, elles se comportent peut-être de façon positive au lieu de s'automutiler lorsqu'il y a une mesure incitative.

Kinew James : Oui, et ce n'est pas nécessaire que ce soit une barre de chocolat...

52. Lors de sa promulgation en juillet 2011, la Directive du commissaire 843 visait à normaliser et à préciser les niveaux d'isolement et d'observation des détenues qui risquaient de s'automutiler ou de se suicider. La DC 843 permet au gestionnaire correctionnel d'ordonner l'isolement d'un détenu si aucun professionnel de la santé mentale n'est disponible. Le personnel du Bureau a remarqué une tendance en ce qui a trait aux mises en isolement faites en application de la DC 843 : les décisions étaient souvent prises par le personnel de

<sup>19</sup> Cet extrait provient d'une entrevue menée avec Kinew James, qui a accepté de le faire à condition que le Bureau publie son nom. M<sup>me</sup> James est décédée le 20 janvier 2013, pendant qu'elle était détenue à l'Unité des soins psychiatriques intensifs du CPR des Prairies. Son décès est survenu six mois après l'entrevue. La mort de M<sup>lle</sup> James n'était pas liée à un comportement d'automutilation.

<sup>20</sup> TCD signifie thérapie comportementale dialectique. Il s'agit d'une forme de psychothérapie utilisée pour traiter les comportements d'automutilation.

sécurité plutôt que par des spécialistes en santé mentale, même lorsqu'ils se trouvaient dans l'établissement. Malgré les lignes directrices énoncées dans la DC 843, l'isolement des femmes qui s'automutilent est toujours une stratégie de gestion utilisée fréquemment, et les gestionnaires correctionnels sont souvent les décideurs principaux.

53. Conformément à la documentation existante, le Bureau a constaté que la réponse du SCC consistant à isoler les délinquantes aggravait souvent la détresse qu'elles ressentaient, ce qui menait à une augmentation du nombre de cas d'automutilation ou de délinquantes qui résistaient et provoquaient une altercation.<sup>21</sup> La recherche a permis de démontrer que ces pratiques, même lorsqu'elles sont utilisées uniquement à des fins de surveillance, sont souvent perçues comme des mesures punitives, ce qui provoque l'intensification des émotions négatives et accroît le risque que les délinquantes s'automutilent davantage.<sup>22</sup> Le Bureau a décelé une tendance préoccupante selon laquelle les délinquantes résistaient aux fouilles à nu nécessaires à la mise en isolement préventif ou faites en application de la DC 843, à la suite d'un comportement d'automutilation. Il est prévisible et compréhensible, dans une certaine mesure, que les délinquantes refusent de se soumettre à des fouilles à nu, car la plupart d'entre elles ont été victimes d'agressions physiques ou sexuelles.

« ... elle a d'abord refusé de se soumettre à une fouille à nu, puis elle s'est mise à se frapper la tête contre le mur de béton. »

« Vers 14 h, on a tenté de fouiller XXX à nu, mais elle désobéissait aux ordres de l'agente... des négociateurs en cas d'urgence ont amorcé des négociations avec XXX... elle a affirmé qu'elle s'arracherait des morceaux de peau avec ses dents si le personnel ne la déplaçait pas... »

« J'ai (agente correctionnelle) demandé à la délinquante d'arrêter de se frapper la tête et de s'asseoir sur le tabouret à un endroit où le personnel CX pouvait la voir. J'ai informé XXX qu'on l'attacherait à une planche Pinel si elle continuait à se frapper la tête. »

Extraits de divers Rapports d'observation ou déclaration d'un agent.

54. Dans le cadre de l'examen des dossiers, le personnel du Bureau a étudié des centaines de Rapports d'observation ou déclaration d'un agent remplis par des agents correctionnels. Ces rapports contiennent des renseignements sur les personnes partiellement ou totalement responsables des incidents survenus dans l'établissement, les raisons de l'incident, l'endroit où il s'est déroulé ainsi que sur son déroulement. Chaque

<sup>21</sup> Heney 1990, 2010c, Howells, Hall & Day 1999, Fillmore & Dell 2001, 2005, Borrill et coll. 2005.

<sup>22</sup> Heney 1990; CSC 2010e; Howells, Hall & Day 1999.

agent correctionnel témoin d'un incident doit remplir ce rapport de façon indépendante avant la fin de son quart de travail. Le Bureau a relevé de nombreux rapports dans lesquels un agent disait qu'il préparait une délinquante à l'isolement préventif, ou fait en application de la DC 843, puisque cette délinquante s'était automutilée ou songeait à le faire lorsque celle-ci a commencé à résister à son placement en isolement et à s'automutiler pendant son déplacement vers une cellule d'observation. De plus, le comportement des femmes qui s'automutilaient déjà s'aggravait souvent (p. ex., une femme qui se tranchait ou s'égratignait la peau de façon superficielle commençait à se frapper la tête dans la cellule d'observation).

55. Fait particulièrement inquiétant, le processus de fouille à nu des délinquantes avant de les placer en isolement préventif ou en application de la DC 843 mène souvent à une nouvelle forme de négociations entre le personnel de sécurité et les détenues. Le Bureau a remarqué qu'il existe des tensions entre le personnel et les délinquantes lorsqu'on demande à celles-ci de se soumettre à une fouille à nu avant d'être placées en isolement préventif en raison de comportements associés à des problèmes de santé mentale. Les stratégies axées sur la maîtrise deviennent clairement des facteurs aggravants lors de l'escalade de l'incident.
56. Un incident particulièrement inquiétant illustre les tensions qui surviennent lorsqu'une détenue qui s'automutile est confinée à une cellule d'observation. La femme est devenue agressive lorsqu'on lui a indiqué qu'elle serait mise en isolement. Elle a dû se soumettre à une fouille à nu avant de se rendre dans la cellule d'observation. Cette demande a fait en sorte qu'elle a davantage résisté, et elle a supplié les agentes de ne pas la placer en isolement. Le personnel a longtemps « négocié » avec elle pour qu'elle se déshabille. Elle a indiqué au Bureau qu'elle avait retiré ses vêtements, mais qu'elle avait refusé d'enlever ses sous-vêtements, car elle avait ses règles. Le personnel a manipulé la détenue physiquement afin de lui retirer ses sous-vêtements : elles l'ont retenue pendant qu'on les coupait. Une autre agente l'a accompagnée jusqu'à la cellule d'observation en tenant une couverture pour la couvrir. Elle avait refusé de collaborer après qu'on ait refusé de lui laisser porter ses sous-vêtements, ce qui portait atteinte à sa dignité, selon elle.
57. Pendant l'entrevue, la détenue a expliqué ce dont elle se souvenait au sujet de l'incident : « On m'a attachée à la planche Pinel, même après que je me sois changée, mais personne ne m'a... personne ne m'a offert de tampon, ni rien d'autre, et je suis restée étendue là pendant quatre ou cinq heures, tachée de sang, sale et nue. » Après avoir examiné l'incident, le personnel du Bureau

souligne que seulement un des nombreux RODA qui le documentaient faisait allusion au refus de la détenue de se soumettre à une fouille à nu en raison de ses règles.

58. Dans les hôpitaux médico-légaux communautaires, l'isolement fait partie d'un continuum de soins psychiatriques intensifs utilisé lorsqu'on doit observer un patient davantage. Les professionnels de la santé mentale de la collectivité soulignent qu'il est important d'avoir recours à l'isolement uniquement lorsque cela est nécessaire, en fonction des besoins individuels du patient, et que cette mesure doit être utilisée seulement pendant de courtes périodes. Le personnel du Centre de santé mentale de Brockville a aussi indiqué que des détenus sont très rarement placés en isolement et que cette mesure est adoptée seulement après qu'une évaluation psychiatrique ait été menée. Il a aussi souligné l'importance d'interagir avec le patient en attendant qu'un psychiatre arrive et pendant la période d'isolement.
59. Il est évident qu'il existe des différences importantes dans la façon dont le SCC et les fournisseurs de soins de santé externes gèrent les incidents liés à l'automutilation. Dans un contexte de soins psychiatriques offerts dans la collectivité, les intervenants qui décèlent les comportements liés à l'automutilation, les évaluent et les gèrent sont presque toujours des professionnels de la santé. Pendant la période à l'étude, quatre femmes ont reçu des traitements dans des hôpitaux psychiatriques communautaires, à différentes occasions. Pendant qu'elles se trouvaient dans des installations du SCC, ces femmes ont passé de longues périodes en isolement clinique ou préventif en raison de leur comportement d'automutilation. Par contre, pendant qu'elles séjournèrent dans des hôpitaux psychiatriques dans la collectivité, il leur arrivait souvent de travailler, de participer à un programme ou de suivre une thérapie quotidiennement. Le personnel les traitait comme des « patientes » dans un milieu amélioré par la prestation de programmes.
60. Dans un des hôpitaux communautaires, le personnel a pris des mesures actives pour éviter qu'une femme passe trop de temps dans sa chambre, car les risques qu'elle s'automutile augmentaient quand elle était seule. Cependant, le personnel de l'hôpital a dû restreindre les mouvements de cette femme pendant deux jours en l'attachant à une chaise fixe et en la menottant pour l'empêcher de s'infliger des blessures. Pendant qu'elle était attachée, le personnel l'a accompagnée jusqu'à la salle commune, où des programmes étaient offerts, puis l'a menottée à une chaise pour minimiser les risques et tenter de lui permettre de rester en contact avec les autres employés et les autres patientes. Cette

femme a parlé des pièces sécuritaires<sup>23</sup> de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, et elle a expliqué que lorsqu'elle est placée dans l'une de ces pièces, elle sent qu'elle prend une « pause » et non qu'elle est isolée. Elle a ajouté que les délinquantes sous responsabilité fédérale reçoivent plus d'attention de la part du personnel à l'Institut Pinel, et elle a indiqué qu'il s'agissait d'un milieu « sécuritaire ». Elle a utilisé des mots comme « confiance » lorsqu'elle a décrit le personnel de l'hôpital.

61. Fait particulièrement intéressant, la femme, qui était en liberté conditionnelle pendant qu'elle se trouvait à l'hôpital psychiatrique communautaire, s'est automutilée seulement à quinze reprises pendant les quatorze mois qui ont suivi son congé du CPR (ce nombre inclut les incidents survenus pendant son hospitalisation), et elle ne s'est pas montrée violente envers le personnel dans la plupart des cas. Pendant les deux années précédant sa mise en liberté, elle avait été impliquée dans 127 incidents survenus dans des installations du SCC, dont certains étaient liés à des comportements d'automutilation. Pendant certains de ces incidents, elle s'est montrée agressive envers le personnel, qui a eu recours à la force pour la maîtriser. Lorsqu'on l'a rencontrée en entrevue à l'hôpital psychiatrique médico-légal de Brockville, elle a brossé un tableau très différent des interventions menées lorsqu'elle s'automutilait.

Détenue : J'étais placée dans un face-à-face.

Enquêteur : Qu'est-ce qu'un face-à-face?

Détenue : Ce n'est qu'un... un membre du personnel s'assoit avec vous, ou pas, même pas. On n'était pas placée dans un face-à-face. Parfois, je ne faisais que prendre mes médicaments ou j'utilisais mon sac d'accompagnement.

Enquêteur : Qu'est-ce qu'un sac d'accompagnement?

Détenue : C'est un sac qui contient... des films de Disney... des CD de musique relaxante, du thé, de la pâte à modeler, un ourson en peluche... (sa voix s'estompe).

### C. Gestion clinique

<sup>23</sup> Dans cette installation, une pièce sécuritaire n'est pas vue comme une cellule d'isolement. Ces pièces sont situées dans le même secteur que les chambres ordinaires, mais, un peu comme une cellule d'observation du SCC, elles comptent moins d'objets fixes qu'une détenue pourrait utiliser pour s'automutiler ou tenter de se suicider.

62. Le Bureau a, à plusieurs reprises, recommandé au SCC de traiter les incidents liés à l'automutilation comme un problème de santé mentale et non comme un problème de sécurité ou de comportement. Cette approche oblige le personnel à mener des interventions à la suite d'évaluations psychologiques individuelles complètes et qui suivent un plan de traitement intégré.
63. La Directive du commissaire 843 – *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus* – présente une intervention en deux volets auprès des détenus qui s'infligent des blessures : un plan de gestion des incidents et d'intervention en cas d'urgence (PGIIU). Le PGIIU est un document qui examine les circonstances particulières de l'incident lié à l'automutilation, les éléments déclencheurs de celui-ci et le niveau d'observation assigné, en plus d'inclure un plan visant à diminuer les risques qu'un détenu s'inflige des blessures si ces risques étaient élevés de nouveau. Le document doit être rédigé par un professionnel de la santé mentale à la suite de chaque incident lié à l'automutilation, habituellement dans les 24 heures.
64. Conformément aux autovérifications de la DC 843 menées par la haute direction du SCC, l'examen des dossiers a révélé que la majorité des PGIIU étaient remplis dans les 24 heures ou le jour ouvrable suivant, lorsque les professionnels de la santé mentale arrivent au travail, si l'incident s'est produit pendant une fin de semaine. Dans plusieurs cas, cependant, un long délai a été observé entre l'incident et la rédaction du PGIIU. Il y avait aussi plusieurs incidents pour lesquels aucun PGIIU n'était versé au dossier. La politique souligne l'importance d'évaluer chaque incident séparément, puisque les raisons pour lesquelles une personne s'inflige des blessures peuvent varier. Le fait de ne pas remplir de PGIIU pour chacun des incidents liés à l'automutilation compromet l'efficacité du traitement et de la stratégie d'intervention visant à éliminer le comportement sous-jacent.
65. En plus du manque d'uniformité en ce qui a trait à la rédaction des PGIIU, les professionnels de la santé mentale ont indiqué au Bureau qu'ils n'avaient reçu aucune formation sur la façon de rédiger ces documents. Certains ont souligné qu'ils ignoraient s'il s'agissait d'un outil de santé mentale ou de sécurité. Les représentants du Bureau ont souvent entendu les personnes chargées de rédiger les PGIIU dire qu'elles n'étaient pas certaines de ce qu'on attendait d'elles et qu'elles trouvaient le libellé de certaines questions déroutant. Un examen du contenu de ces plans reflète cette confusion. Par exemple, dans la section où on demande au personnel clinique d'élaborer un plan visant à diminuer les risques qu'une détenue s'inflige des blessures si ces risques augmentaient, certains des

plans contenaient des réponses comme « si la détenue s'inflige des blessures, elle sera surveillée dans une celle d'isolement préventif » ou « s.o. ».

66. Les PGIU est un outil visant à aider l'équipe interdisciplinaire en santé mentale à coordonner les interventions menées à la suite d'incidents liés à l'automutilation. Les réponses écrites reflétaient souvent le réflexe, fondé sur la sécurité, de placer les femmes en observation pour préserver ou protéger la vie et le fait que les interventions avaient peu ou pas de contenu clinique. Dans certains cas, les représentants du Bureau ont constaté que les PGIU faisaient allusion au plan de gestion versé au dossier. Il y avait donc un lien direct avec le plan de traitement établi créé par l'équipe. De façon générale, cependant, l'efficacité de cet outil est compromise lorsqu'il n'existe aucun plan clinique clair et établi pour surveiller les comportements d'automutilation associés à un problème de santé mentale, les prévenir et les traiter, ou intervenir en cas d'incident.
67. L'enquête a révélé l'existence de plusieurs lacunes dans les services de santé mentale offerts aux femmes qui s'infligent des blessures. Conformément à la DC 843, un Plan de gestion interdisciplinaire (PGI) doit aussi être en place pour les détenus qui s'infligent des blessures de façon chronique, jusqu'à ce que leur condition se stabilise et que le Plan ne soit plus nécessaire. Le dossier de toutes ces femmes contient au moins un PGI, et le dossier de certaines en contient plusieurs. Conformément à la DC 843, les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent se réunir chaque semaine pour mener un examen formel du PGI jusqu'à ce qu'ils conviennent que celui-ci n'est plus nécessaire. Cependant, les entrevues menées avec les professionnels de la santé mentale ont permis de confirmer que les PGI sont souvent rédigés en fonction de l'horaire de l'équipe et non des besoins des détenues. Par exemple, le dossier d'une femme contenait un PGI qui ne faisait pas allusion à de futures rencontres des membres de l'équipe, alors que celui de trois autres femmes indiquait constamment que la réunion suivante aurait lieu un mois plus tard.
68. L'enquête a permis de constater des lacunes en ce qui a trait aux divers traitements offerts aux femmes qui s'infligent des blessures. Le SCC a adapté et mis en œuvre le cadre sur la thérapie comportementale dialectique (TCD) pour les délinquantes, qui fait partie des milieux de vie structurés et des unités de garde en milieu fermé. Selon une récente recherche du SCC, la TCD semble être un traitement prometteur et efficace pour les personnes ayant un comportement d'automutilation chronique. Toutefois, pendant la période à l'étude, une seule femme faisait partie du programme de TCD de façon constante. Une autre a fait partie du programme pendant environ une semaine. Aucune des autres femmes

ne participait au programme, y compris une délinquante hébergée dans le milieu de vie structuré dans lequel le programme est offert 24 heures sur 24. Le CPR n'offre pas de programme de TCD. Selon un de ses représentants, les détenues hébergées dans ce centre ont un fonctionnement intellectuel lent et la TCD « ne fonctionnait pas ».

69. Certaines des femmes rencontrées en entrevue ont indiqué que le personnel semble souvent trop occupé pour interagir avec elles. D'autres ont parlé de la qualité de la thérapie. Par exemple, une délinquante a indiqué que lorsque le psychologue s'occupe d'elle après qu'elle se soit infligé des blessures, « il nous parle de l'autre côté de la porte...ce que nous n'aimons pas, car une prise d'air relie chaque cellule. » Une autre femme a raconté qu'elle avait beaucoup de difficulté à rencontrer le psychiatre, et une autre a affirmé que le personnel de l'unité était trop occupé à rédiger des rapports et à s'acquitter d'autres tâches. Selon elle, « ils (le personnel) vous isolent ». Les membres du personnel ont reconnu qu'ils étaient souvent trop occupés à rédiger des documents et à répondre à des urgences pour faire du counseling thérapeutique avec les détenues. Trois femmes ont affirmé qu'elles pouvaient recevoir du soutien de leur psychiatre, mais elles ont indiqué que lorsqu'elles s'infligeaient des blessures, c'est le personnel de sécurité qui intervenait, et non le personnel clinique.

#### **D. Planification axée sur la collaboration**

70. Le principe de la planification axée sur la planification oblige les équipes interdisciplinaires, dont celle de la sécurité, à collaborer pour soutenir un plan d'intervention constant. L'enquête a révélé qu'il existe d'importantes tensions entre les équipes de santé mentale et de sécurité qui font partie de l'équipe interdisciplinaire. La majorité des professionnels de la santé mentale rencontrés en entrevue ont indiqué que l'équipe de sécurité gère la majorité des incidents liés à l'automutilation. Les employés professionnels qui ne font pas partie de l'équipe de sécurité sont écartés du processus d'intervention jusqu'à ce que la situation soit revenue à la normale et que la détenue ait été placée en isolement préventif ou dans une cellule d'observation. Tous les professionnels de la santé mentale comprenaient leur rôle et leurs responsabilités dans le cadre des évaluations faites après les incidents grâce à l'observation et à la surveillance (surveillance accrue du risque de suicide et suivi de la santé mentale).

71. Par exemple, les représentants du Bureau ont entendu, de la part d'au moins trois professionnels de la santé mentale, qu'ils étaient parfois victimes, de la part

du personnel de sécurité, d'intimidation visant à les forcer à ne pas participer à l'intervention lorsque survenait un incident lié à l'automutilation. Certains faits démontraient qu'il arrivait qu'un membre du personnel clinique retire le nom de certaines femmes de la liste des détenues pour lesquelles il était nécessaire d'assurer un suivi de la santé mentale, mais que le personnel correctionnel laissait la détenue en isolement. Le Bureau a relevé un autre incident pendant lequel des agents correctionnels ont poussé un professionnel de la santé mentale à autoriser l'utilisation d'un système de contrainte Pinel. Une professionnelle de la santé mentale a laissé entendre qu'il existait une « règle non écrite », dans cet établissement, selon laquelle les professionnels de la santé mentale ne doivent pas intervenir lors des incidents liés à l'automutilation, puisque ceux-ci sont vus comme des problèmes liés à la sécurité. Elle a ajouté que les seuls cas où elle sentait qu'elle pouvait intervenir immédiatement lors d'un incident lié à l'automutilation étaient ceux où la détenue disait vouloir s'infliger des blessures pendant une séance de traitement.

72. De nombreuses femmes n'associaient pas les professionnels de la santé mentale au processus d'intervention en cas d'automutilation. Selon une femme, « ce sont les agents qui s'occupent de vous. » Même dans les cas où les femmes ont signalé qu'elles entretenaient des relations positives avec leur psychologue, leur travailleur social, leur conseiller en comportement ou leur Aîné, elles n'associaient pas, généralement, le rôle de ces professionnels à celui d'un « collaborateur » dans la gestion de leur comportement d'automutilation.

73. En ce qui a trait à ce que pensent les femmes du fait d'être placées en isolement préventif puisqu'elles se sont infligé des blessures ou qu'elles ont songé à le faire, les représentants du Bureau ont entendu plusieurs femmes affirmer qu'elles évitaient régulièrement de discuter de leurs idées ou de leur comportement avec un professionnel de la santé mentale ou un autre membre du personnel de soutien (p. ex. des Aînés), car elles craignaient que ces personnes informeraient le personnel de sécurité et qu'elles seraient placées en isolement. Lors d'une rencontre avec le président d'un comité autochtone, un représentant du Bureau a été informé qu'il existe une sous-culture de soutien matière d'automutilation parmi les délinquantes, et qu'il s'agit d'un groupe affinitaire non autorisé et dont les membres discutent des « objets tranchants »<sup>24</sup> et des autres comportements précédant l'automutilation en plus de les surveiller. Les femmes mènent leurs activités secrètement en partant du principe qu'elles doivent éviter de signaler les comportements d'automutilation au personnel, notamment les incidents

---

<sup>24</sup> Les détenues appellent « objets tranchants » les articles interdits qui peuvent être utilisés pour s'infliger des blessures.

pendant lesquels une détenue se tranche la peau de façon superficielle, pour éviter d'être envoyées en isolement préventif. La majorité des femmes d'origine autochtone ont affirmé qu'elles ne discutaient pas de leur comportement d'automutilation avec l'Aîné qui leur était assigné.

74. En ce qui a trait à la DC 843, on s'attend à ce que les professionnels de la santé mentale participent au traitement et à la gestion des détenues qui s'infligent des blessures. L'examen des dossiers a permis de constater que, conformément aux politiques, les professionnels de la santé mentale rencontraient toujours les délinquantes dans les 24 heures suivant un incident lié à l'automutilation. Toutefois, lors de la majorité des incidents examinés, la décision de placer une délinquante en isolement était prise et exécutée par le personnel de sécurité, même lorsqu'un professionnel de la santé mentale était sur place. La majorité des professionnels de la santé mentale ont indiqué qu'ils étaient souvent appelés seulement après que l'incident ait été maîtrisé et que la délinquante ait été placée en isolement, aux fins d'observation. Cela contrevient directement à l'exigence selon laquelle les professionnels de la santé mentale doivent prendre toutes les décisions relatives à l'isolement, lorsqu'ils sont disponibles.

## ANALYSE

75. Depuis 2005, le SCC a investi environ 90 M\$ de nouveau financement pour renforcer la prestation de service de soins de santé mentale primaires en établissement, a mis en œuvre le dépistage informatisé des troubles de santé mentale à l'admission, a offert des séances de formation et de sensibilisation en santé mentale au personnel de première ligne et a amélioré les partenariats communautaires et la planification de la libération des délinquants atteints de troubles de santé mentale. Ces initiatives font partie de la Stratégie en cinq points en matière de santé mentale du SCC. Néanmoins, elles ont mené à peu de progrès substantif depuis la mort d'Ashley Smith, survenue en octobre 2007, au sujet de la gestion et du traitement des délinquantes sous responsabilité fédérale qui s'infligent des blessures de façon chronique. Plusieurs difficultés importantes liées aux politiques, aux capacités, aux opérations et aux infrastructures existent toujours.
76. Dans *R. c. Gladue* (1999), la Cour suprême du Canada a déclaré que les tribunaux doivent tenir compte de la situation sociale, historique et culturelle particulière des peuples autochtones qui a contribué au fait qu'ils sont surreprésentés au sein du système de justice pénale du Canada. La Directive du commissaire 702 - *Délinquants autochtones* – applique cette décision aux services correctionnels en

obligeant le SCC à tenir compte de la situation sociale des délinquants autochtones lorsque leur droit à la liberté est en jeu (p. ex. niveau de sécurité, transfèrements, placement en isolement préventif et libération conditionnelle). Cependant, un examen des décisions relatives à la gestion des incidents liés à l'automutilation associés aux sept femmes d'origine autochtone dont le dossier a été étudié dans le cadre de l'enquête a révélé que peu de faits démontraient que les politiques du SCC tenaient compte des facteurs énoncés dans l'arrêt *Gladue* ou les appliquaient. De plus, le cadre stratégique du SCC sur la gestion des comportements d'automutilation ne donne aucune directive précise permettant d'assurer l'accès à des approches cliniques ou de guérison adaptées à la culture.

77. Selon de récentes études du SCC, les femmes sont peut-être plus susceptibles que les hommes de s'infliger des blessures<sup>25</sup>, et elles sont beaucoup plus nombreuses à s'automutiler<sup>26</sup>, ce qui met en lumière la nécessité de compter sur une approche reconnaissant les besoins particuliers des femmes. Comme l'indiquent les conclusions de l'enquête, la documentation indique que les mesures punitives, comme le recours à la force, l'isolement, le transfèrement, l'utilisation de contrainte et le retrait d'effets personnels sont nuisibles<sup>27</sup>, et les femmes qui s'infligent des blessures ont besoin d'un « soutien continu, coordonné et empreint d'empathie ». Les interventions cliniques efficaces sont celles qui tiennent compte des motifs sous-jacents et qui visent à les aborder (il s'agit souvent de violence psychologique, physique ou sexuelle ayant infligé un traumatisme), au lieu d'interventions visant simplement à mettre fin temporairement au comportement. Les professionnels de la santé mentale qui œuvrent dans la collectivité appuient cette opinion et insistent davantage sur l'importance d'interagir avec un patient, particulièrement lorsqu'on attend qu'un membre du personnel clinique intervienne ou pendant un placement en isolement.

78. Selon les résultats de l'enquête, l'aérosol capsique, les manipulations physiques et les moyens de contention sont utilisés fréquemment pour tenter d'arrêter, d'interrompre ou de prévenir l'automutilation dans les prisons. Souvent, ces interventions ne font que contrôler ou réduire les risques de blessure immédiats. Ils ne permettent pas d'éliminer les raisons sous-jacentes ou les symptômes de la maladie mentale qui se manifeste si souvent lorsqu'une délinquante s'inflige des blessures, et il ne s'agit pas là de leur objectif.

<sup>25</sup> CSC 2009; CSC 2010a; CSC 2010e.

<sup>26</sup> CSC 1990; CSC 2009; CSC 2010f.

<sup>27</sup> Fagan, Cox, Helfand et Aufderheide, 2010.

79. Le système de contrainte Pinel (SCP) est une mesure utilisée fréquemment pour les cas les plus complexes de comportement d'automutilation. Puisque ce système peut faire partie du plan de gestion clinique dans les cas d'automutilation chronique, son utilisation est maintenant souvent vue comme « consensuelle » ou « volontaire ». Elle ne constitue donc pas un recours à la force, qui fait l'objet de garanties procédurales plus rigoureuses et vigilantes. Les moyens de contention sont aussi utilisés dans les installations de soins de santé communautaires lorsqu'un patient représente un danger immédiat pour lui-même ou pour les autres, mais la principale différence est que ce type d'intervention est autorisé, appliqué et surveillé par des professionnels des soins de santé autorisés, et non par le personnel de sécurité. Dans le contexte d'une prison, le Bureau suggère qu'il y a violation du principe de consentement éclairé lorsque le personnel de sécurité donne un « choix » au délinquant qui s'inflige des blessures : soit qu'il « accepte » qu'on utilise le système de contrainte Pinel, soit que le personnel utilise d'autres formes de recours à la force. Pour ces raisons, le Bureau croit que toute utilisation de contraintes physiques dans un contexte correctionnel doit être vue comme un recours à la force « devant être consigné » (et qui peut donc faire l'objet d'un examen).
80. Comme nous le mentionnons précédemment, les femmes qui s'infligent des blessures ne sont pas les seules personnes pour qui l'automutilation a des répercussions. Le personnel et les autres détenues subissent aussi des répercussions négatives. Puisque les interventions en matière de sécurité menées en raison d'un comportement d'automutilation se transforment souvent en incidents importants, d'autres délinquantes qui font partie d'une population comptant des détenues qui s'infligent des blessures peuvent-être négligées, souvent contraintes de demeurer dans leur cellule pendant des interventions axées sur la sécurité qui éclipsent des mesures cliniques de base. La gestion de ces incidents nécessite souvent l'attention de tous les employés disponibles, ce qui crée des tensions au sujet de l'équilibre entre les routines et les horaires opérationnels et les besoins uniques et élevés des détenus ayant une maladie mentale et s'infligeant des blessures de façon chronique.
81. La privation et l'isolement extrêmes qui existent dans les cellules d'isolement préventif, d'observation ou d'isolement clinique peuvent aggraver les symptômes associés à une maladie mentale. Il n'est pas surprenant qu'un nombre disproportionné d'incidents liés à l'automutilation qui surviennent dans les prisons surviennent dans des cellules particulièrement austères (unités de garde en milieu fermé dans les prisons à sécurité maximale), qui bloquent les

stimuli extérieurs (isolement clinique) ou qui limitent les contacts et les liens avec d'autres personnes pour des raisons liées au comportement, à la discipline ou à la protection (isolement préventif). Bien sûr, il est ironique de constater que la gravité et la fréquence des incidents liés à l'automutilation ou aux comportements agressifs augmentent souvent lorsque les conditions de détention sont plus susceptibles à l'isolement. En prison, les cellules destinées aux détenus placés en surveillance étroite en cas de risque de suicide, en isolement clinique ou en observation représentent des mesures de préservation de la vie. Dans la plupart des cas, elles ne font pas partie d'une intervention clinique. Comme l'enquête permet de le constater, de nombreuses femmes faisant partie de l'échantillon croyaient que ces placements étaient des mesures punitives prises en raison de leur comportement d'automutilation.

82. Il est très difficile de gérer le cas de personnes s'infligeant des blessures de façon chronique dans une prison. Le Bureau ne remet pas en question l'intégrité, le dévouement ou le professionnalisme des efforts du SCC. Néanmoins, le SCC ne possède pas l'infrastructure ou les ressources humaines nécessaires pour gérer, de façon sécuritaire et appropriée, le dossier de certaines délinquantes atteintes d'une maladie mentale, et ce, en raison de leur comportement, de leurs symptômes ou de la gravité de leur maladie, qui dépassent ses capacités. Un pénitencier fédéral n'est pas un endroit où l'on traite des cas complexes liés à l'automutilation chronique ou les maladies mentales graves. Les transfèrements vers des centres de traitement externes qui sont mieux équipés en termes de personnel clinique, d'interventions de traitement et d'installations doivent être utilisés dans un but plus précis, et cela doit être une priorité.

---

**CONCLUSIONS**

83. Les prisons sont mal équipées pour gérer de façon sécuritaire et appropriée les besoins complexes en santé mentale des délinquantes sous responsabilité fédérale qui s'infligent des blessures graves de façon chronique, mais le SCC ne transfère que peu de délinquantes ayant des besoins complexes vers des centres psychiatriques externes.
84. Au SCC, la gestion des incidents liés à l'automutilation a tendance à provoquer une intervention axée sur la sécurité ou les mesures punitives, c'est-à-dire le confinement ou l'isolement (clinique ou administratif). De telles interventions aggravent souvent la fréquence et la gravité des incidents liés à l'automutilation, ou elles mènent à l'apparition d'autres comportements agressifs ou violents.
85. Les délinquantes qui s'infligent des blessures hésitent à discuter de leur souhait de s'automutiler, car elles craignent d'être punies ou placées en isolement.
86. Dans un milieu correctionnel, l'utilisation de matériel de contrainte visant à maîtriser ou à gérer un détenu qui s'inflige des blessures ne constitue pas une intervention « consensuelle » ou à laquelle le détenu se conforme, car ce type d'intervention n'inclut pas les éléments essentiels nécessaires pour que ce dernier donne un consentement libre et éclairé.
87. Il y a un manque de cohésion et de collaboration entre le personnel de sécurité et les professionnels de la santé mentale lorsqu'ils interviennent lors d'un incident lié à l'automutilation dans une prison. Les préoccupations perçues en matière de sécurité, sans égard au risque que représente chaque personne, ont tendance à éclipser les interventions cliniques.
88. Il y a un écart entre la formation offerte au personnel et la façon dont il intervient lors des incidents liés à l'automutilation. Presque tous les employés rencontrés en entrevue ont reconnu que le fait d'isoler des délinquantes qui s'automutilent aggrave leur comportement.
89. On ne comprend pas bien la distinction entre l'isolement préventif et l'isolement clinique (DC 843) malgré des politiques claires.
90. L'isolement préventif, l'isolement clinique et l'isolement aux fins d'observation des délinquantes qui s'infligent des blessures de façon chronique pendant une

longue période nuisent aux objectifs du traitement thérapeutique et peuvent devenir dangereux.

91. Les membres du personnel de sécurité sont habituellement les premiers intervenants ou les intervenants d'urgence lors des incidents liés à l'automutilation. Ils décident comment l'« incident » et l'« instigateur » seront gérés. Généralement, les professionnels des soins de santé participent uniquement lorsque l'incident a été maîtrisé ou que le personnel de sécurité l'a isolé.
92. Il y a des écarts importants au sujet des solutions de traitement qui sont disponibles à l'intention des délinquantes ayant les comportements d'automutilation les plus complexes et les plus chroniques.
93. Les interventions sécuritaires ou adaptées à la culture sont insuffisantes pour faire face aux délinquantes d'origine autochtone qui s'infligent des blessures. Peu de faits montrent que le personnel connaît les principes énoncés dans l'arrêt *Gladue*, ou qu'il les applique dans la gestion des dossiers des femmes d'origine autochtone qui s'automutilent.
94. Généralement, le personnel de sécurité néglige les facteurs situationnels comme les considérations préalables en matière de santé mentale, lorsqu'ils gèrent les incidents liés à l'automutilation.
95. Le terme « préservation de la vie » est devenu un objectif global au sein des services correctionnels fédéraux. Il intègre la gestion de cas, la sécurité et la pratique clinique, sans égard au danger réel. Dans des cas rares et extrêmes, les efforts du SCC se limitent à simplement garder un délinquant en vie. Il ne s'agit pas d'une bonne pratique correctionnelle ou d'une bonne approche thérapeutique.
96. Le respect des mesures cliniques énoncées dans la DC 843 – *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus* – est insuffisant.

## RECOMMANDATIONS

1. Les comportements d'automutilation chroniques doivent être traités et gérés d'abord comme une préoccupation en matière de santé mentale et non

comme une préoccupation liée à la sécurité, à la conformité, au comportement ou au contrôle.

2. Un plan de traitement et de gestion doit être rédigé pour les délinquantes qui s'infligent des blessures de façon chronique. Ce plan doit aborder clairement les questions relatives à l'intervention, au traitement et à la prévention. Les plans de traitement destinés aux femmes d'origine autochtone qui s'infligent des blessures de façon chronique doivent comprendre des mesures adaptées à leur culture et fondées sur les principes énoncés dans l'arrêt *Gladue* et les observations qui y sont faites.
3. Le SCC doit transférer les délinquantes dont les cas sont les plus complexes et les plus chroniques vers des établissements de santé provinciaux externes.
4. L'utilisation de matériel de contrainte pour contrôler ou gérer les comportements d'automutilation doit toujours être vue comme un recours à la force. Ces interventions doivent donc être assujetties aux règles habituelles concernant les rapports, la surveillance, la reddition de comptes et l'examen sur le recours à la force.
5. Dans les cas d'automutilation, les moyens de contention doivent être utilisés en dernier recours et pour la plus courte période possible afin de gérer le danger immédiat d'automutilation. Le pouvoir d'appliquer et de surveiller l'utilisation de matériel de contrainte ainsi que d'y mettre fin doit être exercé par au moins un professionnel des soins de santé, et non par le personnel de sécurité.
6. On ne peut pas donner d'injection forcée de médicaments à un délinquant non consentant qui n'a pas été déclaré inapte et qui porte du matériel de contrainte.
7. On ne doit pas utiliser de matériel de contrainte pour maîtriser un délinquant qui s'inflige des blessures pour lui imposer une punition, comme représailles ou à des fins de prévention.
8. La dignité humaine doit être préservée en tout temps lorsqu'un délinquant qui s'inflige des blessures porte du matériel de contrainte. On ne doit jamais enlever les vêtements d'un délinquant en utilisant la force, et un détenu ne

doit jamais être nu pendant qu'il est maîtrisé à l'aide d'un système de contrainte Pinel.

9. Le SCC doit nommer un défenseur des droits des patients indépendant ou un coordonnateur de la qualité des soins dans chacun des cinq centres de traitement régionaux, y compris à l'Unité Churchill et au Centre psychiatrique régional des Prairies.
10. Les facteurs connus associés à la prévention et à la protection en matière d'automutilation dans les prisons (temps passé à l'extérieur de la cellule, activités ayant un but précis et significatif [y compris un emploi, des études, un programme, de l'artisanat], fréquence des contacts avec la famille, association positive avec des pairs, counseling et thérapie) doivent être diffusés dans tout le SCC afin d'élaborer la base de connaissances et d'établir une sensibilisation afin de mieux diriger les efforts d'intervention et de prévention.
11. Le SCC doit examiner ses politiques en matière de recours à la force et de soins de santé pour assurer une plus grande cohésion et un meilleur établissement des priorités entre les rôles respectifs des intervenants d'urgence, des décideurs, du personnel de sécurité et des fournisseurs de soins de santé. La sécurité de l'établissement ne doit pas automatiquement ou nécessairement prendre le dessus sur les besoins immédiats en matière de soins de santé.
12. Des professionnels de la santé doivent être présents chaque fois qu'un délinquant qui s'inflige des blessures est placé dans une cellule d'isolement clinique, d'observation ou d'isolement préventif.
13. En aucun cas on ne doit placer, pendant de longues périodes, des délinquants qui s'infligent des blessures dans une cellule d'isolement clinique, d'observation ou d'isolement préventif.
14. Le SCC ne doit pas construire ou utiliser des cellules capitonnées dans ses centres de traitement régionaux.
15. Le SCC doit réévaluer, au cas par cas, la nécessité d'offrir des soins de santé 7 jours sur 7, sans interruption dans tous les établissements à sécurité moyenne ou maximale et à niveaux de sécurité multiples.

16. Le personnel de première ligne qui œuvre auprès de délinquants qui s'infligent des blessures de façon chronique doivent recevoir une formation qui leur permettra d'acquérir des aptitudes qui vont au-delà de la trousse de sensibilisation *Notions élémentaires en santé mentale* actuellement remise à tous les employés du SCC, mais qui n'offre que des renseignements de base. Le SCC doit adopter des mesures de répit destinées au personnel, compte tenu des grandes exigences physiques et émotionnelles du travail auprès de délinquants ayant des besoins complexes.

---

**Bibliographie**

- APPELBAUM, Kenneth. « Commentary: The Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health », *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, vol. 35, n° 4, p. 431-435, 2007.
- BORRILL, J., L. SNOW, D. MEDLICOTT, R. TEERS et J. PATON, « Learning from “Near Misses”: Interviews with Women who Survived an Incident of Severe Self-Harm in Prison », *The Howard Journal*, volume 44, n° 1, p. 57-69, 2005.
- DELL, C. A. *L'automutilation chez les femmes criminalisées*. Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006.
- FAGAN, T.J., J. COX, S.J. HELFAND et D. AUFDERHEIDE. « Self-Injurious Behaviour in Correctional Settings », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 16, n° 1, p. 48-66, 2010.
- FILLMORE, C. et C.A. DELL. *Prairie Women, Violence and Self-harm*, Winnipeg (Manitoba), Elizabeth Fry Society of Manitoba, 2001.
- FILLMORE, C. et C.A. DELL, *Mobilisation communautaire pour les femmes et les filles qui s'automutilent : analyse contextuelle des fournisseurs de services au Manitoba*, Winnipeg (Manitoba), Société Elizabeth Fry du Manitoba, 2005.
- HOWARD LEAGUE FOR PENAL REFORM, *Suicides and Strip Cells*. Londres (Royaume-Uni), F. Crook, Howard League for Penal Reform, 1991.
- HOWELLS, K., G. HALL, A. DAY, « The Management of Suicide and Self-Harm in Prisons: Recommendations for Good Practice », *Australian Psychologist*, vol. 34, n° 3, p. 157-165, 1999.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Automutilation en milieu carcéral : évaluation, intervention et prévention R-220*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010c.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Comportements d'automutilation chez les femmes purgeant une peine de ressort fédéral : étude de données d'archives*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2011c.

- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Corrélat de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquantes sous responsabilité fédérale*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2011a.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010a.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Étude des incidents d'automutilation signalés au SCC*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2009.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées R-225*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010b.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Évaluation du risque et des besoins chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : comparaison des détenues dites <<à sécurité minimale>>, <<moyenne>> et <<maximale>> R-58*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 1997b.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Évaluation préliminaire de la thérapie comportementale dialectique offerte aux délinquantes dans les unités de garde en milieu de vie structuré R-145*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2003.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Examen du modèle de traitement actuel du Centre psychiatrique régional (Unité Churchill pour femmes)*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010d.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Incidents d'automutilation survenus dans les établissements du SCC sur une période de 30 mois R-233*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010e.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Les délinquantes à sécurité moyenne et les délinquantes à sécurité maximale sous responsabilité fédérale R-55*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 1997a.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction : une enquête comparative R-123*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2002.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Lignes directrices sur le processus d'intervention en cas d'automutilation*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 1990.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement Grand Valley pour femmes R-86*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2000a.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement Nova pour femmes R-87*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2000c.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement de Joliette pour femmes R-88*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2000b.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA, *Résultats d'une étude pilote du Programme d'entraide des délinquantes R-73*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 1998.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Stratégie nationale de gestion des délinquants qui pratiquent l'automutilation*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2009b.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Vingt ans plus tard: retour sur le Rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale R-222*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2010f.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE. *Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues*, 3<sup>ième</sup> éd., Ottawa (Ont.), Société canadienne de psychologie, 2000.